

---

ВОЛГОГРАДСКИЙ НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. 2024. Т. 21, № 2. С. 19–25.

НАУЧНАЯ СТАТЬЯ

УДК 614.2

**Сергей Николаевич Гончаренко**

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова,  
Москва, Россия

*g\_sn@bk.ru*

---

## РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБРАТИВШИМСЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

---

**Аннотация.** В основе работы рассмотрены варианты реализации мероприятий, направленных на снижение уровня госпитализма, улучшение комплаенса, клинической симптоматики, показателей социальной адаптации и качества жизни добровольно госпитализированных больных параноидной шизофренией. Показаны возможности осуществления дифференциальных программ медико-социальной реабилитации, направленных на личностно-социальные и реабилитационные компоненты, способствующие формированию критичного отношения к проявлениям болезни и снижающие степень зависимости социального функционирования от психической патологии. **Целью работы** является обоснование эффективности реализации дифференциальных программ медико-социальной реабилитации добровольно госпитализированных больных параноидной шизофренией, направленных на снижение уровня госпитализма. **Материалы и методы.** Сгруппированная выборочная совокупность 100 больных параноидной шизофренией: компенсированная группа (компенсация в клиническом и социальном аспекте); адаптированная группа (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией); декомпенсированная группа (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте); конфликтная группа (низкий уровень клинических проявлений и выраженная социальная декомпенсация). Клинические шкалы оценки позитивных и негативных симптомов шизофрении и оценки уровня персонального и социального функционирования. **Результаты.** На основе оценки соответствия клинических показателей уровню социального функционирования для различных групп социальной адаптации больных разработаны дифференциальные программы, направленные на снижение уровня госпитализма, включающие в себя разного рода психосоциальные интервенции. **Заключение.** Основные клиничко-социальные аспекты совершенствования медицинской помощи пациентам с параноидной шизофренией заключаются в переориентации направлений психиатрической помощи на социальное функционирование, обязательное психотерапевтическое и психообразовательное сопровождение назначений лекарственных препаратов.

*Ключевые слова:* добровольная госпитализация, параноидная шизофрения, медико-социальная реабилитация, психосоциальные интервенции, госпитализм, социальная адаптация

---

VOLGOGRAD SCIENTIFIC AND MEDICAL JOURNAL. 2024. VOL. 21, NO. 2. P. 19–25.

ORIGINAL ARTICLE

**Sergej N. Goncharenko**

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

*g\_sn@bk.ru*

---

## MEASURES DEVELOPMENT TO IMPROVE MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WHO HAVE INDEPENDENTLY SOUGHT PSYCHIATRIC HELP

---

**Abstract.** The paper is based on options for implementing measures aimed at reducing the hospitalization level, improving compliance, clinical symptoms, social adaptation indicators and voluntarily life quality hospitalized patients with paranoid schizophrenia. The implementing differential programs possibilities medical and social rehabilitation aimed at personal, social and rehabilitation components that contribute to the critical attitude formation to the disease manifestations and reduce the social functioning dependence degree mental pathology are shown. **The aim** of the work is to substantiate the implementation effectiveness differential programs medical and social rehabilitation voluntarily hospitalized patients with paranoid schizophrenia, aimed at reducing the hospitalism level. **Materials and methods.** Grouped sample

of 100 patients with paranoid schizophrenia: compensated group (compensation in clinical and social aspects); adapted group (pronounced clinical disorders with satisfactory social compensation); decompensated group (decompensation in clinical and social aspects); conflict group (clinical manifestations low level and pronounced social decompensation). Clinical scales for assessing positive and negative schizophrenia symptoms and assessing the personal and social functioning level. **Results.** Based on the clinical indicators compliance assessment with the social functioning level for social adaptation of patients various groups, differential programs have been developed aimed at reducing the hospitalization level, including various kinds of psychosocial interventions. **Conclusion.** The main clinical and improving medical social aspects care for patients with paranoid schizophrenia are the psychiatric reorientation care to social functioning, mandatory psychotherapeutic and psychoeducational medications prescriptions support.

**Keywords:** *voluntary hospitalization, paranoid schizophrenia, medical and social rehabilitation, psychosocial interventions, hospitalism, social adaptation*

На фоне существующего в РФ дефицита врачей-психиатров и наличия ежегодной тенденции к снижению числа психиатрических коек возникает актуальная потребность в выделении из числа потенциальных пациентов психиатрического стационара, добровольно обратившихся за медицинской помощью когорты больных, для которых возможно клинически обоснованное, социально приемлемое и экономически эффективное применение современных подходов внебольничной психиатрии.

Таким образом, выявление и изучение клинико-социальных факторов и мотивов «неклинической» госпитализации на когорте больных параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью, представляется крайне актуальным исследованием в свете проводимых в настоящее время деинституциональных реформ [1].

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Обоснование эффективности реализации дифференциальных программ медико-социальной реабилитации добровольно госпитализированных больных параноидной шизофренией, направленных на снижение уровня госпитализма.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках основного этапа исследования на основе оценки соответствия клинических показателей по шкале PANSS (Клиническая шкала Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS; Stanley Kay et al., 1987, С. Н. Мосолов, 2001) уровню социальной адаптации по шкале PSP (Шкала оценки персонального и социального функционирования (Personal and Social Performance scale – PSP; Morosini P., 2000) для различных групп социальной адаптации выборочной когорты 100 больных параноидной шизофренией разработаны дифференциальные программы, направленные на снижение уровня

госпитализма, включающие в себя разного рода психосоциальные интервенции, базирующиеся на характерных специфических особенностях больных [2, 3].

При осуществлении вышеуказанных программ больные были сгруппированы, исходя из клинической картины заболевания, когнитивных, негативных и позитивных симптомов, а также адаптационного потенциала, уровня социального функционирования и показателей качества жизни [4, 5].

Основной задачей программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией, направленных на снижение уровня госпитализма для *компенсированной группы* больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте) является удержание и стабилизация имеющихся навыков социального функционирования с неременной реализацией следующих психосоциальных интервенций: психосоциальная реабилитация (психообразовательные программы с больными и родственниками); индивидуальная эмоциональная вовлеченность; психологическое «эскортирование»; индивидуальная и семейная психотерапия; профессиональные консультации по социально-трудовым и финансово-экономическим вопросам.

Для определения реабилитационного потенциала *адаптированной группы* больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией) особое внимание было уделено вовлечению пациентов в лечебно-реабилитационный процесс и профилактике социальной дезадаптации.

В этом случае программа включала в себя следующие аспекты: формирование индивидуального мотивационного профиля вовлечения больного в лечебно-реабилитационный процесс; включение больных во всевозможные виды проведения досуговых мероприятий; разработка рекомендаций в сфере сохранения преж-

него места работы (в т. ч. работа с «поддержкой», а также возможного трудоустройства и/или решение проблем, связанных с утратой трудоспособности.

В рамках исследования и коррекции социальных взаимоотношений в *декомпенсированной группе* больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте) акценты были сделаны на профилактике клинических рецидивов и активизации навыков независимого проживания. В этой связи разработка программы осуществлялась в следующих направлениях: формирование индивидуального мотивационного профиля вовлечения больного в лечебно-реабилитационный процесс; обучение навыкам независимого проживания с включением психообразовательных программ; формирование коммуникативных компетенций (упрощенного характера); психосоциальная реабилитация (психообразовательные программы, направленные на ближайших родственников); способствование в решении вопросов дееспособности, распределение в дома-инвалидов.

Особенностью *конфликтной группы* больных (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация) являлись мотивационно-личностные изменения в социально-трудовой сфере. При этом делался акцент на следующие аспекты: активное управление медико-социальной траекторией; социальный «коучинг» после выписки из стационара; формирование коммуникативных компетенций; тренинги когнитивных умений и навыков; включение больных в досуговые мероприятия и трудовые процессы; расширение сферы общения и выработка более динамичной жизненной позиции, комплаентности, настроенности на психофармакотерапию и регулярных визитов к лечащему врачу-психиатру.

Таким образом, реализация дифференциальных программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией, направленных на снижение уровня госпитализма с учетом характерных особенностей пациентов, позволяет поддерживать показатели качества жизни и социальное благополучие, снизить число и длительность стационаризований, сконцентрировавшись на поддержании потенциального уровня трудоспособности и повышении когнитивных навыков и способностей. Изменение

в клинической картине и социальном уровне в выделенных группах социальной адаптации могут служить маркерами эффективности реализации медико-социальных реабилитационных программ, отсутствие которых будет сопровождаться во многих случаях отказами от посещений амбулаторного звена психиатрической помощи, нарушением комплаенса, сокращением длительности ремиссий, увеличением числа и длительности госпитализаций с неуклонным снижением показателей социальной адаптации и качества жизни больных параноидной шизофренией.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Осуществление медико-социальных и реабилитационных мероприятий в обстановке прогрессивной психотерапевтической среды [6, 7] позволили получить следующие результаты в группах: параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением); небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой); непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой) (см. табл.), и дать оценку медико-социальному прогнозу развития заболевания у вышеуказанных групп больных.

Статистический анализ реализации дифференциальных программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией позволил установить, что в группе декомпенсированных больных с параноидными мотивами (ассоциированные с бредовым поведением) целевые установки психосоциальных воздействий, заключающиеся в активизации навыков независимого проживания и профилактики клинических рецидивов достигнуты не были ( $p < 0,95$ ).

Конгруэнтные клиническому состоянию социальные компоненты способствовали наличию относительно ригидного ответа на психокоррекционные интервенции (некомплаентность, апато-абулические проявления, эмоциональная неустойчивость), что в отношении амбулаторного реабилитационного потенциала и медико-социального прогноза данной группы больных является относительно неблагоприятным фактором.

### Обоснование эффективности реализации дифференциальных программ медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией

Группы социальной адаптации	Группы мотивов добровольной госпитализации	Параноидные мотивы (ассоциированные с бредовым поведением)	Небредовые психопатологические мотивы (ассоциированные с другими психическими расстройствами, не связанными с бредовой симптоматикой)	Непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой)
<b>Компенсированная группа</b> больных (компенсация в клиническом и социальном аспекте)				63,6 ± 5,1 * 67,9 ± 6,2 ** (t = 2,004, p > 0,95) (n = 15)
<b>Адаптированная группа</b> больных (выраженные клинические расстройства с удовлетворительной социальной компенсацией)		41,6 ± 2,8 * 43,9 ± 3,4 ** (t = 2,09, p > 0,95) (n=17)	55,2 ± 5,1 * 58,9 ± 4,2 ** (t = 2,57, p > 0,95) (n = 22)	
<b>Декомпенсированная группа</b> больных (декомпенсация в клиническом и социальном аспекте)		27,6 ± 2,1 * 28,9 ± 3,6 ** (t = 1,29, p > 0,8) (n = 18)	37,3 ± 2,3 * 39,5 ± 3,4 ** (t = 2,08, p > 0,95) (n = 16)	
<b>Конфликтная группа</b> больных (низкий уровень клинических проявлений (расстройства непсихотического регистра) и выраженная социальная декомпенсация)				35,3 ± 2,8 * 37,6 ± 3,1 ** (t = 2,13, p > 0,95) (n = 12)

*Примечание.* Баллы по шкале PSP,  $M \pm \delta$ , где  $M$  – среднее значение,  $\delta$  – среднеквадратическое отклонение;  $t$  – доверительный коэффициент;  $n$  – количество больных в группе; \* – показатели до реализации программ; \*\* – показатели после реализации программ.

В результате проведенных диссертационных исследований были разработаны **мероприятия по совершенствованию медицинской помощи** пациентам с параноидной шизофренией, самостоятельно обратившихся за психиатрической помощью.

1. Для сокращения количества госпитализаций и длительности пребывания больных параноидной шизофренией в стационарном звене психиатрической помощи необходимо, наряду с адекватной психофармакотерапией, активно развивать стационарзамещающие (внебольничные) формы психиатрической помощи (транспозиция акцента оказания психиатрической помощи со стационарных во внебольничную среду), с направленностью на личностно-социальные и реабилитационные компоненты (психоневрологические диспансеры, дневные стационары, медико-реабилитационные отделения, отделения настойчивого (интенсивного) лечения в обществе, полипрофессиональные бригады).

2. В амбулаторном звене психиатрической помощи для пациентов с частыми и длительными госпитализациями в анамнезе необходимо стремиться создать благоприятную атмосферу

терапевтической среды, эмоциональной поддержки и естественного социального контекста, а также расширить возможности терапевтического процесса путем оказания экстрамуральной психиатрической помощи, ассоциированной с местом жительства и специфичным для больных социальным окружением.

3. Оказание реабилитационной и медико-социальной психиатрической помощи в амбулаторной и внебольничной среде необходимо осуществлять в активном сообществе с пациентом и его ближайшим окружением для эффективного преодоления резидуальной психопатологической симптоматики (копинг-стратегии), потенциального повышения уровня социальной адаптации и социальной поддержки, а также нормализации и оздоровления коммуникативных связей с ближайшими родственниками. При этом вовлечение пациентов в активную социальную деятельность является предиктором эффективного реабилитационного процесса и предупреждает неминуемое нарастание негативной симптоматики.

4. Для эффективной ассимиляции больных параноидной шизофренией в сообщество возни-

кает объективная необходимость в заблаговременной (ранней) психосоциальной реабилитации, которая должна стать тотальным процессом наравне с психофармакотерапией, так как ухудшение навыков социального функционирования у большей половины больных наблюдаются еще в продромальном периоде течения шизофренического процесса до экзоцербаций манифестного психоза и пролонгируются в клинически развернутой стадии заболевания.

5. В основу определения величины реабилитационного потенциала больных параноидной шизофренией необходимо положить создание эффективного баланса между психической жизнью пациента и уровнем социального функционирования, направленного на восстановление и развитие утраченных при шизофрении или оказавшихся неполноценными навыков, знаний и умений, так как зачастую основанием для хронизации болезненных состояний является не только наличие негативной и психопродуктивной симптоматики, а в большей степени – результат взаимодействия с больным определяющих факторов внешней среды и социального окружения.

Таким образом, в результате проведенных исследований было установлено, что количество больных, добровольно обратившихся за стационарной психиатрической помощью и при этом не требующих госпитализации, составило 27 % от искомой исследуемой выборочной совокупности больных параноидной шизофренией (непсихопатологические мотивы (не ассоциированные с психопатологической симптоматикой) компенсированной и конфликтной группы больных). Проецируя полученные результаты на генеральную совокупность добровольно госпитализированных больных в Московскую городскую клиническую психиатрическую больницу № 1 им. Н. А. Алексеева, получаем, что количество добровольных госпитализаций в год составляет  $\cong 1\,500$  человек (40,5 % от 3 700 госпитализированных), среди них  $\cong 400$  госпитализаций не обусловлено клиническими показаниями. С учетом альтернативных издержек на адекватные стационарзамещающие формы помощи и систему психосоциальной работы для данной когорты больных, стоимости 1 койко-дня и среднего значения времени, проведенного в стационаре, возможно рассчитать экономическое бремя по больнице в целом от случаев добровольной госпитализации, не обусловленных клиниче-

скими показаниями для больных параноидной шизофренией. Проведенные исследования еще раз подтверждают мнение отечественных ученых о том, что треть госпитализаций больных шизофренией (в нашем исследовании параноидной шизофрении – 27 %) может быть предотвращена, благодаря развитию и модернизации амбулаторного звена социально-психиатрической помощи, а затраты на амбулаторное лечение и социальную работу (со ссылкой на приведенное исследование) практически втрое дешевле, чем стационарное лечение больных. Ввиду того, что структура контингента психиатрических клиник, в которой доля «оседающих» (с длительностью более года) больных остается относительно постоянной (каждая пятая койка) при неизменно возрастающей доле «условно стационарного» контингента с возможностью получать необходимый объем лечения амбулаторно или в дневных стационарах, исследования, направленные на выявление контингента больных, для которых возможен перенос оказания психиатрической помощи из стационарной во внебольничную среду (в условия «привычного» для больного социума), являются актуальными и значимыми [8]. Исходя из полученных значений 400 госпитализаций, не обусловленных клиническими показаниями стоимостью от 2 000 до 5 000 р. в сутки пребывания в стационаре при средней продолжительности госпитализации около 60 дней, больница в год может экономить от 48 до 120 млн р. в год. Учитывая тот факт, что стоимость стационарного лечения в среднем в 4 раза дороже амбулаторной курации, финансовые потери – 36–90 млн р. в год.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исходя из проведенных исследований, возможно сформулировать градиенты преобразований в условиях новой модели психиатрической помощи: трансформация собственного клинического мировоззрения врача-психиатра; организационные перемены в оказании стационарной и амбулаторной психиатрической помощи; пересмотр психофармакологической парадигмы.

В такой постановке необходимо «концептуальное» изменение терапевтического подхода с изменением клинического мировоззрения и мышления с физиологически ориентированного на социально-гуманитарное (врач – устранитель психоза → врач – восстановитель личностного

и социального функционирования) [9, 10]. Основные клинико-социальные аспекты совершенствования медицинской помощи пациентам с параноидной шизофренией в рамках данных изменений заключаются в следующем: переориентация направления психиатрической помощи на социальное функционирование, а не на ликвидацию психиатрической симптоматики «любым путем»; индивидуальный, а не стандартизированный подход к медикаментозной терапии; обязательно активное психотерапевтическое и психообразовательное сопровождение назначений лекарственных препаратов со стремлением к максимально эффективному комплаенсу; стремление к избеганию нейролептических «ударов» и лечебной полипрагмазии; титрование дозы психофармакологических препаратов «снизу вверх» (от переносимости к эффективности), а также всестороннее использование современных пролонгированных форм, позволяющих стабилизировать плазменные концентрации, максимально снизить прием стигматизирующих ежедневных лекарств, а также минимизировать побочные эффекты, углубить и продлить длительность ремиссии.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Тархова Ю. И., Шамрей В. К., Курасов Е. С. и др. Особенности психосоциального функционирования пациентов с биполярным аффективным расстройством: современные подходы к реабилитации. *Психиатрия*. 2022;20(3):124–133.
2. Казакова Е. В., Лемещенко О. В. Кластерный подход к управлению региональными программами лекарственного обеспечения. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2019;2:48–51.
3. Касаткин А. Н., Рябова Т. М., Коновалов О. Е. Пути улучшения работы амбулаторного медицинского звена на основе анализа удовлетворенности пациента оказанной услугой. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2023;20(2):21–25.
4. Казаковцев Б. А., Макушкина О. А., Фролова А. В. Использование программ психосоциальной реабилитации пациентов с тяжелыми психическими расстройствами в период принудительного лечения. Обзор литературы. *Психическое здоровье*. 2023;18(5):57–70.
5. Куликов В. С. Обоснование оптимального выбора статистического критерия для решения одновыборочной задачи при статистической обработке результатов психологических исследований. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2019;1:46–49.
6. Неретин Е. С., Колокольников Ф. А., Новиков А. В. и др. Разработка отечественной версии социально-когнитивного тренинга больных шизофре-

нией с использованием технологии виртуальной реальности. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2022;32(1):28–33.

7. Тархова Ю. И., Окатова К. Р. Некоторые особенности психосоциального функционирования пациентов с биполярным аффективным расстройством. *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2022;41(S2):418–421.

8. Доника А. Д., Аджиенко В. Л. Оценка качества медицинской помощи с позиций пациент-ориентированного подхода. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2023;20(1):58–61.

9. Митихин В. Г., Солохина Т. А., Кузьминова М. В. и др. Эффективность психосоциальной реабилитации: инновационный метод оценки. *Психиатрия*. 2022;20(2):51–59.

10. Науменко А. Е., Клаучек А. Е., Костюченко М. С. Психофизиологические корреляты предрасположенности операторов к развитию критического уровня утомления. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2023;20(1):29–32.

## REFERENCES

1. Tarkhova Yu. I., Shamrey V. K., Kurasov E. S. et al. Features of psychosocial functioning of patients with bipolar affective disorder: modern approaches to rehabilitation. *Psichiatriya = Psychiatry*. 2022;20(3):124–133. (In Russ.).
2. Kazakova E. V., Lemeshchenko O. V. Cluster approach to the management of regional drug supply programs. *Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal = Volgograd Scientific Medical Journal*. 2019;(2):48–51. (In Russ.).
3. Kasatkin A. N., Ryabova T. M., Konovalov O. E. Ways to improve the work of the outpatient medical unit based on the analysis of patient satisfaction with the service rendered. *Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal = Volgograd Scientific Medical Journal*. 2023;20(2):22–25. (In Russ.).
4. Kazakovtsev B. A., Makushkina O. A., Frolova A. V. The use of psychosocial rehabilitation programs for patients with severe mental disorders during compulsory treatment. literature review. *Psichicheskoe zdorov'e = Mental health*. 2023;18(5):57–70. (In Russ.).
5. Kulikov V. S. Substantiation of the optimal choice of a statistical criterion for solving a single-sample problem in the statistical processing of the results of psychological research. *Volgogradskij nauchno-medicinskij zhurnal = Volgograd Scientific Medical Journal*. 2019;(1):46–49. (In Russ.).
6. Neretin E. S., Kolokolnikov F. A., Novikov A. V. et al. Development of a domestic version of socio-cognitive training of patients with schizophrenia using virtual reality technology. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya = Social and clinical psychiatry*. 2022;32(1):28–33. (In Russ.).

7. Tarkhova Yu. I., Okatova K. R. Some features of psychosocial functioning of patients with bipolar affective disorder. *Izvestiya Rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii = Izvestiya Rossijskoj militaricheskoj akademii*. 2022;41(S2):418–421.

8. Donika A. D., Adzhienko V. L. Assessment of the quality of medical care from the standpoint of a patient-oriented approach. *Volgogradskij nauchno-meditsinskij zhurnal = Volgograd Scientific Medical Journal*. 2023;20(1):58–61. (In Russ.).

9. Mitikhin V. G., Solokhina T. A., Kuzminova M. V. et al. Effectiveness of psychosocial rehabilitation: an innovative method of evaluation. *Psihiatriya = Psychiatry*. 2022; 20(2): pp. 51-59.

10. Naumenko A. E., Klaucek A. E., Kostyuchenko M. S. Psychophysiological correlates of the predisposition of operators to the development of a critical level of fatigue. *Vestnik volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta = Bulletin of the Volgograd State Medical University*. 2023;20(1):29–32.

#### Информация об авторе

**С. Н. Гончаренко** – ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии, [g\\_sn@bk.ru](mailto:g_sn@bk.ru), <https://orcid.org/0000-0002-9997-9858>

Статья поступила в редакцию 28.11.2023; одобрена после рецензирования 31.01.2024; принята к публикации 15.02.2024.

#### Information about the author

**S. N. Goncharenko** – Assistant of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, [g\\_sn@bk.ru](mailto:g_sn@bk.ru), <https://orcid.org/0000-0002-9997-9858>

The article was submitted 28.11.2023; approved after reviewing 31.01.2024; accepted for publication 15.02.2024.