

УДК: 178.1:159.96:616-052

Оригинальная статья

<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2025-16-2-43-54>

Скрининговая диагностика состояния психического дистресса и потребления алкоголя у пациентов соматического профиля, госпитализированных по неотложным показаниям

А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Автор, ответственный за переписку: Алексей Валентинович Надеждин, aminazin@inbox.ru.

Аннотация. Цель: изучить с помощью опросника SCL-5 распространённость психического дистресса в связи с потреблением алкоголя, социо-демографическими и некоторыми клиническими характеристиками среди соматических пациентов, госпитализированных в клиническую больницу. **Материалы и методы:** сбор материала проводился в 2016–2017 гг. в ГБУЗ Городская клиническая больница им. В.П. Демикова г. Москвы. В исследование было включено 3009 пациентов. Были собраны основные социо-демографические сведения. Оценка потребления алкоголя производилась с помощью AUDIT-4, а состояния психического дистресса — SCL-5. **Результаты:** количество женщин, набравших более двух баллов SCL-5, превосходило количество мужчин. Чаще находились в состоянии психического дистресса разведенные и вдовы. Распределение количества пациентов с дистрессом по зонам теста AUDIT-4 имело «J»-образную форму. Наиболее подвержены дистрессу оказались группы «Терапевтический профиль» и «Кардиологический профиль». **Заключение:** раннее распознавание и коррекция психического дистресса у лиц с вредным потреблением алкоголя в первичном медико-санитарном звене может улучшить комплаенс пациента и исходы лечения. Опросник SCL-5 показал себя кратким и удобным инструментом диагностики психического дистресса.

Ключевые слова: психический дистресс, стационарные пациенты, потребление алкоголя, SCL-5, AUDIT-4, социально-демографические предикторы.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Скрининговая диагностика состояния психического дистресса и потребления алкоголя у пациентов соматического профиля, госпитализированных по неотложным показаниям. *Медицинский вестник Юга России*. 2025;16(2):43-54. DOI 10.21886/2219-8075-2025-16-2-43-54.

Screening diagnosis of mental distress and alcohol consumption in acutely ill somatic patients

A.V. Nadezhdin, E.J. Tetenova

Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia

Corresponding author: Alexey V. Nadezhdin, aminazin@inbox.ru.

Abstract. Objective: to study, using the SCL-5 questionnaire, the prevalence of mental distress in relation to alcohol consumption, socio-demographic and some clinical characteristics among somatic patients hospitalized in a clinical hospital. **Materials and methods:** the material was collected in 2016–2017 in V. P. Demikhov City Clinical Hospital of Moscow. 3009 patients were included in the study. Basic socio-demographic data were collected. Alcohol consumption was assessed using AUDIT-4, and the state of mental distress was assessed using SCL-5. **Results:** the number of women with more than two SCL-5 points exceeded the number of men. Divorcees and widows were in mental distress more often. The distribution of the number of patients with distress according to the AUDIT-4 test zones had a “J”-shape. The groups “Therapeutic profile” and “Cardiologic profile” were the most prone for distress. **Conclusion:** early recognition and correction of mental distress in individuals with harmful alcohol use in primary care may improve patient compliance and treatment outcomes. The SCL-5 questionnaire has been shown to be a concise and convenient tool for diagnosing mental distress.

Keywords: psychiatric distress, inpatients, alcohol consumption, SCL-5, AUDIT-4, sociodemographic predictors.

Financing: The study had no sponsorship.

For citation: Nadezhdin A.V., Tetenova E.J. Screening diagnosis of mental distress and alcohol consumption in acutely ill somatic patients. *Medical Herald of the South of Russia*. 2025;16(1):43-54. DOI 10.21886/2219-8075-2025-16-1-43-54.

Введение

Вредное употребление алкоголя и соматические заболевания являются значимыми факторами риска психических нарушений, в том числе психического дистресса, который проявляется тревожными расстройствами и в меньшей степени депрессией [1, 2]. Психический дистресс¹ — это совокупность отклонений от психического здоровья, которые не могут быть соотнесены со стандартными диагностическими критериями, характеризующиеся симптомами депрессии, бессонницы, усталости, раздражительности, забывчивости, трудностями с концентрацией внимания и соматическими симптомами, такими как проблемы со сном и разнообразными болями. Психический дистресс многими авторами определяется как симптомы тревожности и депрессии [3, 4] или как состояние эмоционального страдания, характеризующееся симптомами депрессии (например, потерей интереса, грустью, ощущением безнадежности) и тревоги (например, беспокойством, чувством напряжения) [5]. Статус психологического дистресса в психиатрической нозологии неоднозначен и подробно обсуждается в научной литературе [6, 7]. С целью более углубленного ознакомления с указанной темой мы рекомендуем содержательную работу Drapeau, A. Marchand, A. and Beaulieu-Prevost, D. (2011) [6].

Среди стационарных пациентов с хроническими соматическими заболеваниями распространённость нарушений настроения, тревожных и соматоформных расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, составила 43,7% [8]. Имеются сообщения о распространённости психического дистресса от 53,1% до 58,6% среди пациентов, поступивших в госпиталь [9, 10]. Faessler et al. (2015) на основании систематического обзора, посвящённого психическому дистрессу у пациентов, обращающихся в отделения неотложной помощи с соматическими основаниями, обнаружили его распространённость от 4% до 47% и констатировали, что это расстройство было связано с демографическими факторами, характером заболевания и что психический дистресс часто остается недиагностированным в ходе оказания медицинской помощи [11].

Работы по связи психического дистресса и потребления алкоголя немногочисленны. Связь между употреблением алкоголя и психическим дистрессом, по всей видимости, является сложной и нелинейной, что обуславливает необходимость тщательной интерпретации результатов медицинских исследований. Так, было показано, что для мужчин как нерегулярное или случайное, так и опасное или вредное потребление алкоголя были связаны с более низким уровнем позитивного аффекта и более высоким уровнем психического дистресса, а у женщин высокий уровень психического дистресса был связан только с опасным или вредным потреблением алкоголя [12, 13]. Уровень психического дистресса у афганских мигрантов в Германии, развившийся в процессе аккультурации, коррелировал ($r=0,29$; $p<0,05$) с тяжестью употребления алкоголя [14], такая же закономерность

отмечалась у пациентов, страдающих псориазом, причём проблемное потребление алкоголя было связано с такими компонентами психологического дистресса, как тревога и беспокойство [15].

Оценка психического дистресса осуществляется посредством психометрических шкал. Широкое распространение получило «семейство» средств оценки психического дистресса, созданных на основе Контрольного списка симптомов Хопкинса (Hopkins Symptom Checklist) или HSCL-58 состоящего из 58 пунктов [6, 16] с последующим его развитием в состоящий из 90 пунктов SCL-90, который валидирован для использования в русскоязычной среде [17]. Его сокращённые версии, такие как краткий перечень симптомов (Brief Symptom Inventory) или BSI, Контрольный список симптомов (Symptom Checklist)-25 или SCL-25, Контрольный список симптомов-10 или SCL-10, Контрольный список симптомов (Symptom Checklist)-5 или SCL-5 и ряд других шкал, получили широкое распространение как удобные и обладающие хорошими психометрическими свойствами инструменты для диагностики психического дистресса с фокусом на тревоге и депрессии в различных клинических сеттингах [6, 18–20].

Работы, где одновременно изучается психический дистресс и потребление алкоголя в условиях неотложной госпитализации в соматический стационар на российской популяции нам не встретились, что обуславливает актуальность проведения исследований в этой области.

Цель исследования — изучить с помощью скринингового опросника SCL-5 распространённость психического дистресса в связи с потреблением алкоголя, социо-демографическими и некоторыми клиническими характеристиками среди пациентов соматического профиля, госпитализированных по неотложным показаниям в многопрофильную городскую клиническую больницу.

Материалы и методы

Работа выполнена на основе данных, собранных в ходе норвежско-российского обсервационного, кросс-секционного исследования, проводившегося Университетским госпиталем г. Осло и ГБУЗ Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ (МНПЦ наркологии ДЗМ).

Сбор материала проводился в 2016–2017 гг. в ГБУЗ Городская клиническая больница им. В.П. Демидова Департамента здравоохранения г. Москвы. Исследование проводилось в отношении неотложно госпитализированных больных с соматическими заболеваниями в отделениях общей терапии, пульмонологии, неврологии и неинтервенциональной кардиологии.

Состояние психического дистресса оценивалось с помощью опросника SCL-5, скринингового инструмента, включающего в себя пять пунктов (три для оценки депрессии и два — тревоги), извлечённых из полной версии SCL-90 [21]. Показатели SCL-5 использовались как непрерывная и дихотомная переменные с пороговым значением >2 , определяющим состояние психического дистресса с высоким уровнем корреляции и хорошей чувствительностью, специфичностью и прогностической ценностью [20, 21]. Опросник SCL-90 и его более краткие варианты, содержащие вопросы SCL-5, были переведены на русский

¹ Термины психологический дистресс и психический дистресс имеют практически идентичные дефиниции. Мы будем использовать термин «психический дистресс», но при цитировании других работ использовать авторский тезаурус.

язык и валидированы [17, 22, 23]. Опросник SCL-5 оценивает состояние респондента в течение последних 14 дней (Прочтите внимательно каждый вопрос и отметьте чувства, беспокоившие Вас за последние 14 дней?): «Чувство страха»; «Нервозность и внутренняя дрожь»; «Чувство безнадежности в отношении будущего»; «Чувство подавленности»; «Излишнее беспокойство по поводу и без повода». Ответы ранжируются по шкале Ликерта, имеющей четыре градации (1 — совсем нет, 2 — не очень, 3 — сильно и 4 — исключительно сильно).

Описание другого инструмента измерения (AUDIT-4 [24, 25], критерии включения и исключения, общие характеристики выборки, модели потребления алкоголя, этические вопросы исследования доступны в предшествующих публикациях [26–30].

Рассматривался только основной диагноз, по поводу которого пациент находился в стационаре. Из общей выборки обследованных пациентов (3009 человек на первом этапе были исключены случаи, с дефектами заполнения анкет — 14 пациентов (пять пациентов — AUDIT-4, 6 пациентов — SCL-5 и один — AUDIT-4 и SCL-5).

Все пациенты были разделены на четыре группы в зависимости от профиля оказанной медицинской помощи. Необходимо указать, что профиль медицинской помощи в части случаев не совпадал с профилем отделения, в которые госпитализировались пациенты.

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ «МНПЦ наркологии» ДЗМ (Заключение № 04/2016 от 27.09.2016).

При подготовке статьи мы руководствовались критериями STROBE (Statement — Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies).

Статистический анализ

Статистический анализ проводился с использованием лицензионной программы IBM SPSS Statistics 25.0. Категориальные данные представлены в виде абсолютного числа и доли в процентах, при необходимости указывались доверительные интервалы, рассчитанные методом E.B. Wilson. Для установления зависимости между качественными переменными применялся критерий χ^2 Пирсона, в случае таблицы 2×2 применялась поправка Йейтса на непрерывность. Если ожидаемые частоты были менее 5 хотя бы в одной ячейке, использовался точный критерий Фишера. В случае многопольных таблиц, если ожидаемые частоты были меньше 5 для $\geq 20\%$ ячеек использовался метод Монте-Карло. Если применение критерия χ^2 Пирсона указывало на наличие статистически значимых различий, проводились апостериорные сравнения с поправкой Бонферрони и расчётом скорректированного уровня p для каждой пары сравнений. В качестве размера эффекта использовался критерий V Крамера для номинальных и категориальных переменных, T-с Кендалла для порядковых переменных в случае прямоугольных таблиц сопряженности, T-b Кендалла — в случае квадратных таблиц сопряженности.

Непрерывные переменные были проверены на характер распределения с помощью критерия Колмогорова-Смирнова с коррекцией Лиллиефорса. Все количественные переменные имели распределение отличное от нормального. Данные представлены в виде медианы

и интерквартильного размаха.

Для изучения влияния предикторов на зависимую переменную и контроля конфаундеров применялась бинарная логистическая регрессия. Значение R²-Нэйджелкерка рассматривалась нами в качестве размера эффекта.

Описание популяции

Гендерное распределение было следующим: 47,1% мужчин и 52,9% женщин. Больше всего респондентов было в возрастных группах 41–60 лет — 30,7%, ≥ 71 года — 27,1% и 61–70 лет — 24,7%, меньше всего в возрастной группе 18–40 лет — 17,5%. Состояло в браке либо проживало совместно с партнером 48,5%; 26,9% охарактеризовало свой брачный статус как вдова/вдовец; 11,4% и 13,2% сообщило, что они не состоят в брачных отношениях либо разведены. Работало или училось 29,2% респондентов, они были отнесены нами в категорию экономически активных, неактивные (безработные, инвалиды) — 16,3%. Лица пенсионного возраста составили 53,9%.

Результаты

Доля лиц, находившихся в состоянии психического дистресса (SCL-5 > 2 баллов), составила 7,9%.

Ранговая корреляция Спирмена показала, что результаты тестирования AUDIT-4 и SCL-5 статистически значимо не коррелировали друг с другом ($p = -0,025$, $p = 0,167$).

При диагностике состояния психического дистресса с помощью SCL-5 количество женщин, набравших более двух баллов, превосходило количество мужчин: 9,1% против 6,6% (табл. 1).

Психической дистресс наблюдался в 9,0% случаев в возрастной группе 18–40 лет, 8,7% случаев — в возрастной группе 41–60 лет. Наименьшее количество таких пациентов было в возрастных группах 61–70 лет и ≥ 71 года — 6,8% и 7,4%, соответственно, но различия не были статистически значимы.

Среди пациентов с различным семейным статусом наибольшая доля пациентов, которые, по результатам тестирования SCL-5, получили больше двух баллов, оказалась среди группы «Разведен/-на и вдова/-ец» — 13,1% и 10,3%, соответственно. Наименьшая доля — у тех, кто состоит в браке (5,5%) и является одиноким (6,5%).

Апостериорные сравнения (тест Бонферрони) показали, что значимо отличались друг от друга группы: состоит в браке — разведен/-на; состоит в браке — вдова/-ец и разведен/-на — одинокий/-ая (табл. 2).

Величина размера эффекта показала слабую силу взаимодействия переменных.

Влияние занятости на состояние дистресса показало, что наибольшее количество лиц, находящихся в дистрессе, наблюдалось среди группы неактивных — 7,9%. Пациенты из групп активных и пенсионеров, которые набрали по SCL-5 больше двух баллов, составили 7,0% и 7,6% соответственно.

Апостериорные сравнения (тест Бонферрони) показали, что группы статистически значимо не различались между собой: активные от пенсионеров ($p = 0,700/p$ скорр. = 1,000; V Крамера = 0,009); неактивные от пенсионеров ($p = 0,035/p$ скорр. < 0,105; V Крамера = 0,048); активные и неактивные ($p = 0,025/p$ скорр. = 0,075; V Крамера = 0,063).

Таблица / Table 1

Распределение переменной SCL-5 дихотомной в зависимости от социально-демографических показателей, результатов тестирования AUDIT-4 и профиля оказания медицинской помощи
Distribution of SCL-5 dichotomous variable according to socio-demographic indicators, AUDIT-4 test results and profile of care delivery

Переменная <i>Variable</i>	SCL-5 ≤2 баллов SCL-5 ≤2 <i>score</i> N (%)	SCL-5 > 2 баллов SCL-5 > 2 <i>score</i> N (%)	Результаты статистической обработки <i>Statistical processing results</i>
Пол / <i>Gender</i>			
Мужской / <i>Male</i>	1314 (93,4)	93 (6,6)	$\chi^2 = 6,186$; df = 1; p = 0,016; V Крамера <i>Cramer's V = 0,045</i>
Женский / <i>Female</i>	1444 (90,9)	144 (9,1)	
Возрастная группа / <i>Age Group</i>			
18–40	478 (91,0)	47 (9,0)	$\chi^2 = 3,269$; df = 3; p = 0,352; Т-с Кендалла <i>Kendall τ-c = - 0,016</i>
41–60	837 (91,3)	80 (8,7)	
61–70	689 (93,2)	50 (6,8)	
≥71	754 (92,6)	60 (7,4)	
Семейное положение / <i>Marital status</i>			
Женат/замужем/ гражданский брак / <i>Married / living with partner</i>	1370 (94,5)	80 (5,5)	$\chi^2 = 33,212$; df = 3; p < 0,001; V Крамера <i>Cramer's V = 0,105</i>
Разведен/разведена / <i>Divorced</i>	345 (86,9)	52 (13,1)	
Вдовец/вдова / <i>Widowed</i>	725 (89,7)	83 (10,3)	
Неженат/не замужем / <i>Single</i>	318 (93,5)	22 (6,5)	
Занятость* / <i>Occupation</i>			
Активен / <i>Active</i>	830 (92,9)	63 (7,1)	$\chi^2 = 6,365$; df = 2; p = 0,041; V Крамера <i>Cramer's V = 0,046</i>
Неактивен / <i>Not active</i>	434 (89,3)	52 (10,7)	
Пенсионер / <i>Retired</i>	1493 (92,4)	122 (7,6)	
Потребление алкоголя в последние 24 часа / <i>Alcohol consumption, last 24 hours</i>			
Нет / <i>No</i>	2560 (92,4)	210 (7,6)	$\chi^2 = 5,576$; df = 1; p = 0,026; V Крамера <i>Cramer's V = 0,043</i>
Да / <i>Yes</i>	198 (88,0)	27 (12,0)	
AUDIT-4 дихотомный / <i>AUDIT-4 Dichotomous</i>			
< 5(ж) (f) / 7(м) (m)	2248 (92,8)	175 (7,2)	$\chi^2 = 8,307$; df = 1; p = 0,005; Т-б Кендалла <i>Kendall τ-b = 0,053</i>
≥ 5(ж) (f) /7 (м) (m)	510 (89,2)	62 (10,8)	
AUDIT-4, зоны / <i>AUDIT-4 zones</i>			
Низкий риск или воздержание (0–3 балла) / <i>Low risk or abstinence (0–3 points)</i>	2044 (92,5)	166 (7,5)	$\chi^2 = 16,652$; df = 3; p < 0,001; Т-с Кендалла <i>Kendall τ-c = - 0,017</i>
Превышение уровня низкого риска (4–6 баллов) <i>Exceeding the low risk level (4–6 points)</i>	225 (94,5)	13 (5,5)	
Опасное потребление алкоголя (7–8 баллов) <i>Hazardous alcohol consumption (7–8 points)</i>	119 (96,7)	4 (3,3)	
Рискованное употребление алкоголя (9–16 баллов) <i>Risky alcohol consumption (9-16 points)</i>	370 (87,3)	54 (12,7)	
Профиль оказания медицинской помощи / <i>Profile of medical care</i>			
Неврологический профиль <i>Neurological profile</i>	688 (92,5)	56 (7,5)	$\chi^2 = 11,980$; df = 3; p = 0,007; V Крамера <i>Cramer's V = 0,063</i>
Кардиологический профиль <i>Cardiology profile</i>	719 (90,8)	73 (9,2)	
Пульмонологический профиль <i>Pulmonology profile</i>	858 (94,3)	52 (5,7)	
Терапевтический профиль и диагностические пациенты <i>Therapeutic profile and diagnostic patients</i>	493 (89,8)	56 (10,2)	

Таблица / Table 2

Апостериорные множественные сравнения распределения пациентов по результатам тестирования SCL-5*
(SCL-5 ≤ 2 / > 2) в зависимости от семейного статуса (тест Бонферрони)
Posterior multiple comparisons of patient distribution according to SCL-5 test results (SCL-5 ≤ 2 / > 2)
according to marital status (Bonferroni test)

Группа / Group	Разведен/-на / Divorced	Вдова/-ец / Widowed	Одинокий/-ая / Single
	P / P скор. / V Крамера / P/Padjusted / Cramer's V		
Состоит в браке / Married	<0,001/<0,001/0,121	<0,001/<0,001/0,088	0,579/1,000/0,016
Разведен/-на / Divorced		0,172/1,000/0,042	0,004/0,024/0,110
Вдова/-ец / Widowed			0,054/0,324/0,060

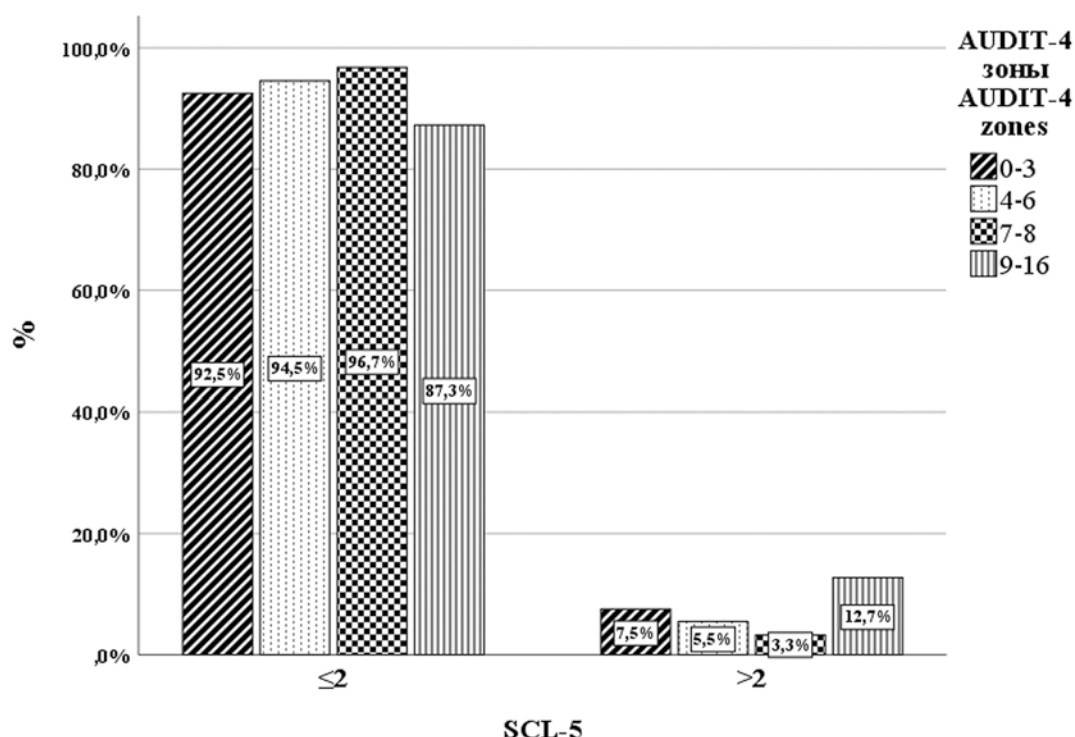


Рисунок 1. Распределение пациентов по результатам тестирования SCL-5 в зависимости от зон AUDIT-4*
Figure 1. Distribution of patients by SCL-5 test results depending on AUDIT-4 zones*

Примечание: *за 100% принимается количество наблюдений для каждой зоны переменной AUDIT-4.
Note: *the number of observations for each zone of the AUDIT-4 variable is taken as 100%.

Статистически значимые различия были обнаружены среди тех, кто сообщил об употреблении алкоголя за 24 часа до госпитализации (12,6% из них находились в состоянии психического дистресса), против 7,6% среди тех, кто не сообщил о употреблении алкоголя с незначительным уровнем размера эффекта.

Лиц, находящихся в психическом дистрессе, было больше среди тех, чей паттерн алкоголя потребления соответствовал вредному уровню (AUDIT-4 ≥ 5 (ж)/7(м)) — 10,8%, против — 7,2% у тех, кто употреблял алкоголь в меньших количествах. Как и в предыдущих сравнениях, обращает на себя внимание низкий уровень размера эффекта.

Были установлены достаточно неожиданные результаты распределения пациентов, находящихся в состоянии психического дистресса по зонам AUDIT-4. Для наглядности, помимо таблицы 1, данные представлены на

рисунке 1, демонстрирующем, что количество пациентов, находящихся в состоянии психического дистресса (SCL-5 > 2), было наибольшим для четвертой зоны (9–16 баллов) теста AUDIT-4, то есть для лиц с рисковым потреблением алкоголя и возможной алкогольной зависимостью (12,7%) и пациентов первой зоны теста AUDIT-4 (0–3 балла), которые имели низкий риск последствий для здоровья вследствие потребления алкоголя или его не употребляющие — 7,5%.

Пациенты второй зоны (4–6 баллов) потребляющие алкоголь в объемах, превышающих уровень низкого риска, в 5,5% случаях находились в состоянии психического дистресса. Неожиданным результатом оказалось то, что пациенты третьей зоны AUDIT-4 (7–8 баллов), соответствующей опасному уровню потребления алкоголя, при ответах только в 3,3% случаях находились в состоянии психического дистресса.

Таблица / Table 3

Апостериорные множественные сравнения распределения пациентов по результатам тестирования SCL-5*
(SCL-5 $\leq 2 / > 2$) в зависимости от зон AUDIT-4 (тест Бонферрони)
*Posterior multiple comparisons of patient distribution by SCL-5 test results (SCL-5 $\leq 2 / > 2$) according to
AUDIT-4 zones (Bonferroni test)*

Группа Group	Потребление превышающие уровень низкого риска (4–6 баллов) Consumption exceeding low risk level (4–6 points)	Опасное потребление алкоголя (7–8 баллов) Hazardous alcohol consumption (7–8 points)	Рискованное употребление алкоголя и возможная алкогольная зависимость (9–16 баллов) Risky alcohol consumption and possible dependence (9–16 points)
	P/P _{скор.} / T-b Кендалла / P/P _{adjusted} / Kendall τ -b		
Низкий риск или воздержание (0–3 балла) Low risk or abstinence (0–3 points)	0,306/1,000/-0,023	0,112/0,672/-0,037	0,001/0,006/0,069
Потребление превышающие уровень низкого риска (4–6 баллов) Consumption exceeding the low risk level (4–6 points)		0,498/1,000/-0,049	0,005/0,03/0,115
Опасное потребление алкоголя (7–8 баллов) Hazardous alcohol consumption (7–8 points)			0,005/0,03/0,128

Таблица / Table 4

Апостериорные множественные сравнения распределения пациентов по результатам тестирования SCL-5*
(SCL-5 $\leq 2 / > 2$) в зависимости от профиля оказания медицинской помощи (тест Бонферрони)
Posterior multiple comparisons of patient distribution by SCL-5 test results (SCL-5 $\leq 2 / > 2$) according
to the profile of health care delivery (Bonferroni test)*

Группа Group	Кардиологический профиль Cardiology profile	Пульмонологический профиль Pulmonology profile	
	P / P _{скор.} / V Крамера / P / P _{adjusted} / Cramer's V		
Неврологический профиль Neurological profile	0,274/1,000/0,030	0,166/0,996/0,036	0,112/0,672/0,047
Кардиологический профиль Cardiology profile		0,008/0,048/0,067	0,607/1,000/0,017
Пульмонологический профиль Pulmonology profile			0,002/0,012/0,083

Апостериорные сравнения (тест Бонферрони) показали, что четвертая зона AUDIT-4 «Рискованное употребление алкоголя и возможная алкогольная зависимость (9–16 баллов)» значимо отличалась по количеству лиц с психическим дистрессом от остальных трёх зон, но показатели размера эффекта (T-b Кендалла) свидетельствовали либо о несущественной, либо о слабой положительной связи между переменными (табл. 3). Первая, вторая, третья зоны друг от друга статистически не отличались.

Самое большое количество пациентов в состоянии психического дистресса находилось в группе «Терапевтический профиль и диагностические пациенты» — 10,2%, затем следовали пациенты из группы «Кардиологический профиль» — 9,2%. Меньше всего пациентов, набравших два и более балла, было среди пациентов группы «Неврологический профиль» и «Пульмонологический профиль» — 5,7% и 7,5% соответственно.

Апостериорные сравнения (тест Бонферрони) показали, что пациенты из группы «Пульмонологический профиль» статистически значимо отличались от пациентов из групп «Кардиологический профиль» и «Терапевтический профиль и диагностические пациенты». Обращает на себя внимание несущественная сила взаимодействия переменных, определяемая значением критерия V Крамера (табл. 4).

С целью изучения влияния социо-демографических характеристик профилей медицинской помощи, потребления алкоголя на переменную исхода у обследованных пациентов и контроля конфаундеров была проведена бинарная логистическая регрессия (табл. 5).

В качестве переменной исхода был выбран дихотомизированный уровень SCL-5 (SCL-5 $\leq 2 / > 2$). Предикторами являлись следующие переменные: пол (мужской, женский); возрастная группа (18–40, 41–60, 61–70, ≥ 71); семейное положение (женат/замужем/гражданский брак, разведён/разведена, вдова /вдовец, не женат/

Таблица / Table 5

Бинарная логистическая регрессия: переменная отклика — SCL-5 дихотомная (SCL-5 ≤2/> 2)*
Binary logistic regression: response variable is SCL-5 dichotomous (SCL-5 ≤2/> 2)*

Переменная Variable	SCL-5 дихотомная / SCL-5 dichotomous (SCL-5 ≤2/> 2)			
	Скорректированное ОШ Adjusted OR	95% ДИ CI	P	
Пол / Gender				
Мужчины / Male	Рефер. / Ref.			
Женщины / Female	1,403	0,998	1,974	0,052
Возраст / Age				
18–40	Рефер. / Ref.			
41–60	0,682	0,444	1,046	0,079
61–70	0,472	0,257	0,868	0,016
≥71	0,395	0,205	0,759	0,005
Семейное положение / Marital status				
Женат/замужем/ гражданский брак Married / living with partner	Рефер. / Ref.			
Разведён/разведена / Divorced	2,289	1,564	3,351	<0,001
Вдовец/вдова / Widowed	2,319	1,561	3,446	<0,001
Не женат/не замужем / Single	0,900	0,533	1,519	0,692
Занятость / Occupation				
Активен / Active	Рефер. / Ref.			
Не активен / Not active	1,293	0,866	1,930	0,209
Пенсионер / Retired	1,176	0,719	1,923	0,519
Алкоголь, последние 24 часа / Alcohol consumption, last 24 hours				
Нет / No	Рефер. / Ref.			
Да / Yes	1,307	0,785	2,177	0,303
AUDIT-4				
1 зона (0–3 балла) / Zone 1 (0–3 points)	Рефер. / Ref.			
2 зона (4–6 баллов) / Zone 2 (4–6 points)	0,867	0,470	1,467	0,649
3 зона (7–8 баллов) / Zone 3 (7–8 points)	0,419	0,148	1,029	0,102
4 зона (9–16 баллов) / Zone 4 (9–16 points)	1,840	1,186	2,856	0,007
Неврологический профиль / Neurological profile	Рефер. / Ref.			
Кардиологический профиль / Cardiology profile	1,534	1,026	2,293	0,037
Пульмонологический профиль / Pulmonology profile	0,887	0,591	1,331	0,563
Терапевтический профиль и диагностические пациенты Therapeutic profile and diagnostic patients	1,425	0,953	2,130	0,084

не замужем); занятость (активен, неактивен, пенсионер); факт употребления алкоголя в течение 24 часов перед госпитализацией (да, нет); AUDIT-4 (4 зоны); профили оказания медицинской помощи («Неврологический профиль», «Кардиологический профиль», «Пульмонологический профиль» и «Терапевтический профиль и диагностические пациенты»).

Из данных, представленных в таблице 5, следует, что отрицательно ассоциировались с уровнем SCL-5 > 2 возрастные группы 61–70 лет (ОШ 0,472; ДИ 95% 0,257–0,868; $p = 0,016$ и ≥ 71 года (ОШ 0,395; ДИ 95% 0,205–0,759; $p = 0,005$) по сравнению с возрастной группой 18–40 лет. Положительно ассоциировалась с уровнем SCL-5 > 2 пациенты, определившие свой семейный статус как разведён/разведена (ОШ 2,289; ДИ 95% 1,564–3,351; $p < 0,001$) и вдовец/вдова (ОШ 2,319; ДИ 95% 1,561–3,446;

$p < 0,001$) по сравнению с пациентами, определившими свой семейный статус как женат/замужем. Также положительно ассоциировались с уровнем SCL-5 > 2 женщины по сравнению с мужчинами (ОШ 1,410; ДИ 95% 0,998–1,982; $p = 0,052$), но результаты были на границе статистической значимости. Необходимо указать на низкое качество (R2-Нэйджелкерка составил 0,062) и плохую предсказательную способность регрессионной модели.

Обсуждение

Одной из неожиданных находок в нашем исследовании явился низкий уровень дистресса в российской выборке соматических больных, госпитализированных по неотложным показаниям по сравнению с аналогичной норвежской, изучавшейся параллельно и с тем же самым дизайном, — 7,9% против 22,3% [29, 30]. Факт разницы

в 2,8 раза представляется слишком значительным, чтобы оставить его без интерпретации. Одной из возможных причин является разный культурный, религиозный и социально-экономический контекст, в котором находились сравниваемые группы. С.Н Мосолов с соавт. (2021) приводит данные о недостаточной диагностике российскими психiatрами расстройств из блока МКБ-10 F40-F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (в особенности тревожных), которые в свою очередь, согласно результатам полученным в результате опроса Всемирной психиатрической ассоциации и ВОЗ [31], являются одними из самых частотных диагнозов в мире. Причинами такой ситуации являются организационные проблемы психиатрии, психиатрическая стигматизация и отсутствие необходимых для диагностики компетенций [32]. Исследование в популяции польских пациентов учреждений первичной медицинской помощи установило, что соматические пациенты не являются открытыми для обсуждения своих психологических и психиатрических проблем, они склонны давать социально приемлемые ответы и представлять себя «в лучшем свете» [33]. Существует мнение, что стигматизация психических расстройств в России из-за низкой информированности и социальных факторов часто приводит к их гиподиагностике [34]. Вместе с тем приводятся данные о том, что госпитализированные в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского пациенты испытывают высокий уровень дистресса, а 36% — средний [35], что на первый взгляд находится противоречит нашим результатам. Существенно более высокий уровень дистресса, выявленный среди неотложно госпитализированных пациентов, объясняется их более тяжёлым состоянием, так как выборка исследования формировалась в приёмном, токсикологическом, травматологическом, хирургическом, кардиологическом, нейрохирургическом, психосоматическом, ожоговом, неврологическом и реанимационном отделениях, в отличие от настоящей работы, где не были представлены пациенты, нуждающиеся в интенсивной терапии или ургентном хирургическом лечении.

Количество женщин с диагностированным дистрессом превосходило количество мужчин, что подтверждается другими исследованиями [36]. По нашему мнению, этот факт следует интерпретировать как частный случай общей тенденции гендерных различий при диагностике психической патологии. Этой проблеме посвящён специальный доклад ВОЗ «Психическое здоровье, мужчины», авторы которого приходят к выводу, что мужчины реже обращаются за психиатрической помощью и чаще совершают самоубийства вследствие социокультурных барьеров, связанных с нормами мужественности, трудностями в выражении эмоций и самоконтроле [37]. Бинарная логистическая регрессия, проведённая нами с целью устранения влияния конфаундеров, подтвердила полученные результаты, но на границе статистической значимости.

Мы не обнаружили статистически значимых различий в распределении случаев психического дистресса в зависимости от возраста при частотном и регрессионном анализе, несмотря на тенденцию увеличения диагностированных случаев в возрастных группах 18–40 лет и ≥ 71 года. Вместе с тем результаты некоторых исследований демонстрируют связь психического дистресса

и хронической патологии, причем наиболее сильная связь наблюдается в возрастной группе 18–44 года [36].

Многие авторы подтверждают большую распространённость психического дистресса в таких социальных стратах, как разведённые и вдовы/вдовцы, как в общей популяции, так и среди больных соматическими заболеваниями [9–11] в отличие от состоящих как в официальном, так и в гражданском браке [38]. Это полностью соответствует полученным нами данным, которые сохранили свою статистическую значимость после процедуры контроля конфаундеров. Несмотря на существующее мнение, что лица, не состоявшие в браке более подвержены дистрессу в условиях госпитализации [9], мы получили противоположные результаты, которые согласуются с выводами [10], что вдовство и развод значительно чаще ассоциируется с психическим дистрессом, чем одиночество. Возможное объяснение этого феномена приводится в работе Blekesaune M., делающего вывод, о том, что для формирования психологического дистресса более важен факт переход из одной категории семейного статуса в другую (развод, смерть одного из супругов), чем статическое состояние [39].

Влияние характера занятости на уровень психического дистресса в нашей работе подтвердило очевидное мнение, что безработица прямо ассоциируется с этим состоянием [40, 41], в сравнении с лицами, которые сообщили, что являются занятыми (работают или учатся) либо находятся на пенсии. К сожалению, статистическая мощность нашего исследования оказалась недостаточной для более обоснованных выводов.

Отмечалось превышение лиц с психическим дистрессом в 1,57 раза среди тех, кто сообщил об употреблении алкоголя в течение 24 часов перед госпитализацией по сравнению с теми, кто не сообщил, но эти результаты не получили подтверждения в модели логистической регрессии при коррекции на все переменные и являются трудно интерпретируемыми в рамках дизайна настоящей работы, так как не учитывалось актуальное состояние респондента на момент исследования.

Отсутствие сколько-нибудь значимых корреляций между баллами SCL-5 и AUDIT-4, возможно, свидетельствует о более сложной связи между употреблением алкоголя и симптомами дистресса, что подтверждает ряд исследований в этой области, указывающих на формирование порочного круга, когда приём алкоголя облегчает симптомы дистресса, но создает основу для последующей длительной алкоголизации, приводящей к аддикции [42]. Авторы отмечают U- или J-образную зависимость между интенсивностью употребления алкоголя и дистрессом: высокий уровень дистресса наблюдается у тех, кто не употребляет алкоголь или делает это умеренно, и у тех, кто употребляет его интенсивно [43–45]. Наши данные подтверждают эту закономерность: количество пациентов с диагностированным дистрессом (SCL-5 > 2 баллов) было больше в первой (0–3 балла) и в четверной зоне (9–16 баллов) AUDIT-4 по сравнению со второй и третьей зонами, но зависимость между употреблением алкоголя и состоянием дистресса в нашем случае имела J-образный характер (рис. 1). Проведённая коррекция на все переменные с помощью логистической регрессии частично подтвердила полученные результаты:

четвертая зона AUDIT-4 положительно ассоциировалась с уровнем SCL-5 > 2 баллов по сравнению с первой зоной. Аналогичная закономерность наблюдалась при сравнении медианных уровней распределения суммарных баллов SCL-5 по зонам AUDIT-4. Это тенденция подтверждается в исследовании связи уровня потребления алкоголя и психического дистресса у лиц с алкогольной зависимостью в процессе лечения, показавшего, что сокращение употребления алкоголя коррелирует с увеличением уровня дистресса [46]. Эта закономерность может быть экстраполирована на условия неотложной госпитализации, когда пребывание в условиях стационара приводит к резкому ограничению употребления алкоголя и, следовательно, к нарастанию психического дистресса, в том числе и вне контекста синдрома отмены алкоголя, что приводит к снижению комплаенса [47] и ухудшению исходов лечения [10, 48, 49].

При лонгитюдном изучении тревожных и соматоформных расстройств у пациентов с онкологическими, сердечно-сосудистыми, пульмонологическими заболеваниями и патологией опорно-двигательного аппарата, а также у контрольной группы здоровых установлен факт преобладания тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с заболеваниями дыхательных путей и сердечно-сосудистой системы [8]. В результате исследования распространённости дистресса и соматических заболеваний среди населения были установлены связи между диабетом, дислипидемией, ишемической болезнью сердца и психическим дистрессом [50]. Полученные нами результаты вполне согласуются с приведёнными исследованиями, пациенты из групп «терапевтический профиль и диагностические пациенты» и «кардиологический профиль» чаще находились в состоянии психического дистресса. Возможно «терапевтические пациенты» демонстрировали высокий уровень психического дистресса, потому что в эту группу

входили «диагностические» пациенты с различными неясными на момент госпитализации диагнозами, включая онкологические [51, 52] и немногочисленные случаи подострой хирургической патологии. После контроля конфаундеров, выполненного с помощью логистической регрессии, статистическая значимая положительная ассоциация сохранилась только для группы «Кардиологический профиль» по сравнению с группой «Неврологический профиль».

Заключение

Наше исследование подтверждает результаты, опубликованные несколькими исследователями в части распространённости психического дистресса у пациентов соматической патологией, J-образного характера связи между уровнем потребления алкоголя и состоянием психического дистресса в российской популяции. Возможная связь дистресса с прекращением потребления алкоголя в ситуации неотложной госпитализации предполагает проведение медицинских интервенций, направленных на коррекцию психического состояния. Низкий уровень психического дистресса у пациентов мужского пола, вероятно, связан с недостаточной чувствительностью применяемого нами инструмента, что определяет необходимость исследований по определению адекватных пороговых значений SCL-5 для мужчин. Наши результаты могут быть полезны для разработки программ помощи для психических расстройств, обусловленных стрессом среди стационарных пациентов. Раннее распознавание и коррекция этих расстройств в первичном медико-санитарном звене может улучшить комплаенс пациента и исходы лечения. Опросник SCL-5 показал себя как краткий и удобный инструмент диагностики психического дистресса, однако небольшой опыт его применения в российской популяции требует дальнейших валидационных исследований.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Harmful use of alcohol, alcohol dependence and mental health conditions: a review of the evidence for their association and integrated treatment approaches. WHO/EURO:2019-3571-43330-60791
2. Курыгин А.Г., Урываев В.А. Психический дистресс в дебюте и развитии соматического заболевания. Экология человека. 2006;(7):42-46.
Kurygin A.G., Uryvayev V.A. Mental distress in debut and development of somatic diseases. Human Ecology. 2006;(7):42-46. (In Russ.)
eLIBRARY ID: 9202465 EDN: HTJVDP
3. Russ TC, Stamatakis E, Hamer M, Starr JM, Kivimäki M, Batty GD. Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. BMJ. 2012;345:e4933.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e4933>
4. Skogen JC, Bergh S, Stewart R, Knudsen AK, Bjerkeset O. Midlife mental distress and risk for dementia up to 27 years later: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) in linkage with a dementia registry in Norway. BMC Geriatr. 2015;15:23.
<https://doi.org/10.1186/s12877-015-0020-5>
5. Mirowsky J, Ross CE. Measurement for a human science. J Health Soc Behav. 2002;43(2):152-170.
PMID: 12096697
6. Drapeau A, Marchand A, Beaulieu-Prevost D. Epidemiology of Psychological Distress. Mental Illnesses – Understanding, Prediction and Control. InTech; 2012.
<https://doi.org/10.5772/30872>
7. Georgaca E. Discourse analytic research on mental distress: a critical overview. J Ment Health. 2014;23(2):55-61.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2012.734648>
8. Härter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. Psychother Psychosom. 2007;76(6):354-360.
<https://doi.org/10.1159/000107563>
9. Tesfa S, Giru BW, Bedada T, Gela D. Mental Distress and Associated Factors Among Hospitalized Medical-Surgical Adult Inpatients in Public Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia, 2020: Cross-Sectional Study. Psychol Res Behav Manag. 2021;14:1235-1243.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S319634>
10. Alemu WG, Malefiya YD, Biftu BB. Mental Distress among Patients Admitted in Gondar University Hospital: A Cross

- Sectional Institution Based Study. Health science journal. 2016; 10(6):480.
11. Faessler L, Perrig-Chiello P, Mueller B, Schuetz P. Psychological distress in medical patients seeking ED care for somatic reasons: results of a systematic literature review. Emerg Med J. 2016;33(8):581-587.
<https://doi.org/10.1136/emmermed-2014-204426>
12. Caldwell TM, Rodgers B, Jorm AF, Christensen H, Jacomb PA, et al. Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. Addiction. 2002;97(5):583-594.
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00092.x>
13. Wang J. Young men who do not drink, as well as those who drink heavily, have high levels of depression and distress. Evid Based Ment Health. 2003;6(1):13.
<https://doi.org/10.1136/ebmh.6.1.13>
14. Haasen C, Sinaa M, Reimer J. Alcohol use disorders among Afghan migrants in Germany. Subst Abus. 2008;29(3):65-70.
<https://doi.org/10.1080/08897070802218828>
15. Founta O, Adamzik K, Tobin AM, Kirby B, Hevey D. Psychological Distress, Alexithymia and Alcohol Misuse in Patients with Psoriasis: A Cross-Sectional Study. J Clin Psychol Med Settings. 2019;26(2):200-219.
<https://doi.org/10.1007/s10880-018-9580-9>
16. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. Behav Sci. 1974;19(1):1-15.
<https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
17. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер; 2001. Tarabrina NV. Workshop on the psychology of post-traumatic stress disorder. Sankt-Petersburg: Piter; 2001. (In Russ.)
18. Timman R, Arrindell WA. A very short Symptom Checklist-90-R version for routine outcome monitoring in psychotherapy; The SCL-3/7. Acta Psychiatr Scand. 2022;145(4):397-411.
<https://doi.org/10.1111/acps.13396>
19. Andersson HW, Nordfjærn T, Mosti MP. The relationship between the Hopkins symptom checklist-10 and diagnoses of anxiety and depression among inpatients with substance use disorders. Nord J Psychiatry. 2024;78(4):319-327.
<https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2323124>
20. Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). Nord J Psychiatry. 2003;57(2):113-118.
<https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
21. Tambs K, Moum T. How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? Acta Psychiatr Scand. 1993;87(5):364-367.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03388.x>
22. Дембицкий С.С. Конструирование и валидизация социологического теста SCL-9-NR. Социологический журнал. 2018;24(3):8-31. Dembickij SS. Constructing and validating the SCL-9-NR sociological test. Journal of Sociology. 2018;24(3):8-31. (In Russ.)
<https://doi.org/10.19181/socjour.2018.24.3.5991>
23. Золотарева А.А. Русскоязычная адаптация симптоматического опросника (Symptom Checklist-K-9, SCL-K-9). Сибирский психологический журнал. 2023;(89):105-115. Zolotareva AA. Russian-language adaptation of the Symptom Checklist-K-9. Siberian Journal of Psychology. 2023;(89):105-115. (In Russ.)
<https://doi.org/10.17223/17267080/89/6>
24. Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J, Monteiro M. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. WHO, 2001.
25. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol Alcohol. 2002;37(6):591-596.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/37.6.591>
26. Kabashi S, Vindenes V, Bryun EA, Koshkina EA, Nadezhdin AV, et al. Harmful alcohol use among acutely ill hospitalized medical patients in Oslo and Moscow: A cross-sectional study. Drug Alcohol Depend. 2019;204:107588. Erratum in: Drug Alcohol Depend. 2020;213:108073.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107588>
27. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Петухов А.Е., Давыдова Е.Н. и др. Кросс-секционное исследование потребления алкоголя с вредными последствиями у пациентов, госпитализированных по неотложным показаниям в неврологическое отделение многопрофильного стационара. Медицина 2023;11(1):77-109. Nadezhdin AV, Tetenova EYu, Kolgashkin AYU, Petuhov AE, Davydova EN, et al. A cross-sectional study of harmful alcohol consumption in acutely ill neurological patients of a general hospital. Medicina. 2023;11(1):77-109. (In Russ.)
<https://doi.org/10.29234/2308-9113-2023-11-1-77-109>
28. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Петухов А.Е., Давыдова Е.Н. Кросс-секционное исследование потребления алкоголя с вредными последствиями у пациентов кардиологического профиля, госпитализированных по неотложным показаниям в многопрофильный стационар. Медицина. 2024;12(2):90-113. Nadezhdin AV, Tetenova EYu, Petuhov AE, Davydova EN. Cross-Sectional Study of Harmful Alcohol Use Among Acutely Ill Cardiac Patients of a Multidisciplinary Clinic. Medicina. 2024;12(2):90-113. (In Russ.)
<https://doi.org/10.29234/2308-9113-2024-12-2-90-113>
29. Kabashi S, Vindenes V, Bryun EA, Koshkina EA, Nadezhdin AV. Corrigendum to "Harmful alcohol use among acutely ill hospitalized medical patients in Oslo and Moscow: A cross-sectional study" [Drug Alcohol Depend. 204 (2019) 107588]. Drug Alcohol Depend. 2020;213:108073.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108073>
30. Gamboa D, Jørgenrud B, Bryun EA, Vindenes V, Koshkina EA, et al. Prevalence of psychoactive substance use among acutely hospitalised patients in Oslo and Moscow: a cross-sectional, observational study. BMJ Open. 2020;10(9):e032572.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032572>
31. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry. 2011;10(2):118-131.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x>
32. Mosolov SN, Martynikhin IA, Syunyakov TS, Galankin TL, Neznakov NG. Incidence of the Diagnosis of Anxiety Disorders in the Russian Federation: Results of a Web-Based Survey of Psychiatrists. Neurol Ther. 2021;10(2):971-984.
<https://doi.org/10.1007/s40120-021-00277-w>
33. Biala M, Piotrowski P, Kurpas D, Kiejna A, Steciwko A, et al. Psychiatric symptomatology and personality in a population of primary care patients. Ann Agric Environ Med. 2014;21(2):344-348.
<https://doi.org/10.5604/1232-1966.1108602>
34. Пыжова О.В., Часовских Е.Е. Проблема стигматизации психически больных в России. Innova. 2024;10(1):47-50. Pyzhova O.V., Chasovskikh E.E. The problem of stigmatization of mental disorders in Russia. Innova. 2024;10(1):47-50. (In Russ.)

- <https://doi.org/10.21626/innova/2024.1/04>
35. Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Рахманина А.А., Борисоник Е.В., Рой А.П., и др. Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2019;8(4):384-390. Kholmogorova A.B., Subotich M.I., Rakhmanina A.A., Borisonik E.V., Roy A.P., et al. The Experienced Level of Stress and Anxiety in Patients of a Multidisciplinary Medical Center. Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care". 2019;8(4):384-390. (In Russ.)
<https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390>
 36. Liao B, Xu D, Tan Y, Chen X, Cai S. Association of mental distress with chronic diseases in 1.9 million individuals: A population-based cross-sectional study. J Psychosom Res. 2022;162:111040.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111040>
 37. Gough B, Novikova I. Mental health, men and culture: how do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
 38. Joutsenniemi K, Martelin T, Martikainen P, Pirkola S, Koskinen S. Living arrangements and mental health in Finland. J Epidemiol Community Health. 2006;60(6):468-475.
<https://doi.org/10.1136/jech.2005.040741>
 39. Blekesaune M. Partnership Transitions and Mental Distress: Investigating Temporal Order. Journal of Marriage and Family. 2008;70(4):879-890.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00533.x>
 40. Brown DW, Balluz LS, Ford ES, Giles WH, Strine TW, et al. Associations between short- and long-term unemployment and frequent mental distress among a national sample of men and women. J Occup Environ Med. 2003;45(11):1159-1166.
<https://doi.org/10.1097/01.jom.0000094994.09655.0f>
 41. Thomas C, Benzeval M, Stansfeld SA. Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. J Epidemiol Community Health. 2005;59(3):243-249.
<https://doi.org/10.1136/jech.2004.019778>
 42. Walter M, Dammann G, Wiesbeck GA, Klapp BF. Psychosozialer Stress und Alkoholkonsum: Wechselwirkungen, Krankheitsprozess und Interventionsmöglichkeiten [Psychosocial stress and alcohol consumption: interrelations, consequences and interventions]. Fortschr Neurol Psychiatr. 2005;73(9):517-525. (In German).
<https://doi.org/10.1055/s-2004-830273>
 43. Marchand A, Demers A, Durand P, Simard M. The moderating effect of alcohol intake on the relationship between work strains and psychological distress. J Stud Alcohol. 2003;64(3):419-427.
<https://doi.org/10.15288/jsa.2003.64.419>
 44. Rodgers B, Korten AE, Jorm AF, Jacomb PA, Christensen H, Henderson AS. Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. Psychol Med. 2000;30(2):421-432.
<https://doi.org/10.1017/s0033291799001865>
 45. Alati R, Kinner S, Najman JM, Fowler G, Watt K, Green D. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department. Alcohol Alcohol. 2004;39(5):463-469.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agh080>
 46. Levine JA, Gius BK, Boghdadi G, Connors GJ, Maisto SA, Schlauch RC. Reductions in Drinking Predict Increased Distress: Between- and Within-Person Associations between Alcohol Use and Psychological Distress During and Following Treatment. Alcohol Clin Exp Res. 2020;44(11):2326-2335.
<https://doi.org/10.1111/acer.14462>
 47. Torvik FA, Rognmo K, Tambs K. Alcohol use and mental distress as predictors of non-response in a general population health survey: the HUNT study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(5):805-816.
<https://doi.org/10.1007/s00127-011-0387-3>
 48. Chiaie RD, Iannucci G, Paroli M, Salviati M, Caredda M, et al. Symptomatic subsyndromal depression in hospitalized hypertensive patients. J Affect Disord. 2011;135(1-3):168-176.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.008>
 49. Ferketich AK, Binkley PF. Psychological distress and cardiovascular disease: results from the 2002 National Health Interview Survey. Eur Heart J. 2005;26(18):1923-1929.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi329>
 50. Wiltink J, Beutel ME, Till Y, Ojeda FM, Wild PS, et al. Prevalence of distress, comorbid conditions and well being in the general population. J Affect Disord. 2011;130(3):429-437.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.041>
 51. Nakaya N, Kogure M, Saito-Nakaya K, Tomata Y, Sone T, et al. The association between self-reported history of physical diseases and psychological distress in a community-dwelling Japanese population: the Ohsaki Cohort 2006 Study. Eur J Public Health. 2014;24(1):45-49.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt017>
 52. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, et al. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. Ann Oncol. 2004;15(8):1243-1249.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdh318>

Информация об авторах

Надеждин Алексей Валентинович, к.м.н., доцент кафедры наркологии, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3368-3170>, aminazin@inbox.ru.

Тетеннова Елена Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры наркологии, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-9390-621X>.

Information about the authors

Alexey V. Nadezhdin, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor, Department of Narcology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3368-3170>, aminazin@inbox.ru.

Elena J. Tetenova, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor, Department of Narcology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-9390-621X>.

Вклад авторов

Все авторы внесли существенный вклад в проведение настоящего исследования и в работу над текстом данной статьи в соответствии с критериями, изложенными в рекомендациях ICMJE.

Authors' contribution

All authors made substantial contributions to this study and to the text of this article in accordance with the criteria outlined in the ICMJE guidelines.

Благодарности

Автор выражают свою признательность С.-Т. Богстранду, С. Кабаши (Университетский госпиталь Осло, Осло, Норвегия) за организацию проведения международного мультицентрового исследования «Изучение употребления алкоголя и наркотиков среди госпитализированных соматических больных», послужившего основой для настоящей работы.

Acknowledgements

The authors would like to express their gratitude to S.-T. Bogstrand, S. Kabashi (Oslo University Hospital, Oslo, Norway) for organizing the international multicenter study "Study of alcohol and drug use among hospitalized somatic patients", which served as the basis for the present work.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest.

Поступила в редакцию / *Received*: 21.11.2024

Доработана после рецензирования / *Revised*: 13.12.2024

Принята к публикации / *Accepted*: 20.12.2024