

Комплексные показания для госпитализации депрессивных больных пожилого возраста

Ротштейн В.Г., Ряховский В.В., Сафарова Т.П.

ФБГНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ

Резюме

Обоснование: число депрессивных больных пожилого возраста, госпитализированных в городскую психиатрическую больницу, в последние годы заметно сокращается и ограничивается только наиболее тяжелыми случаями. Однако значительная частота депрессий средней тяжести указывает на необходимость изучения оправданности этой тенденции. **Цель исследования:** изучить показания для госпитализации в круглосуточный психиатрический стационар больных пожилого и старческого возраста с депрессией умеренной степени тяжести. **Пациенты и методы:** материалом исследования послужили две группы больных, находившихся на стационарном лечении в гериатрических отделениях клиники НЦПЗ. Первая группа (152 человека, обследованных в 2015–2017 гг.) изучалась клинико-психопатологическим методом, вторая (23 человека, одномоментно находившихся в клинике 7 и 8 мая 2019 г.) была опрошена по специально разработанной анкете для выяснения причины их госпитализации. **Результаты:** сопоставление клинических и демографических характеристик обеих обследованных групп показало их практическое тождество. Это доказывает, что обе группы представляют типичный контингент больных позднего возраста, страдающих депрессией и получающих стационарную помощь в клинике НЦПЗ. Таким образом, результаты опроса второй группы можно считать типичными для данного контингента. Обнаружены две основные причины госпитализации: неэффективность амбулаторного лечения и личное желание пациентов лечиться в стационаре. Важно отметить, что, согласно данным литературы, учет личных особенностей пациента повышает вероятность достижения ремиссии. **Выводы:** недостаточная эффективность амбулаторной терапии и желание лечиться в стационаре являются показаниями для госпитализации пациентов позднего возраста, страдающих депрессией умеренной тяжести. Игнорирование этих показаний может привести к возрастанию численности пациентов с терапевтически резистентной депрессией.

Ключевые слова: депрессия; поздний возраст; причины госпитализации.

Для цитирования: Ротштейн В.Г., Ряховский В.В., Сафарова Т.П. Комплексные показания для госпитализации депрессивных больных пожилого возраста. *Психиатрия*. 2020; 18(1):21–26. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-21-26>.

Конфликт интересов отсутствует

Complex Indications for Elderly Depressive Patients' Hospitalization

Rotshtein V.G., Ryakhovskiy V.V., Safarova T.P.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

Summary

Background: the number of elderly depressive patients hospitalized in city psychiatric hospital, essentially shortens during the last years and is limited by the most severe cases. However significant part of the moderate depressions indicates the necessity to study justification of this tendency. **The goal of this study:** to examine the indications for hospitalization in full day mental hospital of elderly patients suffering with moderate depression. **Patients and methods:** material of the study consists of two groups of patients who under inpatient care in geriatric departments of Mental Health Research Centre. The first group (152 patients, examined in 2015–2017), has been studied by clinical method, and the other (23 patients, simultaneously been in clinic in May 7 and 8 2019) has been interviewed using a specially developed questionnaire. The goal of both methods was to clarify the goals of hospitalization. **Results:** collation of the clinical and demographic characteristics of both examined groups demonstrated their real identity. It proves that both groups represent typical contingent of elderly patients suffering with depression and receiving inpatient care in Mental Health Research Centre clinic. Therefore, the results of the questioning of the second group may be considered typical for this contingent. There were revealed two main reasons of hospitalization: inefficiency of outpatient treatment and patients' personal wish for the inpatient treatment. It is important to note, that according to literature data, considering personal patient's wish increases the possibility for gaining remission. **Conclusion:** both insufficient effectiveness of outpatient care and wish to be treated in the hospital are indications for hospitalization of elderly patients suffering with moderate depression. Ignoring these indications may cause the raise of number of patients with treatment resistant depression.

Keywords: depression, elderly, reasons of hospitalization.

For citation: Rotshtein V.G., Ryakhovskiy V.V., Safarova T.P. Complex Indications for Elderly Depressive Patients' Hospitalization. *Psychiatry*. 2020;18(1):21–26. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-1-21-26>.
There is no conflict of interests

ВВЕДЕНИЕ

Следствием текущего реформирования психиатрических служб стало сокращение коечного фонда московских стационаров. В частности, это привело к тому, что число депрессивных больных пожилого возраста, госпитализированных в городскую психиатрическую больницу, в последние годы резко сократилось. Недавнее клинико-эпидемиологическое исследование [1] показало, что пожилые больные, страдающие депрессией, госпитализируются только в случаях крайней необходимости (например, при высоком суицидальном риске). В то же время хорошо известно, что распространенность депрессии в пожилом возрасте чрезвычайно высока [2, 3]. Не вполне ясно, всегда ли можно обойтись амбулаторной или полустационарной помощью при менее тяжелых, чем указано выше, депрессивных состояниях.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить причины госпитализации в круглосуточный психиатрический стационар больных пожилого и старческого возраста, страдающих депрессией умеренной тяжести; уточнить показания для госпитализации таких пациентов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе клинических отделений отдела гериатрической психиатрии ФБГНУ НЦПЗ. Упомянутые отделения располагают 90 койками. Согласно среднегодовым показателям, около 1/3 из них обычно заняты депрессивными больными.

У всех обследованных было получено информированное согласие на участие в исследовании. Проведение данного исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г., одобрено Локальным этическим комитетом ФБГНУ НЦПЗ.

Все больные тщательно обследуются клинико-психопатологическим методом, а также проходят соматическое и неврологическое обследование. При необходимости проводится исследование мозга методом компьютерной томографии для уточнения природы и объема его органического поражения. В клинике НЦПЗ не осуществляется недобровольная госпитализация, чем объясняется практическое отсутствие в этом контингенте больных в особо тяжелом состоянии.

Следует подчеркнуть, что настоящее исследование не является эпидемиологическим. Изучение частоты той или иной причины госпитализации не входит в его задачу; речь идет лишь о констатации факта. Поэтому материалом настоящего исследования послужили

две группы больных пожилого возраста, каждая из которых использовалась для решения разных задач. Первая группа (152 человека) была собрана клиническим методом в течение 2015–2017 гг. Она дает четкое представление о характеристике больных с депрессиями, получающих стационарную помощь в НЦПЗ. Однако достаточные сведения о причинах госпитализации этих больных отсутствуют. Для решения этого вопроса была создана вторая группа, в которую вошли 23 человека, страдающие депрессией и находившиеся в клинике 7 и 8 мая 2019 г. Эти больные (которые вполне соответствовали характеристикам, полученным при анализе первой группы) были дополнительно опрошены по специально разработанному опроснику.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В первую группу больных вошли 39 мужчин (25,8%) и 113 женщин (74,3%) от 60 до 79 лет (средний возраст составил 69,1 года). Для исследования отбирались только пациенты, страдающие «большим депрессивным эпизодом» по критериям DSM-IV-TR. У всех больных в анамнезе отсутствовали другие психические расстройства и первичные органические заболевания. В соответствии с критериями МКБ-10 у 106 больных (69,8%) была диагностирована депрессивная фаза в рамках рекуррентного депрессивного расстройства, у 40 больных (26,3%) — в рамках биполярного аффективного расстройства, у шести больных (3,9% группы) был диагностирован однократный депрессивный эпизод. По критериям МКБ-10 у 107 больных (70,4%) наблюдалась депрессия средней тяжести, у 45 (29,6%) — легкая депрессия. В среднем тяжесть депрессивных расстройств в данной группе, оцениваемая по шкале HAM-D-17, составила 22,9 балла. Аналогичный показатель тревожного компонента депрессии по шкале тревоги Гамильтона составил 20,2 балла, что соответствует средней степени выраженности. Показатель когнитивной деятельности по шкале MMSE составлял 26,7 балла.

Для больных из этой группы было характерно наличие структурных церебральных изменений и сопутствующей соматической патологии. Практически у всех пациентов (146 человек) отмечались те или иные структурные церебральные отклонения по показателям МРТ головного мозга. У большинства больных (99 человек — 66,4%) одновременно выявлялись атрофические и сосудистые возрастные изменения, только атрофические — у 38 человек (25,5%), только сосудистые — всего у 9 человек (6,0%). Атрофические изменения у большинства больных носили сочетанный характер в виде одновременного увеличения субарахноидальных пространств и размеров боковых желудочков мозга (119 человек — 79,9%). Среди сосудистых изменений в картине МРТ практически с одинаковой

частотой встречались очаговые поражения (39 человек — 26,2%), диффузные изменения подкоркового белого вещества (30 человек — 20,1%) или их сочетание (37 человек — 24,8%). Очаговые отклонения чаще всего характеризовались мелкоочаговыми изменениями в подкорковом белом веществе головного мозга (71 — 47,6%). Наличие лейкоараиозиса¹ выявлялось у 66 пациентов (44,3% больных), из которых в 51 случае (34,2%) отмечались перивентрикулярные диффузные изменения белого вещества.

У большинства больных обследуемой группы выявлялась свойственная позднему возрасту соматическая отягощенность. В 75% случаев наблюдалось четыре и более сосуществующих соматических заболеваний, среди которых преобладали сосудистые расстройства. Наиболее частым из этих расстройств была гипертоническая болезнь (122 человека — 80,3%) Полученные данные по соматической отягощенности подтвердили более ранние наши результаты [4]. В табл. 1 приведена суммарная характеристика описанной группы.

Резюмируя приведенные данные, можно утверждать, что контингент депрессивных больных пожилого возраста, госпитализированных в клинику НЦПЗ, характеризуется значительной давностью заболевания (напомним, что только у шести человек речь шла о первом в жизни депрессивном эпизоде), отсутствием случаев тяжелой депрессии (в 2/3 случаев расстройство было средней тяжести, в 1/3 — легким), а также сохранностью когнитивных способностей (вопреки сопутствующей соматоневрологической патологии). Из этого следует, что причиной госпитализации этих больных в клинику НЦПЗ была не тяжесть депрессии или сопутствующих расстройств, а другие факторы, которые тем не менее сделали госпитализацию весьма желательной или даже необходимой для этих пациентов. Как было сказано выше, эти факторы были выявлены путем опроса 23 больных, составивших вторую группу.

Добавим к данным таблицы, что никто из вошедших в данную группу больных не обнаружил тяжелой соматической и неврологической отягощенности.

Как видно из сопоставления табл. 1 и 2, обе группы, хотя и сильно различающиеся по численности, по клинической и демографической структуре весьма близки. Это доказывает, что обе группы представляют типичный контингент больных позднего возраста, страдающих депрессией и получающих стационарную помощь в клинике НЦПЗ. Следовательно, результаты опроса второй группы также можно считать типичными для данного контингента.

Как уже указывалось, больные из второй группы были опрошены с помощью специально разработанной для данного исследования анкеты. Целью опроса было выяснение связи текущей госпитализации с теми или иным факторами: с личными предпочтениями пациента и его родственников, с рекомендациями

Таблица 1. Общая характеристика первой группы больных

Table 1. General characteristics of the first group of patients

Число больных/Number of patients	152
Распределение по полу/M/F distribution	
Мужчины	39 (25,7%)
Женщины	113 (74,3%)
Диагноз/Diagnosis	
Однократный депрессивный эпизод	6 (3,9%)
Рекуррентное депрессивное расстройство	106 (69,8%)
Биполярное аффективное расстройство	40 (26,3%)
Возраст больных (среднее значение)/Mean age of patients	69,1
Данные МРТ (n = 149)/MRI data	
Без отклонений	3 (2,0%)
С отклонениями	146 (97,9%)
Среднее количество соматических заболеваний/Mean number of physical diseases	3,7±1,4
Типы депрессий/Types of depression	
Апатико-адинамические	61 (40,1%)
Сложные тревожно-тоскливые и сенестопихондрические	91 (59,9%)
Длительность депрессий до включения в исследование/Depression's duration before admission	
Короткие (до 6 мес.)	108 (71,1%)
Затяжные (6 мес. и более)	44 (28,9%)
Тяжесть депрессии по МКБ-10/Depression's severity on ICD 10	
Легкая	45 (29,6%)
Средней тяжести	107 (70,4%)

Таблица 2. Общая характеристика второй группы больных

Table 2. General characteristics of the second group of patients

Число больных/Number of patients	23
Распределение по полу /M/f distribution	
Мужчины	5 (21,7%)
Женщины	18 (78,3%)
Диагноз/Diagnosis	
Соматогенная депрессия	1 (4,3%)
Однократный депрессивный эпизод	2 (8,7%)
Рекуррентное депрессивное расстройство	15 (65,2%)
Биполярное депрессивное расстройство	5 (21,7%)
Возраст больных (среднее значение)/Mean age of patients	66,45
Типы депрессий/Types of depression	
Адинамические	11 (47,8%)
Сложные тревожно-тоскливые и сенестопихондрические	12 (42,2%)
Длительность депрессий до госпитализации/Depression's duration before admission	
Короткие (менее 6 мес.)	11 (47,8%)
Затяжные (6 мес. и более)	12 (52,2%)
Тяжесть депрессии по МКБ-10/Depression's severity on ICD 10	
Легкая	7 (30,4%)
Средней тяжести	16 (69,6%)

¹ Белое разряжение рентгеновской и резонансной плотности.

врачей, направивших больного на госпитализацию. Был проведен анализ причин этих предпочтений или рекомендаций.

Как видно из *табл. 3*, практически все опрошенные больные (21 человек из 23) имели опыт предшествующих депрессий. Большинство из них в прошлом лечились и амбулаторно, и в стационарах. Во всех доступных учреждениях (в городских больницах и диспансерах, клинике неврозов, частных клиниках, НЦПЗ). 17 больных получали амбулаторное лечение в связи с данным эпизодом: один человек в клинике неврозов, четверо — в частной клинике, шесть больных в диспансерах по месту жительства, семь человек в НЦПЗ. У большинства больных текущая госпитализация была связана с их собственным пожеланием или рекомендациями родственников. Наибольший интерес представляет анализ причин, по которым у больных сформировались подобные предпочтения.

Предваряя подробный анализ соответствующих ответов пациентов, следует отметить, что только четверо из них имели опыт предшествующих госпитализаций в городские психиатрические больницы. Из них 2 человека назвали «нежелание иметь дело с городской психиатрической службой» основной причиной пожелания госпитализироваться в клинику НЦПЗ.

Еще пять человек назвали «собственное желание» причиной текущей госпитализации, не комментируя это высказывание более подробно. У всех пятерых депрессия возникла незадолго до госпитализации; у четверых в анамнезе было по несколько депрессивных эпизодов, по поводу которых они лечились в стационаре клиники неврозов или НЦПЗ, причем этим госпитализациям предшествовала амбулаторная терапия в этих же учреждениях. Перед настоящей госпитализацией больные также лечились амбулаторно, но без желаемого эффекта.

Один больной назвал «отсутствие эффекта от амбулаторной терапии» единственной причиной своей госпитализации.

Одиннадцать больных госпитализировались по рекомендации родственников. В этой группе частым мотивом подобной рекомендации было мнение о том, что «лечение в стационаре спокойнее и эффективнее». В большинстве случаев выявлялось несколько причин, в том числе «отсутствие эффекта от амбулаторной терапии» у пятерых больных, «необходимость обследования, недоступного в амбулаторных условиях» — у четверых, «опасение возникновения суицидальных мыслей» — у пятерых больных.

Шесть больных госпитализировались по рекомендации лечащего врача, у которого все они начинали лечиться амбулаторно; основной причиной такой рекомендации также было отсутствие эффекта от амбулаторной терапии. Одновременно назывались и другие причины («желательность дополнительного обследования», «необходимость наблюдения»), но отсутствие эффекта от амбулаторной терапии называлось во всех случаях.

Таблица 3. Результаты обработки ответов больных на вопросы анкеты.

Table 3. Patients' answers to the questionnaire: results of data processing

Амбулаторное лечение до настоящей госпитализации/Out-patient treatment before admission	
Не лечились	6 (26,1%)
НЦПЗ	7 (30,4%)
ПНД	6 (26,1%)
Клиника неврозов	1 (4,3%)
Частная клиника	4 (17,4%)
Число депрессий в анамнезе/Number of depressions in a history	
0	2 (8,7%)
1–3	12 (52,2%)
4–6	4 (17,4%)
7 и более	5 (21,7%)
Прошлые госпитализации/Number of past admissions	
Да	16 (69,6%)
Нет	7 (30,4%)
Где лежал/Name of Hospital*	
Городская психиатрическая больница	4 (17,4%)
НЦПЗ	10 (43,5%)
Клиника неврозов	7 (30,4%)
Амбулаторное лечение прошлых депрессий/Out-patient treatment of depression in the past	
Нет	5 (21,7%)
Да	18 (78,2%)
Где лечился/Institution*	
НЦПЗ	9 (39,1%)
ПНД	7 (30,4%)
Частная клиника	6 (26,0%)
Клиника неврозов	1 (4,3%)

*Один пациент мог лечиться в нескольких местах.

ОБСУЖДЕНИЕ

По данным опроса следует, что основная причина госпитализации депрессивных больных пожилого возраста заключается в недостаточной эффективности амбулаторной терапии, которая чаще всего продолжалась длительно (3 мес. и более). Только в трех случаях, из числа опрошенных больных длительность депрессии до стационарирования не превышала месяца.

В многочисленных исследованиях, посвященных терапии депрессий, указывается на сложность решения вопроса об адекватных сроках, позволяющих оценить ее эффективность. А.Б. Смулевич указывает, что хотя по данным литературы минимальным сроком лечения депрессивного больного одним методом считаются 4 нед., но практически приходится действовать более оперативно [5]. Повторим, что половина опрошенных больных обратилась с просьбой о госпитализации более чем через 3 мес. неэффективной терапии; очевидно, что все возможные сроки, в течение которых можно ожидать терапевтического эффекта, были уже закончены. Проведенное исследование не позволяет ответить на вопрос о конкретных причинах недостаточно эффективной терапии в каждом отдельном случае, однако ясно, что речь идет либо о случаях терапевтической резистентности, либо о неадекватности

методов проводившегося лечения, либо о невозможности использования более активных методов лечения в амбулаторных условиях. В любом случае госпитализация для таких больных представляется не только обоснованной, но и необходимой.

В 10 случаях больные не ссылались на недостаточную эффективность терапии, 6 из них до госпитализации вообще не лечились. Желание стационарироваться в клинику НЦПЗ они объясняли по-разному, но, обобщая их высказывания, можно сказать, что они считали лечение в стационаре более надежным и спокойным (в том числе и для родственников), чем в амбулаторных условиях. Учитывая возраст больных и типичную для этого возраста сопутствующую соматоневрологическую патологию, опасения больных и их родственников насчет возникновения возможных осложнений терапии, трудностей обследования в амбулаторных условиях и т.д., подобная мотивация представляется вполне обоснованной. Не исключено, что и определенные преморбидные характеристики больных могли оказывать влияние на их желание лечиться именно в условиях клиники НЦПЗ. В современной литературе можно найти достаточно указаний на необходимость учета личностных особенностей больных в терапии депрессий [6], так что пожелания больных в совокупности с мнением врача могут считаться достаточным показанием для госпитализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование указывает на существование значительного числа больных пожилого возраста, страдающих депрессией умеренной тяжести, которые нуждаются в стационарном лечении. Это заключение представляется весьма важным. Рост числа выявляемых депрессивных больных происходит в основном за счет легких депрессий или депрессий средней тяжести [7], в связи с чем число депрессивных больных, получавших стационарное лечение, в течение XX в. увеличилось с 8 до 34% [8, 9]. Недооценка важности показаний к госпитализации подобных больных и сокращение коечного фонда привели к тому, что в стационары попадают только наиболее тяжелые случаи. Это может привести к весьма нежелательным последствиям, в частности к затяжному течению депрессий и росту числа терапевтически резистентных депрессий. Последние, как было доказано многими исследованиями, могут возникать вследствие недостаточно адекватной терапии [10].

Исходя из изложенного, следует рекомендовать организаторам психиатрической помощи подумать о более рациональном использовании коечного фонда городских психиатрических больниц. Проведенное недавно клинико-эпидемиологическое исследование [1] показало, что в последние годы почти в 40% случаев госпитализация на геронтопсихиатрические койки происходит по социальным, а не по клиническим причинам; в большинстве случаев такие госпитализации

оплачиваются. Не исключено, что организация специальных мест для временного содержания нуждающихся в уходе больных и высвобождение больничных коек для собственно клинической работы окажутся оправданными не только с чисто медицинской, но и с экономической точки зрения.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ротштейн ВГ, Ряховский ВВ, Герасина ТВ, Стационарная помощь психически больным позднего возраста. *Психиатрия*. 2019;17(3):17–23. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-17-23>. Rotshtein VG, Ryakhovskiy VV, Gerasina TV. Inpatient Care for Mentally Ill People of Late Age. *Psychiatry*. 2019;17(3):17–23. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-17-23>. (In Russ.).
2. Гаврилова СИ, Калын ЯБ. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование). *Вестник РАМН*. 2002;9:15–20. Gavrilova SI., Kalyn YaB. Sotsial'no-sredovye faktory i sostoyanie psikhicheskogo zdorov'ya pozhilogo naseleniya (kliniko-ehpidemiologicheskoe issledovanie). *Vestnik RAMN*. 2002;(9):15–20. (In Russ.).
3. Baldwin R, Wild R. Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;(10):131–139. <https://DOI.org/10.1192/apt.10.2.131>.
4. Ряховский ВВ, Ротштейн ВГ, Шипилова ЕС. Соматопсихиатрическое гериатрическое отделение в многопрофильном стационаре: особенности контингента больных. *Психиатрия*. 2018;4:24–31. <https://DOI.org/10.30629/2618-6667-2018-80-24-31>. Ryakhovskiy VV, Rotshtein VG, Shipilova ES. Psychosomatic geriatric unit in multi-specialty hospital: characteristic of patient population. *Psychiatry*. 2018;4:24–31. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-80-24-31>. (In Russ.).
5. Смулевич АБ. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2002;04:128–132. Smulevich AB. Lechenie rezistentnykh zatyazhnykh ehndogennykh depressij. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina*. 2002;04:128–132. (In Russ.).
6. Гаранян НГ. Депрессия и личность: Обзор зарубежных исследований. Часть I. Ссылка активна на 07.08.2019. Garanyan NG. Depressiya i lichnost': Obzorzarubezhnykhissledovaniy. Chast' I (In Russ.). <http://mniip-repo.ru/uploads/1374825890.pdf>.
7. Ротштейн ВГ, Богдан МН, Долгов СА. Эпидемиология депрессий. В книге «Депрессии и коморбидные расстройства». Под ред. АБ Смулевича. М. 1997:139–164. Rotshtejn VG, Bogdan MN, Dolgov SA. Ehpide-miologiya depressij. v knige «Depressii i komorbidnye

- rasstrojstva». Pod red. AB Smulevicha. M. 1997:139–164. (In Russ.).
8. Рыбаков ФЕ. Циклофрения. В кн.: Труды психиатрической клиники Императорского Московского университета. М. 1914;(2):1–182. Rybakov FE. Tsiklofreniya. V kn.: Trudy psikiatricheskoj kliniki Imperatorskogo Moskovskogo universiteta. M. 1914;(2):1–182. (In Russ.).
 9. Rendon MI, Akbar MM, Hameedi FA. Depression in Medical Outpatients in a City Hospital. *APA Annal. Meeting*. 1996.
 10. Подкорытов ВС, Чайка ЮЮ. Депрессия и резистентность. *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. 2002;(1):118–124. Podkorytov VS., Chajka YuYu. Depressiya I rezistentnost'. *Zhurnal psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2002;(1):118–124. (In Russ.).

Сведения об авторах

Ротштейн Владимир Григорьевич, профессор, доктор медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-7941-6097

E-mail: vladimir.rotstein@gmail.com

Ряховский Вячеслав Вячеславович, кандидат медицинских наук, «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0001-7517-2454

E-mail: ryakhovskij@yandex.ru

Сафарова Татьяна Петровна, кандидат медицинских наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-3509-1622

E-mail: saftatiana@mail.ru

Information about the authors

Vladimir G. Rotshtein, Professor, PhD, MD, Dr. of Sci. (Med.), FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-7941-6097

E-mail: vladimir.rotstein@gmail.com

Vyacheslav V. Ryakhovskiy, Candid, of Sci. (Med.), FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0001-7517-2454

E-mail: ryakhovskij@yandex.ru

Tatiana P. Safarova, Candid, of Sci. (Med.), FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-3509-1622

E-mail: saftatiana@mail.ru

Автор для корреспонденции/Corresponding author

Дата поступления 20.09.2019
Received 20.09.2019

Дата рецензии 08.11.2019
Revised 08.11.2019

Дата принятия 22.01.2020
Accepted for publication 22.01.2020