



ISSN 2313-7053 (print)

ISSN 2713-055X (online)

**ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ ИМЕНИ
В.М. БЕХТЕРЕВА**



**V.M. BEKHTEREV REVIEW
OF PSYCHIATRY AND MEDICAL
PSYCHOLOGY**

**Том 56 № 1 (2022)
Vol 56 № 1 (2022)**

Журнал основан в 1896 г. В.М. Бехтеревым
The journal was founded in 1896 V.M. Bekhterev

<https://www.bekhterevreview.com>

ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В.М. Бехтерева

Т. 56, № 1, 2022

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Главный редактор

Н.Г.Незнанов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ E-mail: spbinstb@bekhterev.ru
<https://bekhterev.ru/about/administration/neznanov-nikolaj-grigorevich/>

Заместители главного редактора

Е.М. Крупницкий, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, руководитель отдела аддиктологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ E-mail: kruenator@gmail.com

В.А. Михайлов, д.м.н., руководитель отдела нейropsychиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ E-mail: vladmikh@yandex.ru

Ответственный секретарь

И.В. Макаров, д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ E-mail: ppsy@list.ru

Редакционная коллегия

В.В. Бочаров, канд.псих.н., доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

А.В. Васильева, д.м.н., доцент, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

Л.Н. Горобец, д.м.н., профессор, руководитель отделения психонейроэндокринологии «ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

Т.А. Караваяева, д.м.н., доцент, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

В.Л. Козловский, д.м.н., научный руководитель отделения клинико-экспериментальных исследований новых психотропных средств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

А.П. Коцюбинский, д.м.н., профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

А.О. Кибитов, д.м.н., руководитель лаборатории молекулярной генетики Национального научного центра наркологии—филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

Г.Э.Мазо, д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию ФГБУ «Национальный медицинский

Editor-in-Chief

Nikolay G. Neznanov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Scientist of the Russian Federation, Director of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: spbinstb@bekhterev.ru
<https://bekhterev.ru/about/administration/neznanov-nikolaj-grigorevich/>

Deputy Editors-in-Chief

Evgeny M. Krupitsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director for Research, Head of Addictology Department, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF, E-mail: kruenator@gmail.com

Vladimir A. Mikhailov, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Neuropsychiatry, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: vladmikh@yandex.ru

Executive Secretary

Igor V. Makarov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Child Psychiatry, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: ppsy@list.ru

Editorial Board

Victor V. Bocharov, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Anna V. Vasilyeva, Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Chief Researcher of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Ludmila N. Gorobets, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychoneuroendocrinology, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Tatyana A. Karavaeva, Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Vladimir L. Kozlovsky, Dr. of Sci. (Med.), Scientific Director of the Department of Clinical and Experimental Research of New Psychotropic Drugs, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Alexander P. Kotsyubinsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Biopsychosocial Rehabilitation of the Mentally Ill FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Alexander O. Kibitov, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Laboratory of Molecular Genetics of the National Scientific Center for Narcology—a branch of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Galina E. Mazo, Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director for Innovative Scientific Development of the FSBI National Medical Re-

исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

И.В. Макаров, д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

С.Н. Мосолов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отдела терапии психических заболеваний ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

А.Б. Шмуклер, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

О.Ю.Щелкова, д.псих.н., профессор, профессор исполняющий обязанности заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

В.М.Ялтонский, д.м.н., профессор, профессор кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, РФ

Редакционный совет

Ю.А. Александровский, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отдела пограничной психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

С.А. Алтынбеков, д.н.м., профессор, руководитель института дополнительного профессионального образования НАО КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

М. Аммон, д.псих.н., профессор, президент немецкой академии психоанализа, г. Берлин, Германия

Т.Н. Балашова, кан.псих.н. профессор, Медицинский центр университета Оклахома, Оклахома-Сити, США

Н.А. Бохан, д.м.н., профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, директор НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, г. Томск, РФ

Л.И. Вассерман, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

В.Д. Вид, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерев» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

А.Ю. Егоров, д.м.н., профессор, заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения Института эволюционной физиологии и биохимии (ИЭФБ РАН) им. И.М. Сеченова РАН, Санкт-Петербург, РФ

С.Н. Ениколопов, к.псих.н., доцент, руководитель отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ

Х. Кассинов, Почетный профессор психологии Университет Хофстра, Нью-Йорк, США

В.Н. Краснов, д.м.н., профессор, руководитель Отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии МНИИП — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, РФ

О.В. Лиманкин, д.м.н., заслуженный работник здравоохранения РФ, главный врач Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург, РФ

search Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Igor V. Makarov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Child Psychiatry, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Sergey N. Mosolov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Therapy of Mental Diseases of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Alexander B. Shmukler, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director for Research, Moscow Research Institute of Psychiatry — a branch of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Olga Yu. Schelkova, Prof. Dr. of Sci. (Psychol.), Professor Acting Head of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Vladimir M. Yaltonsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Clinical Psychology, Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova Ministry of Health of Russia Moscow, RF

Editorial Council

Yuri A. Aleksandrovsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Corresponding Member RAS, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Border Psychiatry National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Sagat A. Altynbekov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Institute of Additional Professional Education, NAO KazNMU named after S. D. Asfendiyarova, Almaty, Kazakhstan

Maria Ammon, Dr. of Sci. (Psychol.), Professor, President of the German Academy of Psychoanalysis, Berlin, Germany

Tatyana N. Balashova, Cand. of Sci. (Med.), Professor, University of Oklahoma Medical Center, Oklahoma City, USA.

Nikolay A. Bokhan, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, Director of the Scientific Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Center, Tomsk, RF

Ludwig I. Wasserman, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Chief Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, RF

Ludwig D. Vid, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Chief Researcher of the Department of Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Alexey Yu. Egorov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Laboratory of Neurophysiology and Pathology of Behavior at the Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry named after I.M. Sechenov Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, RF

Sergey N. Enikolopov, Cand. Of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Medical Psychology, Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health, Moscow, RF

Howard Kassino, Honorary Dr. of Sci. (Psychol.), Professor of Psychology, Hofstra University, New York, USA

Valery N. Krasnov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Clinical and Pathogenetic Research in Psychiatry, MNIIP — branch of the FSBI NMICs PN im. V.P. Serbsky «Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Oleg V. Limankin, Dr. of Sci. (Med.), Distinguished Health Worker of the Russian Federation, Chief Physician of the St. Petersburg Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kashchenko, St. Petersburg, RF

Н.Б. Лутова, д.м.н., руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

В.В. Макаров, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Москва, РФ

П.В. Морозов, д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» г. Москва, РФ

В.Э. Пашковский, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

Н.Н. Петрова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

Ю.В. Попов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

В.А. Розанов, д.м.н., профессор, профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

П.И. Сидоров, д.м.н., профессор, академик РАН, главный научный сотрудник ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, РФ

А.Г. Соловьев, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы РФ, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск, РФ

А.Г. Софронов, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, главный врач психиатрической больницы № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова, Санкт-Петербург, РФ

Е.В. Снедков, д.м.н., врач-психиатр, Санкт-Петербургское ГКУЗ «Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, РФ

С. Тиано, профессор, Тель-Авивский университет, г. Тель-Авив, Израиль

Б.Д. Цыганков, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, РФ

С.В. Цыцарев, профессор, Университет Хофстра, Нью-Йорк, США

Е. Чкония, д.м.н., профессор психиатрии Тбилисского государственного университета, Тбилиси, Грузия

А.В. Шаболтас, д.псих.н., заведующий кафедрой психологии здоровья и отклоняющегося поведения, декан факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

В.К. Шамрей, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», Санкт-Петербург, РФ

К.К. Яхин, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань, Республика Татарстан, РФ

Natalya B. Lutova, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Integrative Pharmacopsychotherapy of Mental Disorders, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Victor V. Makarov, Prof. Dr. of Sci.(Med.), Head of the Department of Psychotherapy and Sexology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, RF

Peter V. Morozov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Psychiatry, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov Moscow, RF

Vladimir E. Pashkovsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Department of Psychiatry and Addiction, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Natalia N. Petrova, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Yuri V. Popov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Treatment of Mental Disorders in Young People, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Vsevolod .A. Rozanov, Prof.Dr.of Sci.(Med.) Professor at the Chair of Health Psychology and Deviant Behavior St.Petersburg State University, St.Petersburg, RF

Pavel I. Sidorov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Academician of the Russian Academy of Sciences, Chief Researcher of the FSBE Institution of Higher Education of the Northern State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Arkhangelsk, RF

Andrey G. Soloviev, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Worker of the Higher School of the Russian Federation, Head of the Department of Psychiatry and Clinical Psychology of the FSBE Institution of Higher Education of the Northern State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Arkhangelsk, RF

Alexander G. Sofronov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Chief Physician of the Psychiatric Hospital No. 3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov, St. Petersburg, RF

Evgeny V. Snedkov, Dr. of Sci. (Med.), psychiatrist, St. Petersburg State Public Health Institution "St. Nicholas the Wonderworker", St. Petersburg, RF

Sam Tianao, Professor Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

Boris D. Tsygankov, Prof. Dr. of Sci.(Med.), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, FSBE Institution of Higher Education of the Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov Moscow, RF

Sergey V. Tsytsarev, Professor Hofstra University, New York, USA

Eka Chkonias, Dr. of Sci.(Med.), Professor of Psychiatry, Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Alla V. Shaboltas, Prof. Dr. of Sci. (Psychol.), Head of the Department of Health Psychology and Abnormal Behavior, Dean of the Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Vladislav K. Shamrey, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychiatry, FSBE Institution of Higher Education Military Medical Academy named after S.M. Kirov St. Petersburg, RF

Kausar K. Yakhin, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Kazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kazan, Republic of Tatarstan, RF

ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva

Журнал основан в 1896 г. В.М. Бехтеревым

История переименований:

Обозрение психиатрии, неврологии и рефлексологии им. В.М. Бехтерева 1928–1930 г.

Обозрение психиатрии, неврологии и рефлексологии 1926–1928 г.

Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии 1896–1918 г.

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия, E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Одно из старейших медицинских изданий России, связанное с именем его основателя — выдающегося отечественного ученого академика Владимира Михайловича Бехтерева. Традиционно журнал освещает не только проблемы психиатрии, но и всех смежных дисциплин — психотерапии, медицинской психологии, наркологии, неврологии, нейрофизиологии. В журнале публикуются работы как ученых, так и специалистов-практиков в указанных областях.

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете РФ по печати.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-48985

Журнал входит в рекомендованный ВАК РФ список изданий для публикации материалов докторских диссертаций и индексируется в электронной поисковой системе базы данных РИНЦ (*Российский индекс научного цитирования*)

ISSN 2313-7053 (print), ISSN 2713-055X (online), DOI: 10.31363/2313-7053

Сайт журнала: <https://www.bekhterevreview.com>

Журнал индексируется в Российском индексе научного цитирования (www.elibrary.ru)

Журнал участвует в проекте CrossRef. Все статьи рецензируются

Журнал выходит 4 раза в год.

Адрес редакции: ул.Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия,
тел. +7 (812) 412-72-53, E-mail: ppsy@list.ru

Подписной индекс в Объединенном каталоге Пресса России 70232

В интернет-каталоге Пресса рф.ru https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/y_e70232/

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»

Минздрава России, 2013

Все права защищены

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Издатель: Издательский дом «Арс меденти». г. Санкт-Петербург, 191119, а/я 179
E-mail: amedendi@mail.ru

Типография «Акрос», г. Санкт-Петербург, ул.Самойлова д.5, 192102
Тираж 1000 экз. Цена свободная. Подписано к печати 31.03.2022 г.

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

The journal was founded in 1896. V.M. Bekhterev

Renaming History:

Review of psychiatry, neurology and reflexology named after V.M. Bekhtereva 1928–1930.

Review of psychiatry, neurology and reflexology 1926–1928

Review of psychiatry, neurology and experimental psychology 1896–1918

Founder: Federal State Budgetary Institution

"V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology"

Ministry of Health of the Russian Federation

st. Bekhtereva, d. 3, St. Petersburg, 192019, Russia, E-mail: spbinb@bekhterev.ru

One of the oldest medical publications in Russia, associated with the name of its founder — an outstanding domestic scientist academician Vladimir Mikhailovich Bekhterev. Traditionally, the journal covers not only the problems of psychiatry, but also all related disciplines — psychotherapy, medical psychology, narcology, neurology, neurophysiology. The journal publishes the work of both scientists and practitioners in these areas

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass Communications with the State Press Committee of the Russian Federation.
Certificate of registration PI № ФС 77-48985

The journal is included in the List of periodic scientific and technical publications of Russian Federation, recommended for candidate, doctoral thesis publications of State Commission for Academic Degrees and Titles at the Ministry of Education and Science of Russian Federation

ISSN 2313-7053 (print), ISSN 2713-055X (online), DOI: 10.31363/2313-7053

Site of the journal: <https://www.bekhterevreview.com>

The journal is in the Russian Scientific Citation Index (www.elibrary.ru)

The journal is member CrossRef

Issued 4 times a year.

The articles are reviewed

Address of Editorial Department: 3 Bekhtereva St., St. Petersburg, 192019, Russia,
tel. +7 (812) 412-72-53, E-mail: ppsy@list.ru

Subscription index in the Combined catalogue Press of Russia 70232
In the online catalog Press pф.ru https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/y_e70232/

© FGBU "NMIC PN named after V.M. Bekhtereva"

Ministry of Health of Russia, 2013

All rights reserved.

Full or partial reproduction of materials published in the journal is allowed only with the written permission of the editors. The editorial board is not responsible for the content of advertising materials.

For advertising, contact the publishing house

Publisher: Publishing House "Ars Medenti." St. Petersburg, 191119, a/i 179.

E-mail: amedendi@mail.ru

Printing house "Akros", St. Petersburg, st. Samoilova 5, 192102

SCIENTIFIC REVIEWS

- Integration of theoretical principals of psychosomatic medicine and practice of Balint supervision in physicians in the promotion of effective professional communication** 8
Vinokur VA, Karavaeva TA

- Depressive states in the structure of postcovid syndrome: features and therapy** 16
Petrova NN, Kudryashov AV, Matvievskaya OV, Mukhin AA, Lavrova VA, Chumakov EM, Yaltseva NV, Kuzmina SV, Kostina NV, Akimova EV, Sadovnichiy KS, Antsyborov AV, Dubovets ME, Demeneva AA, Kudryavtseva AM, Akulov AV, Vinogradova TA, Samorukova EM, Shadrina EN, Moroz DI, Mordvintseva ER

DEBATING CLUB

- «A lot of quotes, a lot of grief, but little scientific» A few comments on the discussion (questions to the authors of the review and article) «The crisis of natural science and humanitarian approaches in psychiatry»** 25
Nosachev GN., Nosachev IG.

RESEARCH

- Features of quantitative EEG in children with hyperkinetic disorder** 34
Gasanov RF, Makarov IV, Emelina DA

- Telemedicine consultation «patient-doctor» in child psychiatry: methodology and practice** 43
Morozov SP, Bechuk MA, Vladzemyrskyy AV, Khairtdinov OZ

- Neuropsychological diagnosis in the acute period of ischemic stroke** 54
Tynterova AM, Perepelitsa SA, Skalin YuE, Reverchuk IV, Tikhonova OA, Grishina AA

- Characteristics and determinants of professional burnout among early career psychiatrists in Russia — results of a cross-sectional study** 63
Chumakov EM, Gvozdetsky AN, Vasilchenko KF, Golygina SE, Marachev MP, Osadashiy YuYu, Potanin SS, Fedotov IA, Shishkina IO, Petrova NN

- Psychological adaptation and quality of life of patients who underwent lower limb amputation due to cancer** 79
Shchelkova OYu., Iakovleva MV., Usmanova EB., Sushentsov EA., Sofronov DI.

- Acute retroviral syndrom — challenges in maintain of adherence, underestimated role of alcohol** 95
Yakovlev AA, Diachkov AG, Musatov VB, Kelly J, Kramynin LA

GUIDELINES FOR THE PRACTITIONER

- The model of saving the mental health of the adolescent population in the city of Kirov** 105
Zlokazova MV., Semakina NV.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- Интеграция теоретических основ психосоматической медицины и практики балинтовской супервизии врачей в развитии эффективной профессиональной коммуникации** 8
Винокур В.А., Караваева Т.А.

- Депрессивные состояния в структуре постковидного синдрома: особенности и терапия** 16
Петрова Н.Н., Кудряшов А.В., Матвиевская О.В., Мухин А.А., Лаврова В.А., Чумаков Е.М., Яльцева Н.В., Кузьмина С.В., Костина Н.В., Акимова Е.В., Садовничий К.С., Анцыборов А.В., Дубовец М.Э., Деменева А.А., Кудрявцева А.М., Акулов А.В., Виноградова Т.А., Саморукова Е.М., Шадрина Е.Н., Мороз Д.И., Мордвинцева Е.Р.

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

- «Много кавычек, много скорби, но мало научности» Несколько замечаний по дискуссии (вопросы к авторам рецензии и статьи) «Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии»** 25
Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

ИССЛЕДОВАНИЯ

- Особенности количественной ЭЭГ у детей с гиперкинетическим расстройством** 34
Гасанов Р.Ф., Макаров И.В., Емелина Д.А.

- Телемедицинское консультирование «пациент-врач» в детской психиатрии: методология и практика** 43
Морозов С.П., Бебчук М.А., Владимирский А.В., Хайретдинов О.З.

- Психоневрологическая диагностика пациентов в остром периоде ишемического инсульта** 54
Тынтерова А.М., Перепелица С.А., Скалин Ю.Е., Реверчук И.В., Тихонова О.А., Гришина А.А.

- Характеристика и факторы формирования профессионального выгорания молодых психиатров в России — результаты кросс-секционного исследования** 63
Чумаков Е.М., Гвоздецкий А.Н., Васильченко К.Ф., Голыгина С.Е., Марачев М.П., Осадиный Ю.Ю., Потанин С.С., Федотов И.А., Шишкина И.О., Петрова Н.Н.

- Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием** 79
Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Софронов Д.И.

- Сложности формирования приверженности антиретровирусной терапии при остром ретровирусном синдроме — недооцененное значение алкоголя** 95
Яковлев А.А., Дьячков А.Г., Мусатов В.Б., Келли Д., Крамынин Л.А.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

- Модель сбережения психического здоровья подросткового населения в городе Кирове** 105
Злоказова М.В., Семакина Н.В.

Обозрение психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева, 2022, Т. 56, № 1, с. 8-15,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-8-15>

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology,
2022, T. 56, no 1, pp. 8-15,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-8-15>

Интеграция теоретических основ психосоматической медицины и практики балинтовской супервизии врачей в развитии эффективной профессиональной коммуникации

Винокур В.А.^{1,2}, Караваева Т.А.^{3,4,5,6}

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

²Балинтовская Ассоциация, Россия,

³Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия,

⁴Санкт-Петербургский государственный университет, Россия,

⁵Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

⁶Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова,
Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Проведен обзор отечественной и зарубежной литературы по вопросам взаимосвязи психосоматической медицины и балинтовской супервизии врачей. Были отобраны и проанализированы статьи в базах MEDLINE/PubMed, Elibrary.ru, Scopus с 1990 по 2020 гг., международных медицинских журналах и сборниках научных трудов по балинтовской тематике, а также релевантные ссылки в списках литературы анализированных источников. Поиск проводился с использованием поисковых запросов различных вариантов указанных ключевых слов.

У «философии» психосоматической медицины и теории балинтовской супервизии есть очевидные общие исторические корни. Психосоматическую медицину и балинтовскую супервизию объединяет концепция о том, что если представления пациента о своем заболевании, его переживаниям и поведенческим реакциям, их связи с его бессознательным придается большое значение в терапии, то это означает, что столь же значимы переживания и реакции врача, находящегося в сложной коммуникации с этим пациентом. Пациент перестает быть пассивным объектом терапии и поэтому она приобретает характер межличностного взаимодействия и взаимного влияния друг на друга врача и пациента. Это стало основным фокусом балинтовской супервизии. Технология балинтовских групп помогает врачам постепенно сменить акцент с *болезнь-центрированного* подхода в своей клинической практике на *пациент-центрированный*. Анализ более, чем полувековой работы балинтовских групп в разных странах показал, что М. Балинт предложил в этой технологии очень эффективный метод, помогающий врачам самых разных специальностей и психологам — консультантам снизить свою эмоциональную напряженность в работе с «трудными» пациентами, к которым часто относятся пациенты с психосоматической патологией. В статье описывается интегративная связь основополагающих подходов психосоматической медицины и балинтовской супервизии врачей и психологов, анализируются история их формирования и общие принципы, связанные с вниманием к сложным вопросам взаимодействия с пациентами и терапией психосоматических расстройств, которая становится более успешной под влиянием балинтовской аналитической супервизии. Представлена роль балинтовских групп в обучении специалистов, оказывающих помощь пациентам с психосоматическими расстройствами, трудности и перспективы внедрения балинтовского метода в обучение и подготовку врачей общей практики, психиатров, психотерапевтов.

Ключевые слова: психосоматическая медицина, психосоматические расстройства, супервизия, межличностное взаимодействие, балинтовские группы, интеграция.

Информация об авторах:

Винокур Владимир Александрович — e-mail: vavinokur@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2990-8939>
Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Как цитировать: Винокур В.А., Караваева Т.А., Интеграция теоретических основ психосоматической медицины и практики балинтовской супервизии врачей в развитии эффективной профессиональной коммуникации. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2022; 56:1:8-15. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-8-15>.

Конфликт интересов: Т.А. Караваева является членом редакционной коллегии

Автор, ответственный за переписку: Винокур Владимир Александрович; e-mail: vavinokur@mail.ru

Corresponding author: Vladimir A. Vinokur, e-mail: vavinokur@mail.ru

Integration of theoretical principals of psychosomatic medicine and practice of Balint supervision in physicians in the promotion of effective professional communication

Vinokur VA^{1,2}, Karavaeva TA^{3,4,5,6}

¹I.I. Mechnikov North-Western Medical State University, St Petersburg, Russia

²Balint Association, Russia,

³V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

⁴St.Petersburg State University, Russia,

⁵St.Petersburg State Pediatric Medical University, Russia,

⁶National Medical Research Center of Oncology N. a. N.N. Petrov, St. Petersburg, Russia

Summary. The review of the Russian and foreign literature on the relationships of psychosomatic medicine and Balint supervision of physicians was conducted. We selected and analyzed articles from MEDLINE / PubMed Elibrary.ru, Scopus databases during from 1990 till 2020, international medical journals and collections of scientific papers as well as relevant references in the bibliography of the analyzed articles. The search was carried out with the usage of search queries of various combinations of the specified key words.

The “philosophy” of psychosomatic medicine and the theory of Balint supervision have the evident common historical grounds. Psychosomatic medicine and Balint supervision are united by the conception that the patient’s perceptions about his/her illness, related to it experiences and behavior as well as their relationships to his/her unconscious are very important in the therapy process. That means that the experiences and behavior of a physician related to the complicated communication with the patient are important as well. The patient has to be no more a passive object of the care so the process of therapy obtains the character of interpersonal communication and the mutual influence between the patient and the physician. This point is what Balint supervision is focused at. The technology of Balint group work helps physicians to shift an emphasis in the clinical practice from the *disease-centered* to the *patient-centered* approach. The analysis of Balint groups effectiveness provided during more than fifty years brought an evidence that Michael Balint presented very efficient method which helped physicians in different medical fields and psychologists reduce their emotional arousal in the treatment of “difficult” patients who are patients with psychosomatic disorders very frequently. The integrative relationships between basic approaches of psychosomatic medicine and Balint supervision in physicians and psychologists are described. The history of the relations and common principles related to the attention to the complexed issues of physician-patient communication and the therapy in psychosomatic disorders which becomes more successful due to the impact of analytical Balint supervision, are analyzed. The significance of Balint groups work in the training of the health care professionals, who are treating patients with psychosomatic disorders, difficulties and perspectives of implementation of Balint group method into the system of education and training of general practitioners, psychiatrists and psychotherapists are presented.

Key words: Psychosomatic medicine, supervision, interpersonal communication, Balint groups, integration.

Information about the authors:

Vladimir A. Vinokur — e-mail: vavinokur@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2990-8939>

Tatiana A. Karavaeva — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

To cite this article: Vinokur VA, Karavaeva TA. Integration of theoretical principals of psychosomatic medicine and practice of Balint supervision in physicians in the promotion of effective professional communication. *Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2022; 56:1:8-15. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-8-15>.

Conflict of interest: Tatiana A. Karavaeva is a member of the editorial board

У «философии» психосоматической медицины и теории балинтовской супервизии есть очевидные общие исторические корни, связанные, в частности, с именем Феликса Дейча, считавшего психосоматику областью примирения прикладного психоанализа и клинической медицины [10]. Впоследствии Майкл Балинт, будучи врачом и психоаналитиком, успешно реализовал эту идею в технологии балинтовской супервизии врачей и психологов [31, 33, 38]. Психосоматическую медицину и балинтовскую супервизию объединяет концепция о том, что если представления пациента о своем заболевании, его переживаниям и поведенческим реакциям, их связи с его бессознательным придается большое значение в психоаналитической терапии, то это означа-

ет, что столь же значимы переживания и реакции врача, находящегося в сложной коммуникации с этим пациентом. Пациент перестает быть пассивным объектом терапии и поэтому она приобретает характер межличностного взаимодействия и взаимного влияния друг на друга врача и пациента [2, 9, 44]. Терапевтический процесс становится интерперсональным и его исследование в каждом конкретном случае стало основным фокусом балинтовской супервизии [8, 22, 28]. V. Weizsaecker (1954) так характеризует этот шаг их сближения, благодаря которому в клиническую практику и в изучение взаимодействия «врач — пациент» были введены личности обоих участников как важнейшие элементы анализа их коммуникации: «Эта психология не спрашивала, что делает больной,

она спрашивала его — кто ты? И тот, кто задавал такой вопрос, должен был одновременно спросить себя — кто я?» [50].

В ряде своих работ М. Балинт, описывая деятельность балинтовских групп для врачей и их связь с клинической медициной, подчеркивал, что процессы в психической и соматической сферах человека протекают не просто неразрывно, они взаимно влияют друг на друга и проявляются как в понимании психосоматического единства, так в профессиональном взаимодействии с пациентами, делая медицинскую практику более гуманистически ориентированной, и тем самым — более эффективной. Поэтому Майкла Балинта можно по праву считать одним из основоположников современных фундаментальных психосоматических представлений, понимание которых позволяет осуществлять клиническую практику более успешно. Условия и образ жизни человека являются фундаментальными предпосылками для возникновения его болезней, поскольку именно социальные и психологические факторы так специфически «расцветивают» и создают такое разнообразие красок в жизни человека, соответственно, и в его заболеваниях. В настоящее время это уже кажется общепризнанным, однако, многие врачи до настоящего времени психосоматические заболевания лечат как чисто соматические, нередко недооценивая или вовсе игнорируя психологические факторы возникновения и течения этих расстройств, к числу которых можно отнести и проблемы, связанные с коммуникацией «врач — пациент».

Принципиально аналогичную точку зрения высказывали Е. Weiss и О. English [48] о том, что психосоматика — это подход в медицине, который не только не умаляет значение телесного, но и уделяет существенно больше внимания душевному, а также — V. Weizsaecker [49] о том, что «...медицина должна быть глубинно-психологической, иначе она не будет медициной». Это также активно сближает идеи интегративной (психосоматической) медицины и философию работы балинтовских групп, поскольку в обоих случаях мы сталкиваемся с миром множества открытых вопросов о сложном характере взаимодействия врача и пациента и глубоко скрытых ответов на эти вопросы. Формула, предложенная в книге М. Балинта «Врач, пациент и его страдание» (1957) и связывающая психосоматическую компетентность врачей с эффектом супервизии в балинтовских группах, ориентированной на анализ их коммуникации с пациентами, оказалась настолько продуктивной, что до сих пор стимулирует многих исследователей и практических врачей на ее развитие в разных аспектах своей работы: «Наиболее часто применяемое в медицинской практике лекарство — сам врач. В лечении пациента важны не столько собственно микстуры или пилюли, значенные ему при этом заболеваниях, сколько атмосфера, в которой лекарство назначается врачом и в которой оно принимается пациентом. <...> Это предполагает, что, как и в случае приме-

нения любого другого лекарства, необходимо тщательно взвесить показания к назначению такого лечебного «средства», как врач, его дозы, ограничения в применении, наиболее удобные способы приема и даже возможные побочные эффекты» [6].

Можно утверждать, что любое соматическое расстройство есть нарушение психосоматическое, так как психические факторы влияют на все физиологические процессы в организме. Поэтому анализировать заболевания человека можно, лишь учитывая структуру его личности, сферу ее наиболее значимых отношений и внутриличностных конфликтов, механизмов психологической защиты и совладающего поведения, локус субъективного контроля, личностные смыслы болезни и ее внутреннюю картину, особенности терапевтического сотрудничества, в частности, приверженности пациента к лечению, и многие другие психологические характеристики, влияющие как на течение самого соматического заболевания, так и на сложный, во многом неясный характер взаимодействия врача с таким пациентом. «Выписывать рецепты — довольно несложное занятие, но вот прийти к пониманию людей, с которыми работаешь как врач, гораздо сложнее» (Ф. Кафка, «Сельский врач»). Все это представляет собой серьезное предостережение от недооценки роли психологических факторов во взаимоотношениях врача и пациента, которая, к сожалению, очень распространена в медицинской практике.

Анализ более, чем полувековой работы балинтовских групп в разных странах показал, что М. Балинт предложил в этой технологии очень эффективный метод, помогающий врачам самым разным специальностям и психологам — консультантам снизить свою эмоциональную напряженность в работе с «трудными» пациентами. Изучение эффективности и совершенствование технологии этой работы проводилось многими исследователями. В обзоре 94 научных источников баз данных «Web of Science» и «Pubmed» из которых 35 представляют собой эмпирические качественные и количественные исследования, рассматриваются различные аспекты, отражающие работу балинтовских групп: характеристики участников групп, темы обсуждений, процессы, происходящие во время групповой работы, руководство группой, результативность, оценки балинтовских групп и другие [18, 48]. Авторами публикаций отмечается методологическая трудность научного изучения процессов, технологии балинтовских групп и подчеркивается важность и актуальность дальнейших исследований [18, 39, 42, 48].

Применение балинтовских групп при работе со сложными пациентами, к числу которых очень часто относятся пациенты с психосоматическими или соматоформными расстройствами, способствовало тому, что врачам удавалось перейти к «межличностной психологии», исследуя в каждом случае характер своих взаимоотношений с больными и факторы, осложняющие эти отношения, а также связанное с этим почти закономерное снижение эффективности самой вра-

чебной и консультативной работы [23]. Со временем такая технология балинтовских групп помогла врачам постепенно сменить акцент с *болезнь-центрированного* подхода в своей клинической практике на *пациент-центрированный* [23, 46]. Это было очень успешно отражено в материалах первых международных балинтовских конгрессов, проходивших под характерными девизами — «Пациент-центрированная медицина» («*Patient-Centered Medicine*», London, 1972) и «Человеческое лицо медицины» («*The Human Face of Medicine*», London, 1978).

Во врачебной профессии в той или иной степени существует дефицит возможностей профессионального общения с коллегами. Вследствие этого существенно возрастает вероятность искажения внутреннего образа своей профессиональной деятельности, самоидентификации врача, приводящей к снижению критичности и саморефлексии, возрастанию своеобразной профессиональной ригидности. В мировом опыте формирования системы подготовки врачей уже много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма медицинских работников [53]. Коммуникативная компетентность, по мнению и самих специалистов, и опрошенных параллельно с этим их пациентов, входит в круг профессиональных качеств, наиболее значимых для эффективного осуществления врачебной деятельности. Эти навыки не улучшаются просто с возрастанием продолжительности работы, а нуждаются в постоянном развитии и совершенствовании в процессе супервизии. Балинтовские группы позволяют осознавать и регулировать специалистам свое эмоциональное состояние, лучше понимать пациента, проявлять сочувствие, создавать условия для эффективного взаимодействия [52]. Затрудненная коммуникация с пациентом, ведение сложных случаев и личностные особенности специалистов, оказывающих помощь, нередко способствуют формированию синдрома эмоционального выгорания, формированию тревожных, депрессивных и астенических нарушений. Балинтовские группы являются эффективным способом его профилактики, а также предотвращают «усталость от сострадания» [3, 7, 19, 20, 36, 37, 40, 45]

Очень тесная интеграция психосоматической медицины и балинтовской супервизии определяется их общей идеей внимания к сложным психологическим аспектам взаимодействия с пациентами и проводимой им терапии, основанную на понимании био-психо-социальной природы заболеваний человека. Майкл Балинт писал по этому поводу: «Врач должен открыть в самом себе способность выслушивать у своих больных то, что им часто вряд ли удастся выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь у себя самого» [6].

Один из основателей и лидеров международного балинтовского движения профессор Boris

Luban — Plozza (1923—2002) одновременно был широко известен в мире своими фундаментальными работами по психосоматической медицине. Представление B. Luban — Plozza о том, что глубокое психологическое понимание, проникающее вплоть до сути эмоциональных проблем пациента, должно в такой же степени принадлежать к вооружению врача, как медикаменты или медицинская техника, успешно объединяет психосоматический подход к целостному пониманию пациента и балинтовскую группу, реализующую в своей работе задачу понимания сложного взаимодействия таких пациентов с врачами. Внимание к различным аспектам межличностной коммуникации врач — пациент и стремление анализировать их как можно глубже приносит очевидные плоды в виде более успешной терапевтической практики за счет лучшего понимания роли психологических факторов в развитии психосоматических заболеваний, а также повышения удовлетворенности обоих участников этого процесса от их взаимодействия [4].

Своевременная и правильная диагностика психосоматических расстройств в общемедицинской практике становится сегодня решающим условием успешной медицинской помощи в целом и в значительной мере важнейшим условием этого становится качество коммуникации врач—пациент, которая и является фокусом аналитической работы балинтовской группы [5].

Тесная организационная связь и даже практическая интеграция медицинских и балинтовских обществ существует в Германии, Швеции, Польше, Венгрии, Израиле, Португалии [41]

Во многих странах мира (Великобритании, США, Бельгии, Швеции и др.) национальные балинтовские общества в своей работе тесно связаны и активно взаимодействуют с психосоматическими обществами, ассоциациями врачей общей практики (семейных врачей) или ассоциациями психиатров и психотерапевтов [17, 47]

С 1987 года в Германии практикуется так называемая базовая психосоматическая подготовка всех врачей, государственная программа которой включает в себя их обязательное участие в не менее, чем 15 сессиях балинтовских групп. В период с 2004 по 2019 год в общей сложности 1667 врачей заполнили форму обратной связи для группы Балинта в рамках курса базовой психосоматической помощи. В задачи обучения входили познавательные и эмоциональные аспекты, а также вопросы об атмосфере и лидерстве в группе, о переходе к повседневной медицинской практике и интересе к дальнейшей работе в группе. За изучаемый период было проведено 170 балинтовских групп, результаты исследования подтвердили позитивное значение обучения как в когнитивном, так и в эмоциональном планах для специалистов, полученные данные подтвердили целесообразность включения балинтовских групп в квалификационное обучение в области базовой психосоматической. Движение молодых врачей и Международная Федерация Балинтов, обеспокоенные тем, что

традиционный формат личных занятий ограничивает их способность удовлетворять потребности врачей, практикующих в местах, где нет подготовленных балинтовских лидеров разработали проект международной интернет-группы балинтов «Балинт 2,0». Сессионные опросы продемонстрировали эффективность платформы видеоконференцсвязи для созыва группы Балинта и поэтому Движение молодых врачей и Международная Балинтовская Федерация планируют развивать и расширять эту работу [32].

Балинтовские группы внедрены в обучение студентов-медиков во многих странах, что позволяет лучше объяснить им что эмоции играют фундаментальную роль в профессиональном развитии врачей. Акцент делается на демонстрации роли переживаний в манифестации, экзакцербации болезненных проявлений, а также на эмоциональном компоненте взаимоотношений между врачом и пациентом, помогая специалистам стать ориентированным на пациента, улучшая коммуникативные навыки и способность к эмпатии, снижая риск формирования профессионального выгорания [16, 54]. Обратив внимание на то, что имеется связь развития психосоматических расстройств с особенностями семейного взаимодействия, балинтовские группы были внедрены советом по аккредитации в последипломное медицинское образование по семейной медицине, эффективность такого внедрения была продемонстрирована в пилотном исследовании [25]. В США было изучено применение метода Балинта в обучении врачей разных терапевтических специальностей и предпринята попытка описания практических аспектов обучения — организации (частота, количество, продолжительность балинтовских групп), концептуальных основ (двухфазный характер идентификации пациента, концепция болезни против болезни, перенос / контрперенос, чрезмерный перенос, идентификация, недостаточная идентификация, двухфазность эмпатии врача), педагогических целей (овладение эмпатическими навыками, эффективная коммуникация) балинтовских групп в ординатуре [29]. Изучение эффективности и «полезности» внедрения балинтовских групп в обучение специалистов, которые в последующем занимаются диагностикой и лечением психосоматических и психических заболеваний, проводилось рядом исследователей и во всех отмечен положительный эффект [24, 30, 34, 35].

Большие требования организация балинтовских групп предъявляет к лидеру, ведущему группы, поскольку в конечном счете от него во многом зависит качество, эффективность работы, чувство

безопасности, доверия у участников, характер динамических внутригрупповых процессов. В исследованиях, посвященных изучению влияния руководителя группы на обучение участников, подчеркивается важность личностных качеств и профессиональных навыков [13, 27, 47]. Не редко в работе руководителей возникают сложности, влияющие как на результат работы, так и на участников группы, делались попытки выработать принципы, которые потенциально могут увеличить шансы на преодоление этих проблем. [11, 21, 43]. В выступлениях ведущих спикеров на съезде лидеров Международной Федерации Балинтов в Варшаве (сентябрь 2016 г.). обсуждались концептуальные основы, современные подходы к групповому руководству балинтовских групп, взаимоотношения между аналитиками и интернистами, принимающими участие в лечении психосоматических пациентов [12].

Балинтовские группы эффективно обеспечивают ее участникам, врачам и клиническим психологам возможность (*среду, пространство*) для более глубокого и осознанного анализа своей работы и ее коммуникативных аспектов, развития саморефлексии, лучшего понимания врачами своих пациентов и самих себя в процессе сложного взаимодействия с ними, что можно отнести к ключевым проблемам психосоматической медицины. Это достигается активным развитием эмпатии в процессе такой супервизии. Помощь в балинтовской группе происходит от того, что супервизия дает им опыт нового и более конструктивного переживания той неизвестности или неопределенности, которая существует в работе каждого из врачей и в каждом случае их взаимодействия с этими сложными пациентами. Группа повышает у специалистов профессиональную самооценку и степень удовлетворенности своей работой, тем самым способствуя предупреждению профессионального выгорания. Балинтовские группы являются хорошим средством устранения у них чувства профессионального «одиночества» и успешной формой развития профессиональной поддержки для врачей, нового для них позитивного мышления и развития нового уровня компетентности, прежде всего — коммуникативной, что также позволяет этим специалистам выйти на более высокий уровень устойчивости к различным фрустрирующим аспектам своей профессиональной деятельности, часто наблюдаемым в терапии психосоматических расстройств и заболеваний, которые рассматриваются сейчас как «болезни цивилизации» и поэтому все чаще встречаются в медицинской практике [14].

Литература / References

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Речь; 2000.
Ammon G. Psihosomaticheskaya terapiya. SPb: Rech'; 2000. (In Russ.).
2. Андреева М.Т., Караваева Т.А. Сопутствующие психические расстройства и нарушение эмоциональной регуляции у пациентов с рассеянным склерозом. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2019;4-2:19-28.
<https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-2-19-28>

- Andreeva MT, Karavaeva TA. Associated Psychological Disorders and Impairment of Emotional Regulation among Patients with Multiple Sclerosis. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M.Bekhtereva*. 2019; 4-2:19-28. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-2-19-28>
3. Караваяева Т.А., Кухтенко Ю.А., Макаров В.В., Яковлев А.В. Взаимосвязь уровня нервно-психической устойчивости и распространённости синдрома выгорания у специалистов в области психического здоровья. *Наркология*. 2019;18(8):60-68.
Karavaeva TA, Kukhtenko YA, Makarov VV, Yakovlev AV. The relationship of the level of nervously mental stability and prevalence of the syndrome of burnout at specialists in the field of mental health. *Narkologia*. 2019;18(8):60-68 (In Russ.).
4. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб;1996.
Lyuban-Plocca B., Pel'dinger V., Kreger F. Psihosomaticheskij bol'noj na prieme u vracha. Spb;1996 (In Russ.).
5. Antoun J, Johnson A, Clive B, Romani M. Doctors at times of national instability: What Balint seminars reveal. *Int J PsychiatryMed*. 2019;54(1):3-10. doi: 10.1177/0091217418791449
6. Balint M. *The Doctor, his Patient and the Illness*. London. 1957.
7. Benson J, Magraith K. Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *AustFamPhysician*. 2005;34(6):497-498.
8. Clarke D, Coleman J. Balint groups. Examining the doctor-patient relationship. *AustFamPhysician*. 2002;31(1):41-44.
9. Crossman S. Investing in each other--Balint groups and the patient-doctor relationship. *VirtualMentor*. 2012;14(7):551-554. doi: 10.1001/virtualmentor.2012.14.7.medu1-1207
10. Deutsch F. Psychoanalyse und Organkrankheiten. *Int Z Psychanal*, 1922; 8:290-306.
11. Douglas L, Feeney L. An established practice in new surroundings: concepts, challenges, pitfalls and guidelines for NCHD Balint Groups. *Ir J Psychol-Med*. 2017;34(1):1-5. doi: 10.1017/ipm.2015.63
12. Elder A. Balint group leadership: Conceptual foundations and a framework for leadership development? *Int J PsychiatryMed*. 2017;52(4-6):355-365. doi: 10.1177/0091217417738939
13. Flatten G M A, Möller H, Tschuschke V. Wiewirksam sind Balintgruppen-Leiter? [How effective are Balint group leaders?]. *Z Psychosom Med Psychother*. 2019; 65(1):4-13. German. doi: 10.13109/zptm.2019.65.1.4
14. Frey JJ 3rd. A new role for Balint groups in overcoming professional isolation and loneliness. *Int J PsychiatryMed*. 2020;55(1):8-15. doi: 10.1177/0091217419891275
15. Fritzsche K, Flatten G, Leonhart R. Balintgruppe als Pflichtveranstaltung—Effekte von Balintarbeit im Rahmen des Kurses Psychosomatische Grundversorgung [Balint group as a mandatory training—Effects of Balint work as part of the psychosomatic basic care course]. *Z Psychosom Med Psychother*. 2021;OA2. German. doi: 10.13109/zptm.2021.67.0a2. Epub ahead of print
16. Gajree N. Can Balint groups fill a gap in medical curricula? *Clin Teach*. 2021;18(2):158-162. doi: 10.1111/tct.13298
17. Graham S, Gask L, Swift G, Evans M. Balint-style case discussion groups in psychiatric training: an evaluation. *Acad Psychiatry*. 2009;33(3):198-203. doi: 10.1176/appi.ap.33.3.198
18. Haltenhof H, Bühler KE, Leupold-Theander E. Die Bedeutung der Balintgruppenarbeit: Ein Literaturüberblick und eine empirische Studie in Unterfranken [The significance of the Balint-group work: a review of the literature and an empirical study in Unterfranken]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1993;43(6):200-6. German
19. Huang L, Harsh J, Cui H, Wu J, Thai J, Zhang X, Cheng L, Wu W. A Randomized Controlled Trial of Balint Groups to Prevent Burnout Among Residents in China. *Front Psychiatry*. 2020;11:10:957. doi: 10.3389/fpsy.2019.00957
20. Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med*. 2008; 6(2):138-145. doi: 10.1370/afm.813
21. Kjeldmand D, Holmström I. Difficulties in Balint groups: a qualitative study of leaders' experiences. *Br J Gen Pract*. 2010; 60(580):808-814. doi: 10.3399/bjgp.10X532585
22. Kulenović M, Blazeković-Milaković S. Balint groups as a driving force of ego development. *Coll Antropol*. 2000; 24(1):103-108.
23. Launer J. Moving on from Balint: embracing clinical supervision. *Br J Gen Pract*. 2007; 57(536):182-183.
24. Lemogne C, Buffel du Vaure C, Hoertel N, Catupinault A, Limosin F, Ghasarossian C, Le Jeune C, Jaury P. Balint groups and narrative medicine compared to a control condition in promoting students' empathy. *BMC Med Educ*. 2020; 20(1):412. doi: 10.1186/s12909-020-02316-w
25. Lichtenstein A, Antoun J, Rule C, Knowlton K, Sternlieb J. Mapping the Balint groups to the Accreditation Council for Graduate Medical Education family medicine competencies. *Int J Psychiatry Med*. 2018; 53(1-2):47-58. doi: 10.1177/0091217417745294
26. Luban-Plozza B. Empowerment techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centered discussion groups. *Patient Educ Couns*. 1995; 26(1-3):257-263. doi: 10.1016/0738-3991(95)00756-p
27. Lustig M. Balint groups: an Australasian perspective for psychiatrists. *Australas Psychiatry*. 2016; 24(1):30-33.

- doi: 10.1177/1039856215615013
28. Lustig M. Balint groups-an Australian perspective. *AustFam Physician*. 2006; 35(8):639-642, 652
29. Mahoney D, Diaz V, Thiedke C, Mallin K, Brock C, Freedy J, Johnson A. Balint groups: the nuts and bolts of making better doctors. *Int J PsychiatryMed*. 2013; 45(4):401-411. doi: 10.2190/PM.45.4.j
30. McKenney A, Sullivan L. Balint groups—helping trainee psychiatrists make even better use of themselves. *AustralasPsychiatry*. 2016; 24(1):84-87. doi: 10.1177/1039856215598870
31. Muench J. Balint work and the creation of medical knowledge. *Int J Psychiatry Med*. 2018; 53(1-2):15-23. doi: 10.1177/0091217417745288
32. Nease DE Jr, Lichtenstein A, Pinho-Costa L, Hodebecke K. Balint 2.0: A virtual Balint group for doctors around the world. *Int J PsychiatryMed*. 2018; 53(3):115-125. doi: 10.1177/0091217418765036
33. Ornstein PH. Michael Balint then and now: a contemporary appraisal. *Am J Psychoanal*. 2002; 62(1):25-35. doi: 10.1023/a:1017912006382
34. Parker SD, Leggett A. Reflecting on our practice: an evaluation of Balint groups for medical students in psychiatry. *AustralasPsychiatry*. 2014;22(2):190-194. doi: 10.1177/1039856213517946
35. Player M, Freedy JR, Diaz V, Brock C, Chessman A, Thiedke C, Johnson A. The role of Balint group training in the professional and personal development of family medicine residents. *Int J Psychiatry Med*. 2018;53(1-2):24-38. doi: 10.1177/0091217417745289
36. Popa-Velea O, Trutescu CI, Diaconescu LV. The impact of Balint work on alexithymia, perceived stress, perceived social support and burnout among physicians working in palliative care: a longitudinal study. *Int J Occup Med Environ Health*. 2019;32(1):53-63. doi: 10.13075/ijom.1896.01302
37. Roberts M. Balint groups: a tool for personal and professional resilience. *CanFamPhysician*. 2012;58(3):245-247.
38. Scott CP, Milberg L, Addison R. Characterizing the good-enough Balint group: A work in progress. *Int J PsychiatryMed*. 2018;53(1-2):70-74. doi: 10.1177/0091217417745297
39. Shorer Y, Rabin S, Zlotnik M, Cohen N, Nadav M, Shiber A. [Balint group as a means for burnout prevention and improvement of therapist-patient relationship in a general hospital—the soroka experience]. *Harefuah*. 2016;155(2):115-118, 130.
40. Silfverskiöld P. Balintgruppverksamhet-ettsätt (över-)leva [Activities of Balint groups-a way to survive]. *Lakartidningen*. 1989;86(30-31):2606-2609.
41. Sternlieb JL. Demystifying Balint culture and its impact: An autoethnographic analysis. *Int J PsychiatryMed*. 2018; 3(1-2):39-46. doi: 10.1177/0091217417745290
42. Sternlieb JL. Introducing diversity to Balint Groups: Leadership challenges. *Int J PsychiatryMed*. 2020;55(1):25-29. doi: 10.1177/0091217419894458
43. Stewart H. Michael Balint: an overview. *Am J Psychoanal*. 2002;62(1):37-52. doi: 10.1023/a:1017964023220
44. Stojanovic-Tasic M, Latas M, Milosevic N, ArtonovicPribakovic J, Ljusic D, Sapic R, Vucurevic M, Trajkovic G, Grgurevic A. Is Balint training associated with the reduced burnout among primary health care doctors? *Libyan J Med*. 2018;13(1):1440123. doi: 10.1080/19932820.2018.1440123
45. Tizón JL. Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médico-paciente [On Balint groups, the Balint movement, and care of the doctor-patient relationship]. *Aten Primaria*. 2005;36(8):453-555. Spanish. doi: 10.1157/13081060
46. Tschuschke V, Flatten G. Effect of group leaders on doctors' learning in Balint groups. *Int J PsychiatryMed*. 2019;54(2):83-96. doi: 10.1177/0091217418791440
47. Van Roy K, Vanheule S, Inslegers R. Research on Balint groups: A literature review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(6):685-694. doi: 10.1016/j.pec.2015.01.014
48. Weiss E, English O. Psychosomatic medicine. Philadelphia. 1943.
49. Weizsaecker V. Begegnungen und Entscheidungen. Heidelberg. 1949.
50. Weizsaecker V. Natur und Geist. Göttingen. 1954.
51. Yahyavi ST, Amini M, Sheikhmoonesi F. Psychiatric residents' experience about Balint groups: A qualitative study using phenomenological approach in Iran. *J Adv Med Educ Prof*. 2020;8(3):134-139. doi: 10.30476/jamp.2020.85161.1164
52. Yao LY, Xiang ML, Ye ZH, Qian Y, Lu Q, Yan LJ, Jiang LY, Zhong HB. [Intervention study of compassion fatigue of oncology nurses in Balint group activities]. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing ZaZhi*. 2017;35(12):910-913. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.issn.1001-9391.2017.12.007
53. Yazdankhahfard M, Haghani F, Omid A. The Balint group and its application in medical education: A systematic review. *J Educ Health Promot*. 2019;8:124. doi: 10.4103/jehp.jehp_423_18

Сведения об авторах

Винокур Владимир Александрович — д.м.н., профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова Минздрава РФ, президент Балинтовой Ассоциации (Россия). E-mail: vavinokur@mail.ru

Караваева Татьяна Артуровна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России. E-mail: tania_kar@mail.ru

Поступила 04.05.2021

Received 04.05.2021

Принята в печать 07.08.2021

Accepted 07.08.2021

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

Депрессивные состояния в структуре постковидного синдрома: особенности и терапия

Петрова Н.Н.¹, Кудряшов А.В.², Матвиевская О.В.³, Мухин А.А.⁴, Лаврова В.А.⁵, Чумаков Е.М.⁶, Яльцева Н.В.⁷, Кузьмина С.В.⁸, Костина Н.В.⁹, Акимова Е.В.¹⁰, Садовничий К.С.¹¹, Анцыборов А.В.¹², Дубовец М.Э.¹³, Деменева А.А.¹⁴, Кудрявцева А.М.¹⁵, Акулов А.В.¹⁶, Виноградова Т.А.¹⁷, Саморукова Е.М.¹⁸, Шадрин Е.Н.¹⁹, Мороз Д.И.²⁰, Мордвинцева Е.Р.²¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

²Центр Патологии Речи и Нейрореабилитации ДЗМ, Москва, Россия

³РООИ «Здоровье человека», Москва, Россия

⁴Отдел медицины российского подразделения компании Х. Лундбек, Москва, Россия

⁵Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

⁶Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко, Санкт-Петербург, Россия

⁷Ярославский государственный медицинский университет, Россия

⁸Казанский государственный медицинский университет, Россия

⁹Центр Современного Психоанализа, Самара, Россия

¹⁰Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия

¹¹Клиника пограничных состояний Ставропольского государственного медицинского университета, Россия

¹²Клиника ментального здоровья «Психея», Ростов-на-Дону, Россия

¹³Медицинский центр «EzraMed Clinic», Омск, Россия

¹⁴Клиника «УГМК-Здоровье», г.Екатеринбург, Россия

¹⁵Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, Екатеринбург, Россия

¹⁶Городская Клиническая поликлиника 2, Новосибирск, Россия

¹⁷Смоленский государственный медицинский университет, Россия

¹⁸Клиника лечения боли «Медика», Санкт-Петербург, Россия

¹⁹Клиника нейрореабилитации «BONUM», Краснодар, Россия

²⁰Омский государственный медицинский университет, Россия

²¹Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» им. Н.А. Семашко»

Резюме. В статье приводится обзор научной литературы, посвященный постковидным состояниям. Раскрывается понятие постковидного синдрома, его структура, эпидемиология. Статья содержит результаты 2 совещаний экспертов (психиатров, психотерапевтов, неврологов) из разных регионов России, имевших опыт оказания помощи лицам с постковидным синдромом. Особое внимание уделено постковидной депрессии, ее клиническим характеристикам, опыту терапии. Отмечено, что выраженность постковидного синдрома не зависела от тяжести перенесенного инфекционного заболевания. Ведущими вариантами депрессивных синдромов, наблюдавшихся у реконвалесцентов SARS-CoV-2, явились: астено-депрессивный, апато-депрессивный и тревожно-депрессивный синдромы. В структуре постковидных психических нарушений значительное место занимали ангедония, тревога, когнитивные нарушения, инсомния, ипохондрия. Подчеркивается, что лица с постковидным синдромом, как правило, первоначально оказывались в поле зрения врачей-интернистов, следовательно, актуальна их подготовка по вопросам диагностики постковидных психических нарушений. Клинический опыт продемонстрировал целесообразность терапии постковидной депрессии антидепрессантами, высокую эффективность и безопасность, в том числе, с учетом риска возникновения лекарственных взаимодействий, применения вортиоксетина, включая назначение препарата пожилым и соматически отягощенным. Статья иллюстрирована клиническими примерами.

Ключевые слова: постковидный синдром, постковидная депрессия, опыт антидепрессивной терапии

Информация об авторах:

Петрова Наталья Николаевна — <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>;

Кудряшов Александр Викторович — lindermed.cprin@gmail.com;

Матвиевская Ольга Владимировна — Matvievskaia_Olga_V@mail.ru;

Лаврова Виктория Анатольевна — valavrova@bk.ru;

Чумаков Егор Максимович — chumakovvegor@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0429-8460>;

Яльцева Наталья Викторовна — yaltzewa@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7834-0775>

Кузьмина Светлана Валерьевна — skouzmina21@list.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7330-1213>

Костина Наталья Викторовна — nvkostina@yandex.ru;

Акимова Елена Владимировна — <https://orcid.org/0000-0002-7354-467X>, akelena76@yandex.ru;

Садовничий Константин Станиславович — ksad@inbox.ru;

Анцыборов Андрей Викторович — andrei.v.ancyborov@gmail.com;

Дубовец Максим Эдуардович — maxim-dubovec@yandex.ru;

Деменева Анна Андреевна — artemyevaa@gmail.com;

Кудрявцева Анна Михайловна — anna.kudryavtseva210298@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-2937-7621>

Акулов Александр Владимирович — docakulov@mail.ru;

Виноградова Татьяна Алексеевна — vinogradova.taty@mail.ru;

Саморукова Екатерина Михайловна — doctorsamorukova@yandex.ru;

Шадрина Елена Николаевна — shadrinaen@rambler.ru;

Мухин Андрей Алексеевич — aam@lundbeck.com;

Мороз Денис Игоревич — danismoroz@mail.ru;

Мордвинцева Елена Робертовна — morlen@ngs.ru

Как цитировать: Петрова Н.Н. и соавт. Депрессивные состояния в структуре постковидного синдрома: особенности и терапия. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2022; 56:1:16-24. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-16-24>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Depressive states in the structure of postcovid syndrome: features and therapy

Petrova NN, Kudryashov AV, Matvievskaia OV, Mukhin AA, Lavrova VA, Chumakov EM, Yaltseva NV, Kuzmina SV, Kostina NV, Akimova EV, Sadovnichiy KS, Antsyborov AV, Dubovets ME, Demeneva AA, Kudryavtseva AM, Akulov AV, Vinogradova TA, Samorukova EM, Shadrina EN, Moroz DI, Mordvintseva ER

Abstract. The article provides a review of the scientific literature devoted to postcovid conditions. The concept of postcovid syndrome, its structure, and epidemiology are disclosed. The article contains the results of 2 meetings of experts (psychiatrists, psychotherapists, neurologists) from different regions of Russia who had experience in providing care to persons with postcovid syndrome. Particular attention is paid to postcovid depression, its clinical characteristics, and the experience of therapy. It was noted that the severity of the post-coV syndrome did not depend on the severity of the infectious disease suffered. The leading variants of depressive syndromes observed in SARS-CoV-2 patients were: astheno-depressive, apato-depressive and anxious-depressive syndromes. Anhedonia, anxiety, cognitive disorders, insomnia, and hypochondria occupied a significant place in the structure of postcovid mental disorders. It is emphasized that persons with postcovid syndrome, as a rule, initially found themselves in the field of vision of internists, therefore, their training in the diagnosis of postcovid mental disorders is relevant. Clinical experience has demonstrated the feasibility of antidepressant therapy for postcovid depression and the high efficacy and safety, including the risk of drug interactions, of using vortioxetine, including prescribing the drug to the elderly and the somatically impaired. The article is illustrated with clinical examples.

Keywords: Post-covid-19 syndrome, postcovid depression, antidepressant therapy

Information about the authors:

Nataliia N. Petrova* — <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

To cite this article: Petrova N.N. et al. Depressive states in the structure of postcovid syndrome: features and therapy. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2022; 56:1:16-24. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-16-24>.

The authors declare no conflicts of interest

В начале 2020 года человечество столкнулось с масштабной коронавирусной инфекцией, вызванной вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19), которая быстро приняла форму пандемии (март 2020, ВОЗ). На момент сдачи данной статьи в печать (середина февраля 2022 года), по данным ВОЗ, коронавирусом заразились 420 млн жителей Земли. Около 5,9 млн из них умерло. Помимо огромных трудностей, связанных с острым периодом течения самой инфекции COVID-19, возникли также и проблемы с состоянием длительного нездоровья после перенесенной инфекции (т.н. постковидный синдром, post-COVID

syndrome, long (длинный) COVID). В документах Росздравнадзора постковидный синдром определен как «комплекс симптомов, которые беспокоят человека после перенесенного COVID-19, когда уже нет вируса и острых проявлений инфекции или её осложнений, основной курс лечения завершен, но пациент не чувствует себя здоровым» [1]. Этот термин уже внесен в международную классификацию болезней (МКБ-11) как «состояние после перенесенного COVID-19». ВОЗ определила временные параметры постковидного синдрома у пациентов, уже переболевших SARS-CoV-2. «Постковид» возникает через 3 месяца после на-

чала вирусной инфекции и длится минимум 2 месяца.

Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE, UK) формулирует понятие «длинный COVID» (long COVID), который является комбинацией продолжающихся симптомов COVID-19 с проявлениями постковидного синдрома. При этом «продолжающиеся» симптомы COVID-19 могут длиться от 4 до 12 недель, а постковидным синдромом считаются симптомы и синдромы, которые наблюдаются после 12 недель заболевания и не могут быть объяснены другими диагнозами [10].

Американский центр по контролю и предотвращению заболеваний (Center for Disease Control and Prevention, CDC, USA) считает постковидный синдром «зонтичным» термином, который объединяет широкий спектр соматических и психических симптомов, которые присутствуют как минимум 4 недели после перенесенного COVID-19 [5].

Как часто возникает постковидный синдром? Данные разных исследований сильно колеблются, разброс составляет от 22 до 80% от всех случаев перенесенного COVID-19.

Действительно, трудно назвать систему органов человека, которая не подвергалась бы воздействию со стороны вируса SARS-CoV-2 с возникновением разнообразных симптомов, в том числе и после завершения инфекции. Каковы же могут быть проявления постковидного синдрома? Воздействие вируса на сердечно-сосудистую систему может приводить к появлению артериальной гипертензии, аритмий, миокардитов, острого коронарного синдрома, сердечной недостаточности и т. д. Среди всех случаев постковидного синдрома доля пациентов с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы составляет 21,1%. Поражение респираторной системы может проявляться хроническим кашлем, легочным фиброзом, бронхоэктазами, одышкой и т. д. Нарушения в желудочно-кишечной системе многообразны: боли, тошнота, понос, анорексия, постинфекционный синдром раздраженной кишки, рефлюкс эзофагит и т. д. Страдают также почечная, скелетно-мышечная, эндокринная системы.

Наиболее часто, по данным американских исследований, при постковидном синдроме поражается центральная нервная система (32,2% случаев). К неврологическим осложнениям относят инсульты, болезнь Паркинсона, судорожные припадки, энцефалопатии, головные боли, потерю вкуса и обоняния, а также слабость и т.н. «мозговой туман» (когнитивные нарушения). Последние два симптома могут также рассматриваться и как проявления психической патологии, в рамках которой возникают психозы, депрессии, тревожные состояния, нарушения сна, делириозные состояния, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), суицидальные попытки [2].

Распространенность психических и неврологических нарушений после COVID-19 изучалась в ряде работ с использованием как метода опроса пациентов, так и анализа научной литературы (мета-анализы). Британские специалисты с конца апреля до середины декабря 2020 г опрашивали пациентов, перенесших COVID-19. Всего в опрос вошли данные на 3290 пациентов. Женщины составили 78%, мужчины — 22%. Лечились стационарно 417 пациентов (12,7%), а амбулаторно — 2873 пациентов (87,3%). В зависимости от времени, прошедшего с момента начала заболевания, пациенты были разделены на несколько групп: 4-8 недель после начала коронавирусной инфекции, 8-12 недель и больше 12 недель. Последняя группа оказалась самой большой — 62,1% от общего числа пациентов. Наиболее часто пациенты жаловались на одновременно присутствие от 5 до 7 симптомов (40,1%). Чаще всего встречались проблемы с дыханием (92,1%), слабость (83,3%), мышечная слабость (50,6%), нарушения сна (46,2%), нарушение когнитивных функций (45,9%), депрессия и тревога (43,1%), кашель (42,3%). Таким образом, в число наиболее частых явлений, длительно беспокоящих пациентов, перенесших COVID-19, вошло сразу несколько психических нарушений. При этом не было выявлено достоверной разницы в профиле симптомов между госпитализированными и перенесшими COVID-19 амбулаторно. Если следовать логике и допустить, что у госпитализированных пациентов течение было более тяжелым, то резонно предположить, что тяжесть вирусной инфекции существенно не влияла на возникновение постковидных симптомов. Было отмечено, что наибольшая частота возникновения нарушений когнитивных функций и депрессии/тревоги наблюдалась после 12 недель от начала вирусной инфекции [4].

Группа ученых из США и Мексики проанализировала данные исследований, в которых описывались последствия SARS-CoV-2 и обнаружила 55 симптомов, с которыми миллионы людей борются спустя месяцы после заболевания (Long COVID, т.н. длительный КОВИД). В метаанализ были включены 15 исследований из разных стран, которые охватили 47910 пациентов от 17 до 87 лет, перенесших COVID-19. Анализ показал, что не менее 80% людей, имевших подтвержденный коронавирус в анамнезе, не чувствуют себя полностью выздоровевшими, а у некоторых симптомы не только сохранились, но и усилились спустя месяцы. Чаще всего пациенты с постковидным синдромом жалуются на слабость (58%), головные боли (44%) и нарушение концентрации внимания (27%). Также в обзоре сообщается о таких психоневрологических последствиях, как ухудшение памяти (16%), тревога (13%) и депрессия (12%) [9].

Специалисты из Великобритании провели серию онлайн-тестов для оценки когнитивного функционирования у 81337 выздоровевших от коронавируса пациентов. Получены данные о том, что даже легкие и умеренно тяжелые формы SARS-CoV-2 могут вызывать долгосрочные и, воз-

можно, необратимые последствия для ЦНС. Результаты тестирования были сопоставлены с данными проекта по оценке интеллекта британского населения (Great British Intelligence Test). Авторы исследования обнаружили, что у людей, которые перенесли тяжелое течение COVID-19, когнитивные функции снизились на 65% по сравнению с контролем. У реконвалесцентов, перенесших легкую форму новой коронавирусной инфекции, эти показатели были несколько ниже — 53%. По оценкам исследователей, у выздоровевших пациентов интеллект «постарел» в среднем на 10 лет, причем больше всего инфекция повлияла на понимание текста и смысла слов (гнозис) [7].

Еще одно международное исследование, посвященное изучению «длительного COVID», было проведено с использованием онлайн опроса 3762 пациентов из 56 стран, перенесших COVID-19 [6]. Среди участвовавших в опросе большинство составляли женщины (78,9%). Большинство ответивших проживали в англоязычных странах — 41,2% в США еще 35% в Великобритании. Всего 8,4% опрошенных были госпитализированы в связи с COVID-19. Опросник был разработан коллективом пациентов, перенесших COVID-19. Данные анализировались специалистами из университетских клиник США и Великобритании. Всего были получены данные о 203 симптомах в 10 системах органов, 66 из этих симптомов были прослежены на протяжении более 7 месяцев.

Для большинства ответивших на опросник (>91%) время до выздоровления заняло больше 35 недель (245 дней). Нейропсихиатрические симптомы возникали у большого числа пациентов, перенесших COVID-19. Так, 85,1% пациентов жаловались на «туман в голове» (brain fog), когнитивную дисфункцию, включая проблемы с концентрацией внимания и принятием решений. У 72,8%, ответивших на вопросы, возникали нарушения как краткосрочной, так и долгосрочной памяти. Тревога возникала у 58%, депрессия — у 48%, апатия — у 39% пациентов. Для сравнения, о слабости упоминали 98%, об одышке — 78%, бессоннице — 68%, сердцебиении — 67%, поносе — 60% пациентов. Нейропсихиатрические симптомы чаще возникали вместе с соматическими. Именно нейропсихиатрические симптомы в основном определяли снижение трудовой адаптации пациентов, перенесших COVID-19. Среди пациентов, не выздоровевших полностью и работавших до коронавирусной инфекции, лишь 27,3% работали на момент опроса в прежнем объеме. Примерно половина из «не выздоровевших» на момент опроса (45,6%) работали по сокращенному графику, а 23,3% не работали в силу наличия постковидного синдрома.

В одной из последних научных публикаций (январь 2022) приводятся результаты корейского исследования отдаленных последствий перенесенной острой инфекции COVID-19 [8]. Исследование проводилось в два этапа, в 2020 и 2021 годах, методом онлайн опроса через 6 и 12 месяцев после выздоровления. Ответы были получе-

ны от 900 и 241 пациента, соответственно. Среди ответивших через 12 месяцев пациентов (возраст 37 лет) преобладали женщины (68%). По тяжести COVID-19 был асимптоматичным у 4,6% пациентов, легким — у 80,5%, умеренным — у 12,4% и тяжелым — у 2,5%.

На наличие постоянных симптомов через 12 месяцев указало 52,7% пациентов. Чаще других пациентами упоминались нарушения концентрации внимания (22,4%), когнитивная дисфункция (21,2%) и амнезия (19,9%). За ними следовали депрессия (17,8%), тревога (16,2%) и слабость (16,2%). Бессонница присутствовала у 13,3% пациентов, обсессии — у 9,1%, «мозговой туман» — у 7,1%, ПТСР — 5,0%.

По негативному воздействию на качество жизни (использовалась методика EQ5D — Оценка качества жизни по 5 направлениям) такие психические расстройства, как депрессия и тревога занимали первое место, о них заявляли 40,7% пациентов. Несмотря на наличие постоянных резидуальных симптомов у значительного числа больных, сочетающихся с выраженным снижением качества жизни, лечение на момент опроса получало всего 5% пациентов. Таким образом, обзор имеющейся научной литературы по постковидным состояниям показал, что большое число пациентов, перенесших COVID-19, длительно, до нескольких месяцев страдают от различных симптомов, среди которых часто встречается нейропсихиатрическая патология. Именно психические расстройства обуславливают в значительной степени ухудшение профессиональной адаптации и качества жизни. Тяжесть перенесенной инфекции COVID-19 мало влияла на риск возникновения постковидного синдрома. Доля пациентов, получавших лечение от постковидных симптомов, была крайне незначительна.

В отечественной медицине в фокусе внимания в последние два года, в основном, находятся состояния острого COVID-19, включая диагностические подходы/тестирование, руководства по его терапии, которые регулярно обновляются в связи с получением новых данных об эффективности тех или иных препаратов и схем терапии, а также профилактические аспекты, связанные с вакцинарованием. Диагностика и лечение постковидного синдрома пока не получили должного освещения. Особенно это касается его нейропсихиатрической составляющей. Дефицит опубликованной научно-практической информации об особенностях диагностики и лечения постковидной психической патологии, наблюдавшийся осенью 2021 года, становится понятным, если учесть, что на проведение клинических исследований по терапии психических нарушений, в том числе и в постковидном периоде, требуется немало времени (не менее 5—6 месяцев), и столько же времени может занять оформление публикации и её согласование с научным журналом.

Для восполнения дефицита этой крайне необходимой информации по инициативе кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского

государственного университета (заведующий кафедрой профессор Петрова Наталия Николаевна) были проведены два совещания экспертов (2 и 8 ноября 2021 года), участвовать в которых были приглашены психиатры, психотерапевты и неврологи из разных регионов РФ, имевшие большой опыт оказания помощи лицам с постковидным синдромом. В совещании приняли участие врачи-психиатры и психотерапевты: Кудряшов А.В., Матвиевская О.В. (Москва), Лаврова В.А., Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург), Яльцева Н.В. (Ярославль), Кузьмина С.В. (Казань), Костина Н.В. (Самара), Акимова Е.В. (Нижний Новгород), Садовничий К.С. (Ставрополь), Анцыборов А.В. (Ростов-на-Дону), Дубовец М.Э. (Омск), Деменева А.А. (Екатеринбург), Акулов А.В. (Новосибирск), а также неврологи: Виноградова Т.А. (Москва), Саморукова Е.М. (Санкт-Петербург), Шадрина Е.Н. (Краснодар), Мороз Д.И. (Омск), Мордвинцева Е.Р. (Новосибирск).

Практически все специалисты указывали, что лица с постковидным синдромом, как правило, первоначально оказывались в поле зрения врачей-интернистов. В частности, у кардиологов с жалобами на нарушения сердечного ритма, страх смерти, возникавший ночью; у неврологов с жалобами на нарушения памяти, учащение приступов мигрени; у гастроэнтерологов с жалобами на желудочно-кишечный дискомфорт. Эти жалобы длительное время расценивались интернистами как соматические, и только безуспешность традиционной соматотропной терапии приводила к направлению пациентов к психиатру.

Обращало на себя внимание, что среди лиц, обратившихся за помощью после перенесенного COVID-19, значительный удельный вес составляли социально активные лица, для которых возможность сохранения полноценного профессионального функционирования представляет особую ценность (Кузьмина С.В.).

Доктором Яльцевой Н.В. также было отмечено, что на приеме по поводу постковидных психических нарушений стало появляться большое количество мужчин, которые впервые столкнулись с проблемами в области психического здоровья. Среди депрессивных больных она уже не наблюдает привычного доминирования женщин.

В выступлениях подчеркивалось, что выраженность постковидного синдрома не зависела от тяжести перенесенного инфекционного заболевания (Дубовец М.Э., Мордвинцева Е.Р.), что совпадало с результатами зарубежных наблюдений. Симптомы могли возникать отставлено, через 1-4 месяца после острого периода COVID-19 и сохраняться при отсутствии специального лечения много месяцев.

Обобщенный клинический опыт выступавших позволил выделить следующие ведущие варианты депрессивных синдромов, наблюдавшихся у реконвалесцентов SARS-CoV-2: астено-депрессивный, апато-депрессивный и тревожно-депрессивный. Диагностика при этом была затруднена атипичностью, маскированностью клинических проявле-

ний депрессии, преобладанием соматических жалоб. Тревожные и астенические нарушения часто затухивали депрессивные симптомы.

К характерным особенностям депрессии у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, выступавшие специалисты отнесли:

1. Апатический аффект и ангедонию.

Снижение настроения, апатия и ангедония были наиболее частыми симптомами, возникавшими в постковидный период. Иллюстративным является самоописание пациентки (предоставлено Матвиевской О.В.): «Это выглядит как погружение в глубокое, абсолютное равнодушие: желаний нет вообще, ничто не радует — ни вкусная еда, ни отдых, ни покупки, хочется сутками лежать на диване укрывшись с головой, простейшие действия сразу высасывают все силы, мелкие бытовые неурядицы вызывают поток слез и огромную жалость к себе».

Также в выступлениях было описано снижение эмоционального резонанса, отсутствие эмоциональной реакции как на позитивные, так и на негативные события и их последствия, безразличие к похвале и критике (Акимова Е.В.).

2. Когнитивные нарушения (трудности сосредоточения, плохая память, проблемы с принятием решений и реализацией планов).

Образец типичных жалоб пациентки (описание из выступления Матвиевской О.В.). «Я не соображала, в какой последовательности и что надо делать. Были затруднены самые обычные действия, придя на кухню не могла решить, что делать сначала — включить чайник или налить в него воду?» Больные рассказывали об ощущении «киселя в голове»; о том, что несмотря на многократные попытки не могли запомнить простые вещи. Отмечали, что с трудом подбирали слова при разговоре, в силу этого общение было нарушено. Пациенты сокрушались о том, что перестали справляться с рабочими обязанностями из-за «тупости в мозгах», «неясности мыслей», какого-то «тумана в голове». Особенно тяжело давалась работа, требовавшая разработки планов и многозадачности. Эти нарушения рассматривались врачами в рамках «когнитивной деперсонализации», с ощущением собственной измененности, несостоятельности (Акимова Е.В.), аутопсихической деперсонализации (Деменева А.А.)

Прекрасной иллюстрацией постковидных астено-апатических и когнитивных нарушений может служить следующее краткое клиническое описание (предоставлено доктором Виноградовой Т. А.): Пациентка Е., 34г. Перенесла коронавирусную инфекцию в легкой форме. Жалобы в период реконвалесценции: «Я полностью погрузилась в «кошачью» жизнь. Просыпаешься, поешь немного, потом впадаешь в ступор, незаметно для себя засыпаешь. И так круглые сутки. В голове ничего не держится, не запоминаешь какие-то важные вещи. Потом это стало постепенно проходить, но сил заниматься какой-то интеллектуальной деятельностью по-прежнему нет».

3. Тревожные расстройства.

Тревога в значительной степени была связана с коронавирусом и обусловлена конкретным страхом повторного заражения, смерти от коронавируса, либо страхом за близких. Пациенты испытывали внутреннее напряжение, скованность, не могли расслабиться. У них присутствовали раздражительность и нетерпеливость. Нередко наблюдался вегетативный симптомокомплекс в виде сердцебиений, колебаний АД, мышечной дрожи, ощущения озноба. На этом фоне могли манифестировать панические атаки (Кудряшов А.В., Мордвинцева), однако, это расстройство возникало у небольшого числа больных. Тревожные расстройства часто сочетались с проявлениями ипохондрии.

4. Ипохондрические расстройства.

У части пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию наблюдались ипохондрические расстройства разной степени выраженности в виде беспокойства о здоровье, которое сопровождалось обильной алгической, сомато-вегетативной и конверсионной симптоматикой. Пациенты охотно пускались в разговоры о перенесенном COVID-19 и его последствиях. Им была присуща гипертрофированная настороженность к терапии, страх побочных эффектов препаратов, периодическое недоверие к врачу, поиск новых симптомов, обесценивание успехов лечения (Акимова Е.В.).

5. Нарушения сна.

Практически все выступавшие отмечали высокую частоту возникновения бессонницы (Анцыборов А.В., Костина Н.В. и др.). При этом могли наблюдаться различные проявления нарушений сна: трудности засыпания, прерывистый сон с частыми пробуждениями, раннее пробуждение, отсутствие чувства сна, разбитость по утрам, дневная сонливость. Доктор Дубовец М.Э. отметил особую стойкость постковидной бессонницы, которая, по его мнению, более выражена, чем при обычных депрессиях, не связанных с коронавирусом, и обладает определенной резистентностью к терапии.

Неврологи сталкивались с учащением головных болей у пациентов, наблюдавшихся с диагнозом «эпизодическая мигрень», до возникновения коронавирусной инфекции. При этом помимо учащения приступов головных болей у пациентов снижалось настроение, ухудшалась память, появлялась тревога (Саморукова Е.М.).

Инфекционное коронавирусное заболевание, перенесенное частью пациентов в тяжелой форме, наличие его разнообразных соматических последствий, возникавших в рамках постковидного синдрома и обуславливающих применение различных соматотропных препаратов, придавало лечению постковидных депрессивных состояний определенную сложность.

Специалисты, выступавшие на совещаниях, придавали особое значение безопасности тех лекарственных препаратов, которые они назначали для коррекции наблюдавшихся депрессивных нарушений. Речь прежде всего шла о максимально благоприятном профиле нежелательных явлений

и минимальном риске межлекарственных взаимодействий. Среди антидепрессантов, применявшихся у пациентов в связи с постковидными депрессиями, в основном упоминались Бринтелликс (вортиоксетин), Вальдоксан (агомелатин), и сертралин. С учетом высокой безопасности применения, профиля клинических эффектов и способности влиять на когнитивные нарушения большинством докладчиков преимущество отдавалось вортиоксетину. Действительно, этот современный антидепрессант, обладающий сбалансированным действием, эффективно редуцировал депрессивные нарушения с преобладанием астено-апатической симптоматики, ангедонии и нарушений когнитивных функций. Именно такой тип депрессий, по мнению выступавших, встречался в постковидном периоде наиболее часто. Наряду с этим вортиоксетин демонстрировал отчетливые анксиолитические свойства, позволявшие назначать его при тревожных депрессиях. По способности влиять на нарушения когнитивных функций, которые могут сопровождать депрессивные состояния, вортиоксетин, среди всех известных антидепрессантов, занимает лидирующее положение [3]. Наконец, с учетом того, что этот антидепрессант не вызывает эмоциональной индифферентности, столь свойственной препаратам из групп СИОЗС и ИОЗСН, его назначение при нарушениях, рассцениваемых как деперсонализация, представляется оптимальным.

В качестве иллюстрации применения Бринтелликса при постковидной депрессии с преобладанием астено-апатической симптоматики можно привести следующее клиническое описание (предоставлено доктором Акуловым А. В.).

Пациентка С., 52 г. Родилась в срок, в полной семье. Раннее развитие своевременное. Росла активной, общительной и ответственной. Закончила среднюю школу, затем ВУЗ, по специальности педагог. Последние годы работала в образовательном центре. Замужем, от брака есть взрослая дочь, которая проживает со своей семьей отдельно. До перенесенной коронавирусной инфекции серьезных соматических заболеваний, каких-либо проблем с психической сферой не было. В мае 2021 г. перенесла COVID-19. Коронавирусная инфекция протекала относительно легко, хотя и сопровождалась развитием пневмонии. Лечилась амбулаторно: получала десаметазон 5 мг/сут в течение недели; эликвис (антикоагулянт прямого действия) 5 мг/сут на протяжении 1,5 месяцев, лазолван. На больничном находилась в течение 5 недель. После выписки с б/л чувствовала себя плохо: настроение было сниженным, не могла в полном объеме справляться с рабочими обязанностями, уже к обеду чувствовала сильную усталость, рабочие задачи «не держаться в голове», интерес к работе был потерян, появилась беспокойность ситуацией, расстроился сон. Состояние продолжало постепенно ухудшаться в течение нескольких месяцев, в октябре 2021 г. была направлена участковым терапевтом к психиатру.

На приеме: жалуется на сниженное настроение, пессимистический настрой и беспокойство в отношении своего будущего, «обострившуюся самокритику», быструю утомляемость, заторможенность, забывчивость, трудности в концентрации внимания и выполнении рабочих обязанностей, беспокойный, поверхностный сон и отсутствие удовлетворения от обычных видов деятельности. При первичном осмотре плаксива, заторможена, подолгу не может сосредоточиться на вопросах, отвечает после пауз. Мышление в замедленном темпе. При заполнении опросника легко отвлекаться и не сразу возвращается к заданию. Оценка по психометрическим шкалам: по Шкале депрессии Бека — 36 баллов (тяжелая депрессия 30–63 балла), по Шкале тревоги Бека — 25 баллов (средний уровень тревоги 22–35 баллов). Диагноз: Депрессивный эпизод средней степени тяжести. Легкое когнитивное расстройство. Назначен Бринтелликс 10 мг в день, атакс 25–50 мг на ночь первые две недели. На визите через 4 недели отмечает улучшение настроения и повышение работоспособности. Рассказала, что наблюдаются «периоды прояснения в голове». Однако сохранялся беспокойный сон. Также быстро уставала, отмечала периоды слабости. Дозировка Бринтелликса была повышена до 20 мг/сут. На приеме спустя 3 недели отметила, что беспокойство в последние десять дней уменьшилось, настроение в целом было хорошим, ровным. Заявила, что чувствует, как возвращается к своей обычной жизни. Работоспособность нормализовалась, стала получать удовольствия от ранее любимых дел, чтения книг, просмотра сериалов. Было рекомендовано продолжить терапию на протяжении не менее 6 месяцев, с явкой раз в два месяца.

Если в предыдущем клиническом описании в картине заболевания доминировали астено-апатические нарушения, то в приведенном ниже случае (предоставлен доктором Яльцевой Н.В.) отчетливо проявились также пароксизмальные расстройства тревожного спектра. Общим для обоих случаев было наличие выраженных когнитивных нарушений.

Пациент А., 56 лет. Рос подвижным, активным ребенком. Всегда легко адаптировался в детских коллективах, прекрасно учился, отличался лидерскими качествами. После окончания школы поступил в Высшее мореходное училище в Санкт-Петербурге, после него начал работать по специальности. К своим обязанностям всегда относился ответственно, рос по служебной лестнице. Отличался крепким здоровьем, ежегодно успешно проходил медицинское обследование. Последние 20 лет был капитаном дальнего плавания. Работа всегда была смыслом жизни. Лучше всего чувствовал себя на капитанском мостике, пребывание на суше, особенно длительное, тяготило. Во время пандемии остался без работы, мечтал о том времени, когда сможет вернуться в море.

Осенью 2020 года перенес COVID-19 в легкой форме, КТ 1, объем поражения легких 11%. В феврале 2021 заключил долгожданный контракт

и вылетел в одну из стран Африки, где должен был принять судно. Когда оказался на капитанском мостике, то почувствовал в голове резкий «прилив», возникло сердцебиение и ощущение нехватки воздуха. Испытывал сильный страх смерти. Судовой врач измерил артериальное давление, оно оказалось повышенным — 147/91 мм рт. ст. Состояние было расценено как гипертонический криз. Были даны рекомендации вернуться в Россию и обратиться к кардиологу с целью детального обследования и лечения. Вернувшись на Родину, по рекомендации кардиолога, прошел детальное обследование, включавшее: ЭКГ, эхокардиоскопию (ЭХОКС), суточный мониторинг АД, холтеровское мониторирование (ЭКГ), велоэргометрию, лабораторные исследования (февраль 2021 г). Кардиологической патологии выявлено не было. Была назначена консультация невролога (март 2021 г). При детальном расспросе невролога были выявлены жалобы на возникшие после перенесенной коронавирусной инфекции проблемы с памятью. Рассказал врачу о том, что с трудом может сосредоточиться, быстро истощается при умственной нагрузке, периодически ощущает «пустоту в голове», с трудом подбирает слова во время разговора, испытывает проблемы с общением и выполнением рабочих заданий. Особенно трудно давалась работа, связанная с многозадачностью. Неврологический статус без патологии.

Был направлен на консультацию к психотерапевту (март 2021 г). Психотерапевту рассказал, что около 2 месяцев назад, ещё до заключения контракта настроение несколько снизилось, начал быстрее уставать, исчезла былая энергичность. Перестал испытывать удовольствие от жизни, снизился аппетит (похудел на 3 кг), уже не привлекали как прежде сексуальные отношения. Расстроился ночной сон, долго не мог заснуть, часто просыпался ночью от кошмарных сновидений, отмечались преждевременные пробуждения. Днем испытывал сонливость. Рассказал также о быстрой истощаемости, проблемах с памятью, концентрацией внимания, планированием деятельности. После перенесенного «гипертонического криза» на корабле, стал испытывать беспокойство по поводу перспектив возвращения к прежней профессиональной деятельности. По словам больного его стала преследовать мучительная мысль о том, что его жизнь изменилась навсегда и что он никогда не сможет стать прежним, вернуться к любимой работе.

Результаты тестирования с использованием психометрических шкал: по Шкале депрессии Гамильтона (HAM-D) — 23 балла (тяжелая депрессия); по Шкале тревоги Гамильтона — 16 баллов (умеренная тревога). Шкала памяти Векслера — 110 баллов (норма); методика «10 слов» — через час вспомнил 9 слов из 10 (норма).

Диагноз: Депрессивный эпизод средней тяжести с соматическими симптомами. F 32.11. Ситуация на корабле была расценена как паническая атака.

Был назначен вортиоксетин в дозе 10 мг/сут. На приеме через 7 дней отметил отчетливое улучшение настроения. Через 3 недели улучшился аппетит, нормализовался ночной сон, исчезла дневная сонливость, улучшилась память, способность к сосредоточению; через 4 недели восстановилась прежняя сексуальная активность. Продолжал принимать вортиоксетин 6 месяцев. Все это время настроение оставалось хорошим, вернулась прежняя энергичность, способность к умственной работе восстановилась в полном объеме. Заявил врачу: «Результат терапии превзошел все ожидания. Прием антидепрессанта вернул мне радость жизни, прежнюю уверенность, дал возможность вновь заняться любимой работой».

Детали применения вортиоксетина при разных синдромальных типах депрессий, возникающих в рамках постковидного синдрома, были подробно описаны в большинстве выступлений. Высказывались разные точки зрения, основанные на собственном клиническом опыте назначения этого препарата. Возникшую дискуссию можно условно разделить на несколько основных тем: 1. Возможность применения комбинаций вортиоксетина с другими психотропными препаратами, 2. Оптимальная дозировка препарата, необходимость титрации и её быстрота, 3. Скорость влияния вортиоксетина на различные составляющие постковидных депрессий, 4. Безопасность использования вортиоксетина у больных, перенесших коронавирусную инфекцию.

Среди назначавшихся при терапии постковидных депрессий комбинаций преобладали схемы с присоединением к вортиоксетину в первые дни терапии препаратов с седативным и гипнотическим действием. Использовались психотропные препараты, принадлежащие к разным классам: антипсихотики, антидепрессанты, транквилизаторы. Среди антипсихотиков в комбинации с вортиоксетином чаще других назначались: тералиджен (мнн: алимемазин) и кветиапин. Выступавшие отмечали, что эти антипсихотики в небольших дозах способствовали улучшению сна, снижению уровня тревоги, редуцировали ипохондрические расстройства (Кудряшов А.В., Садовничий К.С., и др.). Для борьбы с бессонницей к терапии вортиоксетином могли присоединяться другие антидепрессанты — миртазапин, тразодон или агомелатин (Дубовец М.Э., Деминева А.А., Кузьмина С.В.). По поводу назначения комбинации вортиоксетина и транквилизаторов мнения экспертов разошлись. Некоторые из них (Кудряшов А.В.) назначали атакс (мнн: гидроксизин), стрезам (мнн: этифоксин). Дру-

гие указывали на малую эффективность транквилизаторов и риск развития нежелательных явлений (Анцыборов А.В., Мордвинцева Е.Р., Садовничий К.С.). Высказывалось мнение о нежелательности использования при терапии постковидных депрессий комбинаций препаратов (Лаврова В.А.). Часть выступавших отмечали, что при увеличении дозировки вортиоксетина до 20 мг/сут его эффективность растет (Кудряшов А.В., Лаврова В.А., Дубовец М.Э.). При этом было отмечено, что наращивание дозировки до 20 мг/сут должно проводиться быстро, за 7-10 дней. Это наблюдение согласуется с американской версией инструкции на препарат (одобрена FDA), в которой рекомендуется быстрая, в течение недели, титрация дозировки вортиоксетина до 20 мг/сут.

В целом многими выступающими отмечалось раннее начало антидепрессивного действия препарата, уже к концу первой недели (Акимова Е.В., Костина Н.В., Кудрявцев А.В., Кузьмина С.В. и др.). Однако по мнению специалистов, принимавших участие в совещаниях, различные компоненты депрессивных состояний отвечали на воздействие терапии вортиоксетином в разное время. Первым начинал редуцироваться собственно гипотимический компонент депрессивного состояния, уменьшалась подавленность, настроение становилось лучше. Пациенты меньше фиксировались на негативном восприятии окружающего, возвращались хорошие воспоминания (Акимова Е.В.). Вслед за этим начинала уменьшаться выраженность астенических, апатических нарушений, повышалась общая активность, уменьшалась выраженность ангедонии (2-3 неделя терапии). Улучшались когнитивные функции, включая память и способность к сосредоточению. К 3-4 неделе терапии в значительной степени редуцировалась тревога (Костина Н.В., Мордвинцева Е.Р.). Наиболее устойчивыми к терапии оказались нарушения сна, который оставался нарушенным до 4 недель (Дубовец М.Э., Костина Н.В., Кузьмина С.В., Мордвинцева Е.Р.). Вероятно, с этим фактом было связано дополнительное назначение седативных и гипнотических средств.

Высокая безопасность применения вортиоксетина при постковидных депрессиях отмечалась практически всеми выступающими (Акимова Е.В., Дубовец М.Э., Кудряшов А.В., Кузьмина С.В., Мордвинцева Е.Р. и др.). При этом отмечались возможность назначения препарата пожилым и соматически ослабленным (Акимова Е.В.), а также минимальный риск возникновения интеракций (Матвиевская О.В., Кудряшов А.В., Дубовец М.Э.).

Литература / References

1. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. «20 вопросов о «постковидном синдроме». [https://www.rospotrebnadzor.ru/]. Rospotrebnadzor; 2022.

2. Assessing the Global Burden of Post-COVID-19 Condition. Modeling the incidence of Post-COVID conditions worldwide based on real-world evi-

Доступно: https://www.rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=20293

- dence and clinical literature review. IQVIA Institute for Human Data Science, December 2021.
3. Baune BT, Brignone M, Larsen KG. A Network Meta-Analysis Comparing Effects of Various Anti-depressant Classes on the Digit Symbol Substitution Test (DSST) as a Measure of Cognitive Dysfunction in Patients with Major Depressive Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2018;21(2):97-107. doi: 10.1093/ijnp/pyx070. PMID: 29053849; PMCID: PMC5793828.
 4. Buttery S, Philip KEJ, Williams P, et al. Patient symptoms and experience following COVID-19: results from a UK-wide survey. *BMJ Open Res* 2021;8:e001075. doi:10.1136/bmjresp-2021-001075.
 5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Post-COVID Conditions: Information for Healthcare Providers. US: CDC; 2021 [Updated 2021 Jul 09; cited 2021 Sep 06]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-conditions.html>
 6. Davis HE, Assafa GS, McCorkella L et al. Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine* 38, 2021. DOI:10.1016/j.eclinm.2021.101019
 7. Hampshire A, Trender W, Chamberlain SR et al. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. *EClinicalMedicine.* 2021; 39. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101044>.
 8. Kim Y, Bitna-Ha, Kim, SW et al. Post-acute COVID-19 syndrome in patients after 12 months from COVID-19 infection in Korea. *BMC Infect Dis* 22, 93.2022. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07062-6>
 9. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C et al. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* 11, 16144 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95565-8>.
 10. National Institute for Health and Care excellence (NICE). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. UK:NICE; 2021 Dec 18. [updated 2021 Nov 11; cited 2021 Aug 25]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188>

Сведения об авторах

Петрова Наталия Николаевна — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, старший научный сотрудник, Почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации, Лауреат премии Правительства РФ в области образования. E-mail: petrova_nn@mail.ru

Поступила 25.01.2022

Received 25.01.2022

Принята в печать 20.03.2022

Accepted 20.03.2022

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

«Много кавычек, много скорби, но мало научности» Несколько замечаний по дискуссии (вопросы к авторам рецензии и статьи) «Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии»

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.
Самарский государственный медицинский университет, Россия

Резюме. В основе дискурса — рецензия (статья) И.М.Зислина на статью Н.Г. Незнанова с соав. (Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2019;1: 8-15). С опорой на методологию и философии науки обсуждаются ключевые слова рецензии. Разбирается предмет психиатрии как медицинской (клинической) науки — единый для всех ее разделов с учетом принципа демаркации. Гуманитарный подход сведен до гуманитарной (аксиологической, прагматической) парадигмы психиатрии, в частности, кризиса психологии. Указывается на важность включения в биопсихосоциальную модель (БПС-модель) духовности, преимущественно через психотерапию.

Ключевые слова: предмет психиатрии, кризис гуманитарной парадигмы, БПС-модель и духовность психотерапии.

Информация об авторах:

Носачев Геннадий Николаевич — e-mail: nosachev.g@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0001-9452-2704>
Носачев Игорь Геннадьевич — e-mail: jpl2259@ya.ru; <http://orcid.org/0000-0002-6893-7532>

Как цитировать: Носачев Г.Н., Носачев И.Г. «Много кавычек, много скорби, но мало научности». Несколько замечаний по дискуссии (вопросы к авторам рецензии и статьи). «Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии». *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2022; 56:1:25-33. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-25-33>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

«A lot of quotes, a lot of grief, but little scientific» A few comments on the discussion (questions to the authors of the review and article) «The crisis of natural science and humanitarian approaches in psychiatry»

Gennady N. Nosachev, Igor G. Nosachev
Samara State Medical University, Russia

Summary. The discourse is based on a review (article) by I.M.Zislin on an article by N.G. Neznanov et al. (Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2019;1: 8-15). Based on the methodology and philosophy of science, the key words of the review are discussed. The subject of psychiatry as a medical (clinical) science is analyzed — the same for all its sections, taking into account the principle of demarcation. The humanitarian approach is reduced to the humanitarian (axiological, pragmatic) paradigm of psychiatry, in particular, the crisis of psychology. The importance of including spirituality in the biopsychosocial model (BPS model), mainly through psychotherapy, is pointed out.

Keywords: the subject of psychiatry, the crisis of the humanitarian paradigm, the BPS model and the spirituality of psychotherapy.

Information about the authors:

Gennady N. Nosachev — e-mail: nosachev.g@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0001-9452-2704>
Igor G. Nosachev — e-mail: jpl2259@ya.ru; <http://orcid.org/0000-0002-6893-7532>

Автор, ответственный за переписку: Gennady N. Nosachev,
e-mail: nosachev.g@mail.ru

Corresponding author: Носачев Геннадий Николаевич,
e-mail: nosachev.g@mail.ru

To cite this article: Nosachev GN, Nosachev IG. «A lot of quotes, a lot of grief, but little scientific knowledge.» A few comments on the discussion (questions to the authors of the review and article). «The crisis of natural science and humanitarian approaches in psychiatry». *Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2022; 56:1:25-33. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-25-33>.

The authors declare no conflicts of interest

Методология любой науки, в том числе и наук медицинских [4-6], определяет те принципы, подходы, приёмы, которыми руководствуется (или должен руководствоваться) человек в своей научно-исследовательской и практической деятельности. С одной стороны, методология позволяет описать и оценить человеческую деятельность с точки зрения внутренней организации этой деятельности. С другой — методология позволяет разработать рекомендации, правила, приемы, т.е. все те нормы (стандарты), которыми должен руководствоваться профессионал (исследователь, наблюдатель, рецензент) в своей деятельности. И с третьей стороны — методология выступает как рефлексия конкретной науки. Только в дискурсе (в научной полемике) с опорой на философию и методологию науки рождается (может родиться) временное решение истины, теоретическое и/или практическое. К сожалению, философия психиатрии — «золушка» специальной философии науки, хотя психиатрия как медицинская наука является аксиологической*. Не считая себя философами, будем ориентироваться на преимущественно взгляды отечественного философа В.А. Канке: «...Важнейшая задача общей философии науки состоит в изучении на метауровне междисциплинарных связей. Так и метанучные знания объединяют философии самых разных наук» [4: 264].

И.М. Зислин [10] — автор (оппонент, рецензент) заметок, как он определил свой опус, приводит следующие ключевые слова: психиатрия, гуманитарный подход, кризис.

Суждение первое. «Психиатрий есть много: феноменологическая, транскультуральная, эволюционная, экологическая, антропологическая и много других. Но если объявить, что психосоциальная психиатрия суть часть гуманитарной науки, а западное гуманитарное знание погибло (как считают авторы), придется лишь сокрушаться и ругать плохих чиновников». И далее: «Разрыв методологий и кризис не в психиатрии. Психиатрия, как нам представляется и как мы писали раньше, до состояния кризиса еще не дожила, поскольку не предложены новые языки описания, не развивается теоретическая психиатрия, да и психиатрические школы ушли в небытие, а бесконечные споры ведутся в основном только вокруг классификаций!»***[10: 25].

* Философия науки специальная — совокупность дисциплин, каждая из которых является философией одной науки [8, с.264], в нашем обсуждении психиатрии.

** Аксиологические науки — науки, в которых понятия являются ценностями (в том числе медицина) [4:18].

*** В данной статье авторы разбирают отдельные положения оппонента с позиций философии и методологии науки, преимущественно опираясь на работы отечествен-

Мы будем считать, что при всей противоречивости суждений оппонента, он видит психиатрию самостоятельной дисциплиной (специальностью) или все-таки наукой, а перечисленные им «психиатрии» (как и не перечисленные) — ее меж- и мультидисциплинарными разделами.

Другие авторы (оппоненты) Ю.П. Сиволап и А.А. Портнова в статье «Психиатрия: схоластическая философия и клиническая медицина?» [29] пишут: «Психиатрия представляет собой особый и, видимо, самый необычный раздел клинической медицины, что, безусловно, объясняется уникальностью (курсив наш) предмета деятельности психиатров — человеческого разума и его расстройств. Своеобразие предмета психиатрии определяется, с одной стороны, ее отличием от других разделов медицины, а с другой — сходством с гуманитарными сферами, в том числе психологией, философией и отчасти — литературой и искусством» [29:10]. И далее: «...особенности психиатрии в первую очередь служат предпосылками для третьего свойства данной профессии, а именно тенденции к «субъективизму» и произвольности в диагностике психических расстройств, а также для необоснованного расширения границ области психопатологии» [29:11].

Существуют и другие междисциплинарные взгляды на «растворение» психиатрии, в частности, «Психиатрия или неврология»? «Психиатрия или клиническая психология?», «...граница между неврологией и психиатрией зачастую носит условный характер и едва ли нуждаются в точной демаркации», «болезни мозга», аддиктология (аддиктивная медицина), ментальная медицина, «психиатрия отечественных традиций» (российская) — «психиатрия научных фактов» (западная)**** и др. Пока еще и на цивилизованном Западе в МКБ-10 существует раздел V «Психические и поведенческие расстройства» (F00-99), т.е. психиатрия как медицинская дисциплина, как раздел биологии человека, а, следовательно, на первом плане — естественнонаучная парадигма.

Итак, психиатрия как практика (прагматика) медицины сомнений не вызывает. Но является ли психиатрия наукой — до сих пор мало обсуждается [15-18, 21,22,25,26].

Теоретический кризис, в первую очередь, в методологии и философии науки, в частности в при-

но философа В.А. Канке [4, 5, 6]. Ответы на многочисленные замечания (неконструктивную критику) рецензента дали авторы рецензируемой статьи [19].

**** Доклад на XVII съезде РОП, симпозиум: «Деменции как приоритетная медико-социальная проблема современности». 15.05.2021 г. СПб. Оформлен как статья «Психиатрия — неврология? Психиатрия — патопсихология? Принцип демаркации клинических нейронаук (институциональный и правовой дискурс на примере синдрома деменции)» в журнале «Психическое здоровье».

знании самостоятельности медицинских наук, в частности, клинических нейронаук — через предмет науки и принцип демаркации.

В.А. Канке пишет, что «... важнейшая задача общей философии науки состоит в изучении на метауровне междисциплинарных связей. Предмет науки — референтный, а не ментальный или языковой уровень науки, т.е. это то, что она изучает» [4: 240].

Еще И. Кант [7] в «Критике чистого разума» о познании в науке поднимал следующие вопросы:

1. Что я могу знать? (В нашем контексте диалектика норма — патология (расстройство) психической деятельности, здоровье — болезнь, адаптация — дезадаптация и др.?).

2. Что я должен делать? (Использовать общую и специальную философию и методологию науки).

3. На что я могу надеяться? (Результаты анализа принципов, законов, переменных — теоретически и эффективность диагностики и терапии, качество жизни на практике и т.д.).

Это позволяет И. Канту утверждать, что в этих трёх вопросах познания объединяются «все интересы моего разума (и спекулятивные и практические)», включая вновь формирующиеся, и еще не сформулированные.

Опираясь на эти положения, сформулируем определение психиатрии, в первую очередь, через предмет науки.

Предмет психиатрии — патология (расстройство, болезнь, дисфункция, аномалия, дефект врожденный и приобретенный) психической функции (деятельности) головного мозга у личности, а, следовательно, и его дисфункция (поражение, аномальное развитие, болезнь) на генетическом, физико-морфологическом, биохимическом, нейрофизиологическом и других биологических (естественнонаучная парадигма) и (пато-) и/или психологических уровнях у человека (индивида, субъекта, личности зрелой, незрелой, аномальной) в микро- и макросоциуме. Но некоторые из перечисленных — самостоятельные науки (дисциплины) со своим предметом и методами исследования (генетика, неврология и др.). Психиатрия имеет и свой метод исследования, что усиливает самостоятельность (предметность) науки — клинко-психопатологический (феноменологический), который не может быть подменен клинко-психологическим, в частности, патопсихологическим, тем и более — нейропсихологическим, хотя они существенно дополняют клинко-психопатологический метод.

Итак, психиатрия — самостоятельная, своеобразная медицинская наука (смежная, многоосевая, междисциплинарная, многослойная по Ю.С. Савенко [27], мультисистемная по А.П. Коцубинскому [9], включающая естественнонаучную (биологическую, неврологическую и другие соматические) и гуманитарную (в первую очередь, психологическую и аксиологическую) парадигмы. Из этого следует, что основной раздел психиатрии — клинический (клинко-психопатологический), а все

остальные разделы исходящие, дополняющие, объясняющие и так далее.

Самой близкой медицинской дисциплиной психиатрии является неврология, которая в разные исторические периоды сливалась, объединялась, расходилась, но никогда практически её не замещала. Предметом неврологии, как самостоятельной медицинской дисциплины, являются клинко-неврологические нарушения (расстройства, дисфункция) морфологии (структуры, локальные повреждения, дезадаптация) головного мозга, частично «высших корковых функций» (преимущественно естественнонаучная парадигма), а не расстройства психической деятельности (хотя они могут нарушаться вторично). Самостоятелен и метод исследования — клинко-неврологический.

Итак, налицо четкая демаркация самостоятельных клинических наук, хотя и объединенных одним органом — головным мозгом человека, но разделенных предметом, методами исследования и особенно меж- и мультидисциплинарными связями (разделами).

В клинических нейронауках так же, как и в других «органных» медицинских дисциплинах, есть общее — конкретный орган и его патология (например, «болезнь мозга»), но в данном случае есть и существенные различия. Отличия заключаются в том, что существуют морфология человеческого мозга в норме и патологии, и сложная, самостоятельная, зачастую независимая от четкой (узколокальной) морфологической патологии функция мозга (с внешним и внутренним миром человека) — психическая (психологическая) деятельность личности в норме и патологии. При этом нет прямого «параллелизма», при котором выраженная морфологическая патология мозга может сопровождаться грубыми (психотическими, дементными или «додементными») психическими расстройствами. И наоборот, тяжелые психические расстройства могут не сопровождаться выраженными морфологическими нарушениями (например, иммунно-эндокринные (биохимические) нарушениями при прогредиентной шизофрении с шизофреническим слабоумием).

Клиническая психология была и, по нашему мнению, остается прикладной практической психологией с психодиагностикой в медицине, включая и отдельные дисциплины, и самостоятельные — патопсихология и нейропсихология. Метод — клинко-психологический. Все исследования здесь проводятся только специалистом — клиническим психологом, согласно целям и задачам, сформулированным лечащим врачом (исследователем). Врач только в порядке предварительного диагноза может воспользоваться отдельными тестами и опросниками для формирования запроса для специалиста.

Психиатрия, по мнению оппонента, «до состояния кризиса еще не дожила» и есть ли «теоретическая психиатрия» — попробуем обсудить ниже.

Суждение второе. «...авторы декларируют, широкими мазками рисуя глубокий кризис — по

сути, гибель современной западной гуманитарной науки». «...Что основные пункты нашего критического обзора касаются первой главы статьи под названием «Концептуальный застой современно-го гуманитарного знания». «Во-первых, ...«предложить социуму некую “правильную мобилизующую (!) парадигму». «Во-вторых, из первой аксиомы выводится вторая: авторы считают, что без ответа на базовые вопросы «ни человек, ни общество не могут чувствовать себя комфортно» (С. 9)». «...Можно вполне уверенно сказать, что ни «гуманитарный нарратив», ни «гуманитарное знание» (кстати, что относят к нему авторы, совершенно непонятно, — психологию, лингвистику, фольклористику, антропологию?) никакой цели привнести в жизнь мобилизующую парадигму не имеют» [10: 26].

На наш взгляд, оппонент совершает методологическую ошибку, когда начинает критиковать не гуманитарную парадигму психиатрии как медицинской, преимущественно клинической, науки со всем блоком гуманитарных наук (знаний) применительно к психиатрии, а гуманитарные науки в целом.

Если предмет психиатрии — патология, то для диагностики патологии её следует сопоставлять с другой философской частью диад — нормой (здоровьем), т.е. психологией и ее теоретическими и практическими разделами.

Пытаясь найти общее и различное, Ю.С. Савенко разделяет объект (предмет) психологии и психиатрии и видит его в следующем: «Поведение и внутренний мир человека — общий, но взятый в разном охвате. Психология ограничивается психическим слоем, психикой. Психиатрия охватывает не только психический, но также биологический и духовный слои и, таким образом всего человека, его деятельность, его мир, его жизнь, т.е. личность...» [27:19].

А пациент в каждом клиническом случае предстает как индивид с психопатологической симптоматикой (расстройством, болезнью), одновременно выступающий как субъект деятельности (поведения психопатологического или относительно нормального) и все это у личности (персоны) — зрелой, незрелой, зависимой, аномальной, дефектной или процессуально (временно) дефектной. И все это предстает как пациент перед врачом, как в целом, так и большими и малыми фрагментами (незавершенными этапами реабилитации) [3] на полюсах парадигм.

Мы не будем рассуждать обо всех гуманистических (аксиологических, прагматических) науках (знаниях). Ограничимся психологией и ее отдельными разделами.

Исторически именно «душа», «психика», по мнению большинства исследователей психологии, считается предметом психологии. Но есть и другие взгляды на предмет психологии в «империях» направлений: «регулируемое поведение» (И.М. Сеченов, В.М. Бехтерев), «сознание» (М. Вундт, В. Дильтей, Ф. Брентано), «принципы гештальттеории» (К. Коффка), «сознание человеческой прак-

тики, жизнедеятельности» (А.Н. Леонтьев), «саморефлексия» (В.М. Аллахвердов) и др. Следовательно, практически в разных психологических направлениях («империях») есть «свой» предмет психологии. В частности: фрейдизм (психоанализ) — предметом психологии является терминативная бессознательным сознательного; бихевиоризм — поведение людей; гештальтпсихология — гештальты; гуманистическая психология — наиболее познанные ценности; деятельная психология — формирование сознания и практика людей; культурно-историческая психология — диалектика интерпсихических ситуаций, речи и мышления; когнитивная психология — когнитивные процессы и поведение людей, знания, используемые на благо людей [4, 6]. Стали появляться, соответственно, и направления психиатрии (динамическая, экзистенциальная психиатрия). Следует напомнить, что те или иные направления психологии эмпирические и практически создали свои виды и методики психотерапии (психокоррекции, психотехники) (прикладной психологии), основанные на теоретических знаниях психологического направления. Главное здесь — вывод В.А. Канке: «При определении предмета психологии следует учитывать соотносительность психологического направления. Психология — это наука об оптимизации тех концептов, которые входят в ее состав и не повторяются ни в одной другой науке» [4:173].

Он же определяет психологию как «науку о ментальности и ее символическом бытии» [8:216]. Основой ментальных знаков является язык, относящийся к области сознания** человека. И далее: «...психология является наукой об особенностях отдельных личностей и социальных групп, а именно тех особенностях, которые изучаются в рамках психологических наук» [4:129].

Кризис психологии длится давно, по существу с момента оформления психологии как науки, и продолжается до настоящего времени, хотя бы в том, что, по мнению А.В. Юревича [32], не решает один из основных вопросов: «Является ли психология парадигмальной наукой?» В качестве основных симптомов кризиса приводятся следующие:

- отсутствие единой разделяемой всеми теории;
- разделение на психологические «империи», такие как, когнитивизм, психоанализ, бихевиоризм и т.п., каждая из которых живет по своим собственным законам, универсальным критериям добывания;
- отсутствие верификации и адекватности знания, не кумулятивность знания, объявление каждым новым психологическим направлением всей предшествующей ему психологии набором заблуждений и артефактов;

* Ментальное (от лат. mentalis – умственный). Аналогии: «ментальность», «ментали» «сулит определенные преимущества» ... как универсальное значение, чем корреляты с корнем «псих» [с.4:38-139].

** Сознание — совокупность теорий, которыми владеет человек не языкового или предметного, а ментального существа [4:231].

- раскол между исследовательской и практической психологией;
- расчленение целостности личности и «недизъюнктивной» психики на самостоятельно существующие память, мышление, восприятие, внимание и другие психические функции;
- различные «параллелизмы» — психофизический, психофизиологический, психобиологический, психосоциальный, которые психология осознает, как неразрешимые для нее «головоломки» [32:251-252].

Теоретики психологии преимущественно склоняются к мнению о перманентном кризисе в психологии [13, 14, 32]. В частности, А.В. Юревич пишет: «Наиболее остро психологами переживаются даже не сами симптомы, а отсутствие прогресса в их устранении. Оценки методологического состояния психологии, которые давались У. Джемсом, Л.В. Выготским ничем не отличаются от современных оценок» [32:252]. По существу, А.В. Юревич отмечает существование перманентного кризиса, в первую очередь, самосознания собственно психологов на всем пути развития психологической науки.

Если психология, особенно теоретическая, не определилась со своими основными проблемами как наука, то ее прикладная, практическая часть тем более не может с ними определиться, разработать свои теории, не дублируя теоретические направления по отдельным частям личности (гештальты, поведение, когниции и др.).

Если существует перманентный кризис психологии, то он не может не отразиться на смежных дисциплинах (науках), в первую очередь, психиатрии, а так же социологии.

В.А. Канке [4, 6] полагает, что XX век со всеми его кризисами надо оценивать как крайности четырех «измов» философий: марксизм, утилитаризм, бихевиоризм, прагматизм [6], но есть и другие «современные» направления, в частности постмодернизм, в том числе в гуманитарных науках и в частности, в психиатрии «странном» сочетании прагматизма с постомодернизмом («западная психиатрия фактов») [30, 25].

Наличие кризиса психиатрии сомнений не вызывает [15-19, 21, 23, 25, 26], вопрос только в том, какой он: конструктивный или деструктивный, теоретический или практический, вне нас или внутри нас. Оппонент, отрицая кризис, обвиняет авторов разбираемой статьи, он не только отрицает теоретический деструктивный кризис, но и обвиняет: «к реальности эти декларации отношения не имели и часто были окрашены отблесками костров инквизиции или свистом пуль в расстрельных домах» (*окрашенных в коричневые, красно-коричневые, а может быть в либеральные радужные или черные цвета* — Г.Н., И.Г.) и требует «фактов».

Так как мы придерживаемся клинической психиатрии, а оппонент часто упоминает классификации МКБ (частые дискуссии), то напомним об исчезновении, например, из психиатрических клас-

сификаций ряда половых расстройств зрелой личности (особую озабоченность вызывает происходящее в западных странах побуждение к смене пола детей с помощью агрессивных СМИ и политиков всех мастей). И это факты! Но что-то не слышно об этом дискуссии психиатров (однако это другая тема, но в гуманитарной, да и биологической парадигме)*.

Суждение третье. «...о желательности и необходимости «правильной мобилизующей парадигмы» авторы и предлагают и именно как — биопсихосоциальную модель, соответствующей «холистической диагностике и адекватной ей биопсихосоциальной терапии» (С.11)... без чего невозможен успех комплексных терапевтических усилий» (С. 13). Приведенные утверждения вызывают вопросы».[10:27-28]

Теория биопсихосоциального подхода (БПС-модель) стала широко внедряться в практику психиатрии на всех этапах клинической реабилитации.

Клиническая психиатрия из практической необходимости опирается на конкретные теории, в частности, теории психофармакологии, а с ними — на теории реабилитации [3] психически расстройств, вовлекая и психотерапию [12, 20] чисто прагматически, усиливая кризис в этой парадигме. «Новая философия превращает человека, включая и природу как бытие человека, в единственный, универсальный и высший предмет философии, превращая, следовательно, антропологию, в том числе и физиологию, в универсальную науку» [11: 202].

Главное: «старый новый» подход к новой системе антропологически ориентированных наук, включая медицину, в частности, психиатрию, и образование специалистов «гуманитариев», в первую очередь, врачей-психиатров, должен основываться на антропологической философии и психологии и принадлежать биопсихосоциальнодуховной модели** человека. Мы коротко остановимся на духовной составляющей и как «мобилизующей», и как терапевтической.

Оппонент в принципе не возражает против холистического и антропологического подходов, с чем мы полностью согласны [24]. Согласен он и с БПС-моделью, которая вызывает вопросы по отношению к практике. Основная цель клинической психиатрии — не только диагностика, но практическая реабилитация. И на обе цели (задачи) легко ложится БПС-модель: на первую — функциональная диагностика [9], на вторую — терапия (психофармакотерапия, психотерапией) по этапам реабилитации.

В нашем рассуждении медицинская психотерапия как раздел психиатрии априори является на-

* Мы сознательно исключили из рассуждений критическую статью Ю.С. Савенко «В чем существо кризиса психиатрии?» (Независимый психиатрический журнал». 2019; 3: 65-59), посвященную преимущественно «нашей общественно-политической действительности» (?).

** Может быть, следует БПС-модель в психиатрии называть антропopsихосоциальной.

укой [12, 20], в целом как психотерапевтический метод, объединяющий все четыре модели (медицинская, психологическая, социальная, философская). А деятельная компонента обязательно присутствует в любой науке, а, следовательно, она дополняет и обогащает и практику, и теорию, т.е. именно во взаимодействии «за» и «против» рождается «научно-практическая дисциплина», которая поддерживает и обогащает личностные ценности*.

Критикуя у отечественных авторов БПС-подход, Ю.С. Савенко пишет: «принципиально важным стал повсеместно ясно и недвусмысленно выраженный в самом именовании перехода от длительное время преобладавших биологических моделей В. Гризингера — Т. Мейнерта — К. Вернике и психоаналитической модели З. Фрейда к личностной модели, в сторону которой обратился даже такой рефлексолог как В. М. Бехтерев (1919), и которая совпадала с БПС-моделью» [28:10]. Не удивительно, но БПС-модель совпадает с моделями психотерапии.

Но вернемся к духовной составляющей и приведем один из подходов Е.Б. Фанталовой, которая предлагает многоуровневый подход к клинко-психологическому исследованию духовности и выделяют три уровня психологической реальности: «Индивид», «Личность», «Душа». Под уровнем «Душа» ею понимается «глубинный, давно сложившийся, интериоризованный, автономный внутренний мир человека с присущими ему системой ценностей, «внутренних опор», «внутренних авторитетов» [31: 251].

Могущество и свобода человека проявляются в его виртуальном пространстве, личности (внутреннем мире комплекса «Я»), которое позволяет ему создавать множество как виртуальных, так и реальных миров («мир болезни и мир здоровья», госпитализма, невротическое развитие др.), используя возможности выбора наиболее эффективных или недостаточно эффективных мер поведения и решений. Следовательно, в процессе жизнедеятельности и жизнестойкости (удовлетворения биологических, психологических и социальных потребностей) у индивида пересекаются два встречных потока информации: информация из внешнего мира и информация из внутреннего мира, включая ближайшее окружение. Калейдоскоп этих двух миров внешнего и внутреннего и формирует личность, а в ней — духовную составляющую, направленную больше на внутренний мир, но и участвующую в поведении и осмыслении внешнего мира. И чем богаче внешняя составляющая духовности, тем богаче и свободнее личность и как индивидуальность, и как субъект деятельности. Параметры внутреннего мира существенно влияют на душевное и духовное благополучие (неблагополучие) человека в норме и патологии [1, 2, 11, 19, 26, 30] и обладают стимулирующим, активизирующим, антистрессорным,

адаптирующим факторами (т.е. индивидуальной «правильной мобилизующей парадигмы»).

Следовательно, в процессе жизнедеятельности (удовлетворения своих потребностей) человека сталкиваются два потока информации: информация из внешнего мира формирует его внутренний мир по векторам потребностей, а индивидуальные свойства внутреннего мира личности проецируются на внешний мир, определяя его осмысление, поведение, виды деятельности и их духовность. Таким образом, возникает многовекторность внутреннего мира человека, и чем богаче внутренний мир, тем духовнее личность и ее ценности в обществе и многополярном мире.

Итак, у человека отмечается многовекторность внутреннего мира и чем богаче внутренний мир, тем духовнее личность, и тем эффективнее психотерапия в медицине.

Размышляя о духовном, нельзя обойти вниманием и такие понятия, как «мораль» и «нравственность». «Мораль, — писал известный отечественный математик Н. Моисеев в конце XX века, — понятие более тонкое, чем нравственность, связанное не только с системой нравов, но и с духовным миром человека, его ориентацией на внутренние ценности. От вопросов экологии, технологии, политологии мы неизбежно должны перейти к обсуждению проблем эволюции внутреннего мира человека. Необходимо найти способы такого воздействия на него, чтобы внутренний духовный мир человека превратился в его основную ценность. В этом лежит ключ к самому главному — сохранению вида *homo sapiens*» [цит. по 4, 6]. Но этими качествами должен обладать не только пациент и его ближайшее окружение, но и врач.

Л. Колберг определяет это как морально-правовое сознание, регулятор поведения человека, отражение и признание ценностью высших этических принципов. А.А. Флоренская соотносит «духовное Я» с совестью в душе человека и называет «голосом Бога», а А.А. Мелик-Пашаев считает нравственность и мораль «творческим Я» и говорит о связи совести с творчеством [цит. по 2].

Если с ролью и значением духовности, информированности, творчества для медицинской модели психотерапии согласится большинство психотерапевтов, то биологическая составляющая биопсихосоциальнодуховной модели (БПСД-модели) может вызвать возражения. К сожалению, при теоретическом обсуждении данной модели одни считают перспективными исследования биологического домена, [15-19], другие, особенно психотерапевты, его игнорируют вплоть до сохранения старого лозунга — «или фармакотерапия, или психотерапия» [20] (ремесло или искусство, наука или бизнес и т.д.). А где же медицинская этика?

Но практическая психиатрия как медицинская наука (дисциплина) — это клиническая психиатрия, а все остальные разделы «обслуживают» именно клиническую психиатрию, особенно на этапах реабилитации [3, 86 14, 23]. Мы считаем, что противопоказаний для психотерапии на любом этапе реабилитации нет. Есть противопо-

* Ценность — концепт прагматических наук, обладающий величиной, оценкой. В XX веке стала приобретать научные очертания [4:291].

казания к отдельным методикам. А медицинская этика, нравственность и духовность, содержание и ценности врача, гражданского общества должны стать ценностями пациента и его ближайшего окружения.

Содержательность информации включает в себя информативность и информированность, а также духовность. Духовность, в свою очередь, включает активность (движение и подвижность), содержательность, отражение и отраженность, а также информативность и информированность [1]. Таким образом, духовность через содержательность, в первую очередь, сводится к усвоенной информации, её познанию и овладению ей.

Именно через дезинформацию (искажение, односторонность, ложь, полуправду, постправду) происходит манипулирование (управление) сознанием личности (например, антипсихиатрия, стигматизация и дискриминация психиатрии; или в текущий период времени — антивакцинация).

На наш взгляд, именно данные подходы осознанно или в результате практической эффективности выдвигаются в практике как личностно-

ориентированные, когнитивно-поведенческие, психообразовательные виды и методики психотерапии.

Ни у одной медицинской науки (дисциплины) нет такого количества меж- и мультидисциплинарных связей (разделов, отраслей). Впереди — трансдисциплинарность в психиатрии.

В данном дискурсе с оппонентом мы ограничились ключевыми словами и попробовали высказать некоторые свои мысли, прекрасно понимая, что каждое наше утверждение, как и каждое утверждение оппонента, дает основание для отдельного институционального и философского дискурса. Мы всячески избегали бытового и политического дискурса. Насколько нам это удалось — судить читателю.

В заключение приведем рекомендации В.А. Канке: «Методология существует ни до, ни после науки, а составляет ее собственную плоть... Рафинированное знание построено так, что оно не признает барьеров между субнаукой и метанаукой. Их надо не возводить, а смело разрушать» [5: 46].

Литература / References

1. Бондырева С.К., Колесов Д.В. Внутренний мир, сознание, Духовность. — М.: 2007. Bondyreva S.K., Kolesov D.V. Vnutrenniy mir, soznaniye. Dukhovnost. M. 2007. (In Russ).
2. Воловикова М.И. Духовно-нравственная регуляция социального поведения личности. Психология нравственности. Отв. Ред. А.Л. Журавлев, А.В. Юревич. М. Изд. «Института психологии РАН». 2010. Volovikova M.I. Dukhovno-nravstvennaya regulyatsiya sotsialnogo povedeniya lichnosti. Psikhologiya npravstvennosti. Otv. Red. A.L. Zhuravlev. A.V. Yurevich. — М.: Izd. «Instituta psikhologii RAN», 2010. (In Russ).
3. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. М.: «Медицина», 1972. Kabanov M.M. Reabilitatsiya psikhicheski bolnykh. M.: «Meditsina». 1972. (In Russ).
4. Канке В.А. Философия науки. Краткий энциклопедический словарь. М.: Омега-Л. 2008. Kanke V.A. Filosofiya nauki. Kratkiy entsiklopedicheskiy slovar. M.: Omega-L. 2008. (In Russ).
5. Канке В.А. Методология научного познания. М.: ОМЕГА-Л. 2013. Kanke V.A. Methodology of scientific cognition. M.: OMEGA-L. 2013. (In Russ).
6. Канке В.А. Специальная философия науки. Энциклопедический словарь. М.: ИИФРА-М. 2020. Kanke V.A. Spetsialnaya filosofiya nauki. Entsiklopedicheskiy slovar. M.: INFRA-M. 2020. (In Russ).
7. Кант И. Сочинения в 6-ти томах. Т3. М. 1964. Kant I. Sochineniya v 6-ti tomah. T3. M. 1964. (In Russ).
8. Колбанов В.В. Валеология. Спб.:Диан. 2000. Kolbanov V.V. Valeologiya. Spb.:Dian. 2000. (In Russ).
9. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А., Бурковский Г.В., Бутوما Б.Г. Функциональный диагноз в психиатрии. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2011;1:4-8. Kotsyubinsky AP, Sheinina NS, Aristova TA, Burkovsky GV, Butoma BG. Functional diagnosis in psychiatry. Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2011;1:4-8. doi: 10.17116/jnevro20171172110-1 (In Russ).
10. Зислин И.М. Много кавычек, много скорби. Несколько вопросов к авторам статьи «Кризис естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии». Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2021;1:25-28. Zislin IM. A lot of quotes, a lot of grief. A few questions to the authors of the article «The crisis of natural science and humanitarian approaches in psychiatry». Obozreniye psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im.V.M. Bekhtereva. 2021;1:25-28. (In Russ).
11. Лешкевич Т.Г. Философия и теория познания. М.: ИИФРА-М. 2011. Leshkevich T. Filosofiya i teoriya poznaniya. M.: INFRA-M. 2011. (In Russ).
12. Макаров В.В. Вызовы эпохи и ответ профессионального сообщества психотерапевтов. Психотерапия. 2015; 3 (147): 2-5. Makarov VV. Challenges of the era and the response of the professional community of psychotherapists. Psikhoterapiya. 2015;3(147):2-5. (In Russ).
13. Мазиллов В.А. Методологические проблемы психологии в начале XXI века. Психологический журнал. 2006;27;1:23-34.

- Mazilov VA. Methodological problems of psychology at the beginning of the XXI century. *Psikhologicheskiy zhurnal*. 2006;27;1:23-34. (In Russ).
14. Мироненко И.А. Кризис психологии: перманентный и системный или локальный. Вопросы психологии. 2008;4:119-127.
Mironenko IA. The crisis of psychology: permanent and systemic or local. *Voprosy psikhologii*. 2008;4:119-127. (In Russ).
 15. Незнанов Н.Г., Морозов П.В., Мартынихин И.А. «Куда идешь?». Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. 2011;13:2-9.
Neznanov NG, Morozov PV, Martynikhin IA. «Where are you going?». *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurnal im. P.B. Gannushkina* 2011;13:2-9. (In Russ).
 16. Незнанов Н.Г. Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Кризис естественнонаучного и гуманистического подходов в психиатрии. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2019;1:8-15.
Neznanov NG, Kotsyubinsky AP, Kotsyubinsky DA. The crisis of natural science and humanistic approaches in psychiatry. *Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2019;1:8-15. (In Russ).
 17. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Филиппов Д.С., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2020;2:3-15.
Neznanov NG, Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Filippov DS, Kibitov AO, Mazo GE. The biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for modern biomedical research. *Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2020;2:3-15. doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-3-15. (In Russ).
 18. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Жилыева Т.Н., Мазо Г.Э. Новый подход к систематике психических заболеваний: точка опоры или точка зрения? Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2020;3:3-13.
Neznanov NG, Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Zhilyaeva TN, Mazo GE. A new approach to the systematics of mental diseases: a point of support or a point of view? *Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2020;3: 3-13. doi: 10.31363/2313-7053-2020-3-3-10 (In Russ).
 19. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Много слов, мало научности. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2021;1:29-32.
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-1-29-3219>.
Neznanov NG, Kotsyubinsky AP, Kotsyubinsky DA. A lot of words, little scientific. *Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2021;1:29-32. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-1-29-3219>. (In Russ).
 20. Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Психотерапия для специалиста: институциональный дискурс (часть 2). Психотерапия. 2016;8(164):2-10.
Nosachev GN, Nosachev IG. Psychotherapy for a specialist: institutional discourse (part 2). *Psikhoterapiya*. 2016;8(164):2-10. (In Russ).
 21. Носачев Г.Н. Так «куда идешь? психиатрия или скрытая антипсихиатрия. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2017;3:7-14.
Nosachev GN. So « where are you going? psychiatry or hidden antipsychiatry. *Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2017;3:7-14. (In Russ).
 22. Носачев Г.Н. Базовые клинические нейронауки и междисциплинарность. Психическое здоровье. 2019;11:65-72.
Nosachev GN. Basic clinical neuroscience and interdisciplinarity. *Psikhicheskoye zdorovye*. 2019;11:65-72. (In Russ).
 23. Носачев Г.Н. «Парадоксы» предмета судебной психиатрии: попытка методологических рассуждений дилетанта. Психическое здоровье. 2020;5:38-45.
Nosachev GN. «Paradoxes» of the subject of forensic psychiatry: an attempt at methodological reasoning by an amateur. *Psikhicheskoye zdorovye*. 2020;5:38-45. (In Russ).
 24. Носачев Г.Н. Носачев И.Г. Холистический подход к постановке функционального диагноза в психиатрии и общей медицине. Врач. 2020;31(4):8-12.
Nosachev GN, Nosachev IG. Holistic approach to functional diagnosis in psychiatry and general medicine. *Vrach*. 2020;31(4):8-12. (In Russ).
 25. Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Психиатрия: философия когнитивизма и/или клиническая медицина (методологический дискурс 1). Неврологический вестник. 2020;52(2):83-88.
Nosachev GN, Nosachev IG. Psychiatry: philosophy of cognitivism and/or clinical medicine (methodological discourse 1). *Nevrologicheskiy vestnik*. 2020;52(2):83-88. (In Russ).
 26. Носачев Г.Н., Носачев И.Г. Школы и факты в отечественной психиатрии или жизнь без традиций. Психическое здоровье. 2021;1:77-82.
Nosachev GN, Nosachev IG. Schools and facts in Russian psychiatry or life without traditions. *Psikhicheskoye zdorovye*. 2021;1:77-82. (In Russ).
 27. Савенко Ю.С. Введение в психиатрию. Критическая психопатология. М.: Логос, 2013.
Savenko Yu.S. Vvedeniye v psikhiatriyu. *Kriticheskaya psikhopatologiya*. M.: Logos, 2013.
 28. Савенко Ю.С. Биопсихосоциальная модель психических расстройств и интердисциплинарность. Независимый психиатрический журнал. 2018;3:8-13.
Savenko YuS. Biopsychosocial model of mental disorders and interdisciplinarity. *Nezavisimyy psikhiatricheskij zhurnal*. 2018;3:8-13(In Russ).
 29. Сиволап Ю.П., Портнова А.А. Психиатрия: схоластическая философия и клиническая ме-

- дицина? Неврологический вестник. 2019;51:11-15.
Sivolap YuP, Portnova AA. Psychiatry: scholastic philosophy and clinical medicine? Nevrologicheskii vestnik. 2019;(51)1:11-15. (In Russ).
30. Сиволап Ю.П., Портнова А.А. Психиатрическое знание в России: отечественные традиции или научные факты? Неврологический вестник. 2020;52:29-32.
Sivolap YuP, Portnova AA. Psychiatric knowledge in Russia: domestic traditions or scientific facts? Nevrologicheskii vestnik. 2020;52:29-32. (In Russ).
31. Фанталова Е.Б. Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. Коллективная монография к Всероссийской научно-практической конференции. К 85-летию Ю.Ф. Полякова. М. 2013.
Fantalova E.B. Meditsinskaya (klinicheskaya) psikhologiya: traditsii i perspektivy. Kollektivnaya monografiya k Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. K 85-letiyu Yu.F. Polyakova. M.2013. (In Russ).
32. Юревич А.В. Психология и методология. М.: Изд-во ИП РАН. 2005.
Yurevich A.V. Psikhologiya i metodologiya. M.: Izd-vo IP RAN. 2005.

Сведения об авторах

Носачев Геннадий Николаевич — д.м.н., профессор, врач-психотерапевт, отделение медицинской психологии и психотерапии клиник Самарского государственного медицинского университета, экс-заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии. E-mail: nosachev.g@mail.ru

Носачев Игорь Геннадиевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии. ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России. E-mail: jpl2259@yandex.ru

Поступила 24.11.2021

Received 24.11.2021

Принята в печать 07.02.2021

Accepted 07.02.2021

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

Обзор психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева, 2021, Т. 56, № 1, с. 34-42,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-34-42>

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology,
2021, T. 56, no 1, pp. 34-42,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-34-42>

Особенности количественной ЭЭГ у детей с гиперкинетическим расстройством

Оригинальная статья

Гасанов Р.Ф.¹, Макаров И.В.^{1,2}, Емелина Д.А.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия,

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В основе психических расстройств лежат нарушения синаптической передачи, вызывающие метаболические и ионные изменения и влияющие на текущее функциональное состояние головного мозга, отражение которых мы находим при электроэнцефалографическом исследовании. **Цель исследования:** выявление электроэнцефалографических особенностей у детей в условиях биохимической гетерогенности гиперкинетического расстройства.

Материал и методы. 404 ребенка в возрасте 6-8 лет с ГР были разделены на три подгруппы по состоянию активности моноаминов: 1 подгруппа с сочетанием гипofункции дофаминергической и гиперфункции норадренергической систем — 120 человек, 2 подгруппа с сочетанием гиперфункции норадренергической системы при относительной сбалансированности дофаминовой — 136 человек, 3 подгруппа с сочетанием гиперфункции дофаминовой и гипofункции норадренергической систем — 148 детей. В выделенных группах детей с гиперкинетическим расстройством серотониновая система играет тормозную и модулирующую роль по отношению к системам обмена катехоламинов. Контрольную группу составляло 90 детей (54 мальчика и 36 девочек). Проводилось электроэнцефалографическое исследование, где дифференцировались следующие диапазоны и поддиапазоны: тета-ритм (4–8 Гц), и бета1-ритм (14–20 Гц). Рассчитывались отношения мощности тета — и — бета1-ритмов (тета/бета1).

Результаты. Определяющей в нейрофизиологических характеристиках ГР оказалась именно серотониновая система. Причем, разделение на подгруппы, опираясь на биохимические особенности детей с ГР, не позволило получить значимые различия. Единственной особенностью, глобально отличающей подгруппы между собой, оказалось нарастание индекса тета/бета1-активности, соответствующее росту напряженности и активности серотониновой системы от 1 к 3 подгруппе. Полученные данные позволяют утверждать, что электроэнцефалографический показатель тета/бета1 может служить маркером невнимательности у детей с гиперкинетическим расстройством и отражает устанавливающееся состояние дисбаланса всех моноаминовых систем, но лучше характеризует поведение системы триптофана.

Заключение: Данные о зависимости отношения мощности тета/бета1 ритмов в ЭЭГ могут свидетельствовать о характере активности серотониновой системы в перспективных исследованиях, обеспечивая персонализированный подход в подборе медикаментозной терапии у детей с ГР.

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, норадренергическая система, дофаминовая система, серотониновая система, электроэнцефалографические маркеры гиперкинетического расстройства

Информация об авторах:

Гасанов Рауф Фаикович — e-mail: raufgasanov@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-3045-333X>

Макаров Игорь Владимирович — e-mail: ppsy@list.ru; <http://orcid.org/0000-0003-0176-3846>

Емелина Дарья Андреевна — e-mail: dashaberkos@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-8189-1479>

Как цитировать: Гасанов Р.Ф., Макаров И.В., Емелина Д.А. Особенности количественной ЭЭГ у детей с гиперкинетическим расстройством. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2022; 56:1:34-42. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-34-42>

Конфликт интересов: И.В. Макаров является членом редакционной коллегии

Features of quantitative EEG in children with hyperkinetic disorder

Research article

Gasanov RF¹, Makarov IV^{1,2}, Emelina DA¹

¹ V.M. Bekhterev National medical research center for psychiatry and neurology, Saint-Petersburg, Russia

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

Автор, ответственный за переписку: Гасанов Рауф Фаикович — e-mail: raufgasanov@mail.ru

Corresponding author: Rauf F. Gasanov — e-mail: raufgasanov@mail.ru

Summary. At the basis of numerous mental disorders lies a synaptic transmission impairment that causes metabolic and ionic changes and affects the current functional state of the brain, the reflection of which we find in electroencephalographic examination.

Objective of the study: identification of electroencephalographic features in children under conditions of biochemical heterogeneity of hyperkinetic disorder (HD).

Material and methods. 404 children aged 6-8 years with HD were divided into three subgroups according to the state of monoamine activity: the 1-st subgroup with a combination of hypofunction of the dopaminergic and hyperfunction of the noradrenergic systems—120 children, the 2-nd subgroup with a combination of hyperfunction of the noradrenergic system with relative balance dopamine—136 children, and the 3-d with a combination of hyperfunction of the dopamine and hypofunction of the noradrenergic systems—148 children. In the selected groups, the serotonin system plays an inhibitory and modulating role in relation to the catecholamine metabolism systems. The control group consisted of 90 children (54 boys and 36 girls). An electroencephalographic study was carried out, where the following ranges and subranges were differentiated: theta rhythm (4–8 Hz) and beta1 rhythm (14–20 Hz). The power ratios of theta—and—beta1 rhythms (theta/beta1) were calculated.

Results. It was the serotonin system that turned out to be the determining factor in the neurophysiological characteristics of HD. Moreover, the division into subgroups, based on the biochemical characteristics of children with HD, did not allow us to obtain significant differences. The only feature that globally distinguishes the subgroups from each other was the increase in the theta/beta1 activity index, corresponding to an increase in the tension and activity of the serotonin system from subgroup 1 to 3. The data obtained allow us to assert that the electroencephalographic index theta / beta1 can serve as a marker of inattention in children with hyperkinetic disorder and reflects the established state of imbalance of all monoamine systems, but better characterizes the behavior of the tryptophan system.

Conclusion. The data on the relationship between the power of theta/beta1 rhythms in the EEG may indicate the nature of the activity of the serotonin system in prospective studies, providing a personalized approach to the selection of drug therapy in children with HD.

Keywords: hyperkinetic disorder, noradrenergic system, dopamine system, serotonin system, electroencephalographic markers of hyperkinetic disorder.

Information about the authors:

Rauf F. Gasanov—e-mail: raufgasanov@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-3045-333X>

Igor V. Makarov—e-mail: ppsy@list.ru; <http://orcid.org/0000-0003-0176-3846>

Daria A. Emelina—e-mail: dashaberkos@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-8189-1479>

To cite this article: Gasanov RF, Makarov IV, Emelina DA. Features of quantitative EEG in children with hyperkinetic disorder. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:1:34-42. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-34-42>.

Conflict of interest: Igor V. Makarov is a member of the editorial board

Известно, что в основе психических расстройств лежат нарушения синаптической передачи, неизбежно вызывающие метаболические и ионные изменения, влияющие на текущее функциональное состояние головного мозга, отражение которых мы находим при электроэнцефалографическом исследовании (ЭЭГ). Согласно моноаминовой гипотезе, нейрохимической основой гиперкинетического расстройства (ГР) является дефицит норадреналина и серотонина [2-5].

Показателям ЭЭГ, характеризующим изменение активности многих нейрохимических систем мозга, посвящено множество публикаций [7, 10, 11]. Но несмотря на это, сохраняется необходимость в оценке участия нейромедиаторных систем в формировании частотного состава ЭЭГ и особенностей функционирования этих систем в условиях гетерогенности ГР. По мнению Б.М. Владимирского с соавт. [1], спектральные и частотные характеристики ЭЭГ пригодны для построения диагностических моделей и могут быть использованы в качестве дополнительного метода объективизации диагностики ГР.

Отдельные работы у детей с гиперкинетическим расстройством указывали на усиление медленной тета- и дельта-активности в передних отделах коры и уменьшение представленности в этих областях быстрого бета-ритма в диапазоне 12-21 Гц, что соответствует бета1-ритму [18]. A.R. Clarke et al. [11-13] свидетельствуют о повышении мощности медленных волн в теменно-затылочных областях у детей с ГР. По некоторым наблюдениям, наиболее отличительным признаком ЭЭГ при ГР является преобладание тета-колебаний, в то время как индекс бета-активности может быть практически такой же, как у здоровых сверстников [15]. Ряд исследователей отмечают четкий правосторонний акцент нарушений с преимущественным вовлечением лобно-центральных и теменно-височных областей коры головного мозга [6, 8, 17]. Результаты исследований Clarke A.R. et al. [11-13] свидетельствуют о том, что электроэнцефалограмма детей с ГР (относящимся к комбинированному типу синдрома дефицита внимания) характеризуется большим количеством медленных волн по сравнению с электроэнцефалограммой пациентов с преобладанием

невнимательности. ЭЭГ-исследования детей с ГР обычно выявляют повышенную мощность тета-активность [10-13, 15, 16, 18, 22], увеличение в задних отделах дельта-активности [19], снижение мощности альфа- и бета-активности [9, 14], а также увеличение отношения тета/бета [17] по сравнению с детьми, не страдающими ГР.

Иной подход к анализу ЭЭГ демонстрируют V. Monastra et al. [20], анализируя отношения медленного тета-ритма и быстрого бета1-ритма. Авторы указывают, что соотношение тета- и бета-ритмов у детей с ГР в несколько раз выше, чем у здоровых детей. В своих исследованиях A. Clarke et al. [11-13] обнаружили, что общая выборка детей с ГР демонстрировала общее увеличение тета-и снижение относительной альфа-активности, а также увеличивалось соотношение тета/бета1. Полученные ими результаты оказались типичны для других исследований, в которых представлены средние значения групп. Проведенный ими кластерный анализ выявил 3 группы, каждый кластер в которой имел компоненты, которые значительно отличались от среднего значения для всей выборки. Это указывает на то, что ГР не представляет собой однородную группу детей, поскольку в каждой из трех выделенных авторами групп присутствуют разные электрофизиологические компоненты.

Целью исследования стало выявление электроэнцефалографических особенностей в условиях биохимической гетерогенности гиперкинетического расстройства.

Материал и методы

Основную группу детей с СДВГ составило 404 ребенка с гиперкинетическим расстройством в возрасте 6–8 лет, находящиеся на лечении в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Контрольную группу составляло 90 детей (54 мальчика и 36 девочек) без признаков гиперактивности и прогрессивных нервно-психических расстройств, преимущественно с нарушением поведения по причине нарушения детско-родительских отношений. Группа детей с ГР подразделялась на 3 подгруппы по направлению активности моноаминовых систем (таб. 1): 1 подгруппа с сочетанием гипофункции дофаминергической и гиперфункции норадренергической систем — 120 человек (108 мальчиков, 12 девочек), 2 подгруппа с сочетанием гиперфункции норадренергической системы при относительной сбалансированности дофаминовой — 136 человек (124 мальчика, 12 девочек), 3 подгруппа с сочетанием гиперфункции дофаминовой и гипофункции норадренергической систем — 148 детей (132 мальчика, 16 девочек). В выделенных группах детей с гиперкинетическим расстройством серотониновая система играет тормозную и модулирующую роль по отношению к системам обмена катехоламинов. Анализ состояния моноаминовых систем проводился в ранних исследованиях [2-5], основанием для которого явилось измерение содержания моноаминов: адреналина (А), дофами-

на (ДА) и серотонина (Сер); их предшественников: тирозин (Тир) и триптофана (Три) и продуктов метаболизма: гомованилиновой (ГВК), ванилминдальная (ВМК) и 5-гидроксииндолуксусной кислот (5-ОИУК).

Регистрация и анализ ЭЭГ осуществлялись по общепринятой методике с помощью компьютерного телеметрического электроэнцефалографа (Телепат 104-Д», г. Санкт-Петербург). ЭЭГ — потенциалы отводили монополярно от локусов F1, F2, F3, F4, C3, C4, P3, P4, O1, O2 в соответствии с международной системой «10-20». Локусы T3-T6 исключены из анализа в связи с обилием двигательных артефактов, связанных с особенностью изучаемого расстройства. У детей регистрировали ЭЭГ при закрытых и открытых глазах в состоянии двигательного покоя. Длительность каждой записи составляла 60–75 секунд. В составе ЭЭГ дифференцировались следующие диапазоны и поддиапазоны: тета-ритм (4–8 Гц), альфа-ритм (8–13 Гц) и бета1-ритм (14–20 Гц). Рассчитывалось также отношение амплитуд мощности тета- и бета1-ритмов (тета/бета1).

Статистический анализ данных проводился с помощью стандартного пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics, версия 8.0.550. При сравнении нескольких независимых выборок количественных данных, имеющих распределение отличное от нормального, использовался критерий Краскела — Уоллиса ANOVA с процедурой множественного сравнения. Для сопоставления частот использован критерий χ^2 Пирсона и корреляционный коэффициент Спирмена.

Все этапы исследования соответствовали принципам, заложенным в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (2013), что было подтверждено Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Результаты

В ходе анализа данных ЭЭГ было установлено, что характеристики мощности ритмов у обследованных детей отличаются в широком диапазоне. При этом устанавливается пропорциональное увеличение всех диапазонов и поддиапазонов (тета и бета1). В связи с этим, а также учитывая указания многих авторов на чувствительность показателей тета/бета1, был проведен анализ данных отношений в подгруппах и контрольной группе здоровых детей. Результаты исследования представлены в Табл.1.

Как видно из Табл.1, в лобных отведениях (F1-F4) показатель отношения мощности ритмов тета/бета1 во всех подгруппах превышает показатель группы контроля. Сравнение тета/бета1 между подгруппами выявило, что в 1 подгруппе он принимает наименьшее значение, максимальное — во 2 подгруппе в заднелобных отведениях (F3, F4). И в 3 подгруппе он уступает таковому во 2 подгруппе в заднелобных отведениях и значимо не отличается от 3 подгруппы в переднелобных отведениях. В центрально-теменных и заты-

Таблица 1. Отношения спектральных мощностей (тета/бета1), T-test
Table 1. Spectral power ratios (theta/beta1), T-test

Отведения	1 подгруппа (n=120)	2 подгруппа (n=136)	3 подгруппа (n=148)	Контроль (n=90)	p 1-к p 2-к p 3-к	p 1-2 p 2-3 p 1-3
	тета/бета1, М (S.D.)					
F1	5,81 (2,98)	6,67 (3,34)	7,45 (4,18)	4,49 (2,1)	,0004* ,0000* ,0000*	,0259* ,0971 ,0003*
F2	5,06 (2,14)	7,52 (3,72)	6,6 (4,23)	3,8 (2,38)	,0001* ,0000* ,0000*	,0000* ,0543 ,0004*
F3	6,45 (3,0)	7,34 (3,52)	6,38 (3,43)	4,51 (2,07)	,0000* ,0000* ,0001*	,0309* ,0201* ,8584
F4	5,62 (2,16)	8,5 (4,28)	6,82 (3,6)	4,73 (2,8)	,01* ,0000* ,0001*	,0000* ,0004* ,0016*
C3	6,82 (3,1)	8,52 (3,99)	5,97 (3,62)	5,98 (3,78)	,076 ,0000* ,9776	,0002* ,0000* ,0403*
C4	6,17 (2,5)	8,18 (4,63)	5,98 (3,42)	5,54 (4,32)	,19 ,0000* ,3897	,0000* ,0000* ,6081
P3	6,11 (3,57)	7,97 (4,37)	5,57 (3,02)	5,78 (3,67)	,52 ,0001* ,6233	,0003* ,0000* ,1802
P4	5,84 (3,29)	7,06 (3,64)	5,15 (2,7)	4,79 (2,88)	,017* ,0000* ,3386	,0000* ,0000* ,0608
O1	6,16 (3,26)	6,77 (4,77)	4,8 (3,54)	5,33 (3,4)	,07 ,0133* ,2548	,2408 ,0001* ,0013*
O2	4,71 (1,82)	6,97 (3,67)	4,75 (3,43)	4,58 (3,08)	,028* ,0000* 6982	,0109* ,0000* ,0051*

* — $p < ,05$

лочных отведений показатель тета/бета1 превышает группу контроля только во 2 подгруппе. В 1 и 3 подгруппах данный показатель не отличается от группы контроля за исключением правых теменных и затылочных отведений (P4, O2). Сравнение показателей тета/бета1 между подгруппами в центрально-теменных и затылочных отведениях также позволяет выделить 2 подгруппу, где обнаруживается его преобладание.

Таким образом, показатель тета/бета1 именно во 2 подгруппе преобладает над таковым как в группе контроля, так и остальных подгрупп.

Вторая подгруппа отличается от остальных относительной сбалансированностью дофаминовой системы, тогда как 1 подгруппу отличает ее гиперфункция, а 3 — гипофункция. Учитывая то, что показатель тета/бета1 многие авторы относят к электрофизиологическим маркерам невнимательности [21], преобладание показателя тета/бета1 во 2 подгруппе, вероятно, связано с поведением дофаминовой системы. Ее сбалансированное состояние относительно гипофункции мало способствует установлению равновесия в системах моноами-

нов (дофаминовая — норадреналиновая — серотониновая). В остальных подгруппах разнонаправленные по вектору системы дофамина и норадреналина способствуют установлению биохимического равновесия в глобальной системе моноаминового баланса, не вполне справляясь с компенсацией болезненного процесса, составляющего клиническое ядро ГР. Вероятно, именно поэтому показатель тета/бета1, принимаемый как индекс невнимательности, именно во 2 подгруппе устанавливает максимальные значения.

С целью проверки влияния биохимических показателей на рассматриваемые характеристики электроэнцефалографических ритмов был проведен корреляционный анализ, где выделялись значимые связи отношения мощности тета/бета1 ритмов с показателями активности моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма (см. Табл.2–4).

Как видно из таблиц 2-4, во всех подгруппах преобладают значимые отрицательные корреляционные зависимости с наибольшим количеством достоверных корреляций в первой подгруп-

Таблица 2. Показатели корреляции отношения мощности ритмов тета/бета1 с уровнями моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма в 1 подгруппе (N=120)
Table 2. Indicators of correlation of the ratio of the theta / beta1 rhythms power with the levels of monoamines, their precursors and metabolic products in subgroup 1 (N = 120)

Показатели уровня моноаминов, мкмоль/л	тета /бета1, r									
	F1	F2	F3	F4	C3	C4	P3	P4	O1	O2
А	-0,24*	0,09	-0,11	0,04	-0,11	0,06	0,03	0,01	-0,09	-0,04
НА	0,25*	-0,02	0,21*	-0,11	0,06	0,00	0,09	0,00	0,08	0,00
ДА	-0,15	0,08	-0,10	0,02	-0,14	0,06	-0,06	-0,11	-0,21*	0,00
Сер	0,07	0,21*	0,21*	0,14	0,14	0,16	0,08	0,17	0,07	-0,02
ВМК	-0,30*	-0,31*	-0,41*	-0,48*	-0,54*	-0,60*	-0,47*	-0,64*	-0,50*	-0,26*
Тир	-0,33*	-0,06	-0,45*	-0,19*	-0,46*	-0,34*	-0,34*	-0,32*	-0,39*	-0,29*
5-ОУИК	-0,17	-0,22*	-0,34*	-0,36*	-0,46*	-0,47*	-0,40*	-0,32*	-0,36*	-0,12
ГВК	-0,28*	-0,21*	-0,20*	-0,16	-0,27*	-0,30*	-0,32*	-0,33*	-0,26*	0,16
5-НТР	-0,18*	-0,13	-0,23*	-0,32*	-0,38*	-0,29*	-0,24*	-0,31*	-0,33*	-0,09
Три	-0,36*	0,13	-0,46*	-0,02	-0,36*	-0,12	-0,19*	-0,20*	-0,34*	-0,50*

*— p < ,05

Таблица 3. Показатели корреляции отношения мощности ритмов тета/бета1 с уровнями моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма в 2 подгруппе (N=136)
Table 3. Indicators of correlation of the ratio of the theta / beta1 rhythms power with the levels of monoamines, their precursors and metabolic products in subgroup 2 (N = 136)

Показатели уровня моноаминов, мкмоль/л	тета /бета1, r									
	F1	F2	F3	F4	C3	C4	P3	P4	O1	O2
А	-0,04	-0,13	-0,08	-0,17*	-0,07	-0,09	-0,09	-0,19*	-0,10	-0,28*
НА	-0,13	-0,11	-0,14	-0,17*	-0,29*	-0,26	-0,24*	-0,28*	-0,32	-0,41*
ДА	0,02	0,16	0,03	0,12	-0,15	-0,05	-0,19*	-0,03	-0,25	-0,34*
Сер	0,21*	0,15	0,07	0,23*	0,26*	0,36	0,15	0,21*	0,10	0,08
ВМК	-0,15	0,00	-0,14	-0,09	-0,30*	-0,13	-0,23*	-0,13	-0,31*	-0,25*
Тир	-0,14	-0,12	-0,22*	-0,21*	-0,33*	-0,20	-0,29*	-0,34*	-0,46*	-0,48*
5-ОУИК	0,07	-0,16	-0,16	-0,23*	-0,26*	-0,18	-0,24*	-0,25*	-0,42*	-0,28*
ГВК	-0,24*	-0,09	-0,25*	-0,19*	-0,42*	-0,20	-0,23*	-0,17	-0,25*	-0,29*
5-НТР	-0,11	-0,18*	-0,29*	-0,07	-0,26*	-0,24	-0,22*	-0,26*	-0,20*	-0,35*
Три	-0,08	-0,14	-0,07	-0,27*	-0,27*	-0,25	-0,24*	-0,41*	-0,33*	-0,49*

*— p < ,05

пе и наименьшим в третьей. Положительные корреляции в 1 подгруппе устанавливаются с уровнями норадреналина и серотонина, во 2 подгруппе — только с серотином, в 3 подгруппе — с серотином, тирозином и триптофаном. Очевидно, что по направлению от 1 ко 2 подгруппе положительные корреляционные связи смещаются от уровня показателей катехоламинов к умножению корреляционных связей со звеньями обмена триптофана. Это определенно соответствует возрастанию активности серотониновой системы от 1 ко

2 подгруппе. Интересно, что во 2 подгруппе, где система дофамина в отличие от остальных подгрупп относительно сбалансирована, положительные корреляции устанавливаются только с уровнем серотонина.

Отрицательные корреляционные связи образуются со многими переменными во всех подгруппах. Обращает на себя внимание распределение корреляционных зависимостей с показателями моноаминов. В 1 подгруппе отсутствуют корреляции с норадреналином, в 3 подгруппе — с адре-

Таблица 4. Показатели корреляции отношения мощности ритмов тета/бета1 с уровнями моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма в 3 подгруппе (N=148)

Table 4. Indicators of correlation of the ratio of the theta / beta1 rhythms power with the levels of monoamines, their precursors and metabolic products in subgroup 3 (N = 148)

Показатели уровня моноаминов, мкмоль/л	тета /бета1, r									
	F1	F2	F3	F4	C3	C4	P3	P4	O1	O2
А	0,04	0,02	0,12	0,11	0,06	-0,01	-0,08	-0,05	-0,02	0,12
НА	-0,08	-0,22*	-0,14	-0,06	-0,15	-0,03	0,02	-0,07	-0,16*	-0,14
ДА	0,07	0,01	-0,10	-0,05	-0,21*	0,01	0,02	-0,01	-0,10	-0,03
Сер	0,22*	0,12	0,12	0,22*	0,17*	0,33*	0,25*	0,08	-0,04	-0,08
ВМК	-0,06	-0,09	-0,16*	-0,20*	-0,21*	-0,14	-0,15	-0,14	-0,27*	-0,19*
Тир	0,36*	0,26*	0,06	0,10	-0,01	0,06	0,12	0,03	0,03	0,03
5-ОУИК	0,04	-0,01	-0,18*	-0,15	-0,23*	-0,13	-0,15	-0,18*	-0,13	-0,13
ГВК	0,12	0,14	-0,05	-0,03	-0,10	-0,02	0,03	-0,05	0,05	-0,04
5-НТР	0,21*	-0,01	0,12	0,14	0,17	0,26*	0,23*	-0,05	-0,15	-0,18*
Три	0,17*	0,09	-0,03	0,06	-0,10	0,03	0,02	-0,06	-0,04	-0,04

* — $p < ,05$

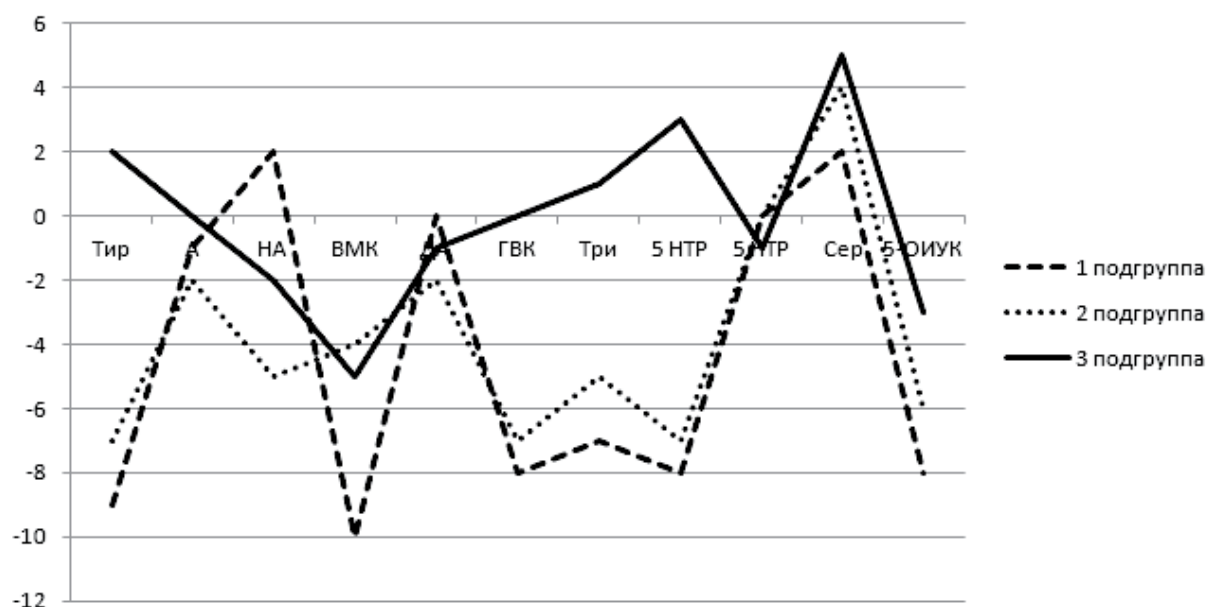


Рис. 1. Число статистически значимых положительных и отрицательных корреляционных зависимостей между отношением мощности ритмов тета/бета1 в отведениях F1 – O2

Fig. 1. The number of statistically significant positive and negative correlations between the ratio of theta/beta1 rhythms power in F1 - O2 derivations

налином для отношений тета/бета1. Также необходимо отметить, что корреляционные зависимости с уровнем дофамина в 1 и 3 подгруппе устанавливаются только с левыми отведениями (в 1 подгруппе — с левыми затылочными, в 3 подгруппе — с левыми центральными).

На Рис.1 отмечено количество положительных и отрицательных связей показателей моноаминов, их предшественников и продуктов метаболизма (моль/л) с показателями отношения мощностей ритмов тета/бета1 в подгруппах. В данном случае во всех подгруппах наблюдается большое количество отрицательных корреляций с разными звеньями обмена моноаминов. Значимые положительные корреляционные связи во всех подгруппах устанавливаются с уровнем серотонина. В 1 подгруппе дополнительно с показателем норадреналина, в 3-ей — с уровнем тирозина и триптофана и 5-гидрокситриптофана. Мы видим, что влияние серотониновой системы по направлению от первой к третьей подгруппе на показатель тета/бета1 возрастает с участием предшественника и продукта обмена триптофана в третьей подгруппе. И только во 2 подгруппе наблюдается положительная корреляция с уровнем норадреналина.

Обсуждение

Результаты настоящего исследования показали, что общей и ключевой особенностью корреляции мощностей тета/бета1 во всех выделенных на основании поведения моноаминов подгруппах детей с гиперкинетическим расстройством является корреляционная связь с уровнем серотонина. Анализ взаимосвязи спектральных мощностей ритмов ЭЭГ и биохимических показателей обмена моноаминов более гармонично выстраивается при рассмотрении отношения тета/бета1 в лобных отведениях.

Учитывая распределение и значимость различия отношения ритмов, необходимо обратить внимание на иерархическое распределение показателя тета/бета1, который именно в лобных отведениях значимо преобладает над данными показателями группы контроля во всех подгруппах и одновременно устанавливаются положительные корреляционные связи с уровнем серотонина. Анализируя изменение отношения тета/бета1 по вертикали, т.е. от лобных отведений к затылочным, мы видим, что в 1 подгруппе этот показатель значимо уступает таковому во 2 и 3 подгруппах в переднелобных отведениях и затем, продолжая значимо преобладать над группой контроля, выравнивается с показателями отношения мощности тета/бета1 ритмов с 3 подгруппой в заднелобных отведениях.

Эти данные лишь отчасти согласуются с результатами исследования других авторов в зару-

бежной и отечественной литературе, демонстрируя, что в качестве маркера ЭЭГ гиперкинетического расстройства перспективно разрабатывать модель изменения отношения ритмов тета/бета1 в лобных отведениях.

Известно, что нейромедиаторные системы имеют достаточно определенную пространственную топографию в коре больших полушарий. Принято считать, что серотонинергические проекции направляются преимущественно в теменно-затылочные зоны коры, дофаминергические — в лобно-височные, норадренергические проекции широко распространены и располагаются диффузно. И логично было бы получить корреляционные зависимости со звеньями дофаминовой и норадренергической системами в лобных отведениях. Но не с серотониновой. Однако в результате нашего исследования определяющей в нейрофизиологических характеристиках ГР оказалась именно серотониновая система. Причем, разделение на подгруппы, опираясь на биохимические особенности детей с ГР, не позволило получить значимые различия. Единственной особенностью, глобально отличающей подгруппы между собой, оказалось нарастание индекса тета/бета1-активности, соответствующее росту напряженности и активности серотониновой системы от 1 к 3 подгруппе.

Полученные данные позволяют утверждать, что электроэнцефалографический показатель тета/бета1 может служить маркером невнимательности у детей с гиперкинетическим расстройством и отражает устанавливающееся состояние дисбаланса всех моноаминовых систем, но лучше характеризует поведение системы триптофана.

Заключение

Поиск нейрофизиологических маркеров поведения моноаминовых систем у детей с гиперкинетическим расстройством обусловлен, прежде всего, заинтересованностью практических врачей в подборе схем эффективной и персонализированной терапии в связи с тем, что электроэнцефалографическое исследование относится к неинвазивным методикам обследования, рутинным методам диагностики, внесенным в стандарты диагностики. В связи с этим данные о зависимости отношения мощности тета/бета1 ритмов в ЭЭГ от уровня активности серотониновой системы в перспективных исследованиях могут служить ориентиром терапевтической эффективности в комплексной реабилитации детей с ГР. Однако, проверка этих данных требует проведения дополнительных методов исследования с проведением изотопных методов и учетом данных о биохимической гетерогенности гиперкинетического расстройства.

Литература / References

1. Владимирский Б.М., Кожин А.А., Тамбиев А.Э. Использование ЭЭГ для объективизации диагностики синдрома дефицита внимания в детском возрасте. Валеология. 2016;4:31-38. Vladimirsky BM, Kozhin AA, Tambiev AE. Using EEG to objectification diagnosis of attention deficit disorder in children. Valeologija. 2016;4:31-38. (In Russ.). doi: 10.18522/2218-2268-2016-4-31-38
2. Гасанов Р.Ф. Роль серотониновой системы в патогенезе синдрома дефицита внимания с учетом гетерогенности расстройства. Обзорные психиатрии и медицинского психологии имени В.М. Бехтерева. 2015;4:39-50. Gasanov RF. The role of the serotonin system in the pathogenesis of attention deficit disorder, taking into account the heterogeneity of the disorder. Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2015;4:39-50. (In Russ.).
3. Гасанов Р.Ф., Макаров И.В. Особенности терапии синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей с эпилепсией. Пособие для врачей СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева. СПб: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; 2008. Gasanov R.F., Makarov I.V. Osobennosti terapii sindroma narusheniya vnimaniya s giperaktivnost'yu u detej s e'pilepsiej. Posobie dlya vrachej SPb NIPNI im. V.M.Bextereva. SPb: Sankt-Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij psixonevrologicheskij institut im. V.M. Bextereva; 2008. (In Russ.).
4. Гасанов Р.Ф. Гиперкинетическое расстройство детского возраста. Глава 21. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей. Под общей ред. И.В. Макарова. СПб.: Наука и Техника; 2019. Gasanov R.F. Giperkineticheskoe rasstrojstvo detskogo vozrast. Glava 21. Psixiatriya detskogo vozrast. Rukovodstvo dlya vrachej. Pod obshhej red. I.V. Makarova. SPb.: Nauka i Tekhnika; 2019. (In Russ.).
5. Гасанов Р.Ф., Макаров И.В. Роль моноаминов у детей с гиперкинетическим расстройством. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017; 117(11):80-83. Gasanov RF, Makarov IV. The role of monoamines in children with hyperkinetic disorder. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. 2017;117(11):80-83. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro201711711288-91
6. Горбачевская Н.Л., Заваденко Н.Н., Якупова Л.П., Сорокин А.Б., Суворинова Н.Ю., Григорьева Н.В., Соколова Т.В. Электроэнцефалографическое исследование детской гиперактивности. Физиология человека. 1996;5:49-53. Gorbachevskaya NL, Zavadenko NN, Yakupova LP, Sorokin AB, Suvorinova NYu, Grigor'eva NV, Sokolova TV. Electroencephalographic study of childhood hyperactivity. Fiziologiya cheloveka. 1996;5:49-53. (In Russ.).
7. Курова Н.С., Панюшкина С.В. Сравнительный анализ изменения спектральных характеристик ЭЭГ крыс при активации и угнетении катехоламинергических систем. Журнал высшей нервной деятельности. 1992;42(5):965-76. Kurova NS, Panyushkina SV. Comparative analysis of changes in spectral characteristics of the EEG of rats during activation and inhibition of catecholaminergic systems. Zhurnal vysshei nervnoy deyatelnosti. 1992;42(5):965-76. (In Russ.).
8. Фарбер Д.А., Дубровинская Н.В. Функциональная организация развивающегося мозга (возрастные особенности и некоторые закономерности). Физиология человека. 1991;5:17. Farber DA, Dubrovinskaya NV. Functional organization of the developing brain (age characteristics and some patterns). Fiziologiya cheloveka. 1991;5:17. (In Russ.).
9. Callaway E, Halliday R, Naylor H. Hyperactive children's event-related potentials fail to support underarousal and maturational-lag theories. Arch Gen Psychiatry. 1983;40:1243-1248.
10. Chabot RJ, Serfontein G. Quantitative electroencephalographic profiles of children with attention deficit disorder. Biol. Psychiatry. 1996;40(10):951-963. doi: 10.1016/0006-3223(95)00576-5.
11. Clarke AR, Barry RJ, McCarthy R, Selikowitz M. EEG analysis of children with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid reading disabilities. J Learn Disabil. 2002;35(3):276-85. doi: 10.1177/002221940203500309
12. Clarke A, Barry R, McCarthy R, Selikowitz M. EEG-defined subtypes of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Clinical Neurophysiology. 2001;112:2098-2105. doi: 10.1016/S1388-2457(01)00668-X
13. Clarke A, Barry R, McCarthy R, Selikowitz M. Age and sex effects in the EEG: differences in two subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Neurophysiol. 2001;112:815-826. doi: 10.1016/S1388-2457(01)00487-4
14. Dykman R, Holcomb P, Oglesby D, Ackerman P. Electrocortical frequencies in hyperactive, learning-disabled, mixed, and normal children. Biol Psychiatry. 1982;17:675-685.
15. Janzen T, Graap K, Stephanson S, Marshall W, Fitzsimmons G. Differences in baseline EEG measures for ADD and normally achieving preadolescent males. Biofeedback Self-Regul. 1995;20:65-82. doi: 10.1007/BF01712767
16. Lazzaro I, Gordon E, Whitmont S, Plahn M, Li W, Clarke S, Dosen A, Meares R. Quantified EEG activity in adolescent attention deficit hyperactivity disorder. Clin Electroenceph. 1998;29:37-42.

- doi: 10.1177/155005949802900111
17. Lubar J. Discourse on the development of EEG diagnostics and biofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorders. *Biofeedback Self-Regul.* 1991;16:201–225.
 18. Mann C, Lubar J, Zimmerman A, Miller C, Muenchen R. Quantitative analysis of EEG in boys with attention deficit hyperactivity disorder: controlled study with clinical implications. *Pediatr Neurol.* 1992;8:30–36.
 19. Matousek M, Rasmussen P, Gilberg C. EEG frequency analysis in children with so-called minimal brain dysfunction and related disorders. *Adv Biol Psychiatry.* 1984;15:102–108.
 20. Monastra V, Lubar J, Linden M. The development of a quantitative electroencephalographic scanning process for attention deficit-hyperactivity disorder: Reliability and validity studies. *Neuropsychology.* 2001;15(1):136–144.
doi: 10.1037/0894-4105.15.1.136
 21. Picken C, Clarke A.R, Barry R.J, McCarthy R, Selikowitz M. The Theta/Beta Ratio as an Index of Cognitive Processing in Adults With the Combined Type of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clin EEG Neurosci.* 2020;51(3):167–173.
doi: 10.1177/1550059419895142
 22. Satterfield J, Dawson M. Electrodermal correlates of hyperactivity in children. *Psychophysiology.* 1971;8:191–197.

Сведения об авторах

Гасанов Рауф Фаикович — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: raufgasanov@mail.ru

Макаров Игорь Владимирович — д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист психиатр Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров. E-mail: rpsy@list.ru

Емелина Дарья Андреевна — к.м.н., научный сотрудник отделения детской психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Россия. E-mail: dashaberkos@mail.ru

Поступила 06.09.2021

Received 06.09.2021

Принята в печать 10.12.2021

Accepted 10.12.2021

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

Обозрение психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева, 2021, Т. 56, № 1, с. 43-53,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-43-53>

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology,
2021, T. 56, no 1, pp. 43-53,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-56-1-43-53>

Телемедицинское консультирование «пациент-врач» в детской психиатрии: методология и практика

Оригинальная статья

Морозов С.П.¹, Бебчук М.А.², Владзимирский А.В.^{1,3}, Хайретдинов О.З.²

¹Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий, Москва, Россия,

²Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой,
Москва, Россия,

³Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Россия

Резюме. Телепсихиатрическая помощь в формате «врач — пациент» находится на этапе формирования и требует решения правовых, организационных и методологических вопросов. **Целью исследования** было обоснование методологии телемедицинских консультаций пациентов (законных представителей) в детской психиатрии. **Материал и методы.** Проведен анализ результатов 1129 телемедицинских консультаций (ТМК) в формате «пациент — врач» для 559 пациентов в возрасте от 2 до 18 лет. **Результаты.** Дистанционные консультации апробированы при всем спектре психических расстройств детского и подросткового возраста. При проведении первичных ТМК «пациент-врач» выявлен ряд серьезных нормативно-правовых и технических ограничений. Повторные ТМК «пациент — врач» в детской психиатрической практике определены как наиболее оптимальные и безопасные. Отмечены значительное увеличение количества повторных ТМК и расширения специальностей консультантов в период ограничительных мер в связи с пандемией COVID-19. Проведена оценка результативности ТМК путем социологического опроса (анкетирования) врачей и пациентов (законных представителей). **Заключение.** Разработана методология организации и проведения телемедицинских консультаций пациентов в возрасте до 18 лет (законных представителей) по профилю «психиатрия». Опрос получателей помощи зафиксировал их высокую готовность и удовлетворенность дистанционным консультированием. Опрос медицинских работников выявил положительную динамику отношения к проведению ТМК. Отрицательная динамика мнений специалистов в связи с повышением уровня трудовой нагрузки свидетельствует о необходимости дальнейшей организационно-методической и образовательной работы по применению телемедицинских технологий.

Ключевые слова: телемедицина, консультации в формате «пациент-врач», детская психиатрия, методология, COVID-19.

Информация об авторах:

Морозов Сергей Павлович — e-mail: morozov@npcmr.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6545-6170>

Бебчук Марина Александровна — e-mail: Bebchukma@suhareva-center.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7976-0800>

Владзимирский Антон Вячеславович — e-mail: a.vladzimirsky@npcmr.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2990-7736>

Хайретдинов Олег Замильевич — e-mail: KhayretdinovOZ@suhareva-center.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9842-3524>

Как цитировать: Морозов С.П., Бебчук М.А., Владзимирский А.В., Хайретдинов О.З. Телемедицинское консультирование «пациент-врач» в детской психиатрии: методология и практика. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2022; 56:1:43-53. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-43-53>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Telemedicine consultation «patient-doctor» in child psychiatry: methodology and practice Research article

Morozov SP¹, Bebchuk MA², Vladzimirsky AV^{1,3}, Khayretdinov OZ²

¹ Research and Practice Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies, Moscow, Russia,

² Scientific-practical Children's and Adolescents Mental Health Center n.a. G. Sukhareva, Moscow, Russia,

³ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia

Summary. Telepsychiatric assistance in the “doctor-patient” format is at the stage of formation and requires the solution of legal, organizational and methodological issues. The **aim of the study** was to substantiate the

Автор, ответственный за переписку: Хайретдинов Олег Замильевич — e-mail: KhayretdinovOZ@suhareva-center.mos.ru

Corresponding author: Oleg Z. Khayretdinov — e-mail: KhayretdinovOZ@suhareva-center.mos.ru

methodology of telemedicine consultations of patients (legal representatives) in child psychiatry. **Material and methods.** The analysis of the results of 1129 telemedicine consultations (TMK) in the «patient-doctor» format for 559 patients aged 2 to 18 years was carried out. **Results.** Remote consultations have been tested for the entire spectrum of mental disorders in childhood and adolescence. During the primary patient-doctor TMK, a number of serious regulatory and technical limitations were identified. Repeated TMK «patient — doctor» in child psychiatric practice are defined as the most optimal and safe. There was a significant increase in the number of repeated TMKs and the expansion of the specialties of consultants during the period of restrictive measures in connection with the COVID-19 pandemic. The assessment of the effectiveness of TMK was carried out by means of a sociological survey (questionnaire) of doctors and patients (legal representatives). **Conclusion.** A methodology has been developed for organizing and conducting telemedicine consultations for patients under the age of 18 (legal representatives) in the field of psychiatry. A survey of beneficiaries recorded their high readiness and satisfaction with remote counseling. A survey of medical workers revealed a positive trend in attitudes towards carrying out TMK. The negative dynamics of the opinions of specialists in connection with the increase in the level of workload indicates the need for further organizational, methodological and educational work on the use of telemedicine technologies.

Keywords: telemedicine, consultations in the «patient-doctor» format, child psychiatry, methodology, COVID-19.

Information about the authors:

Sergey P. Morozov — e-mail: morozov@npcmr.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6545-6170>

Marina A. Bebchuk — e-mail: Bebchukma@suhareva-center.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7976-0800>

Anton V. Vladzimirskyy — a.vladzimirsky@npcmr.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2990-7736>

Oleg Z. Khairtdinov — e-mail: KhayretdinovOZ@suhareva-center.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9842-3524>

To cite this article: Morozov SP, Bebchuk MA, Vladzimirskyy AV, Khairtdinov OZ. Telemedicine consultation «patient-doctor» in child psychiatry: methodology and practice. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2022; 56:1:43-53. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-43-53>.

The authors declare no conflicts of interest.

Телемедицинские технологии для оказания психиатрической помощи применяются с 1950-х годов, фактически — с момента появления надежных технических решений для интерактивной видеоконференцсвязи. Значимость дистанционного взаимодействия для решения актуальных организационных и клинических задач психиатрии обусловило быстрое развитие соответствующей методологии. К середине 1970-х гг. были опубликованы методы и результаты применения телемедицины по различным аспектам психического здоровья; в научную литературу и практическую деятельность очень быстро был введен термин «телепсихиатрия» [3].

В спектре телепсихиатрических медицинских услуг на протяжении десятилетий преобладают дистанционное взаимодействие врачей-психиатров по сложным клиническим вопросам [5, 6, 11, 18, 22]. Благодаря бурной цифровизации в начале 2000-ых гг. все большее распространение стало получать прямое дистанционное взаимодействие пациентов и врачей по разным профилям медицинской помощи, в том числе, по проблемам психического здоровья. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации такая схема взаимодействия называется «дистанционное взаимодействие медицинских работников и пациентов (законных представителей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». Телепсихиатрия в формате «врач — врач» достаточно хорошо описана в научной и методической литературе, в то время как схема «врач — пациент» в настоящее

время еще только формируется и требует пристального внимания врачей и исследователей [5].

Телепсихиатрическая помощь до последнего времени была направлена преимущественно на решение проблем психического здоровья взрослого населения, в частности, при лечении депрессий, посттравматических стрессовых расстройств, деменций, зависимости от ПАВ, при оказании помощи отдельным группам населения (пожилого и старческого возраста, беженцам, пациентам с онкологическими заболеваниями и т.д.) [6, 10, 11, 18, 22, 24, 27, 40]. Телемедицинские технологии для оказания психиатрической помощи детям и подросткам начали использоваться относительно недавно, о чем красноречиво свидетельствует динамика международных публикаций [7]. Из немногочисленных публикаций известно, что телеконсультации пациентов детского возраста применялись при аутистических расстройствах, нервной анорексии, депрессивных расстройствах, дефиците внимания и гиперактивности [20, 28]. Программы дистанционной психотерапии для детей школьного возраста скорее составляли редкое исключение.

Возможность решения организационных и ресурсных проблем посредством применения телемедицинских технологий доказана для разных сфер здравоохранения (лучевой диагностики, кардиологии и т.д.) [5]. Представляется потенциально возможным значительно сократить кадровый дефицит, повысив доступность психиатрической помощи детскому населению, за счет использования телепсихиатрии [8, 12]. Актуальность телепсихиа-

трии, в том числе для оказания помощи детскому населению, подчеркнул и недавний опыт организации медицинской помощи в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции [2, 9, 33, 34, 39].

Широкому внедрению телемедицинских технологий в детскую психиатрию препятствует отсутствие научно обоснованной методологии их применения. Опубликованные в настоящее время международные руководства содержат только общие рекомендации, более фокусируясь на этических аспектах и проблемах безопасности, в то время как множество практических вопросов остается безответными.

Исходя из сказанного, необходима разработка методологии для дистанционного взаимодействия врачей и пациентов (законных представителей) оказания психиатрической помощи детскому населению. Появление обоснованной методологии будет способствовать применению телемедицинских технологий в соответствии с нормативно-правовой базой, что обеспечит безопасность (как пациента, так и специалистов), качество и возможность финансирования такого дистанционного взаимодействия.

Цель исследования: обосновать и валидировать методологию телемедицинских консультаций пациентов (законных представителей) при оказании медицинской помощи по профилю «Психиатрия» лицам моложе 18 лет.

Материалы и методы

Исследование состояло из двух этапов: аналитического и практического.

Для аналитического этапа использованы: материалы систематических обзоров в рецензируемых журналах [29, 31, 42]; международные практические руководства по применению телемедицины в детской психиатрии [14, 15, 19, 30, 32]; собственный практический опыт [1, 4, 12].

Практический этап включал организацию, проведение и анализ результатов пилотного проекта «Детская телепсихиатрия», проведенного в 2020 г. ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ» (научно-методическое обеспечение), ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» (клиническая база), «Сервисом удаленных медицинских консультаций onlinedoctor.ru» (индустриальный партнер) при поддержке Агентства инноваций г. Москвы.

В соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (утвержден приказом Минздрава России от 30.11.2017 №965н) и иными нормативно-правовыми документами было проведено 1129 телемедицинских консультаций (ТМК) в формате «пациент—врач» для 559 пациентов (законных представителей). Пациенты мужского пола составили 53,4%, женского пола—46,6%, возраст—от 2 до 18 лет (средний возраст—8,9±4,8, мода—6, медиана—8). Часть

пациентов старше 15 лет принимали участие в телемедицинских консультациях без участия законных представителей.

Оценка результативности ТМК проведена путем социологического опроса (анкетирования) врачей и пациентов (законных представителей).

Анкетирование медицинских работников проведено по оригинальной шкале «Общая удовлетворенность телемедицинским сервисом для врачей» (5-балльная шкала Лайкерта). Опрос выполнен в два раунда. Первый раунд осуществлен на стартовом этапе проекта (декабрь 2019 г.—февраль 2020 г.), второй—после 3-х месяцев рутинного применения (май 2020 г.).

Анкетирование пациентов проведено по двум шкалам:

- встроенная в информационную систему индустриального партнера 5-балльная шкала обратной связи (рейтинг консультации от 1 до 5 баллов);
- оригинальная анкета «Общая удовлетворенность телемедицинским сервисом (анкета для анонимного опроса пациентов / законных представителей)» (5-балльная шкала Лайкерта).

Разработка шкал проведена в соответствии с авторской методикой оценки эффективности применения телемедицинских технологий [5].

В исследовании использованы аналитические методы (анализа и синтеза), методы социологического опроса, описательной статистики.

Результаты

На первом, аналитическом, этапе исследования путем анализа и систематизации международно-го и собственного предварительного опыта разработан проект методологии для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий пациентам в возрасте до 18 лет (их законным представителям) по профилю «Психиатрия».

Методология включает:

1. Общие принципы (в том числе, цели и возможные результаты первичных и повторных телемедицинских консультаций).
2. Систему показаний и противопоказаний (в том числе, требования к законным представителям). В перечень показаний включен весь спектр расстройств, кроме отнесенных к абсолютным (острые психотические расстройства; суицидальное поведение; другие состояния, обуславливающие непосредственную опасность пациента для себя или окружающих) и относительным противопоказаниям; критерии досрочного прерывания телемедицинской консультации с вариантами дальнейших действий.
3. Методы обеспечения безопасности (в том числе, аспекты идентификации, получения информированного добровольного согласия, экстренного реагирования).

4. Формализованные описания производственных процессов (в том числе, сценарии первичных и повторных телемедицинских консультаций, их длительность, точки завершения, варианты маршрутизации).
5. Методику обследования с применением телемедицинских технологий.
6. Требования к локации консультанта и пациента (законного представителя).
7. Требования к системотехническому обеспечению.
8. Систему контроля качества и мониторинга эффективности (в том числе, метрики качества, способ ретроспективного аудита результатов телемедицинских консультаций).
9. Этико-деонтологические требования.
10. Ссылки на ключевые нормативно-правовые, методические и научные материалы.

В развернутом виде методология опубликована в виде методических рекомендаций Департамента здравоохранения города Москвы.

На втором, практическом, этапе исследования методология была апробирована в рамках пилотного проекта. В ходе проекта осуществлена инсталляция информационной системы (телемедицинской платформы) промышленного партнера (в декабре 2019 г. — 5 рабочих мест, в мае 2020 г. — до 86).

В соответствии с методикой внедрения телемедицинских технологий проведено двухэтапное обучение медицинского персонала:

1. Общие вопросы применения телемедицинских технологий; история, опыт и методики телепсихиатрии.
2. Тренинг по использованию платформы для телемедицинских консультаций.

Специализация подготовленных консультантов: врач-психиатр детский — 26, врач-психотерапевт детский — 3, невролог детский — 1, клинический психолог — 23, логопед — 11, дефектолог — 5, социальный педагог — 1.

С декабря 2019 г. по 31.07.2020 г. было сделано 1208 запросов (заявок) на проведение ТМК для 581 пациента; 63 (5,2%) заявки были отменены пользователями, 65 (5,4%) — специалистами.

Завершены 1067 консультаций, из них 62 были проведены одновременно двумя специалистами кабинета кризисной помощи (врачом-психотерапевтом и клиническим психологом). Таким образом, всего проведено 1129 телемедицинских консультаций (ТМК) в формате «пациент — врач» для 559 пациентов (законных представителей), в том числе первичных — 33 (2,9%), повторных — 1096 (97,1%).

Географическое распределение запросов: Москва — 1031, Московская область — 77, Краснодарский край — 13, Санкт-Петербург — 8, Свердловская область — 7, Нижегородская, Тульская области — по 6, Ямало-Ненецкий автономный округ — 5, Владимирская, Тамбовская, Тверская области — по 4, Ивановская, Ростовская области, ре-

спублика Дагестан — по 3, Пермский край — 2, Астраханская, Вологодская, Воронежская, Костромская, Липецкая, Самарская, Саратовская, Смоленская, Ульяновская области, Ставропольский край, республика Саха (Якутия) — по 1, из-за рубежа (граждане РФ) — 9 обращений. Местонахождение пациентов в момент проведения телемедицинских консультаций за пределами Москвы преимущественно связано с их временным пребыванием на других территориях в период самоизоляции.

При проведении первичных ТМК в формате научного эксперимента выявлен ряд серьезных нормативно-правовых и технических ограничений. Формат первичных ТМК признан неоптимальным и был трансформирован в схему «пациент+врач — врач». В такой варианте проведены 67 дистанционных консультаций (5,9% от общего количества ТМК) врача-эксперта (научного консультанта) после первичного очного обращения пациента (законного представителя) в консультативно-диагностическое отделение или отдаленный филиал Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ.

Повторные ТМК «пациент — врач» проводились для лиц, ранее обращавшихся за получением амбулаторной или стационарной помощи в Центр им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ. При этом вопросы, вызывающие затруднения или недопустимые при первичной ТМК (оформление медицинской документации, форм информированного добровольного согласия, определение диагноза, назначение медикаментозной терапии) решались в рамках очного взаимодействия. Данный организационный вариант ТМК в детской психиатрической практике представляется наиболее оптимальным. Отметим значительное увеличение количества повторных ТМК и расширения специальностей, привлекаемых в качестве консультантов, в период карантинных мер и самоизоляции, связанных с пандемией COVID-19.

Как видно из Табл.1, подавляющее большинство ТМК провели врачи-психиатры (49,7%) и медицинские психологи (43,4%), значительно преобладающие в кадровой структуре специалистов Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ. По мере реализации пилотного проекта отмечено значительное увеличение количества ТМК с апреля 2020 г. на фоне эпидемиологической ситуации в связи с COVID-19, а также 10-кратное повышение удельного веса ТМК, проведенных психологами, преимущественно в рамках семейного консультирования, после вынужденного ограничения доступа законных представителей и прочих членов семьи на территорию стационара.

Данные о распределении пациентов в соответствии с установленным диагнозом приведены в Табл.2.

Наиболее многочисленной оказалась группа пациентов с расстройствами психического развития — 48,9%. Пациенты с аутистическими расстройствами (F84.0–F84.1) составили почти треть — 27,9%, с другими общими расстройствами развития (F84.8) — 20,0% от числа всех пациентов.

Таблица 1. Распределение количества ТМК
Table 1. Distribution of the number of T

Месяц Month	Специальность Specialty								
	Психиатр Psychiatrist		Психотерапевт Psychotherapist		Психолог Psychologist		Социальный педагог Social teacher		Все Everything
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
12.2019-03.2020	23	100,0	-		-		-		23
04.2020	33	100,0	-		-		-		33
05.2020	252	84,0	24	8,0	24	8,0	-		300
06.2020	229	43,9	38	7,3	251	48,2	3	0,6	521
07.2020	24	9,5	-		215	85,3	13	5,2	252
Всего Total	561	49,7	62	5,5	490	43,4	16	1,4	1129

Таблица 2. Нозологическая структура пациентов (МКБ-10)
Table 2. Nosological structure of patients (ICD-10)

Раздел МКБ-10 Section ICD-10			Диагностические категории МКБ-10 Diagnostic categories ICD-10		
	абс	%		абс	%
F0	49	8,8%	F06.6–8	36	6,4%
			F07.88	13	2,3%
F2	43	7,7%	F20, F22–25	13	2,3%
			F21.3–8	30	5,4%
F3	47	8,4%	F31–38	47	8,4%
F4	47	8,4%	F41–42	15	2,7%
			F43–44, F48	32	5,7%
F50	8	1,4%	F50	8	1,4%
F70–71	36	6,4%	F70–71	36	6,4%
F8	273	48,9%	F80.1, F81.3	6	1,1%
			F84.0–84.1	156	27,9%
			F84.8	111	20,0%
F9	56	10,0%	F91–92	39	7,0%
			F95.1, F98	17	3,0%
Всего Total	559	100,0%	Всего Total	559	100,0%

Таким образом, проведение дистанционных консультаций с использованием видео- и/или аудиосвязи было апробировано при всем спектре психических расстройств детского и подросткового возраста, за исключением состояний, отнесенных к противопоказаниям для ТМК. Одним из ограничивающих факторов востребованности ТМК стало отсутствие возможности дистанционного оформления рецептов на лекарственные препараты. В связи с этим для значительной части па-

циентов с активной сомато- и психотропной медикаментозной терапией (например, с расстройствами пищевого поведения), рамки дистанционных консультаций оказались недостаточными.

Длительность телемедицинских консультаций (от подключения врача до внесения оформленного заключения в информационную систему): $57,3 \pm 46,5$ мин (мода — 21, медиана — 45,5). Средняя длительность непосредственного дистанционного взаимодействия врача и пациента — 30-

35 минут, психолога и консультируемого — 50-55 мин.

В процессе проведения телемедицинских консультаций фиксировались различные технические сбои. 262 (24,6%) ТМК произошли с некритичными помехами в установлении связи, приводящими, как правило, к увеличению общей длительности консультации и/или вынужденному сокращению времени содержательной части с учетом расписания приемов специалистов. В 40 (3,7%) случаях консультации были оформлены как ошибочные в связи с критичными сбоями (техническими препятствиями в установлении видео- или аудиосвязи). В таких ситуациях ТМК переносилась на другое время или пациент направлялся на очный прием.

В результате ТМК были сделаны различные рекомендации и назначения (отметим, что коррекция медикаментозной терапии происходила только в рамках повторных телемедицинских консультациях). Структура рекомендаций была следующей:

1. Консультации других специалистов Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ (медицинского психолога, психотерапевта, логопеда, невролога и т.д.), дополнительные инструментальные, лучевые и лабораторные исследования.
2. Повторная телемедицинская консультация плановая.
3. Продолжение или коррекция медикаментозной терапии под контролем лабораторных показателей и ЭКГ.
4. Очный прием врача-психиатра для подбора или коррекции терапии под непосредственным контролем врача.
5. Наблюдение у врача-психиатра по месту жительства.
6. Консультация/наблюдение врача другой специальности по месту жительства (невролога, педиатра, эндокринолога, офтальмолога, кардиолога, ЛОР, ревматолога).
7. Экстренная госпитализация в психиатрический стационар (в т.ч. по линии скорой медицинской помощи).
8. Плановая госпитализация в психиатрический стационар.
9. Психотерапия, психолого-педагогическая коррекция, психосоциальная реабилитация.
10. Создание специальных условий образования и воспитания.
11. Режим (нагрузки, диета и т.д.).
12. Вопросы медико-социальной и иной экспертизы.

Считаем важным подчеркнуть информацию о том, что в 2 (0,2%) случаях в процессе ТМК была выявлена выраженная негативная динамика состояния (суицидальные намерения, острое психотическое состояние), в связи с чем даны рекомендации по экстренной госпитализации по линии скорой медицинской помощи. Отметим, что критические ситуации возникли при наличии пе-

речня противопоказаний для проведения ТМК, в который входили указанные клинические проявления. Данное обстоятельство обуславливает необходимость дифференциации показаний и противопоказаний, а также разработки системы и средств экстренного реагирования при применении телемедицинских технологий в сфере психиатрии.

Оценка качества ТМК проведена путем социологического опроса пациентов (законных представителей) и медицинских работников.

По встроенной в телемедицинскую платформу шкале обратной связи 79 (7,0%) ТМК получили от пациентов (законных представителей) наивысшую оценку по 5-балльной шкале. Оценок с иными баллами получено не было.

279 (49,9%) пациентов (законных представителей) заполнили анкеты для оценки общей удовлетворенности телемедицинским сервисом. В результате их анализа получены следующие данные:

1. Преимущественно положительная оценка коммуникативных возможностей телемедицинского взаимодействия. Высокую оценку качеству передачи аудиовизуальной информации поставили 256 (91,7%) респондентов; такое же количество опрошенных уверены, что врач хорошо понял состояние их здоровья.

2. Заметный и потенциально изменчивый уровень психологических барьеров. Только 10,8% опрошенных полагают, что телемедицина может нарушить их приватность, хотя треть опрошенных (33,7%) проявила нейтральное отношение и, соответственно, может склониться как в положительную, так и отрицательную позицию. Негативное отношение к отсутствию очного контакта с медицинскими работниками выразили 22,6% респондентов, еще 39,1% сохраняют нейтральность по этому вопросу.

3. Преимущественно положительные эффекты за счет применения телемедицинских технологий. Повышение доступности медицинской помощи благодаря применению телемедицинских технологий отметили 81,0% опрошенных. 83,5% респондентов согласны с тем, что телемедицина экономит затраты времени и финансовых ресурсов.

4. Преимущественно положительная оценка качества медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. По итогам ТМК 94,3% опрошенных удовлетворены вниманием со стороны медицинских работников. Качественной дистанционную медицинскую помощь считают 70,3% респондентов (еще 20,4% ответили нейтрально).

5. Потенциальные свидетельства хорошей приверженности пациентов. 75,6% респондентов планируют использовать ТМК повторно, 21,9% дали нейтральное и только 2,6% отрицательное отношение.

Таким образом, можно констатировать положительное отношение пациентов (законных представителей) и высокую готовность к применению телемедицинских технологий, хорошую удовлетворенность оказанными услугами и желание использовать телемедицину в будущем.

Анкетирование медицинских работников проведено в два раунда, проведен сравнительный анализ результатов для оценки динамики мнений.

В результате анализа первого раздела анкет (общее отношение к применению телемедицинских технологий):

1. Зафиксирован стабильно высокий уровень положительного отношения врачей к применению телемедицинских технологий в психиатрии.

2. Зафиксирована положительная динамика оценок влияния телемедицинских технологий на профессиональную деятельность, логику, процессы. Слабая, хотя и положительная динамика, мнений о влиянии телемедицины на процесс и результативность лечения связана с коротким периодом активного использования телемедицинских технологий, не позволяющим проследить исходы.

3. Выявлена отрицательная динамика мнений об уровне трудовой нагрузки, связанном с применением телемедицинских технологий. Этот результат свидетельствует о необходимости дальнейшей организационно-методической работы, дополнительного обучения врачей, повышения технической надежности платформы для телемедицинских консультаций (дополнительно установлено, что основное недовольство было связано с частыми техническими сбоями).

4. Зафиксирован стабильный интерес врачей к применению телемедицинских технологий: 100,0% опрошенных планируют использовать видеоконференц-связь для ТМК пациентов в будущем и будут рекомендовать телемедицинские технологии для использования в других медицинских организациях Москвы, субъектах РФ и на общенациональном уровне (в обоих раундах оценки одинаковы).

В результате анализа второго раздела анкет (оценка конкретной телемедицинской платформы) зафиксирована стабильно позитивная оценка и положительная динамика оценок качества информационной системы индустриального партнера в части комфортности коммуникаций, дружелюбности интерфейса, простоты освоения, общего отношения к продукту.

Таким образом, можно констатировать нарастание положительного отношения врачей к применению телемедицинских технологий в детской психиатрии.

Обсуждение

При организации пилотного проекта (то есть, при внедрении телемедицинских технологий) нами проведено двухэтапное обучение медицинского персонала. В международных и российских публикациях показано, что врачи-психиатры, оказывающие помощь детскому населению, недостаточно информированы о методиках и возможностях применения телемедицинских технологий, что приводит к их негативному отношению и сопротивлению при внедрении [13, 26]. Общая информированность специалистов по вопросам телемедицинских консультаций находится на низ-

ком уровне ($2,9 \pm 0,4$ балла из 5), принцип оказания дистанционных консультаций понятен только на $3,5 \pm 0,4$ балла. Из опрошенных врачей-психиатров 23,5% отметили проблемы, связанные с недостатком информации о телемедицине [13]. Таким образом, организованное и проведенное нами двухэтапное обучение стало критично важным компонентом процесса внедрения телемедицинских технологий, во многом обуславливающий общий успех.

Изначально наше исследование предполагало проведение как первичных, так и повторных ТМК пациентов (законных представителей). Однако, с учетом выявленных технических и нормативных барьеров первичные телеконсультации были прекращены и трансформированы в формат «врач+пациент—врач». Консультации врача-эксперта (научного консультанта), который видел пациента в ходе ТМК впервые (т.е. проводил первичную ТМК), происходили после очного обращения пациента (законного представителя) в консультативно-диагностическое отделение или отдаленный филиал Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ (в масштабе медицинской организации имели атрибуты повторной ТМК). В международной практике именно такой формат достаточно развит, причем чаще непосредственно рядом с пациентом находится врач общей практики. Такая схема дистанционных консультаций может быть как плановой, так и неотложной. Подобные услуги оплачиваются некоторыми зарубежными государственными страховыми программами [35, 38]. Полагаем, что формат «врач+пациент—врач» требует безусловного развития, однако, вопрос вовлечения врачей иных специальностей должен быть изучен дополнительно.

По устоявшейся международной практике ТМК «пациент-врач» проводятся по определенным показаниям, включающим строгий перечень симптомов, состояний, нозологий [4]. Такой подход обеспечивает безопасность дистанционного взаимодействия. Вместе с тем, ни в руководствах, ни в отдельных публикациях не представлены упорядоченные списки показаний для ТМК «пациент-врач» в детской психиатрии. В психотерапии также отсутствует теоретическое или практическое обоснование показаний или противопоказаний для применения дистанционной помощи; врачам предлагается адаптировать передовой опыт и научно обоснованные подходы из текущей практики [19]. Таким образом, нами впервые апробировано использование дистанционных консультаций при широком спектре психических расстройств у детей и подростков, сформулированы противопоказания для проведения ТМК пациентов детского возраста (законных представителей) по профилю психиатрии.

В ходе повторных ТМК часто корректировалось назначенное в ходе очного взаимодействия (осмотров, консультаций, госпитализаций) медикаментозное лечение, за исключением указанных выше ограничений в выписке рецептов. Здесь мы также видим перспективу для дальнейших иссле-

ований и создания системы управления назначениями. Тем более, что в международной практике эффективность фармакотерапии при применении детской телепсихиатрии не имеет хорошо доказанной эффективности, а существующие рекомендации, в основном, представляют собой интерполяцию руководств для взрослого населения [17, 19, 37, 38].

В процессе своей работы мы дважды столкнулись с ситуациями, потребовавшими оказания экстренной медицинской помощи. Даже при условии, что все острые и угрожающие состояния были включены в перечень абсолютных противопоказаний к дистанционному взаимодействию, угрожающая отрицательная динамика состояния пациента может быть выявлена в ходе плановой, регулярной ТМК. В литературе вопросы экстренной и неотложной детской телепсихиатрии, в отличие от взрослой, изложены крайне поверхностно. В основном эмпирически описаны организационные подходы, модели и стратегии разработки соответствующих решений [16]. В единичных исследованиях на ограниченных выборках показано снижение длительности пребывания пациента в отделениях экстренной помощи и экономия средств медицинских организаций [36, 41]. Таким образом, методологические вопросы экстренной и неотложной детской телепсихиатрии требуют тщательного изучения. Требуется организационно, технически и методически обеспечить возможность экстренного реагирования по месту нахождения пациента, что, в частности, было предусмотрено разработанной нами методологией.

Результаты проведенного нами анкетирования пациентов (законных представителей) во многом аналогичны результатам других авторов. Отмечается высокая удовлетворенность сокращением затрат времени и финансовых ресурсов благодаря телемедицине. Достаточно высоко оценивается конфиденциальность дистанционного взаимодействия, удобство и надежность технологических решений. В целом удовлетворены дистанционной медицинской помощью 90,0-100,0% респондентов [23, 36]. Обращает на себя внимание большая заинтересованность и удовлетворенность альтернативными моделям оказания психиатрической помощи (включая, телемедицину, мобильные приложения) пациентами-подростками [42].

В отношении эквивалентности очного и дистанционного взаимодействия нами получены менее оптимистичные данные. Отрицательное отношение к дистанционному взаимодействию (отсутствию очного общения с медицинскими работниками) выразили 22,6% пациентов (законных представителей), еще 39,1% проявили нейтральность по этому вопросу. Здесь наблюдается некоторое расхождение с данными других авторов, утверждающих наличие более высокой удовлетворенности пациентов (законных представителей) дистанционным взаимодействием, нежели очным [23, 36, 38]. Полагаем, что это свидетельствует о необходимости дополнительной работы по повышению информированности населения о возможностях и

ограничениях телемедицинских технологий, развитию цифровых компетенций и навыков, связанных с вопросами здоровья и здравоохранения.

По литературным данным имеет место достаточно высокая приверженность пациентов дистанционному взаимодействию и готовность использовать телемедицину в дальнейшем [21, 36], что полностью подтверждается и нашими результатами.

Оказание психиатрической помощи детскому населению — актуальное направление практического здравоохранения, требующее консолидации ресурсов и подходов. Ранее была предложена региональная модель оказания психиатрической помощи детскому населению, включающая блоки профилактики и психообразования, стационарной помощи, реабилитации, поддержки и защиты [1, 8]. Для функционирования региональной модели необходим переход к полипрофессиональному бригадному подходу, подразумевающему дополнение работы врачей-психиатров достаточным количеством психотерапевтов, медицинских психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе, логопедов, дефектологов. Широкой реализации модели препятствует недостаток таких специализированных кадров, способных к комплементарному взаимодействию. Представляется, что в этой ситуации именно телемедицинские технологии потенциально позволяют эффективно использовать имеющиеся ресурсы, ликвидируя кадровый дефицит и обеспечивая более высокий уровень доступности специализированной помощи.

В международных публикациях показано улучшение доступности, снижение временных и материальных затрат благодаря применению телепсихиатрии при оказании помощи детскому населению [38]. При внедрении детской телепсихиатрии в рамках крупной административно-территориальной единицы фиксируется оптимизация назначений психотропных препаратов, эффективное обеспечение лечения в амбулаторных условиях по месту нахождения пациента, сокращение количества повторных госпитализаций (в том числе, необоснованных) и снижение финансовых расходов [25].

Таким образом, с учетом полученных данных становится возможным утверждать, что телемедицинские технологии — мощный инструмент для эффективной реализации региональной модели оказания психиатрической помощи детскому населению. Функционирование каждого блока может быть дополнено инструментами дистанционного взаимодействия, обеспечивая быстрый и комфортный контакт пациента (законного представителя) и специалиста, поддержку принятия врачебных решений, непрерывное лечение и сопровождение на амбулаторном этапе, повышение приверженности к лечению.

Выводы

Разработана и успешно валидирована на материале 1129 случаев методология организации и

проведения телемедицинских консультаций пациентов в возрасте до 18 лет (законных представителей) по профилю психиатрии.

Проведение повторных телемедицинских консультаций лиц, ранее проходивших амбулаторное обследование или стационарное лечение в данной медицинской организации, представляется **оптимальным**. Такие консультации — эффективный инструмент повышения качества и доступности медицинской помощи.

При социологическом опросе пациентов (законных представителей) фиксируются их высокая готовность и положительное отношение к применению телемедицинских технологий, хоро-

шая удовлетворенность оказанными услугами и желание использовать телемедицину в будущем.

При социологическом опросе медицинских работников в период проведения телеконсультаций фиксируется положительная динамика оценок влияния телемедицинских технологий на профессиональную деятельность, логику, процессы, качество медицинской помощи. Вместе с тем отрицательная динамика мнений об уровне трудовой нагрузки, связанном с применением телемедицинских технологий, свидетельствует о необходимости дальнейшей организационно-методической и образовательной работы.

Литература/References

1. Бебчук М.А. Управление качеством медицинской помощи детскому населению при психических расстройствах и нарушениях поведения. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2016;3:51-57.
Bebchuk MA. Healthcare quality management at children with mental and behavioral disorders. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye*. 2016;3:51-57. (In Russ.).
2. Бебчук М.А., Басова А.Я., Безменов П.В. Детский психиатрический стационар во время пандемии COVID-19. Организационные, клинические аспекты и противоэпидемические мероприятия: первые итоги. *Российский психиатрический журнал*. 2020;(4):15-23.
Bebchuk MA, Basova AY, Bezmenov PV. Children's psychiatric hospital during the COVID-19 pandemic. Organizational and clinical problems and anti-epidemic measures: first results. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2020;(4):15-23. (In Russ.).
doi: 10.24411/1560-957X-2020-10402
3. Владимирский А.В. История телепсихиатрии в ранний период развития (1950-1970-е гг.) *Журнал телемедицины и электронного здравоохранения*. 2020;(2):17-21.
Vladymyrskiy AV. The history of telepsychiatry: early period (1950-1970 s). *Zhurnal teleditsiny i elektronnoho zdravookhraneniya*. 2020;(2):17-21. (In Russ.).
doi: 10.29188/2542-2413-2020-6-2-17-21
4. Владимирский А.В. Первичная телемедицинская консультация «пациент-врач»: первая систематизация методологии. *Журнал телемедицины и электронного здравоохранения*. 2017;(2):109-120.
Vladymyrskiy AV. Patient Initiated Direct-to-Consumer Telemedicine Consultations: First Step For a Methodology Systematization. *Zhurnal teleditsiny i elektronnoho zdravookhraneniya*. 2017;(2):109-120. (In Russ.).
doi: 10.29188/2542-2413-2017-3-2-109-120.
5. Владимирский А.В., Лебедев Г.С. *Телемедицина*. М.: ГЭОТАР — Медиа; 2018.
6. Жовнерчук Е.В., Жовнерчук И.Ю., Абриталин Е.Ю., Федоров Н.В. Телепсихиатрия как новая система психиатрической помощи при использовании современных технологий. *Психическое здоровье*. 2016; 11(126):15-21.
Zhovnerchuk EV, Zhovnerchuk IYu, Abritalin EYu, Fedorov NV. Telepsychiatry as a new system of mental health care by using modern technologies. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2016;11(126):15-21. (In Russ.).
7. Карпукхин И.Б., Леванов В.М. Телепсихиатрия: история, направления и возможности (по материалам зарубежного научного архива). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020;30(1):102-109.
Karpukhin IB, Levanov VM. Telepsychiatry: history, directions and perspectives (based on international research). *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya*. 2020;30(1):102-109. (In Russ.).
8. Макушкин Е.В., Фесенко Ю.А., Шигапов Д.Ю., Бебчук М.А. *Детская психиатрическая служба страны*. М.: Издательство Юрайт; 2019.
Makushkin E.V., Fesenko Yu.A., Shigashov D.Yu., Bebchuk M.A. *Detskaya psikhiatricheskaya sluzhba strany*. M.: Izdatel'stvo Yurait; 2019. (In Russ.).
9. Мелёхин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия стрессового расстройства, связанного с пандемией COVID. *Журнал телемедицины и электронного здравоохранения*. 2020;(3):3-14.
Melehin AI. Remote cognitive behavioral psychotherapy for stress disorder associated with the COVID-19 pandemic. *Zhurnal teleditsiny i elektronnoho zdravookhraneniya*. (In Russ.).
doi: 10.29188/2542-2413-2020-6-3-3-14.
10. Понкин И.В., Понкина А.А., Лаптев В.С. Практическое применение телемедицины в наркологическом лечении и реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями. *Наркология*. 2015;1(157):20-26.
Ponkin IV, Ponkina AA, Laptev VS. The practical application of telemedicine in treatment and reha-

- bilitation of drug-addicted persons. *Narkologiya*. 2015;1(157):20-26. (In Russ.).
11. Скрипов В.С., Чехонадский И.И., Кочорова Л.В., Шведова А.А., Семенова Н.В. Результаты взаимодействия с региональными службами в рамках телемедицинских консультаций по психиатрии и наркологии. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2019;3:73-77. Skripov VS, Chehonadsky II, Kochorova LV, Shvedova AA, Semenova NV. Results of interaction with regional services in the framework of telemedicine consultations on psychiatry and narcology. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2019;3:73-77. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2019-3-73-77.
 12. Хайретдинов О.З., Рубакова Л.И. Возможности и ограничения телемедицинской помощи при аутистических расстройствах. *Московская медицина*. 2019;6(34):102. Khairtdinov OZ, Rubakova LI. Opportunities and Limitations of Telemedicine Care for Autistic Disorders. *Moskovskaya meditsina*. 2019;6(34):102. (In Russ.).
 13. Чехонадский И.И., Шведова А.А., Скрипов В.С., Семенова Н.В. Телемедицинские технологии в психиатрии: мнение специалистов Оренбургской области. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2020;3:89-92. Chehonadsky II, Shvedova AA, Skripov VS, Semenova NV. Telemedicine technologies in psychiatry: opinion of experts Orenburg region. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2020;3:89-92 (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2020-3-89-92
 14. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Telepsychiatry and AACAP Committee on Quality Issues. Clinical Update: Telepsychiatry With Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(10):875-893. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.008.
 15. Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health. American Psychiatric Association (APA), American Telemedicine Association (ATA). [https://sdpsych.org/]. Sdpsych; 2018 [sited 20 march 2021]. Available: <https://sdpsych.org/resources/Documents/APA-ATA-Best-Practices-in-Videoconferencing-Based-Telemental-Health.pdf.pdf>
 16. Butterfield A. Telepsychiatric Evaluation and Consultation in Emergency Care Settings. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018;27(3):467-478. doi: 10.1016/j.chc.2018.03.001.
 17. Cain S, Sharp S. Telepharmacotherapy for Child and Adolescent Psychiatric Patients. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016;26(3):221-8. doi: 10.1089/cap.2015.0039.
 18. Christensen LF, Moller AM, Hansen JP, Nielsen CT, Gildberg FA. Patients' and providers' experiences with video consultations used in the treatment of older patients with unipolar depression: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2020;27(3):258-271. doi: 10.1111/jpm.12574.
 19. Clinical Update: Telepsychiatry With Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(10):875-893. doi: 10.1016/j.jaac.2017.07.008
 20. Doyen CM, Oreve MJ, Desailly E, Goupil V, Zarca K, L'Hermitte Y, Chaste P et al. Telepsychiatry for Children and Adolescents: A Review of the PROM-ETTED Project. *Telemed J E Health*. 2018;24(1):3-10. doi: 10.1089/tmj.2017.0041.
 21. Dursun OB, Turan B, Pakyürek M, Tekin A. Integrating Telepsychiatric Services into the Conventional Systems for Psychiatric Support to Health Care Workers and Their Children During COVID-19 Pandemics: Results from A National Experience. *Telemed J E Health*. 2020 Aug 18. doi: 10.1089/tmj.2020.0237.
 22. Gentry MT, Lapid MI, Rummans TA. Geriatric Telepsychiatry: Systematic Review and Policy Considerations. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019;27(2):109-127. doi: 10.1016/j.jagp.2018.10.009.
 23. Gloff NE, LeNoue SR, Novins DK, Myers K. Telemental health for children and adolescents. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(6):513-24. doi: 10.3109/09540261.2015.1086322.
 24. Guaiana G, Mastrangelo J, Hendrikx S, Barbui C. A Systematic Review of the Use of Telepsychiatry in Depression. *Community Ment Health J*. 2020;10:1-8. doi: 10.1007/s10597-020-00724-2.
 25. Hilt RJ, Barclay RP, Bush J, Stout B, Anderson N, Wignall JR. A Statewide Child Telepsychiatry Consult System Yields Desired Health System Changes and Savings. *Telemed J E Health*. 2015;21(7):533-7. doi: 10.1089/tmj.2014.0161.
 26. Khan S, Ramtekkar U. Child and Adolescent Telepsychiatry Education and Training. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(4):555-562. doi: 10.1016/j.psc.2019.08.010.
 27. Madhavan G. Telepsychiatry in intellectual disability psychiatry: literature review. *BJPsych Bull*. 2019;43(4):167-173. doi: 10.1192/bjb.2019.5.
 28. Mroczkowski MM, Havens J. The State of Emergency Child and Adolescent Psychiatry: Raising the Bar. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018;27(3):357-365. doi: 10.1016/j.chc.2018.02.001.
 29. Myers K, Cain S; Work Group on Quality Issues; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Staff. Practice parameter for telepsychiatry with children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(12):1468-83. doi: 10.1097/CHI.0b013e31818b4e13.
 30. Myers K, Nelson EL, Rabinowitz T, Hilty D, Baker D, Barnwell SS, Boyce G et al. American Telemedicine Association Practice Guidelines for Telemental

- Health with Children and Adolescents. *Telemed J E Health*. 2017;23(10):779-804. doi: 10.1089/tmj.2017.0177.
31. Pesämaa L, Ebeling H, Kuusimäki ML, Winblad I, Isohanni M, Moilanen I. Videoconferencing in child and adolescent telepsychiatry: a systematic review of the literature. *J Telemed Telecare*. 2004;10(4):187-192. doi:10.1258/1357633041424458.
 32. Practice Guidelines for Telemental Health with Children and Adolescents. American Telemedicine Association (ATA) [https://www.researchgate.net]. Researchgate; 2017 [sited 20 march 2021]. Available: https://www.researchgate.net/publication/319965005_American_Telemedicine_Association_Practice_Guidelines_for_Telemental_Health_with_Children_and_Adolescents (дата обращения: 20.03.2021)
 33. Prisco V, Prisco L, Donnarumma B. [Telepsychiatry in adults and adolescents: a useful tool against CoViD-19.]. *Recenti Prog Med*. 2020;111(7):411-414. doi: 10.1701/3407.33923.
 34. Ramtekkar U, Bridge JA, Thomas G, Butter E, Reese J, Logan E, Lin S, Axelson D. Pediatric Telebehavioral Health: A Transformational Shift in Care Delivery in the Era of COVID-19. *JMIR Ment Health*. 2020;7(9):e20157. doi: 10.2196/20157.
 35. Reliford A, Adebajo B. Use of Telepsychiatry in Pediatric Emergency Room to Decrease Length of Stay for Psychiatric Patients, Improve Resident On-Call Burden, and Reduce Factors Related to Physician Burnout. *Telemed J E Health*. 2019;25(9):828-832. doi: 10.1089/tmj.2018.0124.
 36. Roberts N, Hu T, Axas N, Repetti L. Child and Adolescent Emergency and Urgent Mental Health Delivery Through Telepsychiatry: 12-Month Prospective Study. *Telemed J E Health*. 2017;23(10):842-846. doi: 10.1089/tmj.2016.0269.
 37. Rockhill CM, Violette H, Vander Stoep A, Grover S, Myers K. Caregiver's distress: Youth with ADHD and comorbid disorders assessed via telemental health. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2013;23(6):379-385. doi: 10.1089/cap.2013.0019.
 38. Roth DE, Ramtekkar U, Zeković-Roth S. Telepsychiatry: A New Treatment Venue for Pediatric Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28(3):377-395. doi: 10.1016/j.chc.2019.02.007.
 39. Sharma A, Sasser T, Schoenfelder Gonzalez E, Vander Stoep A, Myers K. Implementation of Home-Based Telemental Health in a Large Child Psychiatry Department During the COVID-19 Crisis. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2020;30(7):404-413. doi: 10.1089/cap.2020.0062.
 40. Sunjaya AP, Chris A, Novianti D. Efficacy, patient-doctor relationship, costs and benefits of utilizing telepsychiatry for the management of post-traumatic stress disorder (PTSD): a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42(1):102-110. doi: 10.1590/2237-6089-2019-0024.
 41. Thomas JF, Novins DK, Hosokawa PW, et al. The use of telepsychiatry to provide cost-efficient care during pediatric mental health emergencies. *Psychiatr Serv* 2018;69(2):161-8. doi: 10.1176/appi.ps.201700140.
 42. Vusio F, Thompson A, Birchwood M, Clarke L. Experiences and satisfaction of children, young people and their parents with alternative mental health models to inpatient settings: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019. doi: 10.1007/s00787-019-01420-7.

Сведения об авторах

Морозов Сергей Павлович — д.м.н., профессор, директор ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике ДЗМ и МЗ РФ по ЦФО РФ. E-mail: morozov@npscmr.ru

Бибчук Марина Александровна — к.м.н, доцент, директор ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», главный внештатный специалист детский психиатр ДЗМ. E-mail: Bibchukma@suhareva-center.mos.ru

Владимирский Антон Вячеславович — д.м.н., заместитель директора по научной работе ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы». E-mail: a.vladimirsky@npscmr.ru

Хайретдинов Олег Замильевич — к.м.н, ведущий научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ». E-mail: KhayretdinovOZ@suhareva-center.mos.ru

Поступила 11.06.2021

Received 11.06.2021

Принята в печать 04.10.2021

Accepted 04.10.2021

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

Психоневрологическая диагностика пациентов в остром периоде ишемического инсульта

Оригинальная статья

Тынтерова А.М.¹, Перепелица С.А.^{1,2}, Скалин Ю.Е.¹, Реверчук И.В.¹, Тихонова О.А.¹, Гришина А.А.¹

¹Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта, Калининград, Россия,

²Научно-исследовательский институт общей реаниматологии имени В.А. Неговского
«Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия

Резюме. Цель исследования — установить степень выраженности когнитивных, психоэмоциональных, мотивационных и поведенческих расстройств у пациентов в остром периоде ишемического инсульта. **Материалы и методы исследования.** В исследование включено 60 пациентов первичного сосудистого отделения с диагнозом «Ишемический инсульт». По исходной выраженности неврологического дефицита согласно национальной шкале инсульта (NIHSS), пациенты были разделены на две группы: 1 группа — 30 пациентов с баллом по NIHSS от 0 до 8 баллов, что соответствовало легкому неврологическому дефициту, 2 группа — 30 пациентов с баллом по NIHSS от 9 до 15 баллов, что соответствовало среднему и среднетяжелому неврологическому дефициту. На 7 сутки болезни проводились исследования когнитивного статуса по Монреальской шкале; оценка уровня дистресса, депрессии, тревоги и соматизации по четырехмерному опроснику; оценка астении по шкале MFI-20; исследование уровня субъективного контроля с помощью шкалы Роттера, оценка личностной мотивационной сферы по тесту Сонди. **Результаты.** В исследовании установлено, что в остром периоде острого нарушения мозгового кровообращения депрессия и когнитивные нарушения преобладают у больных со средним и среднетяжелым неврологическим дефицитом. Для пациентов с легким неврологическим дефицитом характерен умеренный уровень соматизации, психической и физической астении, низкий уровень самоконтроля в отношении здоровья, приверженности к лечению и мотивации к выздоровлению. **Заключение.** Показана целесообразность включения в раннюю диагностику пациентов с ОНМК оценку психоэмоциональных факторов и личностных ресурсов больного в отношении болезни и выздоровления. Наряду с неврологическим дефицитом необходимо оценивать когнитивный, эмоциональный и мотивационный уровни «внутренней картины болезни». Это позволит определить основные компенсационные и адаптационные возможности пациента и выработать индивидуальные стратегии восстановительного лечения.

Ключевые слова: ишемический инсульт, психоэмоциональные расстройства, мотивационная сфера личности, когнитивные нарушения, восстановительный потенциал, приверженность к лечению

Информация об авторах:

Тынтерова Анастасия Михайловна — e-mail: antynterova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1743-4713>
Перепелица Светлана Александровна — e-mail: SPerepelitsa@kantiana.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4535-9805>

Скалин Юрий Евгеньевич — e-mail: iskalin@kantiana.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5504-0307>
Реверчук Игорь Васильевич — e-mail: igor7272igor@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3498-9094>
Тихонова Ольга Алексеевна — e-mail: offelia78@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1796-0193>
Гришина Анастасия Алексеевна — e-mail: maybenastyaa@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7571-4815>

Как цитировать: Тынтерова А.М., Перепелица С.А., Скалин Ю.Е., Реверчук И.В., Тихонова О.А., Гришина А.А. Психоневрологическая диагностика пациентов в остром периоде ишемического инсульта. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2022; 56:1:54-62. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-54-62>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Neuropsychological diagnosis in the acute period of ischemic stroke

Research article

Tynterova AM¹, Perepelitsa SA^{1,2}, Skalin YuE¹, Reverchuk IV¹, Tikhonova OA¹, Grishina AA¹

¹Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia,

²V. A. Negovsky Research Institute of General Reanimatology, Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, Moscow, Russia

Автор, ответственный за переписку: Тынтерова Анастасия Михайловна — e-mail: antynterova@mail.ru

Corresponding author: Anastasia M. Tynterova — e-mail: antynterova@mail.ru

Summary. The aim of the study—to establish the severity of cognitive, psychoemotional, motivational and behavioral disorders in patients after acute period of ischemic stroke.

Materials and methods. The study included 60 patients with a diagnosis of ischemic stroke. Depending on severity of neurological deficit according to the national stroke scale (NIHSS), patients were divided into two groups: group 1—30 patients with an NIHSS score of 0 to 8, associated with mild neurological deficit, group 2—30 patients with an NIHSS score of 9 to 15, associated with moderate neurological deficits. The study was conducted on the 7th day of treatment and included: assessment of the cognitive status according to the Montreal Cognitive Assessment scale; assessment of the level of distress, depression, anxiety and somatization using the Four Dimensional Symptom Questionnaire; assessment of mental and physical asthenia according to the MFI-20 scale, level of self-control using the Rotter's Locus of Control Scale and assessment of the personality and the familial unconscious in Szondi's test. **Results.** The study established the prevalence of depression and cognitive impairment in patients with moderate neurological deficits. Patients with mild neurological deficits are characterized by a moderate level of somatization, mental and physical asthenia, a low level of self-control in relation to health, low adherence to treatment and poor motivation to recover. **Conclusion.** The results of the study indicate the need inclusion of assessment of psychoemotional factors and personal resources of the patient in relation to illness and recovery in early diagnosis of patients with stroke. Along with neurological deficits, it is necessary to assess the cognitive, emotional and motivational levels of the "internal picture of the disease". This can help determine the patient's basic compensatory and adaptive capabilities and develop individual rehabilitation strategies.

Key words: ischemic stroke, psychoemotional disorders, motivational personality sphere, cognitive impairment, rehabilitation potential, adherence to treatment

Information about the authors:

Anastasya M. Tynterova. — e-mail: antynterova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1743-4713>
Svetlana. A. Perepelitsa — e-mail: SPerepelitsa@kantiana.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4535-9805>
Yuriy E. Skalin — e-mail: iskalin@kantiana.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5504-0307>
Igor V. Reverchuk — e-mail: igor7272igor@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3498-9094>
Olga A. Tikhonova — e-mail: offelia78@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1796-0193>
Anastasya A. Grishina — e-mail: maybenastyaa@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7571-4815>

To cite this article: Tynterova AM, Perepelitsa SA, Skalin YuE, Reverchuk IV, Tikhonova OA, Grishina AA. Neuropsychological diagnosis in the acute period of ischemic stroke. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:1:54-62. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-54-62>.

The authors declare no conflicts of interest.

Инсульт является глобальной проблемой мирового и отечественного здравоохранения. Ежегодная заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в мире составляет 0,2%. В мировом сообществе активно разрабатываются и применяются современные методы лечения этого заболевания, в результате чего значительно увеличилась выживаемость пациентов. Но, остается проблема последующего качества жизни, по данным отечественных и зарубежных источников от 30% до 50% пациентов имеют остаточные неврологические нарушения различной степени выраженности, от легких форм до глубокой инвалидности [4, 15, 18, 23]. Это обуславливает пересмотр основных детерминант, составляющих концепцию лечения, которое будет влиять на качество жизни пациентов, перенесших инсульт. У значительного числа пациентов ведущим фактором инвалидизации является полиморфизм двигательных расстройств, который связан с дисфункцией различных звеньев системы регуляции движения [6, 13, 25]. Другой группой функциональных нарушений, широко представленной среди пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) и затрудняющих реабилитацию, являются расстройства высших психических функций. Эмоциональные, физические, социаль-

ные и психологические аспекты личности играют одну из главных ролей в успешной реабилитации. В их число входят когнитивные нарушения, а также расстройства, затрагивающие эмоциональную, мотивационную и личностную сферы пациента, что обуславливает целесообразность равнозначной ориентации реабилитационных стратегий не только на двигательную реабилитацию, но и на нейропсихологические аспекты. Это позволит разработать принципиально новые методики для формирования индивидуальных подпрограмм психологической реабилитации и, тем самым, расширить ресурсы восстановительного потенциала пациентов с ОНМК [2, 10, 14, 20, 21].

Современная ранняя реабилитация инсульта базируется на таких аспектах, как степень выраженности неврологического дефицита, постинсультная депрессия и когнитивные нарушения [17]. Однако, перспективы восстановления пациентов и их дальнейшая адаптация к состоянию болезни зависят также от ряда индивидуальных психологических проактиваторов здоровья, изучению которых в настоящее время уделяется недостаточно внимания. Личностные детерминанты, такие как интернальность (самоконтроль), самоэффективность и мотивационные потребности во многом определяют успех восстанови-

тельного лечения пациентов, перенесших ОНМК [1, 3, 7].

Низкий уровень самоконтроля (локус контроля) и установки в отношении здоровья у пациентов с ОНМК определяет недостаточную приверженность к лечению и дальнейшей физической и психоэмоциональной адаптации [26, 27]. Другим важным аспектом, влияющим на восстановительный потенциал, является мотивационный уровень, отражающий внутреннее восприятие болезни и ее последствий непосредственно зависящий от личностных особенностей больного. Общий профиль мотивационной сферы и поведенческих особенностей влияет на направленность больного в отношении выздоровления. Он может принять болезнь и пассивно относиться к заболеванию, но вероятна и актуализация его деятельности в отношении выздоровления [12].

Цель исследования — установить степень выраженности когнитивных, психоэмоциональных, мотивационных и поведенческих расстройств у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы

Данное проспективное исследование было одобрено Независимым этическим комитетом Центра клинических исследований ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта» (выписка из протокола заседания № 23 от 27.04.21) и выполнено в ГБУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи». У всех пациентов было получено информированное согласие на проведение тестирования. В исследование включено 60 пациентов первичного сосудистого центра с диагнозом «Ишемический инсульт». По выраженности неврологического дефицита по шкале неврологических расстройств согласно национальной шкале инсульта (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS), пациенты разделены на две группы:

1 группа- 30 пациентов с баллом по NIHSS от 0 до 8 баллов, что соответствовало легкому неврологическому дефициту, из них 12 (40%) мужчин, 18 (60%) женщин. Средний возраст пациентов составил $60,6 \pm 13,4$ лет.

2 группа- 30 пациентов с баллом по NIHSS от 9 до 15 баллов, что соответствовало среднему и среднетяжелому неврологическому дефициту, из них 14 (46,6 %) мужчин, 16 (53,4%) женщин. Средний возраст пациентов составил $61,4 \pm 11,2$ года.

Статистически значимых отличий по возрасту и гендерным отличиям между группами не выявлено ($p > 0,05$). Все пациенты были стандартизованы по различным показателям: возраст, пол, коморбидная патология, степень выраженности психоэмоциональных, мотивационных и когнитивных расстройств, астения, варианты копинг стратегий, уровень самоконтроля.

Верификация диагноза проводилась путем оценки неврологического статуса, включая все стандартизированные методы дополнительного обследования пациента с подозрением на ОНМК (ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов, компьютерная томография, лабораторная диагностика). Основываясь на данных клинической картины заболевания и результатах инструментальных и лабораторных методов обследования, у пациентов были верифицированы следующие виды ишемического инсульта (см. табл.1). Статистически значимых отличий между группами не выявлено ($p > 0,05$).

У большинства больных был неблагоприятный преморбидный фон, на фоне которого развился ИИ. Данные о коморбидной патологии представлены в Табл.2.

По перечисленным нозологическим формам между группами статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$).

При поступлении всем пациентам осуществлялся мониторинг, проводилось лечение, направ-

Таблица 1. Виды ишемического инсульта
Table 1. Types of ischemic

Вид ишемического инсульта	1 группа, n=30	2 группа, n=30	p
Кардиоэмболический	5 (16,7%)	7 (23,3%)	0,56
Лакунарный	5 (16,7%)	4 (13,4%)	0,67
Атеротромботический	16 (53,3%)	16 (53,3%)	1,0
Прочие уточненные	4 (13,3%)	3 (10,0%)	0,72

Таблица 2. Преморбидный фон пациентов
(Table 2. Premorbid Risk Factors in patients)

Нозологическая форма	1 группа, n=30	2 группа, n=30	p
Артериальная гипертензия	12(40,0%)	14(46,6%)	0,58
Ишемическая болезнь сердца	8 (26,6%)	9(30,0%)	0,8
Фибрилляция предсердий	7(23,3%)	6(20,0%)	0,78
Сахарный диабет	12 (40,0%)	9(30,0%)	0,42

ленное на стабилизацию жизненно важных жизненных функций. Во всех случаях было благоприятное течение заболевания.

Критерии включения пациентов в исследование:

- Пациенты мужского и женского пола от 40 до 80 лет включительно на момент исследования.
- Верифицированный диагноз одностороннего ОНМК по ишемическому типу в бассейне передней и средней мозговых артерий по данным компьютерной томографии головного мозга.
- Госпитализация в стационар в течение первых 24 часов от дебюта ОНМК.
- Балл по Шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) ≤ 16
- Ясный уровень сознания пациентов, способность отвечать на предложенные вопросы, самостоятельно или с помощью врача заполнять анкетные формы.
- Носительство русского языка.

Критерии исключения:

- Пациенты с повторным ОНМК.
- Наличие в анамнезе психических заболеваний, тяжелых когнитивных расстройств.
- Декомпенсация коморбидных состояний.

При поступлении в стационар у больных 1 группы средняя оценка по шкале NIHSS составляла 4,6 [2,7; 7,2] баллов, у больных 2 группы — 10,2 [4,7; 8,1] баллов ($p=0,0027$).

Психоневрологическое тестирование проводилось на 7-й день госпитализации. Использовались следующие критерии:

- Исследование общей когнитивной функции в баллах по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [16].
- Оценка уровня дистресса, депрессии, тревоги и соматизации в баллах по четырехмерному опроснику [19].
- Оценка общей, психической и физической астении, пониженной активности и снижения мотивации в баллах по шкале MFI-20.
- Исследование мотивационной сферы личности в баллах по тесту Сонди (в модификации Собчик Л.Н., 2002) [9].
- Исследование уровня субъективного контроля в баллах с помощью шкалы Роттера.

Расчет полученных результатов проводили с использованием пакета прикладных программ SPSS 22. Анализ качественных признаков осуществляли с помощью критерия χ^2 . Для данных, распределение которых в вариационном ряду носило нормальный характер, использовали среднее арифметическое (M) и стандартное отклонение (SD). Для количественных признаков, отличных от нормального распределения, определяли медиану (Me) и междуквартильный размах (Q1; Q3).

Две независимые группы сравнивались с помощью U-критерия Манна-Уитни. Анализ различия частот в двух независимых группах проводился при помощи точного критерия Фишера с

двусторонней доверительной вероятностью, критерия χ^2 с поправкой Йетса. Отличия считали достоверными при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования

Перед проведением исследования производилась комплексная оценка соматического, неврологического статуса. На момент проведения исследования состояние всех больных, на фоне проведенной базисной терапии, расценивалось как удовлетворительное. Все пациенты имели стабильную гемодинамику.

Данные обследования когнитивных, психоэмоциональных и астенических расстройств представлены на Рис.1. Признаки «соматизация и депрессия» соответствуют четырехмерному опроснику (4DSQ), «физическая и психическая астения» — шкале MFI-20, а «общая когнитивная функция» — шкале MoCA. С помощью опросника 4DSQ у пациентов устанавливалась выраженность симптомов по шкалам дистресса, депрессии, тревоги и соматизации. Из всех изучаемых признаков наиболее значимыми были соматизация и депрессия, которые имеют статистически значимые отличия между группами. Установлено, что у больных 1-й группы, по сравнению со 2-й группой, выявлена статистическая значимость в отношении шкалы соматизации, ее медиана составляет 10 [1,7; 7,9] баллов, что соответствует умеренному уровню соматизации ($p < 0,05$), а у пациентов 2-й группы, по сравнению с 1-й, установлено статистически значимое отличие в отношении депрессии ($p < 0,05$). Медиана признака составила 2 [1,7; 10,1] балла, что характерно для умеренной депрессии.

При оценке уровня астении по шкале MFI-20, установлено, что из всех исследуемых параметров, статистически значимые отличия между группами имеют физическая и психическая астения. У пациентов 1-й группы уровень физической астении соответствует 12 [1,8; 5,1] баллам, психической — 11 [2,0; 5,0] баллам, у больных 2-й группы, эти показатели статистически значимо ниже ($p < 0,05$). Известно, что уровень выше 11 баллов может быть предварительным основанием для постановки диагноза «астенический синдром».

Оценка общей когнитивной функции проводилась с помощью шкалы MoCA. Установлено, что для пациентов 1-й группы характерны умеренные когнитивные расстройства, которые соответствуют 24 [0,8; 6,9] баллам по шкале MoCA, у больных 2-й группы выявлены тяжелые когнитивные расстройства, которым соответствуют 20 [1,8; 5,0] баллов шкалы. Выявленные отличия статистически значимые ($p < 0,05$).

Оценка мотивационной сферы обеспечивает основу для построения дальнейших индивидуальных подпрограмм реабилитации. Для оценки личностных особенностей и психического статуса использовалась проективная методика — тест восьми влечений Сонди (в модификации Собчик Л.Н.,

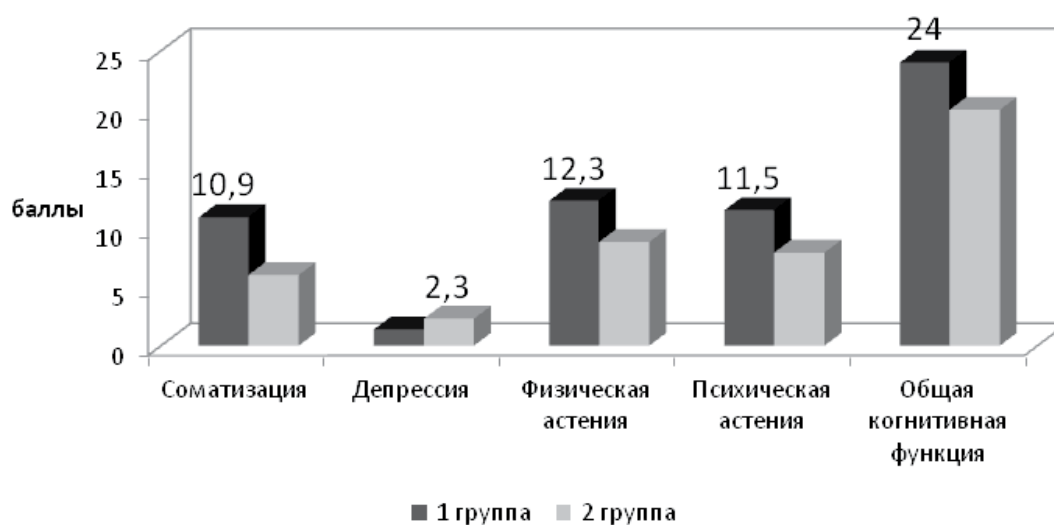


Рис. 1. Психоэмоциональные, астенические и когнитивные расстройства у пациентов в остром периоде ОНМК (4DSQ, MoCA, MFI-20, баллы). Примечание: * $p < 0,05$ — статистически значимые отличия между группами
 Fig.1. Psychoemotional and cognitive disorders in patients after acute period of ischemic stroke (4DSQ, MoCA, MFI-20, scores). Note: * $p < 0,05$ — statistically significant differences between groups)

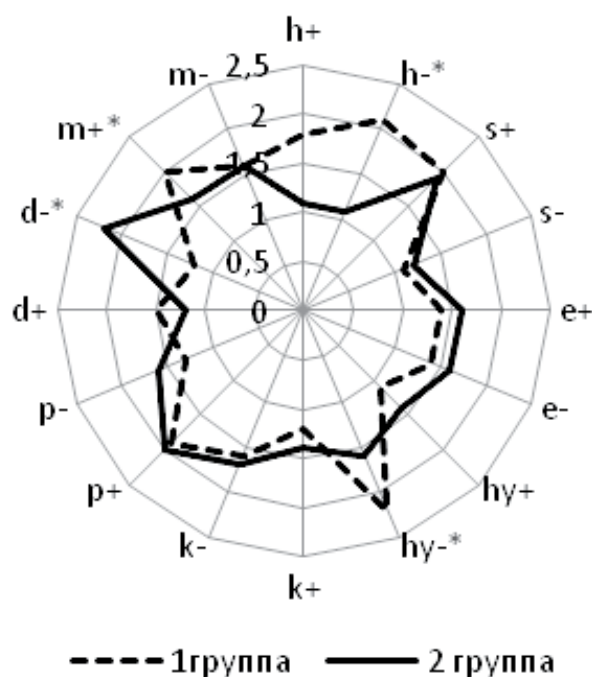


Рис. 2. Оценка мотивационной сферы личности у пациентов в остром периоде ОНМК (тест Сонди, баллы).
 Примечание: * $p < 0,05$ — статистически значимые отличия между группами
 Примечание. Факторы: h — сексуальная недифференцированность; s — садизм-мазохизм; e — эпилептоидные тенденции; hy — истерические склонности; k — кататонические проявления; p — паранойяльность; d — депрессивное состояние; m — маниакальные проявления.
 Fig. 2. Assessment of the motivational sphere in patients after acute period of ischemic stroke (Szondi test, scores).
 Note: * $p < 0,05$ — statistically significant differences between groups Note: h — sexual indifference; s — sadism; e — epileptoid tendencies; hy — истерические склонности; k — catatonic manifestations; p — paranoia; d — depressive state; m — manic manifestations.

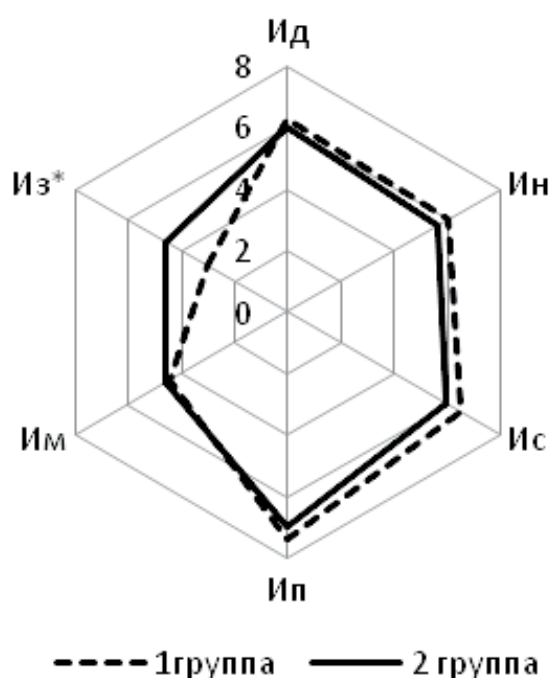


Рисунок 3. Уровень субъективного самоконтроля и оценка мотивационной сферы личности у пациентов в остром периоде ОНМК (шкала Роттера, баллы).

Примечание: Статистически значимые отличия между группами ($p < 0,05$). Шкалы интернальности: Ид — в области достижений, Ин — в области неудач, Ис — в семейных отношениях, Ип — в области производственных отношений, Им — в области межличностных отношений, Из — в отношении здоровья и болезни.

Figure 3. Subjective control in patients after acute period of ischemic stroke (Rotter's Locus of Control Scale, scores). Note: * $p < 0.05$ — statistically significant differences between groups. Scales: Id — Achievement internality, In — internality in the area of failure, Is — internality in the field of family relations, Ip — internality in the field of industrial relations, Im — internality in the field of interpersonal relations, Iz — Internality of Health and Disease

2002). Исследование включает анализ положительных (полных) и отрицательных (негативных) форм реакции по различным векторным факторам (факторы: h — сексуальная недифференцированность; s — садизм-мазохизм; e — эпилептоидные тенденции; hy — истерические склонности; k — кататонические проявления; p — паранойальность; d — депрессивное состояние; m — маниакальные проявления).

Клиническую значимость в большей степени имеют отрицательные формы реакции, которые характеризуют неудовлетворенность той или иной тенденцией и невозможность удовлетворения значимой потребности в силу «внутриличностных преград». Результаты тестирования показали, что у пациентов 1-й группы, по сравнению со 2-й группой, статистически значимо ($p < 0,05$) преобладают отрицательные формы реакции по факторам h и hy , а также положительная форма реакции по фактору m , что свидетельствует о наличии эмотивного типа реагирования, аффилиативной потребности, тревожности, склонности к драматизации имеющихся проблем. У пациентов 2-й группы, по сравнению с 1-й группой, выявлено доминирование выбора отрицательных форм реакций по фактору d (депрессивное состояние), что соответствует циклотимическому типу реагирования, меланхолической акцентуации, депрессивному состоянию. По другим показателям ста-

тистически значимых отличий ($p > 0,05$) между группами не было (Рис.2).

Анализ уровня самоконтроля определяет как возможности ранней реабилитации (шкалы интернальности в области межличностных отношений, здоровья и болезни), так и дальнейшие перспективы восстановления пациентов с ОНМК (шкалы интернальности в области достижений и неудач, семейных отношений). Результаты исследования уровня самоконтроля и мотивационной сферы представлены на Рис.3. Данные тестирования по шкале Роттера показали, что у пациентов 1-й группы, по сравнению со 2-й группой, выявлен статистически значимо низкий показатель в отношении здоровья и болезни ($p < 0,05$), что свидетельствует о низкой приверженности к лечению и тенденцией к возникновению депрессии. По другим показателям статистически значимых отличий ($p > 0,05$) между группами не было.

Обсуждение

Течение острого периода ИИ в бассейнах передней и средней мозговой артерий характеризуется не только двигательными нарушениями, но и когнитивными, мотивационными и психоэмоциональными расстройствами. Их выраженность коррелировала с уровнем исходного состояния пациента. Для больных с легким неврологическим

дефицитом характерен умеренный уровень соматизации, физической и психической астении. Такие личностные особенности, как эмотивный тип реагирования, затруднение адаптации в межличностной сфере, тревожность и низкий локус контроля объясняют раннее возникновение астенических расстройств и соматизированность пациентов в остром периоде ОНМК. Совокупность таких детерминант приводит к недостаточному уровню приверженности к лечению и суживает рамки восстановительного потенциала. Таким образом, «внутренняя картина болезни» и, в частности, ее мотивационный уровень, в данном случае является базисной составляющей для дальнейшего планирования реабилитации. Основной терапевтической стратегией в отношении пациентов данной группы является проведение психологической коррекции, преимущественно ориентированной на личностно-мотивационную сферу больного с учетом факторов психической адаптации [5, 8, 22].

Для пациентов со средним и среднетяжелым неврологическим дефицитом выявлены умеренный уровень депрессии, снижение когнитивных функций до уровня умеренного и тяжелого когнитивного расстройства. Результаты исследования согласуются с данными других авторов, свидетельствующими о корреляции степени выраженности не-

врологических расстройств с такими показателями как депрессия и когнитивная дисфункция [11, 24]. Особенности личностного профиля, такие как циклотимический тип реагирования и меланхолическая акцентуация, могут способствовать дальнейшему усугублению депрессивного состояния, что, в конечном итоге снижает восстановительный ресурс пациента, несмотря на удовлетворительную приверженность к лечению. Совокупность моторных, когнитивных и психоэмоциональных детерминант предполагают выбор стратегий восстановительной и двигательной реабилитации.

Заключение

Результаты исследования показывают целесообразность включения в раннюю диагностику пациентов с ОНМК оценку психоэмоциональных факторов и личностных ресурсов больного в отношении болезни и выздоровления. Наряду с неврологическим дефицитом необходимо оценивать когнитивный, эмоциональный и мотивационный уровни «внутренней картины болезни». Это позволит определить основные компенсационные и адаптационные возможности пациента и выработать индивидуальные стратегии восстановительного лечения.

Литература / References

1. Ерзин А.И. Проблема проактивности в психологии здоровья. *Психолог.* 2014;1:94-124. DOI: 10.7256/2306-0425.2014.1.11536. Erzin AI. The problem of proactivity in health psychology. *Psiholog.* 2014;1:94-124 (In Russ.). DOI: 10.7256 / 2306-0425.2014.1.11536
2. Ермакова Н. Г. Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения: этапы и методы. *Международный научно-исследовательский журнал.* 2016;4(46)Часть 7:114—119. doi: 10.18454/IRJ.2016.46.187. Yermakova NG. Psychological rehabilitation of patients with stroke in the process of rehabilitation treatment: stages and methods. *Mezhdunarodnyy issledovatel'skiy zhurnal.* 2016;4(46)Part 7:114-119 (In Russ.). DOI: 10.18454 / IRJ.2016.46.187.
3. Ефремова Е.В., Шутков А.М., Петрова Е.В. Личностные особенности и механизмы адаптации больных с артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью. *Архивъ внутренней медицины.* 2021;11(1):34-42. DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-1-34-42. Efremova EV, Shutov AM, Petrova EV. Personal Characteristics and Adaptation Mechanisms of Patients with Arterial Hypertension and Chronic Heart Failure. *Arhivъ vnutrennej mediciny.* 2021;1(1):34-42. (In Russ.). DOI: 10.20514/2226-6704-2021-11-1-34-42
4. Клочихина О.А., Ширах В.В., Стаховская Л.В., Полунина О.С., Полунина Е.А. Динамика показателей заболеваемости инсультом и смертности от него за восьмилетний период на территориях, вошедших в федеральную программу реорганизации помощи пациентам с инсультом. *Acta biomedica scientifica.* 2021;6(1):75-80. doi: 10.29413/ ABS.2021-6.1.10. Klochikhina OA, Shprakh VV, Stakhovskaya LV, Polunina OS, Polunina EA. Dynamics of Stroke Incidence and Mortality Indicators over Eight-Year Period in the Territories Included into the Federal Program of Reorganization of Care for Patients with Stroke. *Acta Biomedica Scientifica.* 2021;6(1):75-80 (In Russ.). <https://doi.org/10.29413/ABS.2021-6.1.10>
5. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях. *Культурно-историческая психология.* 2015;11(1):50—60. doi:10.17759/chp.2015110107. Kulagina IY, Senkevich LV. Rehabilitation Potential of Personality in Various Chronic Conditions. *Kul'turnoistoricheskaya psikhologiya.* 2015;11(1):50-60 (In Russ.). doi:10.17759/chp.2015110107
6. Левин О.С. Постинсультные двигательные нарушения. *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* 2016;3:25-32. Levin OS. Post-stroke movement disorders. *Sovremennaya terapiya v psikiatrii i nevrologii.* 2016;3:25-32 (In Russ.).
7. Назметдинова Д.Г., Обуховская В.Б. Особенности когнитивной и эмоционально-волевой

- сфер пациентов с постинсультными неврологическими нарушениями на разных этапах восстановительного лечения. *Психолог*. 2020;1:9-15. DOI: 10.25136/2409-8701.2020.1.31680. Nazmetdinova DG, Obukhovskaya VB. Features of the cognitive and emotional-volitional spheres of patients with post-stroke neurological disorders at different stages of rehabilitation treatment. *Psycholog*. 2020;1:9-15. (In Russ.). DOI: 10.25136 / 2409-8701.2020.1.31680
8. Светкина А.А. Психологическая реабилитация больных с ОНМК. *Медицинская психология в России*. 2016;8(5):7. doi: 10.24411/2219-8245-2016-15070. Svetkina AA. Psychological rehabilitation of patients with stroke. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2016;8(5):7 (In Russ.). doi: 10.24411 / 2219-8245-2016-15070
 9. Собчик Л.Н. Метод портретных выборов — адаптированный тест Сонди. *Практическое руководство*. СПб.: Речь; 2013. ISBN 978-5-9268-1385-9. Sobchik L.N. Metod portretnyh vyborov — adaptirovannyj test Sondi. *Prakticheskoe rukovodstvo*. SPb.: Rech'; 2013. ISBN 978-5-9268-1385-9. (In Russ.).
 10. Хатькова С.Е., Акулов М.А., Орлова О.Р., Орлова А.С. Современные подходы к реабилитации больных после инсульта. *Нервные болезни*. 2016;3:27-33. Khat'kova SE, Akulov MA, Orlova OR, Orlova AS. Modern Approaches to the Rehabilitation of Patients After a Stroke. *Nervnyye bolezni*. 2016;3:27-33 (in Russ.).
 11. Чарикова, И.А., Ахтямов, Н.Н., & Волкова, Л.И. (2013). Эмоциональные нарушения у больных в остром периоде ишемического инсульта. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2013;(3): 36-40. Charikova IA, Akhtyamov NN, Volkova LI. Emotional Disorders in Patients in the Acute Period of Ischemic Stroke. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*. 2013;3:36-40 (in Russ.).
 12. Шабанова А.С. Мотивация к лечению у пациентов с различными соматическими заболеваниями. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2015;57:130-136. Shabanova AS. Motivation to treatment in patients with different somatic diseases. *Byulleten' fiziologii i patologii dyhaniya*. 2015; (57):130-136 (In Russ.).
 13. Awad LN, Lewek MD, Kesar TM, Franz JR, Bowden MG. These legs were made for propulsion: advancing the diagnosis and treatment of post-stroke propulsion deficits. *J. Neuroeng. Rehabil*. 2020;17:1-16. 10.1186/s12984-020-00747-6
 14. Bejot Y, Bailly H, Durier J, Giroud M. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. *Presse Med*. 2016;45(12 Pt 2):391- 398.
 15. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, Ward NS, Wolf SL, Borschmann K et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *Int J Stroke*. 2017;12(5):444-450. doi: 10.1177/1747493017711816.
 16. Freitas S, Simões M.R., Alves L., Vicente M., Santana I. Montreal Cognitive Assessment (MoCA): validation study for vascular dementia. *J Int Neuropsychol Soc*. 2012;18(6):1031-1040. doi: 10.1017/S135561771200077X.
 17. Hirata S, Ovbiagele B, Markovic D, Towfighi A. Key Factors Associated with Major Depression in a National Sample of Stroke Survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2016;25(5):1090-1095.
 18. Johnson CO, Nguyen M, Roth GA, Nichols E, Alam T, Abate D, et al. Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18(5):439-458. doi: 10.1016/ S1474-4422(19)30034-1
 19. Langerak W., Langeland W., van Balkom A., Draisma S., Terluin B., Draijer N. A validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) in insurance medicine. *Work*. 2012;43(3):369-80. doi: 10.3233/WOR-2012-1393.
 20. Freitas S, Simões MR, Alves L, Vicente M, Santana I. Cognition in stroke rehabilitation and recovery research: Consensus-based core recommendations from the second Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *International Journal of Stroke*. 2019;14(8):774-782. doi:10.1177/1747493019873600
 21. Mijajlovic, MD, Pavlovic, A, Brainin, M, et al. Post-stroke dementia — a comprehensive review. *BMC Med*. 2017;15:11.
 22. Perna R, Harik L. The role of rehabilitation psychology in stroke care described through case examples. *NeuroRehabilitation*. 2020;46(2):195-204. doi: 10.3233/NRE-192970. PMID: 32083601.
 23. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association. *Stroke*. 2013;44(7):2064-2089. doi: 10.1161/STR.0b013e318296aeca.
 24. Skrobot OA, Black SE, Chen C, DeCarli C, Erkinjuntti T, Ford GA et al. Progress toward standardized diagnosis of vascular cognitive impairment: Guidelines from the Vascular Impairment of Cognition Classification Consensus Study. *Alzheimers Dement*. 2018;14(3):280-292. doi: 10.1016/j.jalz.2017.09.007.
 25. Tater P, Pandey S. Post-stroke Movement Disorders: Clinical Spectrum, Pathogenesis, and Management. *Neurol India*. 2021;69(2):272-283. doi: 10.4103/0028-3886.314574.
 26. Wong HJ, Animescu M. The Role of Health Locus of Control in Evaluating Depression and Oth-

er Comorbidities in Patients with Chronic Pain Conditions, A Cross-Sectional Study. Pain Pract. 2017;17(1):52-61.

doi: 10.1111/papr.12410.

27. Zirk M, Storm V. Subjective Stroke Impact and Depressive Symptoms: Indications for a Moderating Role of Health-Related Locus of Control. *Front Psychiatry. 2019;10:918.*

Сведения об авторах

Тынтерова Анастасия Михайловна — к.м.н., старший преподаватель кафедры психиатрии и нейронаук, Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта. E-mail: antynterova@mail.ru

Перепелица Светлана Александровна — д.м.н., профессор кафедры хирургических дисциплин, Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта. Ведущий научный сотрудник, Научно-исследовательский институт общей реаниматологии имени В.А. Неговского ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», г. Москва. E-mail: SPerepelitsa@kantiana.ru

Скалин Юрий Евгеньевич — к.м.н., главный врач Клинико-диагностического центра БФУ им. И. Канта. E-mail: iskalin@kantiana.ru

Реверчук Игорь Васильевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и нейронаук БФУ имени Иммануила Канта. E-mail: igor7272igor@gmail.com

Тихонова Ольга Алексеевна — аспирант кафедры психиатрии и нейронаук БФУ имени И. Канта. E-mail: offelia78@mail.ru

Гришина Анастасия Алексеевна — ординатор кафедры психиатрии и нейронаук БФУ имени Иммануила Канта. E-mail: maybenastyaa@gmail.com

Поступила 18.06.2022

Received 18.06.2022

Принята в печать 05.10.2021

Accepted 05.10.2021

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

Характеристика и факторы формирования профессионального выгорания молодых психиатров в России — результаты кросс-секционного исследования

Оригинальная статья

Чумаков Е.М.^{1,2}, Гвоздецкий А.Н.³, Васильченко К.Ф.⁴, Голыгина С.Е.⁵, Марачев М.П.⁶, Осадший Ю.Ю.⁷, Потанин С.С.⁸, Федотов И.А.⁹, Шишкина И.О.¹⁰, Петрова Н.Н.¹

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Россия.

² Психиатрическая больница №1 имени П.П. Кащенко, Санкт-Петербург, Россия.

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия.

⁴ Омский государственный медицинский университет, Россия,

⁵ Читинская государственная медицинская академия, Россия,

⁶ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва, Россия,

⁷ Ростовский государственный медицинский университет, Россия,

⁸ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия,

⁹ Рязанский государственный медицинский университет, Россия,

¹⁰ Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова, Пенза, Россия

Резюме. Целью настоящего исследования стало изучение особенностей работы молодых психиатров в России и оценка распространенности и выраженности выгорания у них. **Материал и методы.** Совет молодых ученых Российского общества психиатров провел анонимный онлайн-опрос молодых психиатров в России в июле-августе 2019 года. Финальную выборку составили 165 человек из разных регионов России. Протокол исследования включал структурированный опрос и скрининг на профессиональное выгорание — заполнение Опросника профессионального выгорания Маслач (MBI). **Результаты.** Высокий уровень выгорания хотя бы по одной из шкал опросника MBI был выявлен у 79 (78,2%) женщин и 39 (60,9%) мужчин ($p=0,017$), что можно оценить как значительную распространенность признаков профессионального выгорания в выборке. Средние значения шкалы эмоционального истощения опросника MBI соответствовали $23,33 \pm 8,97$ и $17,97 \pm 8,49$ ($p=0,003$), шкалы деперсонализации — $10,46 \pm 4,81$ и $9,16 \pm 4,22$ ($p=0,083$), и шкалы профессиональной успешности — $33,02 \pm 5,98$ и $35,32 \pm 5,75$ ($p=0,026$) у женщин и мужчин, соответственно. Установлены следующие факторы риска развития профессионального выгорания: женский пол, совмещение работы на нескольких должностях, затруднения в работе в связи с изменениями требований к ведению документации, введенными с момента начала работы по специальности. Протективными факторами развития профессионального выгорания явились: работа в частной клинике, удовлетворенность атмосферой в рабочем коллективе, субъективная оценка качества жизни как выше среднего или настолько хорошего, насколько это возможно. **Заключение.** Признаки профессионального выгорания установлены у 71,5% молодых психиатров в России, что соответствует одному из самых высоких показателей выгорания у психиатров по данным международных и отечественных исследований. Необходимо продолжить исследование, направленные на оценку распространенности и выраженности и способы профилактики выгорания у психиатров в России.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, молодые психиатры, начинающие карьеру психиатры, стресс, факторы риска

Информация об авторах:

Чумаков Егор Максимович — e-mail: chumakovegor@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0429-8460>

Гвоздецкий Антон Николаевич — e-mail: comisora@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>

Васильченко Кирилл Федорович — e-mail: kirill.f.vasilchenko@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9910-2079>

Голыгина Светлана Евгеньевна — e-mail: svetagolygina@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1125-763X>

Марачев Максим Павлович — e-mail: marachevm@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8949-7858>

Осадший Юрий Юрьевич — e-mail: osadshiy@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5116-8397>

Потанин Сергей Сергеевич — email: potanin_ss@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9180-1940>

Федотов Илья Андреевич — e-mail: ilyafdtv@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2791-7180>

Шишкина Ирина Олеговна — e-mail: iren.yurkova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8707-8422>

Петрова Наталия Николаевна — e-mail: petrova_nn@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

Как цитировать: Чумаков Е.М., Гвоздецкий А.Н., Васильченко К.Ф., Голыгина С.Е., Марачев М.П., Осадший Ю.Ю., Потанин С.С., Федотов И.А., Шишкина И.О., Петрова Н.Н. Характеристика и факторы формирования профессионального выгорания молодых психиатров в России — результаты кросс-секционного исследования. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2022; 56:1:63-78. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-63-78>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Characteristics and determinants of professional burnout among early career psychiatrists in Russia — results of a cross-sectional study

Research article

Chumakov EM^{1,2}, Gvozdetzky AN³, Vasilchenko KF⁴, Golygina SE⁵, Marachev MP⁶, Osadashiy YuYu⁷, Potanin SS⁸, Fedotov IA⁹, Shishkina IO¹⁰, Petrova NN¹

¹ St. Petersburg State University, Russia

² St. Petersburg Psychiatric Hospital № 1 named after P.P. Kaschenko, Russia

³ Medicine North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia

⁴ Omsk State Medical University, Russia

⁵ Chita State Medical Academy, Russia

⁶ V. Serbsky National Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

⁷ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

⁸ Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

⁹ Ryazan State Medical University, Russia

¹⁰ Regional psychiatric hospital of K.R. Evgrafov, Penza, Russia

Summary. The aim of the present study was to examine the characteristics of early career psychiatrists' (ECP) work in Russia and to assess the prevalence and severity of burnout in them. **Material and methods.** The Early Career Psychiatrists Council of the Russian Society of Psychiatrists conducted an anonymous online survey of ECP in Russia in July-August 2019, consisted of a structured survey and screening for professional burnout using the Maslach Burnout Inventory (MBI). The final sample consisted of 165 people. **Results.** A high level of burnout according to at least one of the MBI scales was revealed in 79 (78.2%) women and 39 (60.9%) men ($p=0.017$). Mean values of the MBI Emotional Exhaustion scale corresponded to 23.33 ± 8.97 and 17.97 ± 8.49 ($p=0.003$), the MBI Depersonalization scale — 10.46 ± 4.81 and 9.16 ± 4.22 ($p=0.083$), and the MBI Personal Accomplishment scale — 33.02 ± 5.98 and 35.32 ± 5.75 ($p=0.026$) for women and men, respectively. The following risk factors for professional burnout were identified: female sex, overlapping of several working positions, difficulties in work due to changes in documentation requirements introduced since the start of professional career. Protective factors of burnout development were: work in private clinic, satisfaction with work atmosphere, subjective estimation of quality of life as above average or as good as possible. **Conclusion.** Burnout was established in 71.5% of ECP in Russia, which corresponds to one of the highest burnout rates in psychiatrists according to international and national studies. Further research is needed to assess the prevalence and severity and ways to prevent burnout in psychiatrists in Russia.

Keywords: burnout, young psychiatrists, early career psychiatrists, stress, risk factors

Information about the authors:

Egor M. Chumakov — e-mail: chumakovegor@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0429-8460>

Anton N. Gvozdetzky — e-mail: comisora@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>

Kirill F. Vasilchenko — e-mail: kirill.f.vasilchenko@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9910-2079>

Svetlana E. Golygina — e-mail: svetagolygina@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1125-763X>

Maxim P. Marachev — marachevm@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8949-7858>

Yurii Yu. Osadashiy — e-mail: osadshiy@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5116-8397>

Sergei S. Potanin — email: potanin_ss@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9180-1940>

Ilya A. Fedotov — e-mail: ilyafdtv@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2791-7180>

Irina O. Shishkina — e-mail: iren.yurkova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8707-8422>

Nataliia N. Petrova — e-mail: petrova_nn@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

To cite this article: Chumakov EM, Gvozdetzky AN, Vasilchenko KF, Golygina SE, Marachev MP, Osadashiy YuYu, Potanin SS, Fedotov IA, Shishkina IO, Petrova NN. Characteristics and determinants of professional burnout among early career psychiatrists in Russia — results of a cross-sectional study. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:1:63-78. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-63-78>.

The authors declare no conflicts of interest.

Профессиональное (эмоциональное) выгорание — это синдром, проявляющийся продолжительной реакцией на хронический стресс, возникающий при работе с людьми [34].

Хотя синдром профессионального выгорания не является заболеванием и не классифицируется в DSM-V, в МКБ-10 он отнесен к группе проблем, связанных с трудностями поддержания нормаль-

ного образа жизни (Z73.0) [6]. При этом отмечается неоднозначное отношение к синдрому профессионального (эмоционального) выгорания в научных психиатрических кругах, что обусловлено недостаточной определенностью и недифференцированностью понятия этого синдрома от других понятий: профессионального стресса, посттравматического стрессового расстройства, депрессии, эмоционального напряжения, хронической усталости [3]. При этом в зарубежной литературе наибольшее распространение приобрел термин «burnout» (выгорание).

Действительно, в научной литературе имеются существенные разногласия в определении критериев выгорания [41], однако, одной из самых распространенных теоретических концепций выгорания в мире является трехфакторная, предложенная С. Maslach и S.E. Jackson [33]. Согласно этой концепции, выгорание — это состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в коммуникативных профессиях [34]. Синдром выгорания включает три составляющие: эмоциональное истощение (чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой, утрата интереса к окружающему или эмоциональное перенапряжение, агрессивные реакции, депрессивные симптомы), деперсонализацию (обезличивание отношений с людьми, обслуживаемыми по роду работы, формирование негативных, циничных, черствых, безразличных установок по отношению к клиентам и пациентам, коллегам) и редукцию профессиональных достижений (тенденция к негативному оцениванию себя, своих профессиональных достижений, негативное отношение к своим служебным обязанностям, стремление к их ограничению, снятие с себя ответственности и перекладывание ее на других).

Считается, что риск эмоционального выгорания среди медицинских сотрудников выше, чем среди работающего населения в целом, и колеблется от умеренного до высокого [34]. Проблема выгорания медицинских работников стали уделять особое внимание в условиях пандемии COVID-19 [14, 17]. Несомненно, выгорание действительно может иметь серьезные последствия как для пациента и врача, так и для системы здравоохранения в целом [45]. Синдром профессионального выгорания связан с ухудшением качества обслуживания пациентов [27], снижением способности к обучению [29], связанными со стрессом проблемами со здоровьем [35] и нарушением межличностных отношений [42]. Важно, что синдром эмоционального выгорания относится к числу факторов риска самоубийств у врачей и медицинских работников [18, 45]. Еще больше осложняет ситуацию то, что «выгоревшие» врачи вряд ли обратятся за профессиональной помощью и будут заниматься «самолечением», в том числе, из-за стигмы в отношении психических заболеваний, стигмы в отношении самих себя и растущих опасений, что раскрытие информации может повлиять на их медицинскую деятельность [45].

Недавний систематический обзор 182 исследований, включавших 109628 врачей из 45 стран, показал, что распространенность выгорания варьировалась от 0% до 80,5%: 67,0% для общего показателя выгорания, 72,0% для шкалы эмоционального истощения, 68,1% для шкалы деперсонализации и 63,2% для шкалы низкой личной самореализации [41]. Масштабное исследование распространенности и степени профессионального выгорания 1668 врачей 76 медицинских организаций Томской области продемонстрировало, что практически все врачи подвержены выгоранию в той или иной степени: только 1% из выборки не имели признаков синдрома, при этом 1/3 всех обследованных врачей имели крайне высокую степень профессионального выгорания [9].

Набор и удержание кадров в психиатрии — две проблемы, вызывающие серьезную озабоченность в последние десятилетия. Постоянный дисбаланс между требованиями и ресурсами представляется решающим фактором, способствующим развитию выгорания в медицинском сообществе [31]. Одной из причин нежелания специализироваться в психиатрии могут быть высокие профессиональные требования к выпускникам, а также связанный с выполнением профессиональных обязанностей стресс среди специалистов-психиатров [30]. Половина опрошенных врачей-психиатров считают, что их специальность более стрессовая, чем другие медицинские специальности, а 48,6% врачей-психиатров и наркологов считают, что их специальность укорачивает продолжительность жизни [12]. Врачи в качестве причин своего решения уйти из психиатрии приводят большое количество сложных пациентов, угнетающие условия работы, стресс на работе и низкий моральный дух среди персонала [32].

Психиатры в значительной степени подвержены выгоранию [2, 44]. Многомерное когортное аналитическое обсервационное исследование, направленное на выявление синдрома выгорания у отечественных специалистов в области психического здоровья, показало, что врачи-наркологи (90,0%) и врачи-психиатры (85,7%) в большей степени ($p < 0,01$) подвержены выгоранию, чем психологи (76,9%) и врачи-психотерапевты (63,1%) [7]. Исследование 500 врачей разных специальностей в России показало, что психиатры были на втором месте по выраженности признаков синдрома эмоционального выгорания после онкологов [1], что подтверждает данные о том, что психиатры могут чувствовать себя хуже и испытывать больший стресс по сравнению с другими медицинскими специалистами [5]. Факторы, связанные с рабочим местом, являются более стрессогенными для психиатров, чем другие факторы, и могут с большей вероятностью способствовать эмоциональному выгоранию [22]. В число таких связанных с работой факторов входят большой объем работы, многочасовой рабочий день, нехватка персонала, недоброжелательные административные условия работы, недостаток поддержки от руководства [34].

Вероятность формирования синдрома эмоционального выгорания среди врачей-психиатров и наркологов наиболее высока в первые 10 лет профессиональной деятельности [9]. Более того, отмечается рост интереса исследователей в мире к проблеме выгорания у обучающихся психиатрии ординаторов [13, 26, 28, 31], и даже студентов медицинских университетов [21; 24, 37]. Обучение в ординатуре может быть эмоционально сложным [26], а процент выгорания у ординаторов в психиатрии по некоторым оценкам достигает 44% [28].

Несмотря на многолетнюю историю разработки проблемы синдрома профессионального (эмоционального) выгорания, следует отметить недостаточную изученность проблемы отношения к дистрессу у специалистов психиатрического профиля в России, что связано с табуированностью предмета, его «неудобностью» для изучения [3]. В отечественной литературе, за последние несколько лет имеются лишь немногочисленные исследования, посвященные вопросам профессионального выгорания персонала психоневрологических учреждений [5].

Целью настоящего исследования стало изучение особенностей работы молодых психиатров в России и оценка распространенности и выраженности выгорания у них.

Материал и методы исследования

Процедура исследования

Исследование было инициировано Санкт-Петербургским региональным отделением Совета молодых ученых Российского общества психиатров (СМУ РОП). Ссылка на опрос распространялась через онлайн-ресурсы СМУ РОП, а также через руководителей региональных отделений СМУ РОП. Участие в исследовании было анонимным и добровольным. Так как исследование было анонимным, не включало сбор персональных данных и подразумевало участие информированных профессионалов, протокол исследования не требовал согласования этического комитета.

Исследование проводилось в июле-августе 2019 года. Протокол исследования включал структурированный опрос, разработанный авторами (Ч.Е.М. и П.Н.Н.), а также скрининг на профессиональное выгорание — заполнение Опросника профессионального выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI) [33], который в разных модификациях часто используется в отечественных [7, 9, 14] и международных исследованиях [31, 38, 39]. MBI, адаптированный к использованию на русском языке в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева (в настоящее время НМИЦ им. В.М. Бехтерева) в 2007 году, предназначен для определения степени выраженности и распространенности синдрома выгорания среди медицинских работников и рекомендован к использованию в практическом здравоохранении [10]. Опросник содержит 22 пункта и включает три шкалы: «Эмоциональное истощение», «Депер-

сонализация» и «Профессиональная успешность». О высоком уровне профессионального выгорания свидетельствуют высокие баллы по двум первым шкалам (>26 для шкалы «Эмоциональное истощение» и >9 для шкалы «Деперсонализация») и низкие баллы (<34) по шкале «Профессиональная успешность» [20, 23].

Участники исследования

В исследовании приняли участие 187 человек. Критериями включения послужили соответствие респондентов статусу молодого психиатра (в определении Совета молодых ученых Российского общества психиатров — врач-психиатр в возрасте до 40 лет, включительно), указание на проживание и работу в России. Из итогового анализа были исключены анкеты участников, в которых были указаны не все ответы на исследовательские вопросы.

Также из финальной выборки были исключены анкеты, в которых было указано, что респонденты ещё продолжают обучение психиатрии (то есть не имеют опыта работы по специальности) или в настоящее время работают не по специальности психиатрия. Финальную выборку составили 165 человек (101 женщина; 61,2% от всей выборки). Респонденты проживали в следующих Федеральных округах (в скобках число респондентов): Северо-Западный (n=52), Центральный (n=37), Сибирский (n=21), Южный (n=19), Приволжский (n=14), Уральский (n=5), Дальневосточный (n=4). Ещё 13 респондентов указали, что проживают в России, но не указали точное место проживания. Наибольшую активность в исследовании проявили специалисты-психиатры из Санкт-Петербурга (n=43), Москвы (n=27), Читы (n=12), Волгограда (n=10), Омска (n=9) и Пензы (n=8). Подавляющее число респондентов (95,2%) проживали в городах. Анализ результатов опроса проводился с разделением выборки по полу. Авторы исследования не уточняли гендер респондентов, так как изучение этого вопроса не входило в задачи исследования.

Статистическая обработка

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием параметрических и непараметрических методов. За критический уровень значимости принимался $p=0,05$. Для описания категориальных переменных использовались абсолютные значения и доли от целого — n (%). Дискретные и непрерывные переменные описывались средним и стандартным отклонением ($M \pm \sigma$). Для сравнения качественных данных использовался критерий χ^2 Пирсона. Для сравнения непрерывных и шкальных данных использовали критерий Манна-Уитни (U). Коррекция на множественное тестирование гипотез осуществлялась при помощи поправки Беньямини-Хохберга. Для выявления влияния изучаемых факторов на риск профессионального выгорания использовался регрессионный анализ (логистическая модель с упорядоченным выбором) с вычислением отношения шансов (odds ratio; OR) и 95% доверительного интервала (CI).

Таблица 1. Социально-демографические характеристики респондентов
Table 1. Socio-demographic characteristics of respondents

	Женщины (n=101) n (%)	Мужчины (n=64) n (%)	χ^2 (df) / U	p
Возраст, лет (M $\pm$ o)	31,1 $\pm$ 4,2	31,0 $\pm$ 3,4	U=3141	0,760
Семейное положение			$\chi^2(3)=2,64$	0,999
Замужем / женат	51 (50,5%)	33 (51,6%)		
Не замужем / холост	25 (24,8%)	19 (29,7%)		
Состою в длительных отношениях	13 (12,9%)	9 (14,1%)		
В разводе	12 (11,9%)	3 (4,7%)		
Имели детей	41 (40,6%)	24 (37,5%)	$\chi^2(1)=0,16$	1,000
Жилищные условия			$\chi^2(4)=4,86$	1,000
Отдельная квартира (дом)	81 (80,2%)	44 (68,7%)		
Съемное жилье, есть своя комната	9 (8,9%)	12 (18,7%)		
Съемное жилье, своей комнаты нет	8 (7,9%)	4 (6,3%)		
Общежитие (служебное жилье)	2 (2,0%)	3 (4,7%)		
Проживание у родных	1 (1,0%)	1 (1,6%)		
Оценивали жилищные условия как удовлетворительные	90 (89,1%)	55 (85,9%)	$\chi^2(1)=0,37$	0,999
Оценивали материальное положение как удовлетворительное	78 (77,2%)	54 (84,4%)	$\chi^2(1)=1,25$	1,000

На первом этапе статистического анализа выбранные факторы включались в модель в качестве основных эффектов. Далее производился поиск оптимальных моделей при помощи процедуры обратной пошаговой регрессии (stepAIC) и при помощи ручного обновления модели (update.formula(fit)). Выбор наилучшей модели для объяснения данных основывался на наименьшем значении информационного критерия Акаике (AIC). Статистическая обработка материала выполнялась с использованием языка программирования R v4.1.0.

Результаты

Социально-демографические характеристики респондентов представлены в Табл.1. Возраст, семейное положение и жилищные условия респондентов статистически значимо не отличались в группах сравнения. Большинство опрошенных оценивали свои жилищные условия как удовлетворительные. Несколько меньшее число респондентов расценили свое материальное положение как удовлетворительное.

Характеристика профессиональной деятельности респондентов представлена в Табл.2. Уровень образования и квалификация (наличие врачебной категории, наличие ученой степени) в области психиатрии, стаж работы, основное направление деятельности не отличались в группах сравнения. Подавляющее число опрошенных работали в государственных учреждениях. 2 женщины

(2,0%) указали основное место работы как другое — Государственное учреждение по принадлежности Минтруда и Государственное учреждение в области экспертизы, ещё одна женщина находилась в поиске работы. 50 женщин (49,5%) и 37 мужчин (57,8%) имели опыт работы в составе полипрофессиональной бригады. Только 10 женщин (9,9%) и 6 мужчин (9,4%) имели трудности при трудоустройстве после окончания обучения, что косвенно может свидетельствовать о высокой потребности в кадрах в сфере психиатрии в России. Респонденты, которые указали на трудности при устройстве на работу, отмечали следующие барьеры на пути к трудоустройству: недостаточное число вакансий в своем регионе (9 человек), требование об обязательном наличии опыта работы по специальности (7 человек), а также низкую заработную плату на имеющихся вакансиях (3 человека). Одна женщина отметила, что не получила работу в связи с «опасением работодателя в отношении возможного декретного отпуска».

Установлено, что больше половины опрошенных (40 мужчин [62,5%] и 58 женщин [57,4%]) имели также сертификаты других специальностей в сфере психического здоровья — по психотерапии, психиатрии-наркологии, сексологии или судебной психиатрии (табл. 2). При этом 28 мужчин (43,8%) и 50 женщин (49,5%) имели два сертификата (включая сертификат для работы врачом-психиатров), 12 мужчин (18,8%) и 7 женщин (6,9%) три сертификата (включая сертификат для работы врачом-психиатров), а одна жен-

Таблица 2. Характеристика профессиональной деятельности респондентов
Table 2. Characteristics of respondents' professional activity

	Женщины (n=101) n (%)	Мужчины (n=64) n (%)	χ^2 (df)	p
Наивысшее полученное образование в области психиатрии			$\chi^2(2)=0,62$	0,959
Интернатура	44 (43,6%)	24 (37,5%)		
Ординатура	39 (38,6%)	28 (43,8%)		
Аспирантура	18 (17,8%)	12 (18,7%)		
Стаж работы по специальности (психиатрия)			$\chi^2(2)=2,18$	1,000
Первые 5 лет после получения сертификата специалиста	51 (50,5%)	30 (46,9%)		
5-10 лет после получения сертификата специалиста	31 (30,7%)	26 (40,6%)		
Более 10 лет после получения сертификата специалиста	19 (18,8%)	8 (12,5%)		
Врачебная категория			$\chi^2(3)=0,47$	1,000
Вторая врачебная категория	17 (16,8%)	12 (18,8%)		
Первая врачебная категория	10 (9,9%)	7 (10,9%)		
Высшая врачебная категория	6 (5,9%)	5 (7,8%)		
Не имели врачебной категории	68 (59,4%)	40 (62,5%)		
Имели ученую степень кандидата медицинских наук	15 (14,9%)	11 (17,2%)	$\chi^2(1)=0,16$	0,959
Основное место работы			$\chi^2(4)=2,37$	1,000
Государственное лечебное учреждение	76 (75,2%)	47 (73,4%)		
Частная клиника (частная практика)	10 (9,9%)	8 (12,5%)		
Кафедра в медицинском ВУЗе	6 (5,9%)	4 (6,3%)		
Научно-исследовательский центр или институт	6 (5,9%)	5 (7,8%)		
Другое	3 (3,0%)	0		
Основное направление деятельности			$\chi^2(4)=4,01$	0,999
Стационарное оказание психиатрической помощи	42 (41,6%)	32 (50,0%)		
Амбулаторное оказание психиатрической помощи	32 (31,7%)	22 (34,4%)		
Совмещение работы в стационаре и амбулаторном звене	16 (15,8%)	5 (7,8%)		
Работа в дневном психиатрическом стационаре	9 (8,9%)	5 (7,8%)		
Другое	2 (2,0%)	0		
Наличие сертификатов других специальностей в области психического здоровья			$\chi^2(3)=3,43$	1,000
Психотерапия	31 (30,7%)	25 (39,1%)		
Наркология	25 (24,8%)	24 (37,5%)		
Судебная психиатрия	8 (7,9%)	2 (3,1%)		
Сексология	3 (3,0%)	1 (1,6%)		

Таблица 3. Особенности работы на современном этапе развития психиатрии в России и некоторые трудности, с которыми сталкиваются в своей работе молодые психиатры
Table 3. Specifics of work at the current stage of development of psychiatry in Russia and some difficulties faced by early career psychiatrists in their work

	Женщины (n=101) n (%)	Мужчины (n=64) n (%)	χ^2 (df)	p
Испытывают затруднения в работе в связи с изменением требований к ведению бумажной медицинской документации	46 (45,5%)	27 (42,2%)	$\chi^2(1)=0,18$	1,000
Удовлетворены компьютерным оснащением рабочего места	50 (49,5%)	39 (60,9%)	$\chi^2(1)=2,06$	1,000
Частота внедрения в организации респондентов информационных технологий ведения медицинской документации (например, электронные истории болезней)			$\chi^2(3)=0,78$	1,000
Не внедрены	43 (42,6%)	23 (35,9%)		
Электронный документооборот дублируется необходимостью ведения бумажной истории болезней	35 (34,7%)	25 (39,1%)		
Документооборот частично электронный	18 (17,8%)	13 (20,3%)		
Документооборот полностью электронный	5 (5,0%)	3 (4,7%)		
Испытывают затруднения в работе в связи с необходимостью ведения электронной медицинской документации	20 (19,8%)	13 (20,3%)	$\chi^2(1)=0,006$	0,989
Испытывают затруднения в работе в связи с изменениями требований к системе повышения профессиональной квалификации	47 (46,5%)	14 (21,9%)	$\chi^2(1)=10,22$	0,022
Затруднения в работе в связи с необходимостью проведения и оформления заключения врачебной комиссии в случае назначения препаратов, для которых это требуется			$\chi^2(2)=1,87$	1,000
Испытывают затруднения	32 (29,7%)	14 (21,9%)		
Стараюсь не назначать эти препараты	22 (21,8%)	16 (25,0%)		
Не испытывают затруднений	47 (46,5%)	34 (53,1%)		

щина (1,0%) имела четыре сертификата. 67 женщин (66,3%) и 43 мужчины (67,2%) указали, что им приходилось совмещать работу на нескольких должностях (в рамках одной организации и не в связи с отпуском / болезнью другого сотрудника) в течение последние 5 лет. 60 женщин (59,4%) и 40 мужчин (62,5%) сообщили, что им приходилось совмещать работу в нескольких организациях в течение последних 5 лет. В числе преимущественных причин работы на нескольких должностях (в нескольких организациях) респонденты отмечали финансовую необходимость (52 женщины [51,5%] и 33 мужчины [51,6%]), профессиональные или научные интересы (25 женщин [24,8%] и 16 мужчин [25,0%]), производственную необходимость (5 женщин [5,0%] и 2 мужчин [3,1%]).

За последние 5 лет 32 женщины (31,7%) и 24 мужчины (37,5%) поменяли свое место работы. Причинами этого были неудовлетворенность условиями труда или нагрузкой (9 женщин [8,9%] и 8 мужчин [12,5%]), неудовлетворенность заработной платой (9 женщин [8,9%] и 7 мужчин [10,9%]), переезд (4 женщины [4,0%] и 1 мужчина [1,6%]). 14 женщин (13,9%) и 9 муж-

чин (14,1%) поменяли место работы на «более подходящее».

Характеристика некоторых трудностей, с которыми сталкиваются в своей работе молодые психиатры в России, представлена в таблице 3. Подавляющее число психиатров (87 женщин [86,1%] и 57 мужчин [89,1%]) выделили изменения требований к ведению медицинской документации, что привело к затруднениям в работе по собственной оценке у 44,2% респондентов. Врачи отмечали, что испытывают затруднения в работе в связи с необходимостью ведения электронной медицинской документации, изменениями требований к системе повышения профессиональной квалификации. Важно отметить, что 27,9% респондентов не только испытывали затруднения в работе в связи с необходимостью проведения и оформления заключения врачебной комиссии для назначения препаратов, но и указали, что стараются не назначать препараты, для которых это требуется (23,0% от числа всей выборки).

Удовлетворенность различными аспектами работы по самооценке респондентов представлена в Табл.4. В целом, большинство респондентов были

Таблица 4. Удовлетворенность различными аспектами работы по самооценке респондентов
Table 4. Satisfaction with different aspects of performance as perceived by respondents

	Женщины (n=101) n (%)	Мужчины (n=64) n (%)	χ^2 (df)	p
Удовлетворенность организацией рабочего пространства			$\chi^2(2)=0,14$	1,000
Удовлетворены полностью	26 (25,7%)	17 (26,6%)		
Удовлетворены частично (есть что изменить)	58 (57,4%)	35 (54,7%)		
Не удовлетворены	17 (16,8%)	12 (18,8%)		
Удовлетворенность атмосферой в рабочем коллективе			$\chi^2(2)=0,03$	0,999
Удовлетворены полностью	46 (45,6%)	30 (46,9%)		
Удовлетворены частично (есть что изменить)	47 (46,5%)	29 (45,3%)		
Не удовлетворены	8 (7,9%)	5 (7,8%)		
Удовлетворены заработной платой	39 (38,6%)	31 (48,4%)	$\chi^2(1)=1,55$	1,000
Соответствие заработной платы ожиданиям респондентов во время обучения			$\chi^2(2)=1,28$	1,000
Получаю больше, чем ожидал(а)	19 (18,8%)	14 (21,9%)		
Получаю столько, сколько и ожидал(а)	40 (39,6%)	29 (45,3%)		
Получаю меньше, чем ожидал(а)	42 (41,6%)	21 (32,8%)		

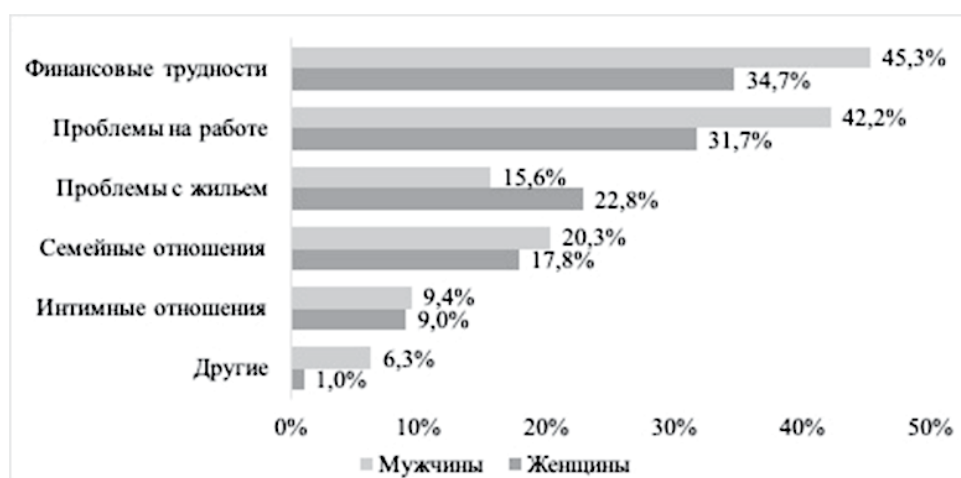


Рис. Основные источники стресса в жизни врачей-психиатров
 Fig. Main sources of stress in the lives of psychiatrists

частично или полностью удовлетворены организацией рабочего пространства, а также атмосферой в коллективе. Удовлетворенность заработной платой была низкой, при этом актуальная заработная плата в большинстве случаев была либо ниже ожидаемой респондентами во время обучения по специальности, либо соответствовала ожиданиям.

Больше половины опрошенных женщин (n=63; 62,4%) и большинство опрошенных мужчин (n=47; 73,4%) указали, что испытывают в той

или иной мере стресс в своей жизни. Основными источниками стресса явились финансовые трудности, а также проблемы (затруднения) на работе (см. рис.). При самооценке качества жизни респонденты описывали его преимущественно как среднее (49 женщин [48,5%] и 28 мужчин [43,8%]) или как выше среднего (38 женщин [37,6%] и 29 мужчин [45,3%]). Низкое качество жизни выявлено у 9 женщин (9,0%) и 5 мужчин (7,8%). Незначительное число психиатров (5 женщин [5,0%] и 2 мужчин [3,1%]) оценили свое качество жизни

Таблица 5. Распространенность и выраженность профессионального выгорания по данным опросника Маслач у молодых психиатров
Table 5. Prevalence and severity of professional burnout according to Maslach inventory among early career psychiatrists

	Женщины (n=101)	Мужчины (n=64)	χ^2 (df) / U	P
Эмоциональное истощение, (M $\pm$ σ)	23,33 $\pm$ 8,97	17,97 $\pm$ 8,49	U=1999,5	0,003
Высокая степень, n (%)	37 (36,6%)	7 (10,9%)	$\chi^2(2)=16,83$	<0,001
Средняя степень, n (%)	32 (31,7%)	19 (29,7%)		
Низкая степень, n (%)	32 (31,7%)	38 (59,4%)		
Деперсонализация, (M $\pm$ σ)	10,46 $\pm$ 4,81	9,16 $\pm$ 4,22	U=2598,5	0,083
Высокая степень, n (%)	57 (56,4%)	24 (37,5%)	$\chi^2(2)=5,73$	0,057
Средняя степень, n (%)	29 (28,7%)	25 (39,1%)		
Низкая степень, n (%)	15 (14,9%)	15 (23,4%)		
Профессиональная успешность, (M $\pm$ σ)	33,02 $\pm$ 5,98	35,32 $\pm$ 5,75	U=2409,5	0,026
Высокая степень, n (%)	57 (56,4%)	24 (37,5%)	$\chi^2(2)=6,3$	0,065
Средняя степень, n (%)	28 (27,7%)	22 (34,4%)		
Низкая степень, n (%)	16 (15,8%)	18 (28,1%)		

как «настолько хорошее, насколько это возможно» ($\chi^2(3)=1,12$, $p=0,77$).

Установлено, что средний показатель эмоционального истощения опросника профессионального выгорания Маслач был статистически значимо выше, а профессиональной успешности — ниже у женщин в сравнении с мужчинами, что свидетельствует о более высоком уровне выгорания по этим показателям у обследованных женщин (Табл.5). Это подтверждается и тем, что высокая степень эмоционального истощения встречалась у женщин заметно чаще. Аналогичная тенденция наблюдалась и при оценке других показателей, но без статистически значимых различий. При этом средние баллы шкал деперсонализации и профессиональной успешности у женщин находились на границе умеренного и высокого уровня выгорания, в то время как у мужчин эти показатели соответствовали верхней границе умеренного уровня выгорания. Показатели эмоционального истощения у женщин и мужчин соответствовали умеренному и низкому уровню выгорания, соответственно. Высокий уровень выгорания хотя бы по одной из шкал опросника был выявлен у 79 (78,2%) женщин и 39 (60,9%) мужчин ($\chi^2(1)=5,74$, $p=0,017$), что можно оценить как значительную распространенность признаков профессионального выгорания в выборке.

При проведении регрессионного анализа в число исследуемых факторов были включены следующие переменные: пол; возраст; стаж работы; семейное положение; наличие детей; оценка респондентами материального положения, жилищных условия и качества жизни; место работы; основное направление деятельности; трудно-

сти при устройстве на работу; опыт смены места работы за последние 5 лет, а также опыт совмещения нескольких должностей или работ; затруднения при выполнении повседневной работы (переменные, описанные в Табл.3), удовлетворенность компьютерным оснащением, организацией рабочего пространства, атмосферой в рабочем коллективе, а также заработной платой. В таблице 6 представлены отношения шансов влияния исследуемых факторов на выраженность профессионального выгорания на основании шкальной оценки.

Установлены следующие факторы риска развития профессионального выгорания: женский пол (повышение риска по шкалам эмоционального истощения и профессиональной успешности в 3,54 и в 2 раза, соответственно), совмещение работы на нескольких должностях (повышение риска по шкале деперсонализации в 2,44 раза), затруднения в работе в связи с изменениями требований к ведению документации, введенными с момента начала работы по специальности (повышение риска по шкалам эмоционального истощения, деперсонализации и профессиональной успешности в 2,32, в 2,05 и в 2,13 раза, соответственно). Протективными факторами развития профессионального выгорания явились: работа в частной клинике (снижение риска по шкалам деперсонализации и профессиональной успешности в 3,57 и в 2,50 раз), удовлетворенность атмосферой в рабочем коллективе (снижение риска по шкале эмоционального истощения в 3,13 раз), субъективная оценка качества жизни как выше среднего (снижение риска по шкале эмоционального истощения в 3,70 раз) или настолько хорошего, насколько это возможно (сни-

Таблица 6. Отношения шансов влияния исследуемых факторов на выраженность профессионального выгорания на основании шкальной оценки
Table 6. Odds ratios of the examined factors impact on the severity of professional burnout based on a scale assessment

Исследуемые факторы	Эмоциональное истощение OR [95% CI], <i>p</i>	Деперсонализация OR [95% CI], <i>p</i>	Профессиональная успешность OR [95% CI], <i>p</i>
Женский пол	3,54 [1,96;6,39], <i>p</i> <0,001	1,71 [0,98;2,97], <i>p</i> =0,058	0,50 [0,28;0,88], <i>p</i> =0,016
Наличие детей	0,65 [0,37;1,14], <i>p</i> =0,137		
Основное место работы — Кафе-дра в медицинском ВУЗе / Научно-исследовательский центр или институт		0,56 [0,25;1,27], <i>p</i> =0,167	0,74 [0,33;1,68], <i>p</i> =0,475
Основное место работы — частная клиника (частная практика)		0,28 [0,11;0,71], <i>p</i> =0,007	2,50 [1,09;5,74], <i>p</i> =0,031
Приходилось менять место работы за последние 5 лет		0,64 [0,34;1,19], <i>p</i> =0,157	
Приходилось совмещать работу на нескольких должностях (в рамках одной организации и не в связи с отпуском / болезнью другого сотрудника) за последние 5 лет		2,44 [1,36;4,37], <i>p</i> =0,003	
Испытывают затруднения в работе, в связи с изменениями требований к ведению документации, введенными с момента начала работы по специальности	2,32 [1,31;4,11], <i>p</i> =0,004	2,05 [1,16;3,60], <i>p</i> =0,013	0,47 [0,26;0,84], <i>p</i> =0,010
Удовлетворены компьютерным оснащением рабочего места			1,63 [0,94;2,82], <i>p</i> =0,082
Частично удовлетворены атмосферой в рабочем коллективе	0,50 [0,18;1,37], <i>p</i> =0,174		0,56 [0,22;1,44], <i>p</i> =0,229
Полностью удовлетворены атмосферой в рабочем коллективе	0,32 [0,11;0,89], <i>p</i> =0,028		1,10 [0,43;2,85], <i>p</i> =0,837
Удовлетворены заработной платой	1,62 [0,86;3,05], <i>p</i> =0,139		
Оценивают жилищные условия как удовлетворительные			2,21 [0,91;5,35], <i>p</i> =0,079
Оценивают материальное положение как удовлетворительные			0,48 [0,22;1,02], <i>p</i> =0,058
Оценивают свое качество жизни как среднее	0,45 [0,16;1,23], <i>p</i> =0,120	1,54 [0,55;4,30], <i>p</i> =0,411	
Оценивают свое качество жизни как выше среднего	0,27 [0,09;0,78], <i>p</i> =0,015	1,52 [0,51;4,51], <i>p</i> =0,450	
Оценивают свое качество жизни как настолько хорошее, насколько это возможно	0,02 [0,00;0,12], <i>p</i> <0,001	0,07 [0,01;0,43], <i>p</i> =0,004	
Характеристики модели			
AIC	1173,97	948,89	1027,18
R ²	0,29	0,25	0,18

Примечание: OR — отношение шансов, CI — доверительный интервал, AIC — информационный критерий Акаике, R² — псевдокоэффициент детерминации Nagelkerke.

Note: OR — odds ratio, CI — confidence interval, AIC — Akaike information criterion, R² — Nagelkerke pseudo-determination coefficient.

жение риска по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации в 50,0 и в 14,29 раз, соответственно). Потенциальными протективными факторами развития профессионального выгорания также могут являться наличие детей, изменение места работы за последние 5 лет, удовлетворенность компьютерным оснащением рабочего места, удовлетворительные жилищные условия (Табл.6), однако, это требует подтверждения в исследовании с большей выборкой.

Обсуждение

Данное исследование посвящено проблеме профессионального выгорания молодых врачей-психиатров, проживающих и работающих в России, включая выявление производственных факторов, которые могут способствовать формированию синдрома выгорания. Хотя проблема выгорания врачей не нова и по некоторым оценкам достигает уровня эпидемии с распространенностью 50% и более среди врачей и обучающихся медицине [46], вопросы условий труда и здоровья врачей-психиатров практически не представлены в отечественной специальной литературе [5]. В то же время, в отечественных исследованиях последних лет относительно новой является тенденция изучения феномена эмоционального выгорания, как на уровне отдельных специалистов, так и на уровне организаций [16]. Достоинством настоящей работы является то, что это одно из немногих исследований в России, посвященных молодым специалистам-психиатрам, находящимся в группе риска профессионального (эмоционального) выгорания [11, 21].

В нашем исследовании признаки профессионального выгорания выявлены у 71,5% респондентов, что ближе к верхней границе значений распространенности профессионального выгорания у психиатров в России и в мире, а именно, распространенности 43-85% для врачей-психиатров и психиатров-наркологов в России [3-4, 7] и 36-78% для врачей психиатров в зарубежных выборках [20, 36, 44]. Систематический обзор и метаанализ распространенности выгорания у специалистов в области психического здоровья (n=9409) показал, что общая оценка распространенности эмоционального истощения составила 40% (CI 31%-48%), деперсонализации — 22% (CI 15%-29%) и низкого уровня профессиональных достижений — 19% (CI 13%-25%) [38]. В нашем исследовании распространенность эмоционального истощения была несколько ниже, чем в работе O'Connor K et al. (2018) [38] и составила 26,7% от числа всей выборки, в то же время чаще встречались отклонения от нормы показателей деперсонализации и профессиональной успешности (по 49,1%). Наиболее подверженными выгоранию в нашем исследовании оказались женщины, что согласуется с выводами исследования большой выборки психиатров в Северной Америке [44].

Предполагаемыми факторами, способствующими выгоранию, считают использование элек-

тронной медицинской документации, потерю чувства общности среди врачей, снижение контроля над рабочим процессом, чувство стыда, связанное с врачебными ошибками, и неэффективность на рабочем месте [40, 47]. Есть данные, что у психиатров, использовавших только биологические методы терапии, синдром выгорания встречался чаще, чем у врачей, применявших и психотерапевтические, психосоциальные методы лечения [2]. В нашем исследовании выявлены следующие факторы риска выгорания у молодых психиатров: женский пол, совмещение работы на нескольких должностях, изменения требований к ведению документации, введенные с момента начала работы по специальности. Ещё один потенциальный фактор риска профессионального выгорания у молодых психиатров — оказание психиатрической помощи в недобровольном и принудительном порядке. Недавнее международное исследование показало, что более половины молодых психиатров имеют трудности в оказании психиатрической помощи без согласия пациента, в основном из-за бюрократизма юридических процедур (например, взаимодействие с судом) и этических вопросов, связанных с содержанием пациента в лечебном учреждении против его воли [25].

Почти половина опрошенных женщин (статистически значимо чаще, чем мужчины) испытывали затруднения в работе в связи с изменениями требований к системе повышения профессиональной квалификации, что согласуется с данными недавнего анализа динамики мнений врачей-психиатров о непрерывном медицинском образовании (НМО) в России [15]. Нами не были установлены различия в проявлениях выгорания у специалистов амбулаторной и стационарной психиатрической помощи, что согласуется с мнением о том, что большая частота выгорания у работников круглосуточных стационаров по сравнению с амбулаторными врачами не подтверждается [39]. Работа в системе частного оказания психиатрической помощи явилась одним из протективных факторов развития выгорания у молодых психиатров, хотя ранее отечественное исследование клинко-психологических особенностей синдрома эмоционального выгорания не выявило статистически значимых различий показателей у медицинских работников частного и государственного медицинских учреждений [19]. Другими протективными факторами развития профессионального выгорания в нашем исследовании явились удовлетворенность атмосферой в рабочем коллективе и субъективная оценка качества жизни как выше среднего или настолько хорошего, насколько это возможно. Материальное благополучие и удовлетворенность заработной платой не имели статистически значимого влияния на выраженность профессионального выгорания, при том, что финансовые трудности были оценены респондентами как ведущий источник стресса и основная причина переработок (совмещения должностей и работ в разных организациях).

Важно, чтобы на ранних этапах карьеры врачи могли получить больше поддержки, которая может быть адаптирована в зависимости от потребностей специалиста [45]. Представляется необходимым проведение исследований, направленных на выявление протективных факторов и разработку персонализированных моделей профилактической работы, нацеленных на формирование системы личностно-значимых, ценностно-смысловых ориентиров, повышающих жизнестойкость человека [16]. Систематический обзор и метаанализ 15 рандомизированных контролируемых исследований и 37 наблюдательных исследований показал, что как индивидуально-ориентированные вмешательства, такие как осознанность, управление стрессом и обсуждения в малых группах, так и структурные или организационные стратегии могут привести к клинически значимому снижению выгорания среди врачей [46]. Результаты отчетливых исследований продемонстрировали эффективность применения интегративной групповой психотерапии у специалистов психиатрического и наркологического профиля для коррекции синдрома выгорания [8].

Наиболее частые рекомендации профилактики профессионального выгорания у врачей включают в себя: а) изменение рабочих паттернов (работать меньше, делать больше перерывов, избегать переработок, находить баланс между работой и остальной жизнью); б) развитие копинг-механизмов (когнитивная перестройка, разрешение конфликтов, тайм-менеджмент); в) получение социальной поддержки (от коллег и родственников); г) использование релаксации; д) здоровый образ жизни, физкультура; е) развитие саморефлексии (с помощью разных самоаналитических техник, консультирования, психотерапии) [34]. Представляется целесообразным использование этих техник не только молодыми психиатрами, но и всеми работниками сферы психического здоровья.

Результаты исследования должны быть рассмотрены в свете его ограничений. Насколько нам известно, это самая большая выборка данных о профессиональном выгорании и его факторах риска у молодых психиатров в России. Однако, учитывая методы отбора и размер выборки, она не может быть оценена как репрезентативная для всех

молодых психиатров в России. Четверть опрошенных работали в Санкт-Петербурге, что объясняется тем, что исследование было инициировано в этом регионе. С учетом последних данных о том, что пандемия COVID-19 поставила под угрозу психологическое благополучие самых молодых и высококвалифицированных специалистов в медицине [43], в дальнейшем было бы полезно провести исследование в динамике, с большим охватом регионов, с целью оценить потенциальный вклад изменения рабочих условий во время пандемии COVID-19 на психологическое благополучие и распространенность профессионального выгорания у молодых психиатров. Также мы не проводили клиническую оценку психического состояния респондентов, выводы строятся на основании самоотчета.

Заключение

Проблема выгорания является как никогда актуальной для молодых психиатров в России. Все работники психиатрического профиля представляют группу специалистов, требующую пристального внимания, нуждающуюся в исследовании, профилактике и, при необходимости, лечении последствий профессионального стресса [3]. Психиатры имеют все возможности для того, чтобы внести свой вклад в развитие медицины в вопросах психологического благополучия и выгорания, учитывая их опыт в области психиатрических, связанных со стрессом, болезненных и/или травматических переживаний человека [44]. Однако этот вклад будет невозможно реализовать, если психиатры, начиная с самых первых лет своей карьеры не будут заботиться о своем психологическом благополучии и психическом здоровье и не будут заниматься профилактикой выгорания. Одним из возможных решений, направленных на повышение психологического благополучия молодых психиатров, может явиться включение курсов саморефлексии и техник релаксации в структуру образовательных программ ординатуры. Для проведения эффективных исследований по предотвращению и смягчению некоторых аспектов эмоционального выгорания среди психиатров требуется дать этому вопросу высокий приоритет в профессиональном сообществе [34].

Литература / References

1. Бердяева И.А., Войт Л.Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2012;2:117-120.
Berdiaeva IA, Voit LN. Syndrome of emotional burning out in doctors of various specialties. *Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal*. 2012;2:117-120. (In Russ.)
2. Боева А.В., Руженков В.А., Москвитина У.С. Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров. *Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация*. 2013;22(11(154)):6-12.
Boeva AV, Ruzhenkov VA, Moskvitina US. Burnout syndrome in psychiatrists. *Nauchnye vedomosti. Seriya Medicina. Farmaciya*. 2013;22(11(154)):6-12. (In Russ.)
3. Булыгина В.Г., Петелина А.С. Эмоциональное выгорание у специалистов общей и судебно-психиатрической практики (аналитический обзор). *Российский психиатрический журнал*. 2013;6:24-30.
Bulygina VG, Petelina AS. Emotional burnout among specialists of general and forensic psychiatric practice (analytical review). *Rossiiskij psihiatriceskij zhurnal*. 2013;6:24-30. (In Russ.)

- <http://dx.doi.org/10.24411/1560-957X-2013-11372>
4. Быков К.В., Зражевская И.А., Березкин А.С., Тер-Исраелян А.Ю. Синдром эмоционального выгорания у врачей психиатрических стационаров города Москвы. Вестник последипломного медицинского образования. 2018;4:99-101. Bykov KV, Zrazhevskaya IA, Berezkin AS, Ter-Israelyan AY. Burnout syndrome in doctors of psychiatric hospitals of the Moscow city. Vestnik poslediplomnogo medicinskogo obrazovaniya. 2018;4:99-101. (In Russ.).
 5. Глушкова А.В., Семенова Н.В. Условия труда и их влияние на здоровье врачей-психиатров (обзор литературы). Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2020;1:3-7. Glushkova AV, Semanova NV. Working conditions and their effect on the health level of psychiatric staff (literature review). Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2020;(1):3-7. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-1-3-7>
 6. Зражевская И.А., Быков К.В., Топка Э.О., Пешкин В.Н., Исаев Р.Н., Орлов А.М. Эволюция представлений о синдроме эмоционального выгорания. Психиатрия. 2020;18(4):127-140. Zrazhevskaya IA, Bykov KV, Topka EO, Peshkin VN, Isaev RN, Orlov AM. The Evolution of Representations about the Syndrome of Emotional Burnout. Psikiatriya. 2020;18(4):127-138. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-4-127-140>
 7. Караваева Т.А., Кухтенко Ю.А., Макаров В.В., Яковлев А.В. Взаимосвязь уровня нервно-психической устойчивости и распространённости синдрома выгорания у специалистов в области психического здоровья. Наркология. 2019;18(8):60-68. Karavaeva TA, Kukhtenko YA, Makarov VV, Yakovlev AV. The relationship of the level of nervously mental stability and prevalence of the syndrome of burnout at specialists in the field of mental health. Narkologiya. 2019;18(8):60-68. (In Russ.). <https://doi.org/10.25557/1682-8313.2019.08.60-68>
 8. Караваева Т.А., Кухтенко Ю.А., Макаров В.В., Яковлев А.В. Результаты применения интегративной групповой психотерапии для коррекции синдрома выгорания у специалистов, работающих с пациентами психиатрического и наркологического профиля. Наркология. 2020;19(3):57-65. Karavaeva TA, Kukhtenko YA, Makarov VV, Yakovlev AV. Results of application of an integrative group psychotherapy for correction of a burnout syndrome in specialists working with patients of psychiatric and drug profile. Narkologiya. 2020;19(3):57-65. (In Russ.). <https://doi.org/10.25557/1682-8313.2020.03.57-65>
 9. Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Хомяков К.В., Тюфилин Д.С., Загромава Т.А., Балаганская М.А. Профессиональное выгорание врачей различных специальностей. Здоровье Российской Федерации. 2017;61(6):322-329. Kobyakova OS, Deev IA, Kulikov ES, Khomyakov KV, Tyufilin DS, Zagromova TA, Balaganskaya MA. The professional burnout of physicians of various specialties. Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii. 2017;61(6):322-329. (In Russ.). <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-6-322-329>
 10. Лозинская Е.И., Лутова Н.Б., Вид В.Д. Системный индекс синдрома перегорания (на основе теста МБИ). Методические рекомендации. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. Lozinskaya E.I., Lutova N.B., Vid V.D. Sistemnyj indeks sindroma peregoraniya (na osnove testa MBI). Metodicheskie rekomendacii. NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2007. (In Russ.).
 11. Малыгин В.Л., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е., Шевченко Д.В. Социально-психологические факторы риска формирования эмоционального выгорания у врачей психиатров и наркологов. Медицинская психология в России: электрон. науч. Журн. [medpsy.ru]. Medpsy; 2011 [протипировано 20 июня 2021]. Доступно: http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer15.php
 12. Маркарян А.Г. О состоянии здоровья врача-психиатра. Медицинская наука Армении. 2010;50:96-101. Markarjan AG. About the health status among psychiatrist. Meditsinskaja nauka Armenii. 2010;50:96-101. (in Russ.).
 13. Матюшкина Е.Я., Микита О.Ю., Холмогорова А.Б. Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скоромощном стационаре: данные до ситуации пандемии. Консультативная психология и психотерапия. 2020;28(2):46-69. Matyushkina EY, Mikita OY, Kholmogorova AB. Burnout Level in Medical Residents Doing Internship in Emergency Medicine Hospital before the Pandemic. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2020;28(2):46-69. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280203>
 14. Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19. Консультативная психология и психотерапия. 2020;28(2):8-45. Petrikov SS, Kholmogorova AB, Suroegina AY, Mikita OY, Roy AP, Rakhmanina AA. Professional Burnout, Symptoms of Emotional Disorders and Distress among Healthcare Professionals during the COVID-19 Epidemic. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2020;28(2):8-45. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202>
 15. Петрова Н.Н., Федотов И.А., Чумаков Е.М. Анализ динамики мнений врачей-психиатров о непрерывном медицинском образовании. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2019;(2):102-107.

- Petrova NN, Fedotov IA, Chumakov EM. The analysis of the dynamics of psychiatrists' opinions on continuing medical education. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2019;(2):102-107. (In Russ.)
https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-2-102-107
16. Проницева М.М., Булыгина В.Г., Москвская М.С. Современные исследования синдрома эмоционального выгорания у специалистов профессий социальной сферы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(4):100-105. Pronicheva MM, Bulygina VG, Moskovskaya MS. Modern researches of burn-out syndrome in social service specialists. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2018;28(4):100-105. (In Russ.).
 17. Самушия М.А., Рагимова А.А., Амосова Н.А., Смоленцева И.Г., Ойноткинова О.Ш., Бонкало Т.И., Беришвили Т.З. Проблемы психоэмоционального благополучия медицинского персонала, работающего в условиях пандемии COVID-19. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2020;75(5S):426-433. Samushiya MA, Ragimova AA, Amosova NA, Smolenceva IG, Ojnotkinova OS, Bonkalo TI, Berishvili TZ. Problems of Psycho-Emotional Well-Being of Medical Personnel Working in the Context of the COVID-19 Pandemic. *Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk*. 2020;75(5S):426-433. (In Russ.) doi: 10.15690/vramn1426
 18. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы. *Суицидология*. 2019;10(3):42-58. Filonenko AV, Golenkov AV, Filonenko VA, Orlov FV, Deomidov ES. Suicides among doctors and health care workers: review of literature. *Suicidologia*. 2019;10(3):42-58. (In Russ.).
https://doi.org/10.32878/suicide-rus.19-10-03(36)-42-58
 19. Чернышкова Н.В., Дворникова Е.О., Малинина Е.В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников государственных и частных медицинских учреждений. *Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология»*. 2018;11(4):61-72. Chernyshkova NV, Dvornikova EO, Malinina EV. Peculiarities of Emotional Burnout Syndrome in Health Professionals of Public and Private Health Care Facilities. *Vestnik YUUrGU. Seriya «Psikhologiya»*. 2018;11(4):61-72. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy180407
 20. Abu zied M, Fekry M, Mohsen N, Morsy M, El Serafy D, Salah M. Burnout syndrome among psychiatrists in Egyptian mental health hospital. *Middle East Curr Psychiatry*. 2020;27:25 doi: 10.1186/s43045-020-00028-x
 21. Bhugra D, Sauerteig SO, Bland D, Lloyd-Kendall A, Wijesuriya J, Singh G, Kochhar A, Molodynski A, Ventriglio A. A descriptive study of mental health and wellbeing of doctors and medical students in the UK. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31(7-8):563-568. doi:10.1080/09540261.2019.1648621
 22. Bressi C, Porcellana M, Gambini O, Madia L, Muffatti R, Peirone A, Zanini S, Erlicher A, Scarone S, Altamura AC. Burnout among psychiatrists in Milan: a multicenter survey. *Psychiatr Serv*. 2009;60(7):985-988. doi:10.1176/ps.2009.60.7.985
 23. Busis NA, Shanafelt TD, Keran CM, Levin KH, Schwarz HB, Molano JR, et al. Burnout, career satisfaction, and well-being among US neurologists in 2016. *Neurology*. 2017;88(8):797-808. doi:10.1212/WNL.0000000000003640
 24. Chumakov E, Petrova N, Mamatkhodjaeva T, Ventriglio A, Bhugra D, Molodynski A. Screening of minor psychiatric disorders and burnout among a sample of medical students in St. Petersburg, Russia: a descriptive study. *Middle East Curr Psychiatry*. 2021;28:38. DOI: 10.1186/s43045-021-00118-4
 25. Chumakov E, Petrova N, Vadivel R, Pinto da Costa M, Bhugra D, Ventriglio A. Use of Compulsory Treatment by Early-Career Psychiatrists: An International Survey (published online ahead of print, 2021 May 25). *Psychiatr Serv*. 2021. doi:10.1176/appi.ps.202000303
 26. Coverdale J, Balon R, Beresin EV, Brenner AM, Louie AK, Guerrero A, Roberts LW. What Are Some Stressful Adversities in Psychiatry Residency Training, and How Should They Be Managed Professionally?. *Acad Psychiatry*. 2019;43(2):145-150. doi:10.1007/s40596-019-01026-w
 27. Demerouti E, Bakker AB, Leiter M. Burnout and job performance: the moderating role of selection, optimization, and compensation strategies. *J Occup Health Psychol*. 2014;19(1):96-107. doi:10.1037/a0035062
 28. Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, et al. Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. *JAMA*. 2018;320(11):1114-1130. doi:10.1001/jama.2018.12615
 29. Girard DE, Hickam DH. Predictors of clinical performance among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. 1991;6(2):150-154. doi:10.1007/BF02598315
 30. Heponiemi T, Aalto AM, Puttonen S, Vänskä J, Elovainio M. Work-related stress, job resources, and well-being among psychiatrists and other medical specialists in Finland. *Psychiatr Serv*. 2014;65(6):796-801. doi:10.1176/appi.ps.201300200
 31. Jovanović N, Podlessek A, Volpe U, Barrett E, Ferrari S, Rojnic Kuzman M, et al. Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *Eur Psychiatry*. 2016;32:34-41. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.10.007
 32. Lambert TW, Turner G, Fazel S, Goldacre MJ. Reasons why some UK medical graduates who initially

- choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychol Med.* 2006;36(5):679-684. doi:10.1017/S0033291705007038
33. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2(2):99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
 34. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(2):103-111. doi:10.1002/wps.20311
 35. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397
 36. McLoughlin C, Casey S, Feeney A, Weir D, Abdalla AA, Barrett E. Burnout, Work Satisfaction, and Well-being Among Non-consultant Psychiatrists in Ireland. *Acad Psychiatry.* 2021;45(3):322-328. doi:10.1007/s40596-020-01366-y
 37. Molodynski A, Lewis T, Kadhum M, Farrell SM, Chelieh LM, De Almeida TF, et al. Cultural variations in wellbeing, burnout and substance use amongst medical students in twelve countries. *Int Rev Psychiatry.* 2021;33(1-2):37-42. doi:10.1080/09540261.2020.1738064
 38. O'Connor K, Muller Neff D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry.* 2018;53:74-99. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.06.003
 39. Roberts DL, Cannon KJ, Wellik KE, Wu Q, Budavari AI. Burnout in inpatient-based versus outpatient-based physicians: a systematic review and meta-analysis. *J Hosp Med.* 2013;8(11):653-664. doi:10.1002/jhm.2093
 40. Robertson JJ, Long B. Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. *J Emerg Med.* 2018;54(4):402-409. doi:10.1016/j.jemermed.2017.12.001
 41. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA.* 2018;320(11):1131-1150. doi:10.1001/jama.2018.12777
 42. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med.* 2003;114(6):513-519. doi:10.1016/s0002-9343(03)00117-7
 43. Sorokin MY, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Neznanov NG, Morozov PV, Lutova NB, Mazo GE. Stress and stigmatization in health-care workers during the COVID-19 pandemic. *Indian J Psychiatry.* 2020;62(Suppl 3):S445-S453. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_870_20
 44. Summers RE, Gorrindo T, Hwang S, Aggarwal R, Guille C. Well-Being, Burnout, and Depression Among North American Psychiatrists: The State of Our Profession. *Am J Psychiatry.* 2020;177(10):955-964. doi:10.1176/appi.ajp.2020.19090901
 45. Ventriglio A, Watson C, Bhugra D. Suicide among doctors: A narrative review. *Indian J Psychiatry.* 2020;62(2):114-120. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_767_19
 46. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388(10057):2272-2281. doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X
 47. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018;283(6):516-529. doi:10.1111/joim.12752

Сведения об авторах

Чумаков Егор Максимович — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии в ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», заведующий дневным стационаром в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 имени П.П. Кащенко». E-mail: chumakovegor@gmail.com

Гвоздецкий Антон Николаевич — ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» им. И.И. Мечникова. E-mail: comisora@yandex.ru

Васильченко Кирилл Федорович — к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет». E-mail: kirill.f.vasilchenko@gmail.com

Голыгина Светлана Евгеньевна — к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: svetagolygina@yandex.ru

Марачев Максим Павлович — к.м.н., старший научный сотрудник отдела терапии психических и поведенческих расстройств ФГБУ НМИЦПН им. В.П. Сербского МЗ РФ. E-mail: marachevm@gmail.com

Осадший Юрий Юрьевич — младший научный сотрудник ФГБУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет». E-mail: osadshiy@mail.ru

Потанин Сергей Сергеевич — к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории психофармакологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: potanin_ss@mail.ru

Федотов Илья Андреевич — к.м.н., доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. E-mail: ilyafdtv@yandex.ru

Шишкина Ирина Олеговна — врач-психиатр первой квалификационной категории, ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова», г. Пенза. E-mail: iren.yurkova@gmail.com

Петрова Наталия Николаевна — д.м.н., профессор, Почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации, Лауреат премии Правительства РФ в области образования, победитель конкурса «Преподаватель вузов РФ «Золотые имена высшей школы» 2020», заведующая кафедрой психиатрии и наркологии в ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». E-mail: petrova_nn@mail.ru

Поступила 02.08.2021

Received 02.08.2021

Принята в печать 20.12.2021

Accepted 20.12.2021

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием

Оригинальная статья

Щелкова О.Ю.^{1,2}, Яковлева М.В.¹, Усманова Е.Б.³, Сушенцов Е.А.³, Софронов Д.И.³

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Россия,

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия,

³ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина, Москва, Россия

Резюме. Пациенты, переживающие тяжелую ситуацию онкологического заболевания и потери конечности, не изучены в психологическом плане, что ограничивает возможности целенаправленной психологической помощи и социальной реабилитации. Целью работы стало изучение клинко-психологического статуса, стратегий и личностных ресурсов совладания со стрессом болезни, основных параметров качества жизни (КЖ) пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием (группа 1, n=24, мужчины — 62,5%, средний возраст 47,25±3,17), в сопоставлении с пациентами, перенесшими ампутацию вследствие других соматических заболеваний, не сопровождающихся актуальной витальной угрозой (группа 2, n=15, мужчины — 93,3%, средний возраст 59,67±2,27), а также с нормативными психодиагностическими данными. Использованы методы клинической и психологической диагностики, в т. ч. «Стратегии совладающего поведения», «Большая пятерка», «Смысложизненные ориентации», «Специализированный опросник качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30). Установлено, что функциональные возможности (p<0,01), объективная (p<0,001) и субъективная (p<0,001) выраженность болевого синдрома, трудовая занятость (p=0,05) имеют худшие показатели в группе 1 по сравнению с группой 2; при этом оценка КЖ в группах больных не различается и не соответствует экспертной оценке (превосходит ее); наиболее высоко пациенты оценивают когнитивную и эмоциональную активность; наиболее низко — физическую и ролевую, финансовое положение. В структуре копинга пациентов группы 1 первое место занимает стратегия «Поиск социальной поддержки»; значение шкал «Дистанцирование» (p=0,05), «Бегство-избегание» (0,1<p<0,05), «Положительная переоценка» (p<0,05) выше, чем в группе 2, но ниже средних нормативных значений. В структуре личности пациентов группы 1 преобладают «Самосознание» (p=0,01) и «Личностные ресурсы» (0,1<p<0,05) по сравнению с пациентами группы 2, а также «Экстраверсия» (0,1<p<0,05), «Самосознание» (p<0,001) и «Эмоциональная стабильность» (p<0,05) — по сравнению с тестовой «нормой». В ценностно-смысловой сфере личности показатели шкал «Цели» (p<0,01), «Процесс» (p<0,01) «Результат» (p<0,01) в группе 1 выше, чем в группе 2; интернальность выше, чем в нормативной выборке мужчин (0,1<p<0,05) и женщин (p<0,01). Полученные результаты могут быть использованы в процессе реабилитации онкоортопедических больных.

Ключевые слова: онкоортопедия, ампутация нижней конечности, качество жизни, копинг-стратегии, личностные копинг-ресурсы, локус контроля

Информация об авторах:

Щелкова Ольга Юрьевна — e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>

Яковлева Мария Викторовна — e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5035-4382>

Усманова Екатерина Бахромовна — e-mail: usmanovakate@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4853-308X>

Сушенцов Евгений Александрович — e-mail: crcspine@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3672-1742>

Софронов Денис Игоревич — e-mail: mdsofronov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9557-3685>

Как цитировать: Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Софронов Д.И. Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022; 56:1:79-94. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-79-94>.

Конфликт интересов: О.Ю. Щелкова является членом редакционной коллегии

Автор, ответственный за переписку: Яковлева Мария Викторовна — e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru, mariaiakovleva@mail.ru

Corresponding author: Maria V. Iakovleva — e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru, mariaiakovleva@mail.ru

Psychological adaptation and quality of life of patients who underwent lower limb amputation due to cancer

Research article

Shchelkova OYu.^{1,2}, Iakovleva MV.¹, Usmanova EB.³, Sushentsov EA.³, Sofronov DI.³

¹Saint Petersburg State University, Russia

²V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

³N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia

Summary. Patients who face a stressful situation related to cancer and loss of a limb have not been thoroughly studied from a psychological perspective, what limits the possibilities of targeted psychological assistance and social rehabilitation. In this regard, the aim of the research was to study the clinical and psychological status, strategies and personal resources for coping with the stress of the disease, as well as the main parameters of the quality of life (QoL) of patients who underwent lower limb amputation due to cancer (group 1, n = 24, men — 62.5%, average age 47.25 ± 3.17), in comparison with patients amputated due to other somatic diseases not accompanied by an actual vital threat (group 2, n = 15, men — 93.3%, average age 59.67 ± 2.27), as well as with normative psychodiagnostic data. Methods of clinical and psychological diagnostics were used, including “Ways of Coping Questionnaire”, “Big V Questionnaire”, “Purpose in Life Test”, EORTC “Quality of Life of Cancer Patients Questionnaire” (QLQ-C30). It was found that functional capability (p<0.01), objective (p<0.001) and subjective (p<0.001) severity of pain syndrome, as well as employment (p=0.05) have the lowest indicators in group 1 compared with group 2; at the same time, the levels of QoL in both groups of patients do not differ and do not correspond the expert assessment, exceeding it; patients rate their cognitive and emotional activity most highly; the lowest, physical and role activity, and financial impact. In the structure of coping of group 1, the strategy “Seeking for social support” predominates; the values of the scales “Distancing” (p=0.05), “Escape-avoidance” (0.1<p<0.05), “Positive reappraisal” (p<0.05) are higher than in group 2, but lower than average normative values. In the personality of patients in group 1, “Conscientiousness” (p=0.01) and “Openness” (0.1<p<0.05) prevail in comparison with patients in group 2, as well as “Extraversion” (0.1<p<0.05), “Conscientiousness” (p<0.001) and “Emotional stability / Neuroticism” (p<0.05) — compared with the mean values of the test. The indicators of the scales “Meaning of life” (p<0.01), “Fullness of life” (p<0.01), “Life satisfaction” (p<0.01) in group 1 are higher than in group 2; patients’ internality is higher than in the control sample of men (0.1<p<0.05) and women (p<0.01). The results obtained can be used in the process of rehabilitation of orthopedic cancer patients.

Keywords: oncoorthopedics, lower limb amputation, quality of life, coping strategies, personal coping resources, locus of control

Information about the authors:

Olga Yu. Shchelkova — e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>

Maria V. Iakovleva — e-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5035-4382>

Ekaterina B. Usmanova — e-mail: usmanovakate@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4853-308X>

Evgeny A. Sushentsov — e-mail: crcspine@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3672-1742>

Denis I. Sofronov — e-mail: mdsofronov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9557-3685>

To cite this article: Shchelkova OYu, Iakovleva MV, Usmanova EB, Sushentsov EA, Sofronov DI. Psychological adaptation and quality of life of patients who underwent lower limb amputation due to cancer. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:1:79-94. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-79-94>.

Conflict of interest: Olga Yu. Shchelkova is a member of the editorial board.

Современная психологическая наука в целостной многоуровневой (биологической, психологической, социальной) функциональной системе психической адаптации человека [4, 5, 22] выделяет подсистему психологической адаптации, которая включает в себя комплекс приспособительных психологических образований, к числу которых относятся когнитивно-поведенческие стратегии преодоления стресса, внешние (социальные) и внутренние (психологические) ресурсы копинга, а также психологическая защита [11, 14]. К механизмам психологической адаптации в случае возникновения заболевания относят «внутреннюю картину болезни» и «тип отношения к болезни», так как в этих кон-

структах проявляется системный ответ личности на болезнь [8, 10].

Одновременно отношение пациента к своему заболеванию и социально-психологической ситуации, сложившейся в связи с ним, составляет существо субъективно-личностного компонента понятия качества жизни, связанного со здоровьем (КЖЗ) [32]. В теоретическом плане и концепция КЖЗ, и концепция психической адаптации строятся на основе биопсихосоциальной парадигмы в медицине и медицинской психологии [7]; в практическом плане изучение КЖЗ по сути означает изучение тех объективных ограничений, которые накладывает болезнь на функционирование больного, и тех субъективно-личностных

реакций, эмоциональных состояний, ценностно-мотивационных и поведенческих характеристик, которые формируются в условиях болезни и обеспечивают психологическую адаптацию личности к болезни.

В связи с этим возникает необходимость сочетанного изучения показателей КЖ пациента в условиях болезни и психологических механизмов адаптации к ней [24]. Это в значительной степени касается онкологических заболеваний в силу их хронического и жизнеопасного характера, тяжелого лечения и связанной с этим высокой стрессогенностью. Представляется, что именно при таких заболеваниях актуальным является выявление не только признаков нарушений психической адаптации [9], но и факторов, способствующих ее успешности, среди которых важное значение имеют личностные и средовые ресурсы преодоления стресса болезни [16, 18].

Особую категорию онкологических больных представляют пациенты, перенесшие ампутацию в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей нижней конечности. Эта категория пациентов в психологическом плане мало изучена, хотя очевидно, что они находятся в ситуации хронического интенсивного стресса, связанного с потерей конечности и с онкологическим заболеванием. В немногочисленных исследованиях показано снижение не только активности и трудоспособности больных после ампутации, но и психологической и социальной адаптации, а также КЖ в целом [21, 23, 25, 27, 28, 46]. Большинство же работ в этой области посвящено изучению мотивации ношения протеза после ампутации, которое улучшает мобильность и жизненное функционирование пациентов [31, 41, 47]. Очевидно, что область психологии больных, подвергающихся ампутации, требует дальнейшего изучения. Одним из направлений исследований может стать сравнение психологической адаптации и КЖ больных, перенесших ампутацию вследствие онкологического заболевания и других тяжелых соматических заболеваний и травм, не сопровождающихся, однако, актуальной витальной угрозой. Настоящее исследование нацелено на получение предварительных (в силу ограниченности выборки) данных в названном направлении и является продолжением серии работ авторов по изучению качества жизни пациентов с ортопедическими заболеваниями [19, 23, 25].

Цель: изучить клинико-психологический статус, стратегии и личностные ресурсы совладания со стрессом (копинг), а также основные параметры КЖ пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности (АНК) в связи с онкологическим заболеванием, проведя сравнительное исследование с группой госпитального контроля и с тестовой «нормой».

Задачи:

1) изучить основные клинические, социально-демографические характеристики и приверженность восстановительному лечению пациентов, перенесших АНК в связи с онкологическим забо-

леванием, в сравнении с пациентами, перенесшими ампутацию в связи с неонкологическим заболеванием;

2) выявить особенности качества жизни, личностные ресурсы и стратегии преодоления стресса болезни пациентов, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием, проведя сравнительный анализ с группой неонкологических больных, перенесших АНК, а также с нормативными психодиагностическими данными.

Материалы и методы

Методы исследования. В соответствии с задачами исследования для определения клинических, социальных и психологических особенностей, а также основных параметров КЖ пациентов двух клинических групп использовался комплекс методов клинической и психологической диагностики.

Клиническая диагностика наряду с другими медицинскими методами, применяемыми в ортопедии, включала использование ряда диагностических шкал. Для субъективной оценки выраженности болевых ощущений использовалась 10-градусная визуально-аналоговая шкала интенсивности боли VAS Pain (Visual Analogue Scale [42]). Для объективной врачебной оценки выраженности болевого синдрома использовалась пятибалльная шкала (0–4) [45]. Общее состояние пациента (10–100 баллов: от «очень тяжелое состояние» до «признаков заболевания и жалоб нет») оценивалось по шкале, предложенной D.A. Karnofsky [33]. Оценка функционального результата хирургического лечения (от 0 до 5 баллов) проводилась по шкале «Musculoskeletal Tumor Society» (MSTS) в позициях «Боль», «Функция», «Эмоциональное восприятие», «Применение дополнительных средств», «Ходьба», «Походка» [29].

Клинико-психологическая часть диагностического комплекса включала предварительную беседу, в ходе которой от каждого пациента было получено информированное согласие на участие в психологическом исследовании; использовалось также структурированное интервью для изучения социальных позиций пациентов, отношения к болезни и приверженности восстановительному лечению после операции.

Психометрическая часть комплекса включала следующие методики:

1. Тест-опросник «Стратегии совладающего поведения» (ССП) направлен на выявление способов психологического преодоления стрессовых и проблемных для личности ситуаций [6]. Методика СПП является адаптированным (с получением нормативных данных на отечественной выборке) опросником «Способы копинга» («The Ways of Coping Questionnaire» — WOSQ [34]), в основу которого положена когнитивная теория стресса и копинга. Опросник СПП содержит 8 шкал, соответствующих основным копинг-стратегиям. Результаты исследования с помощью методики СПП выражаются в стандартизованных Т-баллах при

среднем значении $M=50$ и стандартном отклонении $\delta=10$.

2. Личностный опросник «Большая пятёрка» (BIG V) [15], направленный на выявление индивидуально-психологических особенностей и структуры личности, основу которой, согласно «пятифакторной модели личности», составляют пять глобальных (универсальных и высоко обобщенных) факторов. Он адаптирован (с получением нормативных значений на отечественной выборке) [26].

3. Тест-опросник «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) [13] используется для выявления ценностно-мотивационной направленности личности и содержит две группы шкал. В первую группу входят шкалы, отражающие смыслжизненные ориентации, которые соотносятся с временной перспективой, а во вторую — шкалы, характеризующие внутренний локус контроля (интернальность), с которым осмысленность жизни тесно связана. Автором методики СЖО получены статистические характеристики шкальных оценок на отечественной нормативной выборке мужчин и женщин.

4. «Специализированный опросник качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30), разработанный Группой оценки качества жизни при Европейской организации лечения и исследования рака [30] и апробированный во многих международных [37] и отечественных [3, 20, 23, 25] исследованиях. Опросник состоит из общей шкалы, пяти функциональных шкал, трех симптоматических шкал и шести одиночных пунктов, отражающих отдельные соматические симптомы, а также финансовые затруднения, связанные с болезнью и лечением.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 25.0 и Excel XP. Различия количественных показателей психодиагностических методик, полученных в группе 1, с нормативными тестовыми показателями определялись с помощью одновыборочного Т-критерия; различия психодиагностических показателей между клиническими группами определялись с помощью однофакторного дисперсионного анализа ANOVA; был проведен частотный анализ градаций номинативных признаков с помощью χ^2 Пирсона.

Характеристика выборки. С помощью методов психологической и клинической диагностики исследовано 39 больных, находящихся на лечении в отделе общей онкологии НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. В соответствии с задачами исследования пациенты были разделены на две группы: группа 1 (основная) — пациенты, перенесшие АНК в связи с онкологическим заболеванием; группа 2 (контрольная) — пациенты, перенесшие АНК в связи с неонкологическим заболеванием. Таким образом, главным критерием разделения больных на группы 1 и 2 стало наличие в их актуальном статусе реальной витальной угрозы.

Группы были исследованы по широкому спектру клинических, социально-демографических и

психодиагностических характеристик (всего 97) в период восстановительного лечения и стационарного этапа реабилитации после АНК. Во всех случаях с помощью методов математической статистики определялись значимые различия между основной группой и контрольной группой.

В Табл. 1 представлены основные демографические характеристики пациентов, составивших группы сравнения.

Математико-статистический анализ выявил значимые различия между группами 1 и 2 по средним показателям возраста ($p=0,008$) и по частоте встречаемости лиц мужского и женского пола ($\chi^2=11,893$; $p=0,001$): в группе 2 средний возраст пациентов был больше и мужчины составили подавляющее большинство.

Социальные характеристики

Уровень образования пациентов основной группы превосходил соответствующий уровень пациентов контрольной группы: наибольшую ее часть составили лица с высшим (55,6%) и со средним специальным (33,3%) образованием; в группе 2 преобладали пациенты со средним специальным образованием (50,0%), доля лиц, имеющих высшее образование, составила 12,5%. Различия по этому показателю имеют тенденцию к статистической значимости ($\chi^2=4,832$; $p=0,089$).

На момент госпитализации в группе 1 и в группе 2 сохранили прежний профессиональный статус незначительное количество пациентов (12,5% и 13,3% соответственно); в обеих группах большинство пациентов утратило работоспособность в связи с основным заболеванием: в группе 1 процент лиц, имеющих I группу инвалидности составил 50,0%, II группу — 30,0%, III группу — 10%; в группе 2 50,0% пациентов имели II группу инвалидности, в этой группе существенно выше процент лиц, имеющих III (в т. ч. с правом работы) группу инвалидности — 50,0%. Различия между группами 1 и 2 по частоте встречаемости групп инвалидности статистически значимы ($\chi^2=7,817$; $p=0,050$). Таким образом, в группе лиц, ампутированных в связи с онкологическим заболеванием (основной), уровень образования оказался выше, а трудовой статус — ниже, чем в группе лиц, прошедших АНК в связи с неонкологическими заболеваниями.

Состоят в браке более половины пациентов, имеют детей более 60% пациентов в каждой группе. Различия между группами по этим показателям не значимы.

Клинические характеристики

Причиной АНК в группе 1 явились онкологические заболевания длинных костей и мягких тканей конечностей, среди которых преобладали остеосаркома костей бедра и голени, хондросаркома, липосаркома мягких тканей голени, саркома мягких тканей бедра и др. Причиной АНК в группе 2 стали разнообразные заболевания и патологические состояния: атеросклероз артерий нижних конечностей, хронический остеомиелит, са-

Таблица 1. Демографические характеристики изученных больных
Table 1. Demographic characteristics of the studied patients

Демографические характеристики	Группа 1 (n=24)		Группа 2 (n=15)	
	Чел.	%	Чел.	%
Пол: Мужчины	15	62,50	14	93,30
Женщины	9	37,50	1	6,70
Средний возраст (лет)	47,25±3,17		59,67±2,27	

Таблица 2. Средняя оценка выраженности болевого синдрома
Table 2. Mean values of the severity of pain syndrome

Шкалы	Группа 1 (n=24)		Группа 2 (n=15)		Значимость различий
	М	δ	М	δ	
Шкала VAS Pain	5,37	1,60	2,57	2,14	p=0,000
Шкала Watkins	1,79	0,79	0,64	0,84	p=0,000

Таблица 3. Функциональный результат по шкале MSTS
Table 3. Functional result on the MSTS scale

Характеристика	Группа 1 (n=24)		Содержательная интерпретация	Группа 2 (n=15)		Содержательная интерпретация	Значимость различий
	М	δ		М	δ		
Боль	3,20	0,92	Умеренная	4,43	0,54	Незначительная	p=0,006
Функция	0,90	0,74	Значительные ограничения	3,57	1,14	Восстанавливающаяся функция	p=0,000
Эмоциональное восприятие	3,20	1,48	Удовлетворительное	3,57	1,27	Удовлетворительное	–
Дополнительные средства	0,22	0,67	2 костыля или клюшки	3,43	2,07	Ортез	p=0,001
Ходьба	2,80	1,03	С ограничениями	4,43	0,79	Частичные ограничения	p=0,003
Походка	0,40	0,97	Выраженные нарушения	3,86	0,90	Заметна особенность	p=0,000

харный диабет, варикозное расширение вен нижних конечностей и венозный тромбоз; 3 человека перенесли АНК в связи с травмами.

В Табл.2 представлены средние значения субъективной оценки выраженности боли по визуально-аналоговой 10-градусальной шкале VAS Pain и средние значения экспертной оценки (лечащим врачом) выраженности болевого синдрома по шкале Watkins, а также значимость различий между группами 1 и 2.

Получены высоко статистически значимые различия между субъективной и объективной оценками выраженности боли в группах. В обоих случаях преобладали оценки пациентов основной группы. При этом значение шкалы Watkins в группе 1 соответствовало градации «Постоянный прием ненаркотических анальгетиков», в группе 2 — «Периодический прием ненаркотических анальгетиков».

Средняя оценка общего состояния пациентов по 100-балльной шкале Karnofski в группе 1 составила 76,00±3,06 баллов (соответствует градации «обслуживает себя полностью, но нетрудоспособен»); в группе 2 — 82,50±6,48 (соответствует градации «сохраняет активность с трудом, есть симптомы»); различия между группами статистически не значимы.

В Табл. 3 представлен функциональный результат лечения по шкале MSTS (экспертная оценка врача).

По пяти из шести позиций, характеризующих функциональный результат лечения и реабилитации после АНК по шкале MSTS, получены высоко статистически значимые различия между сравниваемыми группами больных. Во всех случаях функциональный результат оказался хуже в группе больных с онкологической патологией (группа 1).

Таким образом, анализ формализованных показателей общего состояния пациентов, выраженности болевого синдрома и качества функционального результата лечения и реабилитации больных, перенесших АНК, показал существенное снижение изученных показателей в группе больных с онкологическим поражением костей и мягких тканей нижних конечностей по сравнению с группой больных с другими хроническими соматическими заболеваниями и травмами.

Результаты психологического исследования

Приверженность лечению

С помощью структурированного интервью были проанализированы психосоциальные компоненты послеоперационного лечения — комплаентность пациента и взаимоотношения с лечащим врачом. Результаты частотного анализа показали, что большинство пациентов обеих групп проходят все необходимые обследования, строго и «в основном» выполняют назначения врача, касающиеся лекарственного лечения; проявляют заинтересованность в получении информации о болезни, прогнозе, методах лечения, и по этим пунктам интервью («Отношение к обследованиям», «Отношение к приему препаратов», «Поиск информации о болезни и лечении») статистически значимых различий между группами не выявлено.

В то же время отношение к рекомендациям врача по соблюдению режима и ограничению физической активности, а также взаимоотношения с лечащим врачом имеют близкие к статистической значимости различия между группами. Так, в группе 1 большинство пациентов следует предписанному режиму строго (60,0%) и в основном (40,0%); в группе 2 следуют рекомендациям врача строго лишь 12,5%, в основном — 75,0%, а 12,5% больных начинают соблюдать рекомендованный режим, только «когда становится плохо» ($\chi^2=4,809$; $p=0,090$). При анализе характера взаимоотношений с лечащим врачом выявлено, что в группе 1 эти отношения характеризуют как доверительные 80,0% больных; как эмоционально нейтральные — 20,0% больных; в группе 2 большинство пациентов (62,5%) имеет нейтральные («нормальные») взаимоотношения с врачом и 37,5% — доверительные ($\chi^2=3,378$; $p=0,066$).

Таким образом, при в целом комплаентном отношении пациентов к стационарному лечению и реабилитации после АНК в группе пациентов с онкологической патологией выявлена большая приверженность рекомендациям врача по соблюдению режима и ограничению физической активности, также в этой группе чаще встречаются доверительные отношения с лечащим врачом, чем в группе больных, страдающих другими хроническими соматическими заболеваниями.

Копинг-стратегии

Стратегии копинга (стресс-преодолевающего поведения) изучались с помощью тест-опросника ССП. В Табл.4 приведены статистические харак-

теристики его шкал для пациентов двух клинических групп, а также нормативные данные, полученные авторами адаптации методики на российской выборке ($n=1627$) [6]. В соответствии с задачами исследования показаны статистически значимые различия между пациентами, перенесшими АНК в связи с онкологической (группа 1) и неонкологической (группа 2) патологией, а также различия между группой 1 и тестовой «нормой».

При анализе показателей ССП выявлены статистически значимые различия между двумя сравниваемыми группами больных по шкале «Положительная переоценка», а также тенденции к статистически значимым различиям по шкалам «Дистанцирование» и «Бегство-избегание». Во всех случаях средние шкальные оценки преобладали в группе 1 по сравнению с группой 2. Таким образом, пациентам, перенесшим АНК в связи с опухолевым заболеванием, в большей степени, чем неонкологическим больным после АНК свойственно использование когнитивных и поведенческих приемов снятия эмоционального напряжения в связи со стрессом болезни: таких как 1) придание объективно неблагоприятной ситуации положительного смысла, связанного с получением нового опыта или посттравматическим личностным ростом («Положительная переоценка»), 2) обесценивание ситуации, мысленное переключение на приятные или нейтральные темы («Дистанцирование»), 3) «уход» от реальности, в т. ч. с использованием медикаментозных средств (снотворных) («Бегство-избегание»).

Анализ структуры копинга пациентов двух групп показывает, что в группе 1 первое ранговое место занимает шкала «Поиск социальной поддержки», предполагающая использование внешнего ресурса для совладания с жизненными трудностями, вызванными ситуацией болезни и лечения; в группе 2 максимальную среднюю оценку имеет шкала «Принятие ответственности». В то же время необходимо отметить, что все шкалы ССП, составляющие «профиль» копинг-поведения пациентов обеих групп, располагаются ниже средненормативного уровня (50 Т-баллов), а показатели некоторых шкал находятся за пределами нижней границы нормативного диапазона или приближаются к ней (40 Т-баллов). Это свидетельствует об общем невысоком уровне использования сознательно выбранных способов совладания со стрессом больных, перенесших АНК, по сравнению со «средней нормой».

Сравнительный анализ показателей ССП в группе 1 и в нормативной выборке выявил статистически значимые и близкие к ним различия по тем же шкалам, что и при сравнении групп 1 и 2: «Дистанцирование», «Бегство-избегание», «Положительная переоценка». Однако в этом случае среднegrupповые показатели пациентов оказались ниже нормативных. Снижение показателей стратегий, направленных на когнитивное отстранение от проблемы, преуменьшение ее значимости («Дистанцирование») или на снятие напряжения, вызванного стрессогенной ситуацией, пу-

Таблица 4. Статистические характеристики шкальных оценок методики ССП пациентов двух клинических групп и здоровых
Table 4. WCQ mean values in patients of two clinical groups and a healthy sample

Шкалы методики ССП	Группа 1		Группа 2		Значимость различий	Норма (N)		Т-критерий и значимость различий (между группой 1 и нормой)
	М	δ	М	δ		М	δ	
Конфронтация	47,41	6,23	43,38	18,61		50,00	10,00	–
Дистанцирование	45,41	9,70	36,25	12,44	p=0,056	50,00	10,00	T=-1,950 p=0,069
Самоконтроль	47,59	13,71	42,38	13,21		50,00	10,00	–
Поиск социальной поддержки	49,94	10,45	40,88	8,74		50,00	10,00	–
Принятие ответственности	47,77	9,97	48,87	18,47		50,00	10,00	–
Бегство-избегание	44,82	9,06	37,87	10,11	p=0,098	50,00	10,00	T=-2,355 p=0,032
Планирование решения проблемы	47,41	10,21	43,13	11,83		50,00	10,00	–
Положительная переоценка	40,18	16,09	26,25	2,66	p=0,025	50,00	10,00	T=-2,518 p=0,023

Таблица 5. Статистические характеристики шкальных оценок методики BIG V пациентов двух клинических групп и здоровых
Table 5. The BIG V questionnaire mean values in patients of two clinical groups and a healthy sample

Шкалы методики BIG V	Группа 1		Группа 2		Значимость различий	Норма		Т-критерий и значимость различий (между группой 1 и нормой)
	М	δ	М	δ		М	δ	
Экстраверсия	29,83	4,38	27,63	7,35		27,90	4,50	T=1,872 p=0,079
Самосознание, организованность	34,33	4,90	27,88	6,51	p=0,010	26,60	5,70	T=6,697 p=0,000
Сотрудничество	32,11	5,75	29,00	4,47		32,90	3,40	–
Эмоциональная стабильность	27,61	6,18	24,88	4,12		24,40	5,50	T=2,206 p=0,041
Личностные ресурсы	29,50	6,88	24,38	6,80	p=0,091	31,00	4,30	–

Прим. Распределение средних шкальных оценок методики BIG V [26].

Note. Distribution of the average scale values of the BIG V questionnaire [26].

тем использования поведенческих приемов и лекарственных средств («Бегство-избегание»), свидетельствует о том, что лица, перенесшие АНК в связи с онкологическим заболеванием, в большей степени, чем здоровые, настроены на активное и сознательное преодоление жизненных проблем (реже прибегают к неконструктивным стратеги-

ям ухода от проблемы). Одновременно результаты методики ССП показывают, что по сравнению со здоровыми лицами пациенты, перенесшие АНК, в стрессогенных ситуациях в меньшей степени готовы находить в них положительные стороны, связанные с получением нового опыта, саморазвитием («Положительная переоценка»).

Базисные черты личности

Изучение базисных черт личности проводилось с помощью опросника «Большая пятерка» (BIG V). В Табл.5 приведены результаты сопоставления его средних шкальных оценок у пациентов группы 1 и группы 2, а также различия между группой 1 и тестовой «нормой», полученной на российской выборке (n=131 чел.) [26].

Статистически значимые и близкие к ним различия между группами 1 и 2 получены по средним оценкам шкал «Самосознание, организованность» и «Личностные ресурсы»: в обоих случаях преобладали оценки пациентов группы 1. Этот результат свидетельствует о том, что пациенты, перенесшие АНК в связи с онкологическим заболеванием, в большей степени, чем пациенты, ампутированные в связи с другими хроническими соматическими заболеваниями, оценивают себя как целеустремленных, организованных, дисциплинированных, ответственных людей, склонных добиваться поставленной цели, не подвергаясь влиянию отвлекающих факторов. Одновременно пациенты группы 1 больше, чем пациенты группы 2, ориентированы на поиск новой информации, более заинтересованы в самосовершенствовании и в получении нового опыта, более толерантны к новому, менее привержены стереотипам.

Полученному результату сравнительного анализа соответствует сопоставление средних оценок названных шкал в каждой из клинических групп с распределением средних шкальных оценок методики BIG V в нормативной выборке (прим. к табл. 5): в группе 1 показатель шкалы «Самосознание, организованность» находится на уровне «Выше среднего», в группе 2 — на среднем уровне; в группе 1 показатель шкалы «Личностные ресурсы» соответствует верхней границе значения «Ниже среднего» и приближается к средним значениям, в группе 2 — полностью соответствует значению «Ниже среднего».

Определенные различия между группами 1 и 2 выявлены также при рассмотрении соотношения показателей отдельных шкал методики BIG V («профиля личности») в каждой группе. В группе 1 показатели практически всех шкал представлены на уровне средних значений; исключение составляет шкала «Самосознание, организованность, показатель которой соответствует значению «Выше среднего». Полученный результат свидетельствует о хорошей сбалансированности и умеренной выраженности отдельных черт в структуре личности при преобладании волевых характеристик организованности и целеустремленности. В группе 2 три из пяти шкал методики BIG V имеют средние значения, а шкалы «Сотрудничество» (готовность к кооперации, доброжелательное и открытое отношение к людям) и «Личностные ресурсы» — значения «Ниже среднего».

Следующий этап анализа предполагал сравнение шкальных оценок методики BIG V, полученных в группе 1, с нормативными данными. Табл. 5 показывает, что статистически значимые и близкие к ним различия получены по шкалам «Экс-

траверсия», «Самосознание, организованность», «Эмоциональная стабильность». Во всех случаях показатели пациентов оказались выше, чем средненормативные: больные, перенесшие ампутацию в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей нижней конечности, более открыты и общительны, более организованные и целеустремленные, более эмоционально стабильны (менее нейротичны), чем «средняя норма».

Смысложизненные ориентации

Методика СЖО использовалась в настоящем исследовании для характеристики ценностно-мотивационной направленности личности, связанной с осознанием смысла жизни, а также для выявления личностных ресурсов преодоления жизненных трудностей («внутренних» копинг-ресурсов). Как и в случае других психодиагностических опросников (ССП и BIG V), в Табл.6–8 показаны статистически значимые различия между пациентами, перенесшими АНК в связи с онкологической (группа 1) и неонкологической (группа 2) патологией, а также различия между группой 1 и тестовой «нормой». Разница состоит в том, что автор методики представил средненормативные значения шкальных оценок СЖО отдельно по выборкам российских мужчин (n=100) и женщин (n=100) [13]. Соответственно, сравнение оценок пациентов группы 1 с «нормой» проводилось отдельно в подгруппах пациентов разного пола.

Статистически значимые различия между группой 1 и группой 2 получены по показателям методики СЖО, характеризующим отношение пациентов к временной перспективе: оценки шкал СЖО пациентов группы 1 выше. Полученный результат показывает, что лица, перенесшие АНК в связи с онкологической патологией, по сравнению с пациентами без онкологического диагноза, имеют более определенные, наполненные более глубоким смысловым содержанием «цели в жизни», более удовлетворены ее эмоциональной насыщенностью и смысловой наполненностью в настоящем («процесс»), а также пройденным отрезком жизни, его осмысленностью, продуктивностью и самореализацией («результативность»).

В Табл.7 приведены результаты сравнительного анализа показателей методики СЖО мужчин клинической группы 1 и тестовой «нормы», полученной на российской выборке мужчин.

Было установлено, что показатели смысловых ориентаций мужчин, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием, вполне соответствуют нормативным данным: из пяти показателей методики СЖО только по одному выявлена тенденция к статистически значимым различиям — уровень интернальности («локус контроля — Я»), способности и готовности брать на себя ответственность за события собственной жизни в группе пациентов оказался выше, чем в нормативной выборке.

В Табл.8 приведены результаты сравнительного анализа показателей методики СЖО женщин клинической группы 1 и тестовой «нормы», полученной на российской выборке женщин.

Шкалы методики BIG V	Значения шкальных оценок				
	Низкие	Ниже среднего	Средние	Выше среднего	Высокие
Экстраверсия	≥ 22	23–26	27–30	31–34	≤ 35
Самосознание	≥ 18	19–21	22–30	31–35	≤ 36
Сотрудничество	≥ 29	30–31	32–36	37–38	≤ 39
Эмоциональная стабильность	≥ 14	15–18	19–27	28–32	≤ 33
Личностные ресурсы	≥ 22	23–29	30–34	35–37	≤ 38

Таблица 6. Статистические характеристики шкальных оценок методики СЖО пациентов двух клинических групп

Table 6. The PIL Test mean values of patients in two clinical groups

Шкалы методики СЖО	Группа 1		Группа 2		Значимость различий
	М	δ	М	δ	
Цели в жизни	30,79	4,86	24,88	3,56	p=0,005
Процесс жизни	31,05	5,73	24,75	4,06	p=0,009
Результативность жизни	26,00	5,70	19,00	3,78	p=0,004
Локус контроля — Я	25,95	6,71	26,75	5,80	–
Локус контроля — жизнь	32,57	8,83	31,00	5,12	–

Таблица 7. Статистические характеристики шкальных оценок методики СЖО у мужчин клинической группы 1 и здоровых

Table 7. The PIL Test mean values in men of group 1 and healthy men

Шкалы методики СЖО	Группа 1		Норма		Т-критерий и значимость различий
	М	δ	М	δ	
Цели в жизни	31,86	4,60	32,90	5,92	–
Процесс жизни	33,71	7,23	31,09	4,44	–
Результативность жизни	28,29	6,68	25,46	4,30	–
Локус контроля — Я	24,57	4,20	21,13	3,85	2,169 p=0,073
Локус контроля — жизнь	32,57	8,83	30,14	5,80	–

Таблица 8. Статистические характеристики шкальных оценок методики СЖО у женщин клинической группы 1 и здоровых

Table 8. The PIL Test mean values in women of group 1 and healthy women

Шкалы методики СЖО	Группа 1		Норма		Т-критерий и значимость различий
	М	δ	М	δ	
Цели в жизни	30,17	5,10	29,38	6,24	–
Процесс жизни	29,50	4,25	28,80	6,14	–
Результативность жизни	24,67	4,87	23,30	4,95	–
Локус контроля — Я	26,75	7,89	18,58	4,30	3,588 p=0,004
Локус контроля — жизнь	32,00	4,40	28,70	4,30	–

У женщин клинической группы 1 все показатели методики СЖО превышают соответствующие показатели нормативной группы, что свидетельствует о ценностно-смысловой наполненности жизни пациенток, перенесших АНК в связи с онкологической патологией. Однако статистически значимые различия получены по одному показателю: в клинической группе как женщин, так и мужчин показатель интернальности личности («локус-контроля — Я») превосходит соответствующий показатель тестовой «нормы», отражая их ощущение способности управлять значимыми событиями жизни и нести за них ответственность.

Качество жизни, связанное со здоровьем

Основные параметры КЖЗ пациентов основной и контрольной групп изучались с помощью «Специализированного опросника качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30), и хотя пациенты, составившие группу 2, страдают другой (неонкологической) патологией, оценива-

емые параметры КЖ релевантны их состоянию, так как отражают объективные ограничения и субъективно-личностное отношение, связанные с тяжелым соматическим заболеванием. В Табл.9 приведены результаты сопоставления общего показателя КЖЗ, показателей функциональных и симптоматических шкал опросника QLQ-C30 в двух группах больных, перенесших АНК.

Общий показатель КЖЗ в обеих группах соответствует среднему уровню; статистически значимых различий по показателям функциональных шкал между группами не выявлено. В каждой группе пациенты наиболее высоко оценивают такие аспекты жизни в условиях болезни, как когнитивная и эмоциональная активность, наиболее низко — общую физическую и ролевую активность, недостаточность которых проявляется в невозможности поддерживать прежний уровень и частоту межличностного общения с референтным

Таблица 9. Статистические характеристики шкальных оценок методики QLQ C-30 у пациентов двух клинических групп
Table 9. The QLQ C-30 mean values in patients of two clinical groups

Шкалы опросника QLQ C-30		Группа 1		Группа 2		Значимые различия
		М	δ	М	δ	
QL-2	Общая оценка качества жизни	47,37	17,18	51,28	26,53	–
Функциональные шкалы						
PF-2	Физическая активность	54,73	30,27	55,39	22,01	–
RF-2	Ролевая активность	39,47	37,77	57,69	33,36	–
EF	Эмоциональная активность	74,12	20,01	67,30	25,56	–
CF	Когнитивная активность	78,07	19,29	74,35	25,11	–
SF	Социальная активность	51,75	29,34	64,10	28,74	–
Симптоматические шкалы						
FA	Слабость	52,04	24,58	36,75	19,45	p=0,071
NV	Тошнота и рвота	8,77	14,02	8,97	18,77	–
PA	Боль	50,88	31,66	32,05	27,60	p=0,093
DY	Одышка	15,79	23,22	35,90	31,80	p=0,047
SL	Нарушения сна	43,86	24,98	30,77	31,81	–
AP	Потеря аппетита	33,33	27,21	33,33	30,43	–
CO	Констипация	22,81	33,43	28,21	35,61	–
DI	Диарея	8,77	18,73	15,38	25,87	–
FI	Финансовые затруднения	43,86	31,53	46,15	28,99	–

Примечание: шкалы опросника QLQ C-30 нормированы; максимальная оценка по каждой шкале — 100. Шкалы имеют разную направленность: в функциональных шкалах более высокая оценка соответствует более высокому уровню КЖ в условиях болезни; в симптоматических шкалах и одиночных пунктах, напротив, более высокому уровню КЖ соответствует меньшая шкальная оценка.

Note. The QLQ C-30 questionnaire scales are standartized; the maximum score for each scale is 100. In functional scales, a higher score corresponds to a higher QoL level; in symptomatic scales and single items, on the contrary, a higher QoL level corresponds to lower scale indexes.

окружением и выполнять свои ролевые функции в значимых сферах жизни (семья, работа и др.).

Статистически значимые и близкие к ним различия между группами получены по показателям трех симптоматических шкал: слабость и болевые ощущения в большей степени беспокоят и ограничивают жизненное функционирование пациентов группы 1, одышка — пациентов группы 2. Пациенты обеих групп в наибольшей степени не удовлетворены изменением своего финансового положения в связи с болезнью, а также повышенной утомляемостью и другими астеническими проявлениями. В целом полученный «профиль» КЖ, построенный на основе субъективной оценки общего состояния здоровья и ограничений жизнедеятельности, связанных с болезнью, по экспертной оценке, не вполне соответствует объективно оцениваемому состоянию здоровья и функциональных возможностей больных — превосходит его.

Обсуждение результатов

Настоящее психологическое исследование проведено в рамках инновационного направления современной медицины — онкологической ортопедии, занимающейся лечением пациентов с опухолями опорно-двигательного аппарата. Актуальность направления обусловлена распространенностью и инвалидизирующим характером онкоортопедической патологии: в России на 100 тыс. населения заболеваемость саркомами костей составляет 1,03, саркомами мягких тканей — 1,81. В 60–70% случаев у всех онкологических больных развиваются метастазы в кости, которые также требуют онкоортопедической поддержки, а это около 1 млн. больных в год [2].

Современные протоколы лечения больных с саркомами костей высокой степени злокачественности позволяют достигать выживаемости до 75%. Учитывая благоприятный прогноз, пациенты с опухолями опорно-двигательного аппарата нуждаются в разработке актуальных программ функциональной, социальной и психологической реабилитации для улучшения КЖ и адаптации в обществе. При этом во всех современных исследованиях КЖЗ обсуждаются не только клинические и социальные аспекты существования пациента в ситуации онкологического заболевания; акцент делается на субъективно-личностном, смысловом плане переживания болезни и психологическом совладании с ним [7, 18].

В соответствии с этим коллективом авторов — сотрудников СПбГУ и НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина — предложена психосоциальная модель качества жизни онкологических больных после АНК [25]. Реализация этой модели, интегрирующей объективные показатели общего физического и функционального состояния больных после ампутации, а также субъективные показатели КЖ, индивидуально-типологические и социально-психологические характеристики па-

циентов, может создать основу для внедрения в клинику программ психологического сопровождения больных в предоперационном, послеоперационном и реабилитационном периодах. В методологическом плане предложенная интегративная модель предполагает сочетанный анализ механизмов психологической адаптации к болезни и субъективной оценки КЖЗ [24] и может быть применена для исследования пациентов с другими тяжелыми хроническими заболеваниями [14]. Эмпирическая проверка этой модели на одной из самых сложных групп онкоортопедических больных составила одну из задач настоящего исследования.

Онкологические больные, перенесшие АНК, представляют особый класс больных, в чьем личностно-психологическом статусе отражаются и витальная угроза, связанная с заболеванием, и последствия калечащей операции. Стрессогенность ситуации обязывает психологов и врачей не только находить и купировать патологические изменения в этом статусе, но и выявлять «опоры» реабилитации, так как современные принципы терапии во многом ориентированы на мобилизацию и активацию резервов больного человека. Именно в этом ключе выполнено настоящее исследование, целью которого было определение стратегий и личностных ресурсов психологической адаптации личности к болезни и КЖ больных, перенесших АНК, — онкологических в сопоставлении с больными без онкологического диагноза, а также в сравнении с тестовой «нормой», полученной на российской выборке здоровых лиц.

Исследование показало, что построенный на основе субъективной оценки состояния здоровья и ограничений жизнедеятельности, связанных с болезнью, «профиль» КЖ онкологических больных после ампутации не вполне соответствует (превосходит) объективной оценке состояния здоровья и функциональных возможностей больных (показателям общего состояния по шкале Karnofski, выраженности болевого синдрома по шкале Watkins, функциональному результату лечения по шкале MSTs). Такой результат, по видимому, обусловлен действием механизмов психологической защиты как признанных способов психологической адаптации личности к стрессу и согласуется с мнением [17] о типичных для больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой способах психологической защиты, среди которых ведущую роль занимают вытеснение субъективно значимых отрицательных переживаний и уход от проблем.

В настоящем исследовании выявлено статистически значимое преобладание копинг-стратегий «Дистанцирование» (от проблемы) и «Бегство-избегание», а также «Положительная переоценка» (негативного события) в группе перенесших АНК онкологических больных по сравнению с больными без онкологического диагноза. В немногочисленных зарубежных исследованиях онкологических больных после ампутации также показано взаимовлияние оценки КЖ и особенностей ко-

пинга [43]. Несоответствие субъективной хорошей оценки КЖ и объективной оценки состояния здоровья и жизненных возможностей онкологических больных, перенесших АНК, косвенно подтверждается их большей по сравнению с контрольной группой комплаентностью и эмоциональной привязанностью к лечащему врачу, так как в специально проведенных исследованиях показано, что ухудшение КЖ значительно влияет на приверженность восстановительному лечению после ампутации [40].

Изучение личностных ресурсов копинга в группе онкологических больных, перенесших АНК, подтвердило возможность посттравматического личностного роста у таких пациентов, отмеченную в ряде исследований [39, 44]. В «профиле» личности пациентов этой группы среди других базисных черт преобладает «самосознание, организованность»: соответствующий показатель выше средних нормативных значений; по сравнению с контрольной группой повышен также показатель «личностные ресурсы», отражающий стремление пациентов к изменению ситуации, поиску нового. Получены значимые различия с пациентами неонкологического профиля по отношению к временной перспективе: в группе онкологических больных выявлена большая удовлетворенность смысловой наполненностью своего прошлого, настоящего и будущего; кроме того, выявлено преобладание показателей интернальности («Локус контроля — Я») при сопоставлении с нормативными данными мужчин и женщин. Полученные результаты могут быть осмыслены в контексте высказывания о том, что пациенты после ампутации подвергаются огромному стрессу, боли и переживанию горя, однако у них есть большая надежда на восстановление независимости после ампутации [38].

Таким образом, результаты настоящего исследования подтвердили необходимость сочетанного изучения механизмов психологической адаптации и КЖ онкоортопедических больных, так как их показатели потенцируют и конкретизируют друг друга, позволяя увидеть целостную картину существования личности в условиях жизнеопасного заболевания и перенесенной ампутации. Исследования в этом направлении будут продолжены для накопления числа наблюдений.

В перспективе можно выделить еще одно направление психологических исследований в области хирургической онкоортопедии. Таковым может стать сопоставление психологического статуса и КЖ онкологических пациентов, перенесших калечащую операцию АНК и органосохраняющую операцию изолированной регионарной химиотерапевтической перфузии, позволяющую локально воздействовать на пораженную опухолью область с помощью очень высоких концентраций химиопрепаратов без системных побочных эффектов [1, 35]. Вопреки ожиданиям первые сопоставительные исследования не показали убедительных различий КЖ пациентов после ампутаций и после перфузий [20, 36].

Заключение

Основные результаты, полученные при реализации задач настоящего исследования, позволяют сделать выводы, которые, однако, являются предварительными, требующими проверки на увеличенной выборке пациентов и в динамике лечебно-реабилитационного процесса.

1. Общее физическое состояние, функциональные возможности и выраженность болевого синдрома после АНК, измеренные с помощью используемых в онкоортопедии клинических шкал, имеют худшие значения в группе больных с онкологическим поражением костей и мягких тканей нижних конечностей по сравнению с группой пациентов с другими хроническими соматическими заболеваниями и травмами.

2. Социальные характеристики в сравниваемых группах пациентов в целом сопоставимы, однако в группе лиц, перенесших ампутацию в связи с онкологическим заболеванием, уровень образования выше, а трудовой статус — ниже, чем в группе лиц, прошедших АНК в связи с неонкологическими заболеваниями.

3. Приверженность послеоперационному лечению и реабилитации в условиях стационара в обеих группах больных достаточно высока; особенно это касается лекарственного комплаенса. Несмотря на большую приверженность рекомендациям врача по соблюдению режима и ограничению физической активности, а также более доверительные отношения с лечащим врачом выявлены в группе онкологических больных.

4. При изучении механизмов психологической адаптации к болезни установлено, что уровень «профиля» совладающего поведения обеих групп больных, перенесших АНК, несколько ниже среднего нормативного уровня: пациенты реже используют спектр сознательно выбранных копинг-стратегий по сравнению со «средней нормой».

5. В структуре копинга пациентов, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием, первое ранговое место занимает копинг «Поиск социальной поддержки», направленный на привлечение внешнего ресурса совладания со стрессом болезни. В этой группе по сравнению с неонкологическими больными преобладают когнитивные и поведенческие стратегии снятия эмоционального напряжения в связи со стрессом болезни «Дистанцирование» и «Бегство-избегание», а также стратегия «Положительная переоценка», показатели которых, однако, значительно ниже средних нормативных значений.

6. Анализ психологических («внутренних») ресурсов совладания со стрессом болезни показал, что в структуре личности больных, перенесших АНК в связи с онкологической патологией, в большей степени, чем пациентов, подвергшихся ампутации в связи с другими хроническими соматическими заболеваниями, представлены черты целеустремленности, организованности, дисциплинированности, ответственности, а также стремление к самосовершенствованию и получе-

нию нового опыта: в основной группе показатели шкал «Самосознание» и «Личностные ресурсы» выше соответствующих показателей контрольной группы; при этом показатель шкалы «Самосознание» соответствует значению «Выше среднего» в системе нормативного распределения шкальных оценок методики BIG V.

7. При исследовании ценностно-смысловой сферы личности в группе больных, перенесших ампутацию в связи с онкологическим заболеванием, по сравнению с пациентами без онкологического диагноза выявлены более определенные, наполненные более глубоким смысловым содержанием жизненные цели; большая удовлетворенность эмоциональной насыщенностью и смысловой наполненностью жизни в настоящем, а также большая удовлетворенность пройденным отрезком жизни, его осмысленностью и продуктивностью, отраженные в показателях методики СЖО «Цели в жизни», «Процесс жизни», «Результативность жизни».

8. В группе как мужчин, так и женщин, перенесших ампутацию в связи с онкологическим заболеванием, показатель интернальности (шкала «Локус-контроля — Я» методики СЖО) превосходит соответствующий показатель в нормативных выборках мужчин и женщин, объективируя тем самым ощущение способности управлять значи-

мыми событиями жизни и нести за них ответственность, свойственное этой группе пациентов.

9. Субъективная оценка КЖЗ в двух группах больных, перенесших АНК, по общему показателю и основным параметрам не различается: пациенты каждой группы наиболее высоко оценивают такие аспекты жизни в условиях болезни, как когнитивная и эмоциональная активность; наиболее низко — физическая и ролевая активность, а также финансовое положение. Среди симптомов, ограничивающих жизненное функционирование, пациенты обеих групп особо выделяют астенические проявления («слабость»); различия между группами определены по трем симптоматическим шкалам: слабость и болевые ощущения в большей степени беспокоят пациентов с онкологической патологией, одышка — больных другими хроническими соматическими заболеваниями.

В завершение хочется выразить уверенность в том, что, несмотря на предварительный характер результатов исследования, полученная психологическая информация уже сейчас может быть интегрирована в общую схему лечения и реабилитации онкоортопедических больных.

Исследование поддержано грантом РФФИ Рег. № 20-013-00573.

This research was supported by the Russian Foundation for Basic Research (RFBR), grant № 20-013-00573.

Литература / References

1. Алиев М.Д., Долгушин Б.И., Демидов Л.В. и др. Опыт использования методики изолированной региональной химиотерапевтической перфузии конечностей. Поволжский онкологический вестник. 2012;2:35–44.
Aliiev MD, Dolgushin BI, Demidov LV et al. The experience of using the technique of isolated regional chemotherapeutic limb perfusion. Povolzhskii onkologicheskii vestnik. 2012;2:35–44. (In Russ.).
2. Алиев М.Д., Сушенцов Е.А. Современная онкоортопедия. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2012;4:3–10.
Aliiev MD, Sushentsov EA. Oncoorthopedics today. Sarkomy kostei, myagkikh tkanei i opukholi kozhi. 2012;4:3–10. (In Russ.).
3. Белозер А.С., Дорофейков В.В., Петрова Н.Н. Влияние аффективных и нейрокогнитивных нарушений на качество жизни у больных раком яичников. Ученые записки ун-та им. П.Ф. Лесгафта. 2019;5(171):410–418.
Belozher AS, Dorodeykov VV, Petrova NN. Influence of affective and neurocognitive disorders on the quality of life in patients with ovarian cancer. Uchenye zapiski un-ta im. P.F. Lesgafta. 2019;5(171):410–418. (In Russ.).
4. Березин М.А., Вассерман Л.И. Системный подход и теория функциональных систем в изучении психической адаптации как медико-психологической проблемы. В кн.: Медицинская психология в практическом здравоохранении. СПб.: Изд. дом СПбМАПО. 2003:29–34.
Berebin M.A., Vasserman L.I. Sistemnyj podhod i teoriya funkcional'nyh sistem v izuchenii psichicheskoy adaptatsii kak mediko-psihologicheskoy problemy. V kn.: Medicinskaya psihologiya v prakticheskom zdravooohranenii. SPb.: Izd. dom SPbMAPO. 2003:29–34. (In Russ.).
5. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука. 1988.
Berezin F.B. Psichicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka. L.: Nauka. 1988. (In Russ.).
6. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. и др. Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения. В кн.: Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. Коллект. моногр. Науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт. 2014:323–345.
Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Psychological diagnosis of stress coping behavior. V kn.: Psihologicheskaya diagnostika sovladayushchego so stressom povedeniya. V kn.: Psihologicheskaya diagnostika rasstrojstv emocional'noj sfery i lichnosti. Kollekt. monogr. Nauch. red. L.I. Vasserman, O.Yu. Shchelkova. SPb.: Skifiya-print. 2014:323–345. (In Russ.).
7. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования связанного со здоровьем качества жизни. В кн.: Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. Коллект. моногр. Науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт. 2014:323–345. (In Russ.).

- серман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт. 2014:30–43.
- Vasserman L.I., Trifonova E.A. Metodologiya issledovaniya svyazannogo so zdorov'em kachestva zhizni. V kn.: *Psikhologicheskaya diagnostika rasstrojstv emocional'noj sfery i lichnosti*. Kollekt. monogr. Nauch. red. L.I. Vasserman, O.Yu. Shchelkova. SPb.: Skifiya-print. 2014: 30–43. (In Russ.)
8. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. СПб.: Сенсор. 1999.
Iovlev B.V., Karpova E.B. *Psikhologiya otnoshenii. Kontseptsiya V.N. Myasishcheva i meditsinskaya psikhologiya*. SPb.: Sensor. 1999. (In Russ.)
 9. Караваева Т.А. Стрессовые и адаптационные расстройства, развивающиеся в связи с онкологическими заболеваниями. В кн.: *Онкопсихология для врачей и медицинских психологов. Руководство*. Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб.: Изд-во АНО «Вопросы онкологии». 2018:218–226.
Karavaeva T.A. *Stressovye i adaptatsionnye rasstroistva, razvivayushchiesya v svyazi s onkologicheskimi zabolevaniyami*. V kn.: *Onkopsikhologiya dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov. Rukovodstvo*. Red. A.M. Belyaev, V.A. Chulkova, T.Yu. Semiglazova, M.V. Rogachev. SPb.: Izd-vo ANO «Voprosy onkologii». 2018:218–226. (In Russ.)
 10. Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Подсадный С.А. и др. Медицинская психология и реабилитация: история и современность. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. 2001;137:203–210.
Karvasarskiy B.D., Nazyrov R.K., Podsadnyy S.A. et al. *Medical psychology and rehabilitation: history and modernity. Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i kachestvo zhizni*. 2001;137:203–210. (In Russ.)
 11. Коцюбинский А.П. Биопсихосоциальная модель шизофрении. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. 2001;137:230–241.
Kotsyubinskiy A.P. *Biopsychosocial model of schizophrenia. Psikhosotsial'naya reabilitatsiya i kachestvo zhizni*. 2001;137:230–241. (In Russ.)
 12. Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл. 2006.
Leont'ev D.A. *Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO)*. 2-e izd Moscow: Smysl. 2006. (In Russ.)
 13. Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа. Вестник Южно-Уральского гос. ун-та. Серия «Психология». 2017;10(1):121–138.
Mikhaylichenko T.G., Shchelkova O.Yu. *Methodology of studying psychological adaptation of patients with autoimmune liver diseases while waiting for transplantation*. Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gos. un-ta. Seriya «Psikhologiya». 2017;10(1):121–138. (In Russ.). doi:10.14529/psy170112
 14. Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования. пер. с англ. М.: Аспект-Пресс. 2001.
Pervin L., John O. *Psikhologiya lichnosti: teoriya i issledovaniya*. per. s angl. M.: Aspekt-Press. 2001. (In Russ.)
 15. Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Карицкий А.П. и др. К исследованию качества жизни онкологических больных. Вопросы онкологии. 2012;36(3):217–223.
Pestereva E.V., Chulkova V.A., Karitskiy A.P. et al. *To the study of the quality of life of cancer patients. Voprosy onkologii*. 2012;36(3):217–223. (In Russ.)
 16. Петрова Н.Н. Соматогенная витальная угроза и адаптация. В кн.: *Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии. Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения — 2004»*. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та. 2004:238–253.
Petrova N.N. *Somatogenic vital threat and adaptation*. V kn.: *Aktual'nye problemy klinicheskoi psikhologii i psikhofiziologii. Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii «Anan'evskie chteniya — 2004»*. SPb.: Izd-vo SPbGU; 2004:238–253. (In Russ.)
 17. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М. и др. Беспокойство о прогрессировании онкологического заболевания: современные теоретические концепции и подходы. Медицинская психология в России: электрон. науч. Журн. [mpj.ru]. MPRJ; 2016;6(41) [процитировано 15 ноября 2021]. Доступно: http://mpj.ru/archiv_global/2016_6_41/nomer03.php
Sirota N.A., Moskovchenko D.V., Yaltonskiy V.M., et al. *Concern about the progression of cancer: modern theoretical concepts and approaches. Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* [mpj.ru]. MPRJ; 2016;6(41). [accessed 15 November 2021]. Available: http://mpj.ru/archiv_global/2016_6_41/nomer03.php (In Russ.)
 18. Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю., Кулага А.В. и др. Исследования качества жизни в онкоортопедической клинике. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2019;11(4):31–35.
Usmanova E.B., Shchelkova O.Yu., Kulaga A.V. et al. *Research of quality of life in oncoorthopedic clinic. Sarkomy kostei, myagkikh tkanei i opukholi kozhi*. 2019;11(4):31–35. (In Russ.)
 19. Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю., Яковлева М.В. Исследование качества жизни больных с онкологическим поражением нижних конечностей при разных видах хирургического лечения. В кн.: *Проблемы теории и практики современной психологии. Материалы XX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием*. Иркутск, 23–24 апреля 2021 г. Иркутск: Иркутский гос. ун-т. 2021:270–273.
Usmanova E.B., Shchelkova O.Yu., Iakovleva M.V. *Issledovanie kachestva zhizni bol'nykh s onkologicheskim porazheniem nizhnikh konechnostey pri raznykh vidakh khirurgicheskogo lecheniya*. V kn.: *Problemy teorii i praktiki sovremennoy psikhologii. Materialy XX Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem*. Irkutsk, 23–24 aprilya 2021 g. Irkutsk: Irkutskiy gos. un-t. 2021:270–273.

- raznykh vidakh khirurgicheskogo lecheniya. V kn.: *Problemy teorii i praktiki sovremennoi psikhologii. Materialy XX Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Irkutsk, 23–24 aprelya 2021 g. Irkutsk: Irkutskiy gos. un-t. 2021:270–273. (In Russ.).*
20. Швальб П.Г., Калинин Р.Е., Сучков И.А. и др. Причины вторичных ампутаций у больных с хронической критической ишемией нижних конечностей после реконструктивных операций. *Новости хирургии. 2010;18(1):41–45.* Shval'b PG, Kalinin PE, Suchkov IA et al. Causes of secondary amputations in patients with chronic critical ischemia of the lower extremities after reconstructive surgery. *Novosti khirurgii. 2010;18(1):41–45. (In Russ.).*
 21. Щелкова О.Ю. Системный подход в медицинской психологии. В кн.: *Психодиагностика и психокоррекция. Под ред. А.А. Александрова. СПб.: Питеер. 2008:84–114.* Shchelkova O.Yu. Sistemnyi podkhod v meditsinskoi psikhologii. V kn.: *Psikhodiagnostika i psikhokorreksiya. Pod red. A.A. Aleksandrova. SPb.: Piter. 2008:84–114. (In Russ.).*
 22. Щелкова О.Ю., Исурина Г.Л., Усманова Е.Б. и др. Совладание со стрессом болезни и качество жизни пациентов, перенесших операцию в связи с опухолевым поражением позвоночника. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2021;1:97–106.* Shchelkova OYu, Isurina GL, Usmanova EB et al. Disease-related stress coping and quality of life in patients with surgically treated spinal tumors. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh. 2021;1:97–106. (In Russ.).* <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2021-0-1-97-106>.
 23. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Горбунов И.А. и др. Психологическая адаптация к болезни и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей. *Ученые записки Санкт-Петербургского гос. медиц. ун-та им. акад. И.П. Павлова. 2018;25(3):62–72.* Shchelkova OYu, Usmanova EB, Gorbunov IA et al. Psychological adjustment and quality of life in patients with bone tumor. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gos. medits. un-ta im. akad. I.P. Pavlova. 2018;25(3):62–72. (In Russ.).* <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2018-25-3-62-72>.
 24. Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Усманова Е.Б. и др. К разработке психосоциальной модели качества жизни онкологических больных после ампутации нижней конечности. *Вопросы онкологии. 2021;67(4):559–568.* Shchelkova OYu, Iakovleva MV, Usmanova EB et al. The development of quality of life psychosocial model in cancer patients after lower limb amputation. *Voprosy onkologii. 2021;67(4):559–568. (In Russ.).* <https://doi.org/10.37469/0507-3758-2021-67-4-559-568>.
 25. Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб. 2006. Yanichev D.P. Kognitivnye aspekty samovospriyatiya lichnostnykh chert u patsientov s nevroticheskoi i nevrozopodobnoi simptomatikoi. Avtoref. ... kaand.psikhol.nauk. SPb. 2006. (In Russ.).
 26. Balk EM, Gazula A, Markozannes G, et al. Psychometric Properties of Functional, Ambulatory, and Quality of Life Instruments in Lower Limb Amputees: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil. 2019;100(12):2354–2370.* <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.02.015>.
 27. Davie-Smith F, Paul L, Stuart W et al. The influence of socio-economic deprivation on mobility, participation, and quality of life following major lower extremity amputation in the West of Scotland. *Eur J Vasc Endovasc Surg. 2019;57(4):554–560.* <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2018.10.011>.
 28. Enneking WF, Dunham W, Gebhardt MC, et al. A System for the Functional Evaluation of Reconstructive Procedures After Surgical Treatment of Tumors of the Musculoskeletal System. *Clin Orthop Relat Res. 1993;286:241–246.*
 29. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K et al., on behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition).* Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer. 2001.
 30. Hafner BJ, Gaunaud IA, Morgan SJ, et al. Construct validity of the Prosthetic Limb Users Survey of Mobility (PLUS-M) in adults with lower limb amputation. *Arch Phys Med Rehabil. 2017;98(2):277–285.* <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.07.026>
 31. Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology. 1982;1(1):61–80.* <https://doi.org/10.1037/0278-6133.1.1.61>
 32. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. *Evaluation of Chemotherapeutic Agents.* Ed. by CM MacLeod. NY: Columbia University Press. 1949:191–205.
 33. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping.* NY: Springer. 1984.
 34. Martin-Tellez KS, van Houdt WJ, van Coevorden F et al. Isolated limb perfusion for soft tissue sarcoma: Current practices and future directions. A survey of experts and a review of literature. *Cancer Treat Rev. 2020;88:102058.* <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2020.102058>.
 35. Mason GE, Aung L, Gall S, et al. Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma. *Front Oncol. 2013;3:210.*

- <https://doi.org/10.3389/fonc.2013.00210>
36. McKenzie L, van der Pol M. Mapping the EORTC QLQ C-30 onto the EQ-5D instrument: the potential to estimate QALYs without generic preference data. *Value Health*. 2009;12(1):167–171. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00405.x>
 37. Norlyk A, Martinsen B, Kjaer-Petersen K. Living with clipped wings—Patients' experience of losing a leg. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2013;8:21891. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21891>.
 38. Oaksford K, Frude N, Cuddihy R. Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabil. Psychol*. 2005;50(3):266–277. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.50.3.266>
 39. Padovani MT, Martins R., Venâncio A, et al. Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain. *Acta Ortop Bras*. 2015;23(2):107–110. <https://doi.org/10.1590/1413-78522015230200990>.
 40. Roffman C, Buchanan J, Allison G. Predictors of non-use of prostheses by people with lower limb amputation after discharge from rehabilitation: development and validation of clinical prediction rules. *J Physiother*. 2014;60(4):224–231. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2014.09.003>
 41. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. *Pain*. 1976;2(2):175–184.
 42. Silva RS, Guilhem DB, Batista KT, et al. Quality of life of patients with sarcoma after conservative surgery or amputation of limbs. *Acta Ortop Bras*. 2019; 27(2):276–280. <https://doi.org/10.1590/1413-785220192705219143>.
 43. Stutts LA, Stanaland AW. Posttraumatic growth in individuals with amputations. *Disabil. Health J*. 2016;9(1):167–171. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.07.005>
 44. Watkins RG, O'Brien JP, Draugelis R, et al. Comparisons of preoperative and postoperative MMPI data in chronic back pain patient. *Spine*. 1986;11(4):385–390. <https://doi.org/10.1097/00007632-198605000-00018>.
 45. Young M, McKay C, Williams S., et al. Time-related changes in quality of life in persons with lower limb amputation or spinal cord injury: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2019;8(1):191. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1108-3>.
 46. Zidarov D, Swaine B, Gauthier-Gagnon C. Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90(4):634–645. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.11.003>.

Сведения об авторах

Щелкова Ольга Юрьевна — доктор психологических наук, профессор, профессор с возложенным исполнением обязанностей заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета, старший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева Минздрава России E-mail: o.shhelkova@spbu.ru, olga.psy.ru@mail.ru

Яковлева Мария Викторовна — кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: m.v.yakovleva@spbu.ru, mariaiakovleva@mail.ru

Усманова Екатерина Бахромовна — кандидат психологических наук, клинический психолог отделения медицинской реабилитации Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России (Москва). E-mail: usmanovakate@yandex.ru

Сушенцов Евгений Александрович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением онкоортопедии Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России (Москва). E-mail: crcspine@rambler.ru

Софронов Денис Игоревич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения вертебральной онкологии Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России (Москва). E-mail: mdsofronov@mail.ru

Поступила 29.11.2021

Received 29.11.2021

Принята в печать 20.02.2021

Accepted 20.02.2021

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

Сложности формирования приверженности антиретровирусной терапии при остром ретровирусном синдроме — недооцененное значение алкоголя

Оригинальная статья

Яковлев А.А.¹, Дьячков А.Г.³, Мусатов В.Б.¹, Келли Д.², Крамынин Л.А.³

¹ Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

² Центр исследований по ВИЧ-профилактическим вмешательствам, Медицинский колледж Висконсина,
Милуоки, США

³ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Россия

Резюме. Цель исследования: описать клинико-лабораторные параметры и оценить значение алкоголя как барьера для формирования приверженности у больных острым ретровирусным синдромом, а также изучить готовность врачей-инфекционистов к обсуждению с пациентами вопросов употребления алкоголя. **Материалы исследования:** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 112 больных с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений». 22 из 112 больных приняли участие в анонимном анкетировании, посвященном вопросам готовности к началу приема антиретровирусной терапии и особенностям употребления алкоголя. Проведено анонимное анкетирование 82 врачей-инфекционистов по вопросам работы с больными алкогольной зависимостью. **Результаты:** Из 112 больных острой ВИЧ-инфекцией, госпитализированных в стационар, у 2 больных была диагностирована стадия — 2А, у 96 — 2Б, у 14 — 2В. У всех больных 2В стадией был диагностирован орофарингеальный кандидоз. Средняя продолжительность госпитализации составила не более 10 дней, 2 пациентам потребовалась госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии. Только 10 больных (8,9%) исследуемой группы начали прием антиретровирусной терапии, находясь в стационаре. Половина больных острым ретровирусным синдромом, прошедших анкетирование, имела опасный уровень употребления алкоголя. Только треть пациентов, участвовавших в анкетировании, были готовы к началу антиретровирусной терапии. Медицинские работники имеют низкие показатели мотивации и удовлетворенности при работе с больными, страдающими алкогольной зависимостью. **Заключение:** Больные острой ВИЧ-инфекцией имеют широкий спектр клинических проявлений и обладают высоким потенциалом для распространения инфекции в популяции. Недооценка степени употребления алкоголя в сочетании с недостаточной мотивацией медицинских работников по работе с больными, злоупотребляющими алкоголем, может способствовать дальнейшему распространению эпидемии.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, алкогольная зависимость, антиретровирусная терапия, врач-инфекционист.

Информация об авторах:

Яковлев Алексей Авенирович — e-mail: aay28@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4163-5769>

Дьячков Андрей Георгиевич — e-mail: cd4@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3590-9145>

Мусатов Владимир Борисович — e-mail: doctormusatov@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-2428-3802>

Келли Джеффри — e-mail: jeffkelly@msu.edu, <http://orcid.org/0000-0002-5613-2809>

Крамынин Леонид Александрович — e-mail: kramleo@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4542-8353>

Как цитировать: Яковлев А.А., Дьячков А.Г., Мусатов В.Б., Келли Д., Крамынин Л.А. Сложности формирования приверженности антиретровирусной терапии при остром ретровирусном синдроме — недооцененное значение алкоголя. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2022; 56:1:95-104. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-95-104>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acute retroviral syndrom — challenges in maintain of adherence, underestimated role of alcohol

Research article

Yakovlev AA¹, Diachkov AG³, Musatov VB¹, Kelly J², Kramynin LA³

¹St. Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

²Centre for Research on HIV Prevention, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, USA

³First Pavlov state medical university, Saint-Petersburg, Russia

Summary. Purpose: To describe clinical and laboratory features and define a role of alcohol as a barrier to adherence in patients with acute retroviral syndrome, to study readiness of infectious diseases specialists to discuss alcohol consumption issues with their patients. **Research materials:** Retrospective analysis of medical records of 112 patients with established diagnosis of acute HIV-infection was performed, 22 of them fulfilled an anonymous questionnaire regarding their readiness for starting antiretroviral treatment and alcohol consumption. 82 infectious diseases doctors answered anonymous questionnaire about their attitude towards patients with alcohol related problems. **Results:** Among 112 hospitalized patients with acute HIV-infection 2 had stage 2A, 96 — stage 2B and 14 — stage 2C. All patients at stage 2B had oropharyngeal candidiasis. Mean in-patient stay were 10 days, 2 patients required ICU admission. Only in 10 patients (8,9%) antiretroviral therapy was initiated while in-hospital. Half of a patients who fulfilled anonymous questionnaire had a dangerous level of alcohol consumption. Only one third of patients fulfilled survey were ready to start antiretroviral therapy. Medical workers had a low score on motivation scale and satisfaction scale while asked about their attitude towards patients with hazardous level of alcohol consumption. **Conclusion:** Patients with acute HIV-infection presented with variety of clinical syndromes and possessed a high potential for spreading disease across society. Underestimation of alcohol consumption along with lack of motivation to work with alcohol abusers are typical for doctors and might facilitate further spreading of epidemic.

Key words: HIV-infection, alcohol abuse, antiretroviral therapy, infectious disease doctors.

Information about the authors:

Alexey A. Yakovlev — e-mail: aay28@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4163-5769>

Andrey G. Diachkov — e-mail: cd4@inbox.ru, <http://orcid.org/0000-0003-3590-9145>

Vladimir B. Musatov — e-mail: doctormusatov@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-2428-3802>

Kelly A. Jeffrey — e-mail: jeffkelly@msu.edu, <http://orcid.org/0000-0002-5613-2809>

Leonid A. Kramynin — e-mail: kramleo@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0003-4542-8353>

To cite this article: Yakovlev AA, Diachkov AG, Musatov VB, Kelly A. Jeffrey, Kramynin LA. Acute retroviral syndrome — challenges in maintain of adherence, underestimated role of alcohol. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:1:95-104. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-95-104>.

The authors declare no conflicts of interest.

Согласно современным представлениям, развитие у больного клинических проявлений острого ретровирусного синдрома (ОРВС) при ВИЧ-инфекции играет важную роль в развитии синдрома иммунной активации и определяет дальнейшую скорость прогрессии заболевания [13]. Помимо клинической значимости, своевременное выявление больных ОРВС и организация лечебно-профилактических мероприятий, включая назначение антиретровирусной терапии (АРТ), позволяет снизить вероятность передачи вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) в период его максимальной репликативной активности [6, 19]. Принимая во внимание все выгоды, связанные с выявлением больных ВИЧ-инфекции на стадии ОРВС, следует обратить внимание на существенные трудности диагностики данного синдрома, а также сложности включения этих пациентов в систему медицинского сервиса, которые связаны со стрессом, психологической дезадаптацией больного из-за выявленного диагноза, а также коморбидными наркологическими состояниями [9, 12].

В большинстве случаев подавление репликации ВИЧ улучшает прогноз заболевания, однако,

накопленный на сегодняшний день опыт свидетельствует, что некоторые группы больных ВИЧ-инфекцией не могут извлечь максимальную пользу от успешной супрессии вирусной репликации на фоне АРТ [1]. К данным группам относятся больные, которые начали прием АРТ на поздних стадиях иммунодефицита при низком значении CD4+ Т-лимфоцитов, а также пациенты, у которых ОРВС сопровождался клиническими симптомами [10,11]. Природа этого явления была объектом ряда крупномасштабных исследований, в которые были включены пациенты с устойчивой супрессией вируса, у которых, однако, не наблюдалось восстановление уровня CD4+ Т-лимфоцитов или развивались клинические проявления, свидетельствующие о прогрессировании заболевания [8].

Важную роль в прогрессировании иммунодефицита при неопределяемом уровне вирусной нагрузки (ВН) отводят хронической активации иммунной системы, которая приводит к ускорению рекрутинга и разрушению клеток иммунной системы независимого от показателей ВН и прямого цитопатического действия вируса [18]. В качестве суррогатных маркеров синдрома иммунной

активации используют фактор некроза опухолей, С-реактивный белок, D-димер, а также продукты растворимых трансмембранных гликопротеинов, накапливающихся в плазме в результате активации CD8+ лимфоцитов [16,24]. В ходе подобных исследований выяснилось, что даже при назначении эффективной АРТ больным с клиническими проявлениями ОРВС у них сохранялся повышенный уровень маркеров активации иммунной системы [20,23]. Примечательно, что повышение маркеров иммунной активации у больных ВИЧ-инфекцией отмечается как на фоне сопутствующего хронического вирусного гепатита С (ХВГС), так и на фоне злоупотребления алкоголем [15]. Так у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), злоупотребление алкоголем было ассоциировано с более низкими показателями уровня CD4+ Т-лимфоцитов [7]. У женщин, получающих АРТ, недавнее употребление алкоголя было ассоциировано с более частым положительным результатом ПЦР исследования на ВИЧ в вагинальном секрете [22]. В тоже время, алкоголь не влияет на уровень вирусной нагрузки в сыворотке крови у больных без АРТ, а у больных, принимающих АРТ, судя по всему, его влияние является опосредованным — за счет снижения уровня приверженности АРТ [5].

Употребление алкоголя влияет на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции на популяционном и индивидуальном уровне. Оно способствует рискованным половым практикам, таким как незащищенные половые контакты, увеличивает риск употребления психоактивных веществ, повышает концентрацию ВИЧ в сперме и влагалищном секрете, способствуя инфицированию партнера, а также снижает эффективность АРТ и поддерживает фазу иммунной активации [17]. Таким образом, избыточное употребление алкоголя является фактором, который оказывает влияние на различные клинико-эпидемиологические и иммунологические аспекты развития ВИЧ-инфекции и требует своевременного выявления и лечения. Однако, многие врачи испытывают сложности при обсуждении с пациентами употребления алкоголя [14]. Все перечисленные выше факторы в полной мере относятся к больным с ОРВС, в связи с чем нам представляется важным охарактеризовать данную группу пациентов и описать характерные для нее паттерны употребления алкоголя. Кроме того, представляется важным и необходимым оценить влияние употребления алкоголя на готовность пациента к началу АРТ и на отношение врачей-инфекционистов, непосредственно участвующих в оказании помощи больным ВИЧ-инфекцией, к пациентам, испытывающим проблемы при употреблении алкоголя.

Цель исследования

Описать клинико-лабораторные параметры и оценить значение алкоголя как барьера для формирования приверженности у больных острым ретровирусным синдромом, а также изучить го-

товность врачей-инфекционистов к обсуждению с пациентами вопросов употребления алкоголя.

Материалы и методы

В исследование были включены пациенты, проходившие лечение в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С. П. Боткина» в 2019 году с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений», и врачи, осуществляющие консультативную и лечебную помощь людям, живущим с ВИЧ. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ медицинской документации 112 стационарных больных, у которых изучались результаты стандартных клинико-лабораторных методов исследования, проводимых у пациентов, госпитализированных в стационар инфекционного профиля. У половины больных (56 человек), которые продолжали стационарное лечение на момент получения положительного результата серологического обследования на ВИЧ-инфекцию, были дополнительно исследованы показатели иммунограммы и вирусной нагрузки ВИЧ. Среди пациентов данной группы, полностью завершивших весь комплекс лабораторного обследования на ВИЧ-инфекцию, 22 человека дали информированное согласие на участие в исследовании и приняли участие в анонимном анкетировании. Анкета включала основной опросник, состоявший из 30 вопросов, отражающих социально-демографические характеристики, оценку поведенческих рисков, наличие наркологической патологии и отношение к АРТ, а также опросники по оценке проблем, связанных с употреблением алкоголя и оценки готовности к приему АРТ. Критериями включения в группу анкетированных было наличие подтвержденного лабораторно диагноза «ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений» на момент нахождения в стационаре и подписание информированного согласия. Исключались из участия в исследовании пациенты, не подписавшие информированного согласия, а также пациенты, начавшие прием антиретровирусной терапии на момент включения в исследование.

Психометрические шкалы:

Оценка употребления алкоголя проводилась на основании одобренного ВОЗ опросника «Тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя» (The Alcohol Use Disorders Identification Test, (AUDIT)) [21]. По результатам тестирования для каждого пациента рассчитывался итоговый балл, в соответствии с которым все пациенты были условно разделены на 3 группы: т.н. безопасное употребление алкоголя (значение баллов по шкале AUDIT от 1 до 7), опасное употребление алкоголя (значение баллов по шкале AUDIT от 8 до 15), высокий риск или наличие алкогольной зависимости (значение баллов по шкале AUDIT более 16) .

Оценка готовности к приему антиретровирусной терапии проводилась с помощью опросника

«HIV medication readiness scale» (HMRS). В соответствии с рекомендациями разработчика, готовность к приему терапии рассматривалась как высокая, если результат теста превышал 31,5 балла [4].

В рамках ежегодного методического совещания врачей-инфекционистов г. Санкт-Петербурга среди 82 врачей-инфекционистов стационара и поликлинических отделений было проведено анонимное анкетирование, включавшее 10 базовых вопросов, отражающих опыт и ресурсы для работы с ЛЖВ, страдающих алкогольной зависимостью, а также стандартизированный опросник для медицинских работников, посвященный отношению к проблемам, связанным с алкогольной зависимостью — Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (SAAPPQ) [2].

Статистический анализ:

Базовый статистический анализ был проведен с помощью стандартных методов дескриптивной статистики. Зависимость между отдельными ответами в опросниках проверялась с помощью таблиц сопряженности и точного критерия Фишера (для таблиц, построенных по небольшим объемам данных) и критерия хи-квадрат (для таблиц, построенных по большим выборкам). Сравнение количественных параметров групп проводилось с использованием непараметрического теста Манна-Уитни-Уилкоксона. Все расчеты проводились в системе компьютерной математики R (версия 3.4.1).

Проведение исследования было одобрено локальным комитетом по этике СПб ГБУЗ КИБ им. С.П. Боткина.

Результаты

В 2019 году в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» было выявлено 112 больных с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия первичных проявлений», из них 44 женщины (39,2%) и 68 мужчин (60,8%). Средний возраст больных исследуемой группы составил 36,4 года и колебался от 21 до 55 у женщин и от 19 до 61 у мужчин. Половина больных (56 человек) имели постоянное место работы, только 3 пациента не были гражданами Российской

Федерации (граждане Азербайджана, Киргизии и Белоруссии). Распределение больных по стадиям ВИЧ-инфекции было представлено следующим образом: 2А — 2 больных (1,8%), 2Б — 96 больных (85,7%), 2В — 14 больных (12,5%). Диагнозы, с которыми больные поступили в инфекционный стационар, представлены в Табл.1.

У всех 14 больных с 2В стадией заболевания текущей оппортунистической инфекцией был орофарингеальный кандидоз. В качестве сопутствующей патологии у больных исследуемой группы были установлены следующие диагнозы: хронический вирусный гепатит С — 12 больных, проктит — 1 человек, обострение язвенной болезни желудка — 1 человек. Несмотря на относительно благоприятное клиническое течение ОРВС, у 2 пациентов, один из которых страдал серозным менингитом ассоциированным с ВИЧ-инфекцией, развилось нарушение сознания по типу делирия, потребовавшее госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии. Всего во время госпитализации АРТ была назначена 10 больным, что составило 8,9% исследуемой группы, из них 6 мужчин и 4 женщины. Практически половина пациентов (55 из 112, 49,1%) были выписаны из стационара до получения окончательных результатов лабораторного обследования на ВИЧ-инфекцию.

Указание на злоупотребление алкоголем было отмечено лечащим врачом в медицинской документации 12 больных (10,7%), 8 из них были консультированы наркологом, установившим наличие алкогольной зависимости. Только 1 пациент данной группы начал прием АРТ в текущую госпитализацию.

Средний койко-день составил 10 дней, причем у больных, начавших прием АРТ в текущую госпитализацию, этот показатель был достоверно больше, чем у пациентов не получавших АРТ ($29,1 \pm 5,9$ и $8,0 \pm 4,7$ дней соответственно ($p < 0.0001$), а среди больных, которые по мнению лечащего врача злоупотребляли алкоголем, продолжительность госпитализации не отклонялась от средних показателей.

Лабораторные показатели у больных исследуемой группы выявили нормальный средний уро-

Таблица 1. Диагнозы направившего учреждения у больных с острой ВИЧ-инфекцией (n=112)
Table 1. Diagnosis by referred clinics in patients with acute HIV-i

Диагноз направившего учреждения	Число больных (n/%)
Острая респираторная вирусная инфекция	37 (33%)
Острая кишечная инфекция	31 (28%)
Острая респираторная вирусная инфекция, токсикодермия	27 (24%)
Острая респираторная вирусная инфекция, токсикодермия, афтозный стоматит	8 (7%)
Ветряная оспа	5 (4,5%)
Корь	2 (1,8%)
Менингит	1 (0,9%)
Острая кишечная инфекция, токсикодермия	1 (0,9%)

Таблица 2. Результаты анонимного анкетирования больных ВИЧ-инфекцией на стадии первичных проявлений
Table 2. Results of anonymous survey of patients with acute HIV-infection

Параметр	Значение	Кол-во	%
Пол	Женский	10	45,5
	Мужской	12	54,5
Семейное положение	Женат/замужем	6	27,3
	Гражданский брак	7	31,8
	Разведен(а)	3	13,6
	Вдовец(а)	1	4,5
	Не состоит	5	22,7
Образование	Неполное среднее	1	4,5
	Среднее	7	31,8
	Техникум	6	27,3
	Техникум + Высшее	1	4,5
	Неполное высшее	1	4,5
	Высшее	6	27,3
	Основное среднее	20	90,9
Есть ли постоянное место жительства	Да	19	86,4
	Нет	3	13,6
Есть ли работа в настоящее время	Да	17	77,3
	Нет	5	22,7
Наличие детей	Да	13	59,1
	Нет	9	40,9
Знают ли друзья о факте выявления ВИЧ-инфекции	Да	12	54,5
	Нет	10	45,5
Путь заражения	Внутривенное употребление ПАВ	1	4,5
	Внутривенное употребление ПАВ + гетеросексуальный контакт	1	4,5
	Гетеросексуальный контакт	15	68
	Гетеросексуальный и гомосексуальный контакты	1	4,5
	Гомосексуальный контакт	2	9,1
	Отказались от ответа	2	9,1
Сексуальная ориентация	Гетеросексуальная	18	81,8
	Преимущественно гетеросексуальная	2	9,1
	Бисексуальная	1	4,5
	Гомосексуальная	1	4,5
Использование презерватива со случайным партнером	Да	11	50
	Нет	11	50
Использование презерватива с постоянным партнером	Да	4	18,2
	Нет	18	81,8
Причина неприменения АРТ	Нет данных	3	13,6
	Не предлагалась	5	22,7
	Планирую начать	13	59,1
	Отсутствуют необходимые документы	1	4,4
Есть ли у Вас симптомы, связанные с ВИЧ-инфекцией	Нет	8	36,4
	Некоторые	10	45,4
	Тяжелые	4	18,2
Готовность к терапии	Да	7	31,8
	Нет	15	68,2

вень лейкоцитов ($4,78 \times 10^9/\text{л}$), при этом у 22 (18%) больных в клиническом анализе крови были выявлены атипичные мононуклеары. Средний показатель активности АЛТ в сыворотке крови был достоверно выше у больных, страдающих ХВГС ($96,6 \pm 89,9$ Е/л, медиана 59 и $51,6 \pm 59,3$ Е/л, медиана 27 соответственно, $p = 0,012$). Среднее число CD4+ Т-лимфоцитов составило 508,81 кл/мкл и колебалось от 60 до 1394 кл/мкл и от 1 до 47% соответственно. Средняя величина вирусной ВН ВИЧ была равна 3807600 копий/мл (от 26190 до 10000000 копий/мл). Уровень CD4+ Т-лимфоцитов и ВН ВИЧ достоверно не отличался у пациентов, употребляющих/не употребляющих алкоголь по мнению лечащего врача, а также у пациентов, начавших/не начавших прием АРТ, в текущую госпитализацию.

Анонимное анкетирование с помощью опросников AUDIT и HMRS без участия интервьюера было проведено у 22 больных, у всех пациентов была диагностирована 2Б стадия ВИЧ-инфекции. Средний возраст больных, участвовавших в данной части исследования, составил $36,6 \pm 9,9$ и не отличался от показателей общей группы. Ни один из больных, участвовавших в анкетировании, не получал АРТ на момент включения в исследование.

Социо-демографические и эпидемиологические показатели, полученные в ходе анкетирования представлены в Табл.2.

При изучении истории болезни пациентов, участвовавших в анкетировании, указание на употребление алкоголя, согласно записям лечащего врача, имелось у 2 больных, ни один из них не был консультирован наркологом, но оба имели в прошлом опыт обращения в частные наркологические клиник с целью лечения алкогольной зависимости. По итогам использования опросника AUDIT среднее значение полученных баллов составило 11,32 ($SD=9,56$), медиана — 7 баллов, с разбросом от 1 до 31 балла. Было установлено, что 11 больных имели «безопасный уровень» употребления алкоголя (50%), 5 опрошенных больных (22,7%), имели опасный уровень употребления алкоголя, а еще у 6 опрошенных по результатам тестирования были выявлены показатели, характерные для сформировавшейся алкогольной зависимости (27,3%). Таким образом, половина опрошенных больных имела опасный уровень употребления алкоголя, при этом только у 2 из них в истории болезни имелись записи, указывающие на наличие проблем с употреблением алкоголя.

По результатам анкетирования высокая готовность к началу приема АВТ была выявлена у 7 из 22 пациентов (31,8%). Данный показатель не различался среди пациентов с безопасным и опасным уровнем употребления алкоголя и составил в среднем 28,5 и 26,7 баллов соответственно.

Только у 12 из 112 больных с ОРВС лечащие врачи сделали в истории болезни записи о злоупотреблении алкоголем и ни разу не упомянули о факте применения психоактивных веществ

(ПАВ), при этом по данным анонимного анкетирования с помощью опросника AUDIT 50% больных ($n=11$) имели опасный уровень употребления алкоголя, а 5 пациентов имели опыт внутривенного использования ПАВ. В связи с этим были изучены вопросы взаимодействия врачей-инфекционистов и пациентов, злоупотребляющих алкоголем. В анонимном анкетировании приняли участие 82 врача-инфекциониста, работающих в стационаре и поликлинических отделениях г. Санкт-Петербурга. Средний возраст респондентов составил $44,8 \pm 14$ лет, 15,9% мужчины и 84,1% женщины. Распределение участников опроса в зависимости от стажа работы и типа медицинского учреждения представлены на Рис.1.

Постоянно работают с больными ВИЧ-инфекцией 82,4% респондентов. О наличии на рабочем месте буклетов о вреде алкоголя сообщили 25% участников. При каждом визите обсуждает вред от употребления алкоголя каждый пятый врач (21,9%), практически столько же респондентов делают это только при наличии времени (19,5%), проводят беседы только с новыми пациентами 4,9% врачей, 5% вообще не касаются данной темы. Практически половина врачей беседуют с пациентом о вреде алкоголя только, если им кажется, что пациент злоупотребляет алкоголем (46,3%). При этом 93,9% врачей не используют в своей работе специальных опросников для оценки употребления алкоголя, 89% респондентов никогда не проходили тренингов по работе с больными алкогольной зависимостью и только двое врачей проходили обучение по работе с больными алкогольной зависимостью в течение последних 5 лет. Выказали желание пройти подобное обучение две трети врачей-инфекционистов (69,5%), при этом практически каждый третий оказался не заинтересован в обучении (30,5%). Относительно возможности приема АРТ в день употребления алкоголя мнение врачей разделилось практически поровну: 52,4% врачей считают, что больному ВИЧ-инфекцией можно посоветовать принимать препараты АРТ в день употребления алкоголя, 47,6% — считают, что нет.

Известно, что врачи, обладающие уверенностью в своих знаниях и готовностью работать с больными, злоупотребляющими алкоголем, больше вовлечены в разрешение проблем пациента, связанных с алкогольной зависимостью [3]. В ходе анкетирования врачей с использованием опросника Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (SAAPPQ) проводился анализ нескольких подшкал, характеризующих самостоятельную оценку респондентами своих способностей, мотивации и удовлетворения в ходе работы с пациентами, злоупотребляющими алкоголем. Результаты анкетирования представлены в Табл.3.

Чуть больше половины респондентов считали, что обладают адекватными знаниями для работы с больными, злоупотребляющими алкоголем (59,7%), и имели высокую самооценку в связи с проведением такой работы (63%). Практически все опрошенные врачи считают легитимным

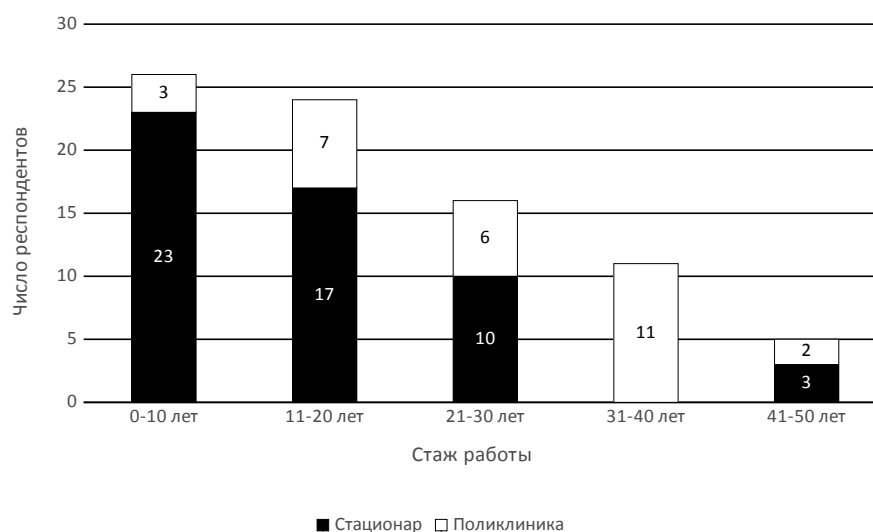


Рис. 1. Распределение врачей-инфекционистов в зависимости от стажа работы и типа медицинского учреждения (n — число врачей)

Fig. 1. Distribution of infectious diseases specialists depending on work experience and type of medical facility (n — number of doctors)

Таблица 3. Результаты тестирования врачей-инфекционистов с использованием опросника Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (SAAPPQ)

Table 3. Results of testing infectious disease doctors using the Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (SAAPPQ)

Шкалы	Среднее	Стандартное отклонение	Медиана	Минимум	Максимум	% тех, кто выше среднего балла
Adequacy Адекватность знаний	8,08	3,1	10	2	14	59,7%
Self-esteem Самооценка	9,3	3,3	10	2	14	63%
Motivation Мотивация	6,6	3,0	6	2	14	24,3%
Legitimacy Легитимность	11,3	2,9	12	2	14	90%
Satisfaction Удовлетворение	5,0	3,4	4	2	14	9,7%
Role security Уверенность в своих знаниях и полномочиях	19,3	2,35	10	4	28	76,8%
Therapeutic commitment Желание работать	21,0	3,11	10,5	6	42	26,8%

свое право обсуждать с больными вопросы употребления алкоголя (90%), при этом мотивацию к работе с данной группой больных имел только каждый четвертый респондент (24,3%), а чувствовал удовлетворение от этой работы лишь каждый десятый опрошенный (9,7%). В целом, по результатам анкетирования выяснилось, что хотя большинство врачей-инфекционистов считают себя компетентными и способными работать с данной группой больных (78,8%), желание участвовать в лечении таких пациентов встречается только у четверти опрошенных (26,8%). Показатели, полученные в результате анализа подшкал, не имели достоверных различий в зависимости от пола, стажа работы и места работы респондентов.

Обсуждение

В ходе исследования нам удалось выявить широкий спектр клинических синдромов, которые развиваются у больных ОРВС. Перечень диагнозов, с которыми больные направлялись в стационар, варьировал от ОРВИ и острой кишечной инфекции до ветряной оспы и кори. Следует обратить внимание, что ни один из больных, направленный на госпитализацию в инфекционный стационар, не имел в направлении на госпитализацию указаний на вероятность диагноза ОРВС или ВИЧ-инфекции. Анализируя последний факт, следует принять во внимание деонтологические аспекты, связанные с трудностями обсуждения с

пациентом вероятности инфицирования ВИЧ на догоспитальном этапе, возможность недостаточной информированности врачей первичного звена о клинических проявлениях ОРВС, а также стигматизация данной темы среди врачей и пациентов.

Практически половина пациентов выписываются из стационара до получения окончательных результатов лабораторного обследования на ВИЧ-инфекцию (49,1%). Следует обратить внимание, что с учетом сроков, необходимых для проведения комплекса серологических исследований у больных ОРВС (постановка иммуноферментного анализа, проведение иммуноблотинга), исследования иммунограммы, определения уровня вирусной нагрузки, осуществления организационных мероприятий, связанных с регистрацией больного в федеральной базе, проведения врачебной комиссии и получения антиретровирусных препаратов из специализированного учреждения, назначение АРТ в стационаре представляет серьезную организационную задачу и требует реорганизации процесса назначения АРТ для большего охвата данной группы больных. Большинство пациентов выписываются, не получив АРТ (91,1%), с рекомендацией обратиться для ее получения в городской Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями. В тоже время, именно пациенты в стадии ОРВС в связи с высокой репликативной активностью ВИЧ представляют собой повышенную эпидемиологическую опасность и являются приоритетными кандидатами для начала АРТ с целью снижения их контагиозности и уменьшения риска прогрессии заболевания. В условиях реальной клинической практики выписки больных фактически осуществляется до получения окончательных результатов обследования или сразу после них, оставляя мало времени на мероприятия, связанные с формированием мотивации к началу АРТ. При этом, результаты проведенного нами анонимного анкетирования показали, что только треть больных ОРВС готовы к началу АРТ, что определяет необходимость более активной работы по формированию мотивации к началу терапии, подключению к данному процессу психологов, равных консультантов и лиц из ближайшего окружения больного.

Хорошо известен тот факт, что различные виды химических зависимостей ограничивают приверженность пациентов медицинскому наблюдению и лечению, однако, только у 12 из 112 больных записи в истории болезни содержали информацию о злоупотреблении алкоголем, в то время как по результатам анонимного тестирования с помощью опросника AUDIT, опасный уровень употребления алкоголя регистрировался более чем у половины респондентов, а каждый четвертый больной (27,2%) имел результаты тестирования, характерные для сформировавшейся алкогольной зависимости. Таким образом, помимо краткосрочности пребывания пациента с острой ВИЧ-инфекцией в поле зрения медицинских работников стационара,

в ходе нашего исследования была выявлена недооценка врачами-инфекционистами проблем, связанных с употреблением алкоголя. Несмотря на то, что в нашей работе не было выявлено связи опасного употребления алкоголя и готовности к началу АРТ ($p=0,07$), ранее опубликованные международные исследования свидетельствуют о высоком риске распространения ВИЧ-инфекции и снижении или более низкой приверженности АРТ среди лиц, злоупотребляющих алкоголем [17].

Дополнительным фактором, ограничивающим эффективное взаимодействие специалистов инфекционной службы с больными ОРВС, является недостаток материальных ресурсов и навыков, необходимых для выявления и поддержки людей, страдающих алкогольной зависимостью. Большинство врачей-инфекционистов в нашем исследовании не используют для оценки употребления алкоголя никаких формальных опросников и никогда не проходили обучение по работе с людьми, страдающими алкогольной зависимостью. Только каждый четвертый практикующий врач заявил о наличии на рабочем месте печатных материалов, связанных с профилактикой алкогольной зависимости, почти половина врачей обсуждают тему алкоголя основываясь только на собственной оценке риска злоупотребления алкоголем конкретным пациентом. В ходе специального тестирования было выявлено, что хотя врачи в большинстве своем уверены в своем праве обсуждать с больными вопросы алкогольной зависимости и чувствуют себя достаточно компетентными в данном вопросе, показатели мотивации к работе с людьми, страдающими алкогольной зависимостью, а также чувство удовлетворения от такого типа работы находятся на низком уровне.

К ограничениям нашего исследования следует отнести небольшой размер выборки пациентов, среди которых проводилось анкетирование по вопросам употребления алкоголя и готовности к началу приема АРТ (22 из 112 выявленных больных), а также тот факт, что в исследовании были включены только пациенты, которым в связи с тяжестью состояния потребовалась госпитализация в инфекционный стационар.

Заключение

Своевременное выявление больных ОРВС представляет собой сложную диагностическую задачу, в тоже время, работа с данной группой пациентов предоставляет уникальную возможность прервать порочный круг распространения эпидемии и модерировать дальнейший ход развития заболевания в случае своевременного начала АРТ. Существующая на сегодняшний день система оказания стационарной помощи больным с ОРВС ограничивает возможности работы с данной группой больных, оставляя недостаточно времени на формирование мотивации к началу АРТ и приводя к неудовлетворительному охвату этих пациентов ранним стартом АРТ.

В ходе оказания стационарной помощи отмечается недооценка проблем, связанных с алкогольной зависимостью, что связано с недостаточным объемом образовательных программ для врачей, ограниченным доступом к наглядным печатным материалам и низкой удовлетворенностью врачей-инфекционистов всех уровней от работы с людьми, злоупотребляющими алкоголем. В данных условиях, широкое распространение проблем, связанных с употреблением алкоголя, сре-

ди больных ОРВС является актуальным вызовом для системы здравоохранения и требует комплекса организационных решений, направленных на обучение медицинского персонала, организации доступной помощи больным с алкогольной зависимостью и выделения ресурсов для ранней АРТ.

Благодарность: Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта №17-56-30026.

Литература / References

1. Мусатов В.Б., Яковлев А.А., Савченко М.А., Соколова О.И. Летальные исходы у ВИЧ-инфицированных больных, имеющих неопределяемую вирусную нагрузку на фоне антиретровирусной терапии. *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. 2017;4:67-71. Musatov VB, Yakovlev AA, Savchenko MA, Sokolova OI. Lethal outcomes in HIV positive patients with undetectable viral load on antiretroviral therapy. *Infekcionnye bolezni: novosti, mneniya, obucheniye*. 2017;4:67-71. (In Russ.)
2. Anderson P, Clement S. The AAPPQ revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *Br J Addict*. 1987;82(7):753-759. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01542.x>
3. Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M, Grol R, Gual A, Pas L. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol Alcohol*. 2004;39:351-356. <https://doi.org/10.1093/alcac/agh072>
4. Balfour L, Tasca GA, Kowal J, Corace K, Cooper CL, Angel JB, Garber G, Macpherson PA, Cameron DW. Development and validation of the HIV Medication Readiness Scale. *Assessment*. 2007;14(4):408-16.
5. Baum MK, Rafe C, Lai S, Sales S, Page JB, Campa A. Alcohol use accelerates HIV disease progression. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2010;26(5):511-8. <https://doi.org/10.1089/aid.2009.0211.14>
6. Brenner BG, Roger M, Routy JP, et al. High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *J Infect Dis*. 2007;195(7):951-959. <https://doi.org/10.1086/512088>
7. Cook RL, Zhou Z, Kelso-Chichetto NE et al. Alcohol consumption patterns and HIV viral suppression among persons receiving HIV care in Florida: an observational study. *Addict Sci Clin Pract* 12, 22 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13722-017-0090-0>
8. Engsig FN, Gerstoft J, Kronborg G et al. Long-term mortality in HIV patients virally suppressed for more than three years with incomplete CD4 recovery: A cohort study. *BMC Infect Dis* 10, 318 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-318>
9. Hellmuth J, Colby D, Valcour V et al. Depression and Anxiety are Common in Acute HIV Infection and Associate with Plasma Immune Activation. *AIDS Behav*. 2017;21(11):3238-3246. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1788-4>
10. Herout S, Mandorfer M, Breitenacker F et al. Impact of Early Initiation of Antiretroviral Therapy in Patients with Acute HIV Infection in Vienna, Austria. *PLoS One*. 2016;11(4):e0152910. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152910>
11. José A Pérez-Molina, Marta Díaz-Menéndez, María N Plana, Javier Zamora, Rogelio López-Vélez, Santiago Moreno. Very late initiation of HAART impairs treatment response at 48 and 96 weeks: results from a meta-analysis of randomized clinical trials, *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2012;2(67):312-321. <https://doi.org/10.1093/jac/dkr478>
12. Kamat R, Doyle KL, Iudicello JE et al. Neurobehavioral Disturbances During Acute and Early HIV Infection. *Cogn Behav Neurol*. 2016;29(1):1-10. <https://doi.org/10.1097/WNN.0000000000000084>
13. Krebs SJ, Ananworanich J. Immune activation during acute HIV infection and the impact of early antiretroviral therapy. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016;11(2):163-172. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000228>
14. McCormick KA, Cochran NE, Back AL, Merrill JO, Williams EC, Bradley KA. How primary care providers talk to patients about alcohol: a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2006;21:966-972. <https://doi.org/10.1007/BF02743146>
15. Monnig MA, Cohen R, Ramratnam B, McAdams M, Tashima K and Monti PM. (2019), HIV Infection, HCV Coinfection, and Alcohol Use: Associations with Microbial Translocation and Immune Activation. *Alcohol Clin Exp Res*, 43:1126-1134. <https://doi.org/10.1111/acer.14032>
16. Nixon DE, Landay AL. Biomarkers of immune dysfunction in HIV. *Curr Opin HIV AIDS*. 2010;5(6):498-503. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e32833ed6f4>
17. Pandrea I, Happel KI, Amedee AM, Bagby GJ, Nelson S. Alcohol's role in HIV transmission and disease progression. *Alcohol Res Health*. 2010;33(3):203-18.
18. Paiardini M, Müller-Trutwin M. HIV-associated chronic immune activation. *Immunol Rev*. 2013;254(1):78-101. <https://doi.org/10.1111/imr.12079>

19. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Department of Health and Human Services [<https://clinicalinfo.hiv.gov/>]. Clinicalinfo; 2021 [cited 25 september 2021]
Available at <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/AdultandAdolescentGL.pdf>
20. Sereti I, Krebs SJ, Phanuphak N, Fletcher JL, Slike B, Pinyakorn S, O'Connell RJ, Rupert A, Chomont N, Valcour V, Kim JH, Robb ML, Michael NL, Douek DC, Ananworanich J, Uday NS; RV254/SEARCH 010, RV304/SEARCH 013 and SEARCH 011 protocol teams. Persistent, Albeit Reduced, Chronic Inflammation in Persons Starting Antiretroviral Therapy in Acute HIV Infection. *Clin Infect Dis*. 2017;64(2):124-131.
<https://doi.org/10.1093/cid/ciw683>
21. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care WHO/MSD/MSB/01.6a © World Health Organization [<http://apps.who.int/>]. apps.who.int; 2021 [cited 25 september 2021]
Available at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
22. Theall KP, Amedee A, Clark RA, Dumestre J, Kissinger P. Alcohol consumption and HIV-1 vaginal RNA shedding among women. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008;69(3):454-8.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.454>
23. Vinikoor MJ, Cope A, Gay CL, Ferrari G, McGee KS, Kuruc JD, Lennox JL, Margolis DM, Hicks CB, Eron JJ. Antiretroviral therapy initiated during acute HIV infection fails to prevent persistent T-cell activation. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62(5):505-8.
<https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318285cd33>
24. Xiaodong Yang, Bin Su, Xin Zhang, Yan Liu, Hao Wu, Tong Zhang. Incomplete immune reconstitution in HIV/AIDS patients on antiretroviral therapy: Challenges of immunological non-responders. *J Leukoc Biol*. 2020; 107: 597– 612.
<https://doi.org/10.1002/JLB.4MR1019-189R>

Сведения об авторах

Яковлев Алексей Авенирович — д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, заведующий кафедрой инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии. E-mail: aay28@yandex.ru

Дьячков Андрей Георгиевич — Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, ассистент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии. E-mail: cd4@inbox.ru

Мусатов Владимир Борисович — к.м.н., Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, доцент кафедры инфекционных болезней, эпидемиологии и дерматовенерологии. E-mail: doctormusatov@gmail.com

Келли Джеффри — профессор, директор Центра исследований по ВИЧ-профилактическим вмешательствам, Медицинский колледж Висконсина, 2071 North Summit Avenue, Milwaukee, WI, 53202, USA, e-mail: jeffkelly@msu.edu

Крамынин Леонид Александрович — Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. E-mail: kramleo@yandex.ru

Поступила 08.02.2021

Received 08.02.2021

Принята в печать 10.08.2021

Accepted 10.08.2021

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

Модель сбережения психического здоровья подросткового населения в городе Кирове

Оригинальная статья

Злоказова М.В., Семакина Н.В.

Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия

Резюме. Психическое здоровье и психическое благополучие населения — это важнейшие предпосылки для хорошего качества жизни. Особое положение в здравоохранении РФ занимает охрана здоровья подрастающего поколения, поэтому в реализации национальных проектов большое внимание уделяется развитию инфраструктуры оказания полипрофессиональной медицинской помощи детям и профилактике психических и соматических заболеваний.

Цель. Описание модели сбережения психического здоровья подросткового населения, реализуемой в городе Кирове (модель). В представленных материалах отражены преимущества и новизна модели, организованной с привлечением ресурсов смежных ведомств к реализации психообразования и преемственной психопрофилактики с группой риска в школах, маршрутизации лиц с донозологическими психическими состояниями и психическими расстройствами. Результаты практической реализации модели в 2019-2020 гг. показали эффективность диагностики с использованием психодиагностического скрининга для выявления группы риска и донозологических психических состояний для дальнейшей профилактической работы и медико-психологической помощи, направленной на превенцию развития клинически выраженных психических расстройств с социальной дезадаптацией.

Представлено подробное описание этапов модели, в которых сделан акцент на профилактическую работу с группой риска в общеобразовательных школах и медико-психосоциальную помощь для лиц с донозологическими состояниями в медицинских учреждениях педиатрического профиля, что снижает стигматизирующие аспекты и повышает доступность.

Поэтапное проведение мероприятий с привлечением административных и кадровых ресурсов ведомств, оказывающих психопрофилактическую и медико-психосоциальную помощь подросткам позволяет моделировать и адаптировать структуру без привлечения дополнительных экономических затрат, что указывает на универсальность и функциональность модели.

Ключевые слова: психическое здоровье, подростки, профилактика.

Информация об авторах:

Злоказова Марина Владимировна — e-mail: kf28@kirovgma.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6994-0613>

Семакина Надежда Витальевна — e-mail: kgma_psi@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6547-1936>

Как цитировать: Злоказова М.В., Семакина Н.В. Модель сбережения психического здоровья подросткового населения в городе Кирове. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022; 56:1:105-110. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-105-110>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

The model of saving the mental health of the adolescent population in the city of Kirov

Research article

Zlokazova MV., Semakina NV.
Kirov State Medical University, Kirov, Russia

Summary. Mental health and mental well-being of the population are the most important prerequisites for a good quality of life. A special position in the healthcare of the Russian Federation is occupied by the protection of the health of the younger generation, therefore, in the implementation of national projects, much attention is paid to the development of infrastructure for providing multiprofessional medical care to children and the prevention of mental and somatic diseases.

Purpose. Description of the model of saving the mental health of the adolescent population, implemented in the city of Kirov (model). The presented materials reflect the advantages and novelty of the model organized with the involvement of the resources of related departments for the implementation of psychological education and continuous prevention with a risk group in schools, routing of persons with pnenosological

mental states and mental disorders. Results of the practical implementation of the model in 2019-2020. They have shown the effectiveness of diagnostics using psycho-diagnostic screening to identify RISK GROUPS and PHENOMENOLOGICAL MENTAL STATES for further preventive work and medical and psychological assistance aimed at preventing the development of clinically pronounced MENTAL DISORDERS with impaired social adaptation.

A detailed description of the stages of the model is presented, in which emphasis is placed on preventive work with the risk group in general education schools and medical, psychological and social care for persons with prenosological conditions in pediatric medical institutions, which reduces stigmatizing aspects and increases accessibility.

Step-by-step implementation of measures involving administrative and human resources of departments providing preventive care and medical and psychosocial assistance to adolescents allows you to model and adapt the structure without attracting additional economic costs, which shows the versatility and functionality of the model.

Keywords: mental health, adolescents, prevention.

Information about the authors:

Marina V. Zlokazova — e-mail: kf28@kirovgma.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6994-0613>

Nadezhda V. Semakina* — e-mail: kigma_psi@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6547-1936>

To cite this article: Zlokazova MV, Semakina NV. The model of saving the mental health of the adolescent population in the city of Kirov. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2022; 56:1:105-110. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2022-1-105-110>.

The authors declare no conflicts of interest.

Психическое здоровье и психическое благополучие населения — это важнейшие предпосылки для хорошего качества жизни и продуктивной деятельности отдельных лиц, семей, и народа в целом, так как они позволяют людям воспринимать свою жизнь как полноценную, значимую и являться активными созидательными членами общества (Европейская декларация по охране психического здоровья Хельсинки, 12-15 января, 2005 г.). В Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. N 1640, приоритетными направлениями названы: «Формирование здорового образа жизни («Укрепление общественного здоровья»)» и «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».

Особое положение в здравоохранении РФ занимает охрана здоровья подрастающего поколения, в связи с этим в реализации национальных проектов большое внимание уделяется развитию инфраструктуры оказания полипрофессиональной медицинской помощи детям и профилактике психических и соматических заболеваний [5]. В данном контексте активно реализуется Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».

Основной задачей превентивной помощи является первичная профилактика психических расстройств (ПР) среди подросткового населения, включающая психогигиену и психообразование [1, 4]. Основная часть этой работы выполняется психологами образовательных организаций в формате информационно-разъяснительных мероприятий.

К первичной психопрофилактике относится работа, направленная на устранение или сниже-

ние негативного влияния факторов риска (биологических, психологических и социальных), способствующих развитию ПР, что требует персонализированного привлечения ресурсов образовательных, медицинских и социальных организаций [2].

Вторичная профилактика подразумевает организацию мероприятий, направленных на предупреждение развития заболевания у лиц с признаками психопатологических состояний, не достигающих уровня клинических проявлений ПР, по критериям МКБ-10 — донозологические психические состояния (ДПС). Зачастую диагностика ДПС и инициальных симптомов вызывает сложности из-за отсутствия явных клинических проявлений [7, 8]. В связи с чем, имеется необходимость разработки скрининг-опросников для мониторингирования психического состояния подросткового населения с целью дальнейшей организации индивидуальной профилактической работы, начинающейся в условиях общеобразовательных учреждениях [3, 6].

Важным аспектом организации вторичной профилактики является проведение с 2017 г. ежегодных профилактических медицинских осмотров врачами-психиатрами подростков 14-17 лет [5]. Однако на практике, в условиях ограниченного времени, выделенного на клинический осмотр, и отсутствия необходимой информации о подроске, профосмотры проводятся формально при этом выявляются лиц с явными ПР, кроме того, подросткам с выявленными ПР не оказывается своевременная квалифицированная психотерапевтическая и психиатрическая помощь в связи со стигматизирующими установками и недостаточной доступностью психологической помощи в общемедицинских учреждениях.

В связи с этим имеется острая необходимость в создании адаптивной, эффективной и эконо-

мичной системы организации психопрофилактической и медико-психосоциальной помощи подросткам с высоким риском заболевания, ДПС и ПР в регионах на основе межведомственного преемственного взаимодействия.

Исходя из выше изложенного, г. Кирове разработана и организована экономичная модель психопрофилактики для подростков на основе межведомственного медико-психосоциального взаимодействия, позволяющая мониторировать психическое здоровье, выявлять группы риска, ДПС и ПР в общеобразовательных школах, дифференцировано осуществлять персонализированную преемственную маршрутизацию.

Цель — обоснование модели сбережения психического здоровья подросткового населения в городе Кирове.

Материалы и методы

Представлена модель сбережения психического здоровья подросткового населения (модель), включающая мониторинг психического состояния, психопрофилактику и медико-психосоциальную помощь на основе преемственного межведомственного взаимодействия, реализуемая с 2019 г. в городе Кирове, в соответствии с Постановлением Городской Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав (КДН) от 19.12.2019, 13.08.2020, 16.09.2021 «Порядок проведения психодиагностического скрининг-анкетирования среди несовершеннолетних 15-17 лет и работы по профилактике психических нарушений» (Порядок).

В разработке основных аспектов модели принимали участие сотрудники кафедры психиатрии им. профессора В.И. Багаева ФГБОУ ВО «Кировского ГМУ Минздрава России» (зав. кафедрой, д.м.н., профессор М.В. Злоказова, доцент кафедры, к.м.н. Н.В. Семакина) и кафедры систем автоматизации управления ФГБОУ ВО «ВятГУ» (зав. кафедрой, к.т.н. Ю.В. Ланских).

В практическую реализацию системы были привлечены административные и кадровые ресурсы Департамента образования администрации г. Кирова; Кировского детского клинико-диагностического центра (ДДЦ); Центра психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева (ЦППЗ); КДН; социальные и молодежные досуговые организации.

Результаты. Модель основана на эффективной модернизации уже имеющихся ресурсов без использования дополнительных экономических затрат, является динамически регулируемой административными ресурсами в зависимости от изменяющихся задач, целей, кадровых и экономических возможностей ведомств.

Действиями данной модели являются формы и методы диагностики (клинико-психопатологический и экспериментально-психологический) ПР у подростков, психопрофилактики и медико-психосоциальной реабилитации на основе межведомственного взаимодей-

ствия образовательных, медицинских и социальных организаций, направленные на сбережение, восстановление и/или поддержание психического здоровья и социального функционирования подростков.

В модели сделан акцент на организацию первичной и вторичной психопрофилактической работы в структурах, находящихся вне психиатрической службы (внеинституциональные), адресность и маршрутизацию мероприятий с учетом имеющихся кадровых и экономических ресурсов региона.

На рисунке 1 инфраструктура маршрутизации психопрофилактической и медико-психологической помощи подросткам в г. Кирове на основе преемственного межведомственного взаимодействия.

Первый этап психопрофилактической и психообразовательной работы был организован в муниципальных общеобразовательных школах (МОШ) в формате оф- и он-лайн лекций, размещения видеороликов на сайтах МОШ и медицинских учреждений, распространения буклетов для педагогов и родителей о формах проявления ПР у подростков, о важности проведения своевременной диагностики и соблюдения рекомендаций специалистов (школьных психологов и психиатров, осуществляющих профосмотр). Проводилось обучение школьных психологов диагностике психопатологических состояний у подростков с применением программированного психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА), психокоррекции данных расстройств, дальнейшей тактике и профилактике.

Организация **второго диагностического этапа** включала в себя проведение ПСА в МОШ для выявления подростков группы риска (ГР) по ПР [3, 6]. Все подростки ГР в последующем были обследованы школьными психологами на депрессию (по М. Ковач, 2011) и суицидальный риск (по Т.Н. Разуваевой, 2012), а также более пристально осмотрены психиатрами на профилактических осмотрах.

В условиях МОШ с ГР была организована адресная психопрофилактическая, психокоррекционная и социальная работа — первичная психопрофилактика.

По результатам диагностического этапа подростки с донозологическими и инициальными психическими состояниями в соответствии с разработанными схемами маршрутизация направлялись на дальнейшее обследование к медицинским психологам и психиатрам/психотерапевтам в ДДЦ.

Третий этап оказания психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи реализовывался в медицинских учреждениях.

Организация психолого-психотерапевтической помощи подросткам с ДПС и инициальными симптомами ПР в условиях ДДЦ имеет ряд существенных преимуществ:

1. Территориальная приближенность к населению, так как кабинеты медицинских



Рис. 1. Инфраструктура маршрутизации психопрофилактической и медико-психологической помощи подросткам в г. Кирове на основе преемственного межведомственного взаимодействия

Flg. 1. Infrastructure of routing of preventive care and medico-psychological assistance to adolescents in Kirov on the basis of continuous interdepartmental interaction

- психологов и психиатров/психотерапевтов расположены в детских поликлиниках, входящих в структуру ДДЦ.
- Снижение стигматизирующего барьера перед обращением за психолого-психотерапевтической помощью.
- Имеется преемственная связь наблюдения подростков после профилактических осмотров медицинскими психологами ДДЦ, а в качестве обратной связи, медицинский психолог ДДЦ имеет возможность передать через родителей или подростка рекомендации для школьных психологов о дальнейшем психосоциальном сопровождении подростков для снижения риска дезадаптации.
- Возможность организовать психосоциальную поддержку семьям в которых имеются дисгармоничные взаимоотношения с детьми-подростками медицинскими психологами и социальными работниками ДДЦ.
- Психологическая диагностика медицинскими психологами позволяет определить выраженность психопатологических со-

стояний у подростков и правильно определить дальнейшую маршрутизацию лиц с ДПС и ПР.

6. Преемственное направление подростков с явными ПР к специалистам Центра психического здоровья детей и подростков КОГБУЗ «ЦППЗ им. академика В. М. Бехтерева» для оказания квалифицированной специализированной психотерапевтической и психиатрической помощи.

На ближайшую перспективу запланировано создание кризисного центра на базе ДДЦ.

Четвертый этап. В процессе реализации модели для повышения доступности и снижения стигматизирующего барьера была проведена реорганизация психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи несовершеннолетним в условиях ЦППЗ с выделением в отдельную функциональную структуру «Центр психического здоровья детей и подростков», включающий амбулаторный прием, стационары, дневные психиатрические стационары, работающие на базах МОШ.

В планах создание выездов полипрофессиональных бригад ЦППЗ (медицинские психологи и психиатры) для выезда в отдаленные районы региона с целью консультирования подростков и их семей, находящихся в зоне риска по психосоциальной дезадаптации.

Необходимо отметить, что оказание качественной психосоциальной помощи подросткам с ПР из неблагополучных семей невозможно без тесного взаимодействия со смежными организациями (центры социально-психологической помощи семьям, органы опеки, КДН и др.) — эту работу выполняют социальные работники медицинских организаций.

Также совместная межведомственная медико-психосоциальная работа в регионе проводится с суицидентами и их семьями в соответствии с разработанными индивидуальными программами реабилитации (Постановление Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве Кировской области от 04.04.2019 № 4/4).

Пятый этап основан на организации межведомственной преемственной медико-психосоциальной помощи, направленной на вторичную и третичную профилактику психосоциальной дезадаптации у подростков с ПР, прошедших курс медико-психологической реабилитации. На данном этапе осуществляется адресная психосоциальная маршрутизация подростка и его семьи с вовлечением в реабилитационный процесс: 1) школьных психологов и социальных педагогов МОШ для создания комфортной здоровьесберегающей учебной среды; 2) ресурсов дополнительного образования и молодежных досуговых организаций города для организации внешкольной занятости учащихся; 3) центров социальной помощи семьям для нормализации семейных взаимоотношений и др.; 4) психологическая, психотера-

певтическая и, при необходимости, психиатрическая помощь в ДДЦ и ЦППЗ.

На этом этапе проводится разработка индивидуальных рекомендаций, маршрутизация и динамическая оценка психосоциального функционирования подростков с ПР для превенции обострения заболевания.

Обсуждение

Таким образом, в представленной модели модель сбережения психического здоровья подросткового населения, включающая мониторинг психического состояния, психопрофилактику и медико-психосоциальную помощь на основе преемственного межведомственного взаимодействия отражены этапы с указанием организационных ресурсов ведомств, отвечающих за их проведение, сделаны акценты на адресность и маршрутизацию мероприятий с учетом психологического, психического и социального функционирования подростка.

Преимуществом и новизной реализуемой модели является низкая экономическая составляющая организации с привлечением ресурсов смежных ведомств в реализацию первичной, вторичной и третичной психопрофилактики и психообразовательной работы с подростковым населением региона, возможность динамического преемственного психосоциального сопровождения подростков с признаками ПР и ГР на каждом этапе, а также возможность реорганизации деятельности на любом из ведомственных уровней.

Практическая реализация модели в г. Кирове позволила повысить обращаемость подростков с ДНС в 12 раз (2019 г. — 11 чел., 2020 г. — 133 чел.), организовать персонифицированную маршрутизацию и медико-социальную помощь лицам с ПР, выявлять ГР и улучшить профилактическую работу в школах.

Внедрение данной модели в организациях, оказывающих психологическую, социальную, психотерапевтическую и психиатрическую помощь может иметь несомненный клинический эффект, а именно, снижение тяжелых форм ПР с социальной дезадаптацией в связи с организацией психосоциального сопровождения ГР в школах, выявляемость и оказанием помощи лицам с донозологическими и инициальными состояниями.

Выводы. Преимуществом и новизной модели является привлечение ресурсов смежных ведомств к реализации психообразования и преемственной психопрофилактики с ГР в школах, маршрутизации лиц с ДПС и ПР. Универсальная инфраструктура модели включает административно-кадровые ресурсы организаций и имеет адаптивный характер. Практическая реализация модели имеет экономический эффект профилактической работы, направленной на превенцию развития клинически выраженных ПР с социальной дезадаптацией.

Литература / References

1. Баранов А.А., Кучма В.Р. Профилактические основы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в интересах детей. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2008;1:10-11.
Baranov AA, Kuchma VR. Prophylactic bases for developing the priority national health project in the interests of children. *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii*. 2008;1:10-11. (In Russ.).
2. Гусарова В.А., Иванов М.В. Развитие и совершенствование системы психопрофилактики в детском возрасте. *Психическое здоровье*. 2019;9:16-24.
Gusarova VA, Ivanov MV. Development and improvement of the prevention system in childhood. *Psihicheskoe zdorov'e*. 2019;9:16-24. (In Russ.). DOI: 10.25557/2074-014X.2019.09.16-24
3. Злоказова М.В., Семакина Н.В. О результатах скрининг-анкетирования подростков при проведении профилактических психиатрических осмотров для выявления пограничных психических расстройств. *Медицинский альманах*. 2018;56(5):174-176.
Zlokazova MV, Semakina NV. On the results of screening questioning adolescents during preventive psychiatric examinations to identify borderline mental disorders. *Medicinskij al'manah*. 2018;56(5):174-176. (In Russ.). DOI: 10.21145/2499-9954-2018-5-174-176
4. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011;21(3):5-9.
Koren EV, Kupriyanova TA. The concept of mental health and psychosocial rehabilitation of children and adolescents with mental disorders. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2012;3:4-12. (In Russ.).
5. Приказ Минздрава РФ от 10.08.2017 № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [http://pravo.gov.ru/]. Pravo.gov; 2017 [обновлено 12 ноября 2020]. Доступно: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201708210001>. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 514n dated 10.08.2017 «On the procedure for preventive medical examinations of minors» [http://pravo.gov.ru/]. Pravo.gov; 2017 [Updated 12 november 2020]. Available: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201708210001>. (In Russ.).
6. Семакина Н.В., Злоказова М.В., Ланских Ю.В., Наумкина Е.С. Сравнительный анализ результатов профилактических психиатрических осмотров и скрининг-анкетирования подростков. *Вятский медицинский вестник*. 2019;64(4):48-51.
Semakina NV, Zlokazova MV, Lanskih YuV, Naumkina ES. Comparative analysis of the results of preventive psychiatric examination and screening questioning of adolescents. *Vyatskij medicinskij vestnik*. 2019;64(4):48-51. (In Russ.). DOI: 10.24411/2220-7880-2019-10035
7. Семенова Н.В. Многоуровневая модель организации медицинской помощи лицам с психическими расстройствами. *Российский психиатрический журнал*. 2012;2:25-29.
Semenova NV. A multilevel model of organizing healthcare delivery for persons with mental disorders through interaction with primary care network professionals. *Rossiiskij psihiatricheskij zhurnal*. 2012;2:25-29. (In Russ.).
8. Филиппова Е.А. Школьная дезадаптация и факторы риска пограничных психических расстройств среди учащихся средних и старших классов массовых школ. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;20(3):50-53.
Filippova EA. School maladjustment and risk factors for development of borderline mental problems in secondary and senior classes of mainstream school. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya*. 2010;20(3):50-53. (In Russ.).

Сведения об авторах

Злоказова Марина Владимировна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии им. профессора В.И. Багаева, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 610998, Россия, Кировская область, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112, kf28@kirovvgma.ru

Семакина Надежда Витальевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии им. профессора В.И. Багаева, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 610998, Россия, Кировская область, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112, kgma_psi@mail.ru

Поступила 21.10.2021

Received 21.10.2021

Принята в печать 15.02.2022

Accepted 15.02.2022

Дата публикации 31.03.2022

Date of publication 31.03.2022

ПОДПИСКА

НА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

**«Обозрение психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева»**

Учредителем журнала, основанного в 1896 году Владимиром Михайловичем Бехтеревым, является ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Издание входит в рекомендованный ВАК РФ перечень научных журналов для опубликования основных научных результатов диссертаций. Выходит 4 раза в год.

В редакционный совет журнала входят известные российские ученые, врачи-психиатры и психологи, а также представители ведущих научных учреждений в области психиатрии и психологии из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Подписаться на журнал можно в любом почтовом отделении.

Подписной индекс в Объединенном каталоге Пресса России **70232**
В интернет-каталоге Пресса рф.ru https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/y_e70232/

Бринтелликс обладает дозозависимым действием на все симптомы депрессии



RU-BRIN-0047

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ по применению лекарственного препарата БРИНТЕЛЛИКС

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: ЛП-003422 **МЕЖДУНАРОДНОЕ НЕПАТЕНТОВАННОЕ НАЗВАНИЕ:** вортиоксетин, **ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг, 10 мг и 20 мг. **ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА:** антидепрессант. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ** Бринтелликс показан для лечения больших депрессивных эпизодов у взрослых. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ** Гиперчувствительность к активному веществу или какому-либо компоненту препарата. Одновременное применение с неселективными ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) или с селективными ингибиторами МАО А (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). Детский и подростковый возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не установлены). **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ:** тяжелая почечная и печеночная недостаточность; мани и гипомания; фармакологически неконтролируемая эпилепсия, судорожные припадки в анамнезе; выраженное суицидальное поведение; цирроз печени; склонность к кровотечениям; одновременный прием с ингибиторами МАО В (селегилином, разагилином); серотонинергическими лекарственными препаратами; препаратами, снижающими порог судорожной готовности; литием, триптофаном; лекарственными препаратами, содержащими зверобой продырявленный; пероральными антикоагулянтами и лекарственными препаратами, влияющими на тромбоцитарную функцию; препаратами, способными вызвать гипонатриемию; электросудорожная терапия; пожилой возраст. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ** Режим дозирования Начальная и рекомендуемая доза Бринтелликса у взрослых пациентов младше 65 лет составляет 10 мг однократно в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента суточная доза может быть увеличена до максимальной дозы 20 мг вортиоксетина один раз в сутки или снижена до минимальной дозы 5 мг вортиоксетина один раз в сутки. После полного разрешения симптомов депрессии рекомендовано продолжать лечение в течение, по крайней мере, 6 месяцев для закрепления антидепрессивного эффекта. **ПРЕКРАЩЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ** Пациенты, получающие лечение вортиоксетином, могут одномоментно прекратить прием лекарственного препарата без необходимости постепенного понижения дозы (см. раздел «Фармакологические свойства»). **ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ** Пожилые пациенты (> 65 лет) У пациентов > 65 лет в качестве начальной дозы всегда следует использовать минимальную эффективную дозу Бринтелликса 5 мг однократно в сутки. Необходимо соблюдать осторожность при лечении пациентов > 65 лет с применением дозы выше 10 мг вортиоксетина однократно в сутки, так как данные о применении препарата у этой группы пациентов ограничены (см. раздел «Особые указания»). **Ингибиторы цитохрома P450** В зависимости от индивидуальной реакции пациента может потребоваться снижение дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии сильными ингибиторами изофермента CYP2D6 (например, бупропионом, хинидином, флуоксетином, пароксетином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). **Индукторы цитохрома P450** В зависимости от индивидуальной реакции пациента может потребоваться коррекция дозы Бринтелликса в случае присоединения терапии индукторами цитохрома P450 широкого спектра (например, рифампицином, карбамазепином, фенитоином) (см. раздел «Взаимодействие с другими лекарственными средствами»). **Дети и подростки (младше 18 лет)** Безопасность и эффективность Бринтелликса у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлена. **Данных по этой группе пациентов нет** (см. раздел «Особые указания»). **Почечная недостаточность** В зависимости от функции почек коррекции дозы не требуется. **Печеночная недостаточность** Нет необходимости коррекции дозы в зависимости от функции печени. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ** Бринтелликс предназначен для приема внутрь. Покрытые пленочной оболочкой таблетки можно принимать вне зависимости от приема пищи. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ** Сводная характеристика профиля безопасности Наиболее частой нежелательной реакцией была тошнота. Как правило, тошнота имела легкую или умеренную степень тяжести и возникала в первые 2 недели лечения. Реакции в основном были кратковременными и не приводили к прекращению лечения. Нежелательные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как тошнота, чаще встречались у женщин, чем у мужчин. Список нежелательных явлений в виде таблицы. Нежелательные реакции, перечисленные ниже, распределены по частоте следующим образом: очень часто (>1/10); часто (от >1/100 до <1/10); нечасто (от >1/1000 до <1/100); редко (от >1/10000 до <1/1000); очень редко (<1/10000), частота неизвестна (частота не может быть оценена на основании имеющихся данных).

Класс системы органов	Частота	Нежелательная реакция
Нарушения со стороны иммунной системы	Неизвестно*	Анафилактическая реакция
Нарушения со стороны обмена веществ и питания	Неизвестно*	Пипонатриемия
Нарушения психики	Часто Неизвестно* Неизвестно*	Необычные сновидения Бессонница Возбуждение, агрессия
Нарушения со стороны нервной системы	Часто Неизвестно*	Головокружение Серотониновый синдром
Нарушения со стороны органов зрения	Редко Нечасто	Расширение зрачка, способность вызывать развитие острой закрытоугольной глаукомы
Нарушения со стороны сосудов	Неизвестно*	Кровоизлияние (включая кровоизлияние в кожу, экхимоз, носовое кровотечение, желудочно-кишечные кровотечения, вагинальные кровотечения)
Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта	Очень часто Часто	Тошнота Диарея, запор, рвота
Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей	Часто Нечасто Неизвестно*	Зуд, в том числе генерализованный зуд Ночные поты Ангioneвротический отек, крапивница, сыпь

Пожилые пациенты Для доз вортиоксетина 10 мг и выше один раз в сутки уровень выбывания из исследований был выше у пациентов в возрасте > 65 лет. Для доз вортиоксетина 20 мг один раз в сутки случаи возникновения тошноты и запоров были выше у пациентов в возрасте > 65 лет (42% и 15%, соответственно) по сравнению с пациентами < 65 лет (27% и 4%, соответственно) (см. раздел «Особые указания»). **Сексуальная дисфункция** В клинических исследованиях сексуальная дисфункция оценивалась с использованием ASSEX (Аризонская шкала сексуальной функции). Дозы от 5 до 15 мг не демонстрировали отличия от плацебо. Однако прием дозы вортиоксетина 20 мг ассоциировался с повышением частоты возникновения сексуальной дисфункции (TESD) (см. раздел «Фармакологические свойства»). **Класс-специфический эффект** Эпидемиологическое исследование преимущественно с участием пациентов в возрасте 50 лет и старше выявило повышение риска перелома костей у пациентов, принимающих лекарственные препараты, относящиеся к соответствующим фармакологическим классам антидепрессантов (СИОЗС и ТЦА). Механизм, обуславливающий такой риск, неизвестен, также как неизвестно относится ли этот риск к приему вортиоксетина. **Пипонатриемия** На фоне применения антидепрессантов с серотонинергическим эффектом (СИОЗС, СИОЗСН) сообщалось о редких случаях возникновения гипонатриемии, вероятно вследствие синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона. Следует проявлять осторожность при применении вортиоксетина у пациентов из групп высокого риска, таких как пожилые пациенты, пациенты с циррозом печени или пациенты, одновременно получающие терапию лекарственными препаратами, которые могут вызывать гипонатриемию. Следует по возможности отменить вортиоксетин у пациентов с симптоматической гипонатриемией и провести соответствующие медицинские вмешательства, направленные на коррекцию их состояния. **Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами** Бринтелликс не оказывает или оказывает незначительное влияние на способность управлять транспортными средствами или работать с механизмами. Тем не менее, поскольку отмечались нежелательные реакции, например, головокружение, пациенты должны соблюдать осторожность при управлении транспортными средствами или при работе с опасными механизмами особенно в начале лечения вортиоксетином или при изменении его дозы. **СРОК ГОДНОСТИ** 4 года **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК** По рецепту врача.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ (ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ) РАБОТНИКОВ

ПЕРЕД ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ



ООО «ЛУНДБЕК РУС»
107045 г. Москва, Последний переулок, д. 17
тел.: (495) 380 31 97
e-mail: russia@lundbeck.com
www.lundbeck.ru

Brintellix
vortioxetine

Лечить больше, чем расстройство настроения!

РЕКЛАМА