

Беспокойство о здоровье – искоренять? поддерживать? дозировать?

А. В. Васильева

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия, annavdoc1@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, SPIN 2406-9046

Резюме

Введение. Беспокойство о здоровье является специфическим психологическим конструктом, который во многом определяет поведение человека в отношении его собственного здоровья, тем самым влияя на соблюдение профилактических мер и приверженность лечению, чем определяется его междисциплинарная значимость. Задача врача любой специальности – привлечь внимание пациента к необходимости заботиться о своем здоровье, используя весь арсенал собственных коммуникативных навыков. В настоящее время активное развитие цифровых технологий кардинальным образом влияет на информационное поведение человека, что находит отражение и в поиске медицинской информации, и в формировании внутренней картины болезни, и в появлении новых вариантов беспокойства о здоровье, которые освещаются в данной статье. Для специалистов цифровое пространство и появление искусственного интеллекта, позволяющего оперативно обрабатывать огромные массивы данных, открывают возможности новых форм социального слушания. Сегодня появилась возможность по-новому оценить отношение пациентов к назначенному лечению, а также особенности формирования их мировоззренческих сетей. Полученная информация может быть использована для разработки таргетных психосоциальных интервенций, направленных на повышение приверженности назначенному лечению.

Заключение. В практике специалистов соматического профиля довольно часто встречаются как нозогенные тревожные расстройства, связанные с внутренней картиной болезни пациента, страхом прогрессирования заболевания, так и собственно тревожные расстройства, манифестирующие в соматической плоскости, нозофобии, ипохондрические состояния. Комплексное лечение в таких случаях должно включать сочетание психо- и фармакотерапии, где анксиолитики могут рассматриваться как препараты выбора.

Ключевые слова: тревога, беспокойство о здоровье, соматизация, цифровизация, информационная психиатрия, социальные сети, внутренняя картина болезни, анксиолитики, бензодиазепины

Для цитирования: Васильева А. В. Беспокойство о здоровье – искоренять? поддерживать? дозировать? Лечащий Врач. 2025; 11 (28): 11-18. <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.11.001>

Конфликт интересов. Автор статьи подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Health anxiety – eradicate? support? dose?

Anna V. Vasileva

V. M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia, I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University, Saint Petersburg, Russia, annavdoc1@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>, SPIN 2406-9046

Abstract

Background. Health anxiety is considered to be a specific psychological construct, that determines the individual health behavior making a crucial impact on the treatment adherence and prevention strategies. All mentioned above defines its interdisciplinary importance. The task of every medical doctor is to attract patients attention to the necessity of taking care of one's health using all available professional communication skills. The recent active development of the digital technologies makes a serious impact on the ones information seeking behavior, including medical information search, creating an internal model of the illness and modern health anxiety manifestation highlighting in this article. Digital space and AI creation capable of big data speedy analyzation open for the professional's new options of social listening. Today we have the opportunity of new evaluation of patient's treatment choices and their mindset networks development. The accumulated data can be used for the targeted psychosocial interventions development aimed to improve the treatment adherence.

Conclusion. In the internists routine practice there is a high rate of patients with nosogenic anxiety disorders associated with the internal illness model, fear of the disease progress and also with the typical anxiety disorders manifesting in the somatic sphere, nosophobias, hypochondriac states. Their complex treatment should include combination of psychotherapy and pharmacotherapy, where anxiolytics can be considered as the treatment choice.

Keywords: anxiety, health anxiety, somatization, digitalization, information psychiatry, social networks, internal disease model, anxiety, benzodiazepines

For citation: Vasileva A. V. Health anxiety – eradicate? support? dose? Lechaschi Vrach. 2025; 11 (28): 11-18. (In Russ.)
<https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.11.001>

Conflict of interests. Not declared.

Здоровье человека занимает значимое место в его иерархии системы ценностей, а здоровье нации во многом определяет демографическое и экономическое благополучие страны. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), в которую сегодня входит около 200 государств, была создана именно для того, чтобы консолидировать межстрановые усилия для разработки наиболее эффективных стратегий и программ, направленных на укрепление здоровья и повышение субъективного благополучия людей во всем мире на всех жизненных этапах. Эта цель во многом сформировала традиции общественного здравоохранения и является темой междисциплинарного диалога врачей различных специальностей на протяжении последних десятилетий. В этой связи беспокойство о здоровье можно рассматривать как нормальную адаптивную установку, определяемую его ценностью для самореализации и качества жизни человека [1, 2].

Многие специалисты подчеркивают важность проведения профилактических мероприятий для поддержания здоровья населения, однако их недостаточная успешность часто связана с поведенческими барьерами. Среди них в качестве наиболее значимых называют недостаточное осознание важности и плохой уровень знаний о самой профилактике, низкий уровень восприятия риска. Люди склонны недооценивать свою уязвимость и воспринимают здоровье как данность. Забывчивость и приоритет актуальных социальных стрессоров отодвигают беспокойство о здоровье на задний план в списке важнейших задач. Большую роль играют также культуральные факторы и отношение к системе здравоохранения в обществе. В одном из последних систематических обзоров, посвященных барьерам и фасilitаторам во внедрении профилактических стратегий для пациентов с хроническими заболеваниями, где были проанализированы лучшие страновые рекомендации, было продемонстрировано, что необходимо понимать изменение поведения в отношении здоровья не просто как индивидуальную переменную, а как конструкт, определяемый системой психологических, социальных и средовых факторов, в целостном контексте портрета пациента [3].

Пациенты с хроническими заболеваниями составляют 80% посещений в первичной медико-санитарной сети, от 15% до 40% больных имеют три диагноза и более, и около 30% госпитализаций происходит из-за ухудшения состояния именно этого контингента. Рост продолжительности жизни вносит свой существенный вклад в мультиморбидность и бремя хронических заболеваний, где беспокойство о здоровье и приверженность лечению играют первостепенную роль. Постоянно растет база исследований, посвященная важности модификации поведения для благоприятного течения основных неинфекционных заболеваний. Однако многие интервенции, подтвердившие свою эффективность в доказательных исследованиях, терпят провал при попытке транслировать их в рутинную клиническую практику [4].

Ученые призывают организаторов здравоохранения и выгода приобретателей его систем пересмотреть свои стра-

тегии и возможности для проведения более эффективных профилактических и лечебных программ. Формирование здоровой озабоченности своим здоровьем – это системный процесс совместной работы профессионалов и индивидов, где учитывается комплекс внешних и внутренних факторов и их взаимодействие [5].

Успешное внедрение результатов доказательных научных исследований требует тщательной оценки процесса коллективного смыслообразования. Это особый вид социальной деятельности, где люди постоянно принимают решения о том, какая информация правдива и какие объяснения приемлемы для формирования сложных мировоззренческих сетей. Антропологи говорят о том, что большинство людей в этом процессе предпочитают правдоподобность точности. Растет число исследований о том, как точные и интуитивные знания из разных источников согласовываются, конструируются и интернализируются в рутинной практике. Эксперты подчеркивают, что современные клинические рекомендации должны не только основываться на данных доказательных исследований, но и быть гибкими, легко адаптируемыми к социальному контексту, культурально приемлемыми для достижения лучших результатов в сфере здоровья и качества жизни пациентов [6-9].

Современное существование характеризуется стремительным развитием новых технологий и перемещением активной социальной жизни в цифровую среду. Интернет сегодня – это основный источник получения и обмена информацией для миллионов людей, в том числе и о здоровье, болезнях и эффективных методах лечения. Появилась новая наука – инфодемиология, которая занимается изучением распространения информации в цифровом пространстве и особенно ее детерминант, связанных со здоровьем. Переизбыток информации, в том числе недостоверной, становится новым триггером адаптационных тревожных расстройств, в том числе и ассоциированных с беспокойством о здоровье. Для разработки мишенецентрированных здоровьесберегающих интервенций необходим анализ поисковых запросов и постов пользователей, а также новостного контента СМИ. Новая форма социального слушания может существенно изменить наши представления о психических расстройствах и помочь разработать новые варианты психотерапевтических интервенций.

Использование данных социальных сетей для лучшего понимания общественного восприятия является в полной мере статистически оправданным, по данным 2020 г. 3,80 млрд человек так или иначе их использовали. Бурное развитие научно-технического прогресса создает условия для повышения тревожной готовности населения и беспокойства о здоровье, что связано с появлением большого количества новых продуктов, в том числе лекарственных средств, отдаленных последствий применения которых мы не знаем. Социальные сети и другие цифровые платформы часто преподносят информацию о существующих рисках или выявленных побочных эффектах в сенсационной катастрофической манере для повышения собственной популярности, также как и поисковые запросы определенным образом настраивают

цифровые алгоритмы, и у пользователя создается искаженное представление о распространенности того или иного потенциального вреда для здоровья. Происходит определенная амплификация рисковых структур, поскольку информация о потенциальных угрозах взаимодействует с рядом психологических, социальных и культуральных процессов и резонирует с существующим мировоззрением. Это часто ведет к чрезмерной тревожной реакции населения [10].

Сетевой контент открывает возможность изучения цифрового поведения, связанного со здоровьем, отношения пациентов к назначенному терапии, анализа личного опыта, негативных установок и предубеждений, частых побочных эффектов, конспирологических теорий, а также недооценки рисков самолечения и нетрадиционной медицины. Результаты этих исследований могут быть использованы для разработки профилактических программ, пропаганды здорового образа жизни, повышения приверженности лечению и мотивационного интервьюирования.

Анализ постов в социальных сетях позволяет получить представление о том, что сами пациенты считают эффективным методом лечения, о режиме дозирования препаратов, их использовании с немедицинскими целями, а также о паттернах формирования зависимости [11-15].

В качестве примера можно привести исследование, опубликованное в 2024 г., с применением машинного обучения, чтобы проанализировать посты в социальных сетях на предмет установок и представлений о бензодиазепинах у населения. В работу было включено 63 098 постов пользователей. Актуальность проекта была связана с тем, что, хотя ВОЗ и другие регуляторные органы рекомендуют кратковременное применение классических бензодиазепинов, хорошо известно, что в повседневной жизни их прием часто бывает гораздо более длительным, и эта проблема носит глобальный международный характер [16-18].

Несмотря на информирование специалистами риск формирования привыкания и зависимости, когнитивная токсичность часто недооцениваются населением. Серьезную озабоченность вызывает и рост летальных исходов вследствие передозировки [19]. Анализ контента социальных сетей с помощью методов машинного обучения выявил серьезные проблемы, связанные с незаконным оборотом бензодиазепинов через онлайн-форумы [20]. В 2016 г. обеспокоенные такой тенденцией центры по контролю и профилактике заболеваний и Управление по контролю за продуктами и лекарствами США выпустили специальные предупреждения для специалистов, выписывающих рецепты, и пациентов, чтобы попытаться что-то сделать для решения этой длительно существующей проблемы [21].

Результаты анализа постов в соцсети продемонстрировали выраженную тенденцию к минимизации и игнорированию рисков и побочных эффектов, связанных с приемом бензодиазепинов. Данный подход позволил узнать, как много людей комбинируют прием этих препаратов с алкоголем и другими психоактивными веществами, о чем пациенты очень редко говорят на приеме у врача даже при активном расспросе. Аналогичным образом изучается социальный медийный дискурс в отношении приема антидепрессантов или такого серьезного побочного эффекта от лечения нейролептиками, как поздняя дискинезия. Такой дизайн исследований представляется перспективным для изучения различных аспектов фармакотерапии в реальном мире [22-24].

Цифровое пространство стало новой средой, где разворачиваются давно известные социальные феномены, связанные

с групповым поведением, мифологическим мышлением, конспирологическими теориями, что приводит к появлению современных вариантов беспокойства о здоровье. К ним относятся переживания, связанные с угрозой для здоровья из-за технологических изменений и особенностей современной жизни. В первую очередь выделяют такие факторы, как токсические интервенции, испорченная пища, радиация, загрязнение окружающей среды. В настоящее время активно изучается, что влияет на формирование данных вариантов беспокойства о здоровье, в частности, индивидуально-психологические характеристики, соматосенсорная амплификация, восприятие здоровья, когнитивный стиль, мировоззрение в целом.

Внимание ученых в этой связи привлекли медицинские конспирологические теории. В их основе лежит представление о существовании могущественных всемирных секретных организаций, деятельность которых направлена на собственное обогащение и контроль над массами, что неизбежно связано с нанесением вреда здоровью обычных людей. Эти теории рассматривают доказательную медицину как возможность реализовать свои цели для руководителей этих всемогущественных групп, поэтому необходимо саботировать рекомендации официального здравоохранения, к примеру, отказываясь от вакцинации или приема статинов.

Для адептов конспирологических теорий альтернативная медицина является более предпочтительной, и в условиях эпидемий инфекционных заболеваний их поведение может существенно повысить общую заболеваемость. Поэтому они сегодня рассматриваются в качестве серьезных барьеров для оказания качественной медицинской помощи. Влияние этих теорий существенно усилилось с появлением цифровых платформ. Так, распространение информации о том, что вакцинация приводит к бесплодию и аутизму, в значительной степени снизило готовность населения к ней и повлияло на другие формы поведения в отношении здоровья. Маргинальные группы населения особенно уязвимы к влиянию подобных теорий [25].

В настоящее время активно развивается такое направление, как информационная психиатрия, сосредоточенная на оценке влияния цифровой среды на психическое здоровье человека, а также на выявлении индивидуально-психологических факторов уязвимости к негативному влиянию переизбытка часто недостоверной информации в интернете [26].

Существует реципрокная связь между модерновым беспокойством о здоровье и приверженностью конспирологическим теориям. Было также показано, что более религиозное, духовное восприятие мира связано с такой формой беспокойства о здоровье, которая выступает в качестве побочного продукта религиозного мировоззрения и веры в чудодейственные исцеления. Официальный коммуникативный стиль, информирующий население о рисках для здоровья на основе рационального научного мировоззрения, оказывает на таких людей ятрогенное действие, поскольку искажается процессами мифологического мышления. Сторонники альтернативной медицины и те, кто имеет проблемы с психическим здоровьем, чаще страдают такими формами беспокойства о здоровье, которые, конечно, в ряде случаев могут быть проявлениями психопроявлениями симптоматики [27].

Сетевой анализ, который начал активно использоваться в пандемию COVID-19 для исследования системы убеждений людей и предикции приверженности мерам безопасности и готовности к вакцинации на основе построения сетевых моделей, открывает новую перспективу построения системы значимых отношений индивида, объединения системы убеждений в единую сеть с выделением наиболее значимых эле-

ментов, которые выступают в качестве индукторов поведения в отношении собственного здоровья. Подобный подход также способен помочь выделить значимый контент, который не всегда очевиден при проведении клинической беседы, а также рекомендовать мишени для психосоциальных интервенций, направленных на формирование здорового образа жизни и приверженности назначенному лечению [28].

Соматосенсорная амплификация – феномен усиления телесных сенсаций за счет чрезмерной фокусировки на них, что делает их более яркими и интенсивными. То есть, по сути, повышенная сосредоточенность на проприорецепции приводит (как и при тренировке других анализаторов, к примеру, схожим образом парфюмеры при обучении тренируют обоняние) к большей представленности этой информации в сознании. Роль этого конструкта в настоящее время активно изучается в клинике тревожных расстройств, сосредоточенных на беспокойстве о здоровье, это в первую очередь ипохондрическое и тревожные расстройства, манифестирующие в соматической плоскости, или соматоформные нарушения [29].

Активно изучается связь этого феномена с беспокойством о здоровье, атрибутивным стилем и выбором официальной или альтернативной медицины. Была показана сильная связь между модерновым беспокойством о здоровье и соматосенсорной амплификацией у разных контингентов больных. Психологический атрибутивный стиль вместе с беспокойством о здоровье влиял на выбор альтернативной медицинской помощи [30].

Систематический обзор, посвященный анализу модернового беспокойства о здоровье, показал его связь с женским полом, холистическим мышлением, возрастом и парапоидными убеждениями, симптомами соматического дистресса и идиопатической непереносимости. Уровень образования и личностные характеристики большой пятерки не стали, как ожидалось, значимыми факторами [31].

В другом исследовании было показано, что эта форма беспокойства о здоровье определяет более частое обращение к врачам общей практики даже после проведения дополнительных статистических процедур, учитывающих факторы пола, возраста, уровня тревоги, соматизации, невротических черт личности и других вариантов беспокойства о здоровье. Пациенты, отнесенные к первому квартилю по шкале модернового беспокойства о здоровье, имели на 20% больше визитов к врачу, что делает их серьезным бременем для здравоохранения [32].

В ряде случаев беспокойство о здоровье становится чрезмерным, предметным, сюжетным, приобретает конкретную фабулу и становится основой фобического синдрома, нозофобии – навязчивого страха конкретного заболевания, чаще всего это кардио- или онкофобии. Пациент нередко идентифицирует себя с родственником или знакомым из своей возрастной группы, страдающими или умершими от той или иной болезни, кроме близкого круга в него включаются известные люди, герои СМИ и соцсетей из одной с пациентом возрастной категории. Часто сильное впечатление оказывает внезапная скоропостижная смерть знакомого человека на фоне полного здоровья. Особенно чувствительными оказываются мужчины к новостям о внезапной кардиальной смерти. Отождествление себя с заболевшим или умершим человеком может приводить к фиксации внимания на внутренних ощущениях, появлению вторичных страхов и практически полному параличу привычной жизнедеятельности. Пациенты испытывают выраженное внутреннее напряжение, тревожное ожидание ухудшения состояния, снижается настроение, ухудшается качество сна. Соматовегетативные проявления тревоги интерпретируют-

ся как симптомы соматического заболевания, подвергаются катастрофической интерпретации и служат подтверждением наличия диагноза соматического заболевания для пациента. В ряде случаев пациенты с тревожными соматоформными расстройствами предъявляют в первую очередь соматические жалобы, а беспокойство о здоровье является основным проявлением тревожного состояния [33, 34].

Особую группу составляют пациенты с так называемой ипохондрией здоровья, у которых в основе беспокойства о здоровье лежат перфекционистские установки, оценивающие любые отклонения от идеальных параметров как неприемлемые. Внутренняя картина здоровья отличается жесткими категоричными эталонными представлениями о функционировании организма [35].

В тех случаях, когда человек действительно серьезно заболевает, беспокойство о здоровье становится оправданным и связанным с реальными перспективами потерять его имеющийся уровень. Постановка диагноза тяжелого или хронического соматического заболевания запускает целый ряд переживаний и вызывает сильнейший психологический дистресс у каждого человека, что при дефиците механизмов совладания может приводить к развитию расстройств адаптации. Специфическими особенностями дистресса являются непосредственное переживание угрозы жизни во время установления диагноза, а также в ряде случаев хронический характер этой угрозы. Лечебные процедуры тоже могут быть источником тревоги, к примеру, калечащая операция, тяжелое, длительное и токсичное лечение с серьезными побочными эффектами.

В качестве значимых факторов выступают ощущение утраты контроля над происходящими событиями: субъективно тяжелые проявления заболевания, малоразработанные методы лечения, отсутствие способов контроля своего состояния, доступных для самого больного, а также сами симптомы заболевания, такие как боль, тошнота, слабость, нарушение жизненных функций, инвалидность, оказывают существенное влияние на эмоциональное состояние больных. Болезнь также предъявляет особые требования к психическим возможностям осуществления деятельности, ведет к ограничению контактов с окружающими людьми, потере социального статуса и существованию в новой роли пациента. Внутренняя картина болезни, включающая набор фантазий и представлений о природе заболевания, его течении, лечебных процедурах и возможных их последствиях для социального функционирования больного, включая самостигматизацию, во многом определяет смысл заболевания для человека и его реакцию на него. Если личности не хватает ресурса адаптабельности, то развиваются нозогенные расстройства адаптации [36].

Особой группой нозогенных реакций тревожного спектра являются состояния, вызванные в ряде случаев оправданной или преувеличенной обеспокоенностью возможным прогрессированием имеющегося заболевания [37].

Размышления о течении и последствиях болезни могут приобретать навязчивый характер и усложнять картину коморбидного психического расстройства за счет присоединения обсессивного и диссомнического компонентов. Многие исследователи отмечают высокую распространенность коморбидных тревожных расстройств у онкологических пациентов, требующих назначения хорошо переносимых анксиолитических препаратов для их лечения. В ряде случаев в связи с особо сильным психотравмирующим воздействием случившегося может развиваться посттравматическое стрессовое расстройство [38].

Расстройство адаптации (расстройство приспособительных реакций): это состояния субъективного дистресса и эмоци-

нального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни). Проявления его различны и включают: тревожное или депрессивное настроение, беспокойство, чувство неспособности справляться, планировать или оставаться в настоящей ситуации, а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе.

Начало проявлений отмечается обычно в течение месяца после стрессового события или изменения в жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев. Кроме пролонгированной депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации, в клинике чаще всего доминируют тревожный, фобический и ипохондрические синдромы. Тревога носит постоянный характер с чрезмерным беспокойством о здоровье вплоть до страха смерти, могут быть субсиндромальные аффективные расстройства (сниженный фон настроения с сохранением ситуативной реактивности, раздражительность, эмоциональная лабильность). Часто имеет место патологическая восприимчивость к телесным сенсациям, обостренное самонаблюдение, тщательная регистрация малейших признаков телесного неблагополучия. Может присутствовать чрезмерная озабоченность побочными эффектами лечения. Характерна зависимость динамики тревоги и сопутствующих проявлений сниженного настроения в зависимости от динамики соматического заболевания (явления психосоматического параллелизма). Соматовегетативные нарушения (лабильность артериального давления и частоты сердечных сокращений, головокружения) часто интерпретируются пациентом как ухудшение соматического статуса [39]. Учитывая значимую роль психологических факторов на всех этапах хронического течения заболевания, целесообразно использовать комплексные модели лечения, сочетающие психотерапию и фармакотерапию.

Сегодня тревожные расстройства являются одним из наиболее частых коморбидных психических нарушений, встречающихся в практике врачей различных специальностей. Выявление тревожного расстройства или избыточного беспокойства о здоровье требует от врача хороших коммуникативных навыков. Назначение анксиолитической терапии может в значительной степени повысить уровень оказываемой медицинской помощи и снизить затраты на лечение, предотвратив превращение таких больных в пациентов врачебного лабиринта [40].

Манифестация тревожного расстройства зависит от взаимодействия между стресс-реализующими и стресс-лимитирующими системами организма. Гамма-амино-масляная кислота (ГАМК) является основным медиатором стресс-лимитирующей системы, вместе с эндогенными опиатами она участвует в регуляции эмоционального напряжения, ограничивая избыточные информационные потоки в головном мозге, улучшая сосредоточение внимания и целенаправленное поведение. ГАМК-ergicическая система становится основной мишенью противотревожного фармакологического воздействия в стрессовых условиях.

Транквилизаторы, получившие свое название от латинского глагола *tranquillo* – успокаивать, являются основной группой препаратов, использующейся для лечения психических и вегетосоматических проявлений тревоги. Преимущество их использования, в отличие от других групп противотревожных средств, определяется в первую очередь действием,

направленным на патогенетические механизмы тревоги, и быстрым наступлением терапевтического эффекта.

Бензодиазепиновые транквилизаторы относятся к наиболее известным часто применяемым средствам, ставшим золотым стандартом терапии, препаратам, с которыми сравнивают новые анксиолитики в клинических исследованиях. Механизм их действия обусловлен аллостерической модуляцией ГАМК-трансмиссии и усилением синаптической задержки. Включение бензодиазепиновых рецепторов обуславливает усиление сродства ГАМК к рецептору и открытие хлорных каналов. Приток и повышение концентрации хлора внутри нейрона вызывает гиперполяризацию пресинаптического и постсинаптического нейронов, что определяет их устойчивость к возбуждению и блокирование развития тревожного ответа в миндалевидном теле (амигдале) головного мозга и связанных с ним структурах.

Бензодиазепины усиливают ингибирующее действие ГАМК-ergicических вставочных нейронов на возбуждающие нейроны амигдалярного комплекса, препятствуя выбросу глутамата. Седативная активность бензодиазепинов обусловливает уменьшение психоэмоционального напряжения, мышечное расслабление, вегетотропное действие, они обладают также противосудорожным и спазмолитическим эффектами, возможно снижение концентрации внимания и общая седация. Известно, что специфический профиль действия транквилизаторов, выраженность того или иного эффекта, вероятность развития синдрома отмены и зависимости определяются их механизмом действия, селективностью в отношении трех основных групп бензодиазепиновых рецепторов.

Классические препараты (феназепам, диазепам, клоназепам, алпразолам), обладают хорошим противотревожным эффектом, отличаются риском формирования зависимости, имеют седативный и миорелаксирующий эффекты, при быстрой отмене может возникать синдром рикошета, поэтому данные препараты следует назначать лишь в определенных случаях, на специальном рецептурном бланке. В связи с вышеперечисленным для назначения противотревожной и вегетостабилизирующей терапии в комплексном лечении пациентов в обще-медицинской практике препаратом первого ряда может быть атипичный бензодиазепиновый транквилизатор тофизопам (Грандаксин). Его действие на ГАМК и активация бензодиазепиновых рецепторов, локализующихся в ретикулярной формации ствола и вставочных нейронах боковых рогов спинного мозга, приводят к снижению возбудимости подкорковых структур, таких центров вегетативной и эмоциональной регуляции, как лимбическая система, таламус, гипоталамус, одновременно подавляются полисинаптические спинальные рефлексы. Противотревожный эффект достигается воздействием на амигдалярный комплекс лимбической системы (основные структуры головного мозга, ответственные за формирование тревожных реакций), дополнительный тормозной эффект на ретикулярную формацию и неспецифические ядра таламуса головного мозга проявляется уменьшением психоэмоционального напряжения, навязчивой беспокойности своим состоянием, снижается интровертивная бдительность, за счет чего разрывается порочный круг, когда пациенты за счет чрезмерного внимания к своим телесным ощущениям и их катастрофической тревожной интерпретации усиливают вегетосоматические проявления тревоги по принципу обратной связи, а затем воспринимают их как признаки ухудшения соматического заболевания.

Отличаясь от классических бензодиазепинов иной локализацией нитрогенной группы, тофизопам обладает рядом уникальных свойств, а именно: отсутствием привыкания,

риска формирования зависимости, взаимопотенцирующего действия с алкоголем. За счет селективности своего эффекта (действие на $\omega 2$ -подтипа бензодиазепиновых рецепторов) он не обладает миорелаксирующим действием, которое часто субъективно переживается пациентами как состояние вялости, не влияет на когнитивное функционирование, то есть может назначаться пациентам в амбулаторной практике и в ситуациях, требующих концентрации внимания и принятия правильных решений. Отличительной характеристикой препарата является быстрое наступление эффекта, положительное влияние на коронарный кровоток и отсутствие кардиотоксичности, что расширяет возможности его применения в различных возрастных группах, а также при наличии сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний [41, 42].

В зависимости от терапевтических задач и сферы применения возможно вариабельное назначение тофизопама как коротким курсом на несколько дней в суточной дозировке 100–200 мг, разделенной на два приема в случае предстоящих диагностических или лечебных оперативных вмешательств, или же на весь срок ожидания результатов анализов или проведения дифференциальной диагностики в тех случаях, когда подтверждение диагноза может существенно повлиять на качество или продолжительность жизни пациента. При коротком стрессогенном воздействии целесообразно однократное назначение в дозировке 50–100 мг, что можно рекомендовать к использованию, к примеру, в комплексных программах вспомогательных репродуктивных технологий [43].

Если на момент обращения у пациента уже имеется не просто беспокойство о здоровье, а расстройство адаптации, то назначение тофизопама должно быть более длительным – в течение 1,5–3 мес с индивидуальным подбором дозы от 50 до 150 мг в сутки. При наличии конкретной психотравмирующей ситуации или если установлено, что личностные особенности и типичные способы реагирования вносят существенный вклад в состояние пациента, целесообразно направить его на психотерапевтическое лечение [44].

Психосоматические заболевания, в появлении и течении которых значимая роль принадлежит психосоциальным факторам, являются серьезной проблемой современной медицины. К наиболее распространенным из них относятся гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, ревматоидный артрит и др. Использование психофармакотерапии и психотерапии в комплексном лечении этих состояний позволяет значительно повысить его эффективность. Целесообразно применение тофизопама в дозе от 50 до 300 мг у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в перименопаузальном периоде, что позволяет стабилизировать артериальное давление, уменьшить эмоциональные и психовегетативные нарушения, особенно в тех случаях, когда ухудшение состояния связано с эмоциогенными факторами [45–47].

В онкологии тофизопам может быть препаратом выбора, поскольку не влияет на основное противоопухолевое лечение (стоит только учитывать метаболизм тофизопама через цитохром CYP3A4), не усиливает седацию и астенические проявления, он может назначаться для коррекции тревожных нарушений, уменьшения выраженности страха прогрессирования заболевания, нормализации сна, повышения общего уровня продуктивной активности. Препарат может назначаться вне зависимости от основного онкологического диагноза на разных стадиях злокачественного процесса, как при моно-, так и при комбинированной терапии рака. При эпизодических тревожных нарушениях, связанных с

определенными диагностическими и лечебными процедурами, возможно однократное назначение тофизопама в дозе 50–100 мг, в случае персистирования тревоги, многообразия триггерных факторов назначение тофизопама может быть более длительным [48–52].

Искусство врача заключается в поддержании оптимального уровня беспокойства о здоровье у пациента, которое помогает ему в условиях многозадачности выбирать поведение, направленное на сохранение здоровья, и умении поддержать пациента, внушить ему веру в компетентность профессионалов, когда беспокойство о здоровье оправданно. **ЛВ**

Литература/References

1. Health Literacy. The solid facts. Eds: Kickbusch I., Pelikan J. M., Apfel F., Tsouros A. D. WHO. Regional office. Accessed 20 September, 2025. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
2. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Абросимов И. Н. и др. Клиническая психология лечебного процесса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 400 с. Sirota N. A., Yaltonsky V. M., Abrosimov I. N., et al. Clinical psychology of the treatment process. Moscow: GEOTAR-media, 2023. 400 p. (In Russ.)
3. Калинина А. М., Куликова М. С., Шепель Р. Н., Астанина С. Ю., Концевая А. В., Драпкина О. М. Множественные поведенческие факторы риска хронических неинфекционных заболеваний: концепция сцепленного влияния. Профилактическая медицина. 2025; 28 (1): 44–49. <https://doi.org/10.17116/profmed20252801144>. Kalinina A. M., Kulikova M. S., Shepel R. N., Astanina S. Yu., Kontsevaya A. V., Drapkina O. M. Multiple behavioral risk factors for chronic noncommunicable diseases: the concept of concatenated influence. Profilakticheskaya meditsina. 2025; 28 (1): 44–49. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/profmed20252801144>.
4. Шальнова С. А., Баланова Ю. А., Деев А. Д. и др. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер. Профилактическая медицина. 2018; 21 (4): 65–72. Shalnova S. A., Balanova Yu. A., Deev A. D., et al. Integrated assessment of adherence to a healthy lifestyle as a way of monitoring the effectiveness of preventive measures. Profilakticheskaya meditsina. 2018; 21 (4): 65–72. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/profmed201821465>.
5. Duda-Sikuła M., Kurpas D. Barriers and Facilitators in the Implementation of Prevention Strategies for Chronic Disease Patients-Best Practice GuideLines and Policies' Systematic Review. J Pers Med. 2023; 13 (2): 288. DOI: 10.3390/jpm13020288.
6. Battles J. B., Dixon N. M., Borotkanics R. J., Rabin-Fastmen B., Kaplan H. S. Sensemaking of patient safety risks and hazards. Health Serv Res. 2006; 41 (4 Pt 2): 1555–75. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2006.00565.x.
7. Rhodes P., McDonald R., Campbell S., Daker-White G., Sanders C. Sensemaking and the co-production of safety: a qualitative study of primary medical care patients. Sociol Health Illn. 2016; 38 (2): 270–285. DOI: 10.1111/1467-9566.12368.
8. Weick K. E., Sutcliffe K. M., Obstfeld D. Organizing and the process of sense-making. Organization Science. 2005; 16 (4): 409–421. <https://doi.org/10.1287/orsc.1050.0133>.
9. Gabbay J., le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ. 2004; 329 (7473): 1013. DOI: 10.1136/bmj.329.7473.1013.
10. Kanchan S., Gaidhane A. Social Media Role and its impact on Public Health: a narrative review. Cureus. 2023; 15.
11. Незнанов Н. Г., Васильева А. В. Цифровизация в оказании помощи в области психического здоровья. Новые возможности для специалистов и пациентов. Национальное здравоохранение. 2023; 4 (2): 15–24. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.15-24>. Neznanov N. G., Vasileva A. V. Digitalization in mental health care. New opportunities for specialists and patients. Natsionalnoe zdravookhranenie. 2023; 4 (2): 15–24. (In Russ.) <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.15-24>.

12. Moorhead S. A., Hazlett D. E., Harrison L., Carroll J. K., Irwin A., Hoving C. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *J Med Internet Res.* 2013; 15: 6. 10.2196/JMIR.1933.
13. Farsi D., Martinez-Menchaca H. R., Ahmed M., Farsi N. Social media and health care (part II): narrative review of social media use by patients. *J Med Internet Res.* 2022; 24: e30379. 10.2196/30379.
14. Mullin A., Scott M., Vaccaro G., Floresta G., Arillotta D., Catalani V., et al. Benzodiazepine Boom: Tracking Etizolam, Pyrazolam, and Flubromazepam from Pre-UK Psychoactive Act 2016 to Present using Analytical and Social listening techniques. *Pharm (Basel).* 2024; 12: 13.
15. Hu H., Phan N. H., Geller J., Iezzi S., Vo H., Dou D., et al. An Ensemble Deep Learning Model for drug abuse detection in Sparse Twitter-Sphere. *Stud Health Technol Inf.* 2019; 264: 163-167.
16. Plan d'actions de l'ANSM visant à réduire le mésusage des benzodiazépines – Point d'information – ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. <https://archiveansm.intega.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Plan-d-actions-de-l-ANSM-visant-a-reduire-le-mesusage-des-benzodiazepines-Point-d-information>. Accessed 19 Oct. 2025.
17. Van Hulten R., Isacson D., Bakker A., Leufkens H. G. Comparing patterns of long-term benzodiazepine use between a Dutch and a Swedish community. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2003; 12: 49-53.
18. benzo.org.uk: Benzodiazepines: How They Work & How to Withdraw, Prof CH, Ashton DM. FRCP, 2002. <https://www.benzo.org.uk/manual/index.htm>. Accessed 19 Oct. 2025.
19. Bachhuber M. A., Hennessy S., Cunningham C. O., Starrels J. L. Increasing Benzodiazepine prescriptions and Overdose Mortality in the United States, 1996-2013. *Am J Public Health.* 2016; 106: 686-688.
20. Sarker A., Al-Garadi M. A., Ge Y., Nataraj N., McGlone L., Jones C. M., et al. Evidence of the emergence of illicit benzodiazepines from online drug forums. *Eur J Public Health.* 2022; 32: 939.
21. FDA Drug Safety Communication. FDA warns about serious risks and death when combining opioid pain or cough medicines with benzodiazepines; requires its strongest warning | FDA. <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-warns-about-serious-risks-and-death-when-combining-opioid-pain-or>. Accessed 19 Oct. 2025.
22. De Anta L., Alvarez-Mon M. Á., Pereira-Sánchez V., Donat-Vargas C. C., Lara-Abelenda F. J., Arrieta M., Montero-Torres M., García-Montero C., Fraile-Martínez Ó., Mora F., Ortega M. Á., Alvarez-Mon M., Quintero J. Assessment of beliefs and attitudes towards benzodiazepines using machine learning based on social media posts: an observational study. *BMC Psychiatry.* 2024; 24 (1): 659. DOI: 10.1186/s12888-024-06111-5.
23. Farrar M., Lundt L., Franey E., Yonan C. Patient perspective of tardive dyskinesia: results from a social media listening study. *BMC Psychiatry.* 2021; 21. 10.1186/S12888-021-03074-9.
24. Chart-Pascual J. P., Goena J., Lara F., Montero Torres M., Marin Nopal J., Muñoz R., García Montero C., Fraile Martínez O., Ortega M. Á., Salazar de Pablo G., González Pinto A., Quintero J., Alvarez-Mon M., Álvarez-Mon M. Á. Understanding social media discourse on antidepressants: unsupervised and sentiment analysis using X. *Eur Psychiatry.* 2025; 68 (1): e51. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2025.10.
25. Kisa A., Kisa S. Health conspiracy theories: a scoping review of drivers, impacts, and countermeasures. *Int J Equity Health.* 2025; 24 (1): 93. DOI: 10.1186/s12939-025-02451-0.
26. Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. П., Коцюбинский Д. А. Информационная психиатрия – новый подход к осмыслению воздействия цифрового информационного пространства на психическое здоровье индивидуума и социума. Сообщение 1. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2025; 59 (1): 18-30. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-984>.
- Neznanov N. G., Kotyubinsky A. P., Kotyubinsky D. A. Cyberpsychiatry is a new approach to understanding the impact of digital information space on the mental health of individuals and society. Report № 1. Obozrenie psichiatrii i meditsinskoi psichologii imeni V. M. Bekhtereva. 2025; 59 (1): 18-30. (In Russ.) <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2025-1-984>.
27. Lahrach Y., Furnham A. Are modern health worries associated with medical conspiracy theories? *J Psychosom Res.* 2017; 99: 89-94.
28. Wang D., Zhou Y., Ma F. Opinion Leaders and Structural Hole Spanners Influencing Echo Chambers in Discussions About COVID-19 Vaccines on Social Media in China: Network Analysis. *J Med Internet Res.* 2022; 24 (11): e40701. DOI: 10.2196/40701.
29. Васильев В. В., Мухаметова А. И. Современные исследования личностно-психологических особенностей больных соматоформными расстройствами. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2024; 58 (1): 30-46. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-746>.
- Vasilyev V. V., Mukhametova A. I. Modern researches of personality-psychological features in patients with somatoform disorders. VObozrenie psichiatrii i meditsinskoi psichologii imeni V. M. Bekhtereva. 2024; 58 (1): 30-46. (In Russ.) <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-746>.
30. Kőteles F., Bárány E., Varsányi P., Bárdos G. Are modern health worries associated with somatosensory amplification, environmental attribution style, and commitment to complementary and alternative medicine? *Scand J Psychol.* 2012; 53 (2): 144-149. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2011.00908.x.
31. Dömötör Z., Nordin S., Witthöft M., Kőteles F. Modern health worries: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2019; 124: 109781. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2019.109781.
32. Andersen J. H., Jensen J. C. Modern health worries and visits to the general practitioner in a general population sample: an 18month follow-up study. *J Psychosom Res.* 2012; 73 (4): 264-267. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.07.007.
33. Костюк Г. П. Актуальные проблемы практической психиатрии: решит ли их новый порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения? Национальное здравоохранение. 2023; 4 (1): 48-54.
- Kostyuk G. P. Current problems of practical psychiatry: will the new Procedure for providing medical care for mental disorders and behavioral disorders solve them? Natsionalnoe zdravookhranenie. 2023; 4 (1): 48-54. (In Russ.)
34. Васильева А. В., Богушевская Ю. В., Ивченко А. И. Прогностическая оценка «избегающего врача-психиатра поведения» у больных соматизированными расстройствами, обратившихся в учреждения первичной медико-санитарной помощи. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2024; 58: 4-1: 61-72. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-958>.
- Vasilyeva A. V., Bogushevskaya Yu. V., Ivchenko A. I. Prognostic assessment of "psychiatrist-avoidant behavior" in patients with somatization disorders who applied to primary health care institutions. Obozrenie psichiatrii i meditsinskoi psichologii imeni V. M. Bekhtereva. 2024; 58: 4-1: 61-72. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-958>. (In Russ.)
35. Волель Б. А. Небредовая ипохондрия (обзор литературы). Психические расстройства в общей медицине. 2009; 02: 49-62.
- Volel B. A. Nebredovaya ipokhondriya (obzor literatury). Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine. 2009; 02: 49-62. (In Russ.)
36. Богушевская Ю. В., Васильева А. В., Ивченко А. И. Внутренняя картина болезни и модели отношения к лечению у женщин с соматизированными расстройствами. Консультативная психология и психотерапия. 2023; 31 (4): 105-124.
- Bogushevskaya Yu. V., Vasileva A. V., Ivchenko A. I. Internal picture of the disease and models of attitude to treatment in women with somatization disorders Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2023; 31 (4): 105-124. (In Russ.)
37. Абросимов И. Н., Ялтонский В. М., Лисицына Т. А., Абрамкин А. А., Ламчева Е. И., Тимашков А. Ю., Лила А. М. Психологические особенности пациентов с ревматоидным артритом, имеющих выраженные тревожно-депрессивные переживания. Современная ревматология. 2025; 19 (1): 64-71. DOI: 10.14412/1996-7012-2025-1-64-71.

Психоневрология

- Abrosimov I. N., Yaltonsky V. M., Lisitsyna T. A., Abramkin A. A., Lamcheva E. I., Timashkov A. Yu., Lila A. M. Psychological characteristics of patients with rheumatoid arthritis with severe anxiety and depression. Sovremennaya Revmatologiya. 2025; 19 (1): 64-71. DOI: 10.14412/1996-7012-2025-1-64-71.
38. Сирота Н. А., Московченко Д. В. Психоанализика страха прогрессирования заболевания: результаты апробации русскоязычной версии опросника страха прогрессирования заболевания. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2014; 4: 86-91.
- Sirota N. A., Moskochenko D. V. Psychodiagnosis of the fear of disease progression: results of approbation of the Russian-language version of the questionnaire of fear of disease progression. Obozrenie psichiatrii i meditsinskoi psichologii imeni V. M. Bekhtereva. 2014; 4: 86-91. (In Russ.)
39. Васильева А. В. Пандемия и адаптационные тревожные расстройства: возможности терапии. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020; 120 (5): 146-152. <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120051146>.
- Vasileva A. V. Pandemia and mental adjustment disorders. Therapy options. Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S. S. Korsakova. 2020; 120 (5): 146-152. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120051146>.
40. Астанина С. Ю., Калинина А. М., Шепель Р. Н. и др. Коммуникативные умения врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования (методологический аспект). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023; 22 (1S): 7-14.
- Astanina S. Yu., Kalinina A. M., Shepel R. N., et al. Communicative skills of a district physician in conducting preventive counseling (methodological aspect). Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2023; 22 (1S): 7-14. (In Russ.) <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2023-3559>.
41. Поплавская О. В., Цыбуля Ю. В. Современные подходы к применению Грандаксина (Тофизопама) в терапии астенических состояний. Лекарственный вестник. 2017; 1 (65), т. 11.
- Poplavskaya O. V., Tsybulya Yu. V. Modern approaches to the use of Grandaxin (Tofisopam) in the treatment of asthenic conditions. Lekarstvennyi vestnik. 2017; 1 (65), 11. (In Russ.)
42. Pellow S., File S. E. Is tofisopam an atypical anxiolytic? Neurosci Biobehav Rev. 1986; 10 (2): 221-227.
43. Арушанян Э. Б. и соавт. Хронобиологические особенности влияния тофизопама на вариабельность сердечного ритма у человека. Экспериментальная и клиническая фармакология. 2005; 68 (4): 36-39. Arushanyan E. B., et al. Chronobiological features of the effect of tofisopam on heart rate variability in humans. Eksperimentalnaya i klinicheskaya farmakologiya. 2005; 68 (4): 36-39. (In Russ.)
44. Kokoszka A. A Comparison of the Anxiolytic Properties of Tofisopam and Diazepam: A Double-Blind, Randomized, Crossover, Placebo-Controlled Pilot Study. Pharmaceuticals (Basel). 2024; 17 (1): 140. DOI: 10.3390/ph17010140.
45. Пасечников В. Д. и соавт. Коррекция психосоматических расстройств в комплексной терапии артериальной гипертонии у женщин в перименопаузальном периоде. Южно-Российский медицинский журнал, 2002; 3: 1-4.
- Pasechnikov V. D., et al. Correction of psychosomatic disorders in the complex therapy of arterial hypertension in women in the perimenopausal period. Yuzhno-Rossiiskii meditsinskii zhurnal. 2002; 3: 1-4. (In Russ.)
46. Гольдин Б. Г., Савицкая И. В. Грандаксин в лечении тревожных расстройств у больных бронхиальной астмой. В мире лекарств. 1999; 3. Goldin B. G., Savitskaya I. V. Grandaxin in the treatment of anxiety disorders in patients with bronchial asthma. V mire lekarstv. 1999; 3. (In Russ.)
47. Скворцов Г. Ю., Головачева Т. В. Эффективность тофизопама (Грандаксина) в лечении ИБС: клинико-инструментальное подтверждение. Клиническая фармакология и терапия. 2001; 1: 52-55. Skvortsov G. Yu., Golovacheva T. V. Efficiency of tofisopam (Grandaxin) in the treatment of coronary heart disease: clinical and instrumental confirmation. Klinicheskaya farmakologiya i terapiya. 2001; 1: 52-55. (In Russ.)
48. Васильева А. В., Караваева Т. А., Полторак С. В., Колесова Ю. П. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2016; 1: 3-9.
- Vasileva A. V., Karavaeva T. A., Poltorak S. V., Kolesova Y. P. Neurotic level anxiety disorders (panic, generalized anxiety and anxiety-phobic disorders) psychopharmacological treatment principles and algorithms. Obozrenie psichiatrii i meditsinskoi psichologii imeni V. M. Bekhtereva. 2016; 1: 3-9. (In Russ.)
49. Ронаи Ш., Орос Ф., Болла К. Применение Грандаксина в амбулаторной практике. Венгер. фармакотер. 1975; 4-10. Ronai Sh., Oros F., Bolla K. the use of grandaxine in out-patient setting. Venger Pharmacother. 1975; 4-10. (In Russ.)
50. Александровский Ю. А., Аведисова А. С., Павлова М. С. О вегетотропном эффекте Грандаксина при лечении невротических расстройств в общесоматической практике. Терапевтический архив. 1998; 10: 76-85. Alexandrovsky Y. A., Avedisova A. S., Pavlova M. S. The vegetotropic effect of grandaxine in primary care neurotic disorders treatment. Therapevticheskii arkhiv. 1998; 10: 76-85. (In Russ.)
51. Вейн А. М., Артеменко А. Р., Окнин В. Ю., Поморцев И. В. Эффективность Грандаксина в коррекции психовегетативных расстройств. Клиническая медицина. 1999; 6: 41-45. Vein A. M., Artemenko A. P., Oknin V. Y., Pomorcev I. V. Grandaxin efficacy in the psychovegetative disorders correction. Klinicheskaya meditsina. 1999; 6: 41-45. (In Russ.)
52. Васильева А. В., Караваева Т. А., Семиглазова Т. Ю. Особенности психофармакотерапии онкологических больных с тревожными расстройствами. Вопросы онкологии. 2018; 64 (5): 567-661. Vasileva A. V., Karavaeva T. A., Semiglazova T. Y. Specific of the psychopharmacotherapy in oncology patients with anxiety disorders. Voprosy onkologii. 2018; 64 (5): 567-661. (In Russ.)

Сведения об авторе:

Васильева Анна Владимировна, д.м.н., руководитель международного отдела, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3; профессор кафедры психотерапии и сексологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41; annavdoc1@mail.ru

Information about the author:

Anna V. Vasileva, Dr. of Sci. (Med.), Head of the International Department, Chief Researcher at the Department of Borderline Mental Disorders Treatment and Psychotherapy, Federal State Budgetary Institution V. M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 Bekhtereva str., Saint Petersburg, 192019, Russia; Professor of the Department of Psychotherapy and Sexology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education I. I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 41 Kirochnaya str., Saint Petersburg, 191015, Russia; annavdoc1@mail.ru

Поступила/Received 05.10.2025

Поступила после рецензирования/Revised 03.11.2025

Принята в печать/Accepted 05.11.2025