

made according to the methodology of V.V. Boyko and Yu.A. Baranova. Based on the results of the study, which demonstrate the relationship between acute stress disorders and the specifics of professional activity, it was concluded that doctors have an emerging burnout syndrome and a relatively high level of mental and emotional stability, which allows them to work successfully in the intensive care unit.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЛЮДЕЙ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

**Книжникова А.А.^{1,2}, Исаева Е.Р.², Загальская Е.В.²,
Рассохин В.В.², Беляков Н.А.²**

*¹Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии
имени Пастера,*

*²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
Санкт-Петербург, Россия
nasya.sur@yandex.ru*

Введение. На сегодняшний день установлено, что от последствий COVID-19, получивших название «постковидный синдром», страдают около 65 млн. человек по всему миру, которые отмечают большой спектр соматических, неврологических и психических нарушений, ассоциированных с перенесённой новой коронавирусной инфекцией (НКИ) [1, 5]. Вместе с тем, по данным исследований, психические и психологические последствия COVID-19 являются теми причинами, которые наиболее существенно ухудшают качество жизни, приводят к значимым трудностям в реадaptации к повседневным и профессиональным нагрузкам [3], к проблемам в выстраивании семейных и сексуальных отношений [2]. В Российской Федерации (РФ) на сегодняшний день отсутствуют клинические рекомендации по сопровождению лиц с нарушениями здоровья в постковидном периоде, а мишени психологической работы с данной группой пациентов, по результатам исследований, все ещё не до конца определены [4].

Цель исследования. Определить показатели удовлетворенности качеством жизни и типом отношения к болезни у людей в постковидном периоде болезни для выявления психокоррекционных мишеней в работе с данной группой пациентов.

Материалы и методы. Обследование людей в постковидном периоде болезни проводилось на клинических базах ФБУН НИИ им. Пастера и ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Критериями включения выступали: 1) постановка диагноза «Состояние после COVID-19. Постковидный синдром» (U09); 2) временная взаимосвязь возникших нарушений здоровья с заболеванием COVID-19; 3) невозможность объяснения возникших нарушений после заболевания COVID-19 альтернативным диагнозом.

В рамках комплексного мультидисциплинарного обследования у пациентов оценивались социально-демографические, клинические, лабораторные и нейропсихологические показатели (n=300), в том числе, показатели удовлетворенностью качеством жизни и типы отношения к имеющимся соматическим и психическим последствиям COVID-19. Их оценка производилась с использованием опросника «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) и «Опросника качества жизни» (ВОЗКЖ-26), результаты обследования по которым и будут представлены в настоящей работе. Исследование основано на материалах гранта Российского научного фонда № 23-45-10017 в рамках российско-белорусского сотрудничества.

Результаты исследования. В группу вошло 300 пациентов, средний возраст - $38,7 \pm 11,5$ лет. Женщины составляли более двух третей от общего числа респондентов (78,3% против 21,7%). Подавляющее большинство пациентов (>93%) перенесли острую фазу COVID-19 в легкой или среднетяжелой форме. Среди обследованных участников 54,2% прошли вакцинопрофилактику от COVID-19.

Результаты опросника ВОЗКЖ-26 свидетельствуют о значительном и многоаспектном ухудшении качества жизни (рис.1). Наиболее критичным является крайне низкий показатель «Оценки состояния здоровья» (34,49 балла). Это глобальный индикатор, отражающий, что подавляющее большинство чувствуют себя хронически нездоровыми.

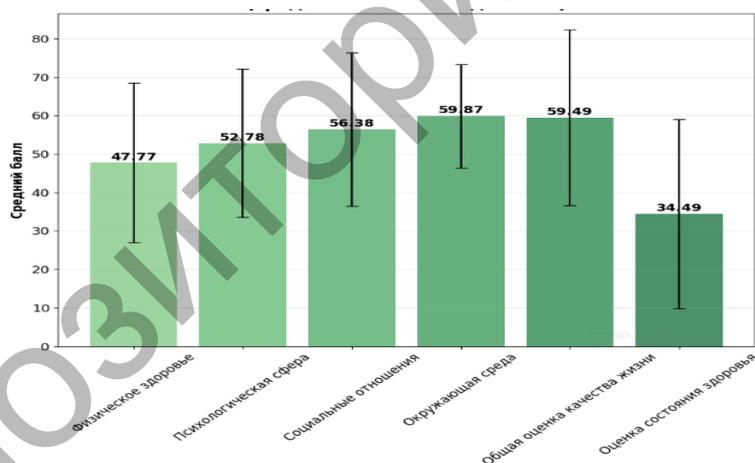


Рисунок 1 – Результаты оценки качества жизни по шкале ВОЗКЖ-26 (n=300)

Второй по значимости проблемной областью является «Физическое здоровье» (47,77 балла), указывающей на существенные нарушения: усталость, боль, низкий энергетический уровень, плохой сон. Этот результат полностью согласуется с доминирующими физическими симптомами постковидного синдрома. Показатели по «Психологической сфере» (52,78 балла) также достаточно низки, подтверждая наличие тревоги, депрессии, снижения настроения и когнитивных затруднений в контексте ухудшения качества жизни.

Результаты оценки типов отношения к болезни по методике «ТОБОЛ» у пациентов с постковидным синдромом свидетельствуют о наличии диффузного

типа реагирования на болезнь со следующими ведущими чертами: сенситивность, ипохондричность, тревожность и эргопатичность.

Преобладающий сенситивный тип ($15,71 \pm 10,64$) указывает на озабоченность восприятием болезни и связанными с ней ограничениями со стороны окружающих. Они могут испытывать сильный страх быть обузой, чувствовать себя неполноценными, стыдиться своих симптомов (особенно невидимых, таких как усталость или «мозговой туман») и избегать социальных контактов из-за опасений по поводу оценки или из-за невозможности соответствовать прежним социальным ролям. Это может приводить к усилению социальной изоляции и снижению качества жизни, даже если прямые физические ограничения не так выражены.

Высокая выраженность ипохондрического ($14,15 \pm 39,50$) и тревожного ($10,53 \pm 11,84$) типов свидетельствуют о том, что значительная часть пациентов демонстрирует чрезмерное внимание к своим телесным ощущениям, склонность катастрофизировать симптомы, искать у себя признаки новых или более тяжелых заболеваний. Это особенно актуально для постковидного синдрома с его полиморфной, часто флуктуирующей и труднообъяснимой симптоматикой.

Наличие эргопатического компонента ($13,10 \pm 12,62$) указывает на то, что для многих пациентов работа или профессиональная деятельность являются центральной ценностью, а болезнь воспринимается как угроза для их трудоспособности и социальной значимости.

Выводы. Полученные результаты подчеркивают, что психологический аспект постковидного синдрома глубоко укоренен в дезадаптивных моделях отношения к болезни. Это может приводить к многоаспектному ухудшению качества жизни, что требует коррекции внутренней картины болезни со стороны специалистов психологического профиля в рамках реабилитации данной категории пациентов.

Литература

1. Отсроченные психические, неврологические и соматические расстройства, ассоциированные с COVID-19 / Н. А. Беляков, В. В. Рассохин, Н. А. Тотолян [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2023. – Т. 15, № 4. – С. 53-62.

2. Голубева, Н. В. Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы) / Н. В. Голубева, Д. В. Иванов, М. С. Троицкий // Вестник новых медицинских технологий. – 2020. – № 2. – С. 32-38.

3. Пережить локдаун: изменения в занятости и психологическое благополучие населения в эпоху пандемии / К. Ю. Ерицян, М. М. Русакова, А. А. Александрова, Н. М. Усачева // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2021. – № 3 (163). – С. 250-270. – doi: 10.14515/monitoring.2021.3.1893.

4. Ярмухамедова, Н. А. Оптимизация терапии постковидного синдрома при новой коронавирусной инфекции / Н. А. Ярмухамедова, Г. З. Узакова

// Science and Education. – 2023. – Т. 4, № 3. – С. 159-167.

5. Recent developments in the immunopathology of COVID-19 / H. P. Zhang, Yu. Li. Sun, Ya. F. Wang [et al.] // Allergy. – 2023. – Vol. 78, No. 2. – P. 369-388. – doi: 10.1111/all.15593.

QUALITY OF LIFE AND ATTITUDE TOWARDS ILLNESS IN POST-COVID

**Knizhnikova A.A.^{1,2}, Isaeva E.R.², Zagalskaya E.V.²,
Rassokhin V.V.², Belyakov N.A.²**

¹Pasteur Research Institute of Epidemiology and Microbiology,

*²First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P.Pavlov
Saint-Petersburg, Russia*

The obtained results highlight that the psychological aspect of post-COVID syndrome is deeply rooted in maladaptive patterns of attitude toward the disease. This can lead to a multifaceted deterioration in quality of life, requiring psychological specialists to address the internal picture of the disease as part of the rehabilitation of this category of patients.

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ ФОН ЗЕРССЕНА И ПОКАЗАТЕЛЬ ДУШЕВНОЙ БОЛИ КАК ОСНОВА ЭКСПРЕСС-БАТАРЕИ ДЛЯ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ И СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Комарова А.Н.

*Первый Санкт-Петербургский медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
Санкт-Петербург, Россия
asya.pas@yandex.ru*

Введение. Расстройства депрессивного спектра остаются одной из ведущих причин утраты трудоспособности и преждевременной смертности. Суицидальный риск при депрессии сохраняется не только в тяжёлых, но и в умеренных и субклинических вариантах течения, а также в структуре биполярных аффективных расстройств в депрессивной фазе [1]. Традиционные шкалы депрессии (например, HADS, BDI) широко используются, однако они преимущественно фиксируют когнитивно-аффективные и соматовегетативные проявления, не всегда позволяя выделить феномен душевной (психической) боли как самостоятельный клинико-психологический конструкт, тесно связанный с суицидальными тенденциями. В то же время данные современной суицидологии указывают, что именно субъективно переживаемая