

# ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

И.Н. Агамамедова, Т.Е. Никитина, А.Е. Бобров

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Расширение сферы охраны психического здоровья, дестигматизация и приближение помощи к населению – ключевое направление модернизации психиатрических служб [3]. Одним из важнейших условий этого является распространение психотерапевтических и психосоциальных подходов в общей медицине. При том, что потребность в психолого-психиатрической помощи испытывает от 30 до 60% соматических больных, лишь 2–4% из них попадает в поле зрения психиатра [4, 9, 10]. Отсутствие условий для адекватной интеграции общей медицины и психиатрии негативно сказывается на экономике здравоохранения, приводит к снижению комплаентности больных, ухудшает качество их жизни и существенно повышает неудовлетворенность населения медицинской помощью [5, 7]. Особенно остро это чувствуется в сфере восстановительной медицины.

**Цель** работы – обобщить опыт многолетней лечебной и консультативной психотерапевтической работы в условиях соматического реабилитационного стационара, определить структуру имеющихся у пациентов стационара психических расстройств, оценить возможности оказания им психотерапевтической помощи, а также определить основные показатели к ней.

## Материал и методы

Работа проводилась на базе Московского центра реабилитации больных с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата и нервной системы (в настоящее время филиал №3 МНПЦ МРВСМ) на протяжении 2008–2012 гг. Центр представляет собой многопрофильный стационар, в структуру которого входят различные клинические и вспомогательные подразделения, общей мощностью 540 коек. В качестве функционального межклинического подразделения на протяжении ряда лет в нем действовал психотерапевтический кабинет, задачей которого являлось оказание консультативно-диагностической и лечебной помощи госпитализированным больным. Штатная структура кабинета включала одну долж-

ность врача-психотерапевта (специалист работал на 0,5 ставки) и одну должность медицинского психолога. Собственных коек в подразделении не имелось.

Кабинет работал по принципам медико-психологического сопровождения, причем помимо собственно консультативной работы психотерапевт осуществлял образовательные и координирующие функции.

За период наблюдения было проконсультировано 1 772 пациента в возрасте от 30 до 68 лет, в среднем –  $48,8 \pm 15,7$  лет. При этом 758 больных прошли курс психотерапии. Общее число консультаций за пять лет составило 2 980. Из обследованных пациентов 1 799 – женщины, 1 181 – мужчины.

## Методы исследования

Диагностика психических расстройств осуществлялась по критериям МКБ-10. Дополнительно использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS [11], а также Шкала общего клинического впечатления – CGI-I [8].

HADS предлагалась пациентам два раза: при первичном обращении и после завершения курса лечения в кабинете.

Статистическая обработка материала производилась с использованием методов описательной непараметрической статистики (оценка различия частот по критерию  $\chi^2$ , сравнение нескольких независимых групп с помощью критерия Крускала-Уоллиса, сравнение связанных пар по методу Вилкоксона). Статистическая достоверность устанавливалась на уровне  $p=0,05$ .

## Результаты

Врачи различных отделений больницы направляли пациентов на консультацию к психотерапевту с неодинаковой частотой. Поводом для направления к психотерапевту являлось наличие признаков тревоги и депрессии, нарушений сна, аномалий поведения, а также несоответствие жалоб имеющейся органической патологии и отсутствие положительной динамики при терапии соматического заболевания.

Как следует из табл. 1, наибольшее количество больных направлялось врачами неврологических отделений – 891 (50,3%). Это были преимущественно пациенты с последствиями цереброваскулярных болезней и поражением отдельных нервов, нервных корешков и сплетений. Травматологи направляли пациентов к психотерапевту реже всего – в 0,7%. Ряд больных (47 чел. – 2,6%) были направлены к психотерапевту врачами по их собственной просьбе.

В табл. 1 указана также доля пациентов, не ограничившихся одной консультацией, а прошедших курс психотерапии. Отбор на психотерапию осуществлялся по нескольким критериям, из которых главными являлись согласие пациента, а также своевременность его направления. Последнее обстоятельство обусловлено ограниченным временем пребывания больных в стационаре, необходимым для завершения курса психотерапии. Как следует из таблицы, психотерапия чаще всего проводилась пациентам неврологического профиля, а также больным, самостоятельно обратившимся за помощью.

Структура психических расстройств у больных, направляемых из отделений больницы на консультацию к психотерапевту, за период наблюдения менялась мало. Как следует из табл. 2, наиболее часто встречались органические психические расстройства – 37,2%, аффективные расстройства – 28,5%, а также невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства – 29,5%. У ряда больных – 1,7%, имелись только психологические проблемы, не достигающие уровня психических расстройств.

У пациентов с органическими психическими расстройствами чаще всего диагностировалось органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство – 198 (30,0%), непсихотическое депрессивное расстройство органической природы – 149 (22,6%), легкое когнитивное расстройство – 145 (21,9%) и органическое тревожное расстройство – 93 (14,1%). У больных с расстройствами настроения – депрессивный эпизод легкой степени тяжести был диагностирован в 171 случае (33,8%), средней степени тяжести в 147 (29,1%), дистимия в

Таблица 1

**Распределение пациентов, направленных на консультацию в психотерапевтический кабинет за весь период наблюдения**

Профиль отделения	Количество больных				
	Всего пролеченных в отделениях больницы пациентов	Направлено пациентов на консультацию к психотерапевту		Количество больных, которым была проведена психотерапия	
		Абс.	% от общего числа пролеченных больных	Абс.	% от кол-ва больных, направленных на консультацию
Ортопедический	7395	172	2,3	38	22,1
Травматологический	3506	12	0,3	1	8,3
Ревматологический	2450	330	13,5	23	7,0
Неврологический	8900	891	10,0	650	73,0
Терапевтический	2602	320	12,3	21	6,6
Самостоятельное обращение		47		25	53,2
Всего	24853	1772	7,1	758	42,7

Таблица 2

**Распределение больных по ведущим диагнозам МКБ-10**

Диагнозы по МКБ-10	Количество направленных больных по годам						
	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	За весь период	
						Абс.	в %
Органические психические расстройства (F00–F09)	137	131	125	131	136	660	37,2
Расстройства настроения (F30–F39)	108	99	85	101	112	505	28,5
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48)	104	87	98	113	121	523	29,5
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–69)	17	13	11	5	7	53	3,0
Психически здоровые люди с психологическими проблемами	6	4	5	7	9	31	1,7
Всего	372	334	324	357	385	1 772	100,0

97 (19,2%). В группе невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств наиболее часто встречались соматоформные расстройства – в 250 случаях (47,8%) и паническое расстройство – в 87 (16,6%).

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составляла около 4 недель. Их ведение психотерапевтом разделялось на два этапа. Первый из них занимал 2 недели. Важнейшими психотерапевтическими задачами на данном этапе являлись – формирование надлежащего терапевтического альянса с пациентом, а также определение соотношения между психофармакологической и соматотропной терапией. С учетом этого назначение и коррекция лекарственного лечения производились совместно с врачами отделений. При подборе психофармакологических препаратов учитывалось их противоболевое действие, а также способность купировать аффективно насыщенную психопатологическую симптоматику. Немаловажное значение имел также спектр побочных эффектов.

Из психофармакологических средств использовались транквилизаторы (феназепам 0,5–1 мг/сут, гидроксизин 50–100 мг/сут, тофизопам 100–150 мг/сут), антидепрессанты (пароксетин 20–40 мг/сут, сертралин 50–100 мг/сут, венлафаксин 75–150 мг/сут, флувоксамин 100–150 мг/сут), небольшие дозы нейролептиков (тиоридазин 10–30 мг/сут, сульпирид 50–150 мг/сут), а также нейрометаболические церебропротекторы, ангиопротекторы, вегетотропные препараты, адаптогены и нормотимики.

Наряду с психофармакологическим лечением, осуществлялась также психообразовательная реабилитационная работа. Она проводилась совместно с психологом ежедневно в групповом формате.

На втором этапе производилась коррекция психофармакологического лечения, и при отсутствии острой соматической патологии основной акцент в ведении больных смещался в сторону психотерапии. В качестве ведущего метода применялась когнитивно-поведенческая психотерапия, направленная на изменение присущего больным восприятия болей и других телесных ощущений. Наряду с этим, мишенями психотерапевтической работы являлись тревожно-депрессивная и психовегетативная симптоматика, алекситимия, конверсионные и диссоциативные расстройства, нозофобические нарушения, ипохондрическая концептуализация и дисморфоманические проявления.

С пациентами проводились тренинги, направленные на обучение распознавать и дифференцировать эмоции и сопряженные с ними когнитивные процессы. Важное место при этом уделялось развитию способности больных адекватно идентифицировать и преодолевать стереотипные ошибки суждения, дезадаптивные автоматизированные когниции, правила и глубинные убеждения. Проработка жизненного и семейного контекста

проблем осуществлялась в ходе 4–5 индивидуальных завершающих сессий. При этом предпринимались попытки помочь пациенту сделать выбор в пользу конструктивных путей совладания с соматическим заболеванием и обусловленными им ограничениями.

Опыт работы показал, что общая эффективность психотерапевтической работы в условиях реабилитационного соматического стационара определялась двумя ключевыми показателями: изменением отношения больного к имеющемуся соматическому заболеванию и редукцией сопутствующей психопатологической симптоматики. Указанные параметры тесно связаны с характером психологических жалоб и проблем, по поводу которых больные направляются к психиатру.

С учетом сказанного в целях определения дифференцированного прогноза результатов психотерапии в условиях многопрофильного стационара была прицельно проанализирована группа из 58 пациентов, отобранных случайным методом. Из них 38 – женщины, 20 – мужчины, средний возраст пациентов –  $46,9 \pm 14,5$  лет.

Возникновение или обострение психических нарушений у этих больных было сопряжено с различной психологической проблематикой, что находило отражение в характере предъявляемых жалоб. Это позволило выделить три подгруппы пациентов. В первую подгруппу вошли пациенты, у которых ведущие психологические жалобы отражали боль и нарушение подвижности (18 чел.). Чаще всего это были пациенты ортопедического профиля. Во второй подгруппе определяющее значение имели жалобы на общее соматическое состояние, которые были обусловлены психовегетативной симптоматикой (24 чел.). Эти больные чаще всего имели неврологические расстройства. В третьей подгруппе у пациентов преобладали жалобы и проблемные ситуации, обусловленные фактом хронического заболевания, а также его психосоциальными последствиями (16 чел.). Чаще всего эти больные страдали ревматологическими заболеваниями.

Анализ результатов лечения по шкале CGI показал, что в целом выраженное улучшение было достигнуто у 25 больных (43,1%), умеренное улучшение – у 15 (25,9%), положительных изменений не наступило у 16 (27,6%), а ухудшение отмечалось у 2 пациентов (3,4%). Говоря другими словами, эффект терапии отмечался более чем у 2/3 больных.

При разделении пациентов в зависимости от преобладающей психологической проблематики обнаруживается неравномерность терапевтических сдвигов, регистрируемых в разных подгруппах (рис. 1).

Как следует из этой диаграммы, наиболее выраженное улучшение отмечалось у пациентов, обеспокоенных психовегетативными нарушениями (79,2% больных этой подгруппы дали выраженное и умеренное улучшение). Несколько хуже поддавались терапии состояния, связанные с болью и нару-

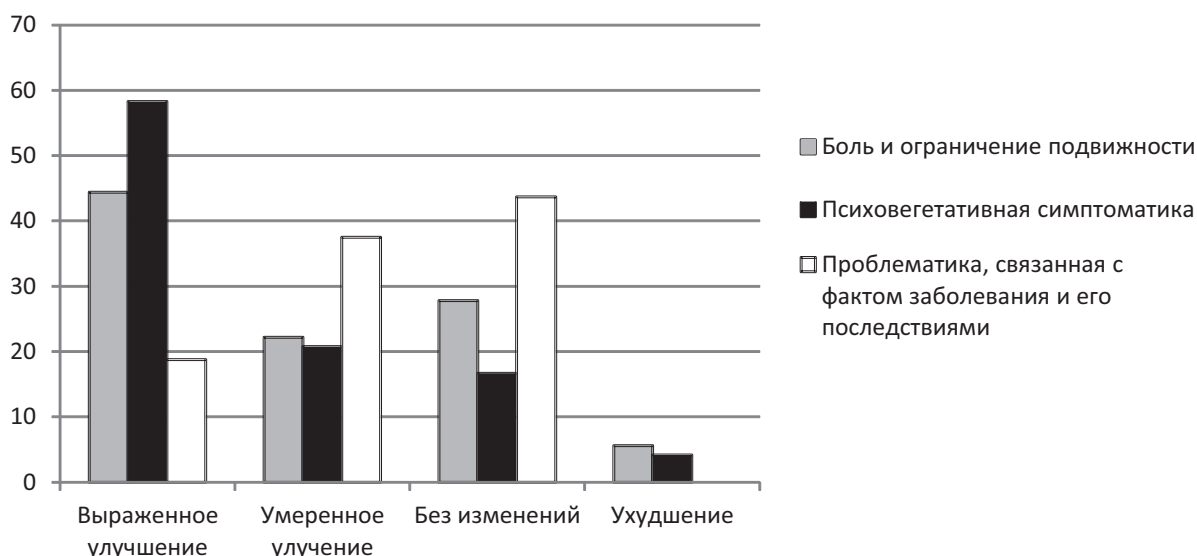


Рис. 1. Результаты терапии по шкале CGI в подгруппах больных с различным характером психологических проблем

шениями подвижности (66,7% больных дали выраженное и умеренное улучшение). Наихудшие результаты показали пациенты, декомпенсация психического состояния у которых была сопряжена с фактом заболевания и его психосоциальными последствиями (лишь 43,8% этих больных дали выраженное и умеренное улучшение). При этом анализ свидетельствует о наличии достоверных статистических различий между указанными подгруппами лишь по частоте выраженного улучшения ( $p=0,049$ ). По частоте других результатов терапии – умеренного улучшения, отсутствия улучшения и ухудшения состояния – различия между группами прослежива-

лись, но не достигали уровня статистической достоверности.

Изучение динамики состояния больных с помощью шкалы HADS также свидетельствует об улучшении психического состояния больных (табл. 3).

Как следует из табл. 3, и по подшкале депрессии, и по подшкале тревоги наблюдалось высоко достоверное снижение среднего балла.

На рис. 2 представлены результаты дифференцированного изучения изменений показателей депрессии и тревоги по HADS в отдельных подгруппах пациентов. При этом можно заметить, что между выделенными подгруппами больных исходно имелись

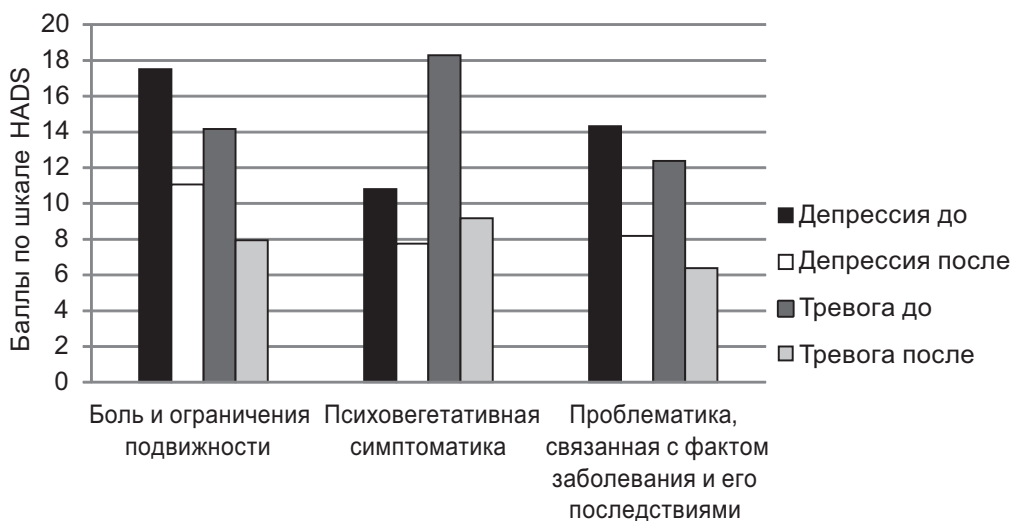


Рис. 2. Средние баллы по подшкалам депрессии и тревоги HADS у больных разных подгрупп до и после лечения

Таблица 3

Изменение средних (медиан) показателей по подшкалам HADS в процессе психотерапии

Показатель	До лечения	После лечения	Достоверность различий (тест сопряженных пар Вилкоксона) p
Сумма баллов по шкале депрессии HADS	13,8 (14,0)	8,9 (8,0)	0,0000
Сумма баллов по шкале тревоги HADS	15,4 (15,0)	8,0 (7,0)	0,0000

существенные различия, как по уровню депрессии ( $p=0,0000$ ), так и по уровню тревоги ( $p=0,0000$ ).

В результате лечения уровень и депрессии, и тревоги достоверно понизился в каждой из подгрупп. Однако нормализация состояния происходила в разных подгруппах неодинаково. В частности, снижение депрессии в первой, второй и третьей подгруппах произошло в среднем соответственно на 36,8%, 28,2% и 42,8%, статистические различия достоверны ( $p=0,005$ ). Тревога также снижалась в выделенных подгруппах неодинаково – на 43,9%, 49,9% и 48,5% ( $p=0,021$ ). В итоге различия между подгруппами после проведенной терапии продолжали сохраняться (для депрессии  $p=0,0001$ , для тревоги  $p=0,0009$ ).

### Обсуждение

Главное заключение по результатам многолетней работы психотерапевтического кабинета в реабилитационном соматическом стационаре состоит в том, что большое количество госпитализированных пациентов нуждается в оказании психотерапевтической помощи. В среднем более 7% больных стационара направлялось к психотерапевту.

Однако этот показатель в несколько раз ниже приводимых в литературе данных о распространенности психических расстройств у больных лечебных учреждений общего профиля. Данное обстоятельство, скорее всего, свидетельствует о недостаточном выявлении психических расстройств, на что также косвенно указывает неравномерность направления больных к психотерапевту из различных подразделений больницы. Сравнительно редкое направление пациентов из травматологического и ортопедического отделений может объясняться недооценкой хирургами и ортопедами значимости психологического фактора в реабилитационном процессе. Однако кроме этого следует учитывать и объективное ограничение подвижности таких больных, и специфику лечебно-восстановительного процесса в указанных отделениях, затрудняющую свободное передвижение пациентов из одного корпуса больницы в другой.

Немаловажное значение имеет структура сопутствующих психических расстройств у соматически больных, а также типология имеющихся у них психологических проблем. В этом отношении результаты проведенного исследования совпадают с данными, полученными в других работах (1,6). В частности, хотя структура психических нарушений несколько различается в зависимости от ведущей соматической патологии, в целом она определяется тремя основными диагностическими категориями – органическими, аффективными и тревожными. Что касается характера психологических проблем и жалоб, предъявляемых больными, то ключевые психотравмирующие переживания у пациентов, обращающихся к психотерапевту в условиях соматического стационара, сопряжены с болью, нарушениями подвижности, психовегетативной симптома-

тикой, а также неблагоприятными обстоятельствами, обусловленными фактом заболевания и его психосоциальными последствиями. Среди них – снижение качества жизни, потеря работы, финансовые затруднения, заострение семейных проблем. Все сказанное диктует необходимость организовать работу психотерапевта с учетом не только нозографических особенностей состояния пациентов, но и характера имеющихся у них психосоциальных проблем.

Важнейшим компонентом работы психотерапевта в соматическом стационаре является обеспечение лекарственной и психологической помощи больным. Не вызывает сомнения, что ведение больных в этих условиях должно осуществляться бригадным методом с четким распределением обязанностей между психологами, психотерапевтом и врачами отделений. Психокоррекционная работа должна осуществляться поэтапно и состоять как минимум из двух этапов (этап формирования установок на психотерапию и собственно психотерапевтический этап).

Важнейшим элементом психотерапевтической работы является динамическая оценка состояния пациентов с определением изменений отношения пациента к болезни и редукцией психопатологической симптоматики. Такая оценка позволяет судить о скорости терапевтической динамики, своевременно вносить необходимую коррекцию в терапию, а также объективно оценивать достигнутые результаты. С этой целью могут применяться различные скрининговые и психометрические инструменты. Их использование позволяет также иллюстрировать результаты психотерапевтической работы, которая для многих коллег и администрации лечебного учреждения далеко не всегда очевидна.

Показательными в этом отношении являются результаты количественной оценки состояния больных с помощью шкал GCI и HADS. В частности, шкала HADS показала не только статистически достоверное снижение тревоги и депрессии у больных, которые проходили психотерапию, но и выявила немаловажные различия в динамике состояния у больных разных подгрупп. Так, у больных с психовегетативной симптоматикой отмечается преобладающее уменьшение тревоги, тогда как в группах пациентов с психологическими проблемами, обусловленными фактом заболевания, болью и нарушением подвижности, редукция тревоги и депрессии происходит более сбалансировано.

### Выводы

1. Психические расстройства у больных соматического реабилитационного стационара имеют большую распространенность, однако, по всей видимости, многие из них остаются не выявленными. Это в особенности касается стационаров хирургической направленности.

2. Оказание эффективной психотерапевтической помощи в условиях соматического реабилитац-

онного стационара не только целесообразно, но и вполне возможно. Такая помощь должна осуществляться поэтапно и дифференцированно, а также базироваться на бригадных формах взаимодействия специалистов разного профиля.

3. Основными показаниями к психотерапии у соматических пациентов являются психические

органические, аффективные и тревожные расстройства. Эти состояния обычно проявляются жалобами, связанными с болью и ограничениями подвижности, психовегетативными расстройствами, а также психосоциальными затруднениями, обусловленными фактом хронического соматического заболевания и его последствиями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агамамедова И.Н., Никитина Т.Е., Бобров А.Е. О практическом опыте работы психотерапевтической амбулатории // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 3. С. 10–17.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика много-стороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М.: Фолиум, 1994. 175 с.
3. Гурович И.Я., Краснов В.Н., Шмуклер А.Б. Современное состояние психиатрической помощи: неотложные и долговременные задачи // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 3. С. 5–9.
4. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. № 5. С. 175–180.
5. Краснов В.Н., Бобров А.Е., Довженко Т.В., Старостина Е.Г. научный отчет о научно-исследовательской работе по теме «Разработка механизмов комплексной диагностики и полипрофессионального ведения больных с непсихотическими психическими расстройствами в условиях первичного звена здравоохранения». Москва, 2010. 87 с.
6. Кузнецова М.В., Бобров А.Е. Опыт организации психотерапевтического кабинета на базе территориальной поликлиники: динамика и структура обращений на протяжении первых полутора лет // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 2. С. 15–20.
7. Andrews G. Reducing the Burden of Depression // Can. J. Psychiatry. Vol. 53. P. 420–427.
8. Guy W. (Ed.). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, 1976.
9. Sartorius N., Ustun T.V., Costa e Silva L. et al. An international study of psychological problems in primary care: preliminary report from the World Health Organization collaborative project on psychological problems in general health care // Arch. Gen. Psychiatry. 1993. Vol. 50. P. 819–824.
10. Smith R.C., Gardiner J.C., Lyles J.S. et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms // Psychosomatic Med. Vol. 67, N 1. P. 123–129.
11. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. 1983. Vol. 67. P. 361–370.

## ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

И.Н. Агамамедова, Т.Е. Никитина, А.Е. Бобров

В работе обобщен практический опыт консультативно-диагностической и лечебной работы психотерапевтического кабинета в соматическом реабилитационном стационаре. На протяжении пяти лет обследовано 1 772 больных, направленных к психотерапевту из различных отделений центра, что составило 7,1% от всех пролеченных за это время в стационаре больных.

Структура психических расстройств у больных, направляемых к психотерапевту, определяется тремя группами психических расстройств: органическими (37,2%), аффективными (28,5%), а также невротическими, связанными со стрессом и соматоформными (29,5%). Психологическая проблематика, характеризующая этих пациентов, связана с болью и нарушением подвижности, общим соматическим состоянием, а также стрессовыми ситуациями, обусловленными фактом хронического

заболевания и его психосоциальными последствиями.

В работе описаны принципы фармакотерапии и психотерапии больных соматического стационара, которая должна осуществляться поэтапно и дифференцированно, а также базироваться на бригадных формах взаимодействия специалистов разного профиля. С использованием психометрических шкал CGI и HADS показана эффективность такой работы у больных с различной психологической проблематикой.

Сделан вывод о необходимости расширения диагностики психических расстройств в соматическом стационаре, а также о целесообразности и эффективности оказания им психотерапевтической помощи.

**Ключевые слова:** консультативно-диагностическая работа, психотерапевтический кабинет, реабилитация, соматический стационар, принципы психотерапии.

## PSYCHOTHERAPEUTIC UNIT IN A GENERAL MEDICAL REHABILITATION CLINIC: PRACTICAL EXPERIENCE

I.N. Agamamedova, T.E. Nikitina, A.E. Bobrov

The authors analyze the practical experience of diagnostic-consultative and treatment activities of the psychotherapeutic unit in a general medical rehabilitation hospital. During 5 years, the unit dealt with 1772 patients that had been referred to the psychotherapist by different divisions of the hospital that made 7,1% of all the patients treated there.

Three groups of mental disorders appeared to prevail among the patients referred to the psychotherapist: organic disorders (37,2%), affective ones (28,5%) and also neurotic, stress-related and somatoform ones (29,5%). Among the psychological complaints of the patients were those associated with pain, motor disturbances, general physical condition as well as stress caused by chronic disease and its psychosocial consequences.

The authors describe pharmaco- and psychotherapeutic approaches towards treatment of somatic patients, and emphasize that this therapy should be differentiated and stage-related, and also performed on basis of multiprofessional teamwork. The authors demonstrate the efficacy of treatment approaches employed using the CGI and HADS scales in patients with various psychological problems.

In conclusion, the authors stress the importance of diagnosis of mental disorders in a general hospital, and also the necessity and efficacy of psychotherapeutic care for such patients.

**Key words:** diagnostic-consultative activities, psychotherapeutic unit, rehabilitation, general hospital, psychotherapy principles

**Агамамедова Ирина Николаевна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела консультативной и дистанционной психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: agama6@yandex.ru

**Никитина Таисия Евгеньевна** – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела консультативной и дистанционной психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: doctorip@mail.ru.

**Бобров Алексей Евгеньевич** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела консультативной и дистанционной психиатрии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: bobrov2004@yandex.ru.