

<https://doi.org/10.36425/rehab80122>

Анализ структуры нарушений психоэмоциональной сферы у пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, проходивших реабилитацию в ФНКЦ РР, в условиях социально-коммуникативной депривации

М.В. Мартынова¹, М.В. Петровская¹, М.В. Штерн¹, А.С. Куликов¹, Е.В. Милованова¹, М.В. Петрова²

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Российская Федерация

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Москва, Российская Федерация

Обоснование. В ФНКЦ РР проходят реабилитацию пациенты после мозговых катастроф — острого нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговых травм, операций на головном мозге. В период пандемии COVID-19 (2020–2021 гг.) положение пациентов, проходящих тяжелое испытание болезнью, осложняется ограничением на посещения в стационаре. Пациенты вынуждены находиться до месяца и более в одиночестве, вдали от семьи и близких, в условиях изоляции вследствие тяжелого заболевания. **Цель исследования** — выявление среди пациентов частоты встречаемости, выраженности тревожных и депрессивных расстройств, вызванных длительным пребыванием в стационаре и ограниченным в связи с пандемией COVID-19 общением с родственниками. **Материал и методы.** Группу исследования составили 132 пациента НИИ реабилитологии ФНКЦ РР, госпитализированные в период пандемии COVID-19 (с мая 2020 по апрель 2021 г.), группу сравнения — 104 пациента, проходившие лечение в отделениях НИИ реабилитологии ФНКЦ РР в 2019 г. После изучения медицинской документации сформированы 2 группы пациентов: группа исследования ($n=21$) и группа сравнения ($n=24$) с идентичным распределением по гендерному и возрастному признаку, тяжести неврологического дефицита (легкая и средняя степень тяжести поражения), локализации процесса, критериям социальной активности. В исследовании использованы следующие методы: организационные (сравнительный метод); эмпирические (наблюдение, беседа, анкетирование); психодиагностические (тесты ОДС-2, HADS, STAI); метод экспертных оценок; качественный метод обработки данных (дифференциация материала по группам, его анализ). **Результаты.** Стресс от госпитализации и вынужденной изоляции резко ухудшает эмоциональное самочувствие, вызывает психическую дезадаптацию и часто проявляется развитием тревожно-депрессивной патопсихологической симптоматики: частота встречаемости личностной тревожности выросла в 3 раза; выраженность симптоматики ситуативной тревожности увеличилась в 1,5 раза; не выявлено ни одного случая невроза среди пациентов обеих групп. **Заключение.** Для снижения негативных последствий психоэмоционального напряжения от вынужденной изоляции, предупреждения формирования социально-стрессового расстройства необходимо проводить ряд мероприятий не только в отдельном учреждении, но и на более широком уровне.

Ключевые слова: депривация; последствия острого нарушения мозгового кровообращения; COVID-19; эмоциональное самочувствие; тревожность; депрессивные состояния; социально-стрессовое расстройство; психоэмоциональная сфера.

Для цитирования: Мартынова М.В., Петровская М.В., Штерн М.В., Куликов А.С., Милованова Е.В., Петрова М.В. Анализ структуры нарушений психоэмоциональной сферы у пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, проходивших реабилитацию в ФНКЦ РР, в условиях социально-коммуникативной депривации. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2021;3(3):281–290. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab80122>

Поступила: 15.08.2021 **Принята:** 15.09.2021 **Опубликована:** 04.10.2021

Обоснование

Пандемия коронавируса, начавшаяся в 2019 году, по настоящее время оказывает сильнейшее воздействие на мировое сообщество и дальнейший ход истории. Случившееся вызвало изменения

Список сокращений

ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения

Analysis of the Structure of Psycho-Emotional Disorders in Patients with Consequences of CVA who Underwent Rehabilitation at the FSCCRR in Conditions of Social and Communicative Deprivation

M.V. Martynova¹, M.V. Petrovskaya¹, M.V. Stern¹, A.S. Kulikov¹, E.V. Milovanova¹, M.V. Petrova²

¹ Federal Scientific and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitology, Moscow, Russian Federation

² Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

Introduction: Patients of FRCC ICMRR undergo rehabilitation after "cerebral accidents" of acute cerebrovascular accident (ACVA), Traumatic Brain Injury (TBI), brain surgery. During the pandemic COVID-19 (2020–2021), the hard situation of patients dealing with the disease is made more difficult by the visits ban in the hospital. Patients are forced to stay a month or more of loneliness, away from family and loved ones, in conditions of "isolation". **Aims:** Was to identify the frequency of occurrence and severity of anxiety and depressive disorders among patients caused by a long stay in the hospital, limited communication with relatives due to the COVID-19 pandemic. **Materials and methods:** The study group consisted of 132 patients of the Federal Research and Clinical Center of Intensive Care Medicine and Rehabilitation (FRCC ICMRR) who were hospitalized during the COVID-19 pandemic (from May 2020 to April 2021); the comparison group consisted of 104 patients who were treated in the FRCC ICMRR in 2019. After studying the medical documentation, 2 groups of patients were formed: the study group of 21 people and the comparison group of 24 people with an identical distribution by gender and age, by the severity of neurological deficit (mild and moderate severity of the lesion), localization of the process, criteria of social activity. The following methods were used in the study: organizational-comparative method; empirical-observation, conversation, questionnaire; psychodiagnostic methods-tests (ODS-2, HADS, STAI), the method of expert assessments, a qualitative method of data processing (differentiation of material by groups, its analysis). **Results:** The stress of hospitalisation and involuntary isolation makes patient's mental health much worse, causes mental maladjustment, and often manifests itself in the development of anxiety-depressive pathopsychological symptoms: the frequency of occurrence of personal anxiety increased by 3 times; the severity of the symptoms of situational anxiety increased by 1.5 times, no cases of neurosis were detected among patients of both groups. **Conclusions:** To reduce the negative consequences of psycho-emotional stress from involuntary isolation, to prevent the formation of social-stress disorder, it is necessary to carry out a number of activities not only in a separate institution, but also at the global level.

Keywords: deprivation; consequences of acute cerebrovascular accident; COVID-19; mental health; anxiety; depressive states; social stress disorder; psycho-emotional area.

For citation: Martynova MV, Petrovskaya MV, Stern MV, Kulikov AS, Milovanova EV, Petrova MV. Analysis of the Structure of Psycho-Emotional Disorders in Patients with Consequences of CVA who Underwent Rehabilitation at the FSCCRR in Conditions of Social and Communicative Deprivation. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2021;3(3): 281–290. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab80122>

Received: 15.08.2021 **Accepted:** 15.09.2021 **Published:** 04.10.2021

в обществе, отразившиеся на всех сферах жизни человека и человечества (экономической, социальной, личной), привело к кризису не только финансовому, но и экзистенциальному. Вынужденно введенный режим самоизоляции затронул все страны, а возникшие депривационные условия негативно влияют на психологическое состояние практически каждой личности, что, на наш взгляд, усиливает актуальность научного изучения данной проблемы.

Исследования влияния изоляции на человека, его психику проводились и в предыдущие периоды (изоляция в экспедициях, в местах лишения свободы, в условиях космоса) [1–3]. Во всех исследованиях отмечалось, что и одиночная и групповая изоляция вызывает различные изменения психики, создавая психоэмоциональную напряженность, неадекватные психические реакции, в ряде случаев приводит к неврозам и реактивным психозам. Такие реакции являются следствием воздействия пси-

хогенных факторов, сопутствующих вынужденной изоляции: монотонность, рассогласование ритма сна и бодрствования, ограничение информации, угроза витальности [1, 4].

Примером вынужденной длительной изоляции без возможности ее самостоятельного прерывания являются учреждения пенитенциарной системы [3]. Основными патогенными факторами в условиях изоляции называют резкое изменение привычного стереотипа жизнедеятельности, монотонность существования, снижение двигательной активности, ограничение и/или качественное изменение сенсорной информации [2]. Те же факторы можно выделить в числе основных для вынужденно введенной из-за пандемии коронавируса изоляции.

Монотонность приводит к появлению чувства утраты связи с реальностью, нарушению восприятия пространства и времени, снижению настроения, росту напряженности, тревожности [5].

Отступ от привычного режима дня, нарушение или рассогласование ритма сна и бодрствования ведет к нарушению эндогенных и экзогенных ритмов организма, обуславливая развитие повышенной тревожности, неуравновешенности, эмоциональной лабильности и, как следствие, неврозов, депрессий.

Депрессивные проявления, враждебность, нарушения сна и ослабление когнитивных функций могут являться следствием групповой изоляции, как, например, вынужденное длительное пребывание в стационаре [6].

В психологии реабилитации известно, что тревога и депрессия, как и эмоциональные переживания в стрессогенной ситуации, например, после инсульта, при пандемии считаются нормативным явлением [7, 8].

В ФНКЦ РР проходят реабилитацию пациенты после мозговых катастроф — острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), черепно-мозговых травм, операций на головном мозге. Состояние большинства можно определить сухим термином «состояние средней тяжести». Что скрывается за этими скупыми словами? Несколько дней или недель в коме, месяц и более одиночества, вдали от семьи и близких, в условиях изоляции.

В 2020-м (год пандемии) и текущем 2021 году положение пациентов, проходящих тяжелое испытание болезнью, осложняется введенным во многих больницах ограничением на посещения. Это помогает сдерживать вирус, но при этом снижает количество невербальных, тактильных контактов.

Как показывают исследования психологов, объятия и иные виды прикосновений помогают людям пережить даже физическую боль, когда неприятные ощущения становятся менее интенсивными.

Известны характерные психологические последствия сенсорной и социальной депривации. Сенсорная депривация — снижение интенсивности и уменьшение разнообразия притока раздражителей, поступающих извне. Социальная депривация — отсутствие возможности общения с другими людьми, или общение возможно лишь с ограниченным контингентом людей. Человек, не получая привычной социально значимой для него информации, не может реализовать чувственно-эмоциональные контакты, которые возникают при общении с другими людьми без ограничений [6, 9].

Когда человека навещают в больнице, он ощущает поддержку и заботу близких, что называется, своей кожей. Родственники могут поддержать за руку, погладить по голове, причесать, умыть и таким образом невербально выразить свои любовь и заботу. Не всем удастся найти подходящие случаю слова, не каждому дано выразить словами заполняющие душу чувства. Ничто не в состоянии заменить заботу любящих рук, тепло дыхания близких рядом с собой, сопереживание, любовь и поддержку в родных глазах. Аудио- и видеосвязь лишь в малой мере может заменить личное общение, особенно людям, у которых вследствие поражения головного мозга в той или иной степени нарушена коммуникативная функция, т.е. имеются нарушения импрессивной или экспрессивной стороны речи. В этом случае вербальное общение утрачивает свою информативность для пациента.

Особенно сильно проблемы депривации, сокращения или полного лишения возможности удовлетворять основные психофизиологические, социальные потребности проявляются в остром и подостром периоде ОНМК и черепно-мозговых травм. Очнувшись в больнице, и далее при переводе из стационара в реабилитационный центр пациенты видят только медицинский персонал. Незнакомые, чужие люди их лечат, кормят, переодевают, заботятся. Болезнь, немощь, дезориентированность, анозогнозия, боль, утрата самостоятельности — все это вызывает негативные мысли, отрицательные эмоции и деструктивные переживания: повышение тревожности, неуверенность в собственных силах, неопределенность перспектив восстановления, переживание одиночества (заброшенности),

собственной несостоятельности, беспомощности, ощущение обузы для близких, представление, что от них стараются избавиться, и пр.

Потеря привычных социальных связей чревата серьезными проблемами, и чем дольше длится изоляция, тем хуже могут быть последствия от социально-стрессового расстройства, разрушающего личность и ухудшающего эмоциональное самочувствие человека, находящегося в изоляции. Пациентов особенно беспокоят несколько вопросов: Что со мной? Кто мне может помочь? Как долго я буду здесь? На кого я могу сейчас опереться и рассказать о своих чувствах — страхе, боли, тревоге, отчаянии? Что поможет мне пережить непростые времена (может стать для меня ресурсом)? Как обойтись без активной очной поддержки близких.

Во время болезни ситуация вынужденной изоляции является особенно депрессогенной, когда контроль над значимыми событиями представляется человеку невозможным. Типичными состояниями в период их пребывания на длительном стационарном лечении являются тоска по дому, родным; ожидание изменений; состояние обреченности. К основным трудностям, испытываемым в первый период осознания болезни, относятся незнание особенностей ее протекания, недоумение от возникших в первую очередь физических ограничений, смущения от невозможности совершать привычные гигиенические процедуры и острая потребность в посторонней помощи при их проведении. Переживание стресса от вынужденной изоляции в ситуации болезни выступает в качестве этиологических либо провоцирующих и predisposing факторов развития депрессивного синдрома, социально-стрессового расстройства или посттравматического стрессового расстройства, часто вызывающих реакции соматизации, повышения конфликтности или агрессивного поведения [10].

С учетом индивидуальных различий адаптационного потенциала, внутренних ресурсов личности и адаптационного барьера, т.е. предельной степени жизненных трудностей, которые может выдержать человек без срыва механизмов психической адаптации, каждый попавший в лечебное учреждение без возможности личного общения с близкими либо справляется с этой проблемой, либо страдает различными адаптационными расстройствами от кратковременной депрессивной реакции до выраженных расстройств эмоций и поведения.

Стресс госпитализации и вынужденной изоляции резко ухудшает эмоциональное самочувствие, вызывает психическую дезадаптацию и часто проявляется развитием тревожно-депрессивной психологической симптоматики [11]. Тревожные проявления связаны с переживанием неопределенности, непонимания того, что происходит и почему, чем вызвана изоляция и насколько долгой она будет. При депрессии нет переживания неопределенности — формируется уверенность в неблагоприятном исходе всего происходящего.

Состояние тревоги является мобилизующей эмоцией, связанной с активным реагированием на ситуацию; депрессивное состояние относится к пассивно-оборонительному типу реагирования. Состояние депрессии характеризуется патологически сниженным настроением, переживанием тоски, печали, двигательной и мыслительной заторможенностью; нарушением социальной коммуникации человека — искажением восприятия и интерпретации эмоциональной экспрессии; нарушением произвольного контроля поведения [12].

Цель исследования — выявить частоту встречаемости, а также выраженность тревожных и депрессивных расстройств обусловленной пандемией COVID-19 депривации в связи с ограничением общения пациентов с родственниками в результате длительного лечения в стационаре.

Материал и методы

Предварительно были проанализированы 104 медицинские карты пациентов группы сравнения и 132 — группы исследования.

В группу исследования включали пациентов, поступивших в лечебные отделения НИИ реабилитации ФНКЦ РР после введения ограничений на посещения родственниками пациентов (запрет очных контактов вследствие пандемии COVID-19) в период с мая 2020 по апрель 2021 г.

В группу сравнения включены пациенты, прошедшие лечение в отделениях НИИ реабилитации ФНКЦ РР в 2019 г.

Испытуемые подбирались с учетом необходимого баланса по гендерному и возрастному критерию, социальной активности. Приоритетной характеристикой являлась идентичность распределения тяжести неврологического дефицита (легкой и средней степени тяжести поражения) и локализации процесса.

Пациентов подбирали по критерию высокой социально-коммуникативной активности, которые в

Таблица 1. Социодемографические характеристики групп исследования и сравнения

Период	Группа	Пол	Выборка, абс. (%)			
			Всего, <i>n</i>	41–50 лет	51–60 лет	61–70 лет
2020–2021		Всего	21	7 (33,3)	9 (42,9)	5 (23,8)
		Мужчины	12	4 (33,3)	6 (50,0)	2 (16,7)
		Женщины	9	3 (33,3)	3 (33,3)	3 (33,3)
2019		Всего	24	4 (16,7)	11 (45,8)	9 (37,5)
		Мужчины	13	2 (15,4)	6 (46,2)	5 (38,4)
		Женщины	11	2 (18,2)	5 (45,4)	4 (36,4)

период до стационарного лечения имели высокую степень социализации, социальной активности, тесный эмоциональный контакт с близкими и родными.

В исследование не включали пациентов с коротким сроком госпитализации (менее 2 нед.); грубыми нарушениями коммуникативной функции речи; грубыми когнитивными нарушениями.

По результатам отбора после изучения медицинской документации сформированы 2 группы пациентов, удовлетворяющие требованиям выбора: группа исследования ($n=21$); группа сравнения ($n=24$); табл. 1.

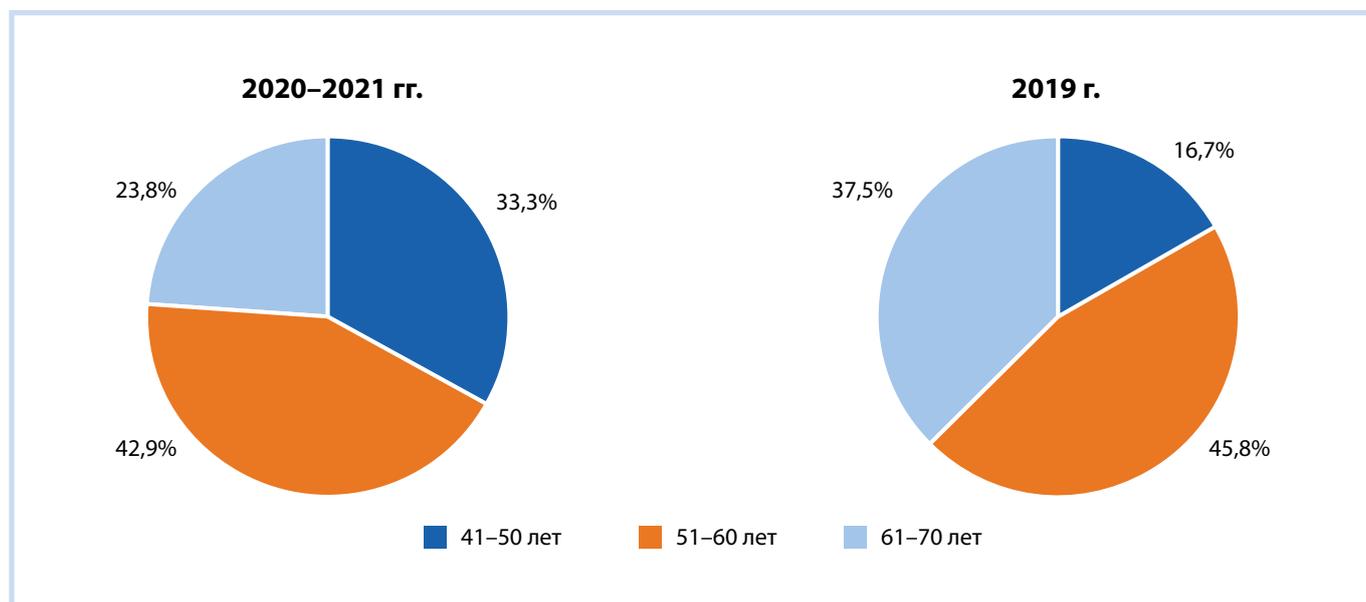
С учетом приоритетной характеристики идентичности распределения по тяжести неврологического дефицита (легкой и средней степени тяжести поражения) интересным является то, что доля пациентов мужского пола в группе исследования была почти вдвое больше. В группе исследования и группе контроля были пациенты не старше 70 лет. Под-

робное распределение по поло-возрастным характеристикам представлено в табл. 1.

Для наглядности представленных данных процентное соотношение возрастных показателей приведено на рисунке.

Все пациенты исследуемой группы ощущали тоску, безысходность, коммуникативный дефицит, отмечали значительное утяжеление негативных ощущений от пребывания в стационаре во время ограничений на посещение родственниками. Все пациенты этой группы ощущали одиночество, оторванность от семьи и отсутствие полноценного общения вживую с родными людьми, что не в силах заменить общение по телефону и знание, что их навещали.

С целью выявления частоты встречаемости и выраженности у пациентов тревожных и депрессивных расстройств в работе использованы следующие методы: наблюдение, интервью; изучение и анализ медицинской документации; госпитальная шкала трево-

Рис. Распределение по возрасту в группах исследования (2020–2021 гг.) и сравнения (2019 г.).

ги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); шкала для психологической экспресс-диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств; шкала Ч.Д. Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), для определения ситуативной и личностной тревожности; метод сравнения; дифференциация материала по группам и его анализ.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)¹

Шкала разработана А.С. Zigmond и R.P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общемедицинской практики. Шкала проста в применении и обработке результатов (ее заполнение занимает мало времени и не вызывает затруднений и негативных реакций у пациента), что позволяет использовать шкалу на практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов. У опросника высокая дискриминантная валидность в отношении обоих расстройств — тревоги и депрессии.

Вопросы субшкалы депрессии подобраны из наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают ангедонический компонент депрессивного расстройства. Вопросы субшкалы тревоги отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

Шкала для психологической экспресс-диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств² (Опросник депрессивных состояний-2, ОДС-2)

Шкала рассчитана на выявление депрессий средней и легкой тяжести, включая слабоструктурированные дистимические состояния. Опросник содержит две шкалы, соответствующие нозологической специфике, — невротические депрессии и психотические (эндогенные) депрессии. Результаты по данной шкале позволяют определить наличие депрессивного фона настроения в клинически малой степени выраженности и оценить принадлежность синдрома к определенному классу депрессий — невротическому или психотическому. Заключение по результатам тестирования носят

предварительный, или экспресс-диагностический, характер. В диагностической процедуре используются две шкалы — Д-Н и МДП-Д (неврозы). В шкале Д-Н решается задача получения сопоставимых результатов при маниакально-депрессивных психозах и неврозах; шкала применима для мужчин и женщин; может использоваться самостоятельно для выявления общего депрессивного фона. Вторая шкала предназначена для первичной оценки качества депрессии (уровень «мягких» депрессий, близких к невротическому спектру, или «большой» депрессии).

Шкала тревоги Спилбергера (STAI)³

Шкала является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная, ситуативная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для испытуемого.

Шкала Спилбергера–Ханина в силу своей относительной простоты и эффективности широко применяется в клинике с различными целями: определение выраженности тревожных переживаний, оценка состояния в динамике и др.

Результаты

При работе с пациентами в 2020–2021 гг. мы обратили внимание на наличие «особенных» пациентов, чье соматическое и психическое состояние не соответствовало тяжести неврологического дефицита. В работе с такими пациентами ($n=104$) были использованы все вышеуказанные методики. Из этой группы для дальнейшего анализа было отобрано 24 пациента с максимально выраженными проявлениями эмоционально-личностных нарушений. Кроме того, в группе исследования выполнен анализ структуры по полу и возрасту.

Для формирования группы сравнения проведен анализ 132 медицинских карт пациентов, про-

¹ Госпитальная шкала тревоги и депрессии. Режим доступа: https://psylab.info/Госпитальная_шкала_тревоги_и_депрессии. Дата обращения: 15.08.2021.

² Шкала для экспресс-психологической диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств. Режим доступа: http://nmic.bekhterev.ru/upload/documents/2004_depressscale.pdf. Дата обращения: 15.08.2021.

³ Шкала тревоги Спилбергера. Режим доступа: https://www.psylab.info/Шкала_тревоги_Спилбергера. Дата обращения: 15.08.2021.

ходивших лечение в ФНКЦ РР в 2019 г. Отобраны сопоставимые с группой исследования по половозрастным характеристикам пациенты, имеющие результаты по вышеперечисленным методикам.

В полученных выборках проанализирована документация с целью выявления наиболее уязвимых групп: локализация (расположение очага) поражения ОНМК; результаты исследования психоэмоциональной сферы по трем методикам — HADS, ОДС-2, STAI [13–15].

В табл. 2 представлены результаты распределения пациентов с учетом локализации процесса.

В результате анализа данных медицинской документации выявлена идентичность состава обеих групп по расположению очага поражения в головном мозге, что свидетельствует об отсутствии влияния локализации процесса на возникновение и выраженность депрессивных и тревожных состояний.

Пациенты обеих групп имеют схожие характеристики неврологического дефицита (легкой и средней степени тяжести поражения) и локализации поражений головного мозга.

Все пациенты до заболевания имели высокую степень социализации, социальной активности (семейный статус, широта социальных контактов — друзья, работа, другое окружение), тесный эмоциональный контакт с близкими и родными. По результатам анализа медицинской документации обеих групп, наблюдения и клинического интервью получены сведения, подтверждающие наличие дружной семьи,

заботы о близких, крепкие семейные узы, психологической и социальной поддержки. Таким образом, все пациенты, задействованные в исследовании, имели расширенную семью с высокой степенью эмоционального контактирования.

В табл. 3–5 приведены результаты анализа ответов групп сравнения и исследования по отобраным методикам.

По результатам опросника HADS, частота проявлений тревоги среди пациентов в период вынужденной изоляции возросла более чем в 3,5 раза, а депрессивных расстройств — в 2 раза. У женщин выраженность тревожной симптоматики возросла в 2 раза, в то время как у мужчин — практически в 10 раз (с 7,7 до 75%); депрессивные расстройства стали более часто выявляться среди женщин — почти в 2,5 раза чаще, среди мужчин — в 2 раза.

При анализе выраженности тревожности по шкале Спилбергера-Ханина (см. табл. 4) получены следующие результаты:

- значительно выросла личностная тревожность: в целом в группе исследования в 3 раза; среди мужчин в 7,5 раз и среди женщин в 1,6 раза;
- ситуативная тревожность возросла среди мужчин почти в 2,5 раза, среди женщин осталась в пределах 80% (возросла незначительно — на 7%); в целом в группе увеличилась в 1,5 раза.

По результатам опросника ОДС-2 (см. табл. 5) не выявлено ни одного случая невроза среди пациентов обеих групп. Эндогенная депрессия достаточно редко выявлялась как до пандемии, так и в пе-

Таблица 2. Локализация очага поражения в головном мозге (острое нарушение мозгового кровообращения)

Период	Локализация	Выборка, абс. (%)	
		Левое полушарие	Правое полушарие
2020–2021		12 (57,1)	9 (42,9)
2019		13 (54,2)	11 (45,8)

Таблица 3. Анализ выраженности проявлений тревоги и депрессии в группах исследования и сравнения по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS)

Период	Пол	Всего, n	HADS	
			Тревога	Депрессия
2020–2021	Выборка, n (%)	21	16 (76,2)	4 (19,0)
	Мужчин	12	9 (75,0)	2 (16,7)
	Женщин	9	6 (66,7)	2 (22,2)
2019	Выборка, n (%)	24	5 (20,8)	2 (8,3)
	Мужчин	13	1 (7,7)	1 (7,7)
	Женщин	11	4 (36,4)	1 (9,1)

Таблица 4. Анализ показателей тревожности у пациентов при социальной депривации в сравнении с предыдущим годом по шкале Спилбергера–Ханина (STAI)

Период	Пол	Всего, <i>n</i>	STAI	
			Ситуативная тревожность	Личностная тревожность
2020–2021	Выборка, <i>n</i> (%)	21	19 (90,5)	11 (52,4)
	Мужчин	12	11 (91,7)	7 (58,3)
	Женщин	9	8 (88,9)	4 (44,4)
2019	Выборка, <i>n</i> (%)	24	14 (58,3)	4 (16,6)
	Мужчин	13	5 (38,5)	1 (7,7)
	Женщин	11	9 (81,8)	3 (27,3)

Таблица 5. Оценка частоты встречаемости невротических и депрессивных состояний у пациентов в группах исследования и сравнения по шкале для психологической экспресс-диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств (ОДС-2)

Период	Пол	Всего, <i>n</i>	ОДС-2	
			Эндогенная депрессия	Невротическая депрессия
2020–2021	Выборка, <i>n</i> (%)	21	3 (14,3)	-
	Мужчин	12	1 (8,3)	-
	Женщин	9	2 (22,2)	-
2019	Выборка, <i>n</i> (%)	24	1 (4,2)	-
	Мужчин	13	0 (0)	-
	Женщин	11	1 (9,1)	-

риод изоляции, вызванной карантином, но возросла с 4 до 14% (в 3,5 раза).

Обсуждение

Пандемия COVID-19, кроме угрозы здоровью каждого отдельного человека и всей системе здравоохранения в целом, имеет выраженное негативное влияние на психическое состояние людей. Значительно увеличилось социальные и психоэмоциональные проблемы, подрывающие эмоциональное самочувствие человека.

Выраженность тревожно-депрессивной симптоматики при восприятии болезни, особенно у впервые заболевших, усугубляется психоэмоциональным напряжением, сформированным в стационарный период. Высокие показатели ситуативной тревожности и чувства одиночества свидетельствуют о том, что пациенты испытали стресс вследствие неопределенности своего положения и неизвестности будущего. Для впервые заболевших в большей степени характерны такие деструктивные последствия, как повышенный уровень тревожности и одиночества,

которые усугубляются изоляцией, вынужденным отрывом от семьи, ограничением очного общения.

Это значительно усложняет выполнение задач реабилитации, т.к. увеличивает спектр проблем, требующих первоочередного решения: отсутствие принятия своих проблем и последствий заболевания; несформированность мотивации на излечение; сложности формирования восприятия себя в ситуации «после болезни».

В работах психологов выявлено, что для людей в период пандемии коронавируса характерен высокий уровень (22%) потребности в психологической помощи, связанный с повышенным уровнем стресса, усилением психопатологической симптоматики, снижением возможности адекватно справляться со стрессом. Для примера, ранее при изучении потребности в психологической помощи выявлено только 1–2% респондентов [10].

Для снижения негативных последствий психоэмоционального напряжения от вынужденной изоляции, предупреждения формирования социально-стрессового расстройства целесообразно:

- 1) проводить просветительскую, психообразовательную и поддерживающую работу через средства массовой информации:
 - по обучению навыкам эмоциональной регуляции, расширению способов самостоятельной коррекции; использованию конструктивных способов совладания с переживаниями тревоги и страха [7];
 - применению цифровых альтернатив для замены привычного досуга;
 - объективизации сведений о текущей эпидемической ситуации, снижению субъективной значимости простудной симптоматики, восстановлению барьера эмоционального реагирования;
 - информированию о способах нормализации сна в условиях гиподинамии и воздействия стрессового фактора;
- 2) усилить официальную эмоциональную поддержку людям, соблюдающим рекомендованные меры противодействия пандемии [10];
- 3) обеспечить возможность получения профессиональной психологической помощи всем нуждающимся: осуществлять индивидуальную психологическую коррекцию, направленную на снижение влияния последствий изоляции (обеспокоенности, тревоги, страхов); восстановление и формирование устойчивой базисной структуры образов себя, окружающего мира, болезни; формирование и накопление позитивных установок, стратегий совладания (coping) со стрессом и его последствиями; поиск и закрепление личностных ресурсов для преодоления последствий комплексной депривации.

Заключение

Все пациенты исследуемой группы (100%) отметили значительное утяжеление ощущений от пребывания в стационаре во время ограничений на посещение родственниками. Все пациенты этой группы заявили, что заочное общение (в том числе по телефону) не может заменить полноценного общения вживую.

Среди пациентов ФНКЦ РР значительно возросла выраженность негативных характеристик (тревожность, депрессия, тревога), влияющих на психоэмоциональную стабильность, — от 1,5 до 10 раз (у мужчин клинически выраженная тревожность выше нормы в 10 раз).

Выраженность симптомов проявлений тревожности усугубляется психоэмоциональным напряже-

нием, сформированным в достационарный период, что в свою очередь усложняет выполнение задач реабилитации: отсутствует принятие своих проблем и последствий заболевания, не сформирована мотивация на излечение (снижена), сложнее формируется восприятие себя в ситуации «после болезни».

Тяжесть соматического состояния пациентов обусловлена не только неврологическим дефицитом, но и усугубляется социальной депривацией, вызванной вынужденной изоляцией.

Дополнительная информация Источник финансирования

Поисково-аналитическая работа проведена на личные средства авторского коллектива.

Funding source

This study was not supported by any external sources of funding.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов

М.В. Мартынова, М.В. Петровская, М.В. Штерн, А.С. Куликов, Е.В. Милованова — сбор данных; **М.В. Штерн** — написание черновика рукописи; **М.В. Петрова** — научная редакция рукописи. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Author contribution

M. V. Martynova, M. V. Petrovskaya, M. V. Stern, A. S. Kuliko, E. V. Milovanova — data collection; **M. V. Stern** — writing a draft of the manuscript; **M. V. Petrova** — scientific revision of the manuscript. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Список литературы / References

1. Лебедев В.И. Групповая изоляция. Психические состояния / под ред. Л.В. Куликова. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 512 с. [Lebedev VI. Group isolation. Mental states. Ed. by L.V. Kulikov. Saint Petersburg: Peter; 2001. 512 p. (In Russ).]
2. Маслов И.А. Влияние фактора изоляции на психическое состояние. Проблемы сенсорной изоляции. Москва: Ин-т психологии АПН СССР, 1970. С. 38–43. [Maslov IA. The influence of the isolation factor on the mental state. Sensory isolation problems. Moscow: Institute of Psychology of the USSR Academy of Medical Sciences; 1970. P. 38–43. (In Russ).]
3. Чертовикова А.С. Психотравмирующие факторы в условиях изоляции // *Проблемы современного педагогического образования*. 2018. № 60. С. 485–489. [Chertovikova AS. Psychotraumatic factors in isolation. *Problems of modern pedagogical education*. 2018;(60): 485–489. (In Russ).]
4. Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции. Москва: ЮНИТИ, 2002. С. 7. [Lebedev VI. Psychology and psychopathology of loneliness and group isolation. Moscow: UNITY; 2002. P. 7. (In Russ).]
5. Лебедев В.И. Личность в экстремальных условиях. Москва: Политиздат, 1989. С. 11. [Lebedev VI. Personality in extreme conditions. Moscow: Politizdat; 1989. P. 11. (In Russ).]
6. Хрящева Н.Ю. Особенности психических состояний в условиях изоляции. Психические состояния / под ред. Л.В. Куликова. Санкт-Петербург, 2001. 410 с. [Khryashcheva NY. Features of mental states in isolation. Mental states. Ed. by L.V. Kulikov. Saint Petersburg; 2001. 410 p. (In Russ).]
7. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Психологическое содержание тревоги и профилактики в ситуации инфодемии: защита от коронавируса или «порочный круг» тревоги? // *Консультативная психология и психотерапия*. 2020. Т. 28, № 2. С. 70–89. [Tkhostov ASh, Rasskazova EI. Psychological content of anxiety and prevention in the situation of infodemia: protection from coronavirus or a "vicious circle" of anxiety? *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2020;28(2):70–89. (In Russ).] doi: 10.17759/cpp.2020280204
8. Kennedy P. Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background. Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology. Oxford: Oxford University Press; 2012. P. 3–9.
9. Гримак Л.П. Одиночество. Психические состояния / под ред. Л.В. Куликова. Санкт-Петербург: Питер, 2001. С. 402–403. [Grimak LP. Loneliness. Mental states. Ed. by L.V. Kulikov. Saint Petersburg: Peter; 2001. P. 402–403. (In Russ).]
10. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., и др. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы // *Психологические исследования*. 2020. Т. 13, № 70. С. 1. [Boyko OM, Medvedeva TI, Enikolopov SN, et al. The psychological state of people during the COVID-19 pandemic and the targets of psychological work. *Psychological Research*. 2020;13(70):1. (In Russ).]
11. Метцлер А.В. Социальная депривация как основной социальный дискурс вторичной социализации лиц с ментальными нарушениями в условиях стационарного учреждения // *Социология*. 2020. № 2. С. 153–159. [Metsler AV. Social deprivation as the main social discourse of secondary socialization of persons with mental disorders in a stationary institution. *Sociology*. 2020;(2):153–159. (In Russ).]
12. Ермасов Е.В. Аутодеструктивный тип переживаний стресса в условиях изоляции // *Развитие личности*. 2020. № 3. С. 139–145. [Ermasov EV. Autodestructive type of stress experience in isolation. *Personality Development*. 2020;(3):139–145. (In Russ).]

Информация об авторах

Штерн Марина Викторовна, к.м.н. [Marina V. Stern, MD, Cand. Sci. (Med.)]; адрес: Россия, 107031, Москва, ул. Петровка, д. 25, стр. 2 [address: 25-2, Petrovka street, Moscow, 107031, Russia]; e-mail: mstern@fnkrr.ru

Мартынова Милена Вячеславовна [Milena V. Martynova, MD]; e-mail: mmartinova@fnkrr.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6757-5541>

Петровская Маргарита Владимировна [Margarita V. Petrovskaya, MD]; e-mail: mpetrovskaya@fnkrr.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1517-8587>

Куликов Александр Сергеевич [Alexandr S. Kulikov, MD]; e-mail: fenikcnew@list.ru

Милованова Елена Викторовна [Elena V. Milovanova, MD]; e-mail: elenitamsk@yandex.ru

Петрова Марина Владимировна, д.м.н., доцент [Marina V. Petrova, MD, Dr. Sci. (Med.), Assistant Professor]; e-mail: mail@petrovamv.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4272-0957>