

## Особенности психосоциального функционирования пациентов с биполярным аффективным расстройством: современные подходы к реабилитации

Ю.И. Тархова<sup>1</sup>, В.К. Шамрей<sup>2</sup>, Е.С. Курасов<sup>2</sup>, А.П. Отмахов<sup>3</sup>, А.С. Калимов<sup>4</sup>, С.Г. Быкова<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ООО «Лахта Клиника», Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup>Санкт-Петербургское ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, Россия

<sup>4</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

<sup>5</sup>Санкт-Петербургское ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 9 Невского района», Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Юлия Игоревна Тархова, [julia.tarhova1993@gmail.com](mailto:julia.tarhova1993@gmail.com)

### Резюме

**Обоснование:** биполярное аффективное расстройство (БАР) нередко протекает с персистирующими в межприступный период резидуальными симптомами, что приводит к проблемам в психосоциальном функционировании, нейрокогнитивному дефициту, снижению качества жизни пациентов. В настоящее время мишенью терапии является не только достижение клинической ремиссии, но и функциональной, что подразумевает восстановление социального и личностного функционирования. **Цель исследования:** на основании анализа научных исследований изучить существующие в настоящее время подходы к восстановлению психосоциального функционирования пациентов, страдающих БАР, и оценить эффективность их применения. **Материалы и методы:** систематизированный поиск публикаций проводился в базах данных PubMed, eLibrary, по ключевым словам «биполярное аффективное расстройство», «психотерапия», «психообразование», «психосоциальная работа». **Заключение:** приведены результаты исследований методов реабилитации, используемых для облегчения процессов адаптации пациентов, их интеграции в социум, профилактики формирования и нарастания социальной и трудовой дезадаптации. С целью реабилитации пациентов используются такие методики, как психообразование, когнитивно-поведенческая психотерапия, семейная психотерапия. Остается открытым вопрос об эффективности данных реабилитационных мероприятий и необходимости их внедрения в схему курации пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, психосоциальное функционирование, когнитивно-поведенческая психотерапия, психообразование

**Для цитирования:** Тархова Ю.И., Шамрей В.К., Курасов Е.С., Отмахов А.П., Калимов А.С., Быкова С.Г. Особенности психосоциального функционирования и современные подходы к реабилитации пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством. *Психиатрия*. 2022;20(3):124–133. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-124-133>

### RESEARCH

UDC 616.89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-124-133>

## Features of Psychosocial Functioning of Patients with Bipolar Affective Disorder: Modern Methods of Patients' Rehabilitation

Julia I. Tarkhova<sup>1</sup>, Vladislav K. Shamrey<sup>2</sup>, Evgeniy S. Kurasov<sup>2</sup>, Andrey P. Otmakhov<sup>3</sup>, Alexey S. Kalimov<sup>4</sup>, Serafima G. Bykova<sup>5</sup>

<sup>1</sup>«Lahta Clinic», Saint Petersburg, Russia

<sup>2</sup>S.M. Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia

<sup>3</sup>St. Petersburg State Healthcare Institution «Psychiatric Hospital of St. Nicholas», Saint Petersburg, Russia

<sup>4</sup>Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

<sup>5</sup>St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution «Psychoneurological Dispensary #9», Saint Petersburg, Russia

Corresponding author: Julia I. Tarkhova, [julia.tarhova1993@gmail.com](mailto:julia.tarhova1993@gmail.com)

### Summary

**Introduction:** bipolar affective disorder frequently presents residual symptoms even in interictal period, what in its turn causes problems in psychosocial functioning, cognitive impairment and poor quality of life. Nowadays, the treatment targets are focused not only on clinical remission, but also on functional recovery and in personal recovery, patients' quality of life. Scientific review contains results of researches, aimed on therapy modalities, that can be effective in decreasing maladjustment, integration into society, prevention of social and labour deadadaptation. **Purpose:** to present an analysis of scientific data on currently existing approaches to the restoration of the psychosocial functioning of patients suffering from bipolar disorder and evaluate their effectiveness. **Materials and methods:** the keywords “bipolar affective disorder”, “psychosocial intervention”, “cognitive-behavioral therapy”, “psychoeducation” were used to search scientific articles in the databases PubMed, eLibrary. **Conclusion:** with a view to rehabilitation were used such modalities as psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, family-

focused therapy. The question remains whether of these interventions are effective and should be integrated into treatment regimen of bipolar affective disorder.

**Keywords:** bipolar affective disorder, psychosocial functioning, cognitive-behavioral therapy, psychoeducation

**For citation:** Tarkhova J.I., Shamrey V.K., Kurasov E.S., Otmakhov A.P., Kalimov A.S., Bykova S.G. Features of Psychosocial Functioning of Patients with Bipolar Affective Disorder: Modern Methods of Patients' Rehabilitation. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(3):124–133. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-3-124-133>

## ВВЕДЕНИЕ

Общеизвестно, что наличие хронического психического расстройства с течением времени приводит к снижению уровня социального функционирования и уменьшению адаптационного ресурса пациента. В центре внимания, как правило, оказываются расстройства шизофренического спектра, тогда как аффективную патологию принято считать прогностически более благоприятной, редко приводящей к инвалидизации и существенному ухудшению социальной адаптации. Вследствие преобладания подобных взглядов медико-реабилитационные мероприятия в значительно большей степени проводятся среди пациентов, страдающих шизофренией, в то время как пациенты с аффективными расстройствами зачастую ограничены в такой помощи. Вместе с тем отсутствие адекватных реабилитационных мероприятий, специализированных для биполярного аффективного расстройства (БАР), может стать одной из причин снижения общего уровня социального функционирования и затруднений в трудовой деятельности и социализации пациентов.

На сегодняшний день «традиционный» взгляд на течение БАР как расстройства с бессимптомными периодами ремиссии практически утратил свою актуальность. Большая часть пациентов в эутимической фазе продолжают испытывать дискомфорт от резидуальных симптомов, не достигая преморбидного уровня психосоциального функционирования [1, 2]. Субклинические аффективные симптомы в ремиссии, нарушения сна и когнитивный дефицит напрямую связаны с последующим снижением производительности труда [3, 4].

В настоящее время проводится большое количество исследований, направленных на разработку и изучение эффективности психореабилитационных программ для пациентов с БАР и членов их семей [5]. Следует отметить, что полученные результаты отличаются неоднозначностью, что во многом определяется использованием различных методик. Вследствие этого интерпретация этих данных достаточно сложна, а вопрос психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством, остается не до конца решенным.

**Цель** — на основании анализа современной научной литературы изучить существующие подходы к восстановлению психосоциального функционирования пациентов, страдающих БАР, и оценить эффективность их применения.

### Материалы и методы исследования

Систематизированный поиск публикаций проводился в базах данных PubMed, eLibrary по ключевым словам «биполярное аффективное расстройство»,

«психотерапия», «психообразование», «психосоциальная работа». Предпочтение отдавалось проспективным исследованиям, соответствующим необходимым методологическим стандартам, таким как достаточный объем выборки, валидность результатов, корректное описание воспроизводимых процедур, наличие контрольной группы и т.д. При анализе данных публикаций обращает на себя внимание большое количество используемых методик и программ, нацеленных на восстановление и улучшение социального функционирования пациентов, каждая из которых требует отдельного рассмотрения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ современной литературы свидетельствует о том, что все подходы могут быть разделены на следующие основные направления: психообразовательные программы, когнитивно-поведенческая психотерапия, семейно-ориентированная психотерапия, а также специализированные программы реабилитации при БАР.

### Психообразовательные программы

В современных исследованиях, посвященных психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих БАР, наиболее часто рассматриваются психообразовательные программы как в качестве единственного инструмента, так и в качестве первой ступени многоэтапной реабилитации. Этот подход формирует у пациента доступное представление о болезни, необходимое для последующей эффективной реабилитации. При этом целью является клиническая и функциональная ремиссия: улучшение качества и длительности ремиссии, улучшение качества жизни.

В исследовании Рязанского государственного медицинского университета (2012) был проведен социологический опрос, направленный на оценку уровня осведомленности пациентов с диагнозом БАР о заболевании и методах его лечения [6]. Полученные результаты наглядно демонстрируют крайне низкую осведомленность пациентов как о клинических проявлениях, течении и вероятных последствиях психического расстройства, о целях и механизмах фармакотерапии, а также о собственной роли в процессе лечения. Большинство участников опроса (76,1%) сообщали о потребности в получении дополнительной информации о формах и видах возможной психиатрической помощи, что подчеркивает актуальность активного внедрения психообразовательных программ в план лечения пациентов с БАР. В свою очередь, результаты метаанализа M.L. Chatterton и соавт. (2017) указывают на большую

редукцию маниакальных симптомов и более значимое улучшение социального функционирования в длительных образовательных программах, в отличие от краткосрочных [7].

В другой работе, посвященной долгосрочному исследованию динамики состояния больных БАР в течение четырех лет с момента первого обращения, также была выявлена положительная корреляция между сочетанием привычно используемой терапии с психообразовательной программой по модели F. Colom и E. Vieta (2006). Положительные результаты в сравнении с группой контроля наблюдались по следующим показателям: длительность и количество госпитализаций в период проведения исследования, количество пациентов, которым потребовалась госпитализация в четырехлетний срок после окончания исследования. В процессе наблюдения было отмечено, что после первого года работы с психотерапевтом разрыв между показателями контрольной группы и группы, включенной в психообразовательную программу, неуклонно нарастал. Полученные результаты позволили авторам сделать вывод о том, что дальнейшие поддерживающие сессии могли бы способствовать увеличению периода ремиссии, помогая пациентам закрепить продуктивные паттерны поведения, улучшить навыки распознавания предвестников повторного эпизода и, как следствие, научиться избегать рецидивов [7].

В исследование продолжительностью 18 мес. A. Javadpour и соавт. (2012) включили потенциально менее «перспективных» пациентов, то есть перенесших два эпизода БАР за последние два года или же три эпизода за последние пять лет. Авторы продемонстрировали отчетливый положительный результат применения индивидуальной программы психообразования для пациентов с БАР [8]. Программа состояла из восьми сессий, посвященных пониманию этиологии БАР, изучению симптомов мании, гипомании, признаков депрессии, повышению осведомленности пациентов о прогнозе психического расстройства, разъяснению механизмов действия психофармакотерапии. Отдельное внимание уделялось вероятным последствиям самостоятельной отмены поддерживающего лечения и формированию навыка распознавания первых признаков ухудшения психического состояния.

В научных публикациях имеются сведения о применении психообразовательной программы в формате группы. В работе, проведенной H. Kallestad и соавт. (2016), сравнивали эффективность трех индивидуальных психообразовательных сессий с 10 сессиями групповой программы, в обоих случаях, основанных на модели F. Colom и E. Vieta (2006) [9, 10]. Несмотря на то что значимой разницы между данными видами психосоциальной работы выявить не удалось, отмечалась разная динамика в зависимости от диагноза: пациенты с БАР I типа показывали лучшие результаты, по сравнению с БАР II типа.

Общеизвестным является тот факт, что многие психологические интервенции демонстрируют низкий

уровень эффективности, когда их используют у пациентов, перенесших к началу работы большое количество аффективных эпизодов (как депрессивных, так и маниакальных). В связи с этим важность раннего включения в психообразовательные программы отмечена в анализе F. Colom и соавт. (2010), показавших отсутствие динамики в результате групповой психообразовательной работы с пациентами, у которых в анамнезе более 15 эпизодов БАР [11]. В другом обзоре 16 исследований (K. Bond и соавт., 2015), где использовалось психообразование, прослеживалась четкая взаимосвязь с внедрением психообразования в схему лечения и уменьшением частоты рецидивов [12]. Продолжительность психообразовательной программы в среднем составляла 60 нед., а результаты в отношении профилактики рецидива у 45% пациентов основной группы в противовес 30% в группе контроля. Однако в других исследованиях результаты оказались сомнительными, с повышением показателей лишь в отдельных сферах психической деятельности [12].

Наряду с оценкой эффективности психообразовательных программ в качестве монотерапии, в современной литературе имеются публикации, посвященные возможности ее комбинированного применения с психотерапевтическим вмешательством.

A. González и соавт. (2014) провели исследование, где использовалась комбинация психообразования с когнитивно-поведенческими техниками (КПТ). Практическая часть состояла из 20 еженедельных сессий, а общая продолжительность наблюдения составила до пяти лет [13]. Инициальным этапом работы являлись психообразовательные сессии, научение пониманию внутренней картины заболевания, гигиене сна, методикам, помогающим справиться с тревогой, а также техники релаксации и другие инструменты, базирующиеся на когнитивно-поведенческой модели (такие как работа с автоматическими мыслями и иррациональными убеждениями, тренинг социальных навыков). В результате авторам удалось продемонстрировать значительную разницу между экспериментальной группой и группой контроля (только психообразовательные программы) по всем анализируемым показателям: уменьшение количества регоспитализаций, снижение фонового уровня тревоги, выраженности депрессии и редукция маниакальных симптомов. Данные показатели формировались в 6–12-месячный период и оставались стабильными на протяжении всего исследования. По истечении пяти лет 88,9% контрольной группы и лишь 20% экспериментальной выявляли стойкие аффективные нарушения или затруднения в психосоциальном функционировании.

В свою очередь, S.V. Parikh и соавт. (2015) не обнаружили значительной разницы в итогах исследования, когда проанализировали результативность 6-недельного цикла психообразования и 20 нед. индивидуальных сессий когнитивно-поведенческой психотерапии [14]. Дизайн психообразовательной программы был

специально подготовлен и структурирован на основе программы «жизненных целей», созданной M.S. Bauer и L. McBride в 2003 г. [15]. Первая ее часть является собственно образовательной и посвящена распознаванию психического расстройства и составлению плана действий при первых признаках ухудшения или столкновения с провоцирующими его факторами. Вторая часть была ориентирована на поиск индивидуально значимых реальных жизненных целей, которые не были достигнуты в связи с развитием БАР. После этого осуществлялась разработка проекта, состоявшего из перечня конкретных шагов, и обучение пациента различным когнитивным методикам, нацеленным на достижение установленных целей. Со второй группой был проведен только 20-недельный курс КПТ, который включал традиционные когнитивно-поведенческие техники, дополненные методиками с акцентом на понимание своего диагноза и особенностей течения БАР. Это позволило сделать вывод о том, что короткие курсы групповых психообразовательных занятий могут быть не менее эффективны, чем полный курс КПТ.

В исследовании Харьковского национального медицинского университета (2017), включившем 158 пациентов с БАР, была использована комплексная модель психообразовательной программы, которая состояла из информационного тренинга, навыков формирования приверженности к терапии и интерперсонального взаимодействия, а также приемов когнитивно-поведенческой психотерапии и проблемно-ориентированных дискуссий [16]. Сравнительный анализ социального функционирования после окончания программы показал снижение уровня общих поведенческих нарушений в основной группе на 87%, в то время как в контрольной — только на 66%. Другой показатель — нарушение выполнения социальной роли — изменился в сторону ухудшения на 75% в контрольной группе и только на 39% в основной. В частности, авторам удалось достичь формирования продуктивных копинг-стратегий и перехода дезадаптивного типа отношения к болезни к более функциональному, а также развития личностного ресурса за счет самореализации. Была проведена динамическая оценка качества жизни пациентов с БАР, результаты которой показали достоверное улучшение всех показателей удовлетворенности качеством жизни у пациентов основной группы в сравнении с группой контроля. Отмечалось улучшение в сфере межличностных отношений, совершенствование коммуникативных навыков, облегчение процессов социальной реинтеграции.

Обобщая приведенные выше сведения, можно сделать вывод о высоком уровне эффективности психообразования как элемента поддерживающей терапии при БАР [17]. Однако следует отметить, что большинство программ, продемонстрировавших положительные результаты в повышении уровня психосоциального функционирования, были комплексными и не ограничивались одним лишь психообразовательным компонентом. Интервенции, где психообразование применялось как

единственный инструмент реабилитации, оказались успешными в отношении формирования комплаенса, уменьшения риска рецидива, но они не ставили своей целью решение значительного количества проблем иного порядка, а именно: формирования рациональных поведенческих паттернов и копинг-механизмов, социальной реадaptации пациентов, повышения качества жизни и восстановления нейрокогнитивного статуса.

### Когнитивно-поведенческая психотерапия

Концепция применения когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) в своей основе базируется на том, что мысли, эмоции и поведенческие реакции взаимосвязаны между собой. Изменения настроения, когнитивные процессы, сопровождающие аффективный эпизод, определяют патологический рисунок поведения, формируя в конечном итоге своеобразный «порочный круг». Выявление и переструктурирование автоматических мыслей, устранение иррациональных, искаженных убеждений (умозаключений) разрывает патологический цикл измененного аффектом восприятия. КПТ, как правило, включает в себя вводную часть, ведение записей автоматических мыслей (техника «АВС», четырехстолбцовая таблица), дневник эмоций и активности, обучение навыку формирования адаптивного ответа, а также поведенческую активацию с самых ранних этапов терапии.

R.T. Costa и соавт. (2012) исследовали преимущества лечения пациентов с БАР с включением в план 14 сессий КПТ в сравнении с контрольной группой, получавшей лишь базовую поддерживающую фармакотерапию [18, 19]. По результатам комплексного тестирования (шкала депрессии Бека, шкала мании Янга, шкала тревоги Бека, оценка суицидного риска по шкале Бека) через 14 нед. от начала исследования группа КПТ продемонстрировала значимо выраженную (по сравнению с контрольной группой) динамику в снижении выраженности и частоты аффективных рецидивов всех видов. Следует подчеркнуть, что наиболее значимые изменения прослеживались в отношении редукции депрессивных проявлений.

Важным в этом же отношении является метаанализ K. Chiang и соавт. (2017), включивший 19 рандомизированных контролируемых исследований, в которых применялась основанная на когнитивно-поведенческих методиках терапия БАР, включая также когнитивную терапию на основе осознанности (Mindfulness-based cognitive therapy) и интегративную групповую психотерапию (Integrated group therapy). Полученные результаты позволяют рассматривать КПТ как эффективное дополнение к базовой лекарственной терапии в отношении уменьшения частоты рецидивов, снижения уровня депрессии, тяжести мании, а также повышения и сохранения достаточного уровня психосоциального функционирования. При этом следует отметить, что прослеживается тенденция к лучшим результатам лечения пациентов с БАР I типа [16].

Однако в ряде исследований этого терапевтического направления убедительных положительных

результатов добиться не удалось. Так, В.С. Gomes и соавт. (2011) исследовали эффективность 18 сессий КПТ в сравнении с фармакотерапией за период 12–24 мес. [20]. Несмотря на то что в среднем продолжительность интермиссии была короче в группе, с которой КПТ не проводилась, значимой разницы в длительности интерремиссионного периода, а также в количестве перенесенных за это время аффективных эпизодов с контрольной группой установить не удалось. В свою очередь, Т.Д. Мейер и соавт. (2012) в своей работе провели сравнительный анализ КПТ и поддерживающей психотерапии курсами равной длительности и кратности сессий. При этом оценивалась их эффективность, исходя из качества и продолжительности интермиссии [21]. Установлено, что присоединение КПТ продемонстрировало положительные результаты в отношении предотвращения развития аффективного эпизода (в большей степени — депрессивного типа), однако разница с группой контроля оказалась статистически незначима.

Таким образом, КПТ, являясь единственным направлением, имеющим внушительную доказательную базу и высокую структурированность терапевтического процесса, представляется перспективным инструментом при лечении БАР. Однако в имеющихся научных исследованиях по данной проблеме сохраняется высокая степень разнородности полученных данных, из чего можно заключить, что эффективность проведения адъювантной когнитивно-поведенческой терапии при БАР изучена недостаточно.

#### **Семейно-ориентированная психотерапия**

Не менее важной составляющей в структуре нарушений, приводящих к снижению уровня социального функционирования, являются дисфункциональные внутрисемейные взаимоотношения и стигматизация, исходящая от близких и родственников, а также самостигматизация [22, 23].

При изучении вопросов реабилитации пациентов с БАР отдельно следует рассмотреть направление семейно-ориентированной психотерапии, используемой для реабилитации взрослых и детей, страдающих аффективными расстройствами, а также для психотерапии опекающих их лиц. Схема этой терапии состоит из психообразовательной части, тренинга коммуникативных навыков и формирования функциональных копинг-стратегий. В своей работе D.J. Miklowitz и соавт. (2008) сравнили две группы, с одной из которых было проведено 12–15 сессий семейно-ориентированной психотерапии, базирующейся на КПТ и направленной на формирование у родственников пациента навыков совладания с психическим расстройством родственника. Ставилась цель сосредоточить фокус внимания на заботе о себе, снижении уровня стресса, депрессии и тревоги, редукции поведенческих реакций, связанных с риском для здоровья.

Другой группой (в течение 8–12 сессий) осуществлялась образовательная работа в виде демонстрации видеозаписи тематических лекций [24]. По завершении

исследования в обеих группах отмечались значимая редукция выраженности депрессии и изменение патологических поведенческих реакций на адаптивные, тенденция к «принятию» факта психического расстройства родственника. Необходимо подчеркнуть, что несмотря на то что пациенты с БАР не получали прямого психотерапевтического воздействия, положительная динамика в состоянии их родственников, участвовавших в исследовании, находила отражение и в их самочувствии в виде снижения выраженности депрессии и мании. Данные наблюдения показывают, как психообразовательная работа и когнитивная терапия с родственниками пациентов могут оказать терапевтическое влияние на состояние пациентов с БАР даже без их непосредственного участия в терапевтическом процессе.

В свою очередь, исследование М. Reinares и соавт. (2008) продемонстрировало неоднозначные результаты [25]. С основной группой было проведено 12 терапевтических сессий (продолжительностью 90 мин), состоящих из психообразовательной части, направленной на повышение осведомленности родственников пациентов о БАР, а также тренинг навыков совладания. Основным преимуществом данного подхода являлось увеличение периода ремиссии у пациентов, чьи родственники получали психообразование. Однако при более детальном анализе результатов особенностей развившегося впоследствии аффективного эпизода статистически значимой разницы с группой контроля для депрессивных и смешанных эпизодов авторами выявлено не было. Наиболее значимые различия просматривались лишь у пациентов, которые перенесли маниакальные и гипоманиакальные эпизоды. Авторами было высказано предположение, что данный факт обусловлен тем, что маниакальные и гипоманиакальные эпизоды обладают более выраженными поведенческими изменениями и легче распознаются лицами, осуществляющим уход, чем депрессии или смешанные состояния.

В исследовании А. Fiorillo и соавт. (2015) продемонстрированы более показательные результаты, при этом основная группа отличалась более высоким уровнем психосоциального функционирования и более стабильными внутрисемейными взаимоотношениями в сравнении с группой контроля. По завершении практической части работы существенная положительная динамика прослеживалась как в отношении уровня психосоциального функционирования и клинического статуса пациентов, так и в отношении уменьшения уровня напряжения и тревоги у родственников [26]. В этой связи D.J. Miklowitz и соавт. (2016) проанализировали сведения, накопленные за истекшие 30 лет изучения семейно-ориентированной психотерапии при БАР [27]. В восьми рандомизированных контролируемых исследованиях, включавших взрослых пациентов и подростков с БАР, обнаружили высокую эффективность этого вида терапевтического вмешательства. Период достижения ремиссии и завершения аффективного эпизода

оказался короче, а рецидивы заболевания развивались реже, при этом выраженность мании и депрессии значительно уменьшалась.

### **Специализированные программы реабилитации**

В отличие от медикаментозной терапии БАР, где существуют научно доказанные подходы к лечению, в сфере психосоциальной интервенции было принято немного попыток сформировать универсальный дизайн реабилитационных мероприятий, специфически адаптированный для профилактики дезадаптации при БАР. Одним из первых исследований, где была создана подобная схема, была программа когнитивной реабилитации T. Deckersbach и соавт. (2010) [28]. Основная ее концепция состояла в том, что восстановление когнитивных нарушений влечет за собой повышение психосоциального функционирования в целом. Основную группу составили 18 пациентов с резидуальными субдепрессивными симптомами после основного курса психофармакотерапии. Программа когнитивной реабилитации состояла из 14 сессий, продолжительностью 50 мин и проводилась в течение 4 мес. Терапевтический процесс был разделен на три отдельных модуля. В первом модуле пациентам предлагалось ежедневная оценка и описание настроения, отслеживание негативных автоматических мыслей в когнитивно-поведенческой технике и их дальнейшее переструктурирование во время сессий. Вместе с этим осуществлялась поведенческая активация (включая домашние задания, основанные на техниках «мастерства и удовольствия», структуризации социальных ритмов и т.д.). Отдельное внимание уделялось проработке проблем, связанных с потенциальной угрозой потери работы, если такие риски выявлялись на момент участия в программе. Второй и третий модуль состояли из техник, направленных на разработку навыков самоорганизации, планирования, «тайм-менеджмента» и также включали в себя использование домашних заданий, составление плана ежедневной активности, тренировку постановки реальных целей, тренинги управления вниманием, решения трудностей с инициацией трудовой деятельности. Другая часть программы была посвящена повышению функций памяти и внимания. В результате данного исследования отмечалось повышение общего уровня психосоциального функционирования и уменьшение степени выраженности депрессивной симптоматики. Так, в частности, пациенты демонстрировали статистически значимое и стабильное улучшение в сфере реализации своей профессиональной деятельности и более успешную трудовую реадaptацию.

Первым рандомизированным контролируемым исследованием в данном направлении была работа C. Torrent, C.M. Bonnin и соавт. (2015), в которой анализ эффективности программы функциональной ремедиации проводился в сравнении со стандартным психообразовательным циклом и группой контроля, получавшей только медикаментозную поддерживающую терапию [29].

Оценка исходного уровня функционирования и его изменений до завершения программы осуществлялась с помощью шкалы FAST (Functioning Assessment Short Test). Программа функциональной ремедиации состояла из 21 еженедельной сессии продолжительностью 90 мин. Содержание проводимых интервенций в основном было нацелено на восстановление сфер внимания, памяти и исполнительных функций, с акцентом на процессах повседневной активности. Вмешательство включало в себя психотерапевтическую работу во время сессий в режиме индивидуальных и групповых занятий, а также домашнюю практику в виде ведения записей и выполнения упражнений, характерных для классической когнитивно-поведенческой терапии. По завершении программы в группе пациентов, включенных в специализированную программу, отмечалось более значимая динамика процессов восстановления психосоциального функционирования, чем в группе психообразования, и значительно большее улучшение, нежели у пациентов, не подвергавшихся психосоциальной интервенции. Кроме того, в исследовании тех же авторов было установлено, что сформированные положительные изменения оставались стабильными и через 6 мес. без дальнейшего проведения психосоциальной терапии [30].

В отличие от первых программ «когнитивной ремедиации», функциональная ремедиация направлена на функциональное восстановление, в том числе за счет тренинга нейрокогнитивных навыков, что важно для поддержания ежедневной активности. Предполагается, что такой подход эффективен у пациентов с длительным анамнезом заболевания, умеренными и выраженными нарушениями функционирования.

В пилотном исследовании, проведенном в Нидерландах S. Zyto и соавт. (2016), использовалась относительно короткая программа функциональной ремедиации, состоявшая из комбинации групповых и индивидуальных занятий и включавшая в себя как пациентов с БАР I типа, так и опекающих их лиц [31]. Содержание программы базировалось на стратегиях, которые обычно используются для реабилитации пациентов с органическим поражением головного мозга, а тематически было адаптировано в соответствии с нейропсихологическими проблемами, сопровождающими БАР. В целом же вмешательство было направлено на восстановление мнестических функций, внимания, мышления и способностей к планированию. Задачами исследования являлись обеспечение пациентов информацией о возможных когнитивных проблемах в ходе повседневного функционирования, обучение стратегиям совладания с ними, навыкам, применимым к ежедневным потребностям, исходя из имеющегося дефицита. Работа с родственниками была ориентирована на принятие и осознание особенностей когнитивного статуса пациентов. В результате проведенной работы удалось достичь статистически значимого повышения уровня психосоциального функционирования как на момент непосредственного окончания программы, так и через

три месяца после ее завершения. Более всего отмечалось улучшение в сфере автономности и профессиональной деятельности пациентов.

Однако не все исследования в данном направлении оказались успешны. Так, в ходе рандомизированного контролируемого исследования длительностью 12 нед. К.М. Demant и соавт. (2015) не удалось добиться статистически значимого улучшения когнитивных функций или уровня психосоциального функционирования [32]. По мнению авторов, отрицательный результат мог быть связан с недостаточной продолжительностью программы интервенции, а также с тем, что пациенты, включенные в исследование, находились в состоянии неполной ремиссии и имели те или иные субсиндромальные аффективные нарушения.

В настоящее время продолжается поиск специализированных подходов, которые показали бы свою эффективность в восстановлении когнитивной дисфункции и общего уровня функционирования при БАР. С.В. Ott и соавт. в исследовании, продолжающемся с 2016 г., в цикле сессий ABCR (action-based cognitive remediation) используют ежедневные домашние тренировки в компьютерной программе Harry Neuron Pro, состоящей из 30 уровней сложности упражнений и позволяющей составить индивидуальный план занятий, исходя из первичной оценки степени когнитивной дисфункции [33]. Помимо тренировок в приложении на планшете, программа включает практическую работу во время семинаров в группах с акцентом на работу с метакогнициями, вербальной и зрительной памятью, вниманием и исполнительными функциями.

Таким образом, развитие и обновление подходов к восстановлению функционального статуса пациентов (так называемой функциональной ремиссии), качества жизни, а также разработка новых полиинструментальных программ являются чрезвычайно актуальным направлением научно-практической деятельности в реадaptации пациентов с БАР.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ научных данных позволяет сделать вывод, что на сегодняшний день проблема сохранения уровня психосоциального функционирования и качества жизни пациентов с БАР имеет не меньшую актуальность, чем базовая медикаментозная терапия. Причины функциональной дезадаптации достаточно разнообразны: наличие резидуальных симптомов в периоде ремиссии, нарастающий нейрокогнитивный дефицит, социальная стигматизация и самостигматизация, дисфункциональные внутрисемейные отношения, формирование искаженной когнитивной модели и т.д.

Такое многообразие неблагоприятных факторов определяет большое число «мишеней» и «точек приложения» для психосоциальной интервенции. На сегодняшний день проведено значительное число исследований, направленных на поиск наиболее эффективного реабилитационного направления.

Результаты исследований по данной теме остаются довольно противоречивыми, что наделяет вопрос дальнейшей разработки системы психореабилитационных мероприятий при БАР высокой актуальностью. Более того, по справедливому замечанию С.М. Bonnin и соавт. (2019), целями разработки данного направления должны стать не только реабилитация и улучшение показателей психосоциального функционирования пациентов, но и предупреждение развития и нарастания этих нарушений с самых ранних этапов заболевания и, следовательно, сохранение качества жизни, максимально приближенного к преморбидному [34].

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES:

- Samalin L, Reinares M, de Chazeron I, Torrent C, Bonnin CM, Hidalgo-Mazzei D, Murru A, Pacchiarotti I, Geoffroy PA, Bellivier F, Llorca PM, Vieta E. Course of residual symptoms according to the duration of euthymia in remitted bipolar patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134(1):57–64. doi: [10.1111/acps.12568](https://doi.org/10.1111/acps.12568)
- Петрова НН, Ашенбреннер ЮВ. Биполярное аффективное расстройство первого типа и психосоциальное функционирование больных. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018;28(1):10–14. Petrova NN, Ashenbrenner YuV. Bipolyarnoe affektivnoe rasstrojstvo pervogo tipa i psixosocialnoe funkcionirovanie bolnyh. *Social and Clinical Psychiatry*. 2018;28(1):10–14. (In Russ.).
- Boland EM, Stange JP, Adams AM, LaBelle DR, Ong M, Hamilton JL, Connolly SL, Black CL, Cedeño AB, Alloy LB. Associations between sleep disturbance, cognitive functioning and work disability in Bipolar Disorder. *Psychiatry Res*. 2015;230(2):567–574. doi: [10.1016/j.psychres.2015.09.051](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.051)
- Harvey AG, Schmidt DA, Scarna A, Semler CN, Goodwin GM. Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):50–57. doi: [10.1176/appi.ajp.162.1.50](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.50)
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(3):225–231. doi: [10.1001/archpsyc.1988.01800270033004](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800270033004)
- Петров ДС. Роль психообразования лиц с аффективными расстройствами в рамках реабилитационной помощи. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2012;20(1):104–107. doi: [10.17816/PAVLOVJ20121104-107](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ20121104-107)  
Petrov DS. Rol' psixoobrazovaniya licz s affektivnymi rasstrojstvami v ramkax reabilitacionnoj pomoshhi. *Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova*. 2012;1:103–106. (In Russ.). doi: [10.17816/PAVLOVJ20121104-107](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ20121104-107)
- Chatterton ML, Stockings E, Berk M, Barendregt JJ, Carter R, Mihalopoulos C. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of

- bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):333–341. doi: [10.1192/bjp.bp.116.195321](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195321)
8. Javadpour A, Hedayati A, Dehbozorgi G, Azizi A. The impact of a simple individual psycho-education program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian J Psychiatr*. 2013;6(3):208–213. doi: [10.1016/j.ajp.2012.12.005](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2012.12.005)
  9. Kallestad H, Wullum E, Scott J, Stiles TC, Morken J. The long-term outcomes of an effectiveness trial of group versus individual psychoeducation for bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2016;202:32–38. doi: [10.1016/j.jad.2016.05.043](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.043)
  10. Colom F, Vieta E. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge University Press. 2006.
  11. Colom F, Reinares M, Pacchiarotti I, Popovic D, Mazarini L, Martínez-Arán A, Torrent C, Rosa A, Palomino-Otiniano R, Franco C, Bonnin CM, Vieta E. Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post-hoc analysis. *Acta Neuropsychiatr*. 2010;22(2):50–53. doi: [10.1111/j.1601-5215.2010.00450.x](https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2010.00450.x)
  12. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord*. 2015;17(4):349–362. doi: [10.1111/bdi.12287](https://doi.org/10.1111/bdi.12287)
  13. González Isasi A, Echeburúa E, Limiñana JM, González-Pinto A. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial. *Eur Psychiatry*. 2014;29(3):134–141. doi: [10.1016/j.eurpsy.2012.11.002](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.11.002)
  14. Parikh SV, Hawke LD, Velyvis V, Zaretsky A, Beaulieu S, Patelis-Siotis I, MacQueen G, Young LT, Yatham LN, Cervantes P. Combined treatment: impact of optimal psychotherapy and medication in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015;17(1):86–96. doi: [10.1111/bdi.12233](https://doi.org/10.1111/bdi.12233)
  15. Bauer MS, McBride L. *Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer. 2003.
  16. Кожина АМ, Резуненко ОЮ. Современные стратегии в реабилитации пациентов с биполярным аффективным расстройством. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2017;8(1):78–83.  
Kozhyna AM, Rezunencko OY. Modern strategies in the rehabilitation of patients with bipolar affective disorder *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2017;8(1):78–83. (In Russ.).
  17. Chiang K-J, Tsai J-C, Liu D, Lin C, Chiu H, Chou K. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176849. doi: [10.1371/journal.pone.0176849](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176849)
  18. Costa RT, Cheniaux E, Rangé BP, Versiani M, Nardi AE. Group cognitive behavior therapy for bipolar disorder can improve the quality of life. *Braz J Med Biol Res*. 2012;45(9):862–868. doi: [10.1590/s0100-879x2012007500109](https://doi.org/10.1590/s0100-879x2012007500109)
  19. Costa RT, Cheniaux E, Rosaes PA, Carvalho MR, Freire RC, Versiani M, Rangé BP, Nardi AE. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy in treating bipolar disorder: a randomized controlled study. *Braz J Psychiatry*. 2011;33(2):144–149. doi: [10.1590/s1516-44462011000200009](https://doi.org/10.1590/s1516-44462011000200009)
  20. Gomes BC, Abreu LN, Brietzke E, Caetano SC, Kleinman A, Nery FG, Lafer B. A randomized controlled trial of cognitive behavioral group therapy for bipolar disorder. *Psychother Psychosom*. 2011;80(3):144–150. doi: [10.1159/000320738](https://doi.org/10.1159/000320738)
  21. Meyer TD, Hautzinger M. Cognitive behaviour therapy and supportive therapy for bipolar disorders: relapse rates for treatment period and 2-year follow-up. *Psychol Med*. 2012;42(7):1429–1439. doi: [10.1017/S0033291711002522](https://doi.org/10.1017/S0033291711002522)
  22. Довженко ТВ, Царенко ДМ, Юдеева ТЮ. Факторы риска и хронификации биполярного аффективного расстройства: биологические и психосоциальные аспекты. *Консультативная психология и психотерапия*. 2019;27(4):81–97. doi: [10.17759/cpp.2019270406](https://doi.org/10.17759/cpp.2019270406)  
Dovzhenko TV, Tsarenko DM, Yudeeva TYu. Risk Factors and Chronicity of Bipolar Affective Disorder: Biological and Psychosocial Aspects *Counseling Psychology and Psychotherapy* 2019;27(4):81–97. (In Russ.). doi: [10.17759/cpp.2019270406](https://doi.org/10.17759/cpp.2019270406)
  23. Михеева МГ, Молдованов НА. Осведомленность общественности о биполярном аффективном расстройстве. *Смоленский медицинский альманах*. 2019;4:140–142.  
Mixeeva MG, Moldovanov NA. Osvedomlennost' obshhestvennosti o bipolyarnom affektivnom rasstrojstve. *Smolenskij medicinskij al'manax* 2019;4:140–142. (In Russ.).
  24. Miklowitz DJ. *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Press, 2008.
  25. Reinares M, Colom F, Sánchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Arán A, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Salamero M, Vieta E. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord*. 2008;10(4):511–519. doi: [10.1111/j.1399-5618.2008.00588.x](https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00588.x)
  26. Fiorillo A, Del Vecchio V, Luciano M, Sampogna G, De Rosa C, Malangone C, Volpe U, Bardicchia F, Ciampini G, Crocamo C, Iapichino S, Lampis D, Moroni A, Orlandi E, Piselli M, Pompili E, Veltro F, Carrà G, Maj M. Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. *J Affect Disord*. 2015;172:291–299. doi: [10.1016/j.jad.2014.10.021](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.021)
  27. Miklowitz DJ, Chung B. *Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research*.

*Fam Process.* 2016;55(3):483–499. doi: [10.1111/famp.12237](https://doi.org/10.1111/famp.12237)

28. Deckersbach T, Nierenberg AA, Kessler R, Lund HG, Ametrano RM, Sachs G, Rauch SL, Dougherty D. RESEARCH: Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neurosci Ther.* 2010;16(5):298–307. doi: [10.1111/j.1755-5949.2009.00110.x](https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2009.00110.x)
29. Torrent C, Bonnin Cdel M, Martínez-Arán A, Valle J, Amann BL, González-Pinto A, Crespo JM, Ibáñez Á, García-Portilla MP, Tabarés-Seisdedos R, Arango C, Colom F, Solé B, Pacchiarotti I, Rosa AR, Ayuso-Mateos JL, Anaya C, Fernández P, Landín-Romero R, Alonso-Lana S, Ortiz-Gil J, Segura B, Barbeito S, Vega P, Fernández M, Ugarte A, Subirà M, Cerrillo E, Custal N, Menchón JM, Saiz-Ruiz J, Rodao JM, Isella S, Alegría A, Al-Halabi S, Bobes J, Galván G, Saiz PA, Balanzá-Martínez V, Selva G, Fuentes-Durá I, Correa P, Mayoral M, Chiclana G, Merchan-Naranjo J, Rapado-Castro M, Salamero M, Vieta E. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry.* 2013;170(8):852–859. doi: [10.1176/appi.ajp.2012.12070971](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070971)
30. Bonnin CM, Torrent C, Arango C, Amann BL, Solé B, González-Pinto A, Crespo JM, Tabarés-Seisdedos R, Reinares M, Ayuso-Mateos JL, García-Portilla MP, Ibáñez Á, Salamero M, Vieta E, Martínez-Arán A; CIBERSAM Functional Remediation Group. Functional remediation in bipolar disorder: 1-year follow-up of neurocognitive and functional outcome. *Br J Psychiatry.* 2016;208(1):87–93. doi: [10.1192/bjp.bp.114.162123](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162123)
31. Zyto S, Jabben N, Schulte PF, Regeer BJ, Kupka RW. A pilot study of a combined group and individual functional remediation program for patients with bipolar I disorder. *J Affect Disord.* 2016;194:9–15. doi: [10.1016/j.jad.2016.01.029](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.029)
32. Demant KM, Vinberg M, Kessing LV, Miskowiak KW. Effects of Short-Term Cognitive Remediation on Cognitive Dysfunction in Partially or Fully Remitted Individuals with Bipolar Disorder: Results of a Randomised Controlled Trial. *PLoS One.* 2015;10(6):e0127955. doi: [10.1371/journal.pone.0127955](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127955)
33. Ott CV, Vinberg M, Bowie CR, Christensen EM, Knudsen GM, Kessing LV, Miskowiak KW. Effect of action-based cognitive remediation on cognition and neural activity in bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2018;19(1):487. doi: [10.1186/s13063-018-2860-8](https://doi.org/10.1186/s13063-018-2860-8)
34. Bonnín CDM, Reinares M, Martínez-Arán A, Jiménez E, Sánchez-Moreno J, Solé B, Montejo L, Vieta E. Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients with Bipolar Disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2019;22(8):467–477. doi: [10.1093/ijnp/pyz018](https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz018)

#### Сведения об авторах

Юлия Игоревна Тархова, врач-психиатр, психотерапевт, ООО «Лакта Клиника», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-1954-3796>

[julia.tarhova1993@gmail.com](mailto:julia.tarhova1993@gmail.com)

Владислав Казимирович Шамрей, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой, кафедра психиатрии, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-1165-6465>

[Shamreyv.k@yandex.ru](mailto:Shamreyv.k@yandex.ru)

Евгений Сергеевич Курасов, профессор, доктор медицинских наук, заведующий отделением неврозов, ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3616-6574>

[doc4678@mail.ru](mailto:doc4678@mail.ru)

Андрей Павлович Отмахов, главный врач, СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-1082-2388>

[otmakhov@kashenko-spb.ru](mailto:otmakhov@kashenko-spb.ru)

Алексей Сергеевич Калимов, психолог, аспирант, факультет психологии, СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5490-4898>

[aleximow@gmail.com](mailto:aleximow@gmail.com)

Серафима Георгиевна Быкова, медицинский психолог, СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 9 Невского района», Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-4073-9101>

[pklinica@yandex.ru](mailto:pklinica@yandex.ru)

**Information about the authors**

*Julia I. Tarkhova*, Psychiatrist, Psychotherapist, "Lahta Clinic", Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-1954-3796>

[julia.tarhova1993@gmail.com](mailto:julia.tarhova1993@gmail.com)

*Vladislav K. Shamrey*, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department, Department of Psychiatry, "S.M. Kirov Military Medical Academy", Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1165-6465>

[Shamreyv.k@yandex.ru](mailto:Shamreyv.k@yandex.ru)

*Evgeniy S. Kurasov*, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Neuroses, "S.M. Kirov Military Medical Academy", Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3616-6574>

[doc4678@mail.ru](mailto:doc4678@mail.ru)

*Andrey P. Otmakhov*, Chief Doctor, St. Petersburg State Healthcare Institution "Psychiatric Hospital of St. Nicholas", Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1082-2388>

[otmakhov@kashenko-spb.ru](mailto:otmakhov@kashenko-spb.ru)

*Alexey S. Kalimov*, Psychologist, Postgraduate Student, Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-5490-4898>

[aleximow@gmail.com](mailto:aleximow@gmail.com)

*Serafima G. Bykova*, Medical Psychologist, St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Psychoneurological Dispensary #9", Saint Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-4073-9101>

[pklinica@yandex.ru](mailto:pklinica@yandex.ru)

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*There is no conflict of interests.*

Дата поступления 15.03.2022  
Received 15.03.2022

Дата рецензии 03.05.2022  
Revised 03.05.2022

Дата принятия 24.05.2022  
Accepted for publication 24.05.2022