



ISSN 2313-7053 (print)

ISSN 2713-055X (online)

**ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ ИМЕНИ
В.М. БЕХТЕРЕВА**



**V.M. BEKHTEREV REVIEW
OF PSYCHIATRY AND MEDICAL
PSYCHOLOGY**

**Том 55 № 2 (2021)
Vol 55 № 2 (2021)**

Журнал основан в 1896 г. В.М. Бехтеревым
The journal was founded in 1896 V.M. Bekhterev

<https://www.bekhterevreview.com>

ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

имени В.М. Бехтерева

Т. 55 № 2, 2021

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Главный редактор

Н.Г.Незнанов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ E-mail: spbinstb@bekhterev.ru
<https://bekhterev.ru/about/administration/neznanov-nikolaj-grigorevich/>

Заместители главного редактора

Е.М. Крупницкий, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, руководитель отделения лечения больных алкоголизмом ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ E-mail: kruenator@gmail.com

В.А. Михайлов, д.м.н., руководитель отдела нейропсихиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ E-mail: vladmikh@yandex.ru

Ответственный секретарь

И.В. Макаров, д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ E-mail: ppsy@list.ru

Редакционная коллегия

В.В. Бочаров, канд.псих.н., доцент, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

А.В. Васильева, д.м.н., доцент, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

Л.Н. Горобец, д.м.н., профессор, руководитель отделения психонейроэндокринологии «ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва, РФ

Т.А. Караваяева, д.м.н., доцент, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

В.Л. Козловский, д.м.н., научный руководитель отделения клинико-экспериментальных исследований новых психотропных средств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

А.П. Коцубинский, д.м.н., профессор, руководитель отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

А.О. Кибитов, д.м.н., руководитель лаборатории молекулярной генетики Национального научного центра наркологии - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, РФ

Г.Э.Мазо, д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию ФГБУ «Национальный медицинский

Editor-in-Chief

Nikolay G. Neznanov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Scientist of the Russian Federation, Director of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: spbinstb@bekhterev.ru
<https://bekhterev.ru/about/administration/neznanov-nikolaj-grigorevich/>

Deputy Editors-in-Chief

Evgeny M. Krupitsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director for Research, Head of the Department of Treatment of Patients with Alcoholism, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: kruenator@gmail.com

Vladimir A. Mikhailov, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Neuropsychiatry, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: vladmikh@yandex.ru

Executive Secretary

Igor V. Makarov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Child Psychiatry, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF E-mail: ppsy@list.ru

Editorial Board

Victor V. Bocharov, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Anna V. Vasilyeva, Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Chief Researcher of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Ludmila N. Gorobets, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychoneuroendocrinology, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Tatyana A. Karavaeva, Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Vladimir L. Kozlovsky, Dr. of Sci. (Med.), Scientific Director of the Department of Clinical and Experimental Research of New Psychotropic Drugs, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Alexander P. Kotsyubinsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Biopsychosocial Rehabilitation of the Mentally Ill FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Alexander O. Kibitov, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Laboratory of Molecular Genetics of the National Scientific Center for Narcology—a branch of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Galina E. Mazo, Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director for Innovative Scientific Development of the FSBI National Medical Re-

исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

И.В. Макаров, д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

С.Н. Мосолов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отдела терапии психических заболеваний ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва, РФ

А.Б. Шмуклер, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва, РФ

О.Ю.Щелкова, д.псих.н., профессор, профессор исполняющий обязанности заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г.Санкт-Петербург, РФ

В.М.Ялтонский, д.м.н., профессор, профессор кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО Московский Государственный Медицинско-Стоматологический Университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России г. Москва, РФ

Редакционный совет

Ю.А. Александровский, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отдела пограничной психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России, г. Москва, РФ

С.А. Алтынбеков, д.н.м., профессор, руководитель института дополнительного профессионального образования НАО КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

М. Аммон, д.псих.н., профессор, президент немецкой академии психоанализа, г. Берлин, Германия

Т.Н. Балашова, кан.псих.н. профессор, Медицинский центр университета Оклахомы, Оклахома-Сити, США

Н.А. Бокхан, д.м.н., профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, директор НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, г. Томск, РФ

Л.И. Вассерман, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

В.Д. Вид, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

А.Ю. Егоров, д.м.н., профессор, заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения Института эволюционной физиологии и биохимии (ИЭФБ РАН) им. И.М. Сеченова РАН, г. Санкт-Петербург, РФ

С.Н. Ениколопов, к.псих.н., доцент, руководитель отдела медицинской психологии ФГБНУ Научный центр психического здоровья, г. Москва, РФ

Х. Кассинов, Почетный профессор психологии Университет Хофстра, Нью-Йорк, США

В.Н. Краснов, д.м.н., профессор, руководитель Отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии МНИИП — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, РФ

О.В. Лиманкин, д.м.н., заслуженный работник здравоохранения РФ, главный врач Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, г. Санкт-Петербург, РФ

search Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Igor V. Makarov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Child Psychiatry, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Sergey N. Mosolov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Therapy of Mental Diseases of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Alexander B. Shmukler, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Deputy Director for Research, Moscow Research Institute of Psychiatry - a branch of the FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Olga Yu.Schelkova, Prof. Dr. of Sci. (Psychol.), Professor Acting Head of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Vladimir M. Yaltonsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Clinical Psychology, Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimova Ministry of Health of Russia Moscow, RF

Editorial Council

Yuri A. Aleksandrovsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Corresponding Member RAS, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Border Psychiatry National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Sagat A. Altynbekov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Institute of Additional Professional Education, NAO KazNMU named after S. D. Asfendiyarova, Almaty, Kazakhstan

Maria Ammon, Dr. of Sci. (Psychol.), Professor, President of the German Academy of Psychoanalysis, Berlin, Germany

Tatyana N. Balashova, Cand. of Sci. (Med.), Professor, University of Oklahoma Medical Center, Oklahoma City, USA.

Nikolay A. Bokhan, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Academician of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, Director of the Scientific Research Institute of Mental Health of the Tomsk National Research Center, Tomsk, RF

Ludwig I. Wasserman, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Chief Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg, RF

Ludwig D. Vid, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Chief Researcher of the Department of Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Alexey Yu. Egorov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Laboratory of Neurophysiology and Pathology of Behavior at the Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry named after I.M. Sechenov Russian Academy of Sciences, St. Petersburg, RF

Sergey N. Enikolopov, Cand. Of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Medical Psychology, Federal State Budgetary Scientific Institution Scientific Center for Mental Health, Moscow, RF

Howard Kassino, Honorary Dr. of Sci. (Psychol.), Professor of Psychology, Hofstra University, New York, USA

Valery N. Krasnov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Clinical and Pathogenetic Research in Psychiatry, MNIIP — branch of the FSBI NMITS PN im. V.P. Serbsky «Ministry of Health of Russia, Moscow, RF

Oleg V. Limankin, Dr. of Sci. (Med.), Distinguished Health Worker of the Russian Federation, Chief Physician of the St. Petersburg Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kashchenko, St. Petersburg, RF

Н.Б. Лутова, д.м.н., руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ)

В.В. Макаров, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования г. Москва, РФ

П.В. Морозов, д.м.н., профессор, профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» г. Москва, РФ

В.Э. Пашковский, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, РФ

Н.Н. Петрова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» г. Санкт-Петербург, РФ

Ю.В. Попов, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, РФ

П.И. Сидоров, д.м.н., профессор, академик РАН, главный научный сотрудник ФГБОУ ВО Северного государственного медицинского университета Минздрава России, г. Архангельск, РФ

А.Г. Соловьев, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы РФ, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии ФГБОУ ВО Северного государственного медицинского университета Минздрава России г. Архангельск, РФ

А.Г. Софронов, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, главный врач психиатрической больницы № 3 имени И.И. Скворцова-Степанова, г. Санкт-Петербург, РФ

Е.В. Снедков, д.м.н., врач-психиатр, Санкт-Петербургское ГКУЗ «Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, РФ

С. Тиано, профессор, Тель-Авивский университет, г. Тель-Авив, Израиль

Б.Д. Цыганков, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, Заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова г. Москва, РФ

С.В. Цыцарев, профессор, Университет Хофстра, Нью-Йорк, США

Е. Чкония, д.м.н., профессор психиатрии Тбилисского государственного университета, Тбилиси, Грузия

А.В. Шаболтас, д.псих.н., заведующий кафедрой психологии здоровья и отклоняющегося поведения, декан факультета психологии «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, РФ

В.К. Шамрей, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Санкт-Петербург, РФ

К.К. Яхин, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Казань, Республика Татарстан, РФ

Natalya B. Lutova, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Integrative Pharmacopsychotherapy of Mental Disorders, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Victor V. Makarov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychotherapy and Sexology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, RF

Peter V. Morozov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Psychiatry, Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov Moscow, RF

Vladimir E. Pashkovsky, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Department of Psychiatry and Addiction, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Natalia N. Petrova, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Yuri V. Popov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Treatment of Mental Disorders in Young People, FSBI National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev Ministry of Health of Russia, St. Petersburg, RF

Pavel I. Sidorov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Academician of the Russian Academy of Sciences, Chief Researcher of the FSBE Institution of Higher Education of the Northern State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Arkhangelsk, RF

Andrey G. Soloviev, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Honored Worker of the Higher School of the Russian Federation, Head of the Department of Psychiatry and Clinical Psychology of the FSBE Institution of Higher Education of the Northern State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Arkhangelsk, RF

Alexander G. Sofronov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Chief Physician of the Psychiatric Hospital No. 3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov, St. Petersburg, RF

Evgeny V. Snedkov, Dr. of Sci. (Med.), psychiatrist, St. Petersburg State Public Health Institution "St. Nicholas the Wonderworker", St. Petersburg, RF

Sam Tianano, Professor Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel

Boris D. Tsygankov, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, FSBE Institution of Higher Education of the Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov Moscow, RF

Sergey V. Tsytsarev, Professor Hofstra University, New York, USA

Eka Chkonias, Dr. of Sci. (Med.), Professor of Psychiatry, Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Alla V. Shabolotas, Prof. Dr. of Sci. (Psychol.), Head of the Department of Health Psychology and Abnormal Behavior, Dean of the Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, RF

Vladislav K. Shamrey, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychiatry, FSBE Institution of Higher Education Military Medical Academy named after S.M. Kirov St. Petersburg, RF

Kausar K. Yakhin, Prof. Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Kazan State Medical University, Ministry of Health of Russia, Kazan, Republic of Tatarstan, RF

ОБОЗРЕНИЕ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva

Журнал основан в 1896 г. В.М. Бехтеревым

История переименований:

Обозрение психиатрии, неврологии и рефлексологии им. В.М. Бехтерева 1928–1930 г.

Обозрение психиатрии, неврологии и рефлексологии 1926–1928 г.

Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии 1896–1918 г.

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ул. Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия, E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Одно из старейших медицинских изданий России, связанное с именем его основателя — выдающегося отечественного ученого академика Владимира Михайловича Бехтерева. Традиционно журнал освещает не только проблемы психиатрии, но и всех смежных дисциплин — психотерапии, медицинской психологии, наркологии, неврологии, нейрофизиологии. В журнале публикуются работы как ученых, так и специалистов-практиков в указанных областях.

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете РФ по печати.
Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-48985

Журнал входит в рекомендованный ВАК РФ список изданий для публикации материалов докторских диссертаций и индексируется в электронной поисковой системе базы данных РИНЦ (*Российский индекс научного цитирования*)

ISSN 2313-7053 (print), ISSN 2713-055X (online), DOI: 10.31363/2313-7053

Сайт журнала: <https://www.bekhterevreview.com>

Журнал индексируется в Российском индексе научного цитирования (www.elibrary.ru)

Журнал участвует в проекте CrossRef. Все статьи рецензируются

Журнал выходит 4 раза в год.

Адрес редакции: ул.Бехтерева, д. 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия,
тел. +7 (812) 412-72-53, E-mail: ppsy@list.ru

Подписной индекс в Объединенном каталоге Пресса России 70232

В интернет-каталоге Пресса рф.ru https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/y_e70232/

© ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»

Минздрава России, 2013

Все права защищены

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Издатель: Издательский дом «Арс меденти». г. Санкт-Петербург, 191119, а/я 179
E-mail: amedendi@mail.ru

Типография «Акрос», г. Санкт-Петербург, ул.Самойлова д.5, 192102
Тираж 1000 экз. Цена свободная. Подписано к печати 25.06.2021 г.

V.M. BEKHTEREV REVIEW OF PSYCHIATRY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

The journal was founded in 1896. V.M. Bekhterev

Renaming History:

Review of psychiatry, neurology and reflexology named after V.M. Bekhtereva 1928–1930.

Review of psychiatry, neurology and reflexology 1926–1928

Review of psychiatry, neurology and experimental psychology 1896–1918

Founder: Federal State Budgetary Institution

"V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology"

Ministry of Health of the Russian Federation

st. Bekhtereva, d. 3, St. Petersburg, 192019, Russia, E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

One of the oldest medical publications in Russia, associated with the name of its founder — an outstanding domestic scientist academician Vladimir Mikhailovich Bekhterev. Traditionally, the journal covers not only the problems of psychiatry, but also all related disciplines — psychotherapy, medical psychology, narcology, neurology, neurophysiology. The journal publishes the work of both scientists and practitioners in these areas

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass Communications with the State Press Committee of the Russian Federation. Certificate of registration PI № ΦC 77-48985

The journal is included in the List of periodic scientific and technical publications of Russian Federation, recommended for candidate, doctoral thesis publications of State Commission for Academic Degrees and Titles at the Ministry of Education and Science of Russian Federation

ISSN 2313-7053 (print), ISSN 2713-055X (online), DOI: 10.31363/2313-7053

Site of the journal: <https://www.bekhterevreview.com>

The journal is in the Russian Scientific Citation Index (www.elibrary.ru)

The journal is member CrossRef

Issued 4 times a year.

The articles are reviewed

Address of Editorial Department: 3 Bekhtereva St., St. Petersburg, 192019, Russia,
tel. +7 (812) 412-72-53, E-mail: ppsy@list.ru

Subscription index in the Combined catalogue Press of Russia 70232

In the online catalog Press pφ.ru https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/y_e70232/

© FGBU "NMIC PN named after V.M. Bekhtereva"

Ministry of Health of Russia, 2013

All rights reserved.

Full or partial reproduction of materials published in the journal is allowed only with the written permission of the editors. The editorial board is not responsible for the content of advertising materials.

For advertising, contact the publishing house

Publisher: Publishing House "Ars Medenti." St. Petersburg, 191119, a/i 179.

E-mail: amedendi@mail.ru

Printing house "Akros", St. Petersburg, st. Samoilova 5, 192102

RESEARCH REVIEWS

- History and prospects of psychosurgical interventions in the treatment of mental disorders.
The arguments «pro et contra»** 8

Ivanov MV, Stanovaya VV, Skoromets TA, Mikhailov VA, Akimenko MA

INVESTIGATIONS

- Social and psychological adaptation of foreign students in a Russian university** 21

Belova OS, Soloviev AG, Parnyakov AV

- The social-demographic characteristics and pandemic COVID-19 individual experience and their impact on vaccination attitude study aimed to determine the psychosocial interventions targets** 27

Vasileva AV, Karavaeva TA, Radionov DS, Yakovlev AV

- Effectiveness of neurotropic therapy in the treatment of non-psychotic mental disorders in patients who have suffered a cerebral stroke** 37

Mikhailov VA, Lukina LV, Safonova NYu

- Features of providing addiction medical care during the pandemic COVID-19** 45

Rybakova KV, Grigorev AV, Semenova NV, Skurat EP, Zubova EYu, Neznanov NG, Krupitsky EM

- Structure of anxiety and stress as factors of COVID-19 vaccine acceptance** 52

Sorokin MY, Lutova NB, Mazo GE, Neznanov NG, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Khobeysh MA

- Results of criterional and descriptive assessing dysmorphological disorders associated with prenatal exposure to ethanol in children 7-10 years of age** 62

Fadeeva EV, Nenastieva AYu, Korchagina GA

- Clinical validation of the scales of depression, neuroticism, somatization, personal anxiety and validity of the modified questionnaire for neurotic disorders** 73

Tsydzik LI

PSYCHIATRIC NEWSPAPER

- Resolution of the XVII Congress of Psychiatrists of Russia together with the International Congress of the World Psychiatric Association (WPA) «An interdisciplinary approach to the comorbidity of mental disorders towards integrative treatment»** 83

- Review of the book « Internet addiction: clinical and diagnostic markers and approaches to therapy»** 93

Pashkovskii V.A.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

- История и перспективы применения психохирургических вмешательств при терапии психических расстройств. Аргументы «pro et contra»** 8
 Иванов М.В., Становая В.В., Скоромец Т.А., Михайлов В.А., Акименко М.А.

ИССЛЕДОВАНИЯ

- Социально-психологическая адаптация иностранных студентов в российском вузе** 21
 Белова О.С., Соловьев А.Г., Парняков А.В.
- Исследование взаимосвязи социально-демографических характеристик и индивидуального опыта пандемии COVID-19 с отношением к вакцинации для определения мишеней психосоциальных интервенций** 27
 Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Яковлев А.В.
- Эффективность нейротропной терапии при лечении непсихотических психических расстройств у пациентов, перенёсших церебральный инсульт** 37
 Михайлов В.А., Лукина Л.В., Сафонова Н.Ю.
- Особенности оказания наркологической помощи в период пандемии COVID-19** 45
 Рыбакова К.В., Григорьев А.В., Семенова Н.В., Скурят Е.П., Зубова Е.Ю., Незнанов Н.Г., Крупницкий Е.М.
- Структура тревожных переживаний и стресс как факторы готовности к вакцинации против коронавирусной инфекции** 52
 Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Хобейш М.А.
- Результаты критериальной и описательной оценки дисморфологических нарушений, возникших в связи с пренатальным воздействием этанола, у детей младшего школьного возраста** 62
 Фадеева Е.В., Ненастьева А.Ю., Корчагина Г.А.
- Клиническая валидизация шкал депрессии, невротичности, соматизации, личностной тревожности и валидности модифицированного опросника невротических расстройств** 73
 Цидик Л.И.
- ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ГАЗЕТА**
- Резолюция XVII Съезда психиатров России совместно с международным конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению»** 83
- Рецензия на книгу «Интернет-зависимость: клинко-диагностические маркеры и подходы к терапии: учебное пособие». А.Ю. Егоров, В.А. Солдаткин. Москва : РУСАЙНС. 2020. 254 с. Пашиковский В.Э.** 93

Обозрение психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева, 2021, Т. 55, № 2, с. 8-20,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-8-20>

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology,
2021, T. 55, no 2, pp. 8-20,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-8-20>

История и перспективы применения психохирургических вмешательств при терапии психических расстройств. Аргументы «pro et contra»

Иванов М.В.¹, Становая В.В.¹, Скоромец Т.А.^{1,2}, Михайлов В.А.¹, Акименко М.А.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия,

²Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия

Резюме. Большинство пациентов, страдающих психическими расстройствами, могут эффективно лечиться с помощью таких методов, как фармакологическая терапия, психотерапия, электросудорожная терапия. Данные методы лечения могут использоваться как по отдельности, так и в комбинации. Тем не менее, часть пациентов либо не реагирует на терапию, либо испытывает выраженные побочные эффекты. Именно для таких пациентов можно рассмотреть возможность применения нейрохирургических процедур. Психохирургию считают хирургией мозга, используемую для облегчения болезненных психических проявлений или для смягчения течения психического заболевания. О психохирургии можно говорить как о способе коррекции психических нарушений. Ее следует рассматривать, как звено в системе лечения и реабилитации больных с терапевтически резистентными психическими расстройствами.

Несмотря на многовековую историю психохирургии, вопрос о целесообразности применения хирургических методов для лечения психических расстройств до настоящего времени остается одним из трудноразрешимых. В наши дни психохирургия является малотравматичной операцией, что связано с прицельными и дозированными вмешательствами на глубокие отделы головного мозга человека. В данном обзоре приведены основные этапы становления психохирургии, основные хирургические методы, используемые для лечения психических расстройств, а также рассмотрены будущие вероятные направления нейрохирургического лечения в психиатрической клинике. Приведена аргументация для использования этого вида лечения при формировании проявлений терапевтической резистентности. Принимая во внимание диаметрально противоположные оценки целесообразности применения методов психохирургии, в заключительной части статьи рассмотрены аргументы «за и против» оперативного лечения психических расстройств.

Ключевые слова: история психохирургии, капсулотомия, цингулотомия, субкаудатная трактотомия, лимбическая лейкотомия, стимуляция блуждающего нерва, стимуляция глубоких отделов головного мозга.

Информация об авторах:

Иванов М.В. — e-mail: profmikhailivanov@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7829-2486>

Становая В.В. — e-mail: vika06.95@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5851-0626>

Скоромец Т.А. — e-mail: tskoromets@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5884-3110>

Михайлов В.А. — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Акименко М.А. — e-mail: akimenko-m@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0029-1509>

Как цитировать: Иванов М.В., Становая В.В., Скоромец Т.А., Михайлов В.А., Акименко М.А. История и перспективы применения психохирургических вмешательств при терапии психических расстройств. Аргументы «pro et contra». *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;55:2:8-20. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-8-20>

History and prospects of psychosurgical interventions in the treatment of mental disorders. The arguments «pro et contra»

Ivanov MV¹, Stanovaya VV¹, Skoromets TA^{1,2}, Mikhailov VA¹, Akimenko MA¹

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia;

²First Saint Petersburg medical University named after I. P. Pavlov Ministry of health of the Russian Federation, Russia.

Автор, ответственный за переписку: Становая Виктория Владимировна, e-mail — vika06.95@mail.ru

Corresponding author: Stanovaya Victoriya Vladimirovna. e-mail: vika06.95@mail.ru.

Summary. Most patients with mental disorders can be effectively treated with therapies such as pharmacological therapy, psychotherapy, electroconvulsive therapy. These treatments can be used individually or in combination. However, some patients either do not respond to therapy or experience severe side effects. It is for these patients that neurosurgical procedures may be considered. Psychosurgery is considered brain surgery used to alleviate painful mental manifestations or to mitigate the course of mental illness. Psychosurgery can be talked about as a way to correct mental disorders. It should be considered as a link in the system of treatment and rehabilitation of patients with therapeutically resistant mental disorders.

Despite the centuries-old history of psychosurgery, the question of the expediency of using surgical methods for the treatment of mental disorders still remains one of the intractable ones. Today, psychosurgery is a low-traumatic operation, which is associated with targeted and dosed interventions on the deep parts of the human brain. This review describes the main stages in the development of psychosurgery, the main surgical methods used to treat mental disorders, and also discusses the future probable directions of neurosurgical treatment in a psychiatric clinic. The argumentation for the use of this type of treatment in the formation of manifestations of therapeutic resistance is given. Taking into account the diametricity in assessing the feasibility of using the methods of psychosurgery, the concluding part of the article discusses the pros and cons of surgical treatment of mental disorders.

Keywords: history of psychosurgery, capsulotomy, cingulotomy, subcaudate tractotomy, limbic leucotomy, vagus nerve stimulation, deep brain stimulation.

Information about the authors:

Mikhail V. Ivanov — e-mail: profmikhailivanov@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7829-2486>

Victoriya V. Stanovaya — e-mail: vika06.95@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5851-0626>

Taras A. Skoromets — e-mail: tskoromets@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5884-3110>

Vladimir A. Mikhailov — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Marina A. Akimenko — e-mail: akimenko-m@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0029-1509>

To cite this article: Ivanov MV, Stanovaya VV, Skoromets TA, Mikhailov VA, Akimenko MA. History and prospects of psychosurgical interventions in the treatment of mental disorders. The arguments «pro et contra». *V.M. Bekhterev Review of psychiatry and medical psychology*. 2021;55:2:8-20. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-8-20>

Психирургия берет свое начало в эпоху неолита, а по некоторым исследованиям — еще с мезолита, именно тогда стали выполняться первые нейрохирургические операции — трепанации [32,43].

Трепаннные черепа были обнаружены по всему миру, от Европы и Скандинавии до Северной Америки, от России и Китая до Южной Америки, значительное количество обнаружено в Перу [20].

Процедура состояла из нескольких этапов: сначала отделяли кожу головы, потом перфорировали кость черепа и очищали рану, после чего образовавшуюся рану накрывали металлической пластиной и накладывали повязку. Используемые инструменты включали трепаны, ножи, Т-образные ножи, пилы, буры, молотки, острые камни и щипцы. Операция длилась от 30 до 60 минут у взрослых и около 10 минут у детей. Большая часть людей, перенесших трепанацию, выживали, что подтверждается тем фактом, что большинство найденных трепанированных черепов показывали признаки заживления отверстий в голове [26]. Смертельные исходы возникали нечасто, и преимущественно были связаны с послеоперационной инфекцией, нежели с самой операцией [43].

Предполагается, что трепанация выполнялась либо с терапевтической целью, например, при травмах головы, с целью уменьшения повышенного внутричерепного давления, либо в ритуальных и духовных целях, например, чтобы изгнать или успокоить духов, считавшихся причиной головной боли, эпилепсии, психических расстройств [14, 30].

Кроме того, некоторые авторы предполагают, что трепанации выполнялись не только с вышеперечисленными целями, но и с целью извлечения фрагментов черепа у мертвых для создания амулетов [20].

Так, практикующие в Древней Греции и Риме использовали трепанацию для лечения судорог, особенно возникших после травмы головы. Греко-римскими авторами, выполняющими трепанацию черепа, были Hippocrates, считающийся пионером в лечении черепных поражений, Celsus, Galen [14].

В период средневековья трепанация выполнялась в качестве лечения травм головы и эпилепсии, а также с целью изгнания злых духов. Наглядная иллюстрация такого вмешательства представлена на картине Н. Bosch «Извлечение камня глупости». Считалось, что причиной безумия являлось образование камней в голове и извлечение их, что приводит к исцелению [14]. В эпоху Возрождения трепанация продолжала использоваться для лечения посттравматической эпилепсии, мигрени. Выполняли данную процедуру Andreas Vesalius, Andreas Alcazar, William Harvey [14].

Как известно, проведение операций, предусматривающих трепанацию черепа, сохраняется до настоящего времени, но, конечно, с использованием усовершенствованных методов и инструментов [14].

Далее в статье рассмотрены основные этапы становления и развития психирургии, включая периоды её «Упадка и Возрождения». Приведено описание как наиболее распространенных, так и

перспективных нейрохирургических методов лечения психических расстройств. Так же рассмотрены основные преимущества и недостатки абляционных и нейромодуляционных методов лечения. Заключительная часть обзора содержит анализ основных аргументов «За и/или Против» применения психохирургических методов лечения.

Родоначальники психохирургии

Первые операции больным с психическими нарушениями с попыткой терапевтического обоснования были выполнены в 1888 году швейцарским психиатром G.Burckhardt [7,35]. Он предположил, что патологическая активность в определенных областях мозга ответственна за развитие психической патологии, и что удаление этих областей способно вылечить психическое заболевание [18].

Шесть пациентов, включая двух женщин и четырех мужчин, с трудно поддающимися лечению психическими заболеваниями, подверглись двусторонней локализованной топэктомии в височных и теменных долях. Из шести пациентов у троих отмечалось частичное улучшение состояния, один пациент умер после развития эпилептического статуса [7, 35].

На решение G.Burckhardt провести экспериментальную топэктомию на людях повлияли ряд исследований. Например, исследование, проведенное в 1870 году G.Fritsch и E.Hitzig, показавшее, что стимуляция определенных областей мозга собак вызывает двигательные реакции, например, разгибание, сгибание конечностей — в то время как стимуляция других областей мозга таких реакций не вызывает. G. Burckhardt был также впечатлен работой F. Goltz, который обнаружил изменения поведения лабораторных животных при удалении у них участков коры мозга. Он считал, что психические нарушения являются следствием гиперфункции сенсорных зон мозга, при этом удаление височной коры приводило к тому, что животные становились более спокойными и ручными [7, 35].

В 1891 году G.Burckhardt опубликовал подробные клинические результаты проведенных операций, однако его подход подвергся резкой критике со стороны медицинского сообщества, прежде всего в связи с недостаточной обоснованностью и высокой частотой тяжелых осложнений, после чего он прекратил свои исследования и практику психохирургии [35,47].

Кроме того, некоторыми авторами, проанализировавшими отчеты G.Burckhardt, предполагается, что он не намеревался лечить своих пациентов, а лишь устранял их беспокойное поведение. Сам G.Burckhardt оправдывал огромный риск своих операций, ссылаясь на необходимость прогресса в медицине, однако как уже было сказано, коллеги его методы не поддержали [24].

Вероятно, второй опыт психохирургических вмешательств был получен в России в начале XX века. Эти операции были выполнены в 1910 г. L. Puusepp, учеником академика В.М. Бехтерева, рос-

сийским и эстонским врачом и ученым, основоположником нейрохирургии в России и Эстонии. В 1908 году им вместе с В.М. Бехтеревым была основана первая в России нейрохирургическая клиника в Психоневрологическом институте в Санкт-Петербурге, где одновременно он заведовал кафедрой нейрохирургии. Операции, проведенные L. Puusepp в стенах институтской клиники, были выполнены у трех пациентов с маниакально-депрессивным психозом и психическими эквивалентами эпилепсии. Полученные непосредственные послеоперационные результаты указали на отсутствие серьезных послеоперационных осложнений, катамнестические данные остались неизвестны.

Таким образом, несмотря на малоинформативность первично полученного материала, G.Burckhardt и L. Puusepp справедливо принято считать пионерами и родоначальниками современной психохирургии [7, 35].

Развитие психохирургии

Интерес к психохирургии возрос в 30-е годы XX века, когда J.Fulton и K.Jacobson описали роль лобной доли в кратковременной памяти, способности к обучению, проявлениях тревоги и агрессии в модели приматов [22,46]. Авторы отметили, что поражение лобных ассоциативных путей влияет на поведенческие реакции [7]. Так, после двусторонней резекции лобных долей, животные не могли выполнять определенные задачи, однако операция вызвала значительные изменения в поведении — шимпанзе стали более спокойными [25, 33].

Заинтересовавшись результатами проведенного исследования E. Moniz вместе с нейрохирургом A.Lima разработали процедуру префронтальной лейкотомии для лечения пациентов с выраженной депрессией, тревогой или агрессией [46].

E. Moniz полагал, что некоторые психиатрические проблемы были вызваны нарушенными связями лобной доли с остальной частью мозга, и что хирургическое удаление белого вещества поможет улучшить психическое состояние [21]. Именно E. Moniz и A.Lima ввели понятие «психохирургия», подразумевая под ним хирургические вмешательства у больных с психическими заболеваниями [7]. Изначально префронтальная лейкотомия включала в себя введение абсолютного спирта в префронтальное белое вещество, в последующем был разработан лейкотом, предназначенный для физического удаления небольшого объема мозговой ткани [46].

Лейкотом представлял собой прямой металлический инструмент с выдвижной проволоочной петлей, которая выступала сбоку от ручки устройства. После того, как в черепе пациента было сделано отверстие над лобной долей, инструмент вводили в подкорковое белое вещество. После этого проволоочная петля вытягивалась, и инструмент вращался, создавая повреждения ткани мозга [28].

Первую лейкотомию Е. Moniz и А. Lima выполнили в 1935 году у 20 пациентов с шизофренией, депрессией, тревогой. 3 марта 1936 года Е. Moniz предоставил полученные результаты экспертному сообществу в Париже.

Авторы сообщили, что 35% (семь пациентов) были полностью излечены, 35% (семь пациентов) — улучшились, 30% (шесть пациентов) — не продемонстрировали никаких изменений, при этом ни случаев ухудшения состояния, ни случаев смерти не отмечалось. Побочные эффекты встречались довольно часто, однако авторы описывали их как временные. К ним относились: повышение температуры тела, рвота, недержание мочи, диарея, птоз, нистагм, апатия, акинезия, дезориентация [13,25].

Представляет интерес то, что Е. Moniz не мог бы выполнять операции самостоятельно, так как его руки были деформированы вследствие подагры, в связи с чем операции выполнял А. Lima под его руководством [25]. В 1945 году один из пациентов Е. Moniz выстрелил ему в позвоночник, после чего он стал инвалидом и вышел на пенсию. В 1949 году Е. Moniz был удостоен Нобелевской премии по медицине и физиологии «За открытие терапевтического эффекта лейкотомии при некоторых психических заболеваниях» (разделив ее с нейрофизиологом W. Hess) [22].

Затем W. Freeman и J. Watts, заинтересовавшись работой Е. Moniz, перенесли технику лейкотомии в Соединенные Штаты [28]. Именно в США позже был накоплен самый большой опыт по проведению этих операций в различных модификациях [6]. Первая лоботомия в США была проведена 4 сентября 1936 года в Университете Джорджа Вашингтона у пациентки А. Н. Hammatt, страдающей депрессией. После операции пациентка отметила улучшение состояния, однако на шестой день после операции у неё отмечались преходящие расстройства речи, дезориентация и тревога, хотя это не помешало W. Freeman посчитать результат успешным [13].

За 6 лет (к 1942 г.) W. Freeman и J. Watts выполнили около 200 лоботомий, из числа которых первые крупные серии случаев были опубликованы в монографии «Психохирургия» [19]. Результатами операций было улучшение состояния у 63% пациентов, при этом у 23% пациентов изменений состояния не наблюдалось, а у 14% — наблюдались «лобный синдром» или летальный исход. К 1954 году в США всего было проведено более 20 тысяч операций, в Великобритании — более 10 тысяч [16].

Несколько позднее W. Freeman модифицировал префронтальную лейкотомию в трансорбитальную лейкотомию, которая в отличие от первой, являлась закрытой операцией, доступ к лобным долям осуществлялся через крышу глазницы [19]. Причем он, несмотря на отсутствие нейрохирургической подготовки, стал выполнять операции самостоятельно, так как трансорбитальная лейкотомия не требовала создания отверстий или общей анестезии. J. Watts не одобрил трансори-

тальный метод, что привело к прекращению их партнерства [21].

Следует признать противоречивость полученных результатов трансорбитальной лейкотомии. Несмотря на некоторое улучшение состояния пациентов после операции, у значительной части отмечались тяжелые осложнения. К ним относились нарушения интеллекта, апатоабулические проявления, эмоциональная неустойчивость, судорожные припадки, недержание мочи, прибавка в весе, нарушения речи, кровоизлияния в мозг [23]. Так, например, результатом лоботомии, проведенной у R. Kennedy, сестре президента J. F. Kennedy, стала полная инвалидизация, после чего она находилась в больнице до конца своей жизни. Кроме того, нельзя не отметить случай летального исхода в 1967 году, случившийся у пациентки через три дня после операции. Именно эта операция стала последней в практике W. Freeman [13].

В России основными инициаторами внедрения хирургических методов лечения в психиатрию были такие крупные психиатры как проф. А.С. Шмарьян, проф. Р.Я. Голант, проф. М.А. Гольденберг. К реализации хирургической части проблемы подключились ведущие нейрохирурги страны — акад. АМН Б.Г. Егоров, проф. Л. А. Корейша, проф. И. С. Бабчин. Основным центром психохирургии в стране стал Ленинград, где, прежде всего, на базе Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева был накоплен самый большой в стране опыт и проведено наибольшее число операций. В институте работу, связанную с возможностью использования хирургических методов лечения, возглавила ученица В. М. Бехтерева, учредившего в 1907 году на базе Психоневрологического института кафедру хирургической невропатологии, профессор Р. Я. Голант и ее сотрудники Т. Я. Хвиливицкий, А. С. Ионтов, Н. В. Опарина. Хирургическая часть работы была обеспечена одним из основателей отечественной нейрохирургии профессором И. С. Бабчиным. Он разработал более щадящий хирургический доступ, при котором для подхода к лобным долям фрезевые отверстия накладывались парасагитально. Данную модификацию операции И. С. Бабчин назвал «фронтальной лейкотомией». На Рис. 1-5 отражены основные этапы двусторонней лейкотомии лобных долей в модификации И. С. Бабчин

В начале 1948 года в журнале «Вопросы нейрохирургии» И. С. Бабчин опубликовал работу под названием «Опыт хирургического лечения некоторых форм психических заболеваний». В мае 1948 года Р. Я. Голант на 3-м съезде психиатров и невропатологов представила результаты проведенных операций у 120 пациентов. Более эффективными оказались операции у больных с параноидной формой шизофрении с наличием галлюцинаций и бреда, неэффективными — при кататоническом ступоре и простой форме шизофрении. При этом улучшение состояния отмечалось у 61% пациентов, у 21% — наблюдалась полная ремиссия [7].



Рис.1. Проекция стреловидного и коронарного швов с отметкой наложения двух фрезевых отверстий
Fig. 1. The projection of swept and coronary sutures with a mark of the overlap of two milling holes.



Рис.2. Коронарный разрез с обнажением чешуи лобной кости
Fig. 2. Coronary incision with exposure of the frontal bone scale

Кроме накопления клинического опыта применения хирургических методов лечения психических расстройств, проводились научные исследования, направленные на изучение анатомии и топографии корково-подкорковых путей. Так, М.С. Короткевич выполнила несколько работ о связях подкорковых ядер с корой больших полушарий, а

А.А. Вагина выполнила докторскую диссертацию по теме «Лобно-таламические связи и их топография как обоснование лейкотомии» [7].

За период с 1945 по 1950 год хирургическое лечение в институте было выполнено у 155 пациентов. Значительный интерес представляют полученные В. А. Шустинным с соавт. (1997) результаты об отдаленных последствиях лейкотомий у 28 из 155 пациентов, прооперированных в тот период (катамнез составил более сорока лет). У 12 из 28 пациентов улучшений состояния не отмечалось, и они большую часть оставшейся жизни провели в психиатрических стационарах. У 16 из 28 больных после операции отмечалось различной степени улучшение состояния, при этом многие пациенты в последующем работали, вплоть до выхода на пенсию по возрасту, жили в семьях или самостоятельно, полностью себя обслуживая [7].

Таким образом, знакомство с данными прежних лет об оперативных методах лечения в психиатрии показывает, что к первой половине XX века ввиду явного дефицита эффективных консервативных методов лечения психических расстройств, именно психохирургические вмешательства получили определенное распространение, несмотря на риск появления тяжелых послеоперационных осложнений [21].

Упадок психохирургии

Однако, в 50-х годы прошлого века от психохирургии постепенно отказались. Для объяснения причин этого отказа представляется возможным привлечь целый ряд фактов.

Во-первых, лоботомия подверглась профессиональной и общественной критике в связи с злоупотреблением ею, неизбирательностью применения, а также выполнением в нестерильных условиях лицами без соответствующей нейрохирургической подготовки [13, 28, 46]. Так, например, в некоторых психиатрических больницах наиболее частыми показаниями к лоботомии служили «непослушное» и «агрессивное» поведение, что свидетельствует о том, что операции проводились, в основном, в интересах больницы, а не пациента, с целью создания спокойствия и порядка в «непослушных» палатах [29, 39].

Во-вторых, после лоботомии нередко возникали тяжелые осложнения, приводящие к инвалидизации, а в некоторых случаях и к летальному исходу [28].

Наконец, в-третьих, что считается наиболее важным фактором, это начало и становление эпохи психофармакологии, пришедшей на смену прежним методам лечения, включая психохирургию. Медикаментозная терапия уже в первых публикациях того времени была признана более эффективным и безопасным воздействием для коррекции психических расстройств [28, 46].

Однако, последующий прогресс, проявившийся в разработке и применении стереотаксических нейрохирургических методов, обеспечивающих возможность малотравматичного, прицельного



Рис. 3. Два фрезевых отверстия, наложенных парасагитально кпереди от коронарного шва
Fig. 3. Two milling holes superimposed parasagittally anterior to the coronary suture



Рис. 4. Пункция переднего рога правого бокового желудочка/Рассечение твердой мозговой оболочки
Fig. 4. Puncture of the anterior horn of the right lateral ventricle/Dissection of the dura mater

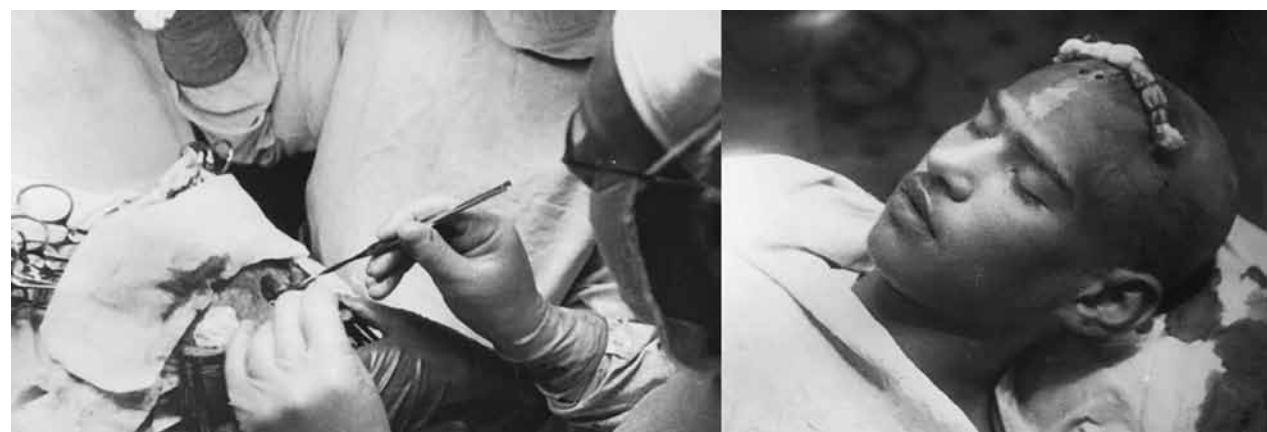


Рис. 5. Лейкотомия правой лобной доли/Наложение кожных швов
Fig. 5. Leucotomy of the right frontal lobe/Skin suturing

вмешательства на глубокие отделы головного мозга, возобновил интерес к психохирургии [6, 28].

Развитие стереотаксических психохирургических вмешательств

В качестве исторической справки следует отметить, что первый стереотаксический аппарат был разработан V. Horsley и R. Clarke в 1908 году. Он представлял собой жесткую раму, смонтированную на голове и настраиваемую в декартовых плоскостях для прицельного вмешательства в глубокие структуры головного мозга лабораторных животных [44]. Этими же разработчиками и был предложен термин «стереотаксис», который происходит от греческих слов «stereos» и «taxis» означающих «упорядоченное расположение» [42]. Первая стереотаксическая операция на людях была выполнена в 1947 году американцами E.A. Spiegel и H.T. Wycis и представляла собой повреждение медиальных ядер таламуса с целью лечения поведенческих расстройств [6, 44].

С тех пор, для лечения психических расстройств в разных центрах стали применять такие стереотаксические методы, как передняя цингулотомия, капсулотомия, субкаудатная трактотомия и лимбическая лейкотомия [34]. Данные операции проводились преимущественно у пациентов с терапевтически резистентными обсессивно-компульсивными расстройствами и депрессиями [17].

Передняя капсулотомия

В 1949 году J.Talairach и L.Leksell разработали переднюю капсулотомию, которая включала в себя разрушение передней ножки внутренней капсулы и обеспечивала пересечение связей центральных и медиальных отделов лобной коры с подкорковыми лимбическими структурами [1, 44].

Передняя капсулотомия может выполняться методами радиочастотной термоабляции, радиохирургии гамма-ножом или фокусированным ультразвуком под контролем МРТ [46].

Передняя цингулотомия

В 1962 году H.T. Ballantine, основываясь на предложении J.Fulton рассматривать поясную извилину как мишень для хирургического вмешательства, выполнил первую стереотаксическую двустороннюю цингулотомию, которая включала в себя повреждение передней части поясной извилины [18, 34].

Выполняется передняя цингулотомия обычно методом радиочастотной термокоагуляции [44].

Заслуживают упоминания попытки использования хирургических воздействий при лечении наркозависимых пациентов с помощью двусторонней стереотаксической цингулотомии. В период с 1999 года по 2003 год на базе Санкт-Петербургского института экспериментальной медицины (частично преобразованного далее в Институт мозга человека ИМЧ им. Н.П. Бехтеревой)

было выполнено более 300 операций. Согласно предварительным результатам, полученным сотрудниками ИМЧ в 60% случаев был обнаружен положительный эффект в виде «избавления» от наркозависимости. Однако эти данные нуждаются в дальнейшем уточнении поскольку научных публикаций, в которых полученные результаты соответствовали критериям доказательной медицины, в доступной нам литературе не было обнаружено.

Субкаудатная трактотомия

При субкаудатной трактотомии очаг повреждения локализуется в безымянной субстанции, ниже головки хвостатого ядра. Данный метод впервые был выполнен в 1965 г. G.Knight путем двустороннего введения строжней иттрия с целью создания радиационного некроза. В последующем субкаудатная трактотомия стала выполняться методом радиочастотной термоабляции. [17, 46].

Лимбическая лейкотомия

Лимбическая лейкотомия, описанная впервые в 1973 году D. Kelly и A. Richardson, представляет собой комбинацию передней цингулотомии и субкаудатной трактотомии [34, 46].

В заключение приведенного рассмотрения возможностей и методов стереотаксических вмешательств особо следует отметить многократно подтвержденный факт, что в отличие от префронтальной и трансорбитальной лейкотомии эти операции вызывают менее серьезные осложнения. Наиболее известными побочными эффектами являлись: послеоперационные судороги, внутримозговые кровоизлияния, головная боль, эпизоды гипомании в послеоперационном периоде, временные нарушения памяти. При этом исследователи сообщали, что большая часть побочных эффектов имели временный характер [8, 34].

Применение каллозотомии для лечения эпилепсии

Каллозотомия является паллиативным методом лечения эпилепсии, применяемым в случаях невозможности или нецелесообразности удаления эпилептического очага по тем или иным причинам. Целью данной операции является разъединение правого и левого полушария головного мозга и рассечение нервных связей между ними, что предотвращает систематическое распространение эпилептических разрядов на весь мозг. В большей степени каллозотомия направлена на уменьшение количества и тяжести эпилептических приступов, чем на их полное прекращение [5].

В 1940 году W.P. V. Wagenen и R.Y. Herren впервые выполнили сагиттальную перерезку мозолистого тела у 24 больных с эпилепсией, после которой отмечалось уменьшение частоты припадков, однако наблюдались нарушения координации рук. В последующем проводились исследования, направленные на изучение функционирования кал-

лозотомированного мозга у животных. R.E. Myers, R.W. Sperry (1953), T.J. Voneida (1963) проводя эксперименты на кошках, показали, что при перерезке только хиазмы происходит перенос условного рефлекса с одного глаза на другой, при этом при сочетанной перерезке хиазмы и мозолистого тела выработанный условный рефлекс не переносится с одного глаза на другой. Аналогичный эксперимент R.W. Sperry проводил на обезьянах [2].

С целью лечения фармакорезистентных генерализованных форм эпилепсии каллозотомия впервые была применена J.E. Bogen и P.J. Vogel в 1963 году [11]. После проведенных операций у пациентов отмечались сенсорные, речевые, двигательные и пространственные феномены. У некоторых больных наблюдались выраженные нарушения памяти, спутанность сознания, нарушения управления левой стороной тела, отсутствие речи, затруднения в установлении связи между именами и лицами, отсутствие снов. Комплекс вышеуказанных нарушений высших психических функций получил название «синдрома расщепленного мозга». Углубленным изучением «синдрома расщепленного мозга» занимался R.W. Sperry, проводя эксперименты как на животных, перенесших каллозотомию, так и на людях. Было обнаружено, что левое полушарие мозга отвечает за понимание языка и артикуляцию, в то время как правое полушарие может распознавать слово, но не может его артикулировать. В 1981 году R.W. Sperry получил Нобелевскую премию по физиологии или медицине «За открытия, касающиеся функциональной специализации полушарий головного мозга» [2, 31].

В настоящее время в качестве альтернативы каллозотомии возможно применение стимуляции блуждающего нерва, в процессе проведения которой регистрируется гораздо меньше побочных действий и осложнений.

Перспективы психирургии

Необходимость разработки безопасных и эффективных методов лечения психических расстройств еще более стимулировала технологические достижения в этой области [49].

В настоящее время возрастает интерес к хирургическому лечению психических расстройств в связи со значительными достижениями в области нейровизуализации, а также развитием таких перспективных методов лечения, как радиохирургия гамма-ножом (GKRS), фокусированная ультразвуковая абляция под контролем МРТ (MRgFUS), глубокая стимуляция мозга (DBS) и стимуляция блуждающего нерва (VNS). Основным преимуществом GKRS и MRgFUS является то, что эти процедуры — неинвазивные, то есть не требующие краниотомии, в связи с чем снижается риск внутричерепных осложнений и повышается безопасность процедуры. Однако главным недостатком данных операций, как и других абляционных, является необратимость повреждения мозга, в отличие от нейромодуляционных процедур, при которых повреждения мозга носят обратимый характер [34, 49].

Стереотаксическая радиохирургия гамма-ножом

Впервые сфокусированное ионизирующее излучение, направленное на повреждение внутренней капсулы, было применено в 1953 году L.Leksell. В 1967 году L.Leksell представил первый радиохирургический аппарат, гамма-нож, предназначенный для клинического использования [36].

Стереотаксическая радиохирургия гамма-ножом включает в себя использование ионизирующего излучения, которое, собираясь в узкий пучок, фокусируется на определенном участке мозга и вызывает гибель нейронов. Недостатком стереотаксической радиохирургии является ограниченность повторного применения, так как многократные процедуры увеличивают риск нежелательных побочных эффектов. К побочным эффектам, встречающимся после применения гамма-ножа, относятся случаи образования радиационных кист, лучевого некроза с последующей апатией, абулией, проблемами с памятью, кроме того отмечались случаи отека мозга, увеличения веса, расторможенности, недержания мочи, судорог [36, 49]. Когнитивных нарушений не отмечалось, напротив, наблюдалось улучшение когнитивных показателей [10].

Фокусированная ультразвуковая абляция под контролем МРТ (MRgFUS)

Терапия фокусированным ультразвуком под контролем МРТ позволяет достичь прицельного воздействия на определенный участок мозга без повреждения окружающих здоровых тканей, за счет точно фокусированного ультразвукового пучка [49].

Интерес к данному методу появился с 1942 года, когда впервые, на образцах тканей и на мозге животных, Lynn et al. показали, что фокусированное ультразвуковое воздействие (FUS) может вызывать разрушение тканей за счет значительного повышения температуры в месте воздействия. В 1950-х годах братья Fry использовали FUS для лечения пациентов с болезнью Паркинсона, при этом было обнаружено, что FUS практически не воздействует на окружающие ткани. В те времена ультразвуковое воздействие на определенные участки головного мозга выполнялось лишь после краниотомии. В настоящее время ультразвуковая абляция выполняется под контролем МРТ, что повышает эффективность и безопасность данного метода лечения [12].

Наиболее часто встречающимися нежелательными явлениями во время процедуры были головная боль, головокружение, ощущение тепла в голове, усиление тревоги, тошнота, рвота, боли в желудке [49].

В настоящее время (с 2020 г.) фокусированная ультразвуковая абляция под контролем МРТ стала доступна в Российской Федерации (г.Уфа). Планируется установка комплексов MRgFUS в Москве и СПб. Аппарат уже имеется в ИМЧ РАН им.Н.П.Бехтеревой, однако используется ограниченно.

Глубокая стимуляция мозга (DBS)

Глубокая стимуляция мозга представляет собой имплантацию в определенные области мозга электродов, куда поступает электрические импульсы от имплантированного, преимущественно в подключичную область, электростимулятора. Механизм действия DBS до сих пор неизвестен, предполагается, что DBS нарушает патологическую нейронную активность [15].

Применяется глубокая стимуляция мозга с 1987 года, после успешного использования А. Benabid стимуляции таламуса для лечения тремора при болезни Паркинсона. В настоящее время наиболее изучено использование глубокой стимуляции при терапевтически резистентных обсессивно-компульсивном расстройстве и депрессии [45, 48]. Многими исследованиями подтверждена эффективность глубокой стимуляции мозга как в уменьшении частоты рецидивов заболевания, так и в улучшении качества жизни [15].

В качестве структур-мишеней могут использоваться передняя ножка внутренней капсулы, передняя ножка внутренней капсулы/вентральный стриатум, поле Бродмана 25 (Cg25), прилежащее ядро, нижняя ножка таламуса, медиальный пучок переднего мозга, субталамическое ядро [9, 41, 45, 48].

Перспективным методом является глубокая стимуляция мозга с обратной связью ("closed-loop" stimulation). Предполагается, что при таком методе программирование параметров стимуляции выполняется автоматически, исходя из поступающих в мозг сигналов. Таким образом, устройство будет активироваться в период дисфункции мозга, когда актуализируются симптомы заболевания, и автоматически дезактивируется при нормальном состоянии. В настоящее время этот метод чаще применяется при двигательных расстройствах [48].

Основными побочными эффектами, описываемыми в различных исследованиях, были усиление тревоги, аффективные нарушения в виде гипоманиакальных и депрессивных состояний, расторможенность, тошнота, когнитивные нарушения, головная боль, увеличение веса, парестезии, бессонница. Кроме того, наблюдались случаи внутримозговых кровоизлияний и инфекций. Наиболее редкими побочными эффектами были энурез, нарушения речи, импульсивность, приступы паники, потеря веса, диплопия [27, 48].

Стимуляция блуждающего нерва (VNS)

Впервые стимуляция блуждающего нерва была применена в 1988 году для лечения рефрактерной эпилепсии. В июне 2005 года VNS была одобрена FDA для лечения терапевтически резистентной депрессии. Стимуляция блуждающего нерва включает в себя имплантацию под кожу грудной клетки электростимулятора, который соединяется с электродами, прикрепленными к левому блуждающему нерву с последующей генерации

импульсов, которые поступают в мозг и приводят к изменению концентрации моноаминов. Правый блуждающий нерв не используется из-за риска потенциальной тяжелой брадикардии или аритмии [37].

Среди описанных побочных эффектов стимуляции блуждающего нерва были раневая инфекция, локальная боль, охриплость, одышка, кашель, гипоманиакальные и маниакальные состояния, обострение депрессивной симптоматики, суицидные тенденции. Редким побочным эффектом, встречающимся после VNS, была асистолия [40].

В НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева применение стимуляции блуждающего нерва для лечения фармакорезистентной депрессии и эпилепсии стремительно набирает обороты. Так, в отдельных исследованиях, проведенных сотрудниками нейрохирургического отделения института, доказана эффективность и безопасность VNS как в лечении депрессии, так и в лечении эпилепсии [3,4].

Абляционные нейрохирургические вмешательства или нейромодуляция?

Основными преимуществами абляционной хирургии по сравнению с нейромодуляционными являются, во-первых, ее меньшая стоимость, а во-вторых, отсутствие проблем с техническим обслуживанием, таких как программирование, замена аккумулятора. Однако, недостатком абляционных вмешательств является необратимость поражения, что может привести к долгосрочным побочным эффектам [48].

Преимуществами нейромодуляционных процедур являются обратимость характера поражения и возможность регуляции параметров стимуляции при появлении неблагоприятных эффектов либо при недостаточной эффективности лечения. При этом высокая стоимость операции и необходимость, в случае отсутствия эффекта от терапии, извлечения стимулятора, ограничивает возможность применения [9,48].

Аргументы «за» и «против» психирургии при лечении психически больных.

Следует признать, что объективная оценка пути, пройденного психирургией как медицинской науки, складывается не только из светлых ранее полученных результатов и многообещающих возможностей в будущем, но и включает темные стороны из прошлого её применения. Неизбирательность проведения оперативных вмешательств, злоупотребление, тяжелые побочные эффекты — все это способствовало формированию негативного отношения к использованию хирургических методов для лечения психических расстройств. Очевидно, в связи с этим психирургия развивается с такой осторожностью. Вероятно, как у врачей, так и у пациентов сохраняется некоторое предвзятое отношение к данному методу лечения. Наиболее часто вопрос в пользу хирургического лечения решается при терапевтически резистентном обсессивно-

компульсивном расстройстве, депрессии и тревожном расстройстве [45].

Представляется целесообразным проведение анализа аргументов как в пользу психирургии, так и наоборот.

К аргументам «за» психирургические методы лечения можно отнести показатели их достаточно высокой эффективности при использовании в системе противорезистентных воздействий при психической патологии. Так, по результатам некоторых исследований, показатели позитивных изменений приближаются к 50-60% отметке [7]. В настоящее время применяемые стереотаксические абляциянные процедуры не имеют доказательств уровня I в рандомизированных контролируемых исследованиях, но их безопасность и эффективность подтверждаются данными уровня II для лечения терапевтически резистентных депрессий и обсессивно-компульсивных расстройств [38]. Следует при этом указать на достаточно высокий уровень безопасности таких вмешательств, поскольку частота возникновения побочных эффектов при этих воздействиях невысока, и в основном, они носят временный (обратимый) характер.

Кроме того, несомненными преимуществами применения психирургических воздействий для лечения психических расстройств является снижение материальных затрат на лекарственные средства, длительное пребывание больных в стационаре и т.п. [7].

Недостатком психирургии считается то, что поскольку не существует надежной теоретической связи между конкретным участком мозга и психическим заболеванием, возникают трудности в лечении психических заболеваний исключительно посредством хирургического вмешательства [23].

Кроме того, психирургические операции повреждают структурно неизменные ткани мозга, при абляциянных процедурах необратимо, что может повлиять на функционирование мозга и вызвать непредсказуемый результат и долгосрочные побочные эффекты [23].

Вместе с тем, достаточно сложным является вопрос соблюдения всех этических и правовых норм. К минимальным требованиям, выполнение которых необходимо для назначения психирургических вмешательств, относятся: назначение при неэффективности всех других альтернативных нехирургических методов лечения; полное и действительное согласие пациента, при этом больной должен иметь право на отказ от операции в любое время; подтвержденная клиническими исследованиями эффективность и безопасность определенного психирургического вмешательства при данном заболевании; риск возникновения неблагоприятной реакции не должен превышать выгоду от лечения [23].

Отбор каждого пациента должен проводиться тщательно, междисциплинарной группой, состоящей из психиатров и нейрохирургов. Пациенты должны пройти двухэтапную систему отбора: первый этап осуществляется в психиатрической больнице, второй — на базе лечебного учреждения, где будет выполняться психирургическая операция [7].

Таким образом, чтобы назвать психирургию «одобренной терапией» необходимо опубликовать как минимум два слепых рандомизированных контролируемых клинических исследований, проведенных в двух разных группах исследователей, причем обе группы должны показать приемлемое соотношение риска-пользы. Кроме того, нельзя не подытожить, что операция должна выполняться опытной междисциплинарной командой у тщательно отобранных пациентов, с полного их согласия [38].

Заключение

Как известно, интерес к лечению психических расстройств хирургическими методами появился еще с древних времен. Постепенно психирургические методы лечения получили широкое распространение, особенно в США. Однако в последующем, развитие психофармакотерапии, а также разнообразные антипсихирургические тенденции, связанные с негативными последствиями лоботомии, привели к спаду психирургии. В настоящее время этот метод лечения постепенно находит свою нишу в современной системе здравоохранения, прежде всего за счет развития менее разрушительных и более локальных вмешательств, а также за счет совершенствования визуализационных методов, позволяющих повысить точность наведения стереотаксического инструмента на определенные структуры-мишени.

Такие психирургические методы, как радиохирurgia гамма-ножом, абляция фокусированным ультразвуком, глубокая стимуляция мозга, стимуляция блуждающего нерва, являются перспективными методами лечения, так как первые два метода не требуют краниотомии, что уменьшает риск осложнений, вторые — являются регулируемыми и обратимыми вмешательствами, что также снижает риск осложнений. Несмотря на большой опыт применения абляциянных операций для лечения психических расстройств, в настоящее время нейромодуляционные процедуры приобретают большую популярность, что вероятно связано с тем, что и врачи, и пациенты считают их более приемлемыми.

Сдерживающими факторами применения психирургии, помимо правовых и этических проблем, являются как недостаточная осведомленность врачей и пациентов о современных достижениях в этой сфере, так и недостаток рандомизированных контролируемых исследований. Кроме того, вероятно, все же сохраняется некоторое предвзятое отношение к данному методу лечения, основанное на темном прошлом психирургии.

В завершение приведенного обзора следует особо подчеркнуть, что проведение психирургических воздействий ни в коей мере не исключает дальнейшего активного послеоперационного наблюдения за психически больными со стороны психиатров, а даже — наоборот!!!

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Быков Ю.В., Беккер Р.А., Резников М.К. Депрессии и резистентность. М.: РИОР: ИНФРА-М; 2016. <https://doi.org/10.12737/7677>
Bykov Yu.V., Bekker R.A., Reznikov M.K. Depressii i rezistentnost'. M.: RIOR: INFRA-M; 2016. (In Russ.). <https://doi.org/10.12737/7677>
2. Ковязина М. С. Нейропсихологический анализ патологии мозолистого тела. М.: Генезис; 2016.
Kovuzina M.S. Nejropsihologicheskij analiz patologii mozolistogo tela. M.: Genesis; 2016. (In Russ.).
3. Липатова Л.В., Скоромец Т.А., Громов С.А., Табулина С.Д., Второв А.В., Бондарева М.М., Нарышкин А.Г., Галанин И.В., Коровина С.А., Сивакова Н.А., Мироненко Ю.Е. Опыт применения стимуляции блуждающего нерва в лечении фармакорезистентной эпилепсии. Неврология, Нейропсихиатрия, Психосоматика. 2014; 6(1S):18-21.
Lipatova LV, Skoromets TA, Gromov SA, Tabulina SD, Vtorov AV, Bondareva MM, Naryshkin AG, Galanin IV, Korovina SA, Sivakova NA, Mironenko YuE. Experience of Using Vagus Nerve Stimulation to Treat Drug Resistant Epilepsy. Nevrologiya, Neyropsikhiatriya, Psikhosomatika. 2014; 6(1S):18-21. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-1S-18-21>
4. Скоромец Т.А., Галанин И.В., Нарышкин И.В., Второв А.В., Катыхшев С.А., Клочков М.Н. Первый российский опыт применения стимуляции блуждающего нерва в лечении резистентных затяжных депрессивных состояний. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2017; 2:104-107.
Skoromets TA, Galanin IV, Naryshkin AG, Vtorov AV, Katyshev SA, Klochkov MN. The first Russian experience of vagus nerve stimulation in treatment-resistant protracted depressions. Obzrenie Psihiatrii i Medicinskoj Psihologii im. V.M. Bekhtereva. 2017; 2:104-107. (In Russ.).
5. Хачатрян В.А., Берснев В.П., Шершевер А.С., Самочерных К.А., Лебедев К.Э., Маматханов М.Р. Диагностика и лечение прогрессивных форм эпилепсии. СПб.: Десятка. 2008.
Khachatryan V.A., Bersnev V.P., Shershever A.S., Samochernykh K.A., Lebedev K.E., Matatkhanov M.R. Diagnostika i lechenie progredientnyh form epilepsii. SPb.: Desyatka. 2008. (In Russ.).
6. Холявин А.И., Аничков А.Д. Методы наведения в современной стереотаксической нейрохирургии. Москва: Российская академия наук. 2017.
Kholiavin A.I. Anichkov A.D. Metody navedeniya v sovremennoy stereotaksicheskoy neyrokhirurgii. Moskva: Rossiyskaya akademiya nauk. 2017. (In Russ.).
7. Шустин В.А., Вовин Р.Я., Корзнев А.В.. Хирургическая коррекция некоторых психопатологических расстройств. СПб.: изд. Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева. Под редакцией М.М. Кабанова. 1997; 136:123.
Shustin V.A., Vovin R.YA., Korzenev A.V. Khirurgicheskaya korrektsiya nekotorykh psihopatologicheskikh rasstroystv. Spb.: izd. Sankt-Peterburgskogo nauchno-issledovatel'skogo psikhonevrologicheskogo instituta im. V.M. Bekhtereva. Pod redaktsiyey M.M. Kabanova. 1997; 136:123. (In Russ.).
8. Andrade P, Noblesse LH, Temel Y, Ackermans L, Lim LW, Steinbusch HW, & Visser-Vandewalle V. Neurostimulatory and ablative treatment options in major depressive disorder: a systematic review. Acta neurochirurgica. 2010; 152(4):565-577. <https://doi.org/10.1007/s00701-009-0589-6>
9. Balachander S, Arumugham SS, & Srinivas D. Ablative neurosurgery and deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder. Indian journal of psychiatry. 2019; 61(1):77-84. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_523_18
10. Batistuzzo MC, Hoexter MQ, Taub A, Gentil AF, Cesar RC, Joaquim MA, D'Alcante CC, McLaughlin NC, Canteras MM, Shavitt RG, Savage CR, Greenberg BD, Norén G, Miguel EC, & Lopes AC. Visuospatial Memory Improvement after Gamma Ventral Capsulotomy in Treatment Refractory Obsessive-Compulsive Disorder Patients. Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology. 2015; 40(8):1837-1845. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.33>
11. Bogen JE, Vogel PJ. Treatment of generalized seizures by cerebral commissurotomy. Surgical Forum. 1963; 14:431-433.
12. Bretszajn L & Gedroyc W. Brain-focussed ultrasound: what's the "FUS" all about? A review of current and emerging neurological applications. The British journal of radiology. 2018; 91(1087): 20170481. <https://doi.org/10.1259/bjr.20170481>
13. Caruso JP & Sheehan JP. Psychosurgery, ethics, and media: a history of Walter Freeman and the lobotomy. Neurosurgical Focus. 2017; 43(3):E6.
14. Collado-Vázquez S, Carrillob JM. Cranial trepanation in The Egyptian. 2014; 29(7):433-440. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2011.05.008>
15. Clair AH, Haynes W & Mallet L. Recent advances in deep brain stimulation in psychiatric disorders. F1000Research. 2018; 7:699. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14187.1>
16. Doshi PK. Surgical treatment of obsessive compulsive disorders: Current status. Indian journal of psychiatry. 2009; 51(3):216-221. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.55095>
17. Dougherty DD & Widge AS. Neurotherapeutic Interventions for Psychiatric Illness. Harvard review of psychiatry. 2017; 25(6):253-255. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000174>

18. Dyster TG, Mikell CB & Sheth SA. The Co-evolution of Neuroimaging and Psychiatric Neurosurgery. *Frontiers in neuroanatomy*. 2016;10:68. <https://doi.org/10.3389/fnana.2016.00068>
19. Faria MA, Jr. Violence. Mental illness, and the brain—A brief history of psychosurgery: Part 1—From trephination to lobotomy. *Surgical neurology international*. 2013; 4:49. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.110146>
20. Faria MA. Neolithic trepanation decoded- A unifying hypothesis: Has the mystery as to why primitive surgeons performed cranial surgery been solved? *Surgical neurology international*. 2015; 6:72. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.156634>
21. Fogwe DT, Zulfiqar H, Mesfin FB. Neuromodulation Surgery For Psychiatric Disorders. [Updated 2019 Jul 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2020;14.
22. Fusar-Poli P, Allen P & McGuire P. Egas Moniz (1875–1955), the father of psychosurgery. *British Journal of Psychiatry*. 2008; 193(1):50. <https://doi.org/10.1192/bjp.193.1.50>
23. Gostin LO. Ethical considerations of psychosurgery: the unhappy legacy of the pre-frontal lobotomy. *Journal of medical ethics*. 1980; 6(3):149–154. <https://doi.org/10.1136/jme.6.3.149>
24. Gross D. Gottlieb Burckhardt's (1836-1907) contribution to psychosurgery: medicohistorical and ethical aspects. *Gesnerus*. 1998; 55(3-4):221-248.
25. Gross D & Schäfer G. Egas Moniz (1874–1955) and the “invention” of modern psychosurgery: a historical and ethical reanalysis under special consideration of Portuguese original sources. *Neurosurgical Focus*. 2011; 30(2):E8.
26. Haakon Lindeklev. Nevrokirurgi I antikken. *Neurosurgery in antiquity*. Tidsskr Nor Lægeforen. 2005; 125:3494-6
27. Holland MT, Trapp NT, McCormick LM, Jareczek FJ, Zanaty M, Close LN, Beeghly J & Greenlee J. Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: A Long Term Naturalistic Follow Up Study in a Single Institution. *Frontiers in psychiatry*. 2020; 11:55. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00055>
28. Jareczek FJ, Holland MT, Howard MA, 3rd Walch T & Abel TJ. The origins and persistence of psychosurgery in the state of Iowa. *Neurosurgical focus*. 2017; 43(3):E8. <https://doi.org/10.3171/2017.6.FOCUS17227>
29. Kragh J. V. Sidste udvej? Traek af psykokirurgiens historie i Danmark. *Dansk medicinhistorisk arbog*. 2007; 35:9–36.
30. Kurt W, Christian Jeunesse, France Carlos H, Eric Boes, France Sandra L. Evidence for stone age cranial surgery. *NATURE*. 1997;387.
31. Lienhard Dina A. Roger Sperry's Split Brain Experiments (1959–1968). *Embryo Project Encyclopedia*. 2017.
32. Lillie M. Cranial surgery dates back to Mesolithic. *Nature*. 1998; 391:854. <https://doi.org/10.1038/36023>
33. Lindsay JH. Bilateral prefrontal leucotomy in mental illness. *Canadian Medical Association journal*. 1951; 65(3):229–233.
34. Lopes Antonio Carlos, Mathis Maria Eugênia de Canteras, Miguel Montes, Salvajoli João Victor, Del Porto José Alberto & Miguel Eurípedes Constantino. Update on neurosurgical treatment for obsessive compulsive disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2004; 26(1):62-66. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000100015>
35. Manjila S, Rengachary S, Xavier AR, Parker B & Guthikonda M. Modern psychosurgery before Egas Moniz: a tribute to Gottlieb Burckhardt, *Neurosurgical Focus*. 2008; 25(1):E9.
36. Miguel EC, Lopes AC, McLaughlin N, Norén G, Gentil AF, Hamani C, Shavitt RG, Batistuzzo MC, Vattimo E, Canteras M, De Salles A, Gorgulho A, Salvajoli JV, Fonoff ET, Paddick I, Hoexter MQ, Lindquist C, Haber SN, Greenberg BD & Sheth SA. Evolution of gamma knife capsulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder. *Molecular psychiatry*. 2019; 24(2):218–240. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0054-0>
37. Müller H, Moeller S, Lücke C, Lam AP, Braun N & Philipsen A. Vagus Nerve Stimulation (VNS) and Other Augmentation Strategies for Therapy-Resistant Depression (TRD): Review of the Evidence and Clinical Advice for Use. *Frontiers in neuroscience*. 2018; 12:239. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00239>
38. Nuttin B, Wu H, Mayberg H, Hariz M, Gabriëls L, Galert T, Merkel R, Kubu C, Vilela-Filho O, Matthews K, Taira T, Lozano AM, Schechtman G, Doshi P, Broggi G, Régis J, Alkhani A, Sun B, Eljamel S, Schülder M, Schlaepfer T. Consensus on guidelines for stereotactic neurosurgery for psychiatric disorders. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 2014; 85(9):1003–1008. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-306580>
39. Ogren K, Sjöström S, Bengtsson NO. Lobotomins okända historia: kvinnor, barn och idioter operades [The unknown history of lobotomy: women, children and idiots were lobotomized]. *Lakartidningen*. 2000; 97(30-31):3395–3398.
40. O'Reardon JP, Cristancho P & Peshek AD. Vagus Nerve Stimulation (VNS) and Treatment of Depression: To the Brainstem and Beyond. *Psychiatry (Edmont (Pa. : Township))*. 2006; 3(5):54–63.
41. Pepper J, Hariz M & Zrinzo L. Deep brain stimulation versus anterior capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: a review of the literature, *Journal of Neurosurgery JNS*. 2015; 122(5):1028–1037.
42. Rahman M, Murad GA & Mocco J. Early history of the stereotactic apparatus in neurosurgery, *Neurosurgical Focus*. 2009; 27(3):E12.
43. Ramirez Rozzi F & Froment A. Earliest Animal Cranial Surgery: from Cow to Man in the Neo-

- lithic. *Scientific reports*. 2018; 8(1):5536. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-23914-1>
44. Sinha S, McGovern RA, Mikell CB, Banks GP & Sheth SA. Ablative Limbic System Surgery: Review and Future Directions. *Current behavioral neuroscience reports*. 2015; 2(2):49–59. <https://doi.org/10.1007/s40473-015-0038-1>
45. Shah DB, Pesiridou A, Baltuch GH, Malone DA & O'Reardon JP. Functional neurosurgery in the treatment of severe obsessive compulsive disorder and major depression: overview of disease circuits and therapeutic targeting for the clinician. *Psychiatry (Edgmont (Pa.:Township))*. 2008; 5(9):24–33.
46. Staudt MD, Herring EZ, Gao K, Miller JP & Sweet JA. Evolution in the Treatment of Psychiatric Disorders: From Psychosurgery to Psychopharmacology to Neuromodulation. *Frontiers in neuroscience*. 2019; 13:108. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00108>
47. Stone JL. Dr. Gottlieb Burckhardt--the pioneer of psychosurgery. *Journal of the history of the neurosciences*. 2001; 10(1):79–92. <https://doi.org/10.1076/jhin.10.1.79.5634>
48. Tastevin M, Spatola G, Régis J, Lançon C & Richieri R. Deep brain stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2019; 15:1259–1272. <https://doi.org/10.2147/NDT.S178207>
49. Volpini M, Giacobbe P, Cosgrove G, R, Levitt A, Lozano A, M, Lipsman. The History and Future of Ablative Neurosurgery for Major Depressive Disorder. *Stereotact Funct Neurosurg*. 2017; 95:216–228. <https://doi.org/10.1159/000478025>

Поступила 25.09.2020

Received 25.09.2020

Принята в печать 26.05.2021

Accepted 26.05.2021

Дата публикации 30.07.2021

Date of publication 30.07.2021

Обозрение психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева, 2021, Т. 55, № 2, с. 21-26,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-21-26>

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology,
2021, T. 55, no 2, pp. 21-26,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-21-26>

Социально-психологическая адаптация иностраннных студентов в российском вузе

Белова О.С., Соловьев А.Г., Парняков А.В.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Резюме. Получение медицинского образования в России с каждым годом становится все более популярным среди иностранных студентов. Необходимость изучения социально-психологической адаптации иностранных студентов в медицинских вузах обусловлена возросшей потребностью в подготовке высококачественных медицинских кадров не только в нашей стране, но и в мировом сообществе.

Цель — выявление особенностей социально-психологической адаптации иностранных студентов-первокурсников медицинского университета.

Методы. В исследовании принял участие 131 студент первого курса, в том числе 56 студентов — граждан Индии, обучающиеся на международном факультете врача общей практики Северного государственного медицинского университета (31 юношей и 25 девушек); и 75 русских студентов педиатрического и лечебного факультетов (25 юношей и 50 девушек). Применен диагностический подход в межнациональном и гендерном аспектах на основе методики социально-психологической адаптации К.Роджерса–Р.Даймонда, модифицированной А.К.Осницким

Основные результаты. Параметры социально-психологической адаптации иностранных студентов-первокурсников соответствовали средненормативным показателям, русских студентов — высокому уровню адаптированности. Иностранные студенты, в целом, позитивно относятся к себе и к окружающим, включая возможности контакта с коллегами и пациентами, испытывают средний эмоциональный комфорт в межличностных отношениях и достаточно активны в деятельности. Результаты оценки русских студентов говорят о высокой степени принятия себя и других людей, а также об эмоциональном комфорте, ответственности и высокой активности.

Выводы. Прикладной аспект исследуемой проблемы может быть реализован в разработке программ психолого-педагогического сопровождения иностранных студентов на начальном этапе обучения в медицинском университете.

Ключевые слова: иностранные студенты, трудности адаптации, социально-психологическая адаптация, сопровождение

Информация об авторах

Белова Ольга Сергеевна — e-mail: belovaos@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9493-6456>

Соловьев Андрей Горгоньевич — e-mail: ASoloviev1@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0350-1359>

Парняков Александр Владимирович — e-mail: lomonosova271@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1025-7099>

Как цитировать: Белова О.С., Соловьев А.Г., Парняков А.В. Социально-психологическая адаптация иностранных студентов в российском вузе // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;55:2:21-26. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-21-26>

Social and psychological adaptation of foreign students in a Russian university

Belova OS, Soloviev AG, Parnyakov AV

Northern State Medical University; Arkhangelsk, Russia

Summary. Getting medical education in Russia is becoming more and more popular among foreign students every year. The need to study foreign students' social and psychological adaptation in medical universities is caused by the increased need to train high-qualified doctors not only in our country, but also in the world community.

The goal was to identify the features of social and psychological adaptation of foreign first-year students of the medical University.

Methods. The study involved 131 first-year students, including 56 Indian students studying at the international faculty of General medicine of the Northern state medical University (31 boys and 25 girls); and

Автор, ответственный за переписку: Соловьев Александр Владимирович — e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

Corresponding author: Andrey G. Soloviev — e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

75 Russian students of the pediatric and medical faculties (25 boys and 50 girls). The diagnostic approach in the interethnic and gender aspects based on the methodology of socio-psychological adaptation of K. Rogers-R. Diamond, modified by A. K. Osnitsky

Main results. The parameters of social and psychological adaptation of foreign first-year students corresponded to the average normative indicators, Russian students were at high level of adaptation. Foreign students, in General, had a positive attitude to themselves and others, including opportunities to contact colleagues and patients, experience average emotional comfort in interpersonal relationships and were quite active in activities. The results of the assessment of Russian students indicated a high degree of acceptance of themselves and other people, as well as emotional comfort, responsibility and high activity.

Conclusions the applied aspect of the problem can be implemented in the development of programs for psychological and pedagogical support of foreign students at the initial stage of study at the Medical University.

Keywords: foreign students, difficulties of adaptation, social and psychological adaptation, support

Information about the authors

Olga Belova. — <https://orcid.org/0000-0001-9493-6456>; e-mail: belovaos@yandex.ru

Andrey Soloviev. — <https://orcid.org/0000-0002-0350-1359>; e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

Alexander Parnyakov. — <https://orcid.org/0000-0003-1025-7099>; e-mail: lomonosova271@yandex.ru

To cite this article: Belova OS, Soloviev AG, Parnyakov AV. Social and psychological adaptation of foreign students in a Russian university. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;55:2:21-26. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-21-26>

В современной политической, социально-экономической и социокультурной ситуации развития Российской Федерации в контексте мирового процесса глобализации и интеграции международного образовательного сообщества актуализировалась задача создания условий для привлечения в Россию иностранных студентов [4], количество их в российских университетах ежегодно увеличивается [11]. Активизация региональной политики и повышение рейтингов ряда российских университетов способствовали расширению дислокации иностранных студентов в различных вузах страны [2]. Так, например, в Северном государственном медицинском университете (СГМУ, г.Архангельск) первые иностранные студенты начали обучение с 1991 г. и с каждым годом их количество растет. В настоящее время в СГМУ обучаются более 1000 студентов из стран ближнего и дальнего зарубежья, получая диплом врача общей практики, большинство из них — это представители Индии. Вместе с тем, в российском образовательном пространстве иностранные граждане сталкиваются с рядом трудностей: необходимостью налаживания социальных контактов, преодоления языкового барьера и культурного шока, адаптации в новом социуме, приспособления к ценностям нового общества и др. В отечественной и зарубежной литературе активно изучаются основные трудности языковой адаптации [5], исследуется толерантность общества как фактор успешной социальной адаптации иностранной молодежи. Изучаются особенности социально-психологической адаптации и эмоционального статуса российских студентов [9;12]; имеются данные об особенностях адаптации иностранных студентов в медицинских вузах Украины [13], Казахстана [3], Польши [14], Норвегии [15], Китая [16]. В состоянии адаптационного кризиса лишь отдельные студенты самостоятельно могут найти выход из слож-

ной социально-психологической ситуации, преодолевают психологические, социальные, нравственные, религиозные барьеры, осваивают новые виды деятельности и формы поведения [1]. В связи с постоянным увеличением количества иностранных студентов и проблемами их адаптации актуален вопрос оказания целенаправленной помощи данной социальной группе, в том числе непосредственному содействию в процессе обучения (дидактическая помощь), предупреждению и решению психологических и эмоциональных проблем (психологическая помощь), помощи в адаптации к иноязычной социокультурной среде (социокультурная помощь) [7] и разработке различных адаптационных технологий социализации [6]. Целенаправленное изучение особенностей социально-психологической адаптации иностранных студентов в начальный период обучения в российском вузе, особенно медицинского профиля, встречаются лишь в отдельных отечественных публикациях, что и обусловило необходимость проведения настоящего исследования, в котором поставлены медико-психологические задачи по выделению уязвимой группы иностранных студентов с начальными признаками адаптационных расстройств и выделению личностных качеств, способствующих разным уровням адаптации.

Целью работы явилось выявление особенностей социально-психологической адаптации иностранных студентов-первокурсников медицинского университета.

В настоящем исследовании, проведенном в 2018-19 уч.г. на кафедре психиатрии и клинической психологии СГМУ, принял участие 131 студент первого курса, в том числе 56 студентов — граждан Индии, обучающиеся на международном факультете врача общей практики (31 юношей и 25 девушек); и 75 русских студентов пе-

диатрического и лечебного факультетов (25 юношей и 50 девушек). Возрастной диапазон в обеих группах составил 17—21 г. без достоверной разницы параметров. Исследование проведено в начале второго семестра после прохождения первой экзаменационной сессии и каникул.

Методы. В соответствии с целью исследования нами применен диагностический подход в межнациональном и гендерном аспектах на основе методики социально-психологической адаптации К.Роджерса–Р.Даймонда, модифицированной А.К.Осницким [8]. Методика включает использование интегральной («адаптированность») и пяти специальных шкал: «самопринятие», «принятие других», «эмоционального комфорта», «интернальности», «доминирования». Все статистические расчеты проведены при помощи программы STATA версии 11.0. Результаты представлены в виде медианы и квартилей первого и третьего (Me (Q1;Q3)), применен непараметрический критерий χ^2 Пирсона. Критический уровень статистической значимости был принят не более 0,05.

Результаты и их обсуждение. Параметры социально-психологической адаптации иностранных студентов-первокурсников соответствовали, в целом, средненормативным показателям, русских студентов — высокому уровню адаптированности (см. табл. 1). У индийских юношей, как медиана, так и первый и третий квартили входили в коридор средненормативных значений (40—60 %); у девушек — разброс оказался гораздо больший в сторону повышения данных, ни у одной из них не встречались низкие значения по всем изучаемым параметрам и, вместе с тем, имели место высокие — по всем шкалам методики. У русских студентов обоего пола средние оценки констатированы только по шкале доминирования (Me=54%), по остальным шкалам — высокие (Me принимает значения от 62,5% до 71,0% у девушек и от 60,0% до 67,0% у юношей).

Иностранные студенты, в целом, позитивно относятся к себе и к окружающим, включая возможность контакта с коллегами и пациентами, испытывают средний эмоциональный комфорт в межличностных отношениях и достаточно активны в деятельности. Результаты оценки русских студентов говорят о высокой степени принятия себя и других людей, а также об эмоциональном комфорте, ответственности и высокой активности.

По шкале «Адаптированность» подавляющее большинство юношей-иностранцев показали средний уровень (93,5%), вместе с тем у русских юношей он соответствовал высокому уровню (68,0%, см. Табл. 2). Превалирующее число юношей-иностранцев (80,6%) показали средний уровень самопринятия, русских студентов — высокий (72,0%). Средний уровень принятия окружающих также свойственен большинству индийских юношей (87,1%), тогда как у русских студентов значения поровну разделились между высоким и средним уровнями. Эмоциональный комфорт среднего уровня характерен для 83,9% ино-

странцев, а для 64,0% русских студентов — высокого. Интернальный локус контроля среднего уровня констатирован у 77,4% иностранцев и у 40,0% — русских студентов (высокие значения — у 60,0% респондентов). Для юношей-иностранцев также были характерны средний и низкий уровень доминирования и активности (77,4% и 16,1%), а в группе русских — достоверно превалировала средний (68,0%) и высокий (32,0%).

Большая часть индийских девушек по шкале «Адаптированность» получила средние оценки (60,0%), русских — высокие 64,0% (см. табл. 2). По шкале «Самопринятие» иностранные девушки имели средние значения в 60,0% и высокие — в 40,0% случаев; в группе же русских студентов высокие — в 74,0% и средние — в 24,0%. По шкале «Интернальность» большая часть иностранных студентов отметили средние значения (68,0%), у русских студентов значения они разделились поровну между средними и высокими; по шкале «Доминирование» среди иностранцев средние значения получили половина всех испытуемых и 36,0% — высокие, в группе русских — 54,0% и 26,0% высоких.

В целом, результаты проведенного исследования показывают, что социально-психологическая адаптация у иностранных студентов-первокурсников медицинского вуза характеризуется средненормативными значениями, что, в целом, свидетельствует о достаточной адаптированности. Определенную роль в этом может играть и то, что обучение в СГМУ для иностранных студентов с первого курса полностью проводится на английском языке. Овладение профессией врача, общение в последующие годы с пациентами и медицинским персоналом на русском языке требуют от них высокого уровня не только профессиональной, но и коммуникативной компетенции. Русские студенты отличаются высоким уровнем адаптированности (данные оценки говорят о высокой степени принятия себя и других людей, об эмоциональном комфорте, ответственности и активности студентов). Выявленные в исследовании различия социально-психологической адаптации у индийских и русских юношей-студентов статистически значимы, у девушек они достоверно не различаются.

Среди иностранных студентов половина девушек испытывает эмоциональный комфорт, тогда как среди юношей этот показатель ниже. Иностранные юноши-студенты более ориентированы на принятие других — как коллег, так и пациентов, и толерантны, тогда как русские — ориентированы на самопринятие. Русские студенты обоего пола в равной степени более ответственные, чем иностранцы, и склонны объяснять происходящие в жизни события и обуславливать результаты своей деятельности собственными способностями и усилиями. По уровню доминирования (склонности проявлять властность, достигать превосходства и демонстрировать лидерские качества) в возрастных и гендерных подгруппах отчетливых различий не выявлено.

Таблица 1. Средние тенденции социально-психологической адаптации индийских и русских студентов (Me (Q1; Q3))

Table 1. Average trends in socio-psychological adaptation of Indian and Russian students (Me (Q1; Q3))

Шкала	Группа, Me (Q1; Q3)			
	Индийские студенты		Русские студенты	
	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки
Адаптированность	51 (48; 54)	58 (53; 68)	65 (58,5; 71,5)	63 (57; 72)
Самопринятие	49 (46; 59)	57 (49,5; 69,5)	67 (58,5; 76)	71 (59,5; 83)
Принятие других	52 (46; 58)	60 (55; 70)	60 (49; 68,5)	62,5 (53,5; 76)
Эмоциональный комфорт	51 (47; 56)	59 (50; 68,5)	67 (55; 77,5)	67 (55; 77,5)
Интернальность	48 (47; 59)	56 (49; 62)	66 (55,5; 73,5)	66 (55,5; 73,5)
Доминирование	50 (40; 57)	53 (45; 66,5)	54 (50; 69)	54 (50; 69)

Таблица 2. Параметры социально-психологической адаптации индийских и русских студентов (критерий χ^2)

Table 2. Parameters of socio-psychological adaptation in Indian and Russian students (criterion χ^2)

Шкала	Уровень	Группа, абс.ч., %			
		Юноши (Индия)	Юноши (Россия)	Девушки (Индия)	Девушки (Россия)
Адаптация	Высокий	2 (6,5%)	17 (68,0%)	10 (40,0%)	32 (64,0%)
	Средний	29 (93,5%)	8 (32,0%)	15 (60,0%)	18 (36,0%)
	Низкий	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Самопринятие	Высокий	5 (16,1%)	18 (72,0%)	10 (40,0%)	37 (74,0%)
	Средний	25 (80,6%)	7 (28,0%)	15 (60,0%)	12 (24,0%)
	Низкий	1 (3,2%)	0 (0%)	5 (0%)	1 (2,0%)
Принятие других	Высокий	3 (9,7%)	12 (48,0%)	12 (48,0%)	27 (54,0%)
	Средний	27 (87,1%)	12 (48,0%)	12 (48,0%)	12 (48,0%)
	Низкий	1 (3,2%)	1 (4,0%)	1 (4,0%)	2 (4,0%)
Эмоциональный комфорт	Высокий	3 (9,7%)	16 (64,0%)	12 (48,0%)	23 (46,0%)
	Средний	26 (83,9%)	8 (32,0%)	12 (48,0%)	22 (44,0%)
	Низкий	2 (6,5%)	1 (4,0%)	1 (4,0%)	5 (10,0%)
Интернальность	Высокий	7 (22,6%)	15 (60,0%)	8 (32,0%)	25 (50,0%)
	Средний	24 (77,4%)	10 (40,0%)	17 (68,0%)	25 (50,0%)
	Низкий	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Доминирование	Высокий	3 (9,7%)	8 (32,0%)	9 (36,0%)	13 (26,0%)
	Средний	23 (74,2%)	17 (68,0%)	13 (52,0%)	27 (54,0%)
	Низкий	5 (16,1%)	(0%)	3 (12,0%)	10 (20,0%)

Установленные особенности социально-психологической адаптации студентов вуза предполагают дальнейшее развитие навыков межкультуральной коммуникации и повышение толерантности у русских студентов. Для иностранных студентов целесообразным является акцент на психологическое сопровождение, направленное на создание позитивной атмосферы в группе, безопасности среды, улучшение эмоционального фона межличностных отношений и, как следствие, на профилактику различных форм социально-дезадаптированного поведения [8].

Заключение

Полученные данные отражают особенности процесса ранней адаптации иностранных сту-

дентов в российском медицинском университете и требуют дальнейшего мониторинга. Диагностика особенностей их адаптации позволяет корректировать и индивидуализировать программы сопровождения, а также может использоваться на этапе отбора наиболее мотивированных абитуриентов и подготовки к обучению. Используемый нами методический подход может быть рекомендован для диагностики уровня социально-психологической адаптации в межнациональном и гендерном аспектах в российских вузах, принимающих иностранных студентов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература /References

1. Береговая О.А., Лопатина С.С., Отургашева Н.В. Тьюторское сопровождение как инструмент социокультурной адаптации иностранных студентов в российском вузе. *Высшее образование в России*. 2020; 1:156-165. doi: <https://doi.org/10.31992/0869-3617-2020-29-1-156-165> Beregovaya OA, Lopatina SS, Oturgasheva NV. Tutor Support as a Tool of Social-Cultural Adaptation of International Students in Russian Universities. *Vysshee obrazovanie v Rossii*. 2020; 1:156-165. (In Russ.). doi: <https://doi.org/10.31992/0869-3617-2020-29-1-156-165>
2. Воробьева И.М. Иностранные студенты в российском вузе: повышение конкуренции российского образования или вынужденная необходимость. *Молодой ученый*. 2015;10(90):1115-1119. Vorobieva IM. Foreign students at a Russian University: increasing competition in Russian education or a forced necessity. *Molodoi Uchenyi*. 2015;10(90):1115-1119 (In Russ.).
3. Ибраева Ж.Б., Семенова Ю.М., Алдынгуров Д.К., Мысаев А.О., Даулетьярова М.А., Сергазина Г.М., Оразалина А.С. Удовлетворенность иностранных студентов социокультурным сопровождением медицинского университета Республики Казахстан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016;24(1):39-43. Ibraieva JB, Semenova YuM, Aldingurov DK, Misaiev AO, Dauletiarova MA, Sergazina GM, Orasalina AS. The satisfaction of foreign students with social cultural support in the medical university of the Republic of Kazakhstan. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2016;24(1):39-43. (In Russ.)
4. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. [<http://www.consultant.ru/>] КонсультантПлюс; 2008. [обновлено 28 сентября 2018; процитировано 22 октября 2020]. Доступно: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/28c7f9e359e8af09d7244d8033c66928fa27e527/
5. Корниенко Е.Р., Тенчурина Л.З. Проблемы языковой подготовки иностранных студентов в вузе. *Вестник ФГОУВП Московский государственный агроинженерный университет им. В.П.Горячкина*. 2012;4:11-16. Kornienko ER, Tenchurina LZ. Problems of foreign students' language training in higher education institutions. *Vestnik Federalnogo obrazovatel'nogo uchrezhdenia vysshego profil'nogo obrazovaniya Moskovskii Gosudarstvennyi agroinzhenernyi universitet imeni Goryachkina V.P*. 2012;4:11-16 (In Russ.).
6. Леус Э.В., Соловьев А.Г. Адаптационные технологии ресоциализации несовершеннолетних осужденных. *Психология и право*. 2012;3:88-98. Leus EV, Soloviev AG. Adaptation technologies of resocialization of minor convicts. *Psychologia i pravo*. 2012;3:88-98 (In Russ.).
7. Мариненко О.П. Роль преподавателя вуза в оказании помощи иностранным студентам. *Высшее образование в России*. 2019;4:124-133. doi: <https://doi.org/10.31992/0869-3617-2019-28-4-124-133> Marinenko OP. The Role of University Teachers in the Assistance to International Students. *Vysshee obrazovanie v Rossii*. 2019;4:124-133. (In Russ.).
8. Новикова Г.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Оценка нарушения социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации. *Наркология*. 2012;7(127): 40-44 Novikova GA, Soloviev AG, Novikova IA. Score violations of socio-psychological adaptation of adolescents by beer alcoholization. *Narkologia*. 2012;7(127):40-44 (In Russ.).
9. Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Познавательные психические процессы и личностные характеристики социально-дезадаптированных студентов. *Гигиена и санитария*. 2002;(4):24-27.

- Novikova IA, Sidorov PI, Soloviev AG. Cognitive mental processes and personal characteristics of socially maladapted students. *Gigiena i sanitariya* 2002;(4):24-27 (In Russ.)
10. Осницкий А.К. Определение характеристик социальной адаптации. *Психология и школа*. 2004;1:43-56.
Osnitskiy AK. Definition of characteristics of social adaptation. *Psihologiya i shkola*. 2004;4:43-56 (in Russ.).
11. Понавина М.Б., Селезнев В.С. Увеличение количества иностранных студентов в российских вузах как элемент государственной политики в сфере образования. *Гуманитарные науки. Вестник финансового университета*. 2020;1:104-108.
Ponyavina MB, Seleznev PS. Increase of the number of international students in Russian universities as a component of the state education policy. *Gumanitarnye Nauki. Vestnik Finansovogo Universiteta*. 2020;10(1):104-108 (In Russ.).
doi: 10.26794/2226-7867-2020-10-1-104-108
12. Эверт Л.С., Потупчик Т.В., Гришкевич Н.Ю., Ахмельдинова Ю.Р. Показатели социально-психологической адаптации и эмоционального статуса подростков и лиц юношеского возраста. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2018; 4:75-82.
Evert LS, Potupchik TV, Grishkevich NYu, Ahmel'dinova YuR. Indicators of socio-psychological adaptation and emotional status of adolescents and adolescents. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M.Bekhtereva*. 2018;4:75-82 (In Russ.).
13. Katrushova L, Yalanska S, Rudenko L, Katrushov O. Peculiarities of the process of psychological adaptation of foreign students of ukrainian higher education institutions of medical profile, role of emotional intelligence in the socialization process. *Wiad Lek*. 2019;72(10):1930-1934.
14. Machul M, Bieniak M, Chałdaś-Majdańska J, Bąk J, Chrzan-Rodak A, Mazurek P, Pawłowski P, Makuch-Kuśmierz D, Obuchowska A, Bartoszek A, Karska K, Jurek K, Cardenas C, Dobrowolska B. Lifestyle Practices, Satisfaction with Life and the Level of Perceived Stress of Polish and Foreign Medical Students Studying in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4445.
15. Sam DL, Eide R. Survey of mental health of foreign students. *Scand J Psychol*. 1991;32(1):22-30.
16. Yang M, O'Sullivan PS, Irby DM, Chen Z, Lin C, Lin C. Challenges and adaptations in implementing an English-medium medical program: a case study in China. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):15.
- Поступила 07.10.2020
Received 07.10.2020
Принята в печать 26.05.2021
Accepted 26.05.2021
Дата публикации 30.07.2021
Date of publication 30.07.2021

Исследование взаимосвязи социально-демографических характеристик и индивидуального опыта пандемии COVID-19 с отношением к вакцинации для определения мишеней психосоциальных интервенций

Васильева А.В.^{1,2}, Караваева Т.А.^{1,3,4,5}, Радионов Д.С.¹, Яковлев А.В.^{6,7}

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Россия, Санкт-Петербург,

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Россия, Санкт-Петербург,

³Санкт-Петербургский государственный университет, Россия, Санкт-Петербург,

⁴Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия, Санкт-Петербург,

⁵Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Россия, Санкт-Петербург,

⁶Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, Россия, Санкт-Петербург,

⁷Санкт-Петербургский государственный университет аэрокосмического приборостроения, Россия, Санкт-Петербург

Резюме. Проведено когортное кросссекционное исследование отношения населения к вакцинации против коронавирусной инфекции COVID-19 с помощью специально разработанной анкеты для массового заполнения, расположенной на интернет-ресурсах через 2 месяца после старта массовой вакцинации в России. Всего было обследовано 4172 человека в возрасте от 18 до 81 года. Среди респондентов выявлены различные тенденции по отношению к прививке. Из общей выборки 35,7% опрошенных считает прививку полезной, 32,2% — сомневается в ее эффективности, 8,7% — считает прививку ненужной, 12,2% — опасной, безразличное отношение к прививке сформировалось у 5,9% опрошенных. Указали, что не планируют прививаться 30,8%, откладывает свое решение до получения более отдаленных данных о результатах и эффективности вакцинации — 34,7%, привились на момент исследования — 12,2%. Лица молодого возраста в меньшей степени ориентированы на вакцинацию по сравнению с лицами среднего и пожилого возраста. Среди факторов, которые ассоциированы с отношением к вакцинации — возраст, пол, образование, страх возможных осложнений, страх заболеть коронавирусной инфекцией, беспокойство за здоровье своих близких, тревога из-за сложившейся ситуации с коронавирусом в целом. Существенное значение для формирования отношения к вакцинации имеют сообщения ученых, врачей и экспертов в этой области. Результаты исследования целесообразно учитывать в качестве мишеней психосоциальных интервенций, направленных на увеличение приверженности к вакцинации при планировании стратегии информирования населения, адресного формирования мотивации у различных социальных и возрастных групп.

Ключевые слова: отношение к вакцинации, COVID-19, коронавирусная инфекция, мишени психосоциальных интервенций.

Информация об авторах:

Васильева Анна Владимировна — e-mail: annavdoc@yahoo.com; <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: tania_kar@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Радионов Дмитрий Сергеевич — e-mail: psyradionov@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

Яковлев Александр Викторович — e-mail: sven-7@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3011-8005>

Как цитировать: Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С., Яковлев А.В. Исследование взаимосвязи социально-демографических характеристик и индивидуального опыта пандемии COVID-19 с отношением к вакцинации для определения мишеней психосоциальных интервенций. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2021;55:2:27-36. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-27-36>

The social-demographic characteristics and pandemic COVID-19 individual experience and their impact on vaccination attitude study aimed to determine the psychosocial interventions targets

Vasileva AV^{1,2}, Karavaeva TA^{1,3,4,5}, Radionov DS¹, Yakovlev AV^{6,7}

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Russia, Saint Petersburg

²I.I. Mechnikov North-western Medical State University, Russia, Saint Petersburg

³Saint-Petersburg State University, Russia, Saint Petersburg

⁴Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia, Saint Petersburg

⁵National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Petrov, Russia, Saint Petersburg

⁶Military Medical Academy named after S.M.Kirov, Russia, Saint Petersburg

⁷Saint-Petersburg State University of Aerospace Instrumentation, Russia, Saint Petersburg

Summary. A cohort cross-sectional study of the attitude of the population to vaccination against coronavirus infection COVID-19 was carried out using a specially designed questionnaire for mass filling, located on Internet resources 2 months after the start of mass vaccination in Russia. A total of 4172 people were examined at the age from 18 to 81 years. Among the respondents, there were different tendencies in relation to vaccination. Of the total sample, 35.7% of respondents consider vaccination useful, 32.2% — doubt its effectiveness, 8.7% — consider vaccination unnecessary, 12.2% — dangerous, indifference to vaccination was formed in 5.9% of respondents. They indicated that they do not plan to be vaccinated, 30.8%, postpones their decision until more remote data on the results and effectiveness of vaccination are obtained — 34.7%, were vaccinated at the time of the study — 12.2%. Young people are less focused on vaccination than middle-aged and older people. Among the factors that are associated with the attitude towards vaccination are age, gender, education, fear of possible complications, fear of contracting a coronavirus infection, concern for the health of their loved ones, anxiety about the current situation with coronavirus in general. The reports of scientists, doctors and experts in this field are essential for shaping attitudes towards vaccination. The study results should be considered as the targets for vaccination behavior improvement psychosocial interventions for different social and age population groups

Keywords: attitudes towards vaccination, COVID-19, coronavirus infection, pandemic, psychosocial interventions targets.

Information about the authors:

Anna V. Vasileva — <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>; e-mail: annavdoc@yahoo.com

Tatiana A. Karavaeva — <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>; e-mail: tania_kar@mail.ru

Dmitriy S. Radionov — <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>; e-mail: psyradionov@gmail.com

Alexander V. Yakovlev — <https://orcid.org/0000-0002-3011-8005>; e-mail: sven-7@mail.ru

To cite this article: Vasileva AV, Karavaeva TA, Radionov DS, Yakovlev AV. The social-demographic characteristics and pandemic COVID-19 individual experience and their impact on vaccination attitude study aimed to determine the psychosocial interventions targets. V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology. 2021;55:2:27-36. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-27-36>

Вакцинация является эффективным методом борьбы с распространением инфекционных заболеваний, которая осуществляется по определенному графику в большинстве стран мира, там, где социально-экономический уровень и качество оказываемой медицинской помощи еще пока отстает от необходимых стандартов, международные организации ВОЗ, Красный крест делают все возможные, чтобы достичь необходимых показателей иммунизации населения. Одновременно с этим в обществе существуют антивакцинные движения, активно призывающие людей отказаться от прививок. Вакцины давно стали популярной составляющей мифопоэтического мышления, конспирологических теорий и иррациональных убеждений. ВОЗ определяет неуверенность в отношении вакцинации, как «несвоевременность или отказ от вакцинации вопреки ее доступности» и отмечает, что она встречается более, чем в 90% стран мира, приводя к периодическим вспышкам инфекционных

заболеваний, которые считались побежденными. В настоящее время неуверенность в отношении к вакцинации входит в список первых десяти основных угроз общественному здоровью, и для преодоления этого феномена в 2018 году была сформирована особая экспертная группа под названием «Измерение поведенческих и социальных факторов вакцинации» (BeSD). По мнению ВОЗ сомнения могут быть вызваны индивидуальными, групповыми и контекстными влияниями, а также любыми проблемами, связанными с вакцинами. В сегодняшней ситуации пандемии дополнительный вклад вносит сопровождающая ее, а нередко и опережающая, инфодемия с потоками противоречивой и недостоверной информации, часто фантастического содержания [1, 2, 5, 7, 9, 10, 11].

Уже через две недели после первых известий о вспышке новой коронавирусной инфекции в провинции Хубей в Китае в России начались разработки по созданию вакцины от COVID 19. Бога-

тый опыт и высокий уровень специалистов позволил нашей стране на сегодняшний день зарегистрировать три эффективных препарата — Спутник V, созданный на основе вектора аденовируса человека, ЭпиВак Корона, разработанный на основе пептидов, без биологических носителей вируса, и КовиВак — традиционная цельновирусная вакцина. По мере обеспечения страны препаратами была развернута широкомасштабная компания по информированию населения о необходимости пройти вакцинацию, эффективности и безопасности, предлагаемых средств [4].

Возлагая большие надежды на вакцины в борьбе с пандемией COVID 19, исследователи стали интересоваться психологическими аспектами иммунизации, а именно готовностью населения вакцинироваться, опросы в разных странах начали проводиться еще в первую волну и были получены очень разные результаты, так только 26% жителей основных европейских стран сообщили о готовности к иммунизации в апреле 2020г. Наибольшую готовность продемонстрировали жители Китая и Кореи, стран с традиционной коллективистской культурой, где в системе отношений доминирует общественное благо, российские показатели составили 55%.

Анализируя полученные данные, исследователи сделали неутешительные выводы, что группы, где существует максимальный риск заражения и летального исхода, а именно национальные меньшинства, и малообеспеченные слои населения, демонстрируют низкую комплаентность в отношении эпидемиологических мер и неготовность к вакцинации. Также скептическое отношение продемонстрировали женщины и лица молодого возраста [6].

Анализ исследований понимания важности иммунизации среди работников здравоохранения показывает широких разброс ответов респондентов, несмотря на наличие медицинского образования, что указывает на селективность переработки информации под влиянием сформировавшихся ранее глубинных убеждений, если готовность вакцинироваться у специалистов из Израиля составила 78%, то в Конго их было всего лишь 27,7% [8].

В терминологии ленинградской-санкт-петербургской школы психотерапии можно говорить о том, что иммунизация является значимым элементом в системе отношений к событиям индивида, что определяет его мотивацию и поведение в отношении поддержания собственного здоровья. С другой стороны, можно говорить о том, что это — важная составляющая самоотношения, а именно отношения к собственному здоровью, его месте в иерархии значимых отношений. Одновременно это и отношение к окружающим, чувство ответственности за значимых других, которые возможно входят в группу риска. Отношение к вакцинации тесно связано с представлениями о собственной возможности влиять на внешнюю ситуацию, ориентацией на поиск решения существующей проблемы [3].

Изучение отношения к вакцинации в контексте системы значимых отношений, индивидуальных психологических особенностей и средового опыта, связанного с ситуацией пандемии, может способствовать разработке мишенецентрированных психо-социальных интервенций с целью преодоления вакцинных сомнений.

Цель исследования. Изучение отношения населения к вакцинации на этапе старта профилактических программ, выявление социальных и индивидуально-психологических факторов, влияющих на восприятие необходимости вакцинации.

Материалы и методы исследования. Было проведено когортное кроссекционное исследование отношения населения к вакцинации против коронавирусной инфекции COVID-19 с помощью специально разработанной анкеты для массового заполнения, расположенной на интернет-ресурсах. Анкета позволяет получить социально-демографические, анамnestические, клинические данные, психологические характеристики и содержит несколько блоков: социодемографические параметры: возраст, пол, образование, социальный статус, вид деятельности, семейное положение; отношение к вакцинации против новой коронавирусной инфекции: факт перенесения новой коронавирусной инфекции самим респондентом и его ближайшим окружением, отношение к вакцинации против новой коронавирусной инфекции, наличие соматических и психических расстройств, которые могут повлиять на отношение к вакцинации; общее отношение к вакцинации; оценка психоэмоционального состояния респондента в последнее время; оценка отношения к здоровью, его поддержанию и сохранению.

Участие в исследовании было анонимным и добровольным. Исследование одобрено Независимым этическим комитетом при Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (ЭК-И-31/21 от 25.02.2021).

Оценка результатов анкетирования проводилась через 2 месяца после начала массовой вакцинации населения в России.

Критерии включения:

1. Возраст старше 18 лет
2. Информированное согласие на участие в исследовании;
3. Способность читать по-русски и заполнить анкету исследования

Пациенты не могут участвовать в исследовании при выявлении следующих критериев.

Критерии невключения:

1. Возраст до 18 лет.
2. Невозможность понимать текст и смысл содержания анкеты

Критерии исключения:

1. Отказ пациента от участия в научном исследовании на любом этапе.

Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS-11. Применялся описательный (дескриптивный) анализ и двумерный (таблицы сопряженности) статистический ана-

лиз. Достоверность различий по переменным, выраженных в процентных долях выборки, проводилась с помощью расчета критерия углового преобразования Фишера (ϕ).

Всего было обследовано 4172 человека в возрасте от 18 до 81 года, средний возраст — 39,0 ($\pm 13,045$). Из них мужчин — 928 (22,2%) женщин — 3244 (77,8%).

Исследование включило в себя все возрастные группы взрослого населения, согласно классификации ВОЗ: лиц молодого возраста (18–44 года) — 2814 (67,5%) человек; среднего возраста (45–59 лет) — 1053 (25,2%); пожилого возраста (60–74 лет) — 294 (7,0%); старческого возраста — 11 (0,3%). При дальнейшем анализе группы пожилого и старческого возраста были объединены — всего 305 человек (7,3%).

Среди опрошенных было 15 (0,4%) человек с начальным образованием, 785 (18,8%) — со средним, 308 (7,4%) — с незаконченным высшим, 2183 (52,3%) — с высшим, 881 (21,1%) — с двумя высшими или ученой степенью.

Социальный статус опрошенных. Из общего числа респондентов учащихся (студентов) было 733 человека (17,6%), работающих — 2833 (67,9%), владеющих собственным бизнесом — 245 (5,9%), домохозяек — 150 (3,6%), пенсионеров — 153 (3,7%), безработных — 49 (1,2%), лиц, живущих на пособие — 9 (0,2%).

Поскольку для формирования отношения к вакцинации имеет значение наличие специальных знаний, отдельно учитывалось наличие медицинского образования и медицинской специальности. В выборке было 1874 медицинских работника различного статуса. Из них: врачей — 746 человек (17,9%), медсестер — 220 (5,3%), фельдшеров — 41 (1,0%), санитарок — 28 (0,7%), студентов медицинских ВУЗов, колледжей — 493 (11,8%), административных работников медицинских учреждений — 122 (2,9%), других лиц, работающих в области здравоохранения — 224 (5,4%).

Результаты исследования и обсуждение. Около половины опрошенных респондентов за время пандемии не болели новой коронавирусной инфекцией — 2456 человек (58,9%), 275 (6,6%) — перенесли бессимптомно; 770 (18,5%) — болели легко, 584 (14,0%) — перенесли болезнь средней тяжести, 87 (2,1%) — болели тяжело.

Введенные ограничительные меры для лиц пожилого и старческого возраста показали свою эффективность, среди этих возрастных группы количество не переболевших более высокое (67,5%) по сравнению с лицами молодого (59,2%) и среднего возраста (54,5%). Достоверные различия определяются как между лицами молодого возраста и пожилого ($p < 0,01$, $\phi = 2,638$), так и между лицами среднего и пожилого возрастов ($p < 0,01$, $\phi = 3,867$).

Оценивалось имелись ли в ближайшем окружении респондентов лица, которые переболели новой коронавирусной инфекцией и степень тяжести течения заболевания. Ответ на этот вопрос давал возможность сделать множественный выбор. У 1366 (32,7%) опрошиваемых близ-

кие переболели бессимптомно, у 3059 (73,3%) — в легкой форме. Практически у половины исследуемых были в ближайшем окружении лица, которые перенесли заболевание в тяжелой форме (требовалась госпитализация) — 1919 (46,0%) и у большого количества — 934 (22,4%) близкие умерли в связи с коронавирусной инфекцией. Только у 471 (11,3%) человека среди близких не было лиц, переболевших данным заболеванием.

Среди населения имеются разные представления о пользе и необходимости прививок вообще, о вакцинации от различных заболеваний. Ответы распределились примерно равномерно по 4 типам отношения к вакцинации. Достоверных различий по возрастным группам по этой переменной выявлено не было.

Среди респондентов стараются избежать любой вакцинации 1023 (24,5%) человека, иногда делают прививки — 1136 (24,2%), всегда соблюдают график прививок — 786 (18,8%), делают прививку по рекомендации специалистов — 1227 (29,4%).

Основной целью исследования являлось выяснение отношения населения к вакцинации против коронавирусной инфекции. Треть обследуемых (35,7%) считают прививку полезной, в то же время треть (32,2%) сомневается в ее эффективности. Считает прививку ненужной 8,7% респондентов, опасной — 12,2%. Безразличное отношение к прививке сформировалось у 5,9% опрошенных.

Имеется связь между отношением к прививке и возрастом опрошиваемых (Табл.1). Среди лиц пожилого и старческого возраста достоверно меньше респондентов, считающих прививку против коронавирусной инфекции ненужной, опасной или недостаточно эффективной, чем среди лиц молодого и среднего возраста ($p < 0,01$), и больше удельный вес тех, кто считает ее полезной ($p < 0,01$).

Имеются также и различия по полу в отношении к прививке — среди мужчин больше тех, кто считает ее полезной, чем среди женщин ($p < 0,01$, $\phi = 6,957$), и меньше респондентов, которые сомневаются в эффективности ($p < 0,01$, $\phi = 4,405$).

Большая часть опрошенных не испытывают опасений, связанных с возможной нехваткой вакцины — 3579 (85,8%), такие опасения отмечают 500 человек (12,0%), сильно опасаются — 93 (2,2%).

На вопрос анкеты, относительно конкретных действий респондентов по отношению к собственной вакцинации 508 (12,2%) человек отметили, что уже привились, 553 (13,3%) — планируют привиться в ближайшее время, 1449 (34,7%) собираются принимать решения на основании данных об отдаленных последствиях и результатах вакцинации, 1287 (30,8%) указали, что не планируют прививаться, 375 (9,0%) — имеют медицинские противопоказания (Рис.1).

Имеются достоверные различия по возрастным группам. Среди лиц молодого возраста больше респондентов, которые не планируют прививаться, чем среди лиц среднего ($p < 0,01$, $\phi = 8,664$) и пожилого ($p < 0,01$, $\phi = 8,443$), меньше, которые планируют привиться в ближайшее время

Таблица 1. Отношение к вакцинации против COVID-19 в разных возрастных группах
Table 1. COVID-19 vaccination attitude in different age groups

Отношение к прививке против COVID-19	Возрастные группы (ВОЗ)			Всего
	Группа I (18-44 года)	Группа II (46-54 лет)	Группа III (60-89 лет)	
Считаю ее не нужной	286 10,2%	67 6,4%	9 2,9%	362 (8,7%)
	I и II, $p < 0,01$, $\phi = 3,82$ I и III, $p < 0,01$, $\phi = 5,01$			
Считаю ее полезной	843 30,0%	473 44,9%	173 56,7%	1489 (35,7%)
	I и II, $p < 0,01$, $\phi = 8,581$ I и III, $p < 0,01$, $\phi = 9,057$ II и III, $p < 0,01$, $\phi = 3,629$			
Считаю ее опасной	382 13,6%	109 10,4%	18 6,1%	509 (12,2%)
	I и II, $p < 0,01$, $\phi = 2,713$ I и III, $p < 0,01$, $\phi = 4,379$ II и III, $p < 0,01$, $\phi = 2,553$			
Сомневаюсь в эффективности	946 33,6%	314 29,8%	84 27,5%	1344 (32,2%)
	I и II, $p < 0,01$, $\phi = 2,325$ I и III, $p < 0,05$, $\phi = 2,206$			
Отношусь безразлично	213 7,6%	25 2,4%	8 3,3%	246 (5,9%)
Другое	144 5,1%	65 6,2%	13 5,9%	222 (5,3%)
Всего	2814 100,0%	1053 100,0%	305 100,0%	4172 (100%)



Рис. 1. Диаграмма распределения видов поведения в отношении вакцинации
 Fig. Diagram Vaccination behavior types distribution

($p < 0,01$, $\varphi = 3,332$; $\varphi = 4,894$) и меньше уже привитых ($p < 0,01$, $\varphi = 6,45$; $\varphi = 3,202$).

Важным для оценки отношения респондентов к вакцинации против новой коронавирусной инфекции является насколько опрошиваемые готовы рекомендовать друзьям и близким прививку и каким образом это связано с их отношением к этой профилактической мере. Менее трети участвующих в исследовании отметили, что они будут рекомендовать прививку — 1166 (27,9%). Среди остальных — 1656 (39,7%) не готовы ее рекомендовать, 249 (6,0%) — намерены активно отговаривать окружающих, 1101 (26,4%) еще не определились с решением. Респонденты, которые готовы рекомендовать прививку друзьям и близким, в своем большинстве сами считают ее полезной (88,4%). Опрошиваемые, которые ответили, что постараются отговорить близких или не планируют ее рекомендовать, считают ее или опасной (54,2% и 19,4% соответственно), или ненужной (26,1% и 13,7%), или неэффективной (2,8% и 56,3%) (Табл. 2).

Отношение к вакцинации проявляется и во многом формируется в зависимости от тех результатов, которые демонстрирует вакцинация в разных странах, от данных, предоставляемых средствами массовой информации, официальными государственными и медицинскими источниками. Оценивалось, насколько опрошиваемые интересуются ходом вакцинации, следят за результатами и эффективностью прививок. Внимательно следит 617 (14,8%) человек, сообщают, что следят в некоторой степени, треть респондентов — 1286 (30,8%), в несколько меньшей степени интересуются 1084 (26,0%). Треть респондентов — 1185 (18,44%) не следит за результатами вакцинации. Не интересуются результатами вакцинации в большей степени те респонденты, которые считают прививку не нужной (60,8% из этой группы) и относятся безразлично (54,1%). Значительное количество лиц, которые считают вакцину опасной или сомневаются в ее эффективности, продолжают интересоваться результатами (61,7% и 68,1% соответственно).

Вероятно осторожное отношение населения к вакцинации может быть связано со страхом предполагаемых осложнений. Из всей выборки всего 777 (18,6%) человек не боится возможных осложнений, немного опасаются — 1140 (27,3%), умеренно опасаются — 966 (23,2%), сильно опасаются — 679 (16,3%), очень сильно опасаются — 610 (14,6%). В группе лиц, которые очень сильно опасаются осложнений от вакцинации, больший удельный вес тех, кто в целом считает ее опасной (41,3%) или сомневается в эффективности (31,6%). Необходимо отметить, что из медицинских работников достоверно в меньшей степени опасаются осложнений от прививки врачи по сравнению со всеми другими категориями медицинских работников и респондентами, не связанными с медицинской деятельностью ($p < 0,01$).

Из всей выборки 1337 (32,0%) человек страдают каким-либо хроническим заболеванием (напр., гипертоническая болезнь, сахарный диабет, бронхиальная астма, ожирение). Среди них больше людей, которые сильно или очень сильно опасаются осложнений ($p < 0,01$, $\varphi = 3,918$). И достоверно меньше тех, кто считает вакцинацию ненужной — 78 (5,8%) ($p < 0,01$, $\varphi = 4,762$).

В литературе имеется некоторые публикации, в которых исследовалось отношение к новой коронавирусной инфекции лиц с различными психическими расстройствами. Среди обследованных 1074 (25,7%) человека отметили, что имеют проблемы, связанные с психическим здоровьем (тревога, депрессия, психотические нарушения, биполярное расстройство и др.). Среди пациентов с психотическими нарушениями и биполярным расстройством удельный вес пациентов, которые сильно и очень сильно опасаются осложнений от прививок, достоверно больше ($p < 0,01$).

Несмотря на предпринимаемые меры и снижение в феврале и марте уровня заболеваемости в России, две трети респондентов испытывают в различной степени опасения заболеть коронавирусной инфекцией. Не испытывают таких опасений 1515 (36,3%), немного опасаются — 1227 (29,4%), умеренно опасаются — 1096 (26,3%), сильно опасаются — 235 (5,6%), очень сильно опасаются — 99 (2,4%). Среди лиц молодого возраста больший удельный вес тех, кто не испытывают страха заболеть коронавирусом (41,5%) по сравнению как с группой среднего возраста (27,7%) ($p < 0,01$, $\varphi = 8,055$), так и пожилого и старческого (18,3%) ($p < 0,01$, $\varphi = 8,51$).

Несмотря на то, что треть респондентов сами не испытывают страха заболеть, только у 466 (11,2%) не возникают опасения, что заболеет или умрет член их семьи, немного опасаются 602 (14,4%), в средней степени — 1496 (35,9%), сильно — 768 (18,4%) и очень сильно — 840 (20,1%). Во всех группах лиц, которые опасаются за здоровье близких, достоверно больше удельных вес тех, кто считает прививку полезной, по сравнению с теми, у кого таких опасений нет ($p < 0,01$, $\varphi = 6,224$; $\varphi = 10,556$; $\varphi = 10,712$; $\varphi = 8,587$).

Имеется связь между отношением к вакцинации и выраженностью страха заразиться коронавирусом (Табл. 3).

Среди тех, кто не боится заразиться коронавирусом, больше процент тех, кто считает вакцинацию ненужной по сравнению с теми, кто испытывает опасения заболеть ($p < 0,01$ при сравнении со всеми группами). Практически половина среди тех, кто опасается заболеть умеренно (45,5%, $p < 0,01$, $\varphi = 11,525$), сильно (54,5%, $p < 0,01$, $\varphi = 9,086$) и очень сильно (48,5%, $p < 0,01$, $\varphi = 4,984$), уверены в полезности вакцинации, достоверно больше, чем лица, не испытывающие страха заболеть. Эти группы респондентов в меньшей степени сомневаются в эффективности вакцины.

Чуть больше трети респондентов отметили, что совсем не испытывают тревоги из-за сложившейся ситуации с коронавирусом — 1552 (37,2%) че-

Таблица 2. Сопряженность между отношением к вакцинации против COVID-19 и готовностью рекомендовать прививку ближайшему окружению
Table 2. Conjunction between COVID 19 vaccination attitude and readiness to recommend immunization to the close ones

Отношение к вакцинации против COVID-19 (Q2_015)		Будете ли Вы рекомендовать привиться своим близким и друзьям? (Q2_020)				Всего
		Постараюсь их отговорить	Нет, не буду	Не решил	Да, буду	
Считаю ее не нужной	Количество	65	227	32	38	362
	% в Q2_015	18,0%	62,7%	8,8%	10,5%	100,0%
	% в Q2_020	26,1%	13,7%	2,9%	3,3%	8,7%
	% общего итога	1,6%	5,4%	0,8%	0,9%	8,7%
Считаю ее полезной	Количество	1	140	317	1031	1489
	% в Q2_015	0,1%	9,4%	21,3%	69,2%	100,0%
	% в Q2_020	0,4%	8,5%	28,8%	88,4%	35,7%
	% общего итога	0,0%	3,4%	7,6%	24,7%	35,7%
Считаю ее опасной	Количество	135	322	50	2	509
	% в Q2_015	26,5%	63,3%	9,8%	0,4%	100,0%
	% в Q2_020	54,2%	19,4%	4,5%	0,2%	12,2%
	% общего итога	3,2%	7,7%	1,2%	0,0%	12,2%
Сомнева-юсь в эффективности	Количество	38	757	487	62	1344
	% в Q2_015	2,8%	56,3%	36,2%	4,6%	100,0%
	% в Q2_020	15,3%	45,7%	44,2%	5,3%	32,2%
	% общего итога	0,9%	18,1%	11,7%	1,5%	32,2%
Отношусь безразлично	Количество	3	119	109	15	246
	% в Q2_015	1,2%	48,4%	44,3%	6,1%	100,0%
	% в Q2_020	1,2%	7,2%	9,9%	1,3%	5,9%
	% общего итога	0,1%	2,9%	2,6%	0,4%	5,9%
Другое	Количество	7	91	106	18	222
	% в Q2_015	3,2%	41,0%	47,7%	8,1%	100,0%
	% в Q2_020	2,8%	5,5%	9,6%	1,5%	5,3%
	% общего итога	0,2%	2,2%	2,5%	0,4%	5,3%
Всего	Количество	249	1656	1101	1166	4172
	% в Q2_015	6,0%	39,7%	26,4%	27,9%	100,0%
	% в Q2_020	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% общего итога	6,0%	39,7%	26,4%	27,9%	100,0%

ловека, редко испытывают тревогу — 1056 (25,3%), иногда — 1182 (28,3%), часто — 283 (6,8%), очень часто — 99 (2,4%). Среди тех, кто часто и очень часто испытывает тревогу из-за ситуации с коронавирусом, большое количество тех, кто считает вакцину полезной (44,9% и 54,5% соответственно), достоверно больше, чем среди тех, кто

не испытывает тревогу (26,0%) ($p < 0,01$, $\phi = 6,173$; $\phi = 5,701$).

Лица, которые очень часто испытывают тревогу, в меньшей степени сомневаются в эффективности вакцины, всего 21,2%, что ниже, чем в других группах, где тревожность отмечалась реже ($p < 0,05$, $\phi = 2,306$).

Таблица 3. Сопряженность между отношением к вакцинации против COVID-19 и страхом заразиться коронавирусной инфекцией

Table 3. Conjunction between vaccination attitude and COVID 19 contamination fear

Отношение к вакцинации против COVID-19 (Q2_015)		Боязнь заразиться коронавирусом (Q2_027)					Всего
		Нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно	
Считаю ее не нужной	Количество	221	84	39	11	7	362
	% в Q2_015	61,0%	23,2%	10,8%	3,0%	1,9%	100,0%
	% в Q2_027	14,6%	6,8%	3,6%	4,7%	7,1%	8,7%
	% общего итога	5,3%	2,0%	0,9%	0,3%	0,2%	8,7%
Считаю ее полезной	Количество	364	450	499	128	48	1489
	% в Q2_015	24,4%	30,2%	33,5%	8,6%	3,2%	100,0%
	% в Q2_027	24,0%	36,7%	45,5%	54,5%	48,5%	35,7%
	% общего итога	8,7%	10,8%	12,0%	3,1%	1,2%	35,7%
Считаю ее опасной	Количество	245	121	109	21	13	509
	% в Q2_015	48,1%	23,8%	21,4%	4,1%	2,6%	100,0%
	% в Q2_027	16,2%	9,9%	9,9%	8,9%	13,1%	12,2%
	% общего итога	5,9%	2,9%	2,6%	0,5%	0,3%	12,2%
Сомневаюсь в эффективности	Количество	498	430	332	58	26	1344
	% в Q2_015	37,1%	32,0%	24,7%	4,3%	1,9%	100,0%
	% в Q2_027	32,9%	35,0%	30,3%	24,7%	26,3%	32,2%
	% общего итога	11,9%	10,3%	8,0%	1,4%	0,6%	32,2%
Отношусь безразлично	Количество	122	71	46	4	3	246
	% в Q2_015	49,6%	28,9%	18,7%	1,6%	1,2%	100,0%
	% в Q2_027	8,1%	5,8%	4,2%	1,7%	3,0%	5,9%
	% общего итога	2,9%	1,7%	1,1%	0,1%	0,1%	5,9%
Другое	Количество	65	71	71	13	2	222
	% в Q2_015	29,3%	32,0%	32,0%	5,9%	0,9%	100,0%
	% в Q2_027	4,3%	5,8%	6,5%	5,5%	2,0%	5,3%
	% общего итога	1,6%	1,7%	1,7%	0,3%	0,0%	5,3%
Всего	Количество	1515	1227	1096	235	99	4172
	% в Q2_015	36,3%	29,4%	26,3%	5,6%	2,4%	100,0%
	% в Q2_027	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% общего итога	36,3%	29,4%	26,3%	5,6%	2,4%	100,0%

Страх умереть из-за коронавируса не испытывает 2048 (49,1%) человек, немного испытывает — 1624 (38,9%), сильно — 317 (7,6%), очень сильно — 183 (4,4%).

Изучались факторы, влияющие на формирование отношения к вакцинации среди населения. При заполнении анкеты опрошиваемые имели возможность множественного выбора ответов. В большей степени респонденты ориентируются на сообщения ученых, врачей и других экспертов (83,6%). Мнение членов семьи и друзей (22,5%), средства массовой информации (19,7%), социальные сети (15,7%) имеют значительно меньшее влияние. Заявления и мнение общественных деятелей обладают самым низким уровнем доверия населения (10,9%), существенно ниже по сравнению с учеными и врачами ($p < 0,01$, $\phi = 73,675$).

Имеется связь между образованием респондентов и долей лиц, отмечавшей значимое влияние того или иного фактора. Среди людей с высшим образованием достоверно большее количество отмечало существенное влияние ученых, врачей и экспертов на их отношение к вакцинации по

сравнению с теми, кто имел среднее образование (87,3% и 66,7% соответственно, $p < 0,01$, $\phi = 11,87$). Среди лиц со средним образованием респондентов, которые отмечали влияние средств массовой информации (32,5%) и социальных сетей (23,8%) больше, чем среди лиц с высшим образованием (16,2% — $p < 0,01$, $\phi = 9,0333$ и 13,1% — $p < 0,01$, $\phi = 6,573$ соответственно).

В качестве отдельного блока анкеты был включен опросник об отношении к вакцинации из 12 вопросов, включающий 4 шкалы: «Недоверие к пользе вакцины», «недоверие по поводу непредвиденных последствий в будущем, связанное с вакциной», «Опасения по поводу коммерческой спекуляции», «Предпочтение естественного иммунитета». Респонденты отмечали свое отношение у имеющимся в опроснике утверждениям по 6-балльной шкале от 1 (абсолютно не согласен) до 6 (абсолютно согласен). Подсчитывалось среднее значение. Показатели в диапазоне от 1 до 3 свидетельствуют о несогласии с утверждениями, от 3 до 4 — о нейтральном отношении, от 4 до 6 — о согласии с утверждениями. Также проводилось из-

учение ответов респондентов в разных возрастных группах.

В целом опасения респондентов в большей степени связаны с беспокойством относительно возможных негативных осложнений от вакцины, которые на настоящий момент не очевидны или не известны (4,19). Обследуемые всех возрастных групп имеют представления, что вакцина недостаточно изучена и может негативно повлиять на здоровье в будущем. Среди респондентов не поддерживаются идеи о коммерческой спекуляции на вакцинации, о том, что вакцины больше выгодны фармацевтическим компаниям, чем населению, а сама программа вакцинации является профанацией (2,99). Лица молодого возраста не считают, что вакцинация им дает чувство безопасности (2,98), в отличие от лиц среднего возраста и пожилых, которые согласны с тем, что вакцины могут остановить серьезные инфекционные заболевания (4,02 и 4,27).

Заключение. На этапе старта профилактических программ, связанных с вакцинацией населения против новой коронавирусной инфекции, имеются различные тенденции по отношению к прививке. Треть опрошенных считает прививку полезной, такая же часть сомневается в ее эффективности. Около четверти респондентов воспринимают ее как ненужную, опасную или относятся безразлично. Эти представления отражаются на выборе поведения и принятии решения относительно собственной вакцинации. Треть из всей выборки отмечает, что не планирует прививаться, такое же количество сомневается в принятии решения и ориентируется на более отдаленные результаты проводимой в стране программы вакцинации.

Привито уже 12,2%, планирует вакцинироваться в ближайшее время 13,3%. Лица молодого возраста в меньшей степени ориентированы на вакцинацию по сравнению с лицами среднего и пожилого возраста. Среди факторов, которые связаны с тем или иным отношением к вакцинации можно выделить возраст респондентов. Лица пожилого и старческого возраста относятся к прививке с большим доверием, чем молодые люди. Имеет значение также половая принадлежность — среди мужчин больше тех, кто считает вакцину полезной и меньше тех, кто сомневается, по сравнению с женщинами. Вероятно, недо-

статочная активность в отношении вакцинации связана с опасениями возможных осложнений, что подтверждается полученными в исследовании данными. Отношение к прививке определяет активность населения и в отношении настроенности рекомендовать вакцинирование своим близким и друзьям. Только менее трети опрошиваемых готовы это делать. Большая часть респондентов в различной степени испытает страх заболеть коронавирусной инфекцией, беспокойство за здоровье своих близких, тревогу из-за сложившейся ситуации с коронавирусом в целом. Наличие этих переживаний способствует более позитивному отношению к вакцинации. Среди факторов, оказывающих влияние на отношение к вакцинации, большее значение имеют сообщения ученых, врачей и экспертов в этой области, что в целом отражает доверие населения к информации, получаемой из этих источников. В целом среди населения уровень доверия к вакцине можно в настоящий момент оценивать как средний. Среди лиц молодого возраста представления о пользе вакцины более скептическое, чем у лиц среднего и пожилого возраста. Большая часть опасений связана с возможными негативными непредвиденными последствиями, которые могут быть результатом вакцинации в будущем.

Полученные данные отражают отношение населения к программе вакцинации, которое оценивалось через 2 месяца после ее старта. Анализ показал связь определенных социально-демографических характеристик и индивидуального опыта пандемии COVID-19 с отношением к вакцинации. Учитывая важность формирования среди населения адекватных представлений о борьбе с новой коронавирусной инфекцией, психосоциальные интервенции, направленные на увеличение приверженности к вакцинации, должны носить адресный характер и воздействовать на те мишени, которые связаны с настороженным отношением населения к профилактическим мероприятиям. Результаты исследования целесообразно учитывать при планировании стратегии информирования населения, адресного формирования мотивации у различных социальных и возрастных групп.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Васильева А.В. Пандемия и адаптационные тревожные расстройства: возможности терапии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020; 120(5):146–152. Vasileva AV. Pandemia and mental adjustment disorders. Therapy options. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2020; 120(5):146–152. (In Russ.) doi: 10.17116/jnevro2020120051146
2. Васильева А.В. Первая конференция по инфодемологии ВОЗ: мультидисциплинарное сотрудни-

чество в противодействии дезинформации в период пандемии COVID-19. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2020; (3):93-95. Vasileva AV. First WHO Infodemiology Conference: multidiscipline Cooperation in Tackling Misinformation during COVID-19 Pandemic. Obzrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M.Bekhtereva. 2020; 3:93-95. (In Russ.) doi: 10.31363/2313-7053-2020-3-93-95 18

3. Мясищев В.Н. О генетическом понимании психоневрозов. В кн.: *Болезнь и здоровье, психотерапия и сопереживание*. 2-е изд., перераб. и доп. Под общ. ред. Н.Г. Незнанова; авт.-сост.: А.В. Васильева, Т.А. Караваева. — СПб.: ООО Издательский Дом «Алеф-Пресс». 2019:8-39.
Myasishchev V.N. O geneticheskoy ponimaniy psikhonevrozov. V kn.: *Bolezn' i zdorov'e, psikhoterapiya i soperezhivanie*. 2-e izd., pererab. I dop. Pod obshch. red. N.G. Neznanova; avt.-sost.: A.V. Vasileva, T.A. Karavaeva. — SPb.: ООО Izdatel'skii Dom "Alef-Press". 2019:8-39.
 4. Burki TK. The Russian vaccine for COVID-19. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020; 8:85-86. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30402-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30402-1)
 5. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger JA. Vaccine hesitancy, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2013; 9:1763-1773. <https://doi.org/10.4161/hv.24657>
 6. Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine [published correction appears in *Nat Med*. 2021 Jan 11;]. *Nat Med*. 2021; 27(2):225-228. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9>
 7. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015; 33:4161-4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
 8. Sallam M. COVID-19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review of Vaccine Acceptance Rates. *Vaccines*. 2021; 9(2):160. <https://doi.org/10.3390/vaccines9020160>
 9. Sallam M, Dababseh D, Eid H, et al. Low COVID-19 Vaccine Acceptance Is Correlated with Conspiracy Beliefs among University Students in Jordan. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(5):2407. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052407>
 10. Shen SC, Dubey V. Addressing vaccine hesitancy: Clinical guidance for primary care physicians working with parents. *Can Fam Physician*. 2019; 65(3):175-181.
 11. Ten threats to global health in 2019. World health organization. 2019. Доступно: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- Поступила 30.03.2021
Received 30.03.2021
Принята в печать 26.05.2021
Accepted 26.05.2021
Дата публикации 30.07.2021
Date of publication 30.07.2021

Обозрение психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева, 2021, Т. 55, № 2, с. 37-44,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-37-44>

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology,
2021, T. 55, no 2, pp. 37-44,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-37-44>

Эффективность нейротропной терапии при лечении непсихотических психических расстройств у пациентов, перенёсших церебральный инсульт

Михайлов В.А., Лукина Л.В., Сафонова Н.Ю.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Цель исследования: уточнить распространённость непсихотических психических нарушений в популяции больных, перенесших церебральный инсульт, и оценить потенциальные возможности применения нейротропных препаратов для коррекции отдельных видов психопатологических синдромов. Материалы и методы: обследовано 180 больных в восстановительном периоде мозгового инсульта (давность инсульта в среднем составила $20,7 \pm 6,6$ месяцев): из них 78 мужчин и 102 женщины в возрасте от 39 до 90 лет (средний возраст составил $64,8 \pm 11,2$). Всем больным проводилось нейровизуализационное, экспериментально-психологическое исследование и осмотр психиатра. Результаты: в результате обследования практически у всех пациентов в восстановительном периоде мозгового инсульта (90,5%) были выявлены непсихотические психические нарушения с преобладанием психоастенического синдрома и мнестико-интеллектуальных нарушений, развивающихся на фоне преимущественного поражения лобных долей головного мозга. В результате проведения изолированной нейротропной терапии были решены несколько лечебных задач: проведено лечение очагового неврологического дефицита, уменьшение астении и выраженности мнестико-интеллектуальных нарушений, снижена лекарственная нагрузка на пациента. Заключение: большинство больных в восстановительном периоде инсульта имеют различные психопатологические расстройства, но из-за соматической отягощённости не всегда могут получать психотропную терапию. В этом случае актуально использовать новые подходы к коррекции психопатологических нарушений. Назначение изолированной нейротропной терапии показало достаточно высокую эффективность в коррекции психопатологической составляющей инсульта, что позволяет решать несколько реабилитационных задач. Исследование различных аспектов постинсультных психических нарушений может помочь выявить дополнительные возможности для персонифицированной и безопасной терапии пациентов, перенёсших острое нарушение мозгового кровообращения.

Ключевые слова: церебральный инсульт, непсихотические психические расстройства, когнитивные нарушения, нейротропная терапия

Информация об авторах:

Михайлов Владимир Алексеевич — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Лукина Лариса Викторовна — e-mail: larisalu@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8500-7268>

Сафонова Наталья Юрьевна — e-mail: astarta10@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5847-4936>

Как цитировать: Михайлов В.А., Лукина Л.В., Сафонова Н.Ю. Эффективность нейротропной терапии при лечении непсихотических психических расстройств у пациентов, перенёсших церебральный инсульт. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;55:2:37-44. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-37-44>

Effectiveness of neurotropic therapy in the treatment of non-psychotic mental disorders in patients who have suffered a cerebral stroke

Mikhailov VA, Lukina LV, Safonova NYu

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology

Summary. The purpose of the study: to clarify the prevalence of non-psychotic mental disorders in the population of patients suffered a cerebral stroke, and to assess the potential use of neurotropic drugs for the correction of certain types of psychopathological syndromes. Materials and methods: 180 patients were examined in the recovery period of brain stroke (the average duration of stroke was 20.7 ± 6.6 months): 78 men and 102 women aged 39 to 90 years (the average age was 64.8 ± 11.2). All patients underwent neuroimaging, experimental psychological research and a psychiatrist's examination. Results: as a result of the survey, almost

Автор, ответственный за переписку: Лукина Лариса Викторовна — e-mail: larisalu@yandex.ru

Corresponding author: Larisa L. Lukina — e-mail: larisalu@yandex.ru

all patients in the recovery period of a brain stroke (90.5%) were found non-psychotic mental disorders with a predominance of psychoasthenic syndrome and mnestic-intellectual disorders that develop because of the predominant lesion of the brain frontal lobes. As a result of isolated neurotropic therapy, several therapeutic tasks were solved: treatment of focal neurological deficit, reduction of asthenia and the severity of mnestic-intellectual disorders, reduced drug load on the patient. Conclusion: the majority of patients in the recovery period of stroke have various psychopathological disorders, but due to somatic burden can not always receive psychotropic therapy. In this case, it is important to use new approaches to the correction of psychopathological disorders. The use of isolated neurotropic therapy has shown high efficiency in correcting the psychopathological component of stroke, which allows solving several rehabilitation tasks. Research on various aspects of post-stroke mental disorders can help identify additional opportunities for personalized and safe treatment of patients who have suffered acute stroke.

Key words: cerebral stroke, non-psychotic mental disorders, cognitive violations, neurotropic therapy

Information about the authors:

Vladimir A. Mikhailov — e-mail: vladmikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7700-2704>

Larisa V. Lukina — e-mail: larisalu@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8500-7268>

Natalia Yu. Safonova — e-mail: astarta10@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5847-4936>

To cite this article:

Mikhailov VA, Lukina LV, Safonova NYu. Effectiveness of neurotropic therapy in the treatment of non-psychotic mental disorders in patients who have suffered a cerebral stroke. *V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology*. 2021;55:2:37-44. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-37-44>

Медико-социальная значимость изучения различных аспектов мозгового инсульта обусловлена его превалированием в структуре заболеваемости и смертности населения, а также высокой степенью первичной инвалидизации.

В России проживают более 1 млн. человек, перенесших инсульт, что составляет 0,7% всего населения страны, при этом треть из них — это лица трудоспособного возраста. В нашей стране ежегодно регистрируется более 400 тыс. новых случаев инсульта, из них 8-10% приходится на малый инсульт, заканчивающийся восстановлением нарушенных функций в течение 3 недель, 26-32% составляют повторные случаи заболевания.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инсульт занимает второе место в мире (15,7%) среди причин смертности. Показатель смертности от инсульта составляет более 6 млн. человек, из них более 150 тыс. человек умирают в течение первого года после сосудистой катастрофы. В последние годы отмечается снижение смертности от цереброваскулярных заболеваний — с 2008 по 2016 г. смертность от инсульта в Российской Федерации снизилась на 45% и составила 123 случая на 100 тыс. населения [9], что неизбежно влечёт за собой увеличение числа нетрудоспособных лиц. Данная нозология занимает 1 место среди причин инвалидности, к труду возвращается лишь 12-20% больных [8,9].

В ряде стран до сих пор сохраняется недостаток достоверных данных об эпидемиологических показателях инсульта, поэтому ВОЗ рекомендует проведение унифицированных эпидемиологических исследований [18].

Об инсульте сложился стереотип, как о заболевании, проявляющемся исключительно очаговыми неврологическими (двигательными, речевыми, чувствительными, координаторными, зрительными, расстройствами корковых функций) и/или об-

щемозговыми симптомами (снижение уровня сознания, головная боль, тошнота, рвота, менингеальные знаки) в различных сочетаниях. Однако, острые нарушения мозгового кровообращения в 25-90% случаев сопровождаются различными психическими расстройствами, влияющими на медицинскую, социально-бытовую и трудовую реабилитацию так же, а иногда и более негативно, чем неврологический дефицит, и служат неблагоприятным прогностическим признаком [6, 12, 13].

Актуальность

Клинический полиморфизм инсультов связан с разнообразием его этиологических факторов и патофизиологических особенностей: темпа развития, калибра и локализации поврежденного сосуда, состоятельности коллатерального кровообращения, реологических свойств крови, состояния общей гемодинамики и соматического состояния пациента. Множество патофизиологических составляющих определяют локализацию, размер и характер морфологических изменений в очаге инсульта и, как следствие, — характер неврологического дефицита, а также особенности сопутствующей психопатологической симптоматики. Кроме того, головной мозг по-разному реагирует на острое и хроническое повреждающее воздействие, а вид психопатологических нарушений зависит не только от этиологического и патофизиологического факторов, но и от временного, то есть, как быстро развилось повреждение мозговой ткани. Так при остром повреждении чаще развиваются делириозные нарушения сознания, в то время как при подостром развитии инсульта чаще возникают нарушения в аффективной и когнитивной сферах.

Среди психических расстройств в остром периоде инсульта преобладают экзогенно-органические нарушения и, в первую очередь, качественные и количественные нарушения сознания. В восстано-

вительном периоде около 80% случаев психических расстройств представлены симптомами непсихотического уровня [3,4], которые как поведенческим, так и по патофизиологическим механизмам снижают комплаентность больных, препятствуют проведению полноценной реабилитации и могут ухудшать прогноз пациента [6,9,12].

Кроме непосредственного поражения стратегически значимых зон головного мозга с нарушением баланса нейротрансмиттерных систем, развитие психических нарушений при инсульте может быть вызвано перенапряжением адаптационных резервов психики, напряженностью механизмов психологических защит, а также реакцией личности на тяжёлую болезнь. Инсульт нарушает социальную, профессиональную, семейную сферы жизни и лишает больного жизненных перспектив, что вызывает необходимость перестройки всей личностной ориентации заболевшего. В свою очередь психические расстройства являются доказанным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [5], формируя «порочный» круг между нарушением мозгового кровообращения и развитием психопатологии.

Наблюдаемое разнообразие изменений психики у больных с различными типами церебральных инсультов наглядно демонстрирует связь между топикой цереброваскулярного очага и видом психического расстройства. Локализация и размер инсультного очага в головном мозге определяет степень угнетения сознания и многообразие психических нарушений у больных (Верещагин Н.В. и соавт., 2002). Например, риск развития постинсультной депрессии больше в случаях поражения доминантного полушария головного мозга, а частота встречаемости и выраженность депрессии выше при локализации инсультного очага в области таламуса, лимбико-ретикулярного комплекса, определяющего состояние эмоциональной сферы [1,2]. Данные о взаимосвязи поражения определённых отделов головного мозга с развитием психопатологических состояний позволяют изменить подход к диагностике и терапии постинсультных психических расстройств и помогают определить потенциальную необходимость проведения специфической психотропной терапии.

Основным принципом реабилитации больного с церебральным инсультом является первостепенное лечение соматического заболевания, повлекшего за собой сосудистую катастрофу [7]. Кроме этиопатологической коррекции, проводятся курсы лекарственной терапии, направленной на улучшение мозговой гемодинамики и метаболизма, а также восстановление локального неврологического дефицита. Однако коррекция только факторов инсульта без лечения сопутствующих психических расстройств не приводит к уменьшению жалоб и улучшению состояния пациента (Старчина Ю.А. с соавт., 2005). Некоторые авторы предлагают превентивно применять антидепрессанты после инсульта, для улучшения прогноза жизни таких пациентов [17]. Сложность ведения пациента в постинсультном периоде заключается в том,

что одновременное назначение этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии может приводить к полипрагмазии, создавая большую лекарственную нагрузку на организм больного, а также затрудняет оценку возможного взаимодействия лекарственных препаратов между собой.

Расстройства психики после инсульта являются потенциально регулируемым фактором, поэтому их ранняя диагностика и своевременное купирование могут обеспечить наиболее благоприятный клинический исход и способствовать успешной психосоциальной адаптации больных. Однако, проведение психотропной терапии часто бывает противопоказано больным, перенесшим инсульт, по причине их соматической отягощённости. В таких случаях необходимо искать новые подходы к коррекции психических расстройств, понимая единство механизма их возникновения с острым нарушением мозгового кровообращения.

В настоящее время активно обсуждается использование принципиально новых групп препаратов, воздействующих на патогенетические механизмы развития постинсультных психических расстройств и позволяющих предотвратить их негативное влияние на прогноз и реабилитацию [10,11,12]. Так препараты, содержащие Омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты, по отдельности эффективно используются для лечения большого эпизода депрессии [15] и профилактики церебрального инсульта [14].

Также изучается влияние нейропротективной терапии на постинсультную психопатологическую симптоматику. Особенностью этого вида лечения является не только ингибирование перекисного окисления липидов в клетках головного мозга и модуляция нейротрансмиттеров, но положительное влияние на нарушения в биоэлектрическом паттерне головного мозга, выявляемые на электроэнцефалограмме. Когнитивные расстройства часто сопровождаются увеличением активности дельта-, тета- и быстрых бета-волн, в то время как альфа- и медленная бета-активность снижается. Таким образом, данная группа препаратов косвенным образом позволяет купировать непсихотические психические расстройства. [10,11,12,16].

В связи с актуальностью психических расстройств у неврологических пациентов, всё большее развитие и популярность приобретает такое направление, как поведенческая неврология, представляющая собой научное знание, зародившееся на стыке неврологии и психиатрии. Исследование различных аспектов постинсультных психических нарушений может помочь выявить дополнительные возможности для персонифицированной и безопасной терапии пациентов, перенёвших острое нарушение мозгового кровообращения.

Целью данного исследования было уточнить распространённость непсихотических психических нарушений в популяции больных, перенесших церебральный инсульт, и оценить потенциальные возможности применения нейротропных

препаратов для коррекции отдельных видов психопатологических синдромов.

Материалы и методы

Было обследовано 180 больных в восстановительном периоде мозгового инсульта: из них 78 мужчин и 102 женщины в возрасте от 39 до 90 лет (средний возраст составил $64,8 \pm 11,2$). Давность перенесенного инсульта была от 1 до 40 месяцев (в среднем $-20,7 \pm 6,6$ месяцев).

Критериями включения пациентов являлось указание в анамнезе на перенесенный инсульт, развившийся не менее месяца и не более 4-х лет назад, наличие постинсультных не психотических психических расстройств, выявление противопоказаний к назначению психотропной терапии или отказ пациента от её приёма.

Среди этиологических факторов инсульта ведущее место занимало сочетание гипертонической болезни и атеросклероза мозговых артерий (68,3%). Реже церебральный инсульт развивался на фоне изолированного церебрального атеросклероза (13,9%) и гипертонической болезни (7,8%), а также сочетания гипертонии, атеросклероза и аритмии (10,0%). Общая характеристика пациентов представлена в Табл.1.

Таблица 1. Общая характеристика больных Table 1. General characteristics of patients		
Общая характеристика		Число наблюдений, (%)
Пол	Мужчины	78 (43%)
	Женщины	102 (57%)
Этиология	Гипертоническая болезнь и атеросклероз	123 (68,3%)
	Атеросклероз мозговых сосудов	25 (13,9%)
	Гипертоническая болезнь, атеросклероз, аритмия	18 (10,0%)
	Гипертоническая болезнь	14 (7,8%)

Из сопутствующих заболеваний у 37 пациентов был в анамнезе сахарный диабет второго типа, у 24 — пароксизмальные нарушения ритма, у одного — имела место перенесённая тромбоэмболия, 32 человека курили, 10 злоупотребляли алкоголем.

Постинсультная неврологическая симптоматика у больных была представлена различной степени выраженности гемипарезами, нарушением поверхностной чувствительности, вестибуло-атактическими нарушениями, расстройствами речи.

Больные, включённые в исследование, по результатам МРТ имели признаки очаговых изменений различного размера и локализации, в том числе лакунарные инфаркты головного мозга.

В большинстве случаев (84%), по данным МРТ головного мозга, отмечалась полушарная локализация очагов, реже — в стволе головного мозга (15%) и в мозжечке — в 1% случаев.

В связи с соматической отягощённостью или отказом от приёма психотропной терапии все пациенты исследуемой группы получали только этиотропное и нейрометаболическое лечение.

Результаты

Все пациенты были осмотрены психиатром и медицинским психологом (проведено тестирование по шкалам MMSE, FAB, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкале Цунга). Психические нарушения различной степени выраженности были выявлены у 163 пациентов (90,5%), что свидетельствует о широкой распространённости психических расстройств в популяции постинсультных больных. По данным разных исследований, распространённость аффективных нарушений после инсульта достигает 30-60%. Однако, некоторые авторы, констатируют, что у всех больных после острого нарушения мозгового кровообращения возникают аффективные расстройства, при этом риск возникновения деменции увеличивается до 12 раз [17]. Подтипы выявленных психических нарушений представлены на Рис.1.

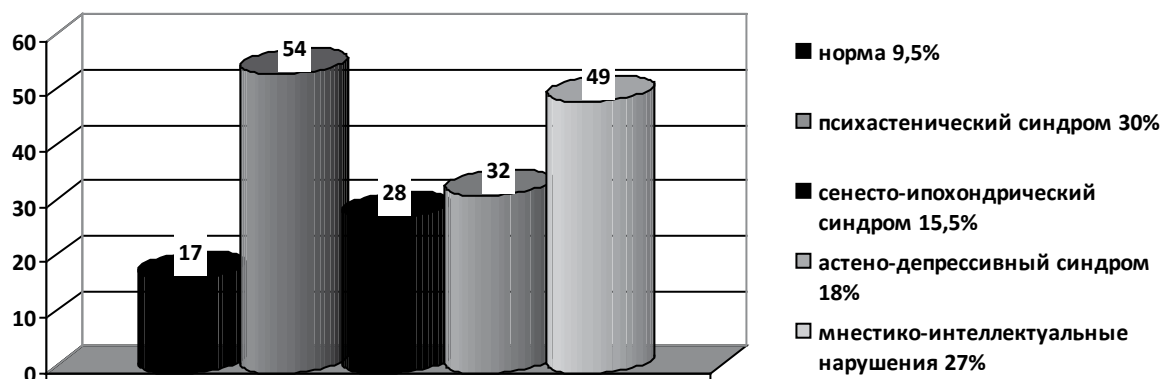


Рис. 1. Психические расстройства после перенесенного ОНМК
Fig. 1. Mental disorder after suffering a stroke

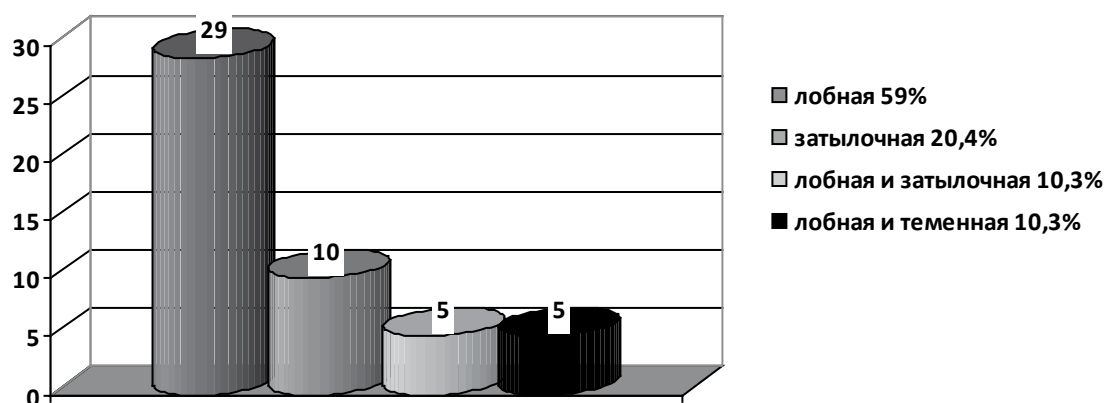


Рис. 2. Расположение очагов по долям у пациентов с мнестико-интеллектуальными нарушениями
Fig. 2. The location of the lesions on the fraction of patients with mnestic-intellectual disability

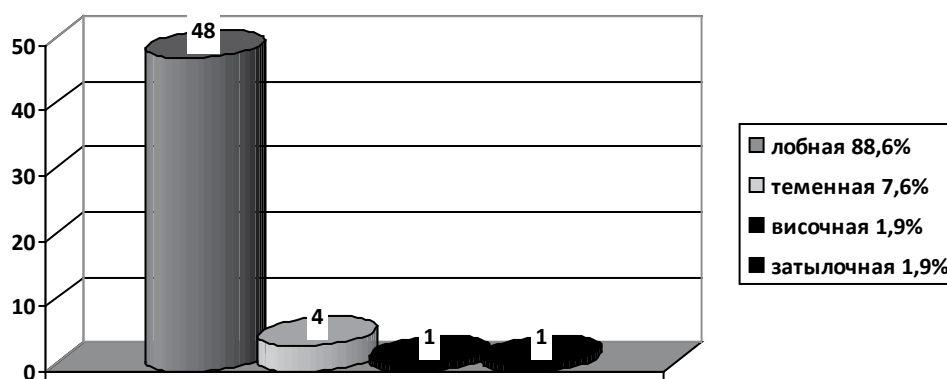


Рис. 3. Расположение очагов по долям у пациентов с психастеническим синдромом
Fig. 3. The location of the lesions on the fraction of patients with psychasthenic syndrome

У 54 больных исследуемой группы был диагностирован психастенический синдром (30%), у 49 человек мнестико-интеллектуальные нарушения (27%), у 33 — астено-депрессивный (18%) и у 27 пациентов выявлен сенесто-ипохондрический синдром (15,5%). Только у 17 больных (9,5%) не было нарушений психического состояния.

При исследовании МР-семиотики очаговых поражений у 49 больных с постинсультными когнитивными нарушениями были получены данные, представленные на Рис.2.

В 59% наблюдений у пациентов с выявленными мнестико-интеллектуальными нарушениями очаги локализовались в лобных долях мозга, в 20,4% случаев — в затылочных долях. Реже выявлялось сочетание очагов в лобной и теменной долях (10,3%) и лобно-затылочных (10,3%) очагов.

Была рассмотрена локализация очагов у 54 больных со вторым по частоте встречаемости психопатологическом синдроме в исследуемой группе пациентов. Данные по локализации очагов представлены на Рис.3.

При выявлении астенического синдрома, также преобладало очаговое поражение лобной доли (88,6%), реже очаги фиксировались в теменной (7,6%), височной (1,9%) или затылочной (1,9%) долях.

Таким образом, развитие наиболее часто встречающихся после инсульта непсихотических психических нарушений — мнестико-интеллектуальных и психастенических синдромов, чаще отмечалось при поражении лобных долей головного мозга.

В связи с соматической отягощенностью пациентов, назначение психотропной терапии для коррекции непсихотических психических расстройств им было противопоказано. Кроме того, патогенез психопатологии при инсультах сложен и не до конца изучен. Непсихотические психические расстройства могут быть обусловлены как реакцией личности на болезнь, так и поражением определенных мозговых структур с нарушением баланса нейромедиаторов. В связи с этим в индивидуальные программы постинсультной меди-

каментозной реабилитации были включены нейротропные препараты (цитиколин, церебролизин, холина альфасцерат), оказывающие активирующее влияние на модуляции нейротрансмиттерных систем. Пациенты получали препараты в стандартных дозировках, продолжительность курса составила от 3 до 6 недель.

После курса нейротропной терапии, пациенты повторно осматривались психиатром и, было обнаружено, что непсихотические психические расстройства сохранялись у 108 (60,5%) пациентов, у 72 (39,5%) — купировались полностью. Результаты обследования пациентов представлены в Табл.2.

Таблица 2. Непсихотические психические нарушения у пациентов в восстановительном периоде до и после курса лечения
Table 2. Nonpsychotic mental disorders in patients during the recovery period before and after treatment

Синдром	До лечения		После лечения	
	Число пациентов	%	Число пациентов	%
Норма	17	9,5	72	40
Психастенический	54	30	28	15,5
Сенесто-ипохондрический	28	15,5	20	11
Астено-депрессивный	32	18	29	16
Мнестико-интеллектуальные нарушения	49	27	31	17,5
Всего	180		180	

После проведения курса нейротропной терапии зафиксировано уменьшение числа выявляемых у пациентов непсихотических психических нарушений: у 40% больных по данным повторного осмотра психиатра отсутствовали психические нарушения, против 9,4% — при первичном осмотре. Наиболее существенно уменьшилась выраженность психастенического синдрома (с 30 до 15,5% пациентов) и интеллектуально-мнестических нарушений (с 27 до 17,5%). Также отмечена положительная динамика и по другим психопатологическим синдромам.

Таким образом, использование нейротропной терапии в курсе восстановительного лечения у пациентов, перенесших мозговой инсульт, способствует не только восстановлению неврологического дефицита, но и уменьшает выраженность непсихотических психических расстройств. Эта особенность может позволить оптимизировать лечение постинсультных больных, имеющих противопоказания к назначению психотропной терапии, а также избежать дополнительной лекарственной нагрузки, там, где есть возможность

восстановления за счет неспецифических препаратов.

Выводы

Восстановительное лечение больных, перенесших церебральный инсульт, является сложной полипрофессиональной задачей, требующей персонализированного назначения этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии, в том числе психотропными препаратами. С накоплением новых знаний, терапия инсульта становится всё более дифференцированной, и уже не вызывает сомнений необходимость лечения не только соматической, но и психической составляющей клиники церебрального инсульта.

Полиэтиологичность инсульта вызывает потребность в одномоментном назначении множества лекарственных средств, что может приводить к избыточной медикаментозной нагрузке на организм пациента. Многие больные в постинсультном периоде из-за соматической отягощенности имеют противопоказания к назначению психотропной терапии или отказываются от её приёма. В этом случае необходимо искать новые подходы к коррекции психопатологических нарушений. Назначение нейротропной терапии пациентам, перенёвшим инсульт, даёт возможность задействовать механизмы нейропластичности, как основы восстановления утраченных вследствие органического повреждения функций мозга, в том числе и психических, и показывает высокую эффективность для коррекции непсихотических психических расстройств.

Полученные нами данные говорят о том, что практически у всех пациентов в восстановительном периоде мозгового инсульта (90,5%) имеют место непсихотические психические нарушения с преобладанием психоастенического синдрома и мнестико-интеллектуальных нарушений, развивающихся на фоне преимущественного поражения лобных долей головного мозга.

Изолированная нейротропная терапия показала достаточную эффективность в лечении астении и мнестико-интеллектуальных нарушений, что позволяет при её назначении решать несколько лечебных задач: проводить лечение очагового неврологического дефицита, коррекцию психопатологической составляющей инсульта и снижать лекарственную нагрузку на пациента.

Необходимо проведения более крупных исследований для того, чтобы рассмотреть эффективность отдельных препаратов, разработать алгоритмы и схемы лечения при различных вариантах непсихотических психических синдромов, развившихся вследствие острого нарушения мозгового кровообращения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература/References

1. Аведисова А.С., Захарова К.В., Гаскин В.В., Самотаева И.С., Аркуша И.А. Апатическая депрессия в пожилом возрасте: кинические и нейровизуализационные характеристики. Международный конгресс, посвященный Всемирному дню инсульта, материалы конгресса. 2017:21.
Avedisova A.S., Zakharova K.V., Gaskin V.V., Samotaeva I.S., Arkusha I.A. Apaticheskaya depressiya v pozhilom vozraste: kinicheskie i nejrovizualizatsionnye harakteristiki. Mezhdunarodnyj kongress, posvyashchennyy Vsemirnomu dnyu insul'ta, materialy kongressa. 2017:7-21 (In Russ).
2. Акжигитов Р.Г., Дачевская И.И., Сорокина И.Б., Тертышник О.Ю., Гудкова А.А. Постинсультная депрессия: клинические характеристики и возможности терапии. Международный конгресс, посвященный Всемирному дню инсульта, материалы конгресса. 2017:21-29.
Akzhigitov R.G., Dachevskaya I.I., Sorokina I.B., Tertishnik O.Yu., Gudkova A.A. Postinsul'tnaya depressiya: klinicheskie harakteristiki i vozmozhnosti terapii. Mezhdunarodnyj kongress, posvyashchennyy Vsemirnomu dnyu insul'ta, materialy kongressa. 2017:21-29. (In Russ).
3. Балунов О.А., Лукина Л.В., Семенова Н.В., Ситник Л.И. Комплексная лечебно-реабилитационная помощь больным с непсихотическими психическими расстройствами, перенесшим церебральный инсульт: методические рекомендации. СПб. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2009:29.
Balunov O.A., Lukina L.V., Semenova N.V., Sitnik L.I. Kompleksnaya lechebno-reabilitatsionnaya pomoshch' bol'nym s nepsihoticheskimi psichicheskimi rasstrojstvami, perenesshim cerebraľnyj insul't: metodicheskie rekomendacii. SPb. NIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2009:29 (In Russ).
4. Буркин М.М., Хяникяйнен И.В. Психические нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ. 2012:208.
Burkin M.M., Hyanikyajnen I.V. Psichicheskie narusheniya pri sosudistyh zabolevaniyah golovnogogo mozga. Petrozavodsk: Izd-vo PetrGU. 2012:208. (In Russ).
5. Васюк Ю.А., Довженко Т.В. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания. М. Московский НИИ психиатрии Минздрава России. 2004:24.
Vasyuk YU.A., Dovzhenko T.V. Depressii i serdechno-sosudistye zabolevaniya. M. Moskovskij NII psichiatrii Minzdrava Rossii. 2004:24. (In Russ).
6. Лупиногина Л.А., Комаровская А.И. Психоэмоциональное состояние у пациентов с разными типами отношения к болезни в остром периоде церебрального инсульта с неврологическими нарушениями легкой и средней степени. Bulletin of the International Scientific Surgical Association. 2018; 7(1):22-26.
Lupinogina LA, Komarovskaya AI. Mental and Emotional State of Patients with Different Types of Attitude to Disease in Acute Cerebral Stroke with Neurological Disorders of Mild and Moderate Degree. Bulletin of the International Scientific Surgical Association. 2018; 7(1):22-26 (In Russ).
7. Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танашиян М.М. «Инсульт. Пошаговая инструкция». М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019:272.
Piradov M.A., Maksimova M.YU., Tanashyan M.M. «Insul't. Poshagovaya instrukciya». M.: GEOTAR-Media, 2019:272 (In Russ).
8. Салдина И.Ю., Ключихина О.А., Шпрах В.В., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в Иркутске по данным территориально-популяционного регистра. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015; 115(9-2):15-19.
Saldina IYu, Klochihina OA, Shprakh VV, Stahovskaya LV. Stroke epidemiology in Irkutsk according to the territorial population register. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2015; 115(9-2):15-19 (In Russ). DOI: 10.17116/jnevro20151159215-19.
9. Скворова В.И., Концевой В.А., Петрова Е.А. и др. Депрессия и парадепрессивные расстройства при церебральном инсульте: эпидемиология, патогенез и факторы риска. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009; 109(8):4-10. Skvortsova VI, Kontsevoi VA, Petrova EA, Savina MA. Depression and par depressive disorders in cerebral stroke: epidemiology, pathogenesis and risk factors. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2009; 109(8):4-10 (In Russ).
10. Álvarez-Sabín J, Román GC. The Role of Citicoline in Neuroprotection and Neurorepair in Ischemic Stroke. Brain Sciences. 2013; 3:1395-1414. DOI: 10.3390/brainsci3031395
11. Cho HJ, Kim YJ. Efficacy and safety of oral citicoline in acute ischemic stroke: drug surveillance study in 4,191 cases. Methods and Findings in Experimental and Clinical Pharmacology. 2009; 31(3):171-176. DOI: 10.1358/mf.2009.31.3.1364241
12. Conant R, Schauss AG. Therapeutic applications of citicoline for stroke and cognitive dysfunction in the elderly: a review of the literature. Alternative medicine review: a journal of clinical therapeutic. 2004; 9(1):17-31.
13. Hackett ML, Köhler S, O'Brien JT et al. Neuropsychiatric outcomes of stroke. Lancet Neurol. 2014; 13:525-534. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70016-X.
14. Iso H. Intake of Fish and Omega-3 fatty Acids and Risk of Stroke in Women. JAMA. 2001; 285:304-312.
15. Osher Y, Belmaker RH. Omega-3 fatty acids in depression: a review of three studies. CNS Neuroscience & Therapeutics. 2009; 15(2):128-133.

DOI: 10.1111/j.1755-5949.2008.00061.x

16. Ullberg T, Zia E, Petersson, J. & Norrving, B Doctor's follow-up after stroke in the south of Sweden: An observational study from the Swedish stroke register (Riksstroke). *European stroke journal*. 2016; 1(2): 114-121. DOI:10.1177/2396987316650597
17. Ween JE. Prophylactic mirtazapine may help to prevent post-stroke depression in people with good cognitive function. *Evid Based Ment Health*. 2005; 8(3):74. DOI: 10.1136/ebmh.8.3.74
18. *The WHO STEP wise approach to stroke surveillance*. Geneva: World Health Organization, 2006. Available at: <http://www.who.int/chp/steps/Manual.pdf>

Поступила 03.06.2020

Received 03.06.2020

Принята в печать 20.04.2021

Accepted 20.04.2021

Дата публикации 30.07.2021

Date of publication 30.07.2021

Особенности оказания наркологической помощи в период пандемии COVID-19

Рыбакова К.В.¹, Григорьев А.В.³, Семенова Н.В.¹, Скурат Е.П.¹, Зубова Е.Ю.¹,
Незнанов Н.Г.^{1,2}, Крупицкий Е.М.^{1,2}

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Санкт-Петербург, Россия,

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика
И.П. Павлова, Россия,

³Академическая гимназия №56, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Пациенты с зависимостями от психоактивных веществ представляют особую субпопуляцию, которая находится в группе риска заражения COVID-19.

Целью исследования стало изучение особенностей алкогольной зависимости у пациентов, поступающих с наркологический стационар, а также особенностей работы наркологической службы в регионах РФ в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Проведено он-лайн анкетирование 55 врачей-наркологов, работающих в наркологических лечебно-профилактических учреждениях Северо-Западного, Южного, Приволжского, Северо-Кавказского федеральных округов. 13 из 17 пунктов анкеты посвящены особенностям алкогольной зависимости у пациентов, госпитализированных в профильные стационары, 4 — организации работы наркологической службы в регионах РФ в период пандемии COVID-19.

Результаты. По экспертной оценке, количество обращений в период пандемии COVID-19 за амбулаторной и стационарной наркологической помощью уменьшилось по сравнению с аналогичным периодом времени до пандемии. По экспертной оценке, тяжесть синдрома отмены алкоголя у пациентов, госпитализированных в апреле-июне 2020 года, была значимо большей по сравнению с аналогичным показателем в феврале-марте 2020 (χ^2 -Пирсона). У пациентов с COVID-положительным статусом синдром отмены алкоголя в 9,4% случаев осложнялся развитием алкогольного делирия (4,7%) или судорожного синдрома (4,7%), что превышает данные эпидемиологических исследований. Тяжесть алкогольного делирия у пациентов с COVID-положительным статусом по сравнению с пациентами с COVID-негативным статусом по экспертной оценке была значимо большей. Число наркологических учреждений, закрывавшихся в апреле-июне 2020 на карантин, по сравнению с числом учреждений, которые в этот период не закрывались, было меньшим ($n = 14$ (25,5%) vs. $n = 41$ (74,5%)).

Заключение. В период пандемии COVID-19 состояние пациентов, госпитализированных для лечения алкогольной зависимости, может быть расценено как более тяжелое, по сравнению с периодом февраль-апрель 2020г.

Ключевые слова: COVID, короновирусная инфекция, алкогольная зависимость, организация наркологической помощи

Информация об авторах

Рыбакова Ксения Валерьевна — e-mail: ksenia@med122.com; <https://orcid.org/0000-0003-1797-1121>

Григорьев Алексей Владимирович — e-mail: alex.grig04.2@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8832-1017>

Семенова Наталия Владимировна — e-mail: nvs@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2798-8800>

Скурат Евгения Петровна — e-mail: skuratevgenia@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-8391-4953>

Зубова Елена Юрьевна — e-mail: nitella7@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8941-2460>

Незнанов Николай Григорьевич — nezn@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

Крупицкий Евгений Михайлович — e-mail: kruenator@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

Как цитировать: Рыбакова К.В., Григорьев А.В., Семенова Н.В., Скурат Е.П., Зубова Е.Ю., Незнанов Н.Г., Крупицкий Е.М. Особенности оказания наркологической помощи в период пандемии COVID-19. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2021;55:2:45-51. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-45-51>

Features of providing addiction medical care during the pandemic COVID-19

Rybakova KV¹, Grigorev AV³, Semenova NV¹, Skurat EP¹, Zubova EYu¹,
Neznanov NG^{1,2}, Krupitsky EM^{1,2}

¹V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia,

²I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Russia,

³ Academic gymnasium No. 56, Saint-Petersburg, Russia

Summary. Patients with substance use disorders represent a vulnerable population who are at risk of getting coronavirus due to several factors related to their clinical, psychological, and psycho-social characteristics. The goal of this study was to examine the features of a medical condition in patients with alcohol use disorder who are admitted to the addiction hospital and to describe the specific issues of the addiction care RF region during a pandemic.

Material and methods. The online survey has been distributed to 55 addiction psychiatrists from the third-level medical organizations of 4th federal districts (including Northwestern, South, Volga, and North Caucasian) from June 09 to June 20, 2020. The survey consists of 17 items (13 questions were focused on the features of progress and clinical signs of alcohol dependence in hospitalized, in-patient individuals during April-May, 2020; 4 questions were focused on the organizational issues of addiction care in the RF regions during the COVID-19 pandemic).

Results. Based on the expert's assessment, the number of admissions at inpatient and outpatient clinical settings was reduced during the pandemic. In addition, the intensity of alcohol withdrawal among patients who were hospitalized during April-May, 2020 were significantly more severe compared to patients who were hospitalized during February-March, 2020 (Pearson's chi-squared test). Moreover, alcohol withdrawal was more severe and was associated with alcohol withdrawal delirium (4,7%) or seizures (4,7%) in 9,4% of cases among patients with COVID positive status, which exceeds the data of epidemiological studies. The intensity of alcohol withdrawal delirium among patients with COVID positive status was more severe compared to those who had COVID negative status. During April-June, 2020, the few addiction clinics were temporally closed due to quarantine but a majority of clinics were not (n = 14 (25,5%) vs. n = 41 (74,5%)).

Conclusion. During the COVID-19 pandemic, the state of patients hospitalized for treatment of alcohol dependence may be considered more severe, compared to the period February-April 2020.

Keywords: COVID, coronavirus infection, alcohol dependence, organization of drug treatment.

Information about the authors

Kseniya V. Rybakova — e-mail: ksenia@med122.com; <https://orcid.org/0000-0003-1797-1121>

Alexej V. Grigorev — e-mail: alex.grig04.2@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-8832-1017>

Natalia V. Semenova — e-mail: nvs@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0002-2798-8800>

Evgeniya P. Skurat e-mail: skuratevgenia@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-8391-4953>

Elena Yu. Zubova — e-mail: nitella7@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8941-2460>

Nikolay G. Neznanov — nezn@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

Evgeny M. Krupitsky e-mail: krueator@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0529-4525>

To cite this article: Rybakova KV, Grigorev AV, Semenova NV, Skurat EP, Krupitsky EM, Features of providing addiction medical care during the pandemic COVID-19. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;55:2:45-51. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-45-51>.

Пандемия COVID-19 поставила серьезные проблемы перед системами здравоохранения во всем мире, заставляя их адаптироваться к непривычным условиям. Изменившаяся ситуация требует выработки новых стратегий лечения и профилактики различных заболеваний [17], среди которых и такие социально-значимые как болезни зависимостей. Основные карантинные меры по сдерживанию распространения болезни, особенно изоляция и социальное дистанцирование, в конечном счете, приводят к многочисленным нежелательным эмоциональным реакциям (тревога, депрессия, гнев, апатия), психологическим трудностям и изменениям поведения, включая чрезмерное злоупотребление наркотиками и алкоголем [1;2]. Так, об увеличении потребления алкоголя в период пандемии сообщается

в исследованиях, проведенных в Польше, Италии, Германии, Австралии [4; 7; 8; 10].

В этой связи пациенты с зависимостями от психоактивных веществ (ПАВ), в частности, от алкоголя, представляют особую субпопуляцию, которая находится в группе риска заражения из-за множества факторов, связанных с их клиническими, психологическими и психосоциальными особенностями [9; 13].

Предыдущие экспериментальные и клинические исследования показали, что систематическое употребление больших доз алкоголя («тяжелое пьянство» по определению ВОЗ) может приводить к увеличению риска развития вирусных инфекций, в том числе, осложняющихся вторичными пневмониями, такими, в частности, как COVID-19 [4; 11]. У лиц, злоупотребляющих и/

или зависимых от алкоголя, его употребление уменьшает активность иммунной системы: сокращает количество периферических Т-клеток, нарушает баланс между различными типами Т-клеток, снижает активность CD8+ Т-клеток (цитотоксические Т-лимфоциты), которые важны для иммунной защиты от внутриклеточных патогенов, включая вирусы и бактерии, способствует апоптозу Т-клеток, ослабляет у этой группы активность секреторного компонента местного иммунитета дыхательной системы [12]. Е. Simon с соавторами в метаанализе 14 исследований показал, что риск развития пневмонии среди людей, употребляющих алкоголь в больших количествах («тяжелое пьянство»), на 83% выше по сравнению с теми, кто не превышает дозы алкоголя, рекомендованные ВОЗ [16].

Негативные эмоции, испытываемые человеком в связи с ситуацией изоляции, могут увеличить потребление алкоголя у больных алкоголизмом, остающихся в фазе активного потребления, или вызвать рецидив у пациентов, находящихся в устойчивой ремиссии и длительное время воздерживавшихся от употребления алкоголя. [15; 17].

Состояние отмены алкоголя и/или актуализация влечения к нему, возникающие во время изоляции, могут поставить под угрозу профилактические стратегии, направленные на нераспространение инфекционного заболевания. Обострение основных симптомов алкогольной болезни побуждает зависимых пациентов нарушать карантинные меры, делая их потенциальными переносчиками инфекции и увеличивая риск заражения самих пациентов, их семей и медицинских работников, оказывающих им помощь.

Сконцентрированность национальных систем здравоохранения на оказание медицинской помощи тяжелобольным короновиральной инфекцией, может приводить к снижению доступности неотложной наркологической помощи [18]. В связи с мерами, препятствующими распространению инфекции, амбулаторные реабилитационные программы могут быть приостановлены, а потребность медицинских работников в средствах индивидуальной защиты (СИЗ) может дополнительно ограничивать возможность и эффективность психотерапевтического лечения. Вместе с тем, на этапе оказания стационарной наркологической помощи врачи-специалисты, вероятно, будут сталкиваться с более тяжелыми клиническими случаями, так как уровень потребления ПАВ в период пандемии может быть более высоким, а обращение за медицинской помощью может носить отсроченный характер. Кроме того, имеется ряд предварительных исследований, указывающих на возможность развития таких психических расстройств как астения, нарушения сна, депрессия, тревога и, что представляется наиболее важным для группы пациентов, злоупотребляющих ПАВ, — развитие делирия примерно у 27,9% пациентов, переносящих COVID-19 [14].

Таким образом, перед врачами-наркологами возникает потребность в понимании возможной

специфики оказания наркологической помощи в период пандемии, а также особенностей клиники алкогольной зависимости, которые могут повлиять во время и после вспышки COVID-19.

Целью данного исследования стало изучение особенностей состояния и течения заболевания у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, поступающих в наркологический стационар, и особенностей работы самой наркологической службы в регионах РФ в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы

Данные исследования получены в ходе онлайн опроса врачей-наркологов, работающих в наркологических лечебно-профилактических учреждениях 4-х федеральных округов (Северо-Западного, Южного, Приволжского и Северо-Кавказского), проведенного с 9 июня по 19 июня 2020 года. Участникам исследования предлагалось заполнить анкету через интернет-платформу GoogleForms, что в среднем требовало около 10 минут. Ссылка на онлайн форму анкеты была направлена в специализированные наркологические ЛПУ организационно-методическим отделом ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

К критериям включения в исследование относились: работа врачом-наркологом в наркологическом лечебно-профилактическом учреждении, наличие согласия на участие в исследовании, фактом которого считалось заполнение всех предложенных форм опроса. Из исследования исключались анкеты, в которых отсутствовал 1 и более ответ на отдельные пункты опроса.

Анкета состояла из 17 пунктов, 13 из которых были посвящены особенностям течения и клиники алкогольной зависимости в апреле–мае 2020 г. у пациентов, госпитализированных в профильные стационары, 4 — организации работы наркологической службы в регионах РФ в период пандемии COVID-19. Врачам-наркологам предлагалось экспертно оценить изменение следующих показателей в регионе: количество пациентов с зависимостью от алкоголя, обратившихся за амбулаторной и стационарной наркологической помощью в апреле–июне 2020 года, число госпитализаций больных с интоксикационными психозами в апреле–июне 2020 года, вызванными употреблением алкоголя и/или других ПАВ, средняя тяжесть синдрома отмены алкоголя при поступлении пациентов стационар в феврале–марте 2020 года и апреле–июне 2020 года (от 0 до 5 баллов), средняя тяжесть и частота возникновения алкогольного делирия у госпитализированных пациентов в феврале–марте 2020 года и апреле–июне 2020 года в зависимости от COVID статуса пациента, наличие и частота судорожного синдрома у госпитализированных пациентов в феврале–марте 2020 года и апреле–июне 2020 года в зависимости от COVID статуса пациента, некоторые характеристики структуры наркологической помощи. Кроме того, в анкете содержался вопрос об

экспертной оценке клинических особенностей алкогольного делирия у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию или имеющих COVID-положительный статус при поступлении, а также вопросы, касающиеся наличия достаточного количества средств индивидуальной защиты, оборудования приемных боксов в учреждении и закрытия учреждения на карантин.

Статистический анализ данных проводили с использованием программного продукта SPSS-19. Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики (средние значения, стандартное отклонение, 95% доверительный интервал). Проверка на нормальность распределения осуществлена с помощью теста Колмогорова-Смирнова. Для качественных признаков подсчитаны частоты и доли в процентах. Для категориальных переменных были построены таблицы сопряженности, с последующим применением χ^2 -Пирсона для оценки достоверности межгрупповых различий. Сравнение результатов для количественных показателей проводилось с помощью однофакторного дисперсионного анализа (one-way ANOVA). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Было получено и вошло в статистический анализ 55 анкет (все анкеты были полностью заполнены) из 4 федеральных округов: Приволжского (31 анкета), Южного (12 анкет), Северо-Кавказского (7 анкет) и Северо-Западного (5 анкет).

58,2% ($n = 32$) респондентов отметили уменьшение количества обращений за амбулаторной наркологической помощью в период пандемии. 63,6% ($n = 35$) респондентов сообщили о снижении числа госпитализаций (стационарная помощь) наркологических больных в период пандемии. Количество врачей-наркологов, ответивших, что число пациентов, обратившихся за специализированной помощью, возросло, было меньшим: на увеличение числа амбулаторных больных указали 10,9% ($n = 6$) респондентов, и 5,5% ($n = 3$) респондентов отметили увеличение пациентов, обратившихся за стационарной наркологической помощью. Следует отметить, что рост обращений пациентов с алкогольной зависимостью в период пандемии COVID-19, был зарегистрирован только в трех регионах: Ростовская область, Ульяновская область и республика Марий Эл.

На увеличение числа пациентов, госпитализированных с интоксикационными психозами, вызванными употреблением ПАВ, указали 16,4% ($n = 9$) респондентов, 43,6% ($n = 24$) респондентов напротив, отметили сокращение поступления в наркологический стационар данной категории больных.

Состояние отмены алкоголя у пациентов, поступавших в наркологический стационар в апреле-июне 2020 года, 17 специалистов (30,9%) квалифицировали как более тяжелое, по сравнению

с февралем-мартом 2020 года. Только 15 респондентов (27,3%) имели опыт работы с пациентами, имеющими COVID-положительный статус при поступлении или в анамнезе, и, по их экспертной оценке, синдром отмены алкоголя в этой группе больных был более выражен (Табл. 1)

Таблица 1. Сравнительная оценка тяжести синдрома отмены алкоголя
Table 1. Comparative assessment of the severity of alcohol withdrawal syndrome

Оценка тяжести синдрома отмены	Временной период		р χ^2 —Пирсона
	февраль–март 2020 года ($n = 55$)	апрель–май 2020 года ($n = 55$)	
0	1 (1,8%)	3 (5,5%)	0,027
1	0 (0%)	1 (1,8%)	
2	7 (12,7%)	2 (3,6%)	
3	37 (67,3%)	26 (47,3%)	
4	10 (18,2%)	21 (38,2%)	
5	0 (0%)	2 (3,6%)	
Итого	55 (100%)	55 (100%)	

При проведении однофакторного дисперсионного анализа значимых межгрупповых различий средних значений тяжести синдрома отмены алкоголя у пациентов, госпитализированных до периода пандемии (февраль–март 2020 года) и в период пандемии (апрель 2020–май 2020) выявлено не было ($3,0 \pm 0,09$ vs. $3,2 \pm 0,14$; $p = 0,2$).

По полученным от врачей-наркологов данным, синдром отмены алкоголя у пациентов, имеющих COVID-положительный статус при поступлении или перенесших коронавирусную инфекцию ранее, в 9,4% случаев осложняется развитием алкогольного делирия (4,7%) или судорожного синдрома (4,7%), что превышает их распространенность среди больных с алкогольной зависимостью, которая, по данным эпидемиологических исследований, составляют около 2% [2].

Все специалисты, в клинической практике которых были пациенты с COVID-положительным статусом при поступлении или в анамнезе, указали на значимо более тяжелое течение алкогольного делирия (экспертная оценка от 0 до 5 баллов) у данной группы пациентов по сравнению с пациентами с COVID-отрицательным статусом (см. табл. 2).

При сравнении оценок средних значений тяжести алкогольного делирия у пациентов, имеющих COVID-негативный и COVID-позитивный статус (однофакторный дисперсионный анализ), значимых межгрупповых различий выявлено не было ($1,63 \pm 0,2$ vs. $1,18 \pm 0,3$; $p = 0,2$).

В качестве особенностей алкогольного делирия респонденты отметили затяжное течение психического состояния.

Таблица 2. Сравнительная оценка тяжести алкогольного делирия у пациентов с COVID-отрицательным и COVID-положительным статусом**Table 2. Comparative assessment of the severity of alcoholic delirium in patients with COVID-negative and COVID—positive status**

Оценка тяжести алкогольного делирия	COVID — статус		р χ ² — Пирсона
	COVID-отрицательный	COVID-положительный	
0	26 (48,1%)	39 (70,9%)	0,001
1	1 (1,9%)	1 (1,8%)	
2	5 (9,3%)	1 (1,8%)	
3	12 (22,2%)	2 (3,6%)	
4	9 (16,7%)	4 (7,3%)	
5	1 (1,9%)	8 (14,5%)	
Итого	54 (100%)	55 (100%)	

В условиях пандемии COVID-19 структура наркологической службы в ряде регионов РФ, участвовавших в опросе, была реорганизована. О частичном изменении в работе наркологической службы (перепрофилировании некоторых структурных подразделений под пациентов с COVID-19, открытии/закрытии некоторых структурных подразделений) сообщили 33 респондента (60%). Число учреждений, в которых структура службы не изменялась, было меньшим — 22 (40%). При статистической обработке была опровергнута гипотеза о том, что все учреждения были оборудованы специальными боксами или фильтр-боксами ($p = 0,000$; точная з.нч. [1-сторонняя]). Специальные приемно-смотровые боксы или фильтр-боксы были оборудованы в 25 (45,5%) учреждениях, остальные 30 (54,5%) учреждений продолжали работать без них.

Подавляющее большинство респондентов ($n = 53$; 96,4%) сообщили о наличии в учреждениях, в которых они работают, средств индивидуальной защиты (СИЗ); острая нехватка СИЗ была отмечена только 2 (3,6%) респондентами. Более половины респондентов ($n = 35$, 63,6%) заявили об обеспеченности их наркологической службы СИЗ в полном объеме, меньшее количество специалистов указали на недостаточность количества СИЗ ($n = 17$, 30,9%).

Результат обработки полученных данных опроверг поставленную гипотезу о том, что в период пандемии в наркологических учреждениях, которые участвовали в опросе, на карантин не закрылось ни одно из подразделений ($p = 0,000$; точная з.нч. [1-сторонняя]). Однако, число наркологических учреждений, закрывавшихся в апреле–июне 2020 на карантин, по сравнению с числом учреждений, которые в этот период не закрывались, было меньшим ($n = 14$, 25,5% vs. $n = 41$, 74,5%). Данное обстоятельство, вероятно, свидетельствует, в том числе, и о грамотных, профессионально организованных проти-

воэпидемических мероприятиях в региональных наркологических службах.

Обсуждение

Полученные в нашем исследовании результаты свидетельствуют о наличии ряда проблем, с которыми врачи-наркологи столкнулись в период пандемии. Очевидно, что угроза здоровью и жизни, связанные непосредственно с риском заражения вирусом, меры принудительной изоляции, нестабильность экономической ситуации могут создавать широкий спектр расстройств различной степени тяжести, в частности, тревогу, депрессию, бессонницу, агрессию и межличностные конфликты, являющиеся факторами, провоцирующими рецидив заболевания у больных алкоголизмом. Карантинные меры, которые имеет первостепенное значение для сдерживания передачи инфекции, нередко оказывают негативный эффект на течение наркологического заболевания у пациентов с зависимостью от алкоголя, так как социальная поддержка и контроль чрезвычайно важны для создания мотивации обращения за специализированной наркологической помощью у данной группы пациентов [11], что еще раз продемонстрировали полученные нами данные. Уменьшение числа обращения за амбулаторной и стационарной наркологической помощью в период самоизоляции является, вероятно, одним из последствий снижения необходимости поддерживать активное социальное функционирование, то есть отражением негативного влияния десоциализации на больных алкоголизмом. Отсроченное обращение за медицинской помощью, в свою очередь, ведет к тому, что пациенты с алкогольной зависимостью госпитализируются в более тяжелом состоянии, что, несомненно, несет дополнительные риски, связанные с возможностью развития, как соматических осложнений, так и осложнений синдрома отмены алкоголя в виде острых

психотических состояний и судорожного синдрома.

По мере накопления данных о влиянии COVID-19 на центральную и периферическую нервную систему растет число сообщений о психотических, нейрокогнитивных и неврологических расстройствах, возникающих у больных с коронавирусной инфекцией, которые могут быть результатом прямого воздействия вируса на нервную систему, являться постинфекционным иммуноопосредованным заболеванием или осложнением системного действия COVID-19 [6]. В этой связи наркологические пациенты, перенесшие коронавирусную инфекцию, представляют собой группу больных, имеющих повышенный риск развития алкогольного делирия и судорожного синдрома, что подтверждают и полученные нами данные.

Особую проблему в период пандемии представляет организация наркологической помощи. Результаты проведенного нами исследования продемонстрировали, что в целом, региональные наркологические службы на высоком профессиональном уровне справляются с этой задачей.

Потенциальное снижение доступности наркологической помощи в период пандемии (возможность закрытия наркологического медицинского учреждения на карантин, необходимость предварительного обследования на COVID-19, уменьшение количество коек, которые могут быть одновременно загружены, временное прекращение работы амбулаторных психотерапевтических групп) делает необходимым развитие новых форм помощи наркологическим пациентам. Одной из возможностей оказания специализированной помощи этой группе больных могут стать дистанционные (телемедицинские) консультации, реальная потребность в развитии которых отмечена специалистами-наркологами в разных странах мира [11; 19].

Заключение

Проведенное нами исследование позволяет сделать вывод о том, что в период пандемии

COVID-19 обращение за наркологической помощью у пациентов с алкогольной зависимостью носит отсроченный характер. Это, в свою очередь, приводит к тому, что пациенты с алкогольной зависимостью поступают в наркологические ЛПУ в более тяжелом состоянии. У пациентов с COVID-положительным статусом при поступлении или в анамнезе тяжесть синдрома отмены алкоголя и тяжесть развившегося на фоне отмены алкоголя алкогольного делирия значительно более выражена. Изменившиеся условия оказания наркологической помощи делают необходимым развитие новых форм работы с наркологическими пациентами.

Ограничения

Проведенное исследование имеет ряд ограничений:

Во-первых, в опросе участвовали врачи-наркологи 4-х из 8-и федеральных округов РФ.

Во-вторых, исследование проводилось спустя три месяца от начала активного распространения коронавирусной инфекции в России, то есть в начальный период развития коронавирусной инфекции в регионах, некоторые из которых ещё только начинали сталкиваться с пандемией.

Однако, учитывая, что полученные в исследовании данные отражают нарастающие в ходе пандемии тенденции, полученные результаты представляются значимыми как для научной, так и для практической наркологии.

Благодарности

Выражаем глубокую признательность за поддержку и содействие в проведении опроса главным внештатным специалистам психиатрам-наркологами региональных органов управления здравоохранения в Северо-Западном, Северо-Кавказском, Приволжском и Южном федеральных округах.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. 2020; 2:87-94.
Sorokin MYu, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Neznakov NG, Lutova NB, Mazo GE. Psychological reactions of the population as a factor of adaptation to the COVID-19 pandemic. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psichologii im. V.M.Bekhtereva*. 2020; 2:87-94. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-87-94
2. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Семенова Н.В., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э. Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье медицинских работников в России. *Медицинская Этика*. 2020; 2(10): 27-35.
Sorokin MYu, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Neznakov NG, Semyonova NV, Lutova NB, Mazo GE. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers in Russia. *Medicinskaya Etika*. 2020; 2(10):27-35. (In Russ.).
3. Bräthen JS, Ferrara GM, Keindl M, Ben-Menachem E, Tanasescu R, Brodtkorb E, Hillbom M, Leone

- MA, Ludolph AC. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta Neurol Scand.* 2017; 135(1):4-16. <https://doi.org/10.1111/ane.12671>
4. Chodkiewicz, J; Talarowska, M; Miniszewska, J; Nawrocka, N; Bilinski, P. Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic: The Initial Stage. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020; 17:4677. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134677>
 5. Dubey M.J, Ghosh R, Chatterjee S, Biswas P, Chatterjee S, Dubey S. COVID-19 and addiction. *Diabetes Metab Syndr.* 2020; 14(5):817-823. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.008>
 6. Ellul MA, Benjamin L, Singh Bh, Lant S, Michael BD, Easton A, Kneen R, Defres S, Sejvar J, Solomon T. Neurological associations of COVID-19. *Lancet Neurol.* 2020; 19(9):767-783. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30221-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30221-0)
 7. Gianni Testino G, Pellicano R. Alcohol consumption in the COVID-19 era. *Minerva Gastroenterologica e Dietologica.* 2020; 66(2):90-2. <https://doi.org/10.23736/S1121-421X.20.02698-7>
 8. Koopmann A, Georgiadou E, Kiefer F, Hillemaier Th. Did the General Population in Germany Drink More Alcohol during the COVID-19 Pandemic Lockdown? *Alcohol and Alcoholism.* 2020; 55(6):698-699. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aga0058>
 9. Lagisetty PA, Maust D, Heisler M, Bohnert A. Physical and mental health comorbidities associated with primary care visits for substance use disorders. *J. Addict. Med.* 2017; 11(2):161-162. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000280>
 10. Neill E, Meyer D, Toh WL, Van Rheen TE, Phillipou A, Tan EJ, Rossell SL. Alcohol use in Australia during the early days of the COVID-19 pandemic: Initial results from the COLLATE project. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020. <https://doi.org/10.1111/pcn.13099>. [<https://www.pubmed.com>]. Pubmed; 2020 [процитировано 20 ноября 2020]. Доступно: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7436134>
 11. Ornell F, Moura HF, Scherer JN, Pechansky F, Kessler FHP, von Diemen L. *Psychiatry Res. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for prevention and treatment.* 2020; 289:113096. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113096>
 12. Pasala S, Barr T, Messaoudi I. Impact of Alcohol Abuse on the Adaptive Immune System. *Alcohol Res.* 2015; 37(2):185-97. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01624.x>
 13. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, Giovino GA, Wes Hall R, Griffiths P, Ali R, Gowing L, Marsden J, Ferrari AJ, Grebely J, Farrell M, Degenhardt L. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction.* 2018; 113(10):1905-1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
 14. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak ThA, McGuire Ph, Fusar-Poli P, Zandi MS, Lewis G, David AS. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(7):611-627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
 15. Serafini K, Toohey MJ, Kiluk BD, Carroll KM. Anger and its association with substance use treatment outcomes in a sample of adolescents. *J. Child Adolesc. Subst. Abuse.* 2016; 25(5):391-398. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2015.1049394>
 16. Simou E, Britton J, Leonardi-Bee J. Alcohol and the risk of pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018; 8:e022344. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022344>
 17. Sinha R, Fox HC, Hong KA, Bergquist K, Bhagwagar Z, Siedlarz KM. Enhanced negative emotion and alcohol craving, and altered physiological responses following stress and cue exposure in alcohol dependent individuals. *Neuropsychopharmacology.* 2009; 34(5):1198-1208. <https://doi.org/10.1038/npp.2008.78>
 18. Stratton SJ. COVID-19: not a simple public health emergency. *Prehospital Disaster Med.* 2020;35(2):119. doi:10.1017/S1049023X2000031X
 19. Volkow ND. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. *Ann Intern Med.* 2020; 173(1):61-62. <https://doi.org/doi:10.7326/M20-1212>

Поступила 02.12.2020
 Received 20.12.2020
 Принята в печать 04.03.2021
 Accepted 04.03.2021
 Дата публикации 30.07.2021
 Date of publication 30.07.2021

Структура тревожных переживаний и стресс как факторы готовности к вакцинации против коронавирусной инфекции

Сорокин М.Ю.¹, Лутова Н.Б.¹, Мазо Г.Э.¹, Незнанов Н.Г.^{1,2}, Касьянов Е.Д.¹, Рукавишников Г.В.¹, Макаревич О.В.¹, Хобейш М.А.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия,

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Россия

Резюме. Угрозы жизни и здоровью, а также кризис системы здравоохранения, связанные с пандемией COVID-19, определили ускоренную разработку вакцинных препаратов, но одновременно обусловили развитие неблагоприятных психологических последствий у населения.

Цель исследования: выявление различий стресса, тревожных переживаний, защитных стратегий поведения и социально-демографических характеристик участников онлайн-опроса, сообщающих о противоположных установках в отношении вакцинации против SARS-CoV-2.

Материал и методы. В декабре 2020г. — январе 2021г. обследовали 131 респондента (мужчин — 21.4%); проживающих в городах-миллионниках (44.3%), крупных и крупнейших городах (32.8%), в малых, средних городах и сельской местности (22.9%). Использовали шкалу психологического стресса PSM-25, оригинальные опросники оценки связанных с пандемией источников волнения, стратегий защитного поведения и отдельный вопрос о согласии вакцинироваться. При достоверных межгрупповых различиях в ходе дисперсионного анализа ($p \leq 0.05$), проводили подсчет размера эффектов (ES) по Cohen's d и Cramer's V.

Результаты. У 47.3% выборки при показателях, превышающих пороговые 100 баллов, выявлена дистрессовая реакция на пандемию. Ведущим механизмом её развития был тревожный стресс. По сравнению с весной 2020 г. число сюжетов опасений, ассоциированных с существенным нарастанием стресса ($ES \geq 0.34$), увеличилось с двух до шести.

Дистресс, а также страхи недоступности необходимых для ежедневного приёма препаратов, отсутствия специального лечения, тяжёлых социальных последствий и практика самоизоляции были ассоциированы с готовностью респондентов использовать лишь импортную вакцину ($ES = 0.3-0.5$). Для формирования готовности к вакцинации любым препаратом стали существенны отсутствие чрезмерных опасений по поводу риска для собственной жизни, дефицита средств индивидуальной защиты и неготовность использовать перчатки в качестве меры профилактики инфицирования коронавирусом ($ES = 0.3-0.4$). Мужчины позитивнее женщин относились к иммунизации ($ES = 0.3$).

Заключение: тревожный дистресс является существенным фактором формирования рационального отношения к вакцинации против новой коронавирусной инфекции.

Ключевые слова: COVID-19, массовая вакцинация, социальное поведение, эмоциональная регуляция, психологический дистресс, поведение связанное со здоровьем.

Информация об авторах:

Сорокин Михаил Юрьевич — e-mail: m.sorokin@list.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2502-6365>

Лутова Наталия Борисовна — e-mail: lutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>

Мазо Галина Элевна — e-mail: galina-mazo@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>

Незнанов Николай Григорьевич — e-mail: spbinstb@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

Касьянов Евгений Дмитриевич — e-mail: ohkasyan@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Рукавишников Григорий Викторович — e-mail: grigory_v_r@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5282-2036>

Макаревич Ольга Владимировна — e-mail: lysska@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6058-8289>

Хобейш Мария Александровна — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8860-986X>

Как цитировать: Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Хобейш М.А. Структура тревожных переживаний и стресс как факторы готовности к вакцинации против коронавирусной инфекции. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;55:2:52-61. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-52-61>

Structure of anxiety and stress as factors of COVID-19 vaccine acceptance

Sorokin MY¹, Lutova NB¹, Mazo GE¹, Neznanov NG^{1,2}, Kasyanov ED¹, Rukavishnikov GV¹, Makarevich OV¹, Khobeysh MA¹

¹ V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia

² I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Abstract. Threats to life and health, the public health crisis associated with the COVID-19 pandemic, have led to 1) accelerated development of vaccines, 2) adverse psychological reactions in the population.

Aim: to identify differences in stress, anxiety, protective behavior strategies, and the socio-demographic characteristics of online survey participants, who reported opposing attitudes to SARS-CoV-2 vaccination.

Materials and Methods. In December 2020-January 2021, 131 respondents were assessed (men — 21.4%). The Psychological Stress Scale (PSM 25), original questionnaires to evaluate pandemic concerns and protective behavior strategies with special question about COVID-19 vaccine acceptance were used. Effect sizes obtained using Cohen's *d* and Cramer's *V* measures were calculated for groups, the differences between which were significant ($p \leq 0.05$).

Results. A 47.3% sample, having PSM-25 rates above the threshold (100 points), showed a distress reaction to the pandemic due to anxiety stress. Compared to the spring of 2020, the number of concerns associated with a noticeable stress growth ($ES \geq 0.34$) increased from two to six. Psychological distress, concerns about the possible lack of medication for daily intake, harsh social consequences and self-isolation were associated with only foreign producer vaccine acceptance ($ES = 0.3-0.5$). Absence of excessive fears for own life, concerns about the lack of personal protective equipment and unacceptance of gloves as a measure to prevent infection ($ES = 0.3-0.4$) were important factors associated with any producer vaccine acceptance. Men, comparing to women, were more positive in vaccine acceptance.

Conclusion. The anxiety distress is an important factor in the rational attitude to coronavirus infection vaccine.

Keywords: COVID-19, mass vaccination, social behavior, emotional regulation, psychological distress, health behavior.

Information about the authors:

Mikhail Yu. Sorokin — e-mail: m.sorokin@list; <https://orcid.org/0000-0003-2502-6365>

Natalia B. Lutova — e-mail: lutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>

Galina E. Mazo — e-mail: galina-mazo@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>

Nikolay G. Neznanov — e-mail: spbinstb@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

Evgeniy D. Kasyanov — e-mail: ohkasyan@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Grigoriy V. Rukavishnikov — e-mail: grigory_v_r@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5282-2036>

Olga V. Makarevich — e-mail: lysska@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6058-8289>

Maria A. Khobeysh — e-mail: mariakhobeysh@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8860-986X>

To cite this article: Sorokin MYu, Lutova NB, Mazo GE, Neznanov NG, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Khobeysh MA. Structure of anxiety and stress as factors of COVID-19 vaccine acceptance. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;55:2:52-61. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-52-61>:

Новые экстраординарные условия повседневной жизни большую часть 2020 года определялись внезапно распространившейся новой коронавирусной инфекцией. Угроза жизни и здоровью населения в условиях пандемии и нарастающий в связи с этим кризис системы здравоохранения обуславливали ускоренную разработку целого ряда препаратов для активной иммунизации населения, с внедрением которых в широкую медицинскую практику принято связывать надежду на снижение заболеваемости коронавирусной инфекцией [29]. По меньшей мере, пять препаратов-кандидатов для широкомасштабной вакцинации в течение полугода были подготовлены и предложены жителям стран всех частей света. К декабрю 2020 года эти препараты находились на завершающих стадиях исследования и в ряде государств получили разрешение для медицинского применения.

Хотя готовность вакцинироваться против новой опасной инфекции кажется рациональной и, в некотором роде, очевидной, имеющиеся данные международных исследований не подтверждают её повсеместно [18], а также отмечают неоднозначность отношения населения к возможности и необходимости вакцинироваться на этапе разработки вакцинных препаратов [1, 17, 28]. Как возможные причины такого противоречия выделяют популярность антипрививочного дискурса, высокий уровень дезинформации широких слоев населения относительно вакцинации против новой коронавирусной инфекции [23] и недоверие конкретным регуляторным органам, ответственным за создание и распространение новых вакцин [26]. Обращает на себя внимание, что ускоренная процедура разработки и регистрации препаратов, направленная на их быстрое внедрение в медицинскую практику, может усугублять нега-

тивное отношение к вакцине и формировать дополнительные сомнения в достаточности проверки ее безопасности и эффективности [14].

Неоднозначность и сложность поведения в отношении вакцинации принято объяснять двумя теориями формирования отношения к здоровью: веры в здоровье (Health belief model) и теории запланированного поведения (Theory of planned behavior). [6, 16]. Согласно теории веры в здоровье человек предпринимает конкретные действия, связанные со здоровьем, в случае веры в эффективность рекомендуемой меры и наличия личной угрозы возможного заболевания [21]. Восприимчивость к распространенному в обществе заболеванию, серьезность последствий его заражения, предполагаемые преимущества и препятствия для получения вакцины, самоэффективность для преодоления барьеров вакцинации и сигналы к действию, чтобы получить предлагаемую вакцину, — все это является важными компонентами, определяющими поведение в отношении здоровья согласно этой теории.

Напротив, теория запланированного поведения предполагает, что поведение индивида обусловлено намерением по его осуществлению. Последнее, в свою очередь, определяется отношением к вакцине, включающим ее субъективно предполагаемую пользу (ценность и позитивность), социальными нормами (выше ценится общественно поддерживаемое поведение) и воспринимаемым поведенческим контролем. В отношении вакцинации контроль включает субъективно воспринимаемую возможность получить вакцину [7, 15].

Нахождение населения в условиях хронической стрессовой реакции на пандемию, изменения материального положения, социальных и производственных условий [19, 24] могут становиться преградой для формирования рационального поведения [22, 27]. Широкое распространение наивного оптимизма и эзотерического мышления на фоне распространения новой коронавирусной инфекции [3] лишь способствуют этому. Таким образом, рациональное поведение в отношении здоровья, которое не является безусловно преобладающим даже в рядовых условиях повседневной жизни [4, 8] в условиях «новой реальности» пандемии COVID-19 становится важным компонентом социальных исследований. В свою очередь, выявление факторов эффективного защитного поведения населения, является основополагающим компонентом поддержания общественного здоровья и проведения широкомасштабной вакцинации [10, 12].

В основу данного исследования была положена гипотеза о возможности рассматривать готовность к вакцинации от COVID-19 как не только прямое следствие мотивации к реализации прагматических мер защиты от заболевания, но также как результирующую комплекса социально-психологических параметров и особенностей реакции населения России на пандемию.

Целью исследования стало определение различий в параметрах психологической реакции

на пандемию (стресса, структуры тревожных переживаний, защитных стратегий поведения) и социально-демографических характеристик участников онлайн-опроса, сообщающих о противоположных установках по отношению к возможности вакцинироваться против новой коронавирусной инфекции.

Материал и методы

В рамках многоэтапного исследования, направленного на изучение структуры психологических реакций жителей России на условия пандемии COVID-19, проводимого на протяжении 2020 года, респондентам в течение месяца после получения ими возможности иммунизации первым зарегистрированным на территории России препаратом (с 7 декабря 2020 года по 8 января 2021 года), в форме онлайн опроса было предложено ответить на вопрос о готовности к вакцинации. Каждый участник анкетирования мог выбрать лишь один из вариантов ответа: да, любой вакциной; да, только импортной вакциной (отечественным не доверяю); сомневаюсь из-за страха нежелательных / неизвестных эффектов; нет, уже переболел/-ла COVID-19 или выявлены антитела; категорически нет.

С помощью самоотчетов респондентов также собирались их социо-демографические данные и сведения анамнеза. Каждый участник исследования заполнял шкалу психологического стресса PSM-25 [2]. Были использованы оригинальные опросники с целью определения ведущих стратегий защитного поведения и источников наибольшего волнения, связанных с пандемией [25]. В них с помощью шкалы Лайкерта респонденты оценивали уровень своего согласия по каждому из предложенных сюжетов опасений, связанных с пандемией, а также использования рекомендуемых мер предотвращения заражения. Формы с открытым ответом позволяли дополнить ответ собственными источниками волнения и практикуемыми способами защиты.

Респондентов включали в исследование при выполнении ими формальных критериев: 1) способность читать и понимать русский язык; 2) добровольное информированное согласие на прохождение онлайн-анкетирования, которое выражалось в ответе на соответствующий первый вопрос анкеты. Положительный ответ открывал доступ к остальным формам анкеты.

Критерии невключения: 1) отказ от участия в опросе на любом из его этапов; 2) не полностью заполненные формы онлайн анкеты.

Ссылка на анкету распространялась через социальные сети по методу «снежного кома», а также через информационные каналы и специализированные порталы в сети Интернет (см. Благодарности). Для проведения онлайн опроса использовали платформу Google Forms.

Порядок обработки данных. Ответы респондентов, которые сообщали о наличии у них антител и/или перенесенного COVID-19, считали не реле-

вантными относительно цели исследования определить факторы готовности к активной иммунизации и поэтому не учитывали в дальнейшем статистическом анализе факторов отношения к вакцинным препаратам. Введённые в онлайн форму данные, дублирующие социо-демографические параметры отдельных участников исследования, считали повторно введёнными из-за технических или иных ошибок и также не учитывали для дальнейшего анализа. Таким образом, результаты исследования приведены для итоговой выборки за вычетом данных 17,5% исключённых из исследования респондентов (23 человека).

Случаи выявления у респондентов стресса средней или высокой интенсивности считали критерием дистрессовой реакции на пандемию, когда суммарный показатель PSM-25 превосходил пороговое значение в 100 баллов [2]. Наличие конкретного сюжета опасения в отношении пандемии из представленного в анкете перечня фиксировали, когда степень согласия с описанием соответствующего опасения респондент оценивал в балле, равном или превосходящем значение медианы по данному вопросу среди всех обследованных лиц.

С целью статистической обработки данных использовали пакет программ SPSS-16. Дисперсионный анализ проводили с помощью ANOVA и t-критерия в случаях, если данные, удовлетворяли критерии нормальности распределения, а также применяли статистики Краскелла-Уоллиса и Манна-Уитни — для данных с распределением отличным от нормального, χ^2 -Пирсона — для переменных с номинальными параметрами. В случаях межгрупповых различий, достигавших уровня статистической значимости $p=0.05$, проводили подсчёт размера эффектов по Cohen's d и Cramer's V с учётом общих критериев слабого эффекта (0.10-0.29 единиц), среднего (0.3-0.49) и сильного (≥ 0.50).

Все этапы исследования соответствовали принципам, заложенным в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (2013), что было подтверждено Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Результаты

В исследование был включён 131 респондент: 28 мужчин (21.4% выборки) и 103 женщины (78.6%). Проживающих в 13 городах России с численностью населения свыше миллиона человек — 58 респондентов (44.3% выборки), в крупных и крупнейших городах (от 100 тыс. до 1 млн. человек) — 43 (32.8%), в малых и средних городах (от 20 тыс. до 100 тыс.), а также сельской местности — 30 (22.9%). Средний возраст в выборке составил 34 ± 14 лет. Не состоящими в стабильных отношениях были 59 респондентов (45.0% выборки), проживающими в зарегистрированном браке — 44 (33.6%), разведёнными или вдовствующими — 16 (12.2%), живущими в «гражданском» браке — 12 (9.2%). Высшее образование имели 77 респондентов (58.8%), неоконченное выс-

шее — 30 (22.9%), профессиональное — 15 (11.4%), среднее — 9 (6.9%). По роду деятельности среди участников исследования, трудоустроенных в государственном секторе, было 52 человека (39.7%), а в частном секторе — 25 человек (19.1%), обучающихся — 33 человека (25.2%), безработным был 21 респондент (16%). Доля медработников составила 26.0% (34 человека). О наличии соматической отягощённости по заболеванию в одной из предложенных групп патологии (лёгочные, неврологические, желудочно-кишечные и сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой систем) сообщили также около трети респондентов (46 человек 35.1%); из двух и более групп заболеваний — 29 (22.1%). Кроме того, по данным самоотчётов ранее у 25 обследованных респондентов (19.1%) врачом было диагностировано психическое расстройство (в подавляющем числе случаев аффективная патология).

Более половины выборки — 81 участник исследования (61.8%) — было уверено в своём непосредственном контакте с людьми, инфицированными коронавирусом, и лишь 8 человек (6.1%) отмечали, что у них не было такого контакта. При этом 39 респондентов (29.8%) указали, что сами перенесли COVID-19, а 5 человек (3.8%) находились из-за этого ранее на стационарном лечении. В выборке чуть более трети респондентов (47 человек или 35.9%) сообщили, что на фоне развития пандемии материальное положение у них ухудшилось, 10 человек (7.6%) затруднились с ответом на этот вопрос.

Особенности реакции на пандемию. Средний показатель шкалы PSM-25 в выборке составил 96.8[29.9] баллов ($M[S.D.]$). Обращает на себя внимание, что уровень стресса, превышающий пороговое значение средней интенсивности (≥ 100 баллов), отмечался почти у половины выборки (47.3%). При этом не было обнаружено ни гендерных различий, ни особенностей в связи с отягощённостью сопутствующими заболеваниями или трудовым статусом респондентов. На рис. 1 указаны наиболее склонные к стрессовому типу реакции на пандемию группы респондентов.

Ведущим механизмом развития дистрессовой реакции на пандемию был тревожный стресс. В Табл. 1 указано, в порядке снижения размера эффекта, какие именно типы опасений были ассоциированы с формированием психологического дистресса.

Также были выявлены различия в распространённости отдельных типов переживаний, связанных с пандемией, в подгруппах респондентов. На рис. 2 указано, что, как и для интегрального показателя стресса, здесь были существенны возраст, уровень образования и материальное положение участников исследования. Другим же фактором, связанным с опасениями в ситуации пандемии, явилась вероятность прямого контакта с коронавирусом.

Частота отдельных стратегий защитного поведения, практикуемых с целью предотвращения инфицирования, различалась у респондентов



Рис. 1. Факторы дистрессовой реакции на пандемию по шкале психологического стресса (PSM-25)
Fig. 1. Factors of pandemic distress according to Psychological Stress Measure (PSM-25)

Таблица 1. Опасения, ассоциированные с дистрессовой реакцией на пандемию COVID-19
Table 1. Fears associated with distress reaction to COVID-19 pand

Вид опасения	Уровень стресса: нормальный <100 баллов, средний и высокий ≥ 100 баллов	М [S.D.], баллов	Критерий статистиче- ской значимости
Возможные материальные трудно- сти	нормальный	2,45 [0,98]	t=-3,14 p=0.002 Cohen's d=0.54
	средний и высокий	2,98 [0,97]	
Заразность вируса	нормальный	2,51 [0,98]	t=-2,98 p=0.003 Cohen's d=0.52
	средний и высокий	3,00 [0,91]	
Тяжёлые социальные последствия	нормальный	2,52 [1,01]	t=-2,92 p=0.004 Cohen's d=0.51
	средний и высокий	3,03 [0,99]	
Риск изоляции	нормальный	1,96 [1,04]	t=-2,59 p=0.011 Cohen's d=0.47
	средний и высокий	2,47 [1,10]	
Невозможность вести привычный образ жизни	нормальный	2,52 [1,09]	t=-2,14 p=0.034 Cohen's d=0.38
	средний и высокий	2,92 [1,03]	
Дефицит средств индивидуальной защиты в продаже	нормальный	1,70 [0,86]	t=-2,01 p=0.047 Cohen's d=0.35
	средний и высокий	2,00 [0,87]	

тов разных возрастных категорий. Лица из средней возрастной подгруппы (31-40 лет) значимо чаще использовали медицинские маски как средство защиты от коронавирусной инфекции, чем более возрастные (≥ 41 год) участники исследования — 3.8[0.4] и 3.1[1.0] балла соответственно ($p=0.014$; Cohen's $d=0.91$); кроме этого, респонденты из этой подгруппы чаще использовали антисептики в сравнении с более молодыми (≤ 30 лет) и возрастными (≥ 41 год) участниками иссле-

дования — 3.3[1.0] и 2.5[1.0] / 2.5[1.1] баллов соответственно ($p=0.014/0.29$; Cohen's $d=0.80/0.76$). Закономерностей защитного поведения с другими социо-демографическими и анамнестическими данными обнаружено не было.

Установки в отношении вакцинации. Были изучены факторы, влияющие на согласие вакцинироваться. Отмечено влияние гендерного фактора: лица мужского пола значительно чаще относились к активной иммунизации положительно,

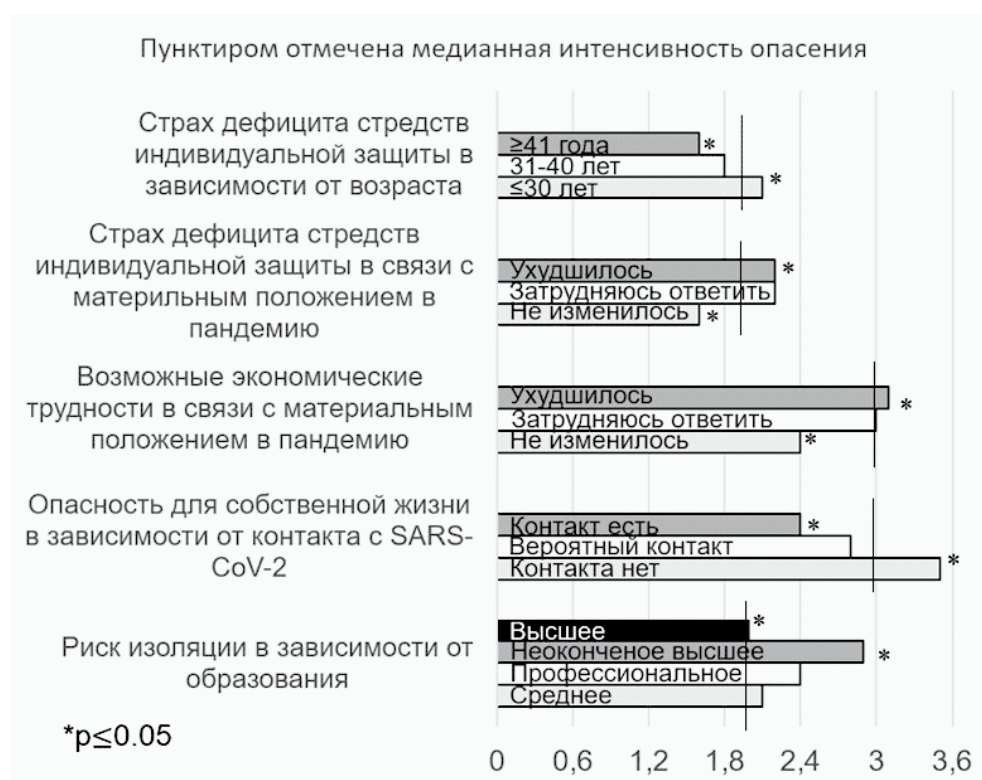


Рис. 2. Структура и интенсивность тревожных переживаний в связи с пандемией
Fig. 2. Structure and intensity of anxiety associated with COVID-19 pandemic

Таблица 2. Факторы готовности к вакцинации
Table 2. Factors of Vaccine Acceptance

Факторы отношения к вакцинации против COVID-19		Готовность к вакцинации			Критерий значимости; размер эффекта
		Да	Сомневаюсь	Нет	
Пол	мужской	64,0%	24,0%	12,0%	$\chi^2=9,4$ df=2 p=0,009; Cramer's V=0.3
	женский	30,1%	49,4%	20,5%	
Риск для собственной жизни	страх есть	36,8%	49,4%	13,8%	$\chi^2=9,1$ df=2 p=0,01; Cramer's V=0.3
	отсутствие страха	42,9%	19,0%	38,1%	
Дефицит средств индивидуальной защиты	страх есть	38,7%	51,6%	9,7%	$\chi^2=8,4$ df=2 p=0,002; Cramer's V=0.3
	отсутствие страха	37,0%	32,6%	30,4%	
Ношение перчаток	частое применение	21,1%	71,1%	7,9%	$\chi^2=18,2$ df=2 p=0,000 Cramer's V=0.4
	редкое применение	47,1%	28,6%	24,3%	
Всего человек		41	47	20	

в то время как женщины, зачастую, высказывали сомнения относительно своей готовности к вакцинации.

В таблице 2 указано, что структура и интенсивность связанных с пандемией тревожных переживаний была специфически связана с готовностью использовать вакцину против новой коронавирусной инфекции. Положительное отношение к вакцинации чаще выявлялось у лиц, не

склонных к тревоге относительно риска для собственной жизни и нехватки средств индивидуальной защиты для предотвращения возможного заражения коронавирусом. При этом наличие этих опасений сочеталось с сомнениями относительно готовности к вакцинации. Одновременно с этим, активное отрицание вероятности использования вакцины было в большей степени свойственно респондентам, не склонным опа-

Таблица 3. Факторы, ассоциированные с предпочтениями относительно препарата для вакцинации против COVID-19
Table 3. Factors associated to preferences for different COVID-19 vaccines

Фактор		Вакцинация препаратом:		Критерий статистической значимости
		Любым	Импортным	
Уровень стресса	нормальный	84,20%	15,80%	$\chi^2=6,6$ df=1 p=0,01; Cramer's V=0.4
	средний и высокий	45,50%	54,50%	
Отсутствие специального лечения	страх есть	50,00%	50,00%	$\chi^2=5,5$ df=1 p=0,02; Cramer's V=0.4
	страх отсутствует	86,70%	13,30%	
Тяжёлые социальные последствия	страх есть	51,90%	48,10%	$\chi^2=4,6$ df=1 p=0,03; Cramer's V=0.3
	страх отсутствует	85,70%	14,30%	
Отсутствие лекарств в свободной продаже	страх есть	46,20%	53,80%	$\chi^2=9,1$ df=1 p=0,003; Cramer's V=0.5
	страх отсутствует	93,30%	6,70%	
Использование самоизоляции	частое применение	50,00%	50,00%	$\chi^2=4,5$ df=1 p=0,03 Cramer's V=0.3
	редкое применение	82,40%	17,60%	
Всего человек		26	15	

саться риска для собственной жизни в период пандемии.

В структуре защитных стратегий поведения лица, готовые использовать активную иммунизацию как эффективную защиту от коронавирусной инфекции, были склонны не пользоваться медицинскими перчатками как мерой, препятствующей заражению. Напротив, использование этого способа защиты в выборке обследованных респондентов сочеталось с высокой долей сомнений относительно вакцинации. Иные закономерности между готовностью вакцинироваться и факторами, связанным с формированием у респондентов стрессового типа реакции на пандемию (возраст, образование, семейный статус, материальное положение и отягощённость психическими расстройствами) обнаружены не были.

Респонденты, демонстрирующие нормальный уровень стресса по шкале PSM-25, чаще высказывали согласие с вакцинированием любым препаратом, вне зависимости от его производителя. Предвзятость в выборе препарата для вакцинации была несвойственна участникам исследования, не склонным к тревожным опасениям относительно пандемии. Было обнаружено, что ограничение или невозможность использования самоизоляции как меры по предотвращению возможного заражения явилось фактором благоприятного отношения к препаратам любых производителей. В таблице 3 указано, что наличие средних и высоких показателей психологического стресса, страх недоступности необходимых для ежедневного приёма препаратов, напротив, были ассоциированы с готовностью к иммунизации препаратами зарубежных производителей.

Обсуждение

Экстраординарные условия пандемии на момент исследования в декабре 2020 — январе 2021 года, в сравнении с данными на апрель-май 2020 года, всё ещё остаются связаны с сохранением дистресса у более чем 47% обследованной выборки он-лайн опроса. Одновременно число тревожных опасений, ассоциированных с существенным нарастанием стресса, даже расширилось — с двух весной 2020 года (возможный дефицит препаратов для ежедневного приёма и риск изоляции) до шести (возможные материальные трудности, заразность вируса, тяжёлые социальные последствия, риск изоляции, невозможность вести привычный образ жизни, дефицит средств индивидуальной защиты в продаже) [5]. Получены данные о специфической взаимосвязи социальных, анамnestических, психологических характеристик жителей России и формирования готовности к вакцинации против коронавируса.

Высокий интегральный показатель психологического стресса преимущественно характерен отдельным группам населения: лицам молодого возраста, одиноким и тем, кто не уверен в стабильности своего материального положения в ходе пандемии или имел в прошлом диагностированное психическое расстройство. Не была подтверждена предрасположенность к дистрессу жителей крупных или малых населённых пунктов, лиц с соматической патологией, медицинских работников. Лишь наличие высокого интегрального показателя психологического стресса у выявленных категорий населения, не было связано с особенностями отношения к вакцинации.

Возраст респондентов, уровень их образования, материальное благополучие и вероятность контакта с коронавирусной инфекцией были связаны с формированием специфических опасений в ситуации пандемии: о вероятности дефицита средств защиты, возможности материальных трудностей, риска для собственной жизни и социальной изоляции. Эти результаты важны, поскольку отношение к активной иммунизации было связано с общей структурой и интенсивностью отдельных опасений, связанных с пандемией. Ключевыми для формирования готовности к вакцинации было отсутствие чрезмерных опасений по поводу риска для собственной жизни, дефицита средств индивидуальной защиты и, кроме того, неготовность использовать перчатки в качестве меры профилактики инфицирования коронавирусом.

Известно, что женщины в сравнении с мужчинами в острый период первой волны пандемии COVID-19 весной 2020 года были более склонны к развитию опасений за собственную жизнь и возможный дефицит средств защиты [25]. Таким образом, менее удивительны данные, полученные для декабря 2020 — января 2021 года, где гендерный фактор оказался специфически связан с формированием готовности к вакцинации — мужчины позитивнее относились к иммунизации, что соотносится и с данными зарубежных исследований [17,28]. Использование участниками он-лайн опроса перчаток в качестве меры предотвращения инфицирования весной 2020 года было наименее связано с повышением интегрального показателя стресса [24], что отчасти может определять более рациональное отношение части респондентов к вакцинации спустя полгода.

При том, что все имеющиеся в мире вакцинные препараты проходили 3-ю фазу клинических

испытаний по упрощённой схеме, наличие среднего и высокого показателей психологического стресса, страх недоступности необходимых для ежедневного приёма препаратов, отсутствия специального лечения, тяжёлых социальных последствий и практика самоизоляции были ассоциированы с готовностью респондентов использовать лишь импортную вакцину. Данные находки отражают определенные поведенческие модели, обусловленные преобладанием тех или иных когнитивных копиров [13]. Так, чрезмерные тревога и различные опасения, по-видимому, «включают» рационализацию как средство снижения рисков заболевания, что ведет к отказу от вакцинации. А в случае длительного использования ограничительных мер и средств защиты снижение намерений вакцинироваться может обуславливаться восприятием вакцины, как еще одной «жизненной трудностью», что вызывает чувство протеста.

Заключение

Тревожный дистресс является основополагающим фактором формирования рационального отношения к вакцинации как способу предотвращения заражения новой коронавирусной инфекцией. Знания о специфических предпосылках для формирования готовности к вакцинации и опасениях, связанных с ситуацией пандемии, необходимо использовать при выстраивании глобальных стратегий коммуникации органов здравоохранения с населением и в работе врачей по созданию мотивации пациентов к эффективному способам защиты от COVID-19.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Вакцина от COVID-19 — мнение россиян и медицинских работников. COVID19.FOM.RU; 2020 [обновлено 27 августа 2020; процитировано 1 марта 2021]. Доступно: <https://covid19.fom.ru/post/vakcina-ot-covid-19-mnenie-rossiyan-i-meditsinskih-rabotnikov>
2. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер; 2009. *Vodopjanova N.E. Psihodiagnostika stressa. SPb.: Piter; 2009. (In Russ.).*
3. Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19. Психолого-педагогические исследования. 2020; 12(2):108–126.
4. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения. Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2016; 9(1):71–83. *Rasskazova EI, Tkhostov ASH. Validation of Illness-And Treatment-Related Locus of Control Scale and Treatment-Related Self-Efficacy Scale. Vestnik YuUrGU. Seriya «Psihologiya». 2016; 9(1):71-83. (In Russ.). doi: 10.14529/psy160108*
5. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии

- COVID-19. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2020; 2:87-94.
- Sorokin MYu, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Neznanov NG, Lutova NB, Mazo GE Psychological reactions of the population as a factor of adaptation to the COVID-19 pandemic. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M.Bekhtereva*. 2020; 2:87-94. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-87-94
6. Agarwal V. A/H1N1 vaccine intentions in college students: an application of the theory of planned behavior. *J Am Coll Health*. 2014; 62(6):416-424. doi: 1080/07448481.2014.917650
 7. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50(2):179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
 8. Arora T, Grey I. Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: A mini-review. *Journal of Health Psychology*. 2020; 25(9):1155-1163. doi:10.1177/1359105320937053
 9. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. 1974; 2:324-508. doi: 10.1177/027109019817400200407
 10. Bendau A, Plag J, Kunas S, Wyka S, Ströhle A, Petzold MB. Longitudinal changes in anxiety and psychological distress, and associated risk and protective factors during the first three months of the COVID-19 pandemic in Germany. *Brain Behav*. 2020;e01964. doi: 10.1002/brb3.1964
 11. Carpenter CJ. A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Common*. 2010; 25(8):661-669. doi:10.1080/10410236.2010.521906
 12. Carvalho LF, Machado GM. Differences in adherence to COVID-19 pandemic containment measures: psychopathy traits, empathy, and sex. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2020; 42(4):392-392. doi: 10.1590/2237-6089-2020-0055
 13. Challenges facing a COVID-19 vaccine: a behavioral science perspective. *BEHAVIORALSCIENTIST.ORG*; 2020 [updated August 11, 2020; cited March 1, 2021]. Available: <https://behavioralscientist.org/challenges-facing-a-covid-19-vaccine-a-behavioral-science-perspective>
 14. Cornwall W. Just 50% of Americans plan to get a COVID-19 vaccine. Here's how to win over the rest. *Science*. 2020;30. doi: 10.1126/science.abd6018
 15. Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior: the reasoned and action approach. East Sussex, England: Psychology Press; 2010.
 16. Fisher WA, Kohut T, Salisbury CMA, Salvadori MI. Understanding human papillomavirus vaccination of reasoned action and the theory of planned behavior in vaccine target age women and men. *J Sex Med*. 2013; 10(10):2455-2461. doi: 10.1111/jsm.12211
 17. Guidry JPD, Laestadius LI, Vraga EK, Miller CA, Perrin PB, Burton CV, Ryan M, Fuemmeler FB, Carlyle KE. Willingness to get the COVID-19 vaccine with and without emergency use authorization. *Am J of Infection Control*. 2021; 49(2):137-142. doi: 10.106/j.ajic.2020.11.018
 18. Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med*. 2021; 27:225-228. doi: 10.1038/s41591-020-1124-9
 19. Nekliudov NA, Blyuss O, Cheung KY, Petrou L, Genuweit J, Sushentsev N et al. Excessive Media Consumption About COVID-19 is Associated With Increased State Anxiety: Outcomes of a Large Online Survey in Russia. *J Med Internet Res*. 2020; 22(9):e20955. doi: 10.2196/20955
 20. du Plessis L, McCrone JT, Zarebski AE, Hill V, Ruis C, Gutierrez B et al. Establishment and lineage dynamics of the SARS-CoV-2 epidemic in the UK. *Science*. 2021; 371(6530):708-712 doi: 10.1126/science.abf2946.
 21. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*. 1974; 2:328-335. doi: 10.1177/109019817400200403
 22. Shahzad F, Du J, Khan I, Khan I, Fateh A, Shahbaz M, Abbas A, Wattoo MU. Perceived Threat of COVID-19 Contagion and Frontline Paramedics' Agonistic Behaviour: Employing a Stressor-Strain-Outcome Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(14):5102. doi: 10.3390/ijerph17145102
 23. Singh L, Bansal S, Bode L, Budak C, Chi G, Kawintiranon, K, Padden C, Vanarsdal, R, Vraga E, Wang Y. A first look at COVID-19 information and misinformation sharing on Twitter. Preprint. 2020. ArXiv. 2020;2003:13907.
 24. Sorokin MYu, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Neznanov NG, Morozov PV, Lutova NB, Mazo GE. Stress and stigmatization in health-care workers during the COVID-19 pandemic. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(Suppl 3):S445-S453. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_870_20
 25. Sorokin MYu, Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Makarevich OV, Neznanov NG, Lutova NB, Mazo GE. Structure of anxiety associated with COVID-19 pandemic: the online survey results. *Bulletin of RSMU*. 2020; 3:70-6. doi: 10.24075/brsmu.2020.030
 26. Ten Threats of Global Health in 2019. WHO.INT; 2020 [cited March 1, 2021]. Available at: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
 27. Usher K, Jackson D, Durkin J, Gyamfi N, Bhullar N. Pandemic-related behaviours and psychological outcomes; A rapid literature review to explain COVID-19 behaviours. *Int J Ment Health Nurs*. 2020; 29(6):1018-1034. doi: 10.1111/inm.12790
 28. Wong LP, Alias H, Wong P-F, Lee HY, Abubakar S. The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19

vaccine and willingness to pay. *Human Vaccine & Immunotherapeutic*. 2020; 16(9):2204-2214. doi: 10.1080/21645515.2020.1790279»

29. Wouters, OJ, Shadlen KC, Salcher-Konrad M, Pollard AJ, Larson HJ, Teerawattananon Y, Jit M. Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment. *The Lancet*. 2021. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00306-8

Благодарности

Российскому Обществу Психиатров, Совету молодых учёных НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, а также просветительскому portalу «Психиатрия & Нейронауки».

Поступила 02.03.2021

Received 02.03.2021

Принята в печать 25.03.2021

Accepted 25.03.2021

Дата публикации 30.07.2021

Date of publication 30.07.2021

Обозрение психиатрии и медицинской психологии
им. В.М. Бехтерева, 2021, Т. 55, № 2, с. 62-72,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-62-72>

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology,
2021, T. 55, no 2, pp. 62-72,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-62-72>

Результаты критериальной и описательной оценки дисморфологических нарушений, возникших в связи с пренатальным воздействием этанола, у детей младшего школьного возраста*

Фадеева Е.В.^{1,2}, Ненастьева А.Ю.^{3,4}, Корчагина Г.А.¹

¹ННЦ наркологии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия,

²ФГАОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» Министерства образования Российской Федерации, Россия,

³ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия,

⁴ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия

Резюме. Диагностика нарушений, определяющих клинические проявления фетального алкогольного синдрома (ФАС), может вызвать определенные трудности: дети, подвергшиеся внутриутробному воздействию алкоголя, имеют достаточно широкий спектр физических, когнитивных и поведенческих особенностей. Выраженность нарушений варьирует, что определяется, в основном, временем, когда женщина допускала потребление алкоголя (I, II или III триместр беременности); а также частотой и количеством потребляемого ею алкоголя. В настоящей статье представлены итоги второго этапа исследования младших школьников 7-10 лет на предмет выявления и оценки дисморфологических нарушений, возникших в связи с пренатальным воздействием этанола. На первом этапе исследования было выявлено 77 учащихся с задержкой физического развития (рост и/или вес которых находился на уровне 10-го центиля и ниже), в отношении которых имелись анамнестические данные об употреблении их матерями алкоголя в период беременности. Все дети были включены во второй этап исследования для прохождения детальной дисморфологической оценки. Диагностика проводилась по двум направлениям: критериальному, включающему определение наличия или отсутствия нарушений, и при их наличии — определение степени выраженности особенностей строения лица, характерных для ФАС (короткая глазная щель, сглаженный носогубный желобок, тонкая верхняя губа), и описательному, включающему определение наличия или отсутствия нарушений, и при их наличии — определение степени выраженности других дисморфологических нарушений, сопутствующих ФАС (форма лица, особенности глаз, форма ушей, особенности ноздрей и губ, особенности строения рук). По результатам проведенной критериальной диагностики у 11 (14,3%) из 77 детей были выявлены характерные лицевые аномалии, или свойственный ФАС фенотип лица. У 4 детей было выявлено полное соответствие характерных для ФАС лицевых аномалий тяжелой степени, а у 7 детей — умеренной степени. По результатам проведенной описательной диагностики все обследованные дети имели от 1 до 6 признаков дисморфологических проявлений ФАС, представленными: верхней ладонной складкой в виде «хоккейной клюшки» у 42,9%; измененной конфигураций ушей в виде «железнодорожной колеи» у 42,9%; короткой глазной щелью у 41,6%; сглаженным или плоским губным желобком у 41,6%; тонкой каймой верхней губы у 41,6%; косоглазием у 37,7%; клинодактилией 5-го пальца у 37,7%; гипоплазией средней части лица у 23,4%.

Ключевые слова: фетальный алкогольный синдром, фетальный алкогольный спектр нарушений, алкоголь, дети, дисморфологические нарушения.

Информация об авторах:

Фадеева Евгения Владимировна — e-mail: nscnfadeeva@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5411-9611>

Ненастьева Анна Юрьевна — e-mail: nyural@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9790-895x>

Корчагина Галина Александровна — e-mail: nrcakorch@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6707-4985>

*Работа выполнена в рамках протокола клинической апробации №27-3-2017 «Оценка распространенности фетального алкогольного спектра нарушений у детей младшего школьного возраста»

Автор, ответственный за переписку: Фадеева Евгения Владимировна — e-mail: nscnfadeeva@mail.ru

Corresponding author: Eugenia V. Fadeeva — e-mail: nscnfadeeva@mail.ru

Как цитировать: Фадеева Е.В., Ненастьева А.Ю., Корчагина Г.А. Результаты критериальной и описательной оценки дисморфологических нарушений, возникших в связи с пренатальным воздействием этанола, у детей младшего школьного возраста. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;55:2:62-72. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-62-72>:

Results of criterional and descriptive assessing dysmorphological disorders associated with prenatal exposure to ethanol in children 7-10 years of age

Fadeeva EV^{1,2}, Nenastieva AY^{3,4}, Korchagina GA¹

¹National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology n.a. V.Serbsky
Russian Federation Ministry of Health, Moscow, Russia

²Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia

³Moscow Research and Practical Centre for Prevention of Drug Addictions of the Department of Public Health,
Moscow, Russia

⁴Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical
University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia

Summary. Diagnosis of disorders that determine the clinical manifestations of fetal alcohol syndrome (FAS) can cause certain difficulties: children with intrauterine alcohol exposure have a fairly wide range of physical, cognitive and behavioral features. The severity of disorders varies, which is determined mainly by the period when mother consumed alcohol (1st, 2nd or 3rd trimester of pregnancy), as well as frequency and amount of alcohol consumed. This article presents results of the second stage of the study among school students 7-10 year of age to identify and assess dysmorphological disorders that have arisen due to prenatal exposure to ethanol. During the first stage of the study, 77 students with delayed physical development (height and weight at the level of the 10th centile and less) were identified with anamnestic data about their mothers' drinking alcohol during pregnancy. All children were included in the second stage of the study for detailed dysmorphological assessment. Diagnostics was carried out in two directions: criterial, including determining presence or absence of disorders, and if any, determining the severity of facial phenotype of FAS (short palpebral fissure lengths, smooth philtrum, thin upper lip); and descriptive, including determining presence or absence of disorders, and if any, determining severity of other dysmorphological disorders associated with FAS (face shape, features of the eyes, shape of the ears, features of the nostrils and lips, features of the structure of the hands). According to the results of the criteria-based diagnostics, 11 (14.3%) out of 77 children had typical facial anomalies or facial phenotype typical for FAS. 4 children had full correspondence of facial anomalies to severe, and 7 children to moderate. According to results of syndromic diagnosis, all children had from 1 to 6 signs of dysmorphological manifestations of FAS, represented by: upper palmar fold in the form of a «hockey stick» in 42.9%; altered ear configurations in the form of a «railway track» in 42.9%; short palpebral fissure lengths in 41.6%; smooth philtrum in 41.6%; thin upper lip in 41.6%; strabismus in 37.7%; clinodactyly of the 5th finger in 37.7%; small midface in 23.4%.

Keywords: fetal alcohol syndrome, fetal alcohol spectrum of disorders, alcohol, children, dysmorphological disorders.

Information about the authors:

Eugenia V. Fadeeva — e-mail: nsconfadeeva@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5411-9611>

Anna Yu. Nenastieva — e-mail: nyura1@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9790-895x>

Galina A. Korchagina — e-mail: nrcakorcha@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6707-4985>

To cite this article: Fadeeva EV, Nenastieva AY, Korchagina GA. Results of criterional and descriptive assessing dysmorphological disorders associated with prenatal exposure to ethanol in children 7-10 years of age. *Obzrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;55:2:62-72. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-62-72>:

Алкоголь, употребляемый беременной женщиной, относится к тератогенным факторам, которые могут приводить к порокам развития эмбриона или плода, нормально развивавшегося до этого воздействия [1, 2, 17]. На протяжении всей беременности восприимчивость эмбриона или плода к воздействию тератогенных факторов различна — на ранних этапах развития тератогенные эффекты представлены в большей степени анатомическими дефектами или врожденными пороками развития плода, на более поздних сроках внутриутробного разви-

тия возрастает частота функциональных нарушений органов и систем, что в полной мере демонстрирует клинический полиморфизм фетального алкогольного синдрома [2]. Дети матерей, принимавших от 100 до 200 мл алкоголя ежедневно на протяжении всей беременности, могут иметь как функциональные изменения нервной системы, так и задержку физического развития, что не всегда сочетается с врожденными пороками развития плода [2, 3].

Последствия пренатального воздействия алкоголя, проявляющиеся в нарушениях физического

и психического развития, а также в ряде дисморфологических особенностей и отклонений со стороны центральной нервной системы, были впервые описаны более 40 лет назад [18]. Проведенное исследование указывало на наличие сходной картины черепно-лицевых дисморфологических аномалий в сочетании с задержкой физического и когнитивного развития у детей, рожденных от матерей употреблявших алкоголь на протяжении беременности. С тех пор термин «фетальный алкогольный синдром» (ФАС) начал использоваться для описания группы врожденных дефектов, вызванных пренатальным воздействием алкоголя, которые стойко сохраняются в течение всей жизни [18]. Согласно Международной классификации болезней 10-ого пересмотра (МКБ-10) фетальный алкогольный синдром или алкогольный синдром у плода (Q86.1) относится к классу XVII «Врожденные аномалии (пороки развития) и характеризуются триадой признаков:

1. Внутриутробным и постнатальным отставанием в развитии с дефицитом роста и веса;
2. Характерными аномалиями строения лица и черепа в виде короткой глазной щели, сглаженного губного желобка и тонкой каймы верхней губы;
3. Нарушениями функционирования центральной нервной системы (ЦНС), которые проявляются структурными нарушениями ЦНС, микроцефалией, задержкой нервно-психического развития, снижением уровня интеллекта и комплексом поведенческих нарушений [8].

Фетальный алкогольный спектр нарушений (ФАСН) является недиагностическим термином, который был принят для описания более широкого спектра нарушений, возникающих в результате воздействия алкоголя в утробе матери, и который объединяет целый ряд врожденных нарушений развития у детей: фетальный алкогольный синдром (ФАС); частичный (парциальный) фетальный алкогольный синдром (чФАС); нарушения нервно-психического развития в связи с воздействием алкоголя; врожденные пороки развития, которые развились в связи с воздействием алкоголя [6, 10]. По разным источникам, от 3 до 40% детей, рожденных женщинами, которые злоупотребляли алкоголем во время беременности, имеют признаки истинного ФАС [2-4]. Распространенность ФАСН может быть значительно выше [6, 9, 10], поскольку согласно исследованию, проведенному Балашовой Т.Н. и соавт. среди женщин Санкт-Петербурга и Нижнего Новгорода, даже эпизодическое потребление алкоголя может нанести вред психическому и физическому здоровью матери и ребенка [1]. **Целью** исследования, отраженного в настоящей статье, являлась оценка дисморфологических нарушений, характерных для ФАС и ФАСН, у детей с задержкой физического развития (рост, вес которых находился на уровне 10-го центиля и/или ниже).

Методология и методы исследования. Методология исследования включала 3-этапную оценку детей младшего школьного возраста на предмет выраженности таких признаков ФАС и ФАСН, как 1) отставание в физическом развитии, 2) оценку дисморфологических нарушений и 3) оценку структурных и функциональных изменений со стороны ЦНС и опиралась на соответствие (или отсутствие соответствия) диагностическим критериями ФАС, которые в МКБ-10 упоминаются как триада признаков [8]. **Участники исследования.** В ходе обследования 2 763 учащихся на первом этапе исследования было отобрано 77 человек (2,8%), имеющих задержку физического развития. Исследование проводилось в муниципальных казенных образовательных учреждениях (школах-интернатах); государственных казенных образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; в специальных (коррекционных) детских домах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья; центрах социальной помощи семье и детям; социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних Нижнего Новгорода и Нижегородской области, в которых дети обучались или получали социально-психологическую поддержку. В отношении всех 77 учащихся (57 мальчиков и 20 девочек) с задержкой физического развития (рост, вес которых находился на уровне 10-го центиля и/или ниже) имелись подтвержденные историей развития детей анамнестические данные об употреблении их матерями алкоголя в период беременности. Средний возраст детей с задержкой физического развития составил $8,6 \pm 1,03$ лет. Значимых различий по возрасту между мальчиками и девочками не наблюдалось. Большая часть детей — 51 ребенок (66,2%) — проживала и воспитывалась в образовательных учреждениях с круглосуточным пребыванием, а треть детей — 26 человек (33,8%) получала поддержку в учреждениях социального обслуживания, но проживали в семье с родителями или другими законными представителями. Все дети были включены во второй этап исследования для прохождения детальной дисморфологической оценки. В отношении всех участников исследования имелись добровольные согласия на проведение оценки дисморфологических нарушений, подписанные их законными представителями.

Дисморфологическая оценка проводилась по двум направлениям:

1. Критериальному, включающему определение наличия или отсутствия нарушений, а при их наличии — определение степени выраженности особенностей строения лица, характерных для ФАС (короткая глазная щель, сглаженный носогубный желобок, тонкая верхняя губа);
2. Описательному, включающему определение наличия или отсутствия нарушений, а при их наличии — определение степени вы-

раженности других дисморфологических нарушений, сопутствующих ФАС (форма лица, особенности глаз, форма ушей, особенности ноздрей и губ, особенностей строения кистей).

Методология диагностики дисморфологических нарушений, связанных с пренатальным воздействием этанола, на предмет выявления ФАС и ФАСН у детей младшего школьного возраста, использованная в исследовании, опиралась на:

1. национальную стандартизованную систему диагностики нарушений развития, используемую российскими педиатрами, неврологами, генетиками [4, 5, 7];
2. систему четырехзначных диагностических кодов ФАСН, касающуюся оценки физических показателей, специфических дисморфологических нарушений и отклонений когнитивного развития (FASD 4-Digit Diagnostic Code) [12];
3. руководство по диагностике ФАС Американского Центра контроля и профилактики заболеваний [14];
4. Канадское руководство по диагностике ФАСН [15].
5. культурно-адаптированную к условиям России методологию диагностики ФАСН у детей младшего школьного возраста [6].

Диагностическое обследование на предмет выявления дисморфологических нарушений у детей с ФАС и ФАСН проводилось в образовательных организациях и в учреждениях социального обеспечения специалистами с высшим медицинским образованием: врачом-педиатром, врачом-психиатром детским, врачом-психиатром-наркологом, врачом-генетиком.

Методы исследования

Наиболее полно **Критериальная диагностика дисморфологических нарушений у детей с ФАС и ФАСН** представлена в Руководстве по диагностике фетального алкогольного спектра нарушений, основой которого являются критерии 4-значный диагностический код (The 4-Digit Diagnostic Code). Четырехзначный диагностический код представляет собой схему, отражающую степень выраженности 4-х ключевых диагностических признаков ФАС или ФАСН в следующем порядке: 1) дефицит роста и /или веса; 2) фенотип лица, свойственный ФАС; 3) аномалии центральной нервной системы (ЦНС); 4) внутриутробное воздействие алкоголя [12].

Величина выраженности каждого признака оценивается независимо по 4-балльной шкале Р. Ликерта (Likert scale), где «1» отражает отсутствие признака, характерного для ФАС, а «4» — наличие полного (классического) признака ФАС. Таким образом, 4-значный код «4444» отражает наиболее выраженную экспрессию ФАС (значительный дефицит роста и/ или веса, наличие всех трех особенностей строения лица, характерных для ФАС, структурные/ неврологические признаки повреждения ЦНС и подтвержденное пренатальное употребление значительных объемов алкоголя матерью). На противоположном конце шкалы находится 4-значный код «1111», отражающий нормальный рост и/ или вес обследованного, отсутствие особенностей строения лица, характерных для ФАС, а также аномалий со стороны ЦНС и подтвержденное отсутствие пренатального воздействия алкоголя на плод (Рис. 1).

Наиболее характерной особенностью ФАС является фенотип лица. Фенотип лица при ФАС ха-

4x Цифровой диагностический код Фетального алкогольного спектра нарушений (ФАСН)										
			3	4	4	4				
выраженный	выраженные	определенно	4		X	X		X	4	высокий риск
умеренный	умеренные	вероятно	3	X					3	умеренный риск
легкий	легкие	возможно	2						2	нет данных
отсутствует	отсутствуют	маловероятно	1						1	риск отсутствует
Дефицит	Характерные	Поражение	рост лицо мозг				алкоголь			
роста и/или веса	особенности лица	головного мозга					Алкоголь в антенатальном периоде			

Рис. 1. Четырехзначный диагностический код ФАС и ФАСН¹
Fig. 1. The 4-Digit diagnostic code for FAS and FASD²

¹ Авторское право: Susan J. Astley руководство по диагностике расстройств фетального алкогольного спектра: 4-значный диагностический код. Третье Издание. Центр человеческого развития и инвалидности Школы общественного здравоохранения и общественной медицины Вашингтонского университета Сиэтл, штат Вашингтон. 2004.

² Copyright: Susan J. Astley Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. Third Edition. Center on Human Development and Disability School of Public Health and Community Medicine University of Washington Seattle, Washington. 2004.

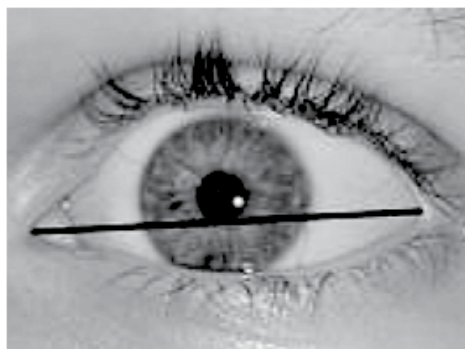


Рис. 2. Процедура измерения длины глазной щели²
Fig. 2. Procedure for measuring the length of the palpebral fissure²



Рис. 3. Наглядные примеры, используемые для оценки толщины верхней губы и сглаженности носогубного желобка для представителей европеоидной расы²
Fig. 3. Illustrative examples used to measure thickness of upper lip and smoothness of philtrum in children of Caucasian race

рактируется наличием всех трех аномалий, которые могут быть выявлены при проведении диагностических исследований:

1. Короткая глазная щель (меньше возрастной нормы на $SD \leq -2$, что соответствует уровню ниже 3-го центиля) [3, 11-13, 16, 19];
2. Сглаженный губный желобок, соответствующий изображениям №4 и №5 (см. рис. 3) и определяется по 5-балльной шкале Р. Ликерта [11-13];
3. Тонкая верхняя губа [3, 11-13].

Оценка характерных для ФАС особенностей глазной щели проводилась путем измерения расстояния между внутренним и внешним углами левого и правого глаза, результат сравнивался с центильными таблицами для соответствующего пола и возраста ребенка [16, 19]. Прямое измерение длины глазной щели проводилось с точностью до миллиметра с помощью прозрачной пластиковой 15-сантиметровой линейки, удерживаемой как можно ближе к глазу, не касаясь глаз или ресниц (Рис.2). Следует отметить, что предлагаемые нормативы и стандартные отклонения длины глазной щели были разработаны для детей от 29 недель до 14 лет и апробированы на значительной выборке здоровых детей и детей, подвергшихся пренатальному воздействию алкоголя, проживающих в Канаде [15] и Северной Америке [11]. Однако в Российской Федерации отсутствуют центильные таблицы размеров глазной

щели и межорбитального расстояния в соответствии с возрастом и полом, поэтому выводы по данным критериям должны проводиться с осторожностью [3].

Оценка характерных особенностей носогубного желобка и верхней губы проводилась путем сравнения указанных характеристик с наглядными примерами, предлагаемыми в Руководстве по диагностике ФАС, и используемыми для оценки толщины верхней губы и сглаженности носогубного желобка для представителей европеоидной расы (Рис.3). Изображения №4 и №5 соответствуют характерным проявлениям дисморфологических нарушений при ФАС [12, 13].

Констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, проводилась согласно Четырехзначному диагностическому коду в соответствии с Таблицами 1 и 2 [12].

Для комплексной оценки дисморфологических особенностей лица, характерных для ФАС, требуется учет всех трех особенностей лицевых аномалий: короткой глазной щели, сглаженного носогубного желобка, тонкой верхней губы. Для этого необходимо преобразовать констатирующие оценки по особенностям строения лица, характерных для ФАС, в Четырехзначный диагностический код (Табл.2) [12].

Описательная диагностика дисморфологических нарушений у детей с ФАС и ФАСН включала определение наличия или отсутствия нарушений, а при их наличии — определение степени вы-

Таблица 1. Констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС
Table 1. A stating assessment of the features of the facial structure characteristic of FAS

Наглядные примеры, используемые для оценки толщины верхней губы и сглаженности носогубного желобка	Стандартные отклонения от нормативных значений при измерении длины глазной щели	Значения для следующих характерных особенностей		
		глазная щель	носогубный желобок	верхняя губа
Изображение №4 или №5	Значительное снижение длины глазной щели, SD: ≤ -2	С	С	С
Изображение №3	Снижение длины глазной щели, SD: от -1 до -2	В	В	В
Изображение №1 или №2	Норма SD: от -1 до +1	А	А	А

Таблица 2. Преобразование констатирующих оценок по особенностям строения лица, характерных для ФАС, в Четырехзначный диагностический код
Table 2. Conversion of ascertaining assessments on structural features of the face characteristic of FAS into a 4-Digit diagnostic code

Значение по «Четырехзначному диагностическому коду»	Степень выраженности особенностей лица, характерных для ФАС	Значения для следующих характерных особенностей (глазная щель, носогубный желобок, верхняя губа)
4	тяжелые нарушения	CCC
3	умеренные нарушения	CCB, CBC, BCC
2	легкие (незначительные) нарушения	CCA, CAC, CBB, CBA, CAB, CAA, BCB, BCA, BBC, BAC ACC, ACB, ACA, ABC, AAC
1	отсутствие нарушений	BBB, BBA, BAB, BAA ABB, ABA, AAB, AAA

раженности иных дисморфологических нарушений, которые могут сопутствовать ФАС, и основывалась на национальной стандартизированной системе диагностики нарушений развития, используемой российскими неврологами и генетиками [2, 4, 5] и на международных руководствах по неонатологии и неврологии новорожденных [3, 20]. Помимо характерного для ФАС фенотипа лица дисморфологические признаки могут быть представлены множественными микроаномалиями развития — необычными морфологическими чертами, не нарушающими функции каких-либо органов: микроцефалией, рядом лицевых аномалий, особенностями кистей рук и т.д.

Следует отметить, что некоторая часть терминов, применяющихся для описания дисморфологических черт за рубежом, например, уши в форме «железнодорожной колеи», ладонная складка в виде «хоккейной клюшки», не используются в отечественной педиатрии. Расшифровка указанных терминов и ссылка на авторские источники приведены далее в тексте. Перечень дисморфологических признаков (микроаномалий), наиболее характерных для ФАС/ФАСН, и способов их обнаружения представлен в таблице 3.

Оценка наличия или отсутствия структурных отклонений со стороны ЦНС проводилась путем измерения лобно-затылочной окружности головы ребенка и сравнения полученных значений с центильными таблицами. Оценка наличия или отсутствия функциональных отклонений со сторо-

ны ЦНС проводилась путем проведения диагностики уровня когнитивного развития. Полученные результаты будут подробно описаны в третьей части исследования, касающейся диагностики структурных и функциональных нарушений со стороны ЦНС у детей с ФАС и ФАСН.

Результаты

Результаты критериальной диагностики. Критериальная диагностика включала определение наличия или отсутствия нарушений, а при их наличии — определение степени выраженности особенностей строения лица, характерных для ФАС и ФАСН (короткая глазная щель, сглаженный носогубный желобок, тонкая верхняя губа).

По результатам измерений, средняя длина глазных щелей обоих глаз у мальчиков: 7 лет — составила $23,6 \pm 0,3$ мм, что соответствовало SD от -1 до -2 или уровню 10-го центиля; 8 лет — составила $25,3 \pm 0,2$ мм, что соответствовало нормативным значениям; 9 лет — составила $26,2 \pm 0,2$ мм, что соответствовало нормативным значениям; 10 лет — составила $25,8 \pm 0,3$ мм, что также соответствовало нормативным значениям (Табл.4).

В количественном соотношении у 16 мальчиков (28,1%) из 57 была короткая средняя длина глазных щелей обоих глаз, соответствующая SD < -2 или уровню 3-го центиля — **или тяжелая степень выраженности особенностей лица, характерных для ФАС**. У 6 мальчиков (10,5%) из 57

Таблица 3. Дисморфологические признаки, характерные для ФАС/ФАСН и способы их определения
Table 3. Dysmorphological signs characteristic of FAS/FASD and methods for their determination

Части тела с характерными признаками ФАС/ФАСН	Диагностические критерии ФАС/ФАСН	Внешние проявления	Способы определения
Голова	Выявляется наличие или отсутствие микроцефалии (SD: от -1 до -2 и более в соответствии с полом и возрастом) [2, 4]	Микроцефалия характеризуется малыми размерами черепа ребенка, ранним смыканием черепных швов и закрытием родничков	Определяется при измерении лобно-затылочной окружности головы ребенка и сравнении с центильными таблицами Диагностика микроцефалии основывается на данных антропометрии, краниографии, КТ и МРТ головного мозга, ЭЭГ, НСГ
Лицо	Выявляется наличие или отсутствие гипоплазии (недоразвития) средней части лица [2, 4]	При гипоплазии средняя часть лица является недоразвитой, что придает лицу «вогнутый вид»	Определяется при осмотре лица ребенка сбоку. Дополнительно оценивается недоразвитость верхней челюсти и наличие коротких носовых ходов с вывернутыми наружу ноздрями
Глаза	Выявляется наличие или отсутствие гипертелоризма (SD: от -1 до -2 и более в соответствии с полом и возрастом) [4]	Гипертелоризм характеризуется увеличенным костным расстоянием между орбитами глаз	Измеряется расстояние между медиальными углами глазных щелей в сравнении с центильными таблицами
	Выявляется наличие или отсутствие страбизма (косоглазия) [20]	Страбизм проявляется в виде несимметричного положения роговиц в отношении углов и краев век	Если страбизм имеется, то указывается — является ли он одно- или двусторонним
	Выявляется наличие или отсутствие птоза [2]	Птоз проявляется в виде опущения верхнего века	При оценке степени птоза пользуются параметром MRD (Margin Reflex Distance) — расстоянием между краем верхнего века и центром зрачка в мм. Если птоз имеется, то отмечается — является ли он одно- или двусторонним
	Выявляется наличие или отсутствие эпикантальных складок [2, 4]	Эпикантальные складки — участки кожи верхнего века, покрывающие внутренние углы глаз	Если эпикантальные складки имеются, то отмечается — являются ли они одно- или двусторонним
Уши	Выявляется наличие или отсутствие недоразвития завитка наружного уха [2, 4]	Недоразвитие завитка наружного уха проявляется в виде параллельной нависающей складки над завитком (уши в форме «железнодорожной колеи»)	Если недоразвитие завитка наружного уха имеется, то отмечается — являются ли оно одно- или двусторонним
Ладони	Выявляется наличие или отсутствие камптодактилии [9]	Камптодактилия — врожденный дефект, который проявляется в виде сгибательной контрактуры пальцев руки	Если камптодактилия имеется, то указывается — является ли она односторонней (как минимум один палец на одной руке) или двусторонней (как минимум по одному пальцу на каждой руке)
	Выявляется наличие или отсутствие первичных ладонных складок [9]	Первичные ладонные складки проявляются в форме измененных линий на ладонях. Складка в виде «хоккейной клюшки» — поперечный загиб складки руки в направлении пальцев по форме напоминающий хоккейную клюшку	Если первичная ладонная складка имеется, то указывается — является ли она односторонней или двусторонней
Пальцы рук	Выявляется наличие или отсутствие клинодактилии 5-ого пальца руки [20]	Клинодактилия — врожденный дефект развития — наличие постоянной изогнутости 5-го пальца (мизинца) обычно в сторону других пальцев	Если клинодактилия имеется, то указывается — является ли она односторонней или двусторонней

Таблица 4. Показатели длины глазной щели для мальчиков, принявших участие в исследовании, на основании центильных таблиц (мм)
Table 4. Indicators of the length of the palpebral fissure for boys who participated in the study, based on centile tables (mm)

Возраст	Значительное снижение длины глазной щели, SD: ≤ -2	Снижение длины глазной щели, SD: от -1 до -2	Норма SD: от -1 до +1	Длина глазной щели мальчиков, принявших участие в исследовании (M $\pm$ SD)
7 лет	$\leq 23,0$	23,0-24,3	24,4-26,8	23,6 $\pm$ 0,3
8 лет	$\leq 23,3$	23,3-24,7	24,8-27,3	25,3 $\pm$ 0,2
9 лет	$\leq 23,5$	23,5-24,9	25,0-27,6	26,2 $\pm$ 0,2
10 лет	$\leq 23,8$	23,8-25,1	25,2-27,8	25,8 $\pm$ 0,3

Таблица 5. Показатели длины глазной щели для девочек, принявших участие в исследовании, на основании центильных таблиц (мм)
Table 5. Indicators of the length of the palpebral fissure for girls who participated in the study, based on centile tables (mm)

Возраст	Значительное снижение длины глазной щели, SD: ≤ -2	Снижение длины глазной щели, SD: от -1 до -2	Норма SD: от -1 до +1	Длина глазной щели девочек, принявших участие в исследовании (M $\pm$ SD)
7 лет	$\leq 22,8$	22,8-23,8	23,9-26,3	22,8 $\pm$ 0,4
8 лет	$\leq 23,0$	23,0-24,3	24,4-26,7	22,6 $\pm$ 0,3
9 лет	$\leq 23,3$	23,3-24,4	24,5-27,0	26,2 $\pm$ 0,4
10 лет	$\leq 23,5$	23,5-24,7	24,8-27,3	26,2 $\pm$ 0,3

была короткая средняя длина глазных щелей обоих глаз, соответствующая SD от -1 до -2 или уровню 10-го центиля — **или умеренная степень выраженности особенностей лица, характерных для ФАС**. Таким образом, практически у трети обследованных мальчиков (22 мальчика — 38,6%) были выявлены характерные дисморфологические проявления ФАС, выражающиеся в наличии короткой глазной щели. У остальных мальчиков подобных нарушений не отмечалось.

По результатам измерений средняя длина глазных щелей обоих глаз у девочек: 7 лет — составила $22,8 \pm 0,4$ мм, что соответствовало SD ≤ -2 или уровню 3-го центиля; 8 лет — составила $22,6 \pm 0,3$ мм, что соответствовало уровню SD ≤ -2 или уровню 3-го центиля; 9 лет — составила $26,2 \pm 0,4$ мм, что соответствовало нормативным значениям; 10 лет — составила $26,2 \pm 0,3$ мм, что также соответствовало нормативным значениям (Табл. 5). Вероятнее всего данный показатель является наиболее чувствительным к возрасту обследуемых — чем раньше провести измерения длины глазных щелей, тем больше вероятность определить значимые различия с нормативными значениями, которые к подростковому возрасту могут сглаживаться. Однако данное предположение должно быть подтверждено более подробным исследованием.

В количественном соотношении у 6 девочек (30%) из 20 было выявлено значительное снижение длины глазных щелей обоих глаз, соответствующее SD < -2 или уровню 3-го центиля — **или**

тяжелая степень выраженности особенностей лица, характерных для ФАС. У 4 девочек (20%) из 20 было выявлено снижение длины глазных щелей обоих глаз, соответствующее SD от -1 до -2 или уровню 10-го центиля — **или умеренная степень выраженности особенностей лица, характерных для ФАС**. Таким образом, у половины обследованных девочек (50%) были выявлены характерные дисморфологические проявления ФАС, выражающиеся в наличии короткой глазной щели. У другой половины девочек подобных нарушений не отмечалось.

Глазная щель: у 22 детей (16 мальчиков и 6 девочек) (28,6%) было выявлено значительное снижение длины глазной щели, соответствующее SD ≤ -2 или уровню 3-го центиля. Этим детям была присвоена констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, ранга «С». У 10 детей (6 мальчиков и 4 девочек) (12,9%) было выявлено снижение длины глазной щели, соответствующее SD от -1 до -2 или уровню 10-го центиля. Им была присвоена констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, ранга «В». У 45 детей (35 мальчиков и 10 девочек) (58,4%) средняя длина глазных щелей обоих глаз соответствовала нормативным значениям. Этим детям была присвоена констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, ранга «А».

Носогубный желобок: у 8 детей (6 мальчиков и 2 девочек) (10,4%) было выявлено соответ-

ствие сглаженности носогубного желобка изображению №5, у 24 детей (20 мальчиков и 4 девочек) (31,2%) — соответствие сглаженности носогубного желобка изображению №4. Таким образом у 32 детей (26 мальчиков и 6 девочек) (41,6%) было выявлено соответствие сглаженности носогубного желобка изображениям №4 и №5. Этим детям была присвоена констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, ранга «С». У 21 ребенка (12 мальчиков и 9 девочек) (27,3%) было выявлено соответствие сглаженности носогубного желобка изображению №3. Им была присвоена констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, ранга «В». У 24 детей (19 мальчиков и 5 девочек) (31,2%) было выявлено соответствие сглаженности носогубного желобка изображениям №1 и №2. Этим детям была присвоена констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, ранга «А».

Верхняя губа: у 32 детей (24 мальчиков и 8 девочек) (41,6%) было выявлено соответствие толщины и выпуклости красной каймы верхней губы изображению №4 и №5. Этим детям была присвоена констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, ранга «С». У 24 детей (17 мальчиков и 7 девочек) (31,2%) было выявлено соответствие толщины и выпуклости красной каймы верхней губы изображению №3. Им была присвоена констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, ранга «В». У 21 ребенка (16 мальчиков и 5 девочек) (27,3%) было выявлено соответствие толщины и выпуклости красной каймы верхней губы изображениям №1 и №2. Этим детям была присвоена констатирующая оценка особенностей строения лица, характерных для ФАС, ранга «А».

По результатам критериальной диагностики, после преобразования констатирующих оценок в четырехзначный диагностический код тяжелая степень выраженности особенностей лица, характерных для ФАС, была выявлена у 4 детей (3 мальчиков и 1 девочки) (5,2%) (ранг CCC). Умеренная степень выраженности особенностей лица, характерных для ФАС, была выявлена у 7 детей (5 мальчиков и 2 девочек) (9,1%); у 3 мальчиков выявлены характерные особенности ранга «ССВ», у 2 мальчиков и 2 девочек выявлены характерные особенности ранга «СВС» выявлено не было. Таким образом по результатам критериальной диагностики у 11 детей (8 мальчиков и 3 девочек) (14,3%) из 77 отмечалось соответствие особенностей строения лица диагностическим критериям ФАС.

Результаты описательной диагностики. Описательная диагностика включала определение наличия или отсутствия нарушений, а при их наличии — определение степени выраженности других дисморфологических нарушений, сопутствующих ФАС (форма лица, глаз, ушей, ноздрей и губ, кистей рук и других нарушений развития, связанных с внутриутробным воздействием этанола на плод. По ее результатам гипоплазия (недоразви-

тие) средней части лица была выявлена у 18 детей (12 мальчиков и 6 девочек) (23,4%). Недоразвитие верхней челюсти определено у 16 детей (8 мальчиков и 8 девочек) (20,8%). Наличие коротких носовых ходов с вывернутыми наружу ноздрями было у 12 детей (8 мальчиков и 4 девочек) (15,6%). Наличие страбизма (косоглазия) выявлено у 29 детей (37,7%): у 28 детей (22 мальчиков и 6 девочек) страбизм был односторонним, а у одной девочки был определен двусторонний страбизм. Птоз был диагностирован у 7 детей (6 мальчиков и 1 девочки) (9,1%). Эпикантальные складки были выявлены у 18 детей (23,4%): у 9 детей (4 мальчиков и 5 девочек) — односторонние, у 9 детей (7 мальчиков и 2 девочек) — двусторонние. Недоразвитие завитка наружного уха было выявлено у 33 детей (42,9%): у 15 детей (9 мальчиков и 6 девочек) — одностороннее, у 18 детей (12 мальчиков и 6 девочек) — двустороннее. Камптодактилия была выявлена у 16 детей (10 мальчиков и 6 девочек) (20,8%). Клинодактилия была выявлена у 29 детей (23 мальчиков и 6 девочек) (37,7%). Складки в виде «хоккейной клюшки» были выявлены у 33 детей (42,9%): у 21 ребенка (16 мальчиков и 5 девочек) на одной ладони, у 13 детей (9 мальчиков и 4 девочек) — на обеих ладонях.

По результатам описательной диагностики, все дети имели от 1 до 6 признаков дисморфологических проявлений ФАС или ФАСН. Наиболее часто встречались следующие дисморфологические нарушения: 1) верхняя ладонная складка в виде «хоккейной клюшки» была выявлена у 33 детей из 77 (42,9%); 2) измененная конфигурация ушей в виде «железнодорожной колеи» — у 33 детей (42,9%); 3) короткая глазная щель — у 32 детей (41,6%); 4) сглаженный или плоский губной желобок — у 32 детей (41,6%); 5) тонкая кайма верхней губы — у 32 детей (41,6%); 6) косоглазие — у 29 детей (37,7%); 7) клинодактилия 5-го пальца — у 29 детей (37,7%); 8) гипоплазия средней части лица — у 18 детей (23,4%).

Обсуждение

Выраженность анатомических и функциональных тератогенных эффектов этанола во время беременности зависят от частотно-количественных характеристик потребления алкоголя и длительности его приема, однако четких корреляций между данными параметрами нет [1, 2]. Тератогенные воздействия в плодном периоде приводят к различным структурным и функциональным отклонениям, в том числе носящим анатомический характер [3]. В связи с чем, крайне важным аспектом проведения клинической диагностики ФАС, включающей критериальную и описательную оценку дисморфологических нарушений, возникших в связи с пренатальным воздействием этанола, является не только оценка частотно-количественных характеристик потребления алкоголя матерью во время беременности, но и учет критических (узловых) периодов эмбриогенеза, таких как имплантация, образование плаценты, начало образования нерв-

ной системы, закладка крупных систем органов и т.д. [3]. Поэтому профилактические мероприятия с женщинами репродуктивного возраста, как планирующими беременность в ближайшее время, так и использующими различные методы контрацепции, должны включать информирование женщин о том, что безопасного уровня потребления алкоголя нет, а любое количество этанола начиная с первых недель беременности может нанести вред здоровью ребенка.

Другим немаловажным аспектом эффективно-го внедрения методов оценки дисморфологических нарушений, связанных с пренатальным воздействием этанола, является апробация и валидация методов диагностики, используемых в зарубежных странах и подтвержденных многолетними исследованиями. Так несмотря на активное использование в США и Европе критериальной диагностики дисморфологических нарушений у детей с ФАС и ФАСН, основанной на Четырехзначном диагностическом коде (4-Digit Diagnostic Code), центильных таблицах по оценке длины глазной щели, описанных в Канадском руководстве по диагностике ФАС и рекомендациях отечественных специалистов, отраженных в Федеральном руководстве по детской неврологии, требуется дополнительная валидация данного метода в Российской Федерации. Также критериальная диагностика, хоть и является специфичным инструментом диагностики ФАС, но никоим образом не должна ограничивать внимание клинициста при обнаружении альтернативных или сопутствующих синдромальных, медицинских или психиатрических состояний. С точки зрения общественного здравоохранения, диагностические ошибки приводят к неверным диагнозам, а также к неточным оценкам распространенности данного заболевания, препятствуют внедрению и реализации в социальных, образовательных и медицинских организациях мероприятий по профилактике ФАС и ФАСН. Тем не менее большим практическим значением обладает профилактика и ранняя диагностика ФАС и ФАСН в медицинских организациях, оказывающих первичную врачебную медицинскую помощь по профилю «педиатрия» и специализированную медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология». Также дифференци-

альная диагностика необходима для оказания эффективной социальной, психологической и педагогической поддержки на протяжении детского и подросткового возраста детям с ФАС и ФАСН.

Заключение

В данном исследовании участвовали 77 учащихся образовательных организаций и учреждений социального обеспечения, у которых на этапе первичного скрининга была выявлена задержка физического развития — рост, вес, ИМТ на уровне 10-го центиля и/или ниже, в отношении которых имелись анамнестические данные об употреблении их матерями алкоголя в период беременности. Все 77 детей с задержкой физического развития были направлены на второй диагностический этап для прохождения детальной оценки дисморфологических и когнитивных нарушений. Оценка выраженности дисморфологических нарушений, которые могут сопутствовать ФАС или ФАСН, проводилась по критериальному и описательному направлениям. По результатам критериальной диагностики фенотип лица, характерный для ФАС, был выявлен у 11 детей (8 мальчиков и 3 девочек). По результатам описательной диагностики у всех 77 детей были выявлены от 1 до 6-ти характерных дисморфологических признаков ФАСН различной степени тяжести. Таким образом все дети, принявшие участие во втором этапе исследования, были направлены на следующий завершающий этап, на котором проводилась диагностика структурных и функциональных нарушений центральной нервной системы, включая оценку когнитивного развития. Внедрение данной трехэтапной диагностики позволило апробировать методологию активного выявления случаев морфо-анатомических и когнитивных нарушений, возникших в связи с воздействием алкоголя на плод во время беременности и провести оценку распространенности данных нарушений у детей младшего школьного возраста в одном из административных центров Российской Федерации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Балашова Т.Н., Исурина Г.Л., Скитневская Л.В., Бард Д., Цветкова Л.А., Волкова Е.Н., Боннер В. Изучение употребления алкоголя беременными и небеременными женщинами в России. *Acta Biomedica Scientifica*. 2018; 3(3):59-68. Balashova TN, Isurina GL, Skitnevskaya LV, Bard D, Tsvetkova LA, Volkova EN, Bonner BL. Alcohol consumption among pregnant and non-pregnant women in Russia: evidence for prevention. *Acta Biomedica Scientifica*. 2018; 3(3):59-68. (In Russ.).
2. Бочков Н.П., Гинтер Е.К., Пузырев В.П. Наследственные болезни: национальное руководство; М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013. Bochkov NP, Ginter EK, Puzyrev VP. Nasledstvennye bolezni: natsional'noe rukovodstvo; M.: GEHOTAR-Media. 2013. (In Russ.).
3. Гомелл М.Д., Каннингем Т.Л., Эял Ф.Г. Неонатология: в 2 т.; пер. с англ. Под ред. д-ра мед. наук, проф. Д.Н. Дегтярева; М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. 2015; 864. ул. ISBN 978-5-9963-0510-0 Gomell MD, Kanningam TL, Ehyal FG. Neonatology; v 2 t.; per. s angl. Pod red. d-ra med. nauk, prof. D.N. Degtyareva; M.: BINOM. Laboratoriya znaniy. 2015. il. ISBN 978-5-9963-0510-0
4. Горбунова В.Н., Корженевская М.А., Анисимова Л.Е., Карпова Е.В. [и др.]. Генетика в кли-

- нической практике: руководство для врачей; под ред. В. Н. Горбуновой, М. А. Корженевской. Санкт-Петербург: СпецЛит; 2015. ISBN 978-5-299-00672-8.
- Gorbunova V.N., Korzhenevskaya M.A., Anisimova L.E., Karpova E.V. [i dr.]; *Genetika v klinicheskoi praktike: rukovodstvo dlya vrachei; pod red. V. N. Gorbunovoi, M. A. Korzhenevskoi. Sankt-Peterburg: SpeTSLit; 2015. ISBN 978-5-299-00672-8. (In Russ.)*.
5. Гузева В.И. Федеральное руководство по детской неврологии. Под ред. В.И. Гузевой. М.: ООО «МК»; 2016. ISBN 978-5-91894-054-9
Guzeva V.I. *Federal'noe rukovodstvo po detskoj nevrologii. pod red. VI Guzevoy. M.: ООО «МК». 2016; 656. ISBN 978-5-91894-054-9 (In Russ.)*.
 6. Колпачков Я.В., Ялтонская А.В., Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. Методология диагностики фетального алкогольного спектра нарушений у детей младшего школьного возраста в России. Вопросы наркологии. 2017; 4-5:153-163.
Kolpakov YaV, Yaltonskaya AV, Yaltonskii VM, Abrosimov IN. *Methodology of diagnosing fetal alcohol spectrum disorders in children of primary school age in Russia. Voprosy narkologii. 2017; 4-5:153-163. (In Russ.)*.
 7. Марьян А.Ю., Малков Ф.С., Аталян А.В. Современные подходы и методы диагностики фетального алкогольного синдрома и фетального алкогольного спектра нарушений. Современные проблемы науки и образования. 2019; 4:146-146.
Maryan AYu, Malkov FS, Atalyan AV. *Modern approaches and methods for diagnosing fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2019; 4:146-146. (In Russ.)*.
 8. Международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10 [ГАРАНТ.РУ]. Гарант; 2020 [обновлено 8 апреля 2020; процитировано 5 мая 2020]. Доступно: <https://base.garant.ru/4100000/>.
Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei desyatoogo peresmotra MKB-10 [GARANT.RU]. Garant; 2020 [обновлено 8 апреля 2020; процитировано 5 мая 2020]. Доступно: <https://base.garant.ru/4100000/>.
 9. Пальчик А.Б., Легонькова С.В., Софронова Г.И., Федорова Л.А. Токсические поражения нервной системы новорожденных алкоголем; Федеральное руководство по детской неврологии; под редакцией профессора Гузевой В.И. М.: ООО «МК»; 2016; 55-66.
Pal'chik A.B., Legon'kova S.V., Sofronova G.I., Fedorova L.A. *Toksicheskie porazheniya nervnoi sistemy novorozhdennykh alkogolem; Federal'noe rukovodstvo po detskoj nevrologii. pod red. VI Guzevoy. M.: ООО «МК»; 2016; 55-66. (In Russ.)*.
 10. Ялтонская А.В. Профилактика употребления алкоголя во время беременности и фетального алкогольного спектра нарушений; Наркология. Национальное руководство; под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016; 849-855.
Yaltonskaya A.V. *Profilaktika upotrebleniya alkogolya vo vremya beremennosti i fetal'nogo alkogol'nogo spektra narushenii; Narkologiya. Natsional'noe rukovodstvo; pod red. NN Ivantsa, IP Anokhinoi, MA Vinnikovoi. M.: GEOTAR-Media; 2016; 849-855. (In Russ.)*.
 11. Astley SJ. Canadian palpebral fissure length growth charts reflect a good fit for two school and FASD clinic-based U.S. populations. J Popul Ther Clin Pharmacol. 2011; 18(2):231-241.
 12. Astley SJ. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code. Third Edition. Seattle, WA: University of Washington; 2004; 114.
 13. Astley SJ. FAS Facial Photographic Analysis Software Version 2.1.0. Seattle, WA: University of Washington; 2016; 45.
 14. Bertrand J, Floyd RL, Weber MK. Guidelines for Identifying and Referring Persons with Fetal Alcohol Syndrome. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities: Centers for Disease Control and Prevention, 2005; 54(RR11);1-10
 15. Chudley A., Conry J., Cook J., Looock C., Rosales T., LeBlanc N. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. CMAJ. 2005; 172(5):21 DOI:10.1503/cmaj.1040302
 16. Clarren SK, Chudley AE, Wong L, Friesen J, Brant R. Normal distribution of palpebral fissure lengths in Canadian school age children. Can J Clin Pharmacol. 2010; 17(1):67-78.
 17. Cook JL, Green CR, Lilley CM, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. CMAJ. 2016; 188(3):191-197. doi: 10.1503/cmaj.141593.
 18. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, et al. Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. Lancet 1973; 1(7815):1267-71. doi: 10.1016/s0140-6736(73)91291-9.
 19. Thomas IT, Gaitantzis YA, Frias JL. Palpebral fissure length from 29 weeks gestation to 14 years. J Pediatr. 1987; 111(2):267-268.
 20. Volpe JJ, Inder T, Darras B, Vries L, Plessis A, Neil J, Perlman J. Volpe's Neurology of the Newborn, 6th Edition. — Philadelphia: Elsevier, 2017:1240.

Поступила 12.08.2020
Received 12.08.2020
Принята в печать 23.05.2021
Accepted 23.05.2021
Дата публикации 30.07.2021
Date of publication 30.07.2021

Клиническая валидизация шкал депрессии, невротичности, соматизации, личностной тревожности и валидности модифицированного опросника невротических расстройств

Цидик Л.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Резюме. Классическая теория тестов, в рамках которой был создан опросник невротических расстройств, не соответствует требованиям современной психометрики. В связи с этим появилась необходимость использования новых технологий для его модификации и эффективного использования в клинике. Метрическая система Раша — разновидность современной теории тестов, является единственной измерительной моделью, соответствующей критериям объединённого аддитивного измерения. На основе утверждений опросника невротических расстройств в рамках модели Раша сформированы 13 шкал с доказанными психометрическими характеристиками. В данной статье осуществлена оценка клинической эффективности пяти из них.

Цель исследования: произвести клиническую валидизацию шкал депрессии, невротичности, соматизации, личностной тревожности и валидности модифицированного варианта опросника невротических расстройств.

Материалы и методы: выборка состояла из данных исследования группы испытуемых в количестве 296 человек. Среди них 167 женщин и 129 мужчин. Статистические методы работы — факторный анализ стандартизированных остатков, ROC-анализ, корреляционный анализ суммарного показателя.

Результаты: 1. пункты каждой исследуемой шкалы характеризуют различные аспекты одного конструкта, то есть шкалы являются однородными; 2. посредством ROC-анализа выявлены высокие диагностические свойства шкал и рассчитаны отсекающие значения для каждой шкалы, которые и явились критериями интерпретации; 3. критериальная валидность исследуемых шкал статистически значимо превышает, либо не отличается от валидности известных опросников, являющихся «золотым стандартом» измерения, что продемонстрировало статистическое сравнение их ROC-кривых; 4. корреляционный анализ суммарного показателя выявил статистически значимые ($p < 0,05$) коэффициенты корреляции шкал модифицированного опросника между собой, а также с оценками по шкалам MMPI, опросника QIDS-SR16 и шкалы оценки тревоги Гамильтона (HADS).

Заключение: шкалы депрессии, невротичности, соматизации, личностной тревожности и валидности модифицированного варианта опросника невротических расстройств являются клинически валидными, и, следовательно, могут применяться для решения различных практических задач в психодиагностике.

Ключевые слова: клиническая валидизация, опросник невротических расстройств, структурная валидность, факторный анализ, критериальная валидность, ROC-анализ, корреляционный анализ.

Информация об авторе

Цидик Людвиг Ивановна — e-mail: Itsidik@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6815-4140>

Как цитировать: Цидик Л.И. Клиническая валидизация шкал депрессии, невротичности, соматизации, личностной тревожности и валидности модифицированного опросника невротических расстройств. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;55:2:73-82. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-73-82>:

Clinical validation of the scales of depression, neuroticism, somatization, personal anxiety and validity of the modified questionnaire for neurotic disorders

Tsydzik LI

Educational Establishment «Grodno State Medical University», Belarus

Summary. The classical theory of tests, in the framework of which a questionnaire for neurotic disorders was created, does not meet the requirements of modern psychometrics. In this regard, it became necessary to

Автор, ответственный за переписку: Цидик Людвиг Ивановна — e-mail: Itsidik@mail.ru

Corresponding author: Liudvigha I. Tsydzik — e-mail: Itsidik@mail.ru

use new technologies for its modification and effective use in the clinic. The Rush metric system, a variation of modern test theory, is the only measurement model that meets the criteria for a joint additive measurement. On the basis of the claims of the questionnaire for neurotic disorders, 13 scales with proven psychometric characteristics were formed in the framework of the Rush model. This article evaluated the clinical efficacy of five of them.

The purpose of the study: to conduct clinical validation of the scales of depression, neuroticism, somatization, personal anxiety and validity of the modified version of the questionnaire for neurotic disorders.

Materials and Methods: the sample consisted of research data from a group of subjects in the amount of 296 people. Among them, 167 women and 129 men. Statistical methods of work — factor analysis of standardized residuals, ROC analysis, correlation analysis of the total indicator.

Results: 1. the points of each investigated scale characterize various aspects of one construct, that is, the scales are homogeneous; 2. through ROC analysis, high diagnostic properties of the scales were identified and cut-off values for each scale were calculated, which were the criteria for interpretation; 3. the criterion validity of the studied scales is statistically significantly higher or not different from the validity of the well-known questionnaires, which are the «gold standard» of measurement, which demonstrated a statistical comparison of their ROC curves; 4. the correlation analysis of the total indicator revealed statistically significant ($p < 0.05$) correlation coefficients of the scales of the modified questionnaire among themselves, as well as with the assessments according to the MMPI scales, QIDS-SR16 questionnaire and the Hamilton anxiety score scale (HADS).

Conclusion: the scales of depression, neuroticism, somatization, personal anxiety and validity of the modified version of the neurotic disorders questionnaire are clinically valid, and therefore, can be used to solve various practical problems in psychodiagnostics.

Keywords: clinical validation, questionnaire for neurotic disorders, structural validity, factor analysis, criterion validity, ROC analysis, correlation analysis.

Information about the author

Liudvigha I. Tsydzik — e-mail: ltsidik@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6815-4140>

To cite this article: Tsydzik LI. Clinical validation of the scales of depression, neuroticism, somatization, personal anxiety and validity of the modified questionnaire for neurotic disorders. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;55:2:73-82. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-2-73-82>:

Валидность является комплексной характеристикой, включающей, с одной стороны, сведения о том, пригодна ли шкала для измерения того, для чего она была создана, а с другой — какова её эффективность, практическая значимость. Не существует какого-то единого универсального подхода к определению валидности. В зависимости от того, какую сторону валидности необходимо исследовать, используются и разные способы доказательства. Проверка валидности методики называется валидизацией [1, 3, 16]. В данном исследовании для оценки клинической эффективности шкал в рамках моделируемого опросника использовался факторный анализ стандартизированных остатков, ROC-анализ, корреляционный анализ суммарного показателя.

Цель исследования — валидизация шкал депрессии, невротичности, соматизации, личностной тревожности и валидности модифицированного варианта опросника невротических расстройств для последующего практического применения в клинике.

Материалы и методы

В соответствии с целью исследования была сформирована выборка данных для исследования. Выборка включала протоколы исследования пациентов с установленными диагнозами невротических, связанных со стрессом, соматоформных расстройств, аффективных расстройств с помощью опросника невротических расстройств

(ОНР), Миннесотского многофазного личностного опросника (ММПИ), шкалы оценки тревоги Гамильтона, экспресс-опросника депрессивной симптоматики (QIDS-SR16). В исследование также была включена группа здоровых испытуемых, их протоколы исследования включали ОНР и ММПИ. Данные обследования здоровых лиц использовались для оценки критериальной валидности пороговых критериев интерпретации.

Пациенты находились на стационарном лечении в психосоматическом отделении УЗ «Городская клиническая больница №3» г. Гродно.

Выборка состояла из данных исследования группы испытуемых в количестве 296 человек, из них 90 — здоровые испытуемые. Среди них 167 женщин и 129 мужчин. Каждый из участников исследования подписал информированное согласие, одобренное на этической комиссии УО «Гродненский государственный медицинский университет».

На первом этапе клинической валидизации был осуществлён анализ структурной валидности на основе оценки факторных нагрузок пунктов в первом факторе матрицы остатков, в результате чего было выявлено, что все пункты шкал характеризуют различные аспекты какого-либо одного свойства, т.е. шкалы имеют однородный характер.

Далее осуществлялось описание критериальной валидности шкал. Для этого были сформированы две выборки респондентов по принципу «случай-контроль». Испытуемые первой груп-

пы характеризовались наличием данного фактора, у испытуемых второй группы он отсутствовал. Затем проводился ROC-анализ и рассчитывалось отсекающее значение, которое и являлось критерием интерпретации. Отсекающее значение определялось по индексу Юдена, максимизирующего сумму значений чувствительности и специфичности. Чувствительность определяется как доля лиц с положительным результатом теста в популяции с изучаемым заболеванием либо состоянием, то есть доля лиц с истинно положительным результатом. Специфичность — это доля лиц с отрицательным результатом теста в популяции без изучаемого заболевания или состояния, доля так называемых истинно отрицательных результатов [2, 6, 13, 15].

Следует отметить, что методики одновременно и высокочувствительные, и высокоспецифичные — редкость в клинической практике. Клиницист выбирает чувствительные или специфичные тесты в зависимости от стоящих перед ним задач. Чувствительные тесты рекомендуются на начальных стадиях диагностического поиска для сужения его рамок. Чувствительный тест редко «пропускает» респондентов, у которых имеется исследуемое состояние. Специфичные тесты нужны для подтверждения наличия диагноза/состояния, предположенного на основании других данных. Специфичный тест редко даёт ложноотрицательные результаты [9, 10, 17].

Затем результаты по шкалам были сопоставлены с внешними клиническими критериями с помощью проведения ROC-анализа, демонстрирующего критериальную валидность шкал MMPI, шкалы оценки тревоги Гамильтона, опросника QIDS-SR16. Для этого пациенты были обследованы с помощью данных диагностических инструментов. Статистическое сравнение ROC-кривых шкал нашего опросника и шкал MMPI, шкалы оценки тревоги Гамильтона, опросника QIDS-SR16 в большинстве случаев показало, что критериальная валидность шкал модифицированного варианта опросника невротических расстройств статистически значимо превышает валидность известных опросников. Оценка величины эффекта d Коэна показала, что модифицированный опросник имеет более высокие дифференцирующие способности в большинстве случаев по сравнению со шкалами опросников, являющихся «золотым стандартом» измерения [4, 8, 14].

Окончательным этапом клинической валидации стало проведение корреляционного анализа суммарных показателей шкал модифицированного опросника между собой, а также с оценками по шкалам MMPI, опросника QIDS-SR16 и шкалы оценки тревоги Гамильтона (HADS) [5, 7, 11, 12].

Результаты

Показатели валидности шкалы 1.

Оценка однородности шкалы показала, что шкала имеет однородную структуру. В результате анализа структурной валидности на основе оцен-

ки факторных нагрузок пунктов в первом факторе матрицы остатков (см. табл. 1) выявлено, что пункты с положительными нагрузками характеризуют утомляемость, слабость (пункты №№ 62, 77, 85, 101, 116), снижение интереса и способности получать удовольствие (пункты №№ 67, 79, 90, 143), нарушения аппетита и сна (пункты №№ 87, 102, 112), когнитивное снижение (пункты №№ 74, 96, 149, 159, 162), сниженное и подавленное настроение (пункты №№ 69, 79, 163). Перечисленные симптомы имеют прямое отношение к соматическим, аффективным, мотивационным и когнитивным симптомам депрессии. Пункты с отрицательными нагрузками описывают переживание собственной малоценности и никчемности (пункты №№ 136, 137, 213, 227), негативного самоотношения (пункты №№ 172, 175, 199, 217, 220, 225, 234), суицидальные переживания (пункт № 110), пессимистические мысли (пункт № 196). Пункты второй группы, так же как и пункты с положительными нагрузками, имеют непосредственное отношение к депрессивным переживаниям. Учитывая однородный характер шкалы, следует заключить, что содержательная валидность пунктов шкалы 1 полностью относится к описанию различных аспектов депрессии. Детальный анализ содержания всех пунктов (Табл.1) показывает, что каждый диагностический пункт характеризует определенный признак депрессии. Пункты с положительными нагрузками описывают в большей степени формальные и соматические признаки депрессии, в то время как пункты второй группы отражают психологическое содержание депрессивных переживаний.

На Рис. 1 представлена ROC-кривая, характеризующая критериальную валидность шкалы 1 в разделении группы пациентов, имеющих депрессию, от пациентов без депрессивных симптомов. Оценка ROC-кривой показывает высокие диагностические свойства шкалы в дифференцировке пациентов с депрессией ($AUC=0,8873$). Оценка различий по данной шкале между группой пациентов с депрессией и пациентов без депрессии также выявила статистически значимые различия с высокой величиной эффекта ($U=577,5$; $p<0,0001$; $d=1,76$). Оптимальное отсекающее значение по индексу Юдена составило 21 и более баллов, свидетельствующее о наличии признаков клинической депрессии ($Se=0,79$; $Sp=0,86$).

На Рис. 2 представлены ROC-кривые, демонстрирующие критериальную валидность шкалы депрессии MMPI и опросника QIDS-SR16.

Визуальная оценка кривых обнаруживает невысокую валидность шкалы депрессии MMPI ($AUC=0,6763$) и умеренно повышенную эффективность опросника QIDS-SR16 ($AUC=0,8042$) в распознавании пациентов с депрессией. Статистическое сравнение трех ROC-кривых показало, что критериальная валидность шкалы 1 ОНРмод статистически значимо превышает валидность шкалы депрессии MMPI ($Z=3,33$; $p<0,001$) и не отличается от валидности опросника для оценки депрессии QIDS-SR16 ($Z=1,742$; $p>0,05$).

Таблица 1. Содержание некоторых пунктов и значения факторных нагрузок первого фактора матрицы остатков метрической модели шкалы 1**Table 1. The content of some points and the values of factor loads of the first factor of the matrix of residuals of the metric model of scale 1**

Номер пункта	Содержание пункта	Факторная нагрузка
62	Я постоянно чувствую себя усталым.	0,6087
67	В данное время я все делаю без желания.	0,2103
69	Меня угнетает, что я так неуравновешен.	0,0232
74	Мне трудно сосредоточиться, и я часто бываю рассеян.	0,0276
77	Даже без большого напряжения я быстро устаю.	0,6370
79	Я нахожу жизнь скучной и мрачной.	0,0987
85	Даже после длительного отдыха я не чувствую себя бодрым.	0,5112
87	Без таблеток я засыпаю с большим трудом.	0,2252
90	Меня по-настоящему ничто больше не интересует.	0,0964
96	Временами я не в состоянии ясно мыслить.	-0,0922
101	Я очень быстро устаю.	0,6363
102	Я плохо засыпаю.	0,1592
110	У меня часто бывало желание умереть.	-0,1890
112	Временами я ничего не могу есть, и мне противно думать о еде.	0,0484
115	Иногда у меня такое ощущение, как будто я парализован.	0,1145
116	Иногда уже с утра я чувствую себя усталым.	0,1233
125	Мне все надоело, мне хотелось бы все бросить.	-0,1880
131	Даже когда есть причина, я не могу по-настоящему ничему радоваться.	-0,0145
136	Я больше уже не способен ни на какие сильные чувства.	-0,1532
137	Я постоянно чувствую себя «затравленным».	-0,2064
143	В данный момент у меня нет никаких желаний, я вял и ко всему безразличен.	0,2525
149	Моя умственная работоспособность в последнее время сильно понизилась.	0,1676
151	Уже давно я не могу себя заставить сделать что-либо полезное.	-0,0584
159	Я уже не в состоянии творчески мыслить.	0,0994

Оценка величины эффекта d Коэна показывают, что шкала 1 имеет наилучшие дифференцирующие способности не только по сравнению со шкалой депрессии MMPI, но и по сравнению с опросником оценки депрессии QIDS-SR16.

Анализ значений коэффициентов корреляции показывает, что шкала 1 имеет умеренно повышенные положительные корреляции со шкалой валидности (F) и тремя шкалами психотической тетрады (Pa, Pt, Sc) MMPI. Отрицательные корреляции обнаружены с контрольными шкалами лжи (L) и коррекции (K). Выявленные положительные и отрицательные корреляции с тремя контрольными шкалами и шкалами психотической тетрады объясняются тем, что рост значения суммарной оценки по шкале 1 ОНРмод характеризу-

ет нарастание тяжести общего дистресса, психологической дезадаптации респондента. Обращают на себя отсутствие значимых корреляций со шкалой 1 ипохондрии, умеренные корреляции с «недепрессивными» шкалами конверсионной истерии и асоциальной психопатии, низкая корреляция шкалой гипомании Миннесотского опросника и умеренная корреляция со шкалой тревоги Гамильтона.

Таким образом, на основе анализа валидности шкалы 1 ОНРмод следует сделать вывод, что шкала 1 характеризует наличие депрессивных симптомов и переживаний, всесторонне оценивает депрессивный конструкт, имеет высокую критериальную валидность и дискриминативность, превосходит по данным параметрам шкалу депрессии

ММПИ и опросник оценки депрессии QIDS-SR16. Данная шкала получила название «шкала депрессии».

Показатели валидности шкалы 2.

Анализ однородности шкалы выявил, что шкала характеризуется однородной структурой. Оценка содержательной валидности пунктов показывает, что диагностические пункты характеризуют наличие персистирующих тревожных симптомов, личностной несостоятельности, недостаточности копинг-механизмов, выраженной личностной тревожности.

На Рис. 3 представлена ROC-кривая, характеризующая критериальную валидность шкалы 2 в разделении групп пациентов и здоровых респондентов.

Оценка ROC-кривой показывает высокую критериальную валидность шкалы в дифференцировке пациентов с невротическими, связанными со стрессом расстройствами и депрессией, и здоровых респондентов ($AUC=0,9140$). Оптимальное отсекающее значение по индексу Юдена составило 12 и более баллов ($Se=0,78$; $Sp=0,98$), что характеризует наличие клинически значимых невротических и тревожных симптомов. Оценка различий по данной шкале между этим же группами респондентов выявила статистически значимые различия с высокой величиной эффекта ($U=15552$; $p<0,0001$; $d=1,70$).

Анализ корреляционных связей показывает, что шкала 2 имеет значимые корреляции практически со всеми шкалами ММПИ, за исключением шкалы мужественности-женственности. Обращают на себя выраженная отрицательная связь со шкалой коррекции ($r=-0,7452$) и положительная связь со шкалой психастении ($r=0,6869$). Невы-

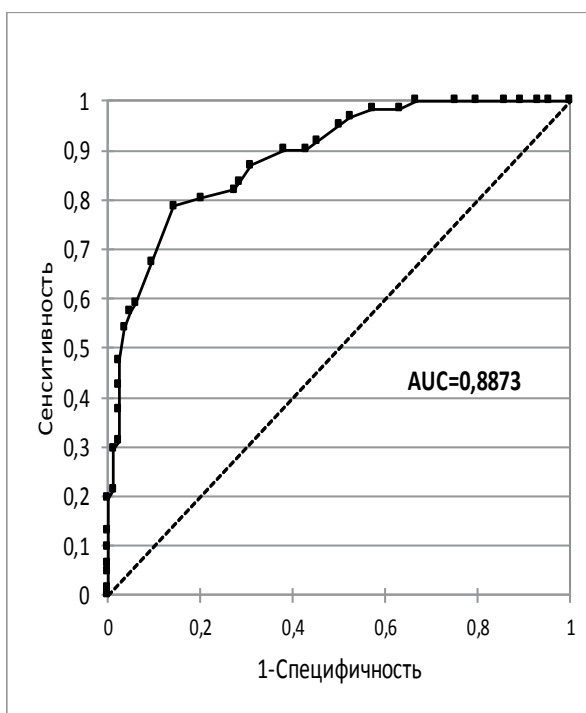


Рис. 1. ROC-кривая шкалы 1 ОНРмод (депрессивные-недепрессивные)
Fig. 1. ROC-curve of the scale 1 BVNK-300mod (depressive-non-depressive)

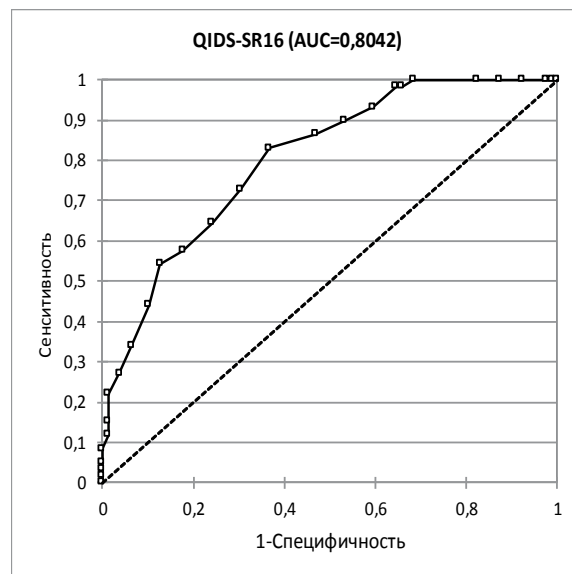
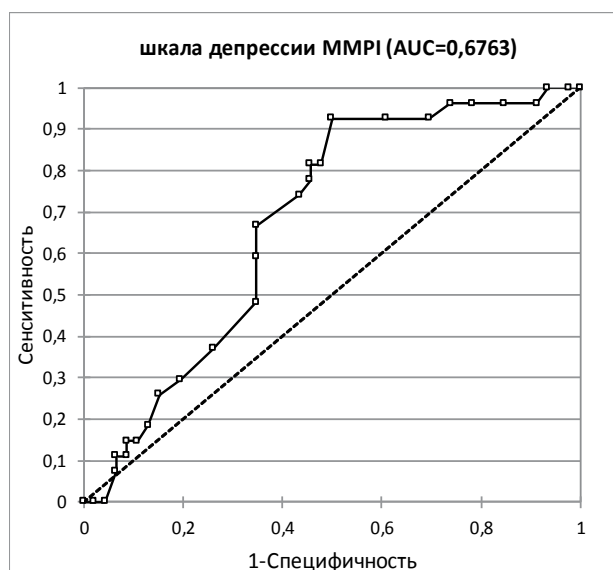


Рис. 2. ROC-кривые шкалы депрессии ММПИ и опросника QIDS-SR16 (депрессивные-недепрессивные)
Fig. 2. ROC-curves of the Depression Scale of MMPI and QIDS-SR16 Questionnaire (depressive-non-depressive)

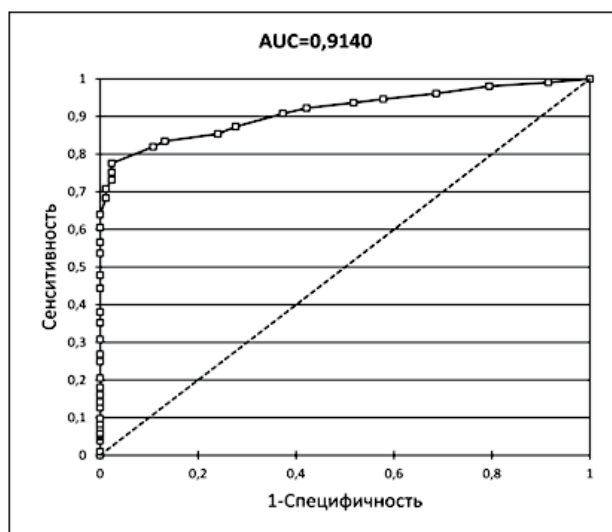


Рис. 3. ROC-кривая шкалы 2 ОНРмод (пациенты-здоровые)

Fig. 3. - ROC-curve of the scale 2 BVNK-300mod (patients-healthy)

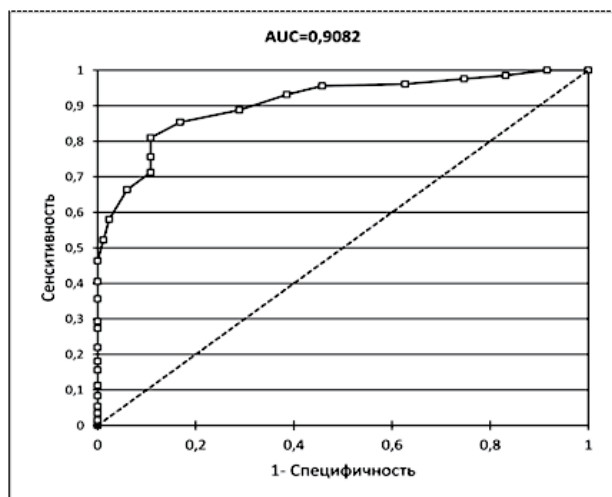


Рис. 4. ROC-кривая шкалы 3 ОНРмод (пациенты-здоровые)

Fig. 4. ROC-curve of the scale 3 BVNK-300mod (patients-healthy)

сокие корреляции выявлены со шкалами депрессии, ипохондрии, конверсионной истерии, асоциальной психопатии. Перечисленные связи свидетельствуют о том, что шкала 2 ОНРмод характеризует в большей степени общую личностную дезадаптацию, низкий копинг-потенциал, неспособность самостоятельно справляться с жизненными проблемами, тревожные и ограничительные личностные особенности, проявляющие себя при встрече с трудными и незнакомыми ситуациями. В меньшей степени шкала отражает специфические психопатологические симптомы депрессивного, соматоформного и тревожного характера.

Это также подтверждается лишь умеренной корреляционной связью со шкалой оценки тяжести тревоги Гамильтона ($r=0,5492$).

Таким образом, проведенный анализ валидности шкалы 2 модифицированного опросника невротических расстройств свидетельствует, что данная шкала оценивает общую невротичность, дефицит эффективных копинг-стратегий, личностную тревожность. В связи с этим шкала 2 определена как шкала «невротичности».

Показатели валидности шкалы 3

Шкала характеризуется однородной структурой. Анализ содержательной валидности пунктов показал, что диагностические пункты характеризуют наличие разнообразных соматических симптомов, фиксации на физическом здоровье, озабоченность физическим недомоганием.

На Рис.4 представлена ROC-кривая, характеризующая критериальную валидность шкалы 3 в разделении групп пациентов и здоровых респондентов.

Оценка ROC-кривой показывает высокую критериальную валидность шкалы в дифференцировке пациентов с невротическими, связанными со стрессом расстройствами и депрессией, и здоровых респондентов ($AUC=0,9082$). Отсекающее значение по индексу Юдена составило 9 и более баллов ($Se=0,81$; $Sp=0,89$). Оценки, равные и превышающие отсекающее значение, характеризует наличие клинически значимых соматических симптомов при невротических, связанных со стрессом, соматоформных расстройствах и депрессии. Оценка различий по данной шкале между этими же группами респондентов выявила статистически значимые различия с высокой величиной эффекта ($U=15453$; $p<0,0001$; $d=1,66$).

Визуальная оценка ROC-кривых, характеризующих критериальную валидность шкалы 3 и шкалы ипохондрии MMPI в разделении групп пациентов с превалирующими соматическими симптомами и без выраженных соматических симптомов показывает, что ROC-кривая шкалы 3 имеет большую площадь под кривой по сравнению с ROC-кривой шкалы ипохондрии (разница $AUC=0,138$).

Оценка корреляционных связей показывает, что шкала 3 имеет значимые умеренные корреляции с большинством шкал MMPI, за исключением шкал мужественности-женственности и гипомании. Умеренные корреляции со шкалами невротической триады (шкалы ипохондрии, депрессии и конверсионной истерии) объясняются тем, что данные шкалы в своей структуре содержат диагностические пункты с соматическими симптомами. Умеренная корреляция со шкалой паранойи ($r=0,4874$) отражает наличие в структуре шкалы 3 выраженной фиксации на симптомах и аффективной ригидности. Часть соматических симптомов могут иметь отношение к переживанию тревоги и личностной тревожности, а также связаны с повторяющимися мыслями о нарушениях физического здоровья. Это нашло отражение в умерен-

ной связи со шкалой психастении ($r=0,6129$). Умеренно выраженные корреляции со шкалой шизофрении ($r=0,5688$) и социальной интроверсии ($r=0,5812$) характеризуют недостаточность эмоциональной и социальной компетентности, которая является основой соматизации и фиксации на физическом здоровье.

Таким образом, анализ валидности шкалы 3 ОНРмод свидетельствует, что шкала оценивает наличие и выраженности соматической фиксации, механизмов соматизации и наличие разнообразных соматических симптомов. Шкала 3 получила название «шкала соматизации».

Показатели валидности шкалы 4

Шкала имеет однородную структуру. Анализ содержания пунктов показывает, что диагностические пункты характеризуют наличие неуверенности в себе, трудностей в принятии решения, социальной тревожности, сниженной самооценки.

На Рис. 5 представлена ROC-кривая, характеризующая критериальную валидность шкалы 4 в разделии групп пациентов и здоровых респондентов.

Оценка ROC-кривой показывает умеренно повышенную критериальную валидность шкалы в распознавании пациентов с невротическими, связанными со стрессом расстройствами и депрессией, и здоровых респондентов ($AUC=0,8074$). Отсекающее значение по индексу Юдена равно 8 и более баллов ($Se=0,73$; $Sp=0,71$). Оценки, равные и превышающие отсекающее значение характеризует наличие клинически значимых проявлений неуверенности в себе, сниженной самооценки, социальной тревожности при невротических, связанных со стрессом, соматоформных расстройствах и депрессии. Оценка различий по данной шкале между этим же группами респондентов выявила статистически значимые различия с высокой величиной эффекта ($U=13738$; $p<0,0001$; $d=1,1$).

Анализ корреляционных связей показал, что шкала 4 имеет значимые умеренно повышенные корреляции с тремя шкалами ММПИ. Отрицательная связь со шкалой К ($r=-0,7117$) неспособность справляться с текущими жизненными проблемами, низкий копинг-потенциал. Сильные положительные связи со шкалами психастении ($r=0,7071$) и социальной интроверсии ($r=0,7467$) соответствуют содержательной валидности шкалы и отражают повышенную личностную тревожность, чрезмерную критичность к себе, неуверенность, застенчивость, высокий уровень социальной тревожности, дефицит навыков установления социальных отношений, стремление к избеганию трудных жизненных и межличностных ситуаций. Перечисленные особенности подтверждаются значимыми положительными связями со шкалой паранойи ($r=0,6842$) и шкалой шизофрении ($r=0,6802$), характеризующими социальную дистанцированность, недоверие, отчужденность в межличностных отношениях и трудности установления эмоционально близких доверительных отношений.

Таким образом, анализ валидности шкалы 4 ОНРмод выявил, что шкала оценивает наличие и степень выраженности личностной тревожности, социальной тревожности, неуверенности в принятии решений, стремление к ограничительному поведению. В связи с выявленными характеристиками шкала 4 получила название «шкала личностной тревожности».

Показатели валидности шкалы 12

Анализ факторных нагрузок первого фактора матрицы остатков (см. табл. 2) показывает, что диагностические пункты шкалы образуют две группы.

Содержание пунктов с положительными факторными нагрузками характеризует грубое социальное отчуждение, враждебность, выраженное стремление к одиночеству, открытое резкое негативное отношение к людям, игнорирование социального взаимодействия, явные манипулятивные тенденции (пункты №№ 24, 35, 179, 183, 194, 279), наговаривание на себя (№№ 202, 238, 240). Содержательная валидность пунктов данной группы включает открытое признание асоциальных установок, полной неспособности нахождения в обществе, демонстрацию образа социального «изгоя».

Вторая группа пунктов, имеющих отрицательные факторные нагрузки, содержит вычурные и странные описания соматических (пункты № 78, 83, 94, 122) и психопатологических симптомов (170, 186, 214, 221, 241). Содержательная валидность отмеченных пунктов сходна с содержательной валидностью диагностических пунктов шкалы валидности (F) ММПИ. В структуру шкалы F подобные пункты были включены в связи с редким получением на них ключевых ответов. Даже

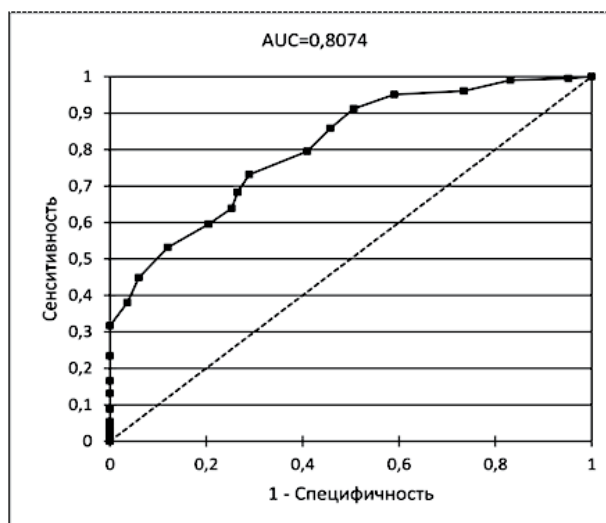


Рис. 5. – ROC-кривая шкалы 4 ОНРмод (пациенты-здоровые)
Fig. 5. - ROC-curve of the scale 4 BVNK-300mod (patients-healthy)

Таблица 2. Факторные нагрузки пунктов первого фактора матрицы остатков метрической модели шкалы 12
Table 2. Factor loads of points of the first factor of the matrix of residuals of the metric model of the scale 12

Номер пункта	Содержание пункта	Факторная нагрузка
18	Я могу заниматься самостоятельно лишь с трудом.	-0,0850
24	На меня все нападают	0,3476
35	Более всего я чувствую себя счастливым, когда я один.	0,2188
78	При волнении я не могу мочиться.	-0,2831
83	У меня уже давно ежедневные поносы.	-0,2852
94	Я часто испытываю жажду и вынужден много пить.	-0,2296
122	У меня понос.	-0,2755
170	На мои мысли пытаются влиять.	-0,2283
179	У меня нет никого, с кем я мог бы поговорить о своих проблемах.	0,6247
183	Я совершенно не могу включиться в коллектив.	0,2653
186	На мои поступки влияет внутренний голос, который я хорошо слышу.	-0,6052
194	Мои враги скоро совсем меня одолеют.	0,3140
202	Я не достоин любви.	0,3402
214	Иногда я вынужден делать какие-то совершенно бессмысленные вещи (например, считать что-нибудь или касаться чего-нибудь и др.), так как я испытываю сильное стремление к этому.	-0,1983
221	Иногда я слышу свои мысли, как будто их действительно кто-то громко произносит.	-0,4799
233	Я страдаю от того, что не могу или почти не могу склонить других на мою сторону.	0,2251
238	Я не достоин того, чтобы со мной возились.	0,2112
240	Я постоянно не доволен тем, чего достигаю.	0,0455
241	У меня страх острых предметов (например, ножа, вилки и т.д.)	-0,2675
279	Я думаю, что люди говорят неправду, стоит только им открыть рот.	0,2922

пациенты с серьезными психическими расстройствами и соматическими заболеваниями не предоставляли на такие пункты ключевых ответов. Вместе с тем в ряде случаев при нарастании тяжести психопатологических симптомов пациенты нередко получали высокие оценки по шкале F. Анализ содержательной валидности пунктов второй группы позволяет интерпретировать их с точки зрения стремления к вычурной демонстрации психопатологии, личностной несостоятельности, обнажению грубых нарушений физиологических функций (мочеиспускания, дефекации) вкупе с грубыми идеями отношения и слуховыми галлюцинациями.

Несмотря на наличие двух групп пунктов с противоположными по знаку факторными нагрузками, шкала отличается однородной структурой (собственное число первого фактора матрицы остатков $\leq 2,08$). Это позволяет интерпретировать обе группы диагностических пунктов в рамках одного конструкта. Данный конструкт включает представление себя в крайне социально нежелательном свете, демонстративном признании

манипулятивных межличностных тенденций, явной социальной враждебности, выраженной личностной дезадаптивности, наличии грубых психопатологических симптомов и нарушений физиологических отправления. Перечисленные особенности, с одной стороны, могут свидетельствовать об установочном поведении и представлении себя в нежелательном свете, связанном с явно незрелым стремлением подчеркнуть свою индивидуальность, обратить на себя внимание, с другой стороны, данные особенности могут отражать выраженную личностную патологию, либо значительную выраженность психопатологических проявлений, обуславливающую игнорирование существующих социально приемлемых способов взаимодействия.

Далее был проведен корреляционный анализ оценки по шкале 12 с оценками по шкалам MMPI. Анализ значений коэффициента корреляции показал, что шкала 12 имеет сильную связь с показателем шкалы валидности (F) MMPI ($r=0,79$). Значимые выраженные корреляционные связи выявлены с показателями шкал психотической тетра-

ды (шкалы Pa, Pt, Sc и Ma). Умеренно повышенная отрицательная корреляция отмечается со шкалой коррекции ММРІ. Выявленные корреляционные связи свидетельствуют о том, что конструктивная валидность шкалы 12 сходна с валидностью шкалы F. Данная шкала отражает снижение валидности профиля ММРІ вследствие стремления произвести социально негативное впечатление, пренебрежения инструкцией, технических ошибок. Высокие оценки по данной шкале характеризуют стремление респондента отчасти преувеличить тяжесть своего состояния, что подтверждается отрицательной корреляцией с показателем шкалы коррекции (K). Кроме того, шкала валидности отражает и нарастание тяжести психопатологической симптоматики и значительных личностных нарушений. Это подтверждается высокими корреляциями со шкалами психотической тетрады и отсутствием значимых связей со шкалами невротической триады ММРІ (шкалы Hs, D, Hy).

Таким образом, в результате анализа структурной, содержательной и конвергентной валидности шкалы 12 модифицированного опросника невротических расстройств получены сходные данные, раскрывающие клиническую и психологическую сущность данной шкалы. Шкала отражает тестовую установку на подчеркивание грубых асоциальных тенденций, психопатологических и соматических симптомов. Данная установка может иметь личностный характер, ставящий под сомнение валидность результатов обследования по другим шкалам и отражающий выраженный незрелый неконформизм, демонстративность в подчеркивании асоциальности. Кроме того, высокие оценки по шкале 12 могут иметь место при наличии выраженных психопатологических симптомов. Шкала имеет высокие корреляционные свя-

зи со шкалой валидности (F) ММРІ и психопатологическими шкалами. Результаты проведенного анализа позволяют определить шкалу 12 как шкалу валидности по аналогии с подобной шкалой ММРІ.

Выводы

1. В результате анализа структурной валидности выявлено, что пункты каждой исследуемой шкалы характеризуют различные аспекты одного конструкта, то есть шкалы являются однородными;

2. Оценка критериальной валидности шкал осуществлялась посредством ROC-анализа, в результате чего выявлены высокие диагностические свойства шкал и рассчитаны отсекающие значения для каждой шкалы, которые и явились критериями интерпретации;

3. Критериальная валидность исследуемых шкал статистически значимо превышает, либо не отличается от валидности известных опросников, являющихся «золотым стандартом» измерения, что продемонстрировало статистическое сравнение их ROC-кривых;

4. Корреляционный анализ суммарного показателя выявил статистически значимые ($p < 0,05$) коэффициенты корреляции соответствующих шкал модифицированного опросника между собой, а также с оценками по шкалам ММРІ, опросника QIDS-SR16 и шкалы оценки тревоги Гамильтона (HADS).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Ассанович М.А. *Методология и прикладные аспекты метрической системы Раша в клинической психодиагностике*. Под общей ред. М.А. Ассановича. Гродно: ГрГМУ; 2018.
Assanovich M.A. *Metodologiya i prikladnye aspekty metricheskoj sistemy Rasha v klinicheskoy psikhodiagnostike*. Pod obshchej red. M.A. Assanovicha. Grodno: GrGMU. 2018. (In Russ.).
2. Ассанович М.А. *Методологические подходы к научному измерению в клинической психодиагностике*. Под общей ред. М.А. Ассановича. СПб.: Новое знание. 2017.
Assanovich M.A. *Metodologicheskie podhody k nauchnomu izmereniyu v klinicheskoy psikhodiagnostike*. Pod obshchej red. M.A. Assanovicha. SPb.: Novoe znanie. 2017. (In Russ.).
3. Ассанович М.А., Цидик Л.И. *Оценка диагностических характеристик шкалы тревожных переживаний опросника невротических расстройств на основе метрической системы Раша*. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2018; 2:142-151.
4. Цидик Л.И. *Анализ психометрических свойств шкалы социальной тревожности опросника невротических расстройств*. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2019; 1:70-76.
Tsydzik LI. *Analysis of the psychometric properties of the social anxiety scale of the questionnaire of neurotic disorders*. Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2019; 1:70-76. (In Russ.).
5. Цидик Л.И. *Оценка диагностической эффективности шкалы соматических симптомов опросника невротических расстройств на основе метрической системы Раша*. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2018; 4:457-461.

- Tsydzik LI. Assessment of the diagnostic effectiveness of the somatic symptoms scale of the neurotic disorder questionnaire based on the Rush metric system. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*. 2018; 4:457-461. (In Russ.).
6. Цидик Л.И. Психометрический анализ первой шкалы опросника невротических и невротоподобных расстройств на основе модели Раша. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2017; 4:410-413.
Tsydzik LI. Psychometric analysis of the first scale of the questionnaire for neurotic and neurosis-like disorders based on the Rush model. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*. 2017; 4:410-413. (In Russ.).
 7. Цидик Л.И. Психометрический анализ шкал валидности, адекватности, импульсивности и гиперсензитивности опросника невротических расстройств. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2020; 1:93-101.
Tsydzik LI. Psychometric analysis of scales of validity, adequacy, impulsivity and hypersensitivity of the questionnaire of neurotic disorders. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psichologii im. V.M. Bekhtereva*. 2020; 1:93-101. (In Russ.).
 8. Baghaei P. The Rasch Model as a Construct Validation Tool. P. Baghaei. *Rasch Measurement Transactions*. 2008; 22:1145-1146.
 9. Bech P. *Clinical psychometrics*. P. Bech. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell, 2012; 202.
 10. Boone W. J. *Rasch Analysis in the Human Sciences* / W. J. Boone, J. R. Staver, M. S. Yale — New York, London: Springer. 2014; 482.
 11. Feinstein A. R. *Clinimetrics*. A. R. Feinstein. Yale University Press. 1987; 272.
 12. Michell J. *Measurement in psychology: Critical history of a methodological concept*. J. Michell. — Cambridge: Cambridge University Press. 1999; 265.
 13. Olsen L.W. *Essays on Georg Rasch and his contribution to statistics*. L. W. Olsen. — Copenhagen: University of Copenhagen. 2003; 222.
 14. Reeve B. *An introduction to modern measurement theory*. B. Reeve. National Cancer Institute. 2002; 67.
 15. Wright BD. Number of Person or Item Strata. B. D. Wright, G. N. Masters. *Rasch Measurement Transactions*. 2002; 16 (3):888.
 16. Wright BD. Reasonable mean-square fit values. B. D. Wright, J. M. Linacre. *Rasch Measurement Transactions*. 1994; 8(3):370.
 17. Wright BD. Reliability and separation. B.D. Wright. *Rasch Measurement Transactions*. 1996; 9(4):472.

Поступила 09.07.2020

Received 09.07.2020

Принята в печать 25.06.2021

Accepted 25.06.2021

Дата публикации 30.07.2021

Date of publication 30.07.2021

Резолюция XVII Съезда психиатров России совместно с международным конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению»

**Resolution of the XVII Congress of Psychiatrists of Russia
together with the International Congress of the World Psychiatric Association (WPA)
«An interdisciplinary approach to the comorbidity of mental disorders towards
integrative treatment»**



XVII Съезд психиатров России совместно с международным конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» 15-18 мая 2021 г. в Санкт-Петербурге собрал более 1 500 очных участников и более 30 000 удаленных спикеров и слушателей. Научная программа XVII Съезда — одна из наиболее масштабных за всю историю проведения научных мероприятий в российской психиатрии — включала более 50 научных мероприятий — секционных заседаний, симпозиумов, круглых столов, в рамках которых рассматриваются различные аспекты не только общей клинической и социальной психиатрии, но и широкий круг специальных вопросов в области детской и гериатрической психиатрии, судебно-психиатрической экспертизы и военной психиатрии, наркологии, неврологии, суицидологии и сексологии, гендерных особенностей психического здоровья, а также правовые основы оказания психиатрической помощи и взаимодействие с социальными институтами и общественными ор-

ганизациями в целях сохранения и укрепления психического и психологического здоровья.

В рамках XVII Съезда психиатров России прошел также и съезд Российского общества психиатров (РОП), на котором были подведены итоги пятилетнего периода работы общества и намечены перспективы дальнейшего развития.

Совместно с Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) Российское общество психиатров организовало и провело в Санкт-Петербурге 16-18 мая 2021 года Региональный конгресс, который предоставил прекрасную возможность национальным и международным специалистам в области психического здоровья услышать выступления всемирно известных экспертов и лидеров в области психиатрии, а также получить информацию о развитии и укреплении региональных достижений на основе международного опыта. В свою очередь ВПА получила больше информации о развитии российской психиатрии и отечественных достижениях на основе научного и организационного опыта.

Исходя из принципов действий ВПА, Российское общество психиатров подчеркивает исключительную важность права на здоровье, а также права на доступ к образованию и информации по вопросам здоровья, включая продвижение партнерства с пациентами, их опекунами и семьями. В прошлом психиатров и некоторых членов нашего национального общества обвиняли в нарушениях прав человека и злоупотреблении психиатрией в немедицинских целях, в том числе в политических. РОП осуждает такую практику и заявляет, что в настоящее время подобное невозможно. Уверены, что действующий Закон РФ о психической помощи, демократические преобразования в различных сферах повседневной жизни, включая независимость прессы, инициирование множества программ, подчеркивающих важность прав человека, и создание комиссии по этике РОП, являются гарантией продвижения мер по предотвра-

щению любых попыток злоупотребления психиатрией.

ВОЗ определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней. Таким образом, взаимосвязь между психическим здоровьем и правами человека является неотъемлемой и взаимозависимой. Следуя видению Всемирной психиатрической ассоциации и других международных организаций, РОП, ее должностные лица и члены поддерживают инициативы по продвижению и защите прав человека как важной части нашей клинической, академической и исследовательской работы. Мы осуждаем любую предвзятость или практику — прямую или опосредованную — основанную на политике, финансовой выгоде, религии, этнической принадлежности или культуре. Наши психиатры обязуются не участвовать и не поддерживать, прямо или косвенно, любую деятельность, нарушающую права человека или использующую психиатрию в немедицинских целях.

Психическое здоровье — один из главных показателей благополучия человека и населения страны. В наше время психиатрическая помощь становится все более доступной и персонализированной. Расширение фундаментальных исследований и технический прогресс способствует быстрому развитию психиатрической науки, и на сегодняшнем этапе в ее задачи входят не только эффективное лечение и реабилитация, но и активное решение вопросов профилактики, сохранение и укрепление психического здоровья нации в целом.

В 2012 г. в Российской Федерации были приняты основные нормативные документы по дальнейшему развитию психиатрической службы: Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденный МЗСР РФ №566н от 17.05.2012 г.; 30 стандартов медицинской помощи по профилю «психиатрия», утвержденные МЗ РФ и Минюстом РФ в 2012 г.

Участники Съезда констатируют, что показатели психического здоровья населения России в период 2012-2020 гг., имея некоторую тенденцию к улучшению, в целом остаются неблагоприятными.

Уровень общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2012-2020 гг. (в расчете на 100 000 населения) уменьшился на 8,1% (с 2 855,7 до 2 623,3). Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами уменьшился на 20,1% (с 328,0 до 262,0). В большинстве случаев это обусловлено сформировавшимся стремлением граждан к обращению за психиатрической помощью в частные структуры, как амбулаторные, так и стационарные, и в анонимном порядке. В нозологической структуре как общей, так и первичной заболеваемости в 2020 г. преобладают психические расстройства непсихотического уровня (51% и 73% соответственно), что может быть обусловлено неблагоприятным влиянием пандемии новой коронавирусной инфекции на психическое здоровье населения.

Число инвалидов в связи с психическими расстройствами в 2020 г. увеличилось по сравне-



нию с 2012 г. незначительно (на 0,7%) и составило 1 046 153 человек; из них 32,6% — больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, 35,3% — лица с умственной отсталостью, 32,1% — больные другими психическими расстройствами. В 2020 г. в общем числе лиц, обратившихся за психиатрической помощью, инвалиды составили 27,2%; в расчете на 100 диспансерных больных число — 73,4%.

В период с 2012 по 2020 год происходило сокращение сети медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь — как в амбулаторных, так и в стационарных условиях: число психиатрических больниц уменьшилось на 23,2% (с 244 до 172), число психоневрологических диспансеров со стационарными койками уменьшилось на 26,9% (с 78 до 57). В значительной части случаев психиатрические больницы утратили самостоятельный юридический статус и стали филиалами более крупных медицинских организаций. Сокращение числа стационарных медицинских организаций связано с появлением в более широком ассортименте лекарственных препаратов, использованием реабилитационных программ, основанных на бригадных методах обслуживания, а также применением стационарзамещающих технологий (долечивание в условиях дневных стационаров).

В этот период коечный фонд психиатрической службы сократился на 16,4% — с 146 427 до 122 357 коек, показатель обеспеченности психиатрическими койками на 10 000 населения уменьшился на 18,4% — с 10,2 до 8,3. Средняя занятость психиатрической койки в 2020 г., в целом по 85 регионам, составила 298 дней, психиатрической койки для детей — 239, койки для судебно-психиатрической экспертизы — 229. Сокращение коечного фонда закономерно связано с уменьшением числа госпитализированных больных, значительным сокращением числа дней работы койки в году, а также с изменением режима работы стационарных медицинских организаций в период пандемии COVID-19. Общее число госпитализированных психически больных уменьшилось на 18,2% (с 615 632 до 503 421), доля повторно госпитализированных в течение года снизилась незначительно (с 21,4% до 19,6%). Средний срок стационарного лечения (средний койко-день) уменьшился с 74,5 до 68,8 дней.

В тот же период число мест в дневных стационарах увеличилось на 22,5% (с 17 554 до 21 496), число пролеченных пациентов — увеличилось на 18,5% (с 150 157 до 177 980). Число мест в ночных стационарах незначительно, оно уменьшилось на 46,7% (с 107 до 57), число пролеченных пациентов также уменьшилось на 41,8% (с 851 до 495). Число мест в стационарах на дому уменьшилось на 6,0% (с 1024 до 963), при этом число пролеченных пациентов увеличилось на 12,0% (с 8 147 до 9 128). Подразделения, работающие в режиме дневного стационара, увеличивают свои мощности и число пролеченных больных медленными темпами, что не соответствует показателям сокра-

щения стационарных коек и числу выписанных больных. Недостаточное развитие ночных стационаров и стационаров на дому обусловлено отсутствием этих подразделений в Порядке оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Приказ МЗСР РФ № 566н от 17.05.2012 г.).

Число мест в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) сократилось на 57,1% (с 8 022 до 3 442), а число работающих в них пациентов — на 75,4% (с 47 089 до 11 588). Такие показатели демонстрируют критическое положение с трудовой терапией и трудовой реабилитацией. Возвращение ЛТМ в структуру психиатрических больниц ситуацию заметно не улучшило, поскольку для решения данной проблемы необходимы изменения в финансовом законодательстве.

Число психоневрологических диспансеров уменьшилось на 28,0% (с 102 до 74), число диспансерных отделений — на 7,1% (с 169 до 157), число медицинских организаций, имеющих психиатрические кабинеты — на 3% (с 1 989 до 1 929), число медицинских организаций, имеющих психотерапевтические кабинеты — на 28,6% (с 751 до 536). Сокращение числа психоневрологических диспансеров объясняется, в большей части случаев, утратой ими самостоятельности — они стали подразделениями психиатрических больниц. Однако в целом, сокращение первичной сети противоречит задачам развития психиатрической службы и во многом обусловлено кадровым дефицитом. При этом многие показатели не отражают реальную структуру первичных медицинских организаций, особенно в сельской местности.

Число врачей-психиатров уменьшилось на 9,5% (с 13 978 до 12 647), число врачей-психотерапевтов — на 24,2% (с 1 717 до 1 302). В 2020 г. показатели обеспеченности (на 10 тыс. населения) составили: врачами-психиатрами — 0,86; врачами-психотерапевтами — 0,09; медицинскими психологами, занятыми в психиатрической службе — 0,28; специалистами по социальной работе — 0,06. Коэффициент совместительства врачей-психиатров составил 1,4, врачей-психотерапевтов — 1,6.

Для обеспечения комплексного, многостороннего подхода к проблемам психического здоровья населения, профилактики, лечения, психических и соматических заболеваний, улучшения качества жизни пациентов, решения их социальных проблем необходимы развитие и плодотворная интеграция нескольких специальностей и дисциплин — психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, общей медицины.

При этом отмечается наличие ряда насущных проблем, которые затрудняют оказание медицинской и психологической помощи населению, не имеют очевидного решения, являются предметом дискуссий специалистов различного профиля, ученых, организаторов здравоохранения, но требуют продуманного и комплексного решения. Такими проблемами являются правовые и законода-

тельные пробелы в нормативно-правовых актах, регламентирующих сферу психического здоровья, в т.ч. в отношении психотерапии и медицинской психологии, несовершенство профессиональной подготовки врачей-интернистов в области психического здоровья, врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, дефицит квалифицированных кадров, организационные проблемы, трудности в согласованном междисциплинарном взаимодействии.

Остается актуальным вопрос о необходимости создания иерархической организационно-методической структуры в области психотерапии, которая могла бы обеспечить связь научных учреждений федерального уровня, органов управления здравоохранением, российской и региональной практической медицины. В этой связи представляется своевременным создание Федерального консультационно-методического центра по психотерапии МЗ РФ при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Важной является и роль профессиональных общественных организаций в развитии и совершенствовании психотерапии и медицинской психологии.

Важнейшим направлением общественно-ориентированной психиатрии как у нас в стране, так и в мире является психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация. Необходимость использования комплексного лечения, включающего медикаментозную терапию, психосоциальные и психотерапевтические воздействия — убедительно доказана. Такой подход позволяет достигать максимально возможного улучшения социального функционирования и повышения качества жизни пациентов, в том числе с тяжелыми формами психических заболеваний. В то же время внедрение реабилитационных технологий в повседневную практику психиатрического здравоохранения происходит недостаточно активно, в региональных и федеральных программах развития психиатрической помощи мало используются ресурсы т.н. общественного сектора психиатрии, существующие пациентские объединения не получают необходимой поддержки со стороны органов управления отраслью и психиатрических учреждений.

На пороге серьезных организационно-правовых и методологических трансформаций стоит судебно-психиатрическая экспертиза, что связано с принятием в ближайшее время закона «Об экспертной деятельности в Российской Федерации», перестройкой судебно-психиатрической службы, переходом ее структуры на уровневую систему. Грядущий переход на новую классификационную систематику психических расстройств с усилением роли дименсионального подхода требует усилий по скорейшему освоению его принципов и внедрению соответствующих ему методов диагностики в судебно-психиатрическую практику. Эпидемиологическая ситуация обострила дискуссию по цифровизации работы экспертов и возможности использования средств телемедицины, которые при их внедрении должны учитывать

особую специфику экспертной деятельности. Все это имеет большое значение, поскольку продолжает расширяться круг экспертных задач и возрастают требования к научной обоснованности экспертных заключений.

Особую озабоченность участников съезда вызывает участвующая правоохранительная практика возложения на психиатров ответственности в связи с выполнением ими профессиональных обязанностей в процессе оказания психиатрической помощи. При этом следует отметить недостаточную подготовленность экспертов к решению экспертных задач в рамках такого рода дел.

Современный мир характеризуется наличием большого числа вызовов, кризисов и угроз в экономике, социально-политической и информационной сферах. Это способствует активному распространению различной, прежде всего «пограничной» психической патологии среди населения страны, нередко в новых формах. При этом существенно возрастает «цена ошибки» специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности, когда ее последствия могут носить катастрофический характер — в региональном и даже в общенациональном масштабе. В связи с этим крайне важным является изучение вопросов психического здоровья военнослужащих, специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности, а также пострадавших в условиях чрезвычайных ситуаций.

Участники съезда считают, что для дальнейшего совершенствования психиатрической помощи требуется реализация следующих направлений развития психиатрической науки и практики:

В области организации психиатрической помощи и совершенствования ее нормативно-правовой базы

1. В соответствии с п.1 «Плана мероприятий по совершенствованию в течение 2020-2024 годов системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации», утвержденному распоряжением Правительства РФ № 3512-р от 23.12.2020 г., в 2021 г. необходимо завершить работу по созданию либо актуализации нормативной базы оказания психиатрической помощи, что включает следующее:

- Подготовить предложения по совершенствованию законодательства в сфере охраны психического здоровья с учетом необходимости законодательного регулирования вопросов не только оказания психиатрической, наркологической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи лицам с психическими расстройствами, но и сохранения и укрепления психического здоровья населения в целом.
- Подготовить предложения по внесению изменений в Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.

- Подготовить предложения по внесению изменений в Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.
- Подготовить проект Порядка медицинского психиатрического освидетельствования.
- Подготовить предложения для внесения в профессиональный стандарт «Врач-психиатр» по специальностям врач-психотерапевт, врач-сексолог, врач судебно-психиатрический эксперт.
- Подготовить предложения по актуализации стандартов медицинской помощи по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология» (после утверждения актуализации клинических рекомендаций).
- Завершить актуализацию клинических рекомендаций:
 - Биполярное аффективное расстройство (F31; Взрослые);
 - Депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство (F32-F33; Взрослые);
 - Обсессивно-компульсивное расстройство (F42; Взрослые);
 - Специфическое расстройство личности (F60-F61; Взрослые);
 - Специфические расстройства развития речи у детей (F80; Дети);
 - Фебрильная кататония (F20.2; Взрослые);
 - Шизофрения (F20.0; Взрослые);
 - Тревожно-фобические расстройства (F40; Взрослые);
 - Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревожность) (F41.0; Взрослые);
 - Генерализованное тревожное расстройство (F41.1; Взрослые);
 - Специфические расстройства личности (F60; Взрослые);
 - Умственная отсталость (взрослые и дети) (F70-F79; Взрослые, дети);
 - Интенсивная терапия неотложных состояний в наркологии (F10.0,3-9-F19.0,3-9; Взрослые, дети);
 - Диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств, обусловленных употреблением каннабиоидов и синтетических каннабиоидов (F10.1, F10.2 F10.3, F10.4, F10.6; Взрослые, дети);
 - Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста (F05; Взрослые);
 - Диагностика и лечение алкогольной зависимости (F10.1, F10.2 F10.3, F10.4, F10.6; Взрослые);
 - Шизофрения (детский и подростковый возраст) (F20.1- F20.9; Дети);

2. Подготовить предложения по изменениям в финансовом законодательстве с целью развития трудовой терапии и трудовой реабилитации.

3. Обратиться в МЗ РФ с предложением о создании рабочей группы для урегулирования вопросов, связанных с обеспечением защиты конфиденциальной информации и определением порядка доступа к медицинским документам при размещении в информационных системах здравоохранения медицинских сведений о лицах с психическими и наркологическими расстройствами.

В области фундаментальных и прикладных задач клинической психиатрии

1. Продолжить развитие междисциплинарных исследований в области биологической психиатрии на основе адекватных методологических подходов с опорой на принципы доказательной медицины и способствовать их внедрению в широкую клиническую практику.

2. Считать важнейшей перспективной задачей выявление и анализ базовых биологических механизмов этиологии и патогенеза психических заболеваний.

3. Активизировать исследования по поиску и валидации эффективных биомаркеров риска развития, динамики, клинического прогноза и эффективности терапии психических заболеваний.

4. Способствовать планированию и развитию национальных коллабораций в области биологической психиатрии с учетом специализации и высоких компетенций различных исследовательских центров в Российской Федерации.

5. Активизировать работу в области специализированных образовательных проектов и программ для врачей-психиатров и научных сотрудников в области современной биомедицины с акцентом на современные тенденции — геномику, метаболомику, коннектомику и другие.

6. Разработать и представить на утверждение профессиональному сообществу алгоритмы мониторинга и терапии нейроэндокринных дисфункций у больных с психическими расстройствами в процессе купирующей и длительной противорецидивной тера7. Учитывая высокую распространенность и низкую выявляемость депрессии, разрабатывать образовательные программы для врачей-психиатров и интернистов.

8. Развивать научные исследования в области аффективных расстройств с учетом современных достижений биологической науки, расширяющихся инструментальных методов и с использованием современного биостатистического анализа данных.

9. Расширять научные исследования с использованием психометрических инструментов с их валидизацией на российской популяции.

10. Рассматривать разработку методологических основ психиатрии как одну из важнейших задач научных исследований, поскольку только на этой основе возможно дальнейшее развитие кли-

нической и профилактической психиатрии, углубление ее взаимосвязи с общей медициной и социальной сферой, а также совершенствование профессионального образования и организационных основ оказания психиатрической помощи.

В области психосоматической медицины

1. Развивать междисциплинарное взаимодействие психиатров и представителей различных направлений соматической медицины.

2. Углубить фундаментальные исследования общих биологических механизмов формирования психических и соматических заболеваний; развивать междисциплинарные исследования патогенетических механизмов психосоматических расстройств.

3. Сосредоточить внимание на профилактике и своевременной диагностике побочных эффектов психофармакотерапии, инициировать совершенствование правовой основы психофармакотерапии пациентов с психическими расстройствами в общей медицинской практике.

4. Развивать междисциплинарный подход в оказании медицинской помощи пациентам с коморбидными психическими и соматическими расстройствами, в выявлении групп риска и профилактике соматических, в частности, сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний.

5. Активизировать усилия в сфере подготовки врачей-интернистов по вопросам психического здоровья в рамках системы НМО.

6. Активно разрабатывать методические рекомендации по диагностике и терапии психических расстройств в общей медицинской практике для унификации подходов к организации специализированной помощи при психических расстройствах в общей медицинской практике.

7. Способствовать улучшению преемственности в оказании помощи пациентам с ассоциированными психическими и соматическими расстройствами, в том числе путем создания кабинетов психолого-психиатрической помощи в структуре ПНД на базе поликлиник.

8. Повысить эффективность выявления лиц с суицидальным риском среди пациентов общей медицины.

9. Совершенствовать систему диагностики и лечения пациентов с расстройствами пищевого поведения.

В области психотерапии и медицинской психологии

1. Психотерапевтическому и психологическому профессиональному сообществу консолидировать усилия по выработке согласованных решений в отношении первоочередных организационных, правовых, научно-методических задач и подходов, принимать меры по их легитимизации, реализации и внедрению в практическую деятельность.

2. Создать рабочие группы для разработки предложений по совершенствованию нормативно-правовых актов, рекомендаций по организации деятельности врачей-психотерапевтов, медицинских психологов — для МЗ РФ, главных внештатных специалистов по психотерапии в федеральных округах и в региональных органах управления здравоохранением.

3. Инициировать создание независимого межведомственного экспертного совета по психотерапии федерального уровня, с привлечением ведущих специалистов для участия в разработке национального законодательства в области психотерапии и медицинской психологии.

4. Привлечь специалистов в области психотерапии и медицинской психологии к подготовке клинических рекомендаций по лечению, профилактике и реабилитации психических и психосоматических заболеваний в рамках их компетенций, а также стандартов оказания помощи.

5. Поддерживать научные исследования в области психотерапии и медицинской психологии, основанные на доказательных подходах, выступить с предложением сохранения ВАКовской специальности «медицинская психология» как в разделе психологических, так и в разделе медицинских наук.

6. Создать рабочую группу по анализу и разработке предложений по совершенствованию образовательных программ и подготовке врачей-психотерапевтов, психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, врачей других специальностей по проблемам психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.

7. Развивать взаимодействие организаций разных форм собственности по оказанию психотерапевтической и психологической помощи с целью оптимизации, согласованности и повышения эффективности их работы.

В области психосоциальной реабилитации

1. Обеспечить информирование и широкое обучение сотрудников психиатрических учреждений эффективным с позиций доказательной медицины реабилитационным технологиям для повсеместного внедрения в практику.

2. Разрабатывать и внедрять в медицинскую практику инструменты оценки эффективности проведения реабилитационных мероприятий, включая четкие оценочные критерии.

3. Улучшать кадровое обеспечение психиатрических учреждений специалистами, участвующими в организации психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации — психотерапевтами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками — для широкого использования бригадных форм работы.

4. Совершенствовать систему постдипломной подготовки врачей психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов по вопросам психосоциальной реабилитации в соответствии с современ-

ными отечественными и зарубежными стандартами; обеспечить доступность обучения и повышения квалификации для специалистов по указанным вопросам.

5. Специалистам психиатрических учреждений, профессиональным медицинским общественным организациям развивать сотрудничество с общественными организациями пациентов и их родственников, оказывать пациентским объединениям методологическую, методическую и ресурсную поддержку.

6. Широко привлекать участников пациентских НКО, т.н. функциональных профессионалов к участию в различных программах психосоциальной реабилитации, организовать их обучение технологиям реабилитационной работы.

7. Инициировать решение ряда правовых вопросов, связанных с организацией социально-трудовой реабилитации психически больных, в первую очередь, внесение необходимых изменений в финансовое законодательство.

В области геронтопсихиатрии

1. Развивать систему долговременной медико-социальной поддержки пациентов геронтологического профиля, для чего обеспечить преемственность между различными учреждениями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты.

2. Инициировать проведение масштабных эпидемиологических исследований распространенности деменции среди жителей Российской Федерации с учетом их диагноза и стадии заболевания.

3. Проводить научные исследования в области геронтологии и гериатрии с целью оптимизации мер профилактики, диагностики и лечения возраст-ассоциированных заболеваний, планирования объемов и характера медицинской и социальной помощи пожилым.

4. Активизировать усилия по поиску биологических, нейровизуализационных или иных маркеров ранних стадий деменций, предикторов ответа на терапию и целевого выбора препарата, оперативной клинической апробации данных фундаментальных исследований заболеваний, протекающих с когнитивными нарушениями.

5. Разработать и внедрить алгоритм проведения МРТ и ПЭТ головного мозга на бюджетной основе при наличии подозрений на нейродегенеративное заболевание.

6. Инициировать масштабные исследования причин и механизмов формирования «общественной анозогнозии» в отношении деменций (категории исследуемых: лица пожилого возраста, лица старше 40 лет («дети пациентов»), медработники первичной медицинской сети) — с целью проведения целенаправленных психообразовательных программ.

7. Проводить просветительскую работу, направленную на привлечение внимания общества к решению проблем людей старшего поколения,

популяризацию потенциала и достижений геронтологии и гериатрии, создание дружественной инфраструктуры и комфортной психологической атмосферы для граждан старшего поколения.

8. Разработать комплекс мер по повышению социальной привлекательности участия населения РФ в поисках биомаркеров ранних стадий деменций.

9. Включить вопросы диагностики ранних признаков деменции в программы обучения медицинских работников, психологов, сотрудников социальных служб.

10. Внести исследования состояния мнестико-когнитивных функций у лиц старше 55 лет в список обязательных ежегодных процедур при проведении профилактических осмотров или при обращении за медицинской помощью.

11. Организовать кабинеты исследования памяти в структуре поликлиник и отделов социального обеспечения.

12. Для оказания помощи лицам с ранними стадиями деменций создавать специализированную службу медико-психологической помощи с использованием программ психотерапевтического сопровождения пациентов с ранними стадиями заболевания, методов реконструктивной мильетерапии, биологических, нейровизуализационных или иных маркеров предикторов скорости когнитивного снижения, ответа на терапию и целевого выбора препарата, ранним назначением и гарантированным обеспечением пациентов лекарственными средствами.

13. Для оказания помощи лицам с умеренными и тяжелыми стадиями деменций внедрять учреждения дневного пребывания, использующих когнитивный тренинг, тренинг социальных навыков, общение, невербальные методы психотерапии, терапию средой.

14. Совершенствовать нормативно-правовую базу оказания гериатрической помощи, в частности, правовые основы для введения в специализированных амбулаторных лечебных учреждениях штатных должностей психиатров-геронтологов (с разработкой соответствующего положения и других нормативных актов).

15. Решить вопросы формирования специализированных геронтопсихиатрических отделений (или коек в общепсихиатрических отделениях), дневных стационаров, стационаров на дому с разработкой соответствующего положения и штатного расписания.

16. Определить правовые аспекты оказания геронтологической помощи, в т.ч. при решении вопросов дееспособности, завещательной дееспособности, оформления опекуна.

17. Решить юридические вопросы работы врачей-психиатров в учреждениях социального профиля для граждан пожилого возраста, получения этими учреждениями лицензии на право осуществления медицинской деятельности.

18. Разработать и актуализировать клинические рекомендации по психофармакотерапии для пациентов гериатрического профиля («Лечение

психопатологических и поведенческих нейродегенеративных заболеваниях позднего возраста (болезнь Альцгеймера, деменция с тельцами Леви, лобно-височная деменция»).

19. Разработать курс по гериатрической психиатрии в рамках НМО для психиатров. Пресмотреть как минимум однократное обязательное прохождение обучения всеми психиатрами, работающими с лицами в возрасте от 45 лет.

20. Организовать курсы повышения квалификации по проблемам диагностики и терапии психических расстройств у пациентов среднего и пожилого возраста для врачей психиатрического профиля, а также организовать курсы общей гериатрической медицины для психиатров.

В области детской психиатрии

1. Ходатайствовать перед МЗ РФ о реализации решения Коллегии Минздрава 2001 года о восстановлении специальности «детская психиатрия».

2. Обеспечить возможность для смежных специалистов (общих и детских психологов, логопедов, коррекционных педагогов, реабилитологов) повышать свою квалификацию на психиатрических кафедрах медицинских вузов на бюджетной основе, вне зависимости от их ведомственной подчиненности.

3. В проект положения о 3-х годичной клинической ординатуре по психиатрии внести поправку о том, что специалист, проходящий целевое обучение на должность детского психиатра, обучается по следующей программе — один год по общей психиатрии и два последующих по детской психиатрии, включая психопатологию раннего возраста (в связи с необходимостью осмотров психиатрами детей, начиная с годовалого возраста).

4. Обеспечить как минимум однократное обучение по детской психиатрии всех психиатров, совмещающих должности детских психиатров.

5. Совершенствовать оказание мультидисциплинарной медицинской помощи детям с нарушениями психического развития через активное вовлечение педиатрической службы, разработку и имплементацию персонализированных целевых технологий, оптимизацию подготовки детских психиатров с включением в программу вопросов по медицинской генетике и педиатрическим аспектам.

6. Пресмотреть обязательное включение в состав этической комиссии РОП детского психиатра.

В области суицидологии

1. Активизировать работу по первичной и вторичной профилактике суицидов, что включает усиление взаимодействия психиатрической службы, системы социальной защиты и системы образования.

2. Расширять представительство суицидологии как междисциплинарной сферы знаний в подготовке медицинских специалистов, в том числе, врачей общей практики.

3. Повышать информированность в вопросах суицидологии в различных профессиональных группах (МЧС, полиция, школьные учителя и психологи, работники СМИ) и в населении путем проведения профессиональных семинаров, вебинаров, их активного предложения и распространения, в том числе в СМИ и социальных сетях.

4. Активизировать исследования в сфере изучения эффективности существующих программ суицидальной превенции, проводить рандомизированные контролируемые исследования по изучению эффективности региональных программ превенции; исследования суицидального поведения с целью оценки влияния пандемии и постпандемической ситуации.

5. Улучшать взаимодействие между звеньями системы здравоохранения (психиатрия, скорая медицинская помощь, соматические стационары, бюро судебно-медицинских экспертиз) с целью объективизации информации о судьбе лиц, совершивших суицидальные попытки, повышения качества их сопровождения и предупреждения завершённых суицидов;

6. Активизировать усилия по разработке национальной программы суицидальной превенции и лоббированию ее на различных уровнях путем публикационной активности по теме суицидального поведения и его превенции, привлечения внимания власти и общества к проблеме суицидов, особенно среди молодежи.

В области сексологии

1. Выйти с предложением в МЗ РФ о включении в Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья», который реализуется в рамках Национального проекта «Демография» 2019-2025 гг., плана по укреплению сексуального здоровья как основы репродуктивного здоровья.

2. Рассмотреть вопрос и подготовить предложения о целесообразности внесения изменений в Приказ МЗ РФ от 17 мая 2012 г. № 566н «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» — о возможности получения квалификации сексолога, помимо врачей психиатров, врачами других специальностей — урологами, гинекологами, эндокринологами, невропатологами, врачами общей практики.

3. Включать и расширять имеющиеся программы обучения по сексологии для медицинских, педагогических вузов, психологических факультетов университетов.

4. Организовать профессиональное обсуждение и выработку единого подхода к пониманию транссексуализма и проблеме смены пола, в том числе с учетом предстоящего перехода на МКБ-11.

В области наркологии

Учитывая высокий уровень коморбидности психических и наркологических расстройств и принимая во внимание решение Правительства

РФ по одобрению новой номенклатуры научных специальностей, предусматривающей слияние двух научных специальностей («психиатрия» и «наркология») в одну — «психиатрия и наркология», активизировать разработку вопросов концептуального соответствия и координации оказания специализированной медицинской помощи в рамках этих двух смежных специальностей.

В области судебной психиатрии

1. Продолжить активное сотрудничество с Межведомственной группой по разработке проекта Закона «Об экспертной деятельности в Российской Федерации» на всех этапах его обсуждения и прохождения.

2. Продолжить обсуждение поэтапной реорганизации судебно-психиатрической службы с учетом необходимости сохранения тесной связи экспертных подразделений с общепсихиатрическими учреждениями.

3. В связи с Указом Президента РФ от 02.03.2021г. № 119 «О возложении обеспечения охраны стражных отделений на сотрудников ФСИН РФ» признать необходимым разработку нормативных межведомственных документов, учитывающих специфику работы экспертных подразделений и разграничение зон ответственности между медицинскими организациями и ФСИН. Считать наиболее оптимальным решением всех возникающих при этом проблем принятие особого Закона «Об охране судебно-психиатрических отделений для лиц, содержащихся под стражей».

4. Опираясь на имеющийся опыт, проработать нормативно-правовую базу, профессионально-методические рекомендации, а также стандарты оснащения экспертных подразделений, обеспечивающие возможность защищенного участия экспертов в мероприятиях, связанных с их профессиональной деятельностью, с использованием телемедицинских технологий.

5. Активизировать работу, направленную на решение ряда проблем осуществления принудительных мер медицинского характера, которые могли бы получить свою регламентацию при разработке соответствующего законодательства о применении принудительных мер лечения. До разработки упомянутых законодательных норм инициировать обновление совместного Приказа МЗ РФ №133, МВД РФ №269 от 30.04.1997 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами».

6. Считать приоритетными для судебной психиатрии научные направления, нацеленные на исследование возможности совмещения категориального и дименсионального подходов в диагностике психических расстройств, а также способствующих внедрению новых методических средств по повышению объективности и научной обоснованности экспертных заключений.

7. В связи с существенным ростом числа преступлений с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, включая сети ин-

тернет, в которых несовершеннолетние выступают как в качестве жертв, так и правонарушителей, продолжить междисциплинарные исследования, направленные на изучение специфики психического состояния детей и подростков, вовлеченных в подобные правонарушения, совершенствование критериев экспертной оценки и разработку комплексной психокоррекционной работы с несовершеннолетними.

8. Активизировать работу по формированию персонализированного подхода к оценке психического состояния детей и подростков, жертв сексуального насилия и злоупотребления, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, включая сети интернет для оказания им индивидуализированной медико-психологической помощи и реабилитации, а также превенции с учетом 3-хуровневого подхода в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

9. Инициировать решение ряда актуальных для судебной психиатрии законодательных проблем, касающихся защиты прав человека, при квалификации преступлений, связанных с причинением «вреда здоровью» потерпевшего, «отставанием в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством» (ч.3 ст. 20 УК РФ), «аффектом».

В области военной и экстремальной психиатрии

1. Создать в структуре Российского общества психиатров секцию «Военная и экстремальная психиатрия».

2. Способствовать развитию межведомственного взаимодействия психиатров и специалистов по психологической работе Министерства обороны Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства внутренних дел Российской Федерации, Федеральной службы безопасности Российской Федерации, Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий и других силовых структур.

3. Проводить междисциплинарные исследования в области психического здоровья военнослужащих, специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности, а также пострадавших в условиях чрезвычайных и кризисных ситуаций.

В области профессионального образования, подготовки и переподготовки кадров

1. Проводить методические совещания по образованию в регионах (по специальности).

2. Разработать унифицированные требования к образовательным программам циклов непрерывного медицинского образования, а также требования к образовательным организациям, проводящим циклы повышения квалификации НМО (включающие, в частности, наличие лицен-

зии на осуществление образовательной деятельности, выданной Федеральным государственным органом).

3. Разработать унифицированную форму отчета для периодической аккредитации (основанной на трудовых функциях профессионального стандарта).

4. Сформировать новые подходы к поэтапной (3-х летней) подготовке в ординатуре по специальностям «психиатрия», «психотерапия», «судебно-психиатрическая экспертиза», «сексология», с освоением на 1 этапе (2 года) модулей по психиатрии, на 2 этапе (третий год) — модулей в зависимости от специальности (для психиатров: детская и подростковая психиатрия, геронтопсихиатрия, клиническая суицидология; психотерапия, судебно-психиатрическая экспертиза, сексология).

5. Обеспечить проведение унифицированных образовательных программ на кафедрах психиатрии по детской и подростковой психиатрии в объеме 144 часов для врачей, занимающих должности «детского психиатра», «подросткового психиатра».

6. Выходить с предложениями в органы власти о приведении стипендиального обеспечения ординаторов в соответствие с минимальным прожиточным уровнем.

В сфере общественной профессиональной деятельности

1. Российскому обществу психиатров во взаимодействии с МЗ РФ проводить мониторинг ситуации с лекарственным обеспечением медицинских учреждений препаратами для лечения психических расстройств и расстройств поведения, оперативно реагировать на случаи прекращения производства отечественных или прекращение поступления производимых за рубежом препаратов — с оперативным обращением в соответствующие органы власти.

2. Правлению РОП создать рабочую группу для выработки предложений по совершенствованию порядка выдачи разрешения на управление транспортным средством (ограничения в выдаче водительских удостоверений или отобрание их у пациентов, находящихся на терапии психотропными лекарствами и выявившихся в анализе; дискриминация по факту наличия психического расстройства и лечения у психиатра; разработка четких критериев возможности управлять транспортным средством и влияния психических расстройств на эту способность; единый регламент процедуры врачебной комиссии, принимающей решение о противопоказаниях к вождению транспортом).

3. Правлению РОП создать рабочую группу для выработки предложений по совершенствованию порядка выдачи разрешения на получение оружия (необходимость внесения поправок в Приказ МЗ РФ от 30.06.2016 №441н; целесообразность повышения возраста претендующих на получение разрешения лиц; порядок психиатрического освидетельствования).

4. В составе Правления РОП создать комиссию по правовой защите психиатров и других медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической помощи. Комиссии разработать алгоритм участия Российского общества психиатров в случае привлечения к уголовной ответственности врачей при осуществлении ими профессиональной деятельности, предусматривающий оказание юридической помощи, привлечение экспертов, мотивированное обращение в правоохранительные, судебные органы и властные инстанции.

5. Продолжить работу по подготовке к внедрению Международной классификации болезней МКБ-11, включая широкое обсуждение в профессиональном сообществе на различных площадках связанных с этим проблемных вопросов, выработку взвешенной, профессионально обоснованной позиции, учитывающей как современные реалии, так и клинические традиции.

Поступила 30.05.2021

Received 30.05.2021

Принята в печать 25.06.2021

Accepted 25.06.2021

Дата публикации 30.07.2021

Date of publication 30.07.2021

Рецензия на книгу «Интернет-зависимость: клиничко-диагностические маркеры и подходы к терапии: учебное пособие».

А.Ю. Егоров, В.А. Солдаткин. Москва : РУСАЙНС. 2020. 254 с.

Пашковский В.Э.^{1,2}

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия,

²Санкт-Петербургский государственный университет

Review of the book « Internet addiction: clinical and diagnostic markers and approaches to therapy»

Pashkovskii V.A.

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Russia, Saint Petersburg

²Saint-Petersburg State University, Russia

Информация об авторе:

Пашковский В.Э. — e-mail: pashvladimir@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9596-3453>

Эту книгу долго ждали. Поведенческие пристрастия, особенно патологические азартные игры и интернет-зависимость? привлекают все большее внимание психиатров, психологов, педагогов, организаторов здравоохранения. Проблема сходства поведенческих зависимостей и зависимостей от психоактивных веществ являются предметом неугасающих споров в научном сообществе. Патологическое использование определенных информационных и коммуникационных технологий, таких как Интернет, сотовые телефоны и видеоигры, также известное как технологическая зависимость, в последние годы привлекло значительное внимание средств массовой информации и возросший интерес к научной литературе. Несмотря на многочисленные преимущества интернет-коммуникационных технологий, появились данные об их негативном влиянии на психическое здоровье. Однако, психические расстройства в связи с интернет-играми (IGD) изучены не достаточно. Не прояснены вопросы этиологии, продолжительности расстройства, лечения. Имеющиеся разрозненные сведения по этой проблеме не могут удовлетворить широкий круг специалистов. Этот пробел восполняет рецензируемое учебное пособие, где приводятся результаты как современных мировых исследований, так и собственных экспериментальных и клинических данных авторов. Значительный объем информации впервые переведен на русский язык.

Книга состоит из 10 глав, введения и заключения. Во введении подчеркивается, что Интернет-зависимость (ИЗ) считается одним из наиболее распространенных вариантов нехимических зависимостей и имеет значительные негативные со-

циальные, медицинские и экономические последствия. ИЗ выявляется преимущественно среди молодой части популяции — у старших подростков и молодых взрослых, что, очевидно, обусловлено наибольшим уровнем использования интернета именно в этой возрастной когорте. В 1-й главе подробно даны современные представления о нехимических аддикциях, во 2-й приводится дефиниция ИЗ, а в 3-й — ее эпидемиология. В 4-й главе, написанной А.Ю.Егоровым, В.А., Солдаткиным, Д.Ч. Мавани и А.А. Сидоровым приводится клиническая и психологическая характеристика интернет-зависимости. Значительный интерес представляет предложенный В.А., Солдаткиным и Д.Ч. Мавани клиничко-феноменологический анализ расстройства с выделением эпизода компьютерной деятельности (КД) и внеэпизодного периода.

В структуре развернутой клинической картины ИЗ были выделены **три типа течения**: перманентный — представляющий собой постепенное развитие с постоянным усложнением и прогрессированием, рецидивирующий с чередованием ярко выраженных периодов охваченности КД и периодов ремиссии и перемежающийся, сочетающий в себе проявления как перманентного, так и рецидивирующего. В других главах освещены вопросы коморбидности, агрессии и аутоагрессии, преддипозитии, нейробиологии, концепции развития при интернет-зависимости. Касаясь вопросов терапии, А.Ю. Егоров замечает, что поскольку на сегодняшний день интернет-зависимость официально не является «заболеванием», то проведение доказательных клинических исследований эффективности тех или иных фармакологических пре-

паратов невозможно. Тем не менее, в некоторых странах модели терапии интернет-зависимости строились на основе адаптированных подходов к лечению зависимостей от психоактивных веществ и патологического гемблинга. Среди нефармакологических подходов когнитивно-поведенческая терапия на сегодня является наиболее исследованным методом помощи.

Таким образом, учебное пособие А.Ю. Егорова и В.А. Солдаткина «Интернет-зависимость: клинико-диагностические маркеры и подходы к терапии» представляет значительный интерес для широкого круга практикующих специалистов: психиатров, психиатров-наркологов, психо-

логов, работников кризисных служб. Но самую большую ценность книга имеет для врачей, обучающихся по программам последиplomной подготовки — ординаторов и врачей, обучающихся на циклах профессиональной переподготовки, сертификационных и тематического усовершенствования. Полезна книга будет также студентам, обучающимся по специальностям «лечебное дело» и «медицинская психология», интересующимися проблемами интернет-зависимости.

Поступила 25.01.2021

Received 25.01.2021

Принята в печать 26.05.2021

Accepted 26.05.2021

Дата публикации 30.07.2021

Date of publication 30.07.2021

ПОДПИСКА

НА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

«Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева»

Учредителем журнала, основанного в 1896 году Владимиром Михайловичем Бехтеревым, является ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Издание входит в рекомендованный ВАК РФ перечень научных журналов для опубликования основных научных результатов диссертаций. Выходит 4 раза в год.

В редакционный совет журнала входят известные российские ученые, врачи-психиатры и психологи, а также представители ведущих научных учреждений в области психиатрии и психологии из стран дальнего и ближнего зарубежья.

Подписаться на журнал можно в любом почтовом отделении.

Подписной индекс в Объединенном каталоге Пресса России **70232**
В интернет-каталоге Пресса рф.ru https://www.pressa-rf.ru/cat/1/edition/y_e70232/

**Приглашаем к участию в конференции,
посвященной 90-летию со дня рождения Б.Д. Карвасарского:
«Альянс психологии, психотерапии и фармакотерапии.
Наука и реальный мир в лечении психических расстройств»**

29 октября 2021 г. Санкт-Петербург

Место проведения:

**Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3.
ФГБУ «НМИЦ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России**



Конференция посвящена 90-летию со дня рождения Бориса Дмитриевича Карвасарского, выдающегося ученого, главы Санкт-Петербургской (Ленинградской) Школы психотерапии, который, являясь главным психотерапевтом Минздрава России на протяжении более 20 лет, внес неоценимый вклад в науку, становление и развитие психотерапии и медицинской психологии в стране, заложил основы широкой современной инфраструктуры психотерапевтической помощи населению.

Организаторы конференции:

- ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Федеральный консультативно-методический центр психотерапии (ФКМЦП)
- Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига (ОППЛ)
- Российское общество психиатров (РОП)
- Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА)
- Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП)
- Саморегулируемая организация Национальная Ассоциация развития психотерапевтической и психологической науки и практики «Союз психотерапевтов и психологов»

В рамках заседаний и секций конференции будут рассматриваться актуальные вопросы теории, практики, междисциплинарного взаимодействия в системе оказания психотерапевтической помощи и медико-психологической реабилитации при широком круге психических расстройств, а также вопросов применения психотерапии в различных областях здравоохранения. Основными вопросами конференции будут рассмотрение результатов и достижений, полученных в научной сфере и обобщенный практический опыт на современном этапе развития психотерапии и медицинской психологии, разграничение областей компетенции, алгоритмов и технологий диагностики, лечения и обучения специалистов.

РЕГИСТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ

**Для участия в конференции требуется
предварительная регистрация на сайте РОП: <http://psychiatr.ru/>
Участие в конференции бесплатное. Конференция будет аккредитована в НМО**

