

ISSN 1810-3111

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Биологические исследования

Клиническая психиатрия

Клиническая наркология

Детско-подростковая психиатрия

Геронтопсихиатрия

Психосоматика

Лекции. Обзоры

Психофармакотерапия

Этнопсихиатрия

Новости психиатрии

2014. № 1 (82).

Научно-практическое издание

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Богатство России прирастать будет Сибирью...

М. В. Ломоносов

Без всякого ложного чувства, без всякого страха быть обвиненным в предвзятости, в пристрастии к избранной специальности можно определенно сказать, что психиатрия имеет полное и законное право на очень пристальное внимание со стороны каждого врача.

П. Б. Ганнушкин

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ 2014. № 1 (82).

Учредитель: Российская Академия медицинских наук
Сибирское отделение
ФГБУ НИИ психического здоровья

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

член-корр. РАМН **Н. А. Бохан** (гл. редактор)
проф. **А. В. Семке** (зам. гл. редактора)
проф. **С. А. Иванова** (зам. гл. редактора)

Томск
Томск
Томск

проф. **М. М. Аксенов**
академик РАМН **Л. И. Афтанас**
проф. **П. П. Балашов**
проф. **Т. П. Ветлугина**
академик РАО **Э. В. Галажинский**
член-корр. РАМН **Н. Н. Иванец**
проф. **З. И. Кекелидзе**
проф. **В. Н. Краснов**
проф. **И. Е. Куприянова**
проф. **А. И. Мандель**
проф. **Н. Г. Незнанов**
проф. **Л. Д. Рахмазова**
проф. **Ю. П. Сиволап**
академик РАМН **А. Б. Смулевич**
проф. **Е. Д. Счастный**
академик РАМН **А. С. Тиганов**
член-корр. РАМН **Д. Ф. Хритинин**
проф. **Б. Д. Цыганков**

Томск
Новосибирск
Томск
Томск
Томск
Москва
Москва
Москва
Томск
Томск
С-Петербург
Томск
Москва
Москва
Томск
Москва
Москва
Москва

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

проф. **С. А. Алтынбеков**
д.м.н. **И. А. Артемьев**
д.м.н. **М. Ф. Белокрылова**
проф. **А. С. Бобров**
проф. **С. Вилласенор Баярдо**
проф. **Н. В. Говорин**
проф. **П. Джонсон**
проф. **В. Л. Дресвянников**
проф. **Г. В. Залевский**
проф. **Ц. П. Короленко**
проф. **Е. Н. Кривулин**
проф. **Ф. Ланг**
проф. **А. Лунен**
проф. **Н. А. Марута**
проф. **В. Д. Менделевич**
проф. **А. А. Овчинников**
проф. **Ю. В. Попов**
проф. **М. И. Рыбалко**
проф. **Н. Сарториус**
проф. **А. М. Селедцов**
д.п.н. **И. Я. Стоянова**
проф. **А. А. Сумароков**
проф. **М. Г. Узбеков**
проф. **И. Г. Ульянов**
проф. **Л. Эрдэнэбаяр**

Алматы
Томск
Томск
Иркутск
Мексика
Чита
США
Новосибирск
Калининград
Новосибирск
Челябинск
Германия
Нидерланды
Харьков
Казань
Новосибирск
С-Петербург
Барнаул
Швейцария
Кемерово
Томск
Красноярск
Москва
Владивосток
Монголия

Журнал основан в 1996 г.

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете Российской Федерации по печати.

Свидетельство о регистрации № 017413 от 10 апреля 1998 г.

Свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № 77-13364 от 19 августа 2002 г.

выдано Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук.

Территория распространения журнала: Российская Федерация, страны СНГ, зарубежные страны.

Редакция журнала:

Ответственный секретарь к.м.н. **Л. А. Степанова**

Выпускающий редактор **И. А. Зеленская**

Адрес редакции: г. Томск, 634014, ул. Алеутская, 4, Редакционно-издательская группа
ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН.

Телефон/факс: (382-2)-72-44-25. Телефон: (382-2)-72-43-97. E-mail: redo@mail.tomsknet.ru.

Web-сайт института: tomskinstitute.mental-health.ru

Web-сайт журнала: svpin.org



Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 1 (82).

SIBERIAN GERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

SCIENTIFIC-PRACTICAL
REVIEWED JOURNAL
2014. № 1 (82).

Founders: Russian Academy of Medical Sciences
Siberian Branch
Mental Health Research Institute

EDITORIAL BOARD

| | | |
|------------------------|---|---------------------|
| Corr. member of RAMSci | N. A. Bokhan (editor-in-chief) | Tomsk |
| Prof. | A. V. Semke (deputy editor-in-chief) | Tomsk |
| Prof. | S. A. Ivanova (deputy editor-in-chief) | Tomsk |
| Prof. | M. M. Axenov | Tomsk |
| Academician of RAMSci | L. I. Aftanas | Novosibirsk |
| Prof. | P. P. Balashov | Tomsk |
| Prof. | T. P. Vetlugina | Tomsk |
| Academician of RAE | E. V. Galazhinsky | Tomsk |
| Corr. member of RAMSci | N. N. Ivanets | Moscow |
| Prof. | Z. I. Kekelidze | Moscow |
| Prof. | V. N. Krasnov | Moscow |
| Prof. | I. E. Kupriyanova | Tomsk |
| Prof. | A. I. Mandel | Tomsk |
| Prof. | N. G. Neznanov | S-Petersburg |
| Prof. | L. D. Rakhmazova | Tomsk |
| Prof. | Yu. P. Sivolap | Moscow |
| Academician of RAMSci | A. B. Smulevich | Moscow |
| Prof. | E. D. Schastnyy | Tomsk |
| Academician of RAMSci | A. S. Tiganov | Moscow |
| Corr. member of RAMSci | D. F. Khritinin | Moscow |
| Prof. | B. D. Tsygankov | Moscow |

EDITORIAL COUNCIL

| | | |
|---------------|------------------------------|------------------------|
| Prof. | S. A. Altynbekov | Almaty |
| M.D. | I. A. Artemyev | Tomsk |
| M.D. | M. F. Belokrylova | Tomsk |
| Prof. | A. S. Bobrov | Irkutsk |
| Prof. | S. Villasenor Bayardo | Mexico |
| Prof. | N. V. Govorin | Chita |
| Prof. | P. Johnson | USA |
| Prof. | V. L. Dresvyannikov | Novosibirsk |
| Prof. | G. V. Zalevsky | Kaliningrad |
| Prof. | Ts. P. Korolenko | Novosibirsk |
| Prof. | E. N. Krivulin | Chelyabinsk |
| Prof. | F. Lang | Germany |
| Prof. | A. Loonen | the Netherlands |
| Prof. | N. A. Maruta | Kharkiv |
| Prof. | V. D. Mendelevich | Kazan |
| Prof. | A. A. Ovchinnikov | Novosibirsk |
| Prof. | Yu. V. Popov | S-Petersburg |
| Prof. | M. I. Rybalko | Barnaul |
| Prof. | N. Sartorius | Switzerland |
| Prof. | A. M. Seledtsov | Kemerovo |
| Dr. of Psych. | I. Ya. Stoyanova | Tomsk |
| Prof. | A. A. Sumarokov | Krasnoyarsk |
| Prof. | M. G. Uzbekov | Moscow |
| Prof. | I. G. Ulyanov | Vladivostok |
| Prof. | L. Erdenebayar | Mongolia |

The journal has been established in 1996.

The journal has been registered in the State Committee of Russian Federation on Press.

Certificate of registration no. 017413 of April 10, 1998.

Certificate of reregistration of mass medium PI no. 77-13364 of August 19, 2002 has been issued by Ministry of Russian Federation of on press, TV and radio broadcasting and means of mass communications.

The journal is included into List of leading scientific journals and publications issued in Russian Federation where basic scientific results of doctoral theses should be published.

Territory of dissemination of the journal: Russian Federation, countries of CIS, foreign countries.

Editorial staff:

Responsible secretary Ph.D. **L. A. Stepanova**

Issuing editor **I. A. Zelenskaya**

Editorial office: Tomsk, 634014, Aleutskaya Street, 4, Editorial-Publishing Group
«Mental Health Research Institute» SB RAMSci.

Tel/fax: (382-2)-72-44-25. Tel: (382-2)-72-43-97. E-mail: redo@mail.tomsknet.ru.

Website of the Institute: tomskinstitute.mental-health.ru

Website of journal: svpin.org

СОДЕРЖАНИЕ

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

| | |
|---|---|
| Невидимова Т. И., Батухтина Е. И., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. (Томск) ОЦЕНКА РИСКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: ИММУНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД | 5 |
| Лосенков И. С. (Томск) ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА АКТ1 ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ | 7 |

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

| | |
|---|----|
| Бохан Н. А., Приленский Б. Ю., Уманская П. С. (Томск, Тюмень) СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА | 10 |
| Главинский Р. Н., Симуткин Г. Г. (Улан-Удэ, Томск) ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР УЛАН-УДЭ В СВЯЗИ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКОЙ | 14 |
| Логутенко Р. М., Зотов П. Б. (Тюмень) ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ С РЕЛИГИОЗНО-АРХАИЧЕСКИМИ БРЕДОВЫМИ ИДЕЯМИ | 18 |

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

| | |
|---|----|
| Аболонин А. Ф., Назарова И. А., Асланбекова Н. В. (Томск, Павлодар) ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ) | 22 |
| Сахаров А. В., Говорин Н. В. (Чита) ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ СИНДРОМА ОТМЕНЫ | 28 |
| Овчинников А. А., Наров М. Ю., Киреева А. И. (Новосибирск) АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СИНДРОМ ОТМЕНЫ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ | 33 |
| Бохан Н. А., Кривулина О. Е., Кривулин Е. Н. (Томск, Челябинск) КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ У ПОДРОСТКОВ | 36 |

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

| | |
|---|----|
| Бартош Т. П. (Магадан) ВЫРАЖЕННОСТЬ АЛЕКСИТИМИИ И ПСИХИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ У ПОДРОСТКОВ МАГАДАНА С ПРИЗНАКАМИ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА | 40 |
|---|----|

ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ

| | |
|---|----|
| Соколова И. В., Сиденкова А. П. (Екатеринбург) СТРУКТУРНЫЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С БРЕДОМ | 45 |
| Языкова И. М., Сиденкова А. П. (Екатеринбург) КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕМЕНЦИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ | 49 |

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

| | |
|---|----|
| Куприянова И. Е., Чойнзонов Е. Ц., Тузиков С. А., Гураль Е. С. (Томск) КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ (ЛЕГКИХ, ЖЕЛУДКА, КИШЕЧНИКА) | 55 |
| Зотов П. Б., Уманский М. С. (Тюмень) СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ БОЛИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ | 59 |
| Плотникова Н. С., Раева Т. В. (Тюмень) ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ | 63 |
| Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Спивак С. В. (Томск) СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С | 67 |

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

| | |
|--|----|
| Семке А. В., Алтынбеков К. С. (Томск, Алматы) ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР) | 71 |
| Кузнецов П. В. (Тюмень) ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СЛЕДСТВЕННО-АРЕСТОВАННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) | 74 |

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

| | |
|--|----|
| Букановская Т. И., Дзапарова Л. К. (Владикавказ) КОРРЕКЦИЯ РАННИХ РАССТРОЙСТВ ПАМЯТИ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ И АНТИДЕПРЕССАНТОВ КЛАССА СИОЗСин (ДУЛОКСЕТИН) | 79 |
|--|----|

ЭТНОПСИХИАТРИЯ

| | |
|--|----|
| Мехтиева Л. Г. (Баку) КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ .. | 85 |
| НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ | 88 |

C O N T E N T S

BIOLOGICAL RESEARCH

| | |
|---|---|
| Nevidimova T. I., Batukhtina E. I., Vetlugina T. P., Bokhan N. A. (Tomsk) SUBSTANCE USE MEASUREMENT TOOL: IMMUNOPHYSIOLOGICAL APPROACH | 5 |
| Losenkov I. S. (Tomsk) POLYMORPHISM OF AKT1 GENE IN DEPRESSIVE DISORDERS | 7 |

CLINICAL PSYCHIATRY

| | |
|---|----|
| Bokhan N. A., Prilensky B. Yu., Umanskaya P. S. (Tomsk, Tyumen) SUICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS IN PRACTICE OF NARCOLOGISTS | 10 |
| Glavinsky R. N., Simutkin G. G. (Ulan-Ude, Tomsk) THE MAIN CLINICAL CHARACTERISTICS AND LEVEL OF SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS, ADMITTED TO PSYCHIATRIC HOSPITAL OF ULAN-UDE IN ASSOCIATION WITH SUICIDE ATTEMPT | 14 |
| Logutenko R. M., Zotov P. B. (Tyumen) PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES IN PATIENTS WITH RELIGIOUS-ARCHAIC DELUSIONAL IDEAS | 18 |

CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

| | |
|--|----|
| Abolonin A. F., Nazarova I. A., Aslanbekova N. V. (Tomsk, Pavlodar) PERSONALITY TRAITS OF JUVENILE DELINQUENTS SUFFERING FROM DIFFERENT FORMS OF SUBSTANCE DEPENDENCE (GENDER ASPECT) | 22 |
| Sakharov A. V., Govorin N. V. (Chita) GENDER DIFFERENCES OF PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE, HOSPITALIZED TO NARCOLOGICAL HOSPITAL FOR ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME | 28 |
| Ovchinnikov A. A., Narov M. Yu., Kireeva A. I. (Novosibirsk) AFFECTIVE DISORDERS AND WITHDRAWAL SYNDROME IN ALCOHOL DEPENDENCE | 33 |
| Bokhan N. A., Krivulina O. E., Krivulin E. N. (Tomsk, Chelyabinsk) CLINICAL-DYNAMIC TRAITS OF SYNTHETIC CANNABINOID DEPENDENCE IN ADOLESCENTS | 36 |

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

| | |
|---|----|
| Bartosh T. P. (Magadan) ALEXYTHYMIA AND MENTAL RIGIDITY RATES OBSERVED IN MAGADAN ADOLESCENTS WITH SIGNS OF ANXIETY DISORDER | 40 |
|---|----|

PSYCHOGERIATRY

| | |
|---|----|
| Sokolova I. V., Sidenkova A. P. (Yekaterinburg) STRUCTURAL PSYCHOPATHOLOGICAL PROFILE OF TARDIVE DEMENTIAS OCCURRING WITH DELUSION | 45 |
| Yazykova I. M., Sidenkova A. P. (Yekaterinburg) COGNITIVE FEATURES OF DEMENTIAS ASSOCIATED WITH EATING DISORDERS | 49 |

PSYCHOSOMATIC DISORDERS

| | |
|---|----|
| Kupriyanova I. E., Choinzonov E. Ts., Tuzikov S. A., Gural E. S. (Tomsk) QUALITY OF LIFE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CANCER OF VARIOUS LOCALIZATIONS (LUNGS, STOMACH, AND INTESTINE) | 55 |
| Zotov P. B., Umansky M. S. (Tyumen) SUICIDAL BEHAVIOUR AND THE EFFECTIVENESS OF PAIN CONTROL IN COMMON CANCER PATIENTS | 59 |
| Plotnikova N. S., Raeva T. V. (Tyumen) PECULIARITIES OF DEPRESSIVE AND COGNITIVE DISORDERS IN CARDIOSURGICAL PATIENTS IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD | 63 |
| Kupriyanova I. E., Chuikova K. I., Kovaleva T. A., Spivak S. V. (Tomsk) STRATEGIES OF COPING WITH THE STRESS OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC HEPATITIS B AND C | 67 |

LECTURES. REVIEWS

| | |
|--|----|
| Semke A. V., Altynbekov K. S. (Tomsk, Almaty) PHARMACOECONOMIC ASPECTS OF ANTIDEPRESSANT THERAPY (LITERATURE REVIEW) | 71 |
| Kuznetsov P. V. (Tyumen) ISSUES OF CORRECTION AND PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PERSONS, ARRESTED AND HELD IN REMAND | 74 |

PSYCHOPHARMACOTHERAPY

| | |
|--|----|
| Bukanovskaya T. I., Dzaparova L. K. (Vladikavkaz) CORRECTION OF INITIAL MEMORY DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION USING INSULIN THERAPY IN COMBINATION WITH AN SSRI ANTIDEPRESSANT (DULOXETINE) | 79 |
|--|----|

ETHNOPSYCHIATRY

| | |
|---|----|
| Mekhtieva L. G. (Baku) CLINICAL PATHOMORPHOSIS OF NEUROTIC DISORDERS IN AZERBAIJAN | 85 |
| NEWS OF PSYCHIATRY | 88 |

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89:612.017:612.821.8

ББК Р645.021-25

ОЦЕНКА РИСКА УПОТРЕБЛЕ- НИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ: ИММУНОФИЗИОЛО- ГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Невидимова Т. И.^{*}, Батухтина Е. И.,
Ветлугина Т. П., Бохан Н. А.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Приводится карта для оценки сенсорной уязвимости и других параметров, сопряженных с риском употребления психоактивных веществ. **Ключевые слова:** группы риска, тесты, психоактивные вещества.

SUBSTANCE USE MEASUREMENT TOOL: IMMUNOPHYSIOLOGICAL APPROACH. Nevidimova T. I., Batukhtina E. I., Vetlugina T. P., Bokhan N. A. Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. We present a tool to assess the sensory vulnerability and other parameters associated with the risk of substance use. **Key words:** risk groups, tests, psychoactive substances.

Существует множество опросников, позволяющих оценить склонность испытуемых к употреблению психоактивных веществ (ПАВ). При всем разнообразии большинство вопросов обычно направлены на выявление фактов употребления наркотиков, отношения испытуемых к наркотикам [4, 8, 9]. При скрининговом обследовании с помощью таких тестов велика вероятность диссимуляции и низкой валидности самоотчетов, поэтому частым условием обследования является анонимность [2]. Информативными, особенно на ранних этапах формирования патологического влечения, могут стать вербальные и невербальные (физиологические и лабораторные) тесты, оценивающие поведенческие особенности вне наркологического контекста [5, 6, 10].

В качестве инструмента обследования лиц подростково-юношеского возраста нами применялись известные психометрические тесты, а также карта оценки риска употребления ПАВ, основанная на сведениях о сенсорной уязвимости и других параметрах, сопряженных с риском употребления психоактивных веществ, – клинико-лабораторных особенностях обмена железа

и иммунитета. Подавляющее большинство вопросов и тестов не побуждают обследуемого к диссимуляции. Информативность и валидность применяемого подхода подтверждена нами на практике, методы обследования описаны в предыдущих публикациях [1, 7].

При оценке риска наиболее удобны в использовании варианты скоринговых систем, т. е. карт с баллами, простое суммирование которых позволяет решить диагностические, прогностические или оценочные задачи. Математический аппарат, наиболее пригодный для таких карт – это логистическая регрессия. Популярен также последовательный анализ Вальда, преимуществами которого являются простота и логическое соответствие врачебному мышлению [3, 5]. Наличие «зоны неопределенности» в диагностике отвечает интуитивно близкому для медика понятию «группы риска», т. е. группы лиц, недостаточно обследованных в процессе скрининга.

Т а б л и ц а
**Иммунофизиологическая карта оценки риска
употребления психоактивных веществ**

| Параметр | Диагностический коэффициент | |
|--|-----------------------------|-----|
| | есть | нет |
| Анамнез | | |
| Наличие признака | | |
| Клинические признаки иммунологической недостаточности | 3 | -1 |
| Признаки дефицита железа | 3 | -1 |
| Обонятельные пристрастия до 10 лет | 3 | -1 |
| Тестирование сенсорных систем | | |
| Низкая вкусовая чувствительность к сахарозе | 1 | -5 |
| Низкая вкусовая чувствительность к поваренной соли | 1 | -2 |
| Отсутствие ощущения запаха изопропилового спирта как неприятного | 2 | -2 |
| Разность верхнего и нижнего болевых порогов менее 5 баллов | 1 | -1 |
| Лабораторные показатели | | |
| Гемоглобин ниже 115 г/л | 3 | -1 |
| Лимфоциты 50 % и выше | 4 | -1 |
| CD71 ⁺ -лимфоциты ниже 5 % | 3 | -4 |
| Интерлейкин-2 в супернатанте ниже 300 пг/мл | 5 | -5 |
| Интерлейкин-6 в супернатанте 2500 пг/мл и выше | 4 | -2 |
| Ферритин в сыворотке 50 нг/мл и выше | 4 | -2 |
| Сумма диагностических коэффициентов | | |
| Интерпретация суммы диагностических коэффициентов | | |
| - Если сумма меньше -11, склонность к употреблению ПАВ маловероятна. | | |
| - Если сумма находится в промежутке от -11 до +6, склонность к употреблению ПАВ не определена (требуется дополнительное обследование). | | |
| - Если сумма больше +6, склонность к употреблению ПАВ значительная. | | |

Публикуемая карта создана по результатам обследования 743 человек, у 336 из которых наблюдались психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Всего было изучено около 100 параметров. Предварительный отбор при-

^{*} Невидимова Татьяна Ивановна, д.м.н., в.н.с. лаборатории клинической психонейроиммунологии. 8(3822)724415, nevidimova@yandex.ru

знаков-кандидатов в предикторы и расчет диагностических коэффициентов для скоринга осуществляли с помощью собственного программного продукта МедСкоринг (свидетельство о государственной регистрации № 2012617054 от 07.08.2012). Решающее правило с оценкой склонности к употреблению ПАВ по сумме диагностических коэффициентов отражено в таблице. Публикуемая карта для скрининговой оценки риска употребления психоактивных веществ имеет модульное строение и может быть расширена.

Л и т е р а т у р а

1. Батухтина Е. И., Невидимова Т. И., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Цитокин-опосредованные механизмы формирования патологического влечения к опиоидам // Наркология. – 2013. – № 4. – С. 35–39.
 2. Бохан Н. А., Воеводин И. В., Иванкина Л. И. Динамика структуры аддиктивного поведения среди студентов технического вуза за период 1998-2001 гг. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 4. – С. 49–51.
 3. Гублер Е. В., Генкин А. А. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. – Л.: Медицина, 1973. – 143 с.
 4. Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Расстройство поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2005. – 436 с.
 5. Линский И. В. Метод оценки предрасположенности к психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ // Украинский вестник психоневрологии. – 2000. – Т. 8, вып. 1. – С. 60–63.
 6. Менделевич В. Д., Садыкова Р. Г. Психология зависимой личности, или подросток в окружении соблазнов. – Казань: РЦПНН при КМРТ; Йошкар-Ола: Марев, 2002. – 240 с.
 7. Невидимова Т. И., Семке В. Я., Попова Н. М., Павлова О. А., Робенкова Т. В. Роль сенсорных систем в формировании и терапии отклоняющегося поведения и иммунопатологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 1. – С. 24–26.
 8. Harith S. Substance misuse in adolescents // Advances in Psychiatric Treatment. – 2000. – Vol. 6. – P. 201–210.
 9. Statham D. J., Connor J. P., Kavanagh D. J. Measuring alcohol craving: development of the Alcohol Craving Experience questionnaire // J. Addiction. – 2011. – Vol. 106, N 7. – P. 1230–1238.
 10. Zuckerman M. Sensation Seeking and the endogenous deficit theory of drug abuse National Institute on Drug Abuse: Research Monography Series. – 1986. – Mon. 74. – P. 59–70.
- Транслитерация русских источников*
1. Batukhtina E. I., Nevidimova T. I., Vetlugina T. P., Bokhan N. A. Cytokine-mediated mechanisms of formation of pathological craving for opioids // Narkologiya. – 2013. – N 4. – S. 35–39.
 2. Bokhan N. A., Voevodin I. V., Ivankina L. I. Dynamic of structure of addictive behavior among students of the technical high school for period 1998-2001 // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2001. – N 4. – S. 49–51.
 3. Gubler E. V., Genkin A. A. Application of parametric criteria of statistics in medico-biological investigations. – L.: Meditsina, 1973. – 143 s.
 4. Egorov A. Yu., Igumnov S. A. Behavioral disorder in adolescents: clinical-psychological aspects. – SPb.: Rech, 2005. – 436 s.
 5. Linsky I. V. Method of assessment of predisposition to mental and behavioral disorders in the consequence of substance use // Ukrainskiy vestnik psihonevrologii. – 2000. – T. 8, vyip. 1. – S. 60–63.

УДК 616.89:575.191
ББК Р645.090-52

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА АКТ1 ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Лосенков И. С.*

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Протеинкиназа Akt1 (изоформа протеинкиназы В) является важным внутриклеточным сигнальным белком, отвечающим за процессы пролиферации, клеточного цикла и апоптоза. Известно, что Akt1 участвует в проведении сигнала от серотониновых, дофаминовых рецепторов, рецепторов к BDNF и NGF, а также ингибирует активность киназы гликогенсинтазы 3 β (GSK-3 β), что указывает на вероятность ее участия в патогенезе депрессивных расстройств. Целью данной работы явилось изучение ассоциаций полиморфизмов гена АКТ1 с депрессивными расстройствами (депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство) и 103 образца ДНК психически и соматически здоровых лиц русской популяции Сибирского региона. Проводилось генотипирование по двум однонуклеотидным полиморфизмам (SNP) rs1130214 и rs3730358 гена АКТ1. По данным исследования изучаемые полиморфизмы не были ассоциированы с наличием депрессивного расстройства в исследуемых группах. Дальнейшие исследования позволят прояснить роль гена протеинкиназы Akt1 в патогенезе депрессивных расстройств. **Ключевые слова:** депрессивные расстройства, протеинкиназа Akt1.

POLYMORPHISM OF AKT1 GENE IN DEPRESSIVE DISORDERS. Losenkov I. S. Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. Protein kinase Akt1 is an important intracellular signaling protein involved in cell proliferation, cell cycle and apoptosis. It is known that Akt1 regulates serotonin and dopamine neurotransmission, BDNF and NGF receptors transmission, inhibits glycogen synthase kinase 3 β (GSK-3 β) activity that makes possible a fact of involvement of Akt1 into depression pathogenesis. The aim of this study was to investigate association of two AKT1 gene polymorphisms (rs1130214 and rs3730358) with depressive disorders. 107 DNA samples taken from depressive patients and 103 DNA samples from physically and mentally healthy donors of Caucasian population from Siberia were genotyped. Investigation showed no association of these polymorphisms with depressive disorders in groups. Further investigations of Akt1 gene may clarify its role in depressive disorders pathogenesis. **Keywords:** depressive disorders, protein kinase Akt1.

Введение. Проблема депрессивных расстройств является актуальной в связи с их высокой распространенностью в обществе, социальной значимостью и тяжелым экономическим бременем [3, 5]. Исследования последних лет показали, что нейробиологические нарушения и дисрегуляция внутриклеточных сигнальных путей играет важную роль в патогенезе психических и наркологических расстройств [2, 6, 11, 12, 17, 18]. Считается, что протеинкиназы, задействованные в нейробиологических процес-

сах, могут быть мишенями для новых методов фармакотерапии, прогноза и диагностики аффективных расстройств [1, 4, 8]. Внутриклеточный фермент Akt1 (изоформа протеинкиназы В) принимает участие в регуляции большого количества клеточных функций, связанных с клеточной пролиферацией, клеточным циклом и апоптозом [13]. Важность Akt1 для патогенеза аффективных расстройств обусловлена участием данного белка в сигнальных путях серотонина, дофамина, BDNF, NGF, а также ингибированием киназы гликогенсинтазы 3 β (GSK-3 β) [7]. На данный момент практические литературные данные об ассоциации гена АКТ1 с аффективными расстройствами малочисленны и роль его полиморфизмов в патогенезе данной патологии изучена не до конца.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 107 больных депрессивными расстройствами русской популяции, жители Сибирского региона (Томск и Томская область), в возрасте 20–60 лет, среди них мужчин – 15,7 %, женщин – 84,3 %. В качестве контрольной группы обследовано 103 психически и соматически здоровых добровольца в возрасте 20–50 лет, среди них мужчин – 14,3 %, женщин – 85,7 %. Все пациенты проходили лечение в отделении аффективных состояний ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН и дали информированное согласие на обследование согласно протоколу, утвержденному локальным этическим комитетом ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Основными критериями включения являлись следующие: клинически верифицированные диагнозы депрессивного эпизода (F32 по МКБ-10) (54 пациента) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33 по МКБ-10) (53 пациента), принадлежность к европеоидной расе, отсутствие органических или неврологических расстройств.

Материалом для исследования служила венозная кровь обследуемых лиц, взятая утром натощак из локтевой вены, в пробирки, содержащие ЭДТА. Выделение геномной ДНК проводилось из венозной крови сорбентным методом с использованием набора фирмы «Медиген» (Россия). Генотипирование по SNP rs1130214 и rs3730358 гена АКТ1 проводили методом real-time PCR с использованием наборов фирмы Applied Biosystems на приборе StepOne Plus (Applied Biosystems). Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакета прикладных программ SPSS 20.0. Соответствие частот генотипов равновесию Харди-Вайнберга оценивали с использованием критерия Хи-квадрат. Сравнение частот генотипов и аллелей в исследуемых группах проводили по критерию Хи-квадрат. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,01$.

* Лосенков Иннокентий Сергеевич, м.н.с. отд. аффективных состояний.

Результаты и обсуждение. Частоты генотипов SNP rs1130214 гена AKT1 представлены на рисунке 1. В группе здоровых доноров частоты генотипов и аллелей SNP rs1130214 гена AKT1 составили: A/A – 9,2 %, A/C – 45,0 %, C/C – 45,8 %, что соответствовало распределению Харди-Вайнберга ($\chi^2=0,190$, $p=0,662$). В группе больных частоты данных генотипов были равны: A/A – 9,0 %, A/C – 38,6 %, C/C – 52,4 %, что также соответствовало распределению Харди-Вайнберга ($\chi^2=0,331$, $p=0,564$). Частота встречаемости аллеля A в группе здоровых доноров была 31,7 %, в группе больных – 28,3 %. Частоты встречаемости аллеля C в группе здоровых и больных составили 62,9 и 71,7 % соответственно. Различий по наблюдаемым частотам генотипов ($\chi^2=1,222$, $p=0,804$) и аллелей ($\chi^2=0,660$, $p=0,420$) SNP rs1130214 не выявлено.

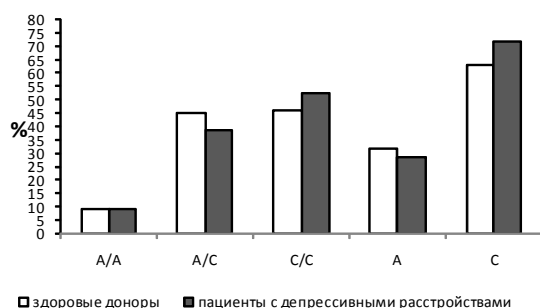


Рис. 1. Распределение частот генотипов и аллелей SNP rs1130214 гена AKT1 в группах контроля и больных депрессивными расстройствами

Изучение частот генотипов ($\chi^2=0,058$, $p=0,841$) и аллелей ($\chi^2=0,050$, $p=0,830$) SNP rs3730358 также не выявило различий в исследуемых группах (рис. 2).

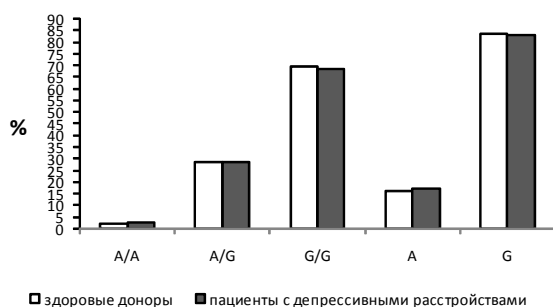


Рис. 2. Распределение частот генотипов и аллелей SNP rs3730358 гена AKT1 в группах контроля и больных депрессивными расстройствами

В контрольной группе ($\chi^2=0,116$, $p=0,733$) и в группе больных ($\chi^2=0,057$, $p=0,801$) не было обнаружено отклонения от равновесия Харди-Вайнберга.

Частоты генотипов в группе контроля составили: A/A – 2,2 %, A/G – 28,3 %, G/G – 69,5 %, в группе пациентов: A/A – 2,6 %, A/G – 28,8 %, G/G – 68,6 %. Частота встречаемости аллеля A

в группе здоровых доноров была 16,3 %, в группе больных – 17,0 %. Частоты встречаемости аллеля G в группе здоровых и больных составили 83,7 и 83,0 % соответственно.

Таким образом, в нашей работы было продемонстрировано отсутствие связи SNP rs1130214 и rs3730358 с депрессивными расстройствами. В настоящий момент работы по поиску ассоциации гена AKT1 с психическими расстройствами малочисленны. Особое внимание уделяется роли данного гена в патогенезе шизофрении, однако ассоциация его с аффективными расстройствами практически не изучена [9]. Исследуемые в данной работе полиморфизмы rs1130214 и rs3730358 обладают функциональной активностью и связаны с низким содержанием Akt1 в клетках фронтальной коры головного мозга, вследствие чего представляют особый интерес [10]. В исследовании F. Kagere et al. была показана ассоциация SNP rs1130214 и rs3730358 с наличием данной патологии [14]. L. Magno et al. продемонстрировали, что SNP rs1130214 связан с развитием суицидального поведения у больных БАП [15]. В работе P. Pereira et al. показано, что полиморфизм rs3730358 связан с развитием депрессии позднего возраста [16]. Результаты данных работ указывают на то, что изучаемые нами полиморфизмы гена AKT1 могут быть вовлечены в патогенез аффективной патологии.

В то же время полученные нами результаты в настоящем исследовании не подтвердили литературных данных, что, возможно, обусловлено недостаточностью выборки пациентов и необходимостью проведения дальнейших исследований.

Работа выполнена при поддержке гранта ФЦП (Соглашение № 8140) «Разработка комплекса маркеров основных социально значимых психических расстройств на основе изучения молекулярно-генетических механизмов дисрегуляции нейрональных протеинкиназных сигнальных путей» и РФФИ № 12-04-31268 мол. а «Роль киназы гликогенсинтазы 3 бета в патогенезе депрессивных и биполярных аффективных расстройств».

Л и т е р а т у р а

1. Вялова Н. М., Федоренко О. Ю., Лосенков И. С., Симуткин Г. Г., Иванова С. А., Бохан Н. А. Изучение ассоциации полиморфизмов гена PIP5K2A с депрессивными расстройствами // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 12 (часть 1). – С. 107–110.
2. Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Смирнова Л. П., Семке А. В. Поиск биомаркеров и разработка фармакогенетических подходов к персонализированной терапии больных шизофренией // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2013. – № 1. – С. 12–16.
3. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. – М.: Практическая медицина, 2011. – 423 с.
4. Лосенков И. С., Вялова Н. М., Симуткин Г. Г., Иванова С. А., Бохан Н. А. Полиморфизмы гена GSK3B при депрессивных расстройствах // *Современные проблемы науки и образования*. – 2013. – № 6; URL: <http://www.science-education.ru/113-11027>.
5. Семке В. Я., Гуткевич Е. В., Иванова С. А. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации на модели невротических расстройств. – Томск, 2008.

6. Al Hadithy A. F. Y., Wilffert B., Brouwers J. R. B. J., Loonen A. J. M., Ivanova S. A., Semke A., Fedorenko O., Kornetova E., Ryadovaya L., Pechlivanoglou P. Missense polymorphisms in three oxidative-stress enzymes (GSTP1, SOD2, and GPX1) and dyskinesias in Russian psychiatric inpatients from Siberia // *Human Psychopharmacology*. – 2010. – T. 25, № 1. – С. 84–91.
 7. Beaulieu J. M. A role for Akt and glycogen synthase kinase-3 as integrators of dopamine and serotonin neurotransmission in mental health // *Journal of psychiatry neuroscience*. – 2012. – Vol. 37, № 1. – P. 9–16.
 8. Dunman S. R., Voleti B. Signaling pathways underlying the pathophysiology and treatment of depression: novel mechanisms for rapid-acting agents // *Trends in neuroscience*. – 2013. – Vol. 35, № 1. – P. 47–56.
 9. Emamian E. S. AKT/GSK3 signaling pathway and schizophrenia // *Frontiers in molecular neuroscience*. – 2012. – Vol. 5. – P. 1–8.
 10. Emamian E. S., Birnbaum M. J., Karayiorgou M., Gogos J. A. Convergent evidence for impaired AKT1-GSK3 β signaling in schizophrenia // *Nature genetics*. – 2004. – Vol. 36, № 2. – P. 131–137.
 11. Fedorenko O., Strutz-Seeböhm N., Henrion U., Ureche O. N., Seeböhm G., Lang U. E. A schizophrenia-linked mutation in PIP5K2A fails to activate neuronal M channels // *Psychopharmacology*. – 2008. – V. 199, № 1. – P. 47–54.
 12. Fedorenko O., Tang C., Sopjani M., Föller M., Gehring E. M., Strutz-Seeböhm N., Ureche O. N., Lang F., Seeböhm G., Ivanova S., Semke A., Lang U. E. PIP5K2A-dependent regulation of excitatory amino acid transporter EAAT3 // *Psychopharmacology*. – 2009. – V. 206, № 3. – P. 429–435.
 13. Ivanova S. A., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Rakitina N. M., Kudyakova T. A., Simutkin G. G. Signs of apoptosis of immunocompetent cells in patients with depression // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. – 2007. – T. 37, – № 5. – P. 527–530.
 14. Karege F., Perroud N., Schurhoff F., Meary A. M., Marillier G., Burkhardt S., Ballmann E., Fernandez R., Jamain S., Leboyer M., La Harpe R., Malafosse A. Association of AKT1 gene variants and protein expression in both schizophrenia and bipolar disorder // *Genes, brain and behavior*. – 2010. – Vol. 9, № 5. – P. 503–511.
 15. Magno L. A. V., Miranda D. M., Neves F. S., Pimenta G. J., Mello M. P., De Marco L. A., Correa H., Romano-Silva M. A. Association between AKT1 but not AKTIP genetic variants and increased risk for suicidal behavior in bipolar patients // *Genes, brain and behavior*. – 2010. – Vol. 9, № 4. – P. 411–418.
 16. Pereira P. A., Bicalho M. A., de Moraes E. N., Malloy-Diniz L., Bozzi I. C., Nicolato R., Valadao D. R., Miranda D. M., Romano-Silva M. A. Genetic variant of AKT1 and AKTIP associated with late-onset depression in a Brazilian population // *International journal of geriatric psychiatry*. – 2013. Available at: www.online.library.wiley.com/doi/10.1002/gps.4018/abstract.
 17. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Dodd R. D., Hawkins J. R., Wilson D. O., Johnson P., Clay S. W. In vitro effects of ethanol, acetaldehyde and fatty acid ethyl esters on human erythrocytes // *Alcohol and Alcoholism*. 2002. – T. 37, № 2. – С. 179.
 18. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Huentelman M. J., Johnson P., Prokopieva V. D. Does ethanol metabolism affect erythrocyte hemolysis? // *Biochimica et Biophysica Acta (BBA). Molecular Basis of Disease*. – 2001. – T. 1535, № 1. – С. 69–77.
- Транслитерация русских источников*
1. Vyalova N. M., Fedorenko O. Yu., Losenkov I. S., Simutkin G. G., Ivanova S. A., Bokhan N. A. Study of association of polymorphisms of PIP5K2A gene with depressive disorders // *Fundamentalnyye issledovaniya*. – 2013. – N 12 (chast 1). – S. 107–110.
 2. Ivanova S. A., Fedorenko O. Yu., Smirnova L. P., Semke A. V. Search for biomarkers and development of pharmacogenetic approaches to personalized therapy of schizophrenic patients // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2013. – N 1. – S. 12–16.
 3. Krasnov V. N. Affective spectrum disorders. – М.: Prakticheskaya meditsina, 2011. – 423 с.
 4. Losenkov I. S., Vyalova N. M., Simutkin G. G., Ivanova S. A., Bokhan N. A. Polymorphisms of GSK3B gene in depressive disorders // *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. – 2013. – N 6; URL: <http://www.science-education.ru/113-11027>.
 5. Semke V. Ya., Gutkevich E. V., Ivanova S. A. Psychosocial and biological factors of mental disadaptation on the model of neurotic disorders. – Tomsk, 2008.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.89-008.441.44:616.895.4

ББК Р645.021-324

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА

Бохан Н. А.^{1*}, Приленский Б. Ю.²,
Уманская П. С.²

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздрава России
625023, Тюмень, ул. Одесская, 54

Проведено очное, анонимное, сплошное, аудиторное анкетирование 121 врача психиатра-нарколога из разных городов (Кургана, Тюмени, Салехарда и Ханты-Мансийска) и близлежащих районов на предмет суицидального поведения больных и активности врачей при его выявлении. Был использован разработанный анкетный опросник «Суицидальное поведение больных в практике врача психиатра-нарколога». В практике подавляющего большинства врачей были случаи самоубийств больных или попыток к самоубийству. У большей части этих пациентов имелись симптомы депрессии и/или тревоги, но в разговоре с врачом они редко самостоятельно сообщали о своих суицидальных мыслях. Необходимо дальнейшее изучение суицидального поведения наркологов больных и совершенствование тактики врачей-наркологов при работе с этими пациентами.
Ключевые слова: суицидальное поведение, наркологические больные, депрессия и тревога.

SUICIDAL BEHAVIOR OF PATIENTS IN PRACTICE OF NARCOLOGISTS. Bokhan N. A.¹, Prilensky B. Y.², Umanskaya P. S.² ¹Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ²Tyumen State Medical Academy of Ministry of Healthcare of Russia. 625023, Tyumen, Odesskaya Street, 54. Confronted, anonymous, non-randomized, audience survey of 121 narcologists from cities of Kurgan, Tyumen, Salekhard and Khanty-Mansiysk and the surrounding areas for suicidal behavior of patients and activity of the professionals during its identifying has been carried out. Questionnaire «Suicidal behavior of patients in practice of narcologists» was used. There were cases of suicides of patients or suicide attempts in practice of the most doctors. Most of these patients had symptoms of depression and/or anxiety, but in the conversation with the doctor, they rarely reported about their own suicidal thoughts. There's need for further study of suicidal behavior of addicted patients and improvement of tactics of narcologists during the work with these patients. Keywords: suicidal behavior, substance abuse patients, depression and anxiety.

* Бохан Николай Александрович, член-корр. РАМН, директор НИИПЗ СО РАМН, 83822724015. bokhan909@sibmail.com
Приленский Борис Юрьевич, зав. каф. мед. психологии и психотерапии с курсом общей психологии и педагогики, д.м.н., проф. prilenski@mail.ru

Уманская Полина Станиславовна, очный аспирант каф. мед. психологии и психотерапии с курсом общей психологии и педагогики, ассистент каф. психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС. 83452460207, 89097409146. umanskie@gmail.com

Введение. Суицидальное поведение является важной проблемой современного общества. Суицидологи Я. Гилинский и П. Юнацкевич дают следующее определение суицида: «Самоубийство – умышленное (намеренное) лишение себя жизни» [3]. По статистике ежедневно в мире добровольно уходят из жизни около 3 тысяч человек [7], ежегодно – примерно 1 млн человек, что составляет 1,5 % всех смертельных случаев [8]. По данным ВОЗ, самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире.

Установлено, что не менее 90 % самоубийц страдали различными психическими расстройствами, среди которых наиболее частыми были депрессия, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами [4, 7, 12]. Состояние алкогольного опьянения увеличивает глубину кризисной ситуации и придает ей характер безысходности. Этим объясняется тот факт, что 50 % самоубийц находились в состоянии алкогольного опьянения [9, 15], а алкоголь при жизни употребляли 60 % самоубийц. Связь между злоупотреблением алкоголем и суицидальным поведением не вызывает сомнений. Некоторые авторы даже рассматривают злоупотребление алкоголем как эквивалент хронического суицида [5]. Уровень суицидальной активности лиц с синдромом зависимости в 50 раз выше, чем в общей популяции: 25–50 % всех суицидов связаны с алкоголизацией [1]. В исследовании Kendall [14] показано, что среди лиц, выживших после попытки самоубийства, у 50 % мужчин имелись алкогольные проблемы, причем у 25 % из них диагностирована алкогольная зависимость. Средний возраст лиц, страдавших алкогольной зависимостью и покончивших жизнь самоубийством, составляет 47 лет [11]. При героиневой наркомании суициды достигают высокой частоты уже в молодом возрасте и могут выглядеть как смерть от передозировки наркотика [2]. При алкогольных психозах суицидальные действия обусловлены собственно психотическим состоянием пациента и коррелируют с характером императивных слуховых галлюцинаций, зрительными обманами восприятия, фабулой бредовых переживаний и степенью аффективной насыщенности патологических переживаний.

ВОЗ насчитывает 80 способов ухода из жизни. Из них наиболее часты самоповешение, самострел, отравление и суицид с использованием транспорта. Существуют 3 качественно разные группы суицидальных проявлений больных алкоголизмом [Трайнина Е. Г., 1987]: 1) стойкие суицидальные мысли и истинные попытки; 2) манипулятивные формы суицидальных тенденций (суицидальные угрозы, высказывания, самоповреждения, демонстративно-шантажные попытки без суицидальных намерений); 3) импульсивные суицидальные проявления.

Суицидальное поведение может возникнуть на любой стадии алкоголизма. Различия при этом касаются типологии суицидальных действий: для первой стадии алкоголизма более характерен суицид манипулятивного типа; для второй стадии – истинные покушения; в течение третьей стадии, связанной с алкогольной деградацией, преобладают демонстративно-шантажные формы поведения. Демонстративные суицидальные попытки нередки в аддитивных семьях у созависимых женщин [12], частота инструментальных попыток возрастает при диссоциативном характере формирования алкоголизма [13].

Таким образом, изучение суицидального поведения больных алкоголизмом является весьма актуальной проблемой. В связи с этим **целью** работы было изучение суицидального поведения больных алкоголизмом с точки зрения врачей психиатров-наркологов.

Материалы и методы. Нами было проведено очное, анонимное, сплошное, аудиторное анкетирование 121 врача психиатра-нарколога из городов Кургана, Тюмени, Салехарда и Ханты-Мансийска и близлежащих районов на предмет суицидального поведения больных и активности врачей при его выявлении. Для оценки выявляемости суицидальных наклонностей у пациентов врачами психиатрами-наркологами был использован разработанный нами анкетный опросник «Суицидальное поведение больных в практике врача психиатра-нарколога», который состоит из общей части, включающей пол, место работы и общий стаж работы, и части, включающей вопросы о выявлении симптомов тревоги/депрессии суицидального поведения больных. На основании данного анкетирования были сделаны выводы о выявлении суицидальной активности наркологических больных их врачами.

Результаты и их обсуждение. 60,3 % исследуемых врачей были мужчинами и 39,7 % – женщинами. В большинстве своем (28,1 %) они имели стаж работы с наркологическими больными от 6 до 10 лет, чуть меньше (25,6 %) – более 20 лет, 19,0 % имели средний стаж до 5 лет. Мужчин со стажем работы 16–20 лет было в 2 раза больше (12,3 %), чем женщин (6,3 %) с таким же стажем работы, однако преобладающее число мужчин-врачей (28,8 %) было со стажем работы более 20 лет, а женщин (31,3 %) – 6–10 лет.

Анketируемые врачи в большинстве своем имели основное место работы в поликлинике (60,3 %), 31,4 % – в стационаре и 8,3 % – в другом медицинском учреждении (экспертиза, частная клиника и т. д.). 5,7 % всех обследуемых совмещали работу в стационаре и поликлинике. В поликлинических условиях (30,4 %) достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в стационаре (14,6 %),

работали врачи со стажем работы более 20 лет. Женщины чаще мужчин работают в стационаре (39,6 %), а мужчины – в поликлинических условиях (60,3 %) и реабилитационных центрах (10,9 %).

Из всех обследованных врачей 51,2 % активно в беседе с больным выявляют симптомы депрессии и тревоги, а 48,8 % – только при наличии жалоб больного. Отмечается, что врачи-женщины чаще активно выявляют данные симптомы (56,3 %), а мужчины – при наличии жалоб больного (52,1 %). Работающие в стационаре врачи активнее выявляют симптомы депрессии или тревоги (58,5 %), нежели врачи других наркологических служб (47,8 % – в поликлинике и 45,5 % – в реабилитационных центрах).

В зависимости от стажа работы заметны некоторые различия в выявлении симптомов депрессии и/или тревоги. Из всех анкетированных чаще активно выявляют данные симптомы врачи со стажем работы 5–10 лет (17,4 %), а при наличии жалоб больного со стажем более 20 лет (15,7 %).

При выявлении депрессии и тревоги врачи в 58,4 % случаев назначали пациентам психотропные средства и направляли к специалистам (психиатрам, психотерапевтам, медицинским психологам). Врачи со стажем работы более 20 лет достоверно чаще (23,9 %) проводили психотерапевтические беседы с больными, чем врачи со стажем до 5 лет (3,8 %, $p < 0,05$). Женщины чаще проводят психотерапевтические беседы с больными (17,1 %) или направляют их к психиатру (27,2 %), а мужчины-врачи чаще назначают психотропные средства и направляют к специалистам (61,6 %). Достоверно чаще ($p < 0,05$) врачи из реабилитационных центров назначают больным с симптомами депрессии или тревоги консультацию психиатра (38,5 %), чем врачи стационара (6 %). И наоборот, врачи стационарной службы (68 %) достоверно чаще ($p < 0,05$) назначают психотропные средства и беседу со специалистом в отличие от врачей реабилитационных центров (38,5 %).

При общении с больными более половины врачей (53,7 %) всегда учитывали возможность совершения пациентами самоубийства, чаще всего это были женщины (60,4 %); 42,1 % всех анкетированных врачей (из них 45,3 % мужчин) учитывали эту возможность только при сообщении самим больным психотравмирующей информации. Практически никогда возможности суицида у пациентов не предполагали 2,5 % врачей и 1,7 % – предполагали, но в другой ситуации. При этом активно выявляют суицидальные мысли лишь 24 % опрошенных врачей; 71,1 % – при наличии у больного признаков депрессии или тревоги, 4,9 % – не выявляют их совсем.

Возможно, такое малое количество врачей, активно выявляющих суицидальные мысли, связано с тем, что более половины опрошенных считают, что активное их выявление может спровоцировать суицид (52,1 %), отрицают такую возможность 45,5 % респондентов и 2,4 % не уверены в возможности совершения суицида при его активном выявлении. Врачи со стажем работы более 20 лет достоверно чаще ($p<0,05$) учитывают возможность совершения суицида больными только при сообщении самим больным психотравмирующей информации (56,3 %), нежели врачи со стажем работы 11—15 лет (27,3 %). Врачи, работающие в стационаре, всегда достоверно чаще ($p<0,05$) учитывают возможность совершения суицида (66,7 %), чем врачи поликлинической службы (44,7 %).

При общении с врачом пациенты самостоятельно высказывают суицидальные идеи лишь в 23,6 % случаев и в 62,6 % случаев – высказывают их при активном выявлении.

Врачам-мужчинам (28,9 %) пациенты чаще самостоятельно высказывают свои суицидальные намерения, чем женщинам (19,9 %), которым пациенты сообщают о них только при активном выявлении (68,7 и 56,6 %).

При высказывании суицидальных мыслей пациенты в большинстве случаев (27,3 %) просят совета относительно лечения, в 23,3 % случаев просят оказать психологическую помощь в решении данной проблемы, в 17,3 % случаев используют свои суицидальные идеи для шантажа с целью получения определенного лечения или назначения наркотиков (6,0 %); просят помочь уладить психотравмирующую ситуацию 16,7 % пациентов. Шантажируют врача, требуя выгоды для себя или выписать из стационара 3,3 %, и требуют другое (денег у родственников, выписать или отказываются от назначенного лечения) 6 % больных.

У врачей-женщин пациенты чаще просят оказания психологической помощи (30,0 %) или совета относительно лечения (28,3 %), а у мужчин – назначения определенного лечения (18,9 %) или наркотических средств (7,8 %). У врачей поликлинических служб (26,3 %) пациенты просят достоверно чаще ($p<0,05$), чем у врачей реабилитационных центров (7,1 %), оказать психологическую помощь.

При высказывании больным суицидальных мыслей 62,5 % врачей активно убеждают больного в нерациональности такого выхода. Женщины (16,7 %) чаще мужчин (12,0 %) не акцентируют внимание на теме суицидального поведения больного, а мужчины (18,7 %) чаще женщин (16,7 %) ограничиваются минимальными замечаниями.

Из всех респондентов у 71,9 % в практике встречались случаи попыток или самоубийств больных. 54,8 % пациентов не сообщали вра-

чам о желании совершить самоубийство, 28,3 % сообщали косвенно, 15,1 % – открыто о своих намерениях. У 79,6 % этих пациентов имелись признаки депрессии и/или тревоги.

У всех врачей со стажем работы 16–20 лет достоверно чаще ($p<0,001$) случались попытки суицида больных, чем у врачей со стажем работы более 20 лет (65,6 %). Мужчинам-врачам достоверно чаще, чем женщинам, больные сообщали открыто о желании совершить суицидальную попытку ($p<0,05$).

Из мотивов, определяющих суицидальное поведение больных (рис. 1), в большинстве случаев врачи отмечали представление пациентов о бессмысленности дальнейшего существования (19,9 %) и утрату надежды на изменение к лучшему (14,4 %). Реже всего у пациентов наблюдались мысли о неэффективности лечения (2,7 %) и желание освободить родственников от заботы о себе (3,1 %).



Рис. 1. Основные мотивы, определяющие суицидальные действия больного

Врачи со стажем работы более 20 лет (20,3 %) достоверно чаще ($p<0,05$) у своих пациентов отмечают в мотивах суицида утрату надежды на изменение к лучшему, чем молодые врачи (4,8 %) со стажем работы до 5 лет. Женщины-врачи чаще отмечали в мотивах суицидальных действий своих пациентов чувство одиночества, ненужности (15 %) и представление о бессмысленности дальнейшего существования (21,7 %), а мужчины – утрату надежды на изменение к лучшему (17,1 %).

Из способов совершения суицида практически в равных количествах отмечались самоповешение (22,5 %) и суицид с использованием транспорта (22,5 %), чуть реже – отравления (20,1 %). Самострел (5,8 %), суицид с падением с высоты (3,3 %) отмечались крайне редко, как и другие способы совершения суицидальной попытки – отравление угарным газом, передозировка наркотиков и др. (по 2,0 %). Для отравления чаще всего больными использовались психотропные препараты и другие лекарственные средства (но-шпа, изониазид), а также отравление уксусной кислотой и продуктами бытовой химии.

Отравления, как способ совершения суицидальных действий, достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечали врачи со стажем работы 11—15 лет (40,6 %), нежели врачи со стажем 16—20 лет (14,8 %). Врачи-женщины чаще отмечали среди суицидальных попыток своих пациентов отравления (25,0 %) и самопорезы (28,8 %), врачи-мужчины – самопорезы (29,9 %), самоповешение (29,1 %). Следует отметить, что врачи-женщины достаточно часто упоминали среди способов совершения суицида пациентов падение с высоты (6,3 %).

В большинстве своем (96,5 %) врачей не просили содействовать суициду. Если просили об этом, то чаще врачей-мужчин (5,8 %), чем врачей-женщин (2,2 %); в основном обращались к врачам со стажем работы более 20 лет.

Из вышеизложенного можно сделать следующие выводы: в практике опрошенных врачей-наркологов (121 чел.) у 87 % были случаи самоубийств или попыток к самоубийству наркологических больных. У большей части этих пациентов имелись симптомы депрессии и/или тревоги. Более половины врачей-наркологов в разговоре с больным активно выявляют симптомы депрессии и тревоги и при выявлении их назначали пациентам психотропные средства и консультацию специалиста.

При общении с больными больше половины опрошенных врачей всегда учитывают возможность совершения пациентом самоубийства, они же считают, что активное выявление суицидальных тенденций может спровоцировать суицид. В разговоре с врачом пациенты редко самостоятельно сообщают о своих суицидальных мыслях, а при их высказывании в большинстве случаев просят совета относительно лечения. При суицидальном настрое пациента большинство врачей активно убеждают больного в нерациональности такого выхода. В подавляющем большинстве случаев врачи не просили содействовать суициду. Из мотивов, определяющих суицид больных, в большинстве случаев врачи отмечали представление о бессмысленности дальнейшего существования и утрату надежды на изменение к лучшему.

В связи с вышесказанным необходимо дальнейшее изучение суицидального поведения наркологических больных и совершенствование тактики врачей-наркологов при работе с пациентами ввиду важности и сложности указанной проблемы.

Л и т е р а т у р а

1. Богданов С. В. Суицидальное поведение городских и сельских жителей России в условиях общественных трансформаций начала XXI века // Воспитательный процесс формирования личности молодого человека. Междисциплинарный опыт в снижении риска эмоционально-поведенческих расстройств : материалы регион. научно-практ конф. – Белгород, 2009. – С. 51—53.

2. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17—24.
3. Гилинский Я. И., Юнацкевич П. И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии. – СПб. : Северо-Западный региональный медицинский лечебно-диагностический центр, 1999. – 338 с.
4. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2004. – Т. 104, № 2. – С. 48—52.
5. Телле Р. Психиатрия. – Минск, 1999.
6. Трайнина Е. Г. Диагностика и профилактика аутоагрессивных проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями : методические рекомендации. – М., 1987. – 22 с.
7. Самоубийцы среди нас – Интерфакс, 10 сентября 2008 г. «Социология: Право на смерть» // Психологическая газета. – 1997. – № 11 (26).
8. Самоубийства. – Сайт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). – URL: <http://www.who.int/features/qal/24/ru/index.html>
9. Столяров А. В., Борохов А. Д., Жаманбаев Е. К. и др. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1990. – Т. 90, вып. 2. – С. 55—58.
10. Счастный Е. Д. Распространенность и клинко-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств : автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 2001. – 43 с.
11. Blumental S., Kupfer P. Suicide over the life cycle, risk factors, assesment and treatment of suicidal patients. – Washington : Plenum Press, 1990.
12. Bokhan N. A., Mandel A. I., Stoyanova I. Ya., Mazurova L. V., Aslanbekova N. V., Ankudinova I. E. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women // Journal of Psychology and Psychotherapy. – 2013. – Vol. 3. – Iss. 5. 128. – P. 1—4.
13. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
14. Kendall R. Alcohol and suicide // Substance and Alcohol Misuse. – 1983. – N 4. – P. 121—127.
15. Skog O., Elekes Z. Alcohol and the 1950-1990 Hungarian suicide trend – Is there a causal connection? // Acta Sociologica. – 1993. – Vol. 36, № 1. – P. 33—46.

Транслитерация русских источников

1. Bogdanov S. V. Suicidal behavior of urban and rural residents of Russia in terms of social transformations in the beginning of the XXI century // The educational process of forming a young person. Interdisciplinary experience in reducing of risk of emotional and behavioral disorders : Proceedings of the Regional Scientific and Practical Conference. – Belgorod, 2009. – S. 51—53.
2. Bohan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. neurologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 17—24.
3. Gilinsky Ya. I., Yunatskevich P. I. Sociological, psychological and pedagogical foundations of suicidology. Spb. : Northwest Regional Medical diagnostic and treatment center, 1999. – 338 s.
4. Razvodovsky Yu. E. Alcohol and suicide: a population-level relationship // Journal of Neuropathology and Psychiatry. – 2004. – T. 104, N 2. – S. 48—52.
5. Telle R. Psychiatry. – Minsk, 1999.
6. Traynina E. G. Diagnosis and prevention of auto-aggressive manifestations in patients with alcoholism and substance abuse: guidelines. – M., 1987. – 22 s.

7. Suicide among us – Interfax, 10 of September 2008. «Sociology: The right to die» // Psychological paper. – 1997. – N 11 (26).
8. Suicide. Website of the World Health Organization (WHO). – URL: <http://www.who.int/features/qa/24/ru/index.html>
9. Stolyarov A. V., Borokhov A. D., Zhamanbaev E. K. i dr. Alcohol as a predisposing factor for suicidal actions // Journal of Neuropathology and Psychiatry. – 1990. – T. 90, vyip. 2. – S. 55–58.
10. Schastnyy E. D. Prevalence and clinical-constitutional regularities of polymorphism of depressive disorders : avtoref. dis. ... d.m.n.. – Tomsk, 2001. – 43 s.

УДК 616.89-008.441-039.13.44
ББК Р64-324

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАН- НЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР УЛАН-УДЭ В СВЯЗИ С СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКОЙ

Главинский Р. Н.^{*1}, Симуткин Г. Г.²

¹ГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи Улан-Удэ»
670000, Улан-Удэ, Бульвар Карла Маркса 12.

²ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Оценены нозологическая структура, основные клинические характеристики психических расстройств, особенности суицидального поведения, а также уровень социальной адаптации у пациентов бурятской (30 человек) и русской (30 человек) национальностей в возрасте 18–65 лет, совершивших суицидальную попытку и госпитализированных в психиатрический стационар за период с декабря 2010 г. по май 2013 г. В подгруппе бурят выявлены более молодой возраст к моменту первой суицидальной попытки, более частое совершение повторных попыток, больший удельный вес расстройств личности и полиморфной психопатологической симптоматики на момент госпитализации, а также большая длительность течения психических расстройств при более высокой субъективной оценке уровня социальной адаптации. **Ключевые слова:** суицидальное поведение, нозологическая структура, клинические характеристики, социальная адаптация, этнокультуральный фактор.

THE MAIN CLINICAL CHARACTERISTICS AND LEVEL OF SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS, ADMITTED TO PSYCHIATRIC HOSPITAL OF ULAN-UDE IN ASSOCIATION WITH SUICIDE ATTEMPT. Glavinsky R. N.¹, Simutkin G. G.²

¹«Ambulance Station of Ulan-Ude». 670000, Ulan-Ude, Karl Marx's Boulevard, 12. ²Mental Health Research Institute SB

RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. Nosological structure, main clinical characteristics of mental disorders, features of suicide behavior and level of social adaptation of patients of Buryat (n=30) and Russian (n=30) nationalities aged 18–65 years have been evaluated, who had suicide attempt and have been hospitalized to psychiatric hospital, between December 2010 and May 2013. In the Buryat subgroup, a younger age of the first suicide attempt, major frequency of repeated attempts have been revealed. The was a greater specific weight of personality disorders and polymorphic psychopathological symptoms at the time of hospitalization, a greater length of course of mental disorders at a higher level of subjective assessment of social adaptation. **Keywords:** Suicidal behavior, nosological structure, clinical characteristics, social adaptation, ethnocultural factors.

Введение. Ежегодно, по данным ВОЗ, в мире от самоубийств погибает 1 миллион человек [19, 20], в 10–20 раз большее число людей предпринимают попытку самоубийства [1].

^{*} Главинский Руслан Николаевич, врач-психиатр.
(9021)606101. glavruslan@yandex.ru

Симуткин Герман Геннадьевич, д. м. н., в.н.с. отд. аффективных состояний. (3822)738775. simutkin@pochta.ru

Самоубийство является актуальной медико-социальной проблемой современного общества, демонстрирующей тенденцию к росту во многих странах мира [1, 6, 8]. Высокие показатели частоты самоубийств и суицидальных попыток, отмечающиеся в последние десятилетия, отрицательно сказываются на здоровье общества, экономике, семье [1, 7, 9, 19]. В России количество суицидов и динамика их роста превышают аналогичные показатели большинства европейских стран [8], наша страна занимает по этому показателю одно из первых мест в мире.

Изучение этнокультуральных и гендерных аспектов психических расстройств и суицидального поведения в последние годы приобрело важное значение [4, 5, 10, 15]. По данным 2008 г., самый высокий в регионе уровень частоты самоубийств отмечается в Бурятии – 73,3 случая на 100 тысяч населения [2, 9]. Учитывая высокий уровень самоубийств среди психически больных, многие психиатры склонны объяснять факт самоубийства наличием психического заболевания.

По данным ВОЗ (2002), в 31–44 % случаев самоубийств установлено более одного психиатрического диагноза, т. е. коморбидность психических расстройств значительно увеличивает риск суицида. Также отмечен высокий процент суицидов у людей с депрессивными состояниями, у лиц с расстройством личности, среди пациентов, страдающих алкоголизмом и наркоманией [3, 14–16]. Отмечается достаточно высокий процент суицидов и у психически больных с бредовыми и галлюцинаторными расстройствами. В ряде исследований показано, что суицидальное поведение не может расцениваться только как прямое следствие психической патологии, в том числе депрессивного спектра, а должно рассматриваться как многофакторное явление, в генезе которого большое значение имеет взаимосвязь средовых воздействий, личностных особенностей, которые составляют основу социализации индивидуума, а также психопатологических симптомов [4, 11, 12]. В Бурятии – регионе со сверхвысокой частотой самоубийств – исследований, определяющих клинические и этнокультуральные особенности суицидальной активности населения, проводилось крайне мало [4, 10, 12]. В своей совокупности указанные факты обуславливают актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: оценить нозологическую структуру, основные клинικο-динамические характеристики психических расстройств, особенности суицидального поведения и уровень социальной адаптации у лиц бурятской и русской национальностей, госпитализированных в психиатрический стационар Улан-Удэ в связи с суицидальной попыткой.

Материал и методы. Для реализации поставленной цели были изучены пациенты в возрасте 18–65 лет, совершившие суицидальную попытку и доставленные психиатрической бригадой скорой медицинской помощи в психиатрический стационар Улан-Удэ за период с декабря 2010 г. по май 2013 г., с последующим формированием двух основных клинических подгрупп соответствующих пациентов (бурят и русских) – по 30 человек. Количество мужчин в группе русских составило 61,9 %, женщин 38,1 %, среди бурят – 48,2 % и 51,8 % ($p > 0,05$). Средний возраст в группе пациентов русской национальности составил $46,9 \pm 8,2$ года, бурят – $32,7 \pm 9,3$ года ($p < 0,05$).

Клиническое исследование проведено на базе Республиканского психоневрологического диспансера (Улан-Удэ). В ходе настоящего исследования использованы следующие методы: клинико-психопатологический, кросскультуральный (определение этнических и иных особенностей феноменологии развития суицидального поведения у обследуемых пациентов); статистический. Диагностика психических расстройств осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Клинико-психометрическое исследование включило в себя использование шкалы социальной адаптации – The Social Adaptation Self-Evaluation Scale [17]. Оценка суицидального поведения проводилась с помощью опросника суицидального поведения – The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) [18]. Систематизация полученных данных произведена с помощью «Карты формализованного описания диагностически стандартизированных клинических данных пациентов». Полученные в ходе исследования данные подвергнуты статистической обработке с помощью пакета программ статистической обработки Statistica v. 8.0.

Обсуждение результатов. Анализ суицидального поведения пациентов в выделенных клинических группах показал, что пациенты русской национальности в 22,6 % случаев имели первичную попытку суицида, а в 77,4 % случаев ранее имели предыдущие попытки суицида в анамнезе (из них 82,7 % – от 2 до 3 попыток, а в 17,3 % – 4 и более суицидальных попыток, $p < 0,05$). У пациентов бурятской национальности соответствующие показатели составляли 12,3 и 87,7 % (49,7 % – 2–3, 35,0 % – 4 попытки и более, а в 3 % случаев отмечалось более 7 попыток суицида в анамнезе, $p < 0,05$).

Анализ характера повторных суицидальных попыток среди пациентов русской национальности выявил, что суицидальные попытки по типу «клише» были отмечены в 16,6 % случаев, потенциально менее опасные для жизни в 43,0 % ($p < 0,05$) и потенциально более опасные для жизни в 40,4 % ($p < 0,05$).

В группе пациентов бурятской национальности соответствующие показатели составляли 22,4 и 53,0 % ($p<0,05$), 24,6 %. При межгрупповом сравнении у бурят чаще ($p<0,05$) встречались менее опасные для жизни суицидальные попытки, а у пациентов русской национальности ($p<0,05$) – потенциально более опасные для жизни. Возраст первой суицидальной попытки среди пациентов русской национальности составил $34,7\pm 8,9$ года, в группе бурят – $29,3\pm 6,4$ года ($p<0,05$).

Оценка суицидального поведения с помощью опросника SBQ-R показала, что средний балл в группе пациентов-славян составил $8,4\pm 0,16$, у бурят $7,1\pm 0,42$ ($p<0,05$) на момент поступления в психиатрический стационар.

Внутригрупповые и межгрупповые сравнения нозологической структуры психических расстройств в выделенных группах пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1
Нозологическая структура психических расстройств у пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар после суицидальной попытки, в зависимости от этнической принадлежности

| Нозология | Русские | | Буряты | |
|--|---------|------|--------|-------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Расстройство личности | 12 | 40,0 | 16 | 53,3* |
| Шизофрения | 7 | 23,3 | 6 | 20,2 |
| - параноидная форма | 6 | 85,0 | 4 | 66,8 |
| - период наблюдения менее года | 1 | 15,0 | 1 | 16,6 |
| - резидуальная шизофрения | 0 | 0 | 1 | 16,6 |
| Первичный депрессивный эпизод | 6 | 20,0 | 4 | 13,3 |
| Рекуррентное депрессивное расстройство | 4 | 13,3 | 2 | 6,6 |
| Биполярное аффективное расстройство | 0 | 0 | 2 | 6,6 |
| Алкоголизм | 1 | 3,4 | 0 | 0 |
| Всего | 30 | 100 | 30 | 100 |

Примечание. * – Статистически значимые различия при межгрупповом сравнении ($p<0,05$).

В обеих группах статистически значимо ($p<0,05$) чаще выявлено расстройство личности. На момент госпитализации в психиатрический стационар в группе пациентов русской национальности, совершивших суицидальную попытку, ведущим психопатологическим синдромом являлся галлюцинаторно-параноидный синдром (34,2 %, $p<0,05$), относительно одинаково часто были представлены тревожно-депрессивный (17,6 %), депрессивно-параноидный (17,6 %), депрессивный (16,3 %) и психопатоподобный (14,3 %) синдромы. Соответственно в группе пациентов бурятской национальности в 21,7 % имел место галлюцинаторно-параноидный, в 21,6 % – психопатоподобный, в 19,3 % – депрессивно-параноидный, в 16,7 % – депрессивный, в 11,8 % – тревожно-депрессивный, в 6,3 % – маниакальный, в 2,6 % – ипохондрический синдромы. При межгрупповом сравнении статистически значимых различий в представленности ведущих синдромов не обнаружено ($p>0,05$), однако в группе пациентов бурятской нацио-

нальности имелась тенденция к более частой представленности психопатоподобного синдрома и более полиморфный спектр психопатологической симптоматики, чем у пациентов русской национальности.

Средняя длительность психического расстройства в выделенных группах пациентов составляла $42\pm 4,7$ месяца у пациентов русской национальности и $24\pm 8,6$ месяца у пациентов-бурят ($p<0,05$). Среднее количество перенесенных рецидивов психического расстройства среди пациентов русской национальности составило $9,6\pm 14$ случая, среди бурят – $6,3\pm 0,3$ ($p<0,05$).

Уровень субъективной оценки социальной адаптации в группе пациентов русской национальности на момент поступления в стационар по шкале социальной адаптации составил $34,2\pm 0,1$ балла, что соответствует уровню затрудненной социальной адаптации, в то время как у пациентов бурятской национальности $45,4\pm 0,1$ балла ($p<0,05$), что соответствует уровню более лучшей социальной адаптации.

Выводы. Таким образом, анализ основных клинко-динамических характеристик, особенностей суицидального поведения и социальной адаптации у пациентов бурятской и русской национальностей с психическими расстройствами, совершивших суицидальную попытку и госпитализированных в психиатрический стационар, выявил определенные межгрупповые отличия. В подгруппе пациентов бурятской национальности выявлены более молодой возраст к моменту совершения первой суицидальной попытки, более частое совершение повторных суицидальных попыток, причем с большим удельным весом менее опасных для жизни способов совершения суицидальных попыток, чем в группе пациентов русской национальности. Кроме того, в группе пациентов бурятской национальности чаще встречались случаи расстройства личности и более полиморфная психопатологическая картина на момент госпитализации в психиатрический стационар после совершения суицидальной попытки. Важными межгрупповыми различиями в основных клинко-динамических характеристиках имеющихся психических расстройств оказались большая длительность течения и большее количество перенесенных рецидивов психических расстройств у пациентов-бурят по сравнению с пациентами русской национальности. Примечательно, что у пациентов бурятской национальности субъективная оценка уровня своей социальной адаптации была выше, чем у пациентов русской национальности, что, вероятно, связано с влиянием этнокультуральных факторов.

Полученные данные могут быть полезными в процессе разработки алгоритма и оценки объема необходимой медико-социальной помощи для лиц, совершивших суицидальную

попытку, и формирования научно обоснованных основных направлений профилактики суицидального поведения с учетом этнокультурального фактора.

Л и т е р а т у р а

1. Амбрумова А. Г. Проблема суицида и превентивная суицидологическая служба в СССР // Науч. и орг. проблемы суицидологии. – М., 1983. – С. 7–20.
2. Артемьев И. А., Бабанова Ф. П., Бохан Н. А. и др. Атлас психического здоровья населения Республики Бурятия. – Томск; Улан-Удэ, 2007. – 140 с.
3. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
4. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадырғы И. О., Асланбекова Н. В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 6. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
5. Васильев В. В. Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 24 с.
6. Войцех В. Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Соц. и клин. психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 22–27.
7. Ворсина О. П., Симуткин Г. Г. Суицидальное поведение населения Иркутской области. – Томск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. – 334 с.
8. Гладышев М. В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990–2003 гг.): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 19 с.
9. Кривулин Е. Н., Бецков А. С., Бохан Н. А., Юркина Н. В. Клинические особенности формирования аддиктивных состояний у осуждённых лиц молодого возраста с аутоагрессивным поведением // Наркология. – 2013. – Т. 12, № 6 (138). – С. 57–60.
10. Семке В. Я., Чухрова М. Г., Бохан Н. А. и др. Психическое здоровье коренного населения восточного региона России. – Новосибирск: Изд-во Наука, 2009. – 360 с.
11. Положий Б. С. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8–12.
12. Рахматова Л. Д. Транскультуральное изучение психических расстройств в Сибирских регионах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 4. – С. 96–99.
13. Югов Ю. К., Зайков М. Ю. Судебно-медицинская экспертиза самоповешений в г. Улан-Удэ (по данным ГУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы») // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2009. – Т. 2, № 2. – С. 321–322.
14. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – Т. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.
15. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
16. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
17. Bosc M., Dubini A., Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation and self-evaluation scale // Eur. Neuropsychopharmacol. – 1997. – Vol. 7. – P. S57–S70.
18. Osman A., Bagge C. L., Guitierrez P. M. et al. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples // Assessment. – 2001. – Vol. 5. – P. 443–454.
19. The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Eds. K. Hawton, K. van Heeringen. – Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, 2000. – P. 1–8.
20. Wolfersdorf M. Patient suicide: a survey of therapists' reactions // Suicide & life-threatening behavior. – 2010. – Vol. 40 (4). – P. 328–336.

Транслитерация русских источников

1. Ambrumova A. G. The problem of suicide and preventive suicidological service in the USSR // Nauch. i org. probl. suicidologii. – М., 1983. – С. 7–20.
2. Artemev I. A., Babanova F. P., Bohan N. A. i dr. The Atlas of mental health of the population of the Republic of Buryatia. – Tomsk; Ulan-Ude, 2007. – S. 140.
3. Bohan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. neurologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 17–24.
4. Bohan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyirgyi I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation alcohol dependence in native population of Siberia // Zhurnal neurologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova. – 2013. – N 6. – T. 113, vyip. 2. – S. 9–14.
5. Vasilev V. V. Ethnocultural characteristics of suicidal behavior in psychiatric patients in Udmurtia: avtoref. dis. ... kand. med. nauc. – М., 2001. – 24 s.
6. Voycech V. F. The dynamics and structure of suicides in Russia // Soc. i klin. Psichiatriya. – 2006. – № 3. – S. 22–27.
7. Vorsina O. P., Simutkin G. G. Suicidal behavior of the population of Irkutsk's region. – Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2013. – 334 S.
8. Gladushev M. V. Clinical and social aspects of the prevalence of suicide in a period of radical change in Russia (1990–2003): avtoref. dis. ... kand. med. nauc. – М., 2006. – 19 S.
9. Krivulin E. N., Betskov A. S., Bokhan N. A., Yurkina N. V. Clinical features of formation of addictive states in convicted persons of young age with auto-aggressive behavior // Narkologiya. – 2013. – T. 12, N 6 (138). – S. 57–60.
10. Semke V. Ya., Chuhrova M. G., Bokhan N. A. i dr. Mental health of native population of eastern region of Russia. – Novosibirsk: Izd-vo Nauka, 2009. – 360 s.
11. Pologyi B. S. Differentiated prevention of suicidal behavior // Suicidologiya. – 2012. – № 1. – S. 8–12.
12. Rahmazova L. D. Trans-culturological research of mental disorders in Siberian regions // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 1999. – N 4. – S. 96–99.
13. Ugov U. K., Zaikov M. U. Forensic medical analysis of mechanical asphyxia in Ulan-Ude (The data of public health-care institution «Republican bureau of a forensic medical examination») // Buleten Vostochno-Sibirskogo nauchnogo centra SO RAMN. – 2009. – T. 2, № 2. – S. 321–322.

УДК 616.8-009.834
ББК Р645.090-354-3

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У БОЛЬНЫХ С РЕЛИГИОЗНО-АРХАИЧЕСКИМИ БРЕДОВЫМИ ИДЕЯМИ

Логутенко Р. М.^{*}, Зотов П. Б.

ГБУЗ ТО «ОКПБ»

625530, Тюменская область, Тюменский район,
п. Винзили, ул. Сосновая, 19

Проанализирована патопсихологическая структура у больных, страдающих параноидной формой шизофрении, с религиозно-архаическими бредовыми идеями, наблюдающихся в Тюменской областной клинической психиатрической больнице в период 2009—2012 гг. Выявлены клинико-психопатологические особенности парафренного синдрома параноидной шизофрении. **Ключевые слова:** шизофрения, парафренный синдром, религиозный бред.

PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES IN PATIENTS WITH RELIGIOUS-ARCHAIC DELUSIONAL IDEAS. Logutenko R. M. Zotov P. B. Regional Clinical Psychiatric Hospital. 625530, Tyumen Region, Tyumen District, V. Vinzili, Sosnovaya Street, 19. The pathophysiological structure in patients suffering from paranoid form of schizophrenia with religious-archaic delusional ideas encountered in the Tyumen Regional Clinical Psychiatric Hospital from 2009—2012 has been analyzed. Clinical and psychopathological characteristics of paraphrenic paranoid schizophrenia syndrome have been revealed. **Keywords:** schizophrenia, paraphrenic syndrome, religious delusions.

Актуальность. На протяжении долгого времени шизофрения является главным предметом исследования всей психиатрии. Е. Bleuler определял шизофрению как самую интригующую среди психических заболеваний, поскольку знание психопатологии шизофрении открывает путь к познанию механизмов функционирования психики не только больных людей [14], но и здоровых. К настоящему времени возникает определенная значимость религиозной психопатологии [14, 15] в рамках эндогенных расстройств и связанных с ними коморбидных состояний [7]. Исследователями выявлено [3, 10], что больные с религиозными бредовыми переживаниями дистанцированы от психиатрической помощи, поступая на лечение к психиатру в поздние сроки со значительными психопатологическими нарушениями, а после лечения у них более глубоко отмечается нарастание негативной симптоматики [12, 3]. Не менее важная трудность существует в отсутствии четких критериев оценки религиозного опыта с психическими заболеваниями [9] и отсутствие надежных реабилитационных мер [1, 2] для больных с религиозно-бредовыми идеями [8].

В связи с регистрируемым повышением в последнее время числа больных шизофренией с бредовыми расстройствами религиозно-мистического характера возникает необходимость в систематизации основных признаков этих нарушений, определение их места в психопатологической структуре эндогенных нарушений [4, 5].

Таким образом, актуальность диагностики религиозно-архаических фабул как бредовых повышается, если они рассматриваются в структуре психической патологии, формируя клиническую базу для психореабилитационных мероприятий [3, 8].

Цель: изучить психопатологическую структуру религиозно-архаических бредовых идей у больных шизофренией параноидной формы.

Материалы и методы. В соответствии с целью и задачами предпринятого научного поиска было проведено обследование 210 больных шизофренией (F20.0), получающих основное лечение (специализированную помощь) в ГБУЗ Тюменской области «ОКПБ» с 2009 по 2012 г.

Основную группу составили 140 пациентов с параноидной формой шизофрении, с бредом религиозного содержания, у которых при первичном осмотре в период медикаментозной ремиссии были выявлены идеи религиозно-мистического содержания. Среди этих пациентов женщины составили 49,2 % (n=69); мужчины – 50,8 % (n=71). Возраст больных – от 20 до 60 лет.

Группу сравнения составили 70 человек, страдающие шизофренией параноидной формы, но не имеющих в клинической картине бредовых идей религиозного содержания (основной критерий отличия). Подбор группы сравнения проводился целенаправленно с учетом критериев сопоставимости по полу, возрасту и нозологической принадлежности. Возраст этих пациентов был так же от 20 до 60 лет. Мужчины – 54,3 % (n=38); женщины – 45,7 % (n=32).

Отбор пациентов для исследования осуществлялся одновременно из двух потоков, формировавшихся из: 1) пациентов, направленных психиатрами или обратившихся самостоятельно во взрослое психотерапевтическое отделение ОКПБ; 2) пациентов, находящихся на учете во взрослом психиатрическом отделении амбулаторно-поликлинической службы ОКПБ.

Исследуемая симптоматика соотносилась с разделами МКБ-10 из рубрики F20—22 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства».

Общими критериями включения больных являлись: 1) клинически установленный и подтвержденный стационарным обследованием диагноз: шизофрения, параноидной формы (F20.0); 2) фабула бреда – религиозного характера, отражающая переменные проявления

^{*} Логутенко Роман Михайлович, врач психиатр, психотерапевт взрослого психотерапевтического отделения. 89044937683, раб.: (3452)506647 Logutenko78@mail.ru

Зотов Павел Борисович, проф., д.м.н. Центр суицидальной профилактики ОКПБ

религиозно-мистического содержания; 3) диспансерные больные, проживающие в Тюмени и Тюменской области более 10 лет; 4) информированное согласие больного на возможность проведения клинических наблюдений и исследований в соответствии с Конституцией РФ и требованиями «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

В работе использовались клинический, клинко-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический методы. Проводился анализ данных психического статуса. Ведущим методом являлся клинко-психопатологический метод, который применялся для оценки психического состояния всех лиц основной группы и группы сравнения (оценка симптомов, синдромов и состояния больных). При изучении психического состояния пациентов применялись методики: индивидуального собеседования, прямого наблюдения, индивидуального интервьюирования родственников.

Результаты и обсуждение. Проведенное нами обследование больных шизофренией позволило выявить психопатологическую структуру имеющихся расстройств у пациентов с религиозно-архаическими переживаниями бредового характера. Следует отметить, что для характеристики бреда имел значение не столько набор синдромов, сколько выделение тех синдромов, при которых фабула бреда была наиболее развернутой, определяя его ведущим в нозологическом определении (рис. 1, табл. 1).

Среди исследуемых больных ведущий психопатологический симптомокомплекс определялся следующей разновидностью религиозно-архаического бреда: бред мессианства – 31,4 % (n= 44); мистический бред – 26,4 % (n=37); бред одержимости – 16,4 % (n=23); бред колдовства – 9,3 % (n=13); бред греховности – 8,6 % (n=12); бред реформаторства – 7,9 % (n=11).

Для ясности исследования следует напомнить типологию религиозно-архаического бредового комплекса, который представлен следующей структурой [9].

Бред религиозного содержания включает следующие варианты: мистический бред, мессианства, греховности, реформаторства. В архаический бред, в формировании которого участвуют суеверия, магические представления и религиозные верования, присущие человеку в стадии его недостаточного культурного развития и сохранившиеся у некоторых людей до настоящего времени, были включены следующие бредовые идеи колдовства и одержимости.

При параноидной шизофрении с непрерывным типом течения клиническая картина развивалась по стереотипу прогрессии бредовых синдромов (паранойальных, параноидных, парафренных, кататонических расстройств).

Наиболее развернутая и достоверно значимая психопатологическая характеристика представлена парафренным синдромом. У больных параноидной шизофренией он регистрировался с частотой 23,5 %, что было достоверно чаще ($p<0,05$), чем в группе сравнения (2,8 %). Характерной особенностью данного синдрома в основной группе было наличие систематизированного мегаломанического устойчивого полифабульного бреда, проявлявшегося наиболее часто идеями мессианства (n=25; 17,8 %), реформаторства (n=3; 2,1 %) и одержимости (n=2; 1,4 %) с мистическими идеями воздействия и преследования. В группе сравнения в единичных случаях (n=2; 2,8 %) в содержании экспансивного бреда преобладали идеи высокопроисхождения и эротического содержания.

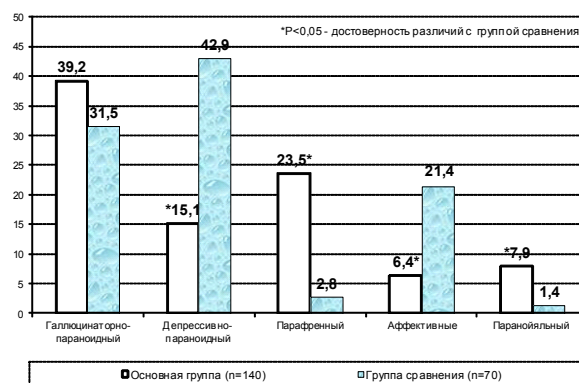


Рис. 1. Ведущие психопатологические синдромы у больных основной группы и группы сравнения (%)

Таблица 1
Психопатологические синдромы у больных исследуемых групп

| Синдром | ОГ | | ГС | | P | Всего | |
|----------------------------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| | абс. | % | абс. | % | | абс. | % |
| Галлюцинаторно-параноидный | 55 | 39,2 | 22 | 31,5 | >0,05 | 77 | 36,6 |
| Депрессивно-параноидный | 21 | 15,1 | 30 | 42,9 | <0,05 | 51 | 24,3 |
| Парафренный | 33 | 23,5 | 2 | 2,8 | <0,05 | 35 | 16,6 |
| Аффективные расстройства | 9 | 6,4 | 15 | 21,4 | <0,05 | 24 | 11,5 |
| Паранойальный | 11 | 7,9 | 1 | 1,4 | <0,05 | 12 | 5,8 |
| Бредовой деперсонализации | 11 | 7,9 | -- | -- | -- | 11 | 5,2 |
| Итого | 140 | 100,0 | 70 | 100,0 | | 210 | 100,0 |

В основной группе имелись больные, которые считали себя великими людьми, обладающими фантастическими способностями, всезнающими и при этом испытывали ощущения воздействия извне со стороны «бесовских сил», которые могли воздействовать через телевизор, компьютер, двойное или тройное сочетание цифр «6». Видели себя в роли Бога, Иисуса Христа, Великого Целителя, отмечая свое особое предназначение в этом мире.

По преобладающему ведущему симптому обнаружено следующее соотношение форм парафренного синдрома: галлюцинаторная, систематизированная и конфабуляторная парафрения. У больных основной группы доминировала галлюцинаторная парафрения (57,6 %), регистрируемая в группе сравнения лишь в единичном случае. На первый план выступали вербальные псевдогаллюцинации, из которых формировалась экспансивная фабула бреда религиозного содержания. Так, больной Е., 48 лет, сообщил родственникам, что обладает «особыми способностями», об этом ему «сообщил Бог в своем откровении», после чего пробовал лечить людей народными способами. Считал себя «великим посланником Бога», говорил о своем мессианском предназначении на земле. Вел себя агрессивно к родным, обосновывая свое поведение, что «я Бог». Занимался активно магией и целительством.

Систематизированная парафрения выявлена в основной группе (33,3 %), в группе сравнения регистрировалась в единичном случае и проявлялась религиозными идеями величия и преследования, которые были ведущими симптомами. В группе сравнения систематизированная парафрения регистрировалась в единичном случае. Больной А., 35 лет, изменения в психическом состоянии наблюдались родными, когда стал «увлекаться религией». Полностью изменил образ жизни, много читал библейской литературы, ходил в церковь, молился, соблюдал посты. Стал замкнут, отгородился от окружающих, пищу принимал отдельно. Заявлял родителям, что они ему не родные, «божественные люди, а не земные». Принимая отдельно пищу, объяснял это тем, что родственники хотят его убить. Отказывался от просмотра телевизионных программ («это бесовское»). Говорил, что его преследуют за его «учение», которое он несет людям. Обозначая себя как «Мессию», неоднократно посещал монастыри, неся свое «божественное учение людям».

При конфабуляторной парафрении (9,1 %), выявленной только в основной группе, доминировали фантастические конфабуляции, являясь основой для мегаломанических религиозных бредовых идей, носивших мистический характер. Больная У., 25 лет, пережила попытку изнасилования с избиением. Через 2 года состояние ухудшилось, стала считать, что «переспала с дьяволом», который, возможно, заразил её СПИДом. Чувствовала во влагалище «вложенный гвоздь». Заявляла, что «слышала голос дьявола», видела во сне, как вступала с ним в половую связь. Рассказывая об этом, крестится, просит прощения у Бога. Говорит, что когда было нападение, нападающий «убил ее, воткнув ей в лоб гвоздь, что она умерла, и ее тело сгнило», но она сама не попала на небо к Богу.

Нередко у больных выявлялись фантастические конфабуляции, изобилующие неправдоподобными, фантастическими сведениями, приобретаая «космический масштаб» действий (душа находилась на Сириусе, стала начальником богов, чтобы помочь Христу с борьбой добра и зла во вселенной).

Заключение. Проведенный клинико-психопатологический анализ больных шизофренией параноидной формы, наблюдающихся в Тюменской ОКПБ в период с 2009 по 2012 г., показал преимущественное преобладание бредовых идей мессианства в структуре парафренного синдрома с мистическими идеями воздействия и преследования. По преобладающему ведущему симптому выявлено следующее соотношение форм парафренного синдрома: галлюцинаторная (57,6 %), систематизированная (33,3 %) и конфабуляторная (9,1 %) парафрения, что обуславливает, вероятно, более тяжелое течение заболевания и худший прогноз для последних. Выявленные особенности требуют более продуманного и детального подхода к терапии и реабилитации рассматриваемой категории пациентов, как со стороны психофармакологического, так и со стороны психокоррекционного воздействия.

Л и т е р а т у р а

1. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. – СПб. : Питер, 2008. – 512 с.
2. Гуткевич Е. В., Семке А. В. Семейные механизмы адаптации при шизофренических расстройствах (на примере популяции Сибирского региона) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 12–17.
3. Зотов П. Б., Юшкова О. В., Совков С. В. Суицидальные действия в г. Тюмени (Западная Сибирь) в 2007–2012 гг. // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – № 1. – С. 124–126.
4. Каменева Е. Н., Кудинов А. И. Об архаических формах бреда // Тр. 1-й Моск. психиатр. больницы. – 1940. – Т. 3. – С. 440–450.
5. Кондратьев Ф. В. Религиозность и психопатология. Аспекты взаимовлияния // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 5. – С. 5–13.
6. Корчинов А. Д. Концепт психологической интегративной нормоцентрической модели психотерапии для работы с больными шизофренией // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 4 (47). – С. 77–78.
7. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддитивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – Т. 1, № 6. – С. 24–30.
8. Шнайдер К. К введению в религиозную психопатологию (Кельн, 1927) // Независимый психиатрический журнал. – 1999. – № 1. – С. 5–14.
9. Пашковский В. Э. Психические расстройства с религиозно-мистическими переживаниями : краткое руководство для врачей. – СПб. : Изд. дом «МАПО», 2006. – 143 с.
10. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Рахматова Л. Д., Гуткевич Е. В., Лобачева О. А., Корнетова Е. Г. Биопсихосоциальные основы и адаптационно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 15–20.

11. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Рахматова Л. Д., Гуткевич Е. В., Кусков М. В. Клинико-биологические и социально-психологические основы адаптации у больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 3. – С. 16–20.
 12. Семке А. В., Зинчук М. С. Негативные расстройства у больных параноидной шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 4. – С. 29–33.
 13. Стоянова И. Я., Семке В. Я., Бохан Н. А. Прологические образования в адаптивно-защитной системе у больных с психическими расстройствами непсихотического спектра и в норме. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 134 с.
 14. Bhavsar V., Bhugra D. Religious delusions: finding meanings in psychosis // Psychopathology. – 2008. – Vol. 41, № 3. – P. 165–172.
 15. Siddle R., Haddock G., Tarrier N., Faragher E. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia // Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. – 2002. – Vol. 37, № 3. – P. 130–138.
- Транслитерация русских источников*
1. Vid V. D. Psihoterapiya shizofrenii. – SPb. : Piter, 2008. – 512 s.
 2. Gutkevich E. V., Semke A. V. Familial mechanisms of adaptation in schizophrenic disorders (on example of population of Siberian region) // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2012. – N 3. – S. 12–17.
 3. Zotov P. B., Yushkova O. V., Sovkov S. V. Suicidal acts in city Tyumen (West Siberia) in 2007–2012 // Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala. – 2013. – N 1. – S. 124–126.
 4. Kameneva E. N., Kudinov A. I. About archaic forms of delusion // Tr. 1-y Mosk. psikiatr. bolnitsyi. – 1940. – T. 3. – S. 440–450.
 5. Kondratyev F. V. Religiosity and psychopathology. Aspects of mutual influence // Rossiyskiy psikiatricheskij zhurnal. – 2012. – N 5. – S. 5–13.
 6. Korchinov A. D. Concept of psychological integrative norm-centered model of psychotherapy for work with schizophrenic patients // Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri. – 2013. – T. 9, N 4 (47). – S. 77–78.
 7. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bohan N. A. Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia // Narkologiya. – 2002. – N 6. – S. 24–31.
 8. Schneider K. To introduction into religious psychopathology (Köln, 1927) // Nezavisimyy psikiatricheskij zhurnal. – 1999. – N 1. – S. 5–14.
 9. Pashkovsky V. E. Mental disorders with religious-mystical experiences: kratkoe rukovodstvo dlya vrachey. – SPb. : Izd. dom «MAPO», 2006. – 143 s.
 10. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Rakhmazova L. D., Gutkevich E. V., Lobacheva O. A., Kornetova E. G. Biopsychosocial bases and adaptive-compensator mechanisms of schizophrenia in region of Siberia // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2009. – N 5. – S. 15–20.
 11. Semke A. V., Vetlugina T. P., Rakhmazova L. D., Gutkevich E. V., Kuskov M. V. Clinical-biological and social-psychological bases of adaptation in schizophrenic patients // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2003. – N 3. – S. 16–20.
 12. Semke A. V., Zinchuk M. S. Negative disorders in patients with paranoid schizophrenia. – 2012. – № 4. – С. 29–33.
 13. Stoyanova I. Ya., Semke V. Ya., Bohan N. A. Pralogical formations in adaptive-defensive system in patients with mental disorders of non-psychotic spectrum and in norm. – Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2009. – 134 s.

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13.3

ББК Р645.021.1+Р733

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)

Аболонин А. Ф.^{*1}, Назарова И. А.¹,
Асланбекова Н. В.²

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² РГКП «РНПЦ медико-социальных проблем наркомании»
140008, РК, Павлодар, ул. Кутузова, 200

Обследованы 155 юношей (средний возраст 17,1±0,9 года) и 110 девушек (средний возраст 17±0,73 года), злоупотребляющих ПАВ, отбывающих наказание в воспитательных колониях. Выявлено, что подростки мужского пола совершают преступления против жизни и здоровья в 34,7 % случаев, женского пола – в 25,5 %. Раннее (до 10 лет) употребление ПАВ отмечается у 17 % юношей и 1,8 % девушек. Комбинированное употребление ПАВ выявлено у 36,7 % юношей и 50,9 % девушек. Подростки воспитывались в неблагоприятной социальной среде с невысоким материальным уровнем и высоким уровнем алкоголизации родителей. Изучение личностных особенностей показало повышенную тревожность, потребность во внимании и демонстративность у юношей. Девушки характеризовались потребностью в контактах, тревожностью, были склонны к ипохондрическим и депрессивным реакциям. Изучение клинических и психологических корреляций показало, что алкоголизация матери с высоким уровнем вероятности связана с психопатизацией юношей-подростков, что предопределяет раннее начало употребления более тяжёлых наркотиков. Проведенное исследование позволило выявить гендерные особенности личности несовершеннолетних преступников, позволяющие расширить понимание механизмов реализации аддиктивного поведения. **Ключевые слова:** несовершеннолетние преступники, личностные особенности, психоактивные вещества, гендерные особенности, аддиктивное поведение.

PERSONALITY TRAITS OF JUVENILE DELINQUENTS SUFFERING FROM DIFFERENT FORMS OF SUBSTANCE DEPENDENCE (GENDER ASPECT). Abolonin A. F., Nazarova I. A., Aslanbekova N. V. ¹ Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ² Republican Scientific-Practical Center of Medico-Social Problems of Drug Addiction. 140008, RK, Pavlodar, Kutuzov's Street,

^{*} Аболонин Алексей Фёдорович – к.м.н., с.н.с. отделения аддиктивных состояний. (83822)444780.

Назарова Ирина Анатольевна – м.н.с. отделения аддиктивных состояний. (83822)444780.

Асланбекова Наталья Викторовна – к. м. н., зав. отд. реабилитации больных наркоманией. press@mccenter.kz

200. 155 male (mean age 17,1±0,9 years) and 110 female adolescents (mean age 17±0,73 years) abusing psychoactive substance, serving their sentence at educational colonies have been studied. It has been revealed that male adolescents commit delinquencies against life and health in 34,7 % of cases and female ones – in 25,5 %. 17 % of male and only 1,8 % of female adolescents have begun substance use being younger than 10 years. Combined substance use in male adolescents has been revealed in 36,7 % of cases, and in female ones – in 50,9 %. Adolescents have been educated in the adverse social environment with low material level and high level of alcoholization of the parents. Study of personality traits has shown heightened anxiety, need for attention and demonstrativeness in male adolescents. Female adolescents were characterized by need for contacts, somatization of anxiety, were more prone to hypochondriac, depressive reactions. Study of clinical and experimental-psychological correlations has shown that alcoholization of the mother with high level of likelihood is associated with psychopathization of male adolescents. High level of psychopathization in adolescents also predetermined early onset of substance use, use of harder drugs influenced on heightening of lying and lowering of activity of male adolescents and duration of use on development of psychopath-like and hysteroid behavior. Thus, carried out investigation has allowed revealing gender traits of the personality of juvenile delinquents allowing broadening the understanding of mechanisms determining realization of addictive behavior. **Keywords:** juvenile delinquents, personality traits, psychoactive substances, gender traits, addictive behavior.

Введение. Проблема делинквентного поведения несовершеннолетних имеет давнюю историю изучения [15, 25] На протяжении последних двух десятилетий в России имеет место тенденция роста преступности среди населения, что, безусловно, связано с количественным ростом преступности несовершеннолетних, в том числе среди беспризорных и наркозависимых лиц [8, 16], что определяет необходимость разработки новых организационных программ профилактики [6]. В январе–мае 2013 г. органами внутренних дел РФ рассмотрено 11,07 млн заявлений (сообщений) о преступлениях, об административных правонарушениях, о происшествиях, что на 6,5 % больше, чем за первые 5 месяцев 2012 г. Многие исследователи детской преступности [7] приходят к выводу, что в настоящее время несовершеннолетние – одна из наиболее криминально пораженных категорий населения. Преступность несовершеннолетних в России за последние 10 лет росла примерно в 6 раз быстрее, чем изменялась общая доля этой возрастной группы.

За первый квартал 2013 г. каждое второе (48,1 %) расследованное преступление было совершено лицами, ранее осужденными за преступления; из них 70 % за свое первое преступление были задержаны в возрасте до 18 лет; 27,2 % преступлений совершены в состоянии алкогольного опьянения; 15,5 % – лицами женского пола; 4,7 % – несовершеннолетними или при их соучастии; под воздействием ПАВ – 2,36 %. Актуальное значение приобретает проблема изучения психологии поведения пивных аддиктов среди несовершеннолетних [4, 18], роста женского наркотизма и гендерной гетеро-

номности формирования аддиктивного поведения [11, 17, 20]. Каждый седьмой подросток на момент совершения преступного посягательства находился в состоянии алкогольного опьянения (около 2 тысяч; прирост составил +4,1 % по сравнению с аналогичным периодом 2012 г.), каждый пятый подросток ранее уже нарушал закон (3,1 тысячи; прирост составил +2,7 %) (по данным официального сайта МВД России, 2013) [13].

По данным официальной статистики МВД РФ, основное число преступлений против жизни и здоровья совершают юноши-подростки, среди которых возрастает вес наркозависимых [10]. В последние годы наблюдается всплеск преступлений, совершаемых девушками-подростками, которые все чаще становятся инициаторами и организаторами противоправных действий. Причем по сравнению с подростками мужского пола у них отмечается более выраженное огрубление личности [1]. Именно поэтому рассмотрение гендерных особенностей юношей и девушек и влияние данных особенностей на их преступное поведение представляется очень важным [11].

Цель – изучение личностных особенностей юношей и девушек, страдающих зависимостью от ПАВ, находящихся в воспитательных колониях для несовершеннолетних преступников.

Материалы и методы. Экспериментально-психологическому обследованию было подвергнуто 155 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 19 лет (средний возраст $17,1 \pm 0,9$ года) в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей и 110 воспитанниц женской воспитательной колонии (средний возраст $17 \pm 0,73$ года). Выборка проводилась на основании наличия у подростка зависимости или указания на злоупотребление ПАВ в анамнезе (код диагноза по МКБ-10: F10.1, F10.2, F11.1, F11.2, F12.1, F12.2, F13.1, F13.2, F16.1, F16.2, F18.1, F18.2, F19). Систематизация данных проводилась при помощи карты стандартизированного описания больного.

Исследование эмоционально-волевой сферы и личностных особенностей проводилось с помощью методики «Mini-Mult». Статистическая обработка данных проводилась с использованием непараметрических критериев Хи-квадрат (χ^2) Пирсона и R-критерия Спирмена.

Совершенные юношами преступления соответствовали статьям: 34,67 % – преступления против жизни и здоровья; 56,66 % – преступления против собственности; 4,67 % – преступления, связанные с ПАВ. Совершенные подростками-девушками преступления распределились следующим образом: преступления против жизни и здоровья – 25,45 %; преступления против собственности – 58,18 %; преступления, связанные с ПАВ, – 14,55 %.

С помощью критерия Хи-квадрат Пирсона правонарушений, совершенных юношами и девушками, выявлено, что юноши значительно больше совершают преступления против жизни и здоровья и преступления против собственности. У 4 % юношей присутствуют статьи против половой неприкосновенности и половой свободы личности. По двум и более статьям были осуждены 44,88 % юношей и 18,54 % девушек.

Обсуждение результатов. При анализе анамнестических данных семей юношей, находящихся в воспитательной колонии, выявлено, что в полной семье воспитывались 29,33 %; одним из родителей – 40,67 %; отчимом или мачехой – 16,67 %; родственниками или в приемной семье – 2,67 %; в интернате или в детском доме – 10,67 %. Среди девушек 23,64 % воспитывались в полной семье; одним из родителей – 23,64 %; отчимом или мачехой – 16,36 %; в семье родственников или в приемной семье – 16,36 %; в детском доме – 20,0 %. При сравнении полученных данных обнаружены достоверные различия. Юноши, в отличие от девушек, до момента совершения преступления проживали в родительской семье, а девушки до заключения чаще всего воспитывались в детском доме (при $p < 0,05$).

В условиях гипопеки воспитывались 44,67 % юношей-правонарушителей, бессистемное воспитание выявлено у 25,33 %. Среди девушек преобладали жестокое бессистемное воспитание (45,5 %) и гипопека (32,7 %). Сравнительный анализ значений данной характеристики показал, что юноши, в отличие от девушек, достоверно чаще (при $p < 0,05$), воспитывались в условиях гипер- и гипопеки и в условиях с завышенными требованиями, а у девушек (по сравнению с юношами) достоверно доминировал бессистемный подход к воспитанию (при $p < 0,05$).

В ходе исследования выяснено, что дисгармоничные типы семейного воспитания являются достаточно сильными факторами, оказывающими влияние на проявление асоциальных тенденций в поведении у подростков из полных и неполных семей. Схожие данные были получены и другими исследователями [7, 18].

При анализе образовательного статуса родителей правонарушителей было выявлено, что родители имели среднее и среднеспециальное образование. Профессия родителей связана с рабочей специальностью либо с простым неквалифицированным трудом.

Учитывая данные литературы о том, что значительное влияние на формирование девиантного и аддиктивного поведения оказывает зависимое употребление алкоголя родителями [12, 25], в том числе при диссоциативном механизме формирования алкоголизма [22] и созависимом поведении одного из родителей [23], на сле-

дующем этапе нами была дана оценка уровню употребления алкоголя в семьях подростков.

Запойная форма употребления алкоголя отмечена среди юношей-правонарушителей у 71,3 % отцов, ритуальное употребление – у 24 %, 4 % отцов вообще не употребляют алкоголь. Высокий уровень алкоголизации матерей у правонарушителей мужского пола выявлен в 28,0 % случаев; в 56,67 % – ритуальный характер употребления, 13,3 % матерей не употребляют алкоголь.

У девушек-правонарушителей отец злоупотреблял алкоголем в 41,86 % случаев, в 16,28 % случаев алкоголизация отцов носила ритуальный характер, 41,86 % отцов девушек алкоголь не употребляют. У матерей девушек в 29,63 % выявляется зависимость от алкоголя; у 37,0 % девушек употребление алкоголя матерями носило ритуальный характер, у 31,48 % девушек мать не употребляла алкоголь.

С помощью критерия Хи-квадрат Пирсона выявлено, что отцы юношей в большей степени злоупотребляли алкоголем, а отцы девушек чаще отказывались от потребления алкоголя совсем ($p < 0,05$).

Далее проведена оценка уровня полученного образования правонарушителей. На момент обследования 78,0 % юношей имели неполное среднее образование, 18 % – начальное образование, 2,6 % – закончили 11 классов, 1,3 % – получали среднеспециальное образование. Среди осужденных девушек 63,0 % имели неполное среднее образование, 27,8 % – начальное, 7,4 % – среднее образование (11 классов), 1,8 % получали среднеспециальное образование. Полученные данные свидетельствуют о низком социально-экономическом, образовательном статусе семей несовершеннолетних преступников, как собственно и самих испытуемых. Во многом это отражает дефицитность предпосылок развития психологических механизмов совладающего поведения, в том числе в критических ситуациях, проблема изучения которых имеет этнопсихологические и гендерные аспекты [3, 5].

Клиническое обследование подростков-юношей выявило структуру употребления ПАВ: 36,67 % употребляли алкоголь и каннабиноиды; 14,67 % – каннабиноиды и опиаты; 13,33 % – алкоголь и опиаты; 12,67 % – алкоголь, каннабиноиды и опиаты; 8,0 % – каннабиноиды; 6,0 % – опиаты; 6,0 % – алкоголь и ингалянты; 2,0 % – алкоголь, ингалянты и каннабиноиды.

У девушек наблюдались значительные отличия в структуре употребления ПАВ. Большинство (50,91 %) имели зависимость от алкоголя и каннабиноидов; 23,64 % – алкоголь, каннабиноиды и опиаты; 9,09 % – алкоголь и опиаты; 5,45 % – алкоголь, каннабиноиды и психостимуляторы; 3,64 % – алкоголь и ингалянты; 1,82 % – опиаты; 1,82 % – алкоголь, каннабиноиды, опиаты,

психостимуляторы, 1,82 % – алкоголь, ингалянты и каннабиноиды; 1,82 % – алкоголь, ингалянты, каннабиноиды и опиаты (табл. 1).

Таблица 1

**Структура употребления ПАВ
среди несовершеннолетних преступников, %**

| ПАВ | Девушки | Юноши |
|--|---------|-------|
| Каннабиноиды | 0,0 | 8,00 |
| Опиаты | 1,82 | 6,00 |
| Каннабиноиды, опиаты | 0,00 | 14,67 |
| Ингалянты, каннабиноиды | 0,00 | 0,67 |
| Алкоголь, ингалянты | 3,64 | 6,00 |
| Алкоголь, опиаты | 9,09 | 13,33 |
| Алкоголь, каннабиноиды | 50,91 | 36,67 |
| Алкоголь, каннабиноиды, опиаты | 23,64 | 12,67 |
| Алкоголь, каннабиноиды, опиаты, психостимуляторы | 1,82 | 0,00 |
| Алкоголь, ингалянты, каннабиноиды | 1,82 | 2,00 |
| Алкоголь, ингалянты, каннабиноиды, опиаты | 1,82 | 0,00 |
| Алкоголь, каннабиноиды, психостимуляторы | 5,45 | 0,00 |

Таким образом, при клиническом обследовании подростков диагностирована та или иная форма зависимости от ПАВ, изолированное употребление одного ПАВ наблюдалось у 14,0 % юношей и 1,8 % девушек; в остальных случаях наблюдалось комбинированное употребление нескольких ПАВ, что подтверждает данные о росте коморбидности алкоголизма с приемом других ПАВ среди молодежи [2].

Проведенный далее анализ начала употребления ПАВ показал, что 17,0 % подростков-юношей попробовали ПАВ в возрасте до 10 лет, у девушек данный показатель составляет 1,8 %. Такая ситуация сохраняется до достижения подростками 10-летнего возраста (15,3 % юношей и 2,1 % девушек). С 11 лет девушки более активно начинают пробовать ПАВ: в этом возрасте впервые употребили ПАВ 13,0 % юношей и 12,6 % девушек. В 12 лет попробовали ПАВ 11,2 % юношей и 19,3 % девушек; в 13 лет – 18,3 % юношей и 30,5 % девушек; в 14 лет – 16,4 % юношей и 21,3 % девушек, в 15 лет – 7,5 % юношей и 9,1 % девушек, в 16 лет – 1,3 % юношей и 3,3 % девушек.

Следующим шагом нашего исследования стало изучение личностных особенностей отбывающих наказание юношей и девушек. При использовании теста «Mini-Mult» были получены следующие данные (табл. 2).

Усредненный профиль личности юношей-подростков, отбывающих срок наказания в условиях колонии, характеризуется пиками по шкалам «психастении», «истерии», «психопатии», «аутизации» на фоне низких значений показателей шкал «активности» и «оптимизма» (код профиля 7834/-96).

Данный личностный профиль свидетельствует о склонности к тревоге и болезненной реакции на замечаемые отрицательные сигналы в сочетании с высокой потребностью во внимании, признании и демонстративном поведении (рис. 1).

Таблица 2
Сравнительный анализ личностных параметров
несовершеннолетних преступников юношей и девушек,
отбывающих наказание по тесту «Mini-Mult»

| Шкала | Среднее значение юноши | Среднее значение девушки | p |
|-------|------------------------|--------------------------|-------|
| L | 51,6±8,83 | 43,97±13,3 | 0,000 |
| F | 56,8±15,7 | 63,2±17,3 | 0,042 |
| K | 51,9±15,7 | 42,0±10,5 | 0,000 |
| Hs | 56,4±12,7 | 61,97±13,2 | 0,026 |
| De | 55,4±12,7 | 61,1±13,7 | 0,025 |
| Hy | 66,9±12,7 | 53,2±14,5 | 0,000 |
| Pd | 64,9±11,2 | 55,2±10,9 | 0,000 |
| Pa | 57,±15,4 | 58,7±18,9 | 0,591 |
| Pt | 72,98±14,5 | 63,9±11,1 | 0,001 |
| Sch | 70,3±22,7 | 69,4±12,2 | 0,816 |
| Ma | 55,2±12,2 | 49,97±10,6 | 0,024 |

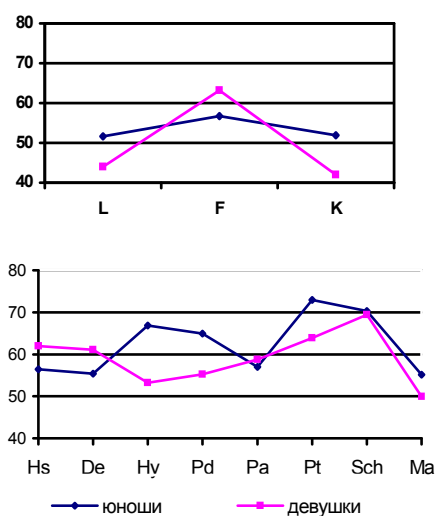


Рис. 1. Усредненные личностные профили несовершеннолетних правонарушителей

У девушек (рис. 1) наблюдаются пики по шкалам «ипохондрии», «депрессии» «аутизации» на фоне низких значений «истерии», «активности» и «оптимизма» (код профиля 823/-39). Личностный профиль с такими значениями говорит о недостаточной связи с окружением, неудовлетворенной потребности в контактах, выражающиеся в нарастании тревоги или подавленности.

Сравнительный анализ данных, полученных с использованием метода «Mini-Mult», показал, что девушки и юноши достоверно ($p < 0,05$) различаются по шкалам L, K, Hs, De, Hy, Pd, Pt, Ma. По шкалам Pa (ригидности) и Sch (индивидуальности) значимых различий не обнаружено (табл. 2). По полученным различиям можно судить, что девушки склонны больше давать открытые ответы, чем юноши. Это свидетельствует о значимом расхождении оценочных шкал. У девушек значимо выше тенденция к ипохондризации и снижение физического и психического состояния. Юноши, напротив, дают больше ответов, отражающих высокий уровень активности, открытости, преувеличения своих способностей.

Общими чертами личности для юношей и девушек выявилось в совпадении шкал 6 и 8. Из этого можно сделать предположение, что аффективным, обидчивым, упрямым, замкнутым, угрюмым подросткам со своеобразными суждениями и непредсказуемыми поступками более свойственно противоправное поведение.

Далее изучена взаимосвязь между клиническими и психологическими параметрами. При проведении корреляционного анализа у юношей-правонарушителей выявляется взаимосвязь между условиями воспитания и шкалой депрессии ($R=0,205$), более высокий уровень пессимизма достоверно чаще наблюдался у тех юношей, которых были лишены или ограничены в общении с родителями (воспитывались одним из родителей, родственниками, в детском доме). Было выявлено что злоупотребление матери алкоголем достоверно (при $p < 0,05$) связано ($R=0,2$) с высокими показателями по шкале импульсивности (Pd). Наличие психотравмирующей ситуации достоверно повышает уровень импульсивности ($R=0,234$).

В процессе корреляционного анализа выявлено, что подростки с низким уровнем психопатизации ($R=-0,336$) чаще становятся предметом сексуальных притязаний.

Уровень психопатизации ($R=-0,243$) имеет обратно пропорциональное влияние на возраст начала употребления ПАВ: чем выше показатели реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении, тем раньше юноши начинали употреблять наркотические вещества. Употребление более тяжелых наркотических средств влияет на повышение значений по шкале лжи ($R=0,208$) и достоверно связано с низкими показателями по шкале активности ($R=-0,2$).

В работах С. П. Елшанского [9] описывается, что склонность говорить неправду и употребление наркотических средств тесно между собой связано. Выраженные явления интоксикации при первых пробах ПАВ у юношей связаны с высокими показателями шкалы активности ($R=0,205$) и низкими значениями по шкале депрессии ($R=-0,265$). Длительность употребления ПАВ влекла за собой повышение стероидных ($R=0,217$) и психопатических черт характера ($R=0,228$). Симптоматика, соответствующая истерическому типу психопатизации, по мнению отечественных исследователей [14, 24], также связана со злоупотреблением наркотиков подростками.

Корреляционный анализ клинических и психологических показателей девушек, находящихся в воспитательной колонии, позволил выявить, что высокие значения внутренней тревоги (психастении Pt) были связаны ($R=0,351$) с открытым проявлением агрессивности.

Получение удовольствия от наркотика в момент первого употребления связано ($R=0,3256$) с высоким уровнем по шкалам истерии (Hy) и психопатии (Pd) ($R=0,3702$). Продолжительность потребления ПАВ имела прямую корреляционную связь с импульсивностью ($R=0,3451$).

Наличие у девушек невротических эпизодов до 6 лет (страхи, заикания, энурез, судороги, снохождение) коррелировало с повышением по шкалам ипохондрии ($R=0,3626$), пессимизма ($R=0,4775$), демонстративности ($R=0,3669$), тревожности ($R=0,3238$) и индивидуалистичности ($R=0,4305$) в отличие от юношей, у которых наличие невротических эпизодов до и после 6 лет снижало уровень депрессии ($R=-0,35$ до 6 лет и $R=-0,35$ после 6 лет).

Обсуждение результатов. Изучение гендерных особенностей несовершеннолетних правонарушителей потребителей ПАВ, отбывающих наказание в воспитательных колониях, показало, что подростки являются выходцами из неблагоприятной социальной среды с низким образовательным уровнем родителей, имеющих рабочую специальность и занимающихся неквалифицированным трудом. В силу этого семьи подростков имели невысокий материальный уровень и высокий процент алкоголизации родителей, при этом у мальчиков отцы в большем количестве случаев злоупотребляли алкоголем. В связи с этим у мальчиков преобладала гипопека, у девочек – жестокие бессистемные условия воспитания. Девочки чаще оказывались ненужными и были вытеснены в детские дома и приёмные семьи. В результате выявлено больше девочек-подростков с начальным и неполным средним образованием. Приобщение юношей к употреблению наркотиков начинается раньше (практически до 10 лет), чем у девушек, но в последующем девушки более активно начинают вовлекаться в наркотизацию, при этом чаще используют комбинированное употребление нескольких средств.

Личностные особенности девиантных подростков проявлялись в результатах психодиагностических методик по-разному, что позволило составить обобщенные психологические портреты делинквентных и аддиктивных типов личности у юношей и девушек. Усредненный профиль юношей выявляет склонность к тревоге, болезненные реакции на отрицательные сигналы, высокую потребность во внимании, демонстративное поведение. Выявленные личностные особенности девушек свидетельствуют о неудовлетворенной потребности в контактах, чувстве недостаточной связи с окружением, соматизации тревоги. Делинквентные девушки более склонны к ипохондрическим, депрессивным реакциям в отличие от юношей, которые более общительны, активны и оптимистичны, чем девушки.

Изучение клинических и экспериментально-психологических корреляций показало, что алкоголизация матери связана с психопатизацией юношей-подростков. Высокий уровень реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении у подростков также предопределял раннее начало употребления ПАВ. Употребление более тяжёлых наркотиков влияло на повышение лживости и снижение активности юношей, а длительность употребления – на появление психопатоподобного и истероидного поведения.

Юноши с более низкими показателями по шкале психопатии чаще становятся объектами для сексуальных притязаний. Интересной особенностью стало выявление корреляционной связи между воспитанием в условиях неполной семьи или детского дома и повышенными показателями депрессии у юношей, что не прослеживается у девушек. Юноши с высоким уровнем активности и низким уровнем депрессии чаще испытывали неприятные ощущения во время первых проб наркотиков.

В отличие от юношей получение удовольствия у девушек во время первых проб наркотиков связано с высокими показателями вытеснения тревоги и реализации эмоциональной напряженности, а длительность употребления ПАВ прямо пропорционально влияла реализацию эмоциональной напряженности в непосредственном поведении. Проявления агрессивности у девушек были связаны с наличием тревожности. Наличие невротических эпизодов в детстве способствовало развитию ипохондрии пессимизма и демонстративности, тревожности и шизоидности у девушек в отличие от юношей, у которых невротические эпизоды снижали уровень депрессивных реакций.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволило выявить личностные и гендерные особенности несовершеннолетних преступников, влияющие на возникновение девиантного поведения и позволяющие расширить понимание механизмов реализации аддиктивного поведения. Выявленные особенности должны учитываться при проведении воспитательной и реабилитационной работы с данными категориями осужденных.

Л и т е р а т у р а

1. Артамонова А. А. Агрессивное поведение подростков как предпосылка правонарушений // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Право. – 2009. – № 1. – С. 53–58.
2. Бохан Н. А., Благоев Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
3. Бохан Т. Г., Галажинский Э. В., Мещерякова Э. И. Этнопсихологические, гендерные и возрастные особенности совладающего поведения подростков и юношей разных национальностей Сибирского региона // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 71–78.

4. Бохан Т. Г., Твердохлебова Н. В. Проблемы становления идентичности у подростков и юношей при формировании пивной аддикции // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2012. – № 6. – С. 126–130.
5. Бохан Т. Г. Онтогенетический подход к проблеме преодоления критических ситуаций в отечественных и зарубежных исследованиях // Сибирский психологический журнал. 1999. – № 10. – С. 40–45.
6. Бохан Н. А., Титов С. С., Усов Г. М., Чашчина О. А. Организационная модель профилактики аддитивных состояний у несовершеннолетних в условиях территориально-образовательного кластера // Наркология. 2011. – Т. 10, №6 (114). – С. 16–22.
7. Воробьева К. А. Влияние особенностей детско-родительских отношений на генезис агрессивных установок личности у подростков из полных и неполных семей // Известия ПГПУ им. В. Г. Белинского. – 2012. – № 28. – С. 1174–1179.
8. Детская беспризорность и безнадзорность: проблемы, пути решения // Аналитический вестник СФ ФС РФ. – № 20 (176).
9. Елшанский С. П. Коммуникативная дефицитарность при зависимостях от психоактивных веществ // Вестник МГГУ им. М. А. Шолохова. Педагогика и психология. – 2010. – № 2. – С. 93–95.
10. Кривулин Е. Н., Бецов А. С., Бохан Н. А., Юркина Н. В. Клинические особенности формирования аддитивных состояний у осужденных лиц молодого возраста с аутоагрессивным поведением // Наркология. – 2013. – Т. 12, № 6 (138). – С. 57–60.
11. Куприянова А. В. Женская преступность несовершеннолетних как объект исследования гендерной криминологии // Известия ИГЭА. – 2007. – № 1. – С. 57–59.
12. Москаленко В. Д. Взрослые дети больных зависимостями – группа множественного риска // Психическое здоровье. – 2006. – № 5 (5). – С. 61–67.
13. Официальный сайт Министерства внутренних дел Российской Федерации 2013, МВД России. – <http://mvd.ru>
14. Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 2002. – 256 с.
15. Семке В. Я., Авдеев А. А., Бабушкина Л. У., Бохан Н. А. и др. К проблеме клинико-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения подростков // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1982. – Вып. 10. – С. 1517–1523.
16. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Распространенность, патоморфоз и клинико-психологические аспекты опийной наркомании в Томской области // Наркология. – 2002. – Т. 1, № 7. – С. 20–23.
17. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддитивных состояний // Наркология. – 2006. – Т. 5, № 1 (49). – С. 60–65.
18. Смолева Е. О. Влияние стилей семейного воспитания на формирование локуса контроля несовершеннолетних // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. – № 4. – С. 57–59.
19. Твердохлебова Н. В., Бохан Т. Г. Структурно-содержательные характеристики самосознания у лиц юношеского возраста с разной выраженностью пивной аддикции // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 41. – С. 64.
20. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
21. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – Т. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.
22. Bokhan N. A., Mandel A. I., Stoyanova I. Ya., Mazurova L. V., Aslanbekova N. V., Ankudinova I. E. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women // Journal of Psychology and Psychotherapy. – 2013. – Vol. 3. – Iss. 5. 128. – P. 1–4.
23. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
24. Christie C. A., Nelson C. M., Jolivet K. Prevention of anti-social and violent behavior in youth: A review of the literature. – Lexington, KY : University of Kentucky, 2005. – <http://www.edjj.org/prevention/plr.doc>
25. Woodside M. Children of alcoholic parents: Inherited and psycho-social influences // J. Psychoat. Treat. Eval. – 1983. – Vol. 5. – P. 531–537.

Транслитерация русских источников

1. Artamonova A. A. Aggressive behavior of adolescents as a precondition of offences // Vestnik Samarskoy gumanitar-noy akademii. Seriya: Pravo. – 2009. – N 1. – S. 53–58.
2. Bohan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 17–24.
3. Bokhan T. G., Galazhinsky E. V., Meshcheryakova E. I. Ethnopsychological, gender and age features of coping behavior of adolescents and youth of different nationalities of Siberian region // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. – 2005. – N22. – S. 71–78.
4. Bokhan T. G., Tverdokhlebova N. V. Problems of identity formation in adolescents and youth during formation of beer addiction // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. – 2012. – N 6. – S. 126–130.
5. Bokhan T. G. Ontogenetic approach to the problem of overcoming the critical situations in native and foreign research // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. 1999. – N 10. – S. 40–45.
6. Bokhan N. A., Titov S. S., Usov G. M., Chashchina O. A. Organizational model of prevention of addictive states in juvenile persons under conditions of territorial-educational cluster // Narkologiya. 2011. – T. 10, N6 (114). – S. 16–22.
7. Vorobyeva K. A. Influence of peculiarities of child-parent relations on genesis of aggressive attitude of the personality in adolescents from two-parent and one-parent families // Izvestiya PGPU im. V. G. Belinskogo. – 2012. – N 28. – S. 1174–1179.
8. Child homelessness and neglect: problems, ways of resolution // Analiticheskiy vestnik SF FS RF. – N 20 (176).
9. Elshansky S. P. Communicative deficiency in substance dependences // Vestnik MGGU im. M. A. Sholohova. Pedagogika i psihologiya. – 2010. – N 2. – S. 93–95.
10. Krivulin E. N., Betskov A. S., Bokhan N. A., Yurkina N. V. Clinical features of formation of addictive states in convicted persons of young age with auto-aggressive behavior // Narkologiya. – 2013. – T. 12, N 6 (138). – S. 57–60.
11. Kupriyanova A. V. Female juvenile delinquency as an object of investigation of gender criminology // Izvestiya IGAE. – 2007. – N 1. – S. 57–59.
12. Moskalenko V. D. Adult children of addicts – multiple risk group // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 5 (5). – S. 61–67.
13. Official website of Ministry of Internal Affairs of Russian Federation 2013, MVD Rossii. – <http://mvd.ru>
14. Pyatnitskaya I. N., Naydenova N. G. Adolescent narcology. – M.: Meditsina, 2002. – 256 s.
15. Semke V. Ya., Avdeenko A. A., Babushkina L. U., Bokhan N. A. i dr. To the problem of clinical-pathogenetic analysis and correction of disturbances of behavior in adolescents // Zhurn. nevropatolog. i psikiatrii. – 1982. – Vyip. 10. – S. 1517–1523.
16. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Prevalence, pathomorphosis and clinical-psychological aspects of opium addiction in Tomsk Region // Narkologiya. – 2002. – T. 1, N 7. – S. 20–23.

17. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Personological analysis in the context of systematics of addictive states // *Narkologiya*. – 2006. – Т. 5, N 1 (49). – С. 60–65.
18. Smoleva E. O. Influence of styles of family upbringing on formation of locus of control in juvenile persons // *Psihopedagogika v pravoohranitelnyih organah*. – 2009. – N 4. – С. 57–59.
19. Tverdokhlebova N. V., Bokhan T. G. Structural-content characteristics of self-consciousness in persons of juvenile age with different severity of beer addiction // *Sibirskiy psichologicheskii zhurnal*. – 2011. – N 41. – С. 64.

УДК 616. 891-099. 11
ББК Р645.021

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМО- СТЬЮ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАН- НЫХ В НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ СИНДРОМА ОТМЕНЫ

Сахаров А. В.^{*}, Говорин Н. В.

ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» Минздрава России
672090, Чита, ул. Горького, 39-а

Обследовано 128 мужчин и 100 женщин с алкогольной зависимостью, госпитализированных в наркологический стационар по поводу синдрома отмены. Были установлены следующие особенности женщин с алкогольной зависимостью: высокий процент психопатологически отягощенной наследственности, более позднее начало пьянства и формирования алкогольного абстинентного синдрома, менее продолжительные ремиссии, более частые госпитализации в наркологический стационар, существенная социальная дезадаптация, высокая частота коморбидных невротических расстройств в постабстинентном периоде. **Ключевые слова:** алкоголизм, синдром отмены алкоголя, невротические расстройства.

GENDER DIFFERENCES OF PERSONS WITH ALCOHOL DEPENDENCE, HOSPITALIZED TO NARCOLOGICAL HOSPITAL FOR ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME. Sakharov A. V., Govorin N. V. Chita State Medical Academy. 672090, Chita, Gorky's Street, 39-a. 128 men and 100 women with alcohol dependence, hospitalized to narcological hospital for alcohol withdrawal syndrome have been examined. Characteristics of women with alcohol dependence, identified, were as follows: high percentage of family history, later start of drinking and formation of alcohol withdrawal syndrome and short duration of remission, more frequent hospitalization to narcological hospital, substantial social exclusion, high frequency of related neurotic disorders in the period after alcohol withdrawal syndrome. **Keywords:** alcoholism, alcohol withdrawal syndrome, neurotic disorders.

В России в настоящее время продолжается накопление числа больных алкоголизмом и злоупотребляющих спиртными напитками [1, 2], совокупный показатель распространенности которых, по данным эпидемиологических исследований, составляет от 10—12 до 20 млн человек, т. е. это каждый 7—10-й житель страны, что оказывает значительное влияние на социальные и демографические процессы [5-6, 9]. При этом дальнейшее увеличение в нашей стране числа больных алкогольной зависимостью, в том числе ее ассоциированных форм и коморбидной патологии [11, 15], существенно происходит за счет женщин и молодого поколения [3, 4] и отражает в целом рост женского наркотизма [12].

^{*} Сахаров Анатолий Васильевич – д. м. н., проф. каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии. 89144796543. sawt@list.ru

Говорин Николай Васильевич – Заслуженный врач РФ, д.м.н., проф., зав. каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии. 83022355300. govorin-nik@yandex.ru

Так, еще в 80-е гг. XX века соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин составляло 10:1, в 1996 г. оно изменилось до 6:1 [7, 8]. В 2008 г. это соотношение уже составило 4,2:1, причем был отмечен более высокий уровень распространенности алкогольной и наркотической зависимости в женской среде в северных регионах нашей страны [10]. По официальным данным, в Забайкальском крае также отмечается рост заболеваемости алкоголизмом среди женщин: с 1999 г. этот показатель увеличился более чем в 3,5 раза [6].

Поэтому по-прежнему актуальным является исследование гендерных особенностей социально-демографических характеристик больных алкоголизмом, а также дифференцированный анализ формирования и течения алкогольной зависимости у мужчин и женщин.

Цель исследования: изучить гендерные различия лиц с алкогольной зависимостью II стадии, госпитализированных в наркологический стационар по поводу синдрома отмены алкоголя.

Материалы и методы. Сплошным методом проведено анкетирование, уточнение наркологического анамнеза и психологическое обследование больных синдромом зависимости от алкоголя II стадии, проходящих стационарное лечение в Краевом наркологическом диспансере Забайкальского края. Всего в исследование было включено 228 пациентов. Все они обратились за медицинской помощью для лечения алкогольного абстинентного синдрома (F10.302). Обследование осуществляли на 5–6-й день стационарного лечения, после купирования основных проявлений синдрома отмены.

Среди госпитализированных было 128 мужчин (56,2 %), они образовали 1-ю группу обследованных, 100 женщин (43,8 %) – 2-я группа обследованных. Средний возраст составил $41,3 \pm 0,78$ года ($40,7 \pm 1,03$ года – для мужчин и $42,2 \pm 1,18$ года – для женщин).

На каждого обследованного заполнялась специально разработанная карта. Степень никотиновой зависимости оценивалась с помощью теста Фагерстрема и определялась по сумме набранных баллов: 0–2 – очень слабая зависимость; 3–4 – слабая зависимость; 5 – средняя зависимость; 6–7 – высокая зависимость; 8–10 – очень высокая зависимость.

Распространенность невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича. Данный опросник включает в себя 68 вопросов, имеющих ранжированную пятибалльную оценку. Проставленные исследуемыми баллы переводятся в соответствующие диагностические коэффициенты. Суммируют данные коэффициенты по шести клиническим шкалам: шкала тревоги; шкала невротической депрессии;

шкала астении; шкала истерического типа реагирования; шкала обсессивно-фобических нарушений; шкала вегетативных нарушений. Сумма коэффициентов больше «+1,28» указывает на уровень здоровья, меньше «-1,28» указывает на болезненный характер выявляемых расстройств той или иной шкалы.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Наследственность психопатологически отягощена у 44,7 % пациентов с алкогольной зависимостью, структура которой была следующей: 84,3 % – алкоголизм близких родственников, 12,7 % – психические расстройства близких родственников, 3,0 % – самоубийства близких родственников.

В полной семье воспитывались 76,8 % обследованных, в неполной – 21,0 %, в детском доме – 2,2 %. Воспитывались в условиях гипопеки 15,4 % пациентов с алкогольной зависимостью. Отношения в родительской семье как плохие охарактеризовали 4,4 % респондентов, 33,4 % отметили низкий достаток семьи в детстве.

Среди пациентов 12,7 % имели неполное среднее образование, 34,2 % – среднее, 36,8 % – среднеспециальное, 16,3 % – высшее. В настоящее время работает 56,1 % обследованных, безработными считаются 43,9 %.

Холостыми, разведенными являются 42,1 % респондентов; 62,6 % из них проживают одни, 37,4 % – с родителями. Лица, состоящие в браке, охарактеризовали отношения в своей семье как плохие – 12,7 % случаев, как средние – 46,5 %, как хорошие – 40,8 %. Считают свою семью малообеспеченной 34,6 % обследованных. Бытовые условия проживания неудовлетворительными называют 44,3 % больных алкоголизмом.

В течение жизни приводы в полицию имели 41,2 % пациентов наркологического стационара, судимыми были 24,6 %. Суицидальные попытки ранее совершали 16,2 % опрошенных. Черепно-мозговые травмы в анамнезе перенесли 33,3 % респондентов. Хронические соматические заболевания, по поводу которых регулярно наблюдаются у терапевта, имели место у 17,5 %.

В таблице 1 представлены социально-демографические характеристики и некоторые данные анамнеза больных алкоголизмом в зависимости от пола.

Т а б л и ц а 1
Некоторые характеристики лиц с алкогольной
зависимостью II стадии в зависимости от пола, %

| Характеристика | Мужчины (n=128) | Женщины (n=100) |
|--|--------------------|--------------------|
| Психопатологически отягощенная наследственность | 38,3 | 53,0 *** |
| Структура отягощенной наследственности | | |
| Алкоголизм | 81,6 | 86,8 |
| Психические расстройства | 16,3 | 9,4 |
| Самоубийства | 2,1 | 3,8 |
| Условия воспитания | | |
| В полной семье | 68,0 | 87,0 *** |
| В неполной семье | 28,1 | 13,0 ** |
| В детском доме | 3,9 | 0,0 |
| Воспитание в условиях гипоопеки | 19,5 | 10,0 * |
| Плохие взаимоотношения в родительской семье | 7,0 | 1,0 * |
| Малообеспеченность родительской семьи | 25,8 | 18,0 |
| Уровень полученного образования | | |
| Неполное среднее | 19,5 | 4,0*** |
| Среднее | 35,2 | 33,0 |
| Среднеспециальное | 29,7 | 46,0 ** |
| Высшее | 15,6 | 17,0 |
| Безработные | 29,7 | 62,0 *** |
| Одинокие | 33,6 | 53,0 ** |
| Неудовлетворительные отношения в своей семье | 58,6 | 60,0 |
| Малообеспеченность семьи | 36,7 | 32,0 |
| Неудовлетворительные бытовые условия проживания | 48,4 | 39,0 |
| Приводы в полицию | 53,9 | 25,0 *** |
| Судимость | 34,4 | 12,0 *** |
| Суицидальные действия в анамнезе | 13,3 | 20,0 |
| ЧМТ в анамнезе | 43,0 | 21,0 *** |
| Регулярное наблюдение у терапевта по поводу хронического соматического заболевания | 14,8 | 21,0 |

*Примечание. Статистическая значимость различий между мужчинами и женщинами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.*

Как видно из таблицы 1, наследственность психопатологически была чаще ($p < 0,001$) отягощена у женского контингента по сравнению с мужским, при этом структура ее не отличалась.

Условия воспитания, проживания, материальный достаток и взаимоотношения в родительских семьях женщин с алкогольной зависимостью были лучше, чем у мужчин. Стоит отметить, что образовательный уровень пациентов женского пола несколько выше, чем мужского, в то же время работают в настоящее время 70,3 % мужчин и лишь 38,0 % женщин ($p < 0,001$).

Среди пациентов женского пола в наркологическом стационаре преобладают одинокие (53,0 %), замужем находятся только 47,0 % женщин; эти показатели среди мужчин составляют 33,6 и 66,4 % соответственно ($p < 0,01$). Семьи больных алкоголизмом мужчин и женщин не отличаются по своим характеристикам, следует отметить часто встречающийся низкий уровень жизни, низкий материальный достаток и неудовлетворительные взаимоотношения с другими членами семьи, что согласуется

с данными других авторов при исследовании проблем созависимости у женщин в аддиктивных семьях [11, 13], в том числе при диссоциативном формировании алкоголизма [14].

Мужской контингент обследованных, в сравнении с женским, существенно чаще ($p < 0,001$) имел в течение жизни приводы в милицию и судимость; у них чаще ($p < 0,001$) фиксировались в анамнезе черепно-мозговые травмы. В свою очередь женщины чаще совершали суицидальные действия, преимущественно в алкогольном опьянении, чаще наблюдались у терапевта по поводу имеющейся соматической патологии.

При уточнении наркологического анамнеза выявлено, что курят в настоящее время 80,3 % больных алкоголизмом. Согласно тесту Фагерстрема, среди курящих очень слабая зависимость диагностирована в 10,4 % случаев, слабая – у 20,8 %, средняя – у 16,3 %, высокая – у 31,2 %, очень высокая – у 21,3 %.

Употребляли каннабиноиды в течение жизни 34,7 % обследованных, при этом 5,4 % больных алкоголизмом курили гашиш систематически.

Возраст начала эпизодического употребления алкоголя составил в среднем $20,2 \pm 0,55$ года, возраст начала злоупотребления спиртными напитками был равен в среднем $28,2 \pm 0,60$ года. Вторая стадия алкоголизма сформировалась в среднем в $33,6 \pm 0,65$ года. 82,9 % обследованных в настоящее время предпочитают крепкие спиртные напитки, 13,2 % – пиво, 3,9 % – вино и коктейли. Частота запоев в год у одного больного составила в среднем $5,3 \pm 0,3$ раза; максимальная длительность ремиссии в последние 2–3 года была равна в среднем $4,4 \pm 0,4$ месяца. Судорожные припадки в абстиненции ранее регистрировались у 21,5 % лиц с алкогольной зависимостью, алкогольные психозы в анамнезе – у 38,2 %. Неоднократно в течение года обращались за стационарной наркологической помощью 31,6 % респондентов.

Наркологический анамнез в зависимости от пола обследованных пациентов представлен в таблице 2.

Большинство лиц с алкогольной зависимостью вне зависимости от пола являются курящими. При этом по тесту Фагерстрема у мужчин высокая и очень высокая степень никотиновой зависимости установлена в 61,3 % случаев, у женщин – в 42,8 % ($p < 0,01$). Мужской контингент, в сравнении с женским, чаще употреблял каннабиноиды.

Возраст начала эпизодического и систематического употребления алкоголя у представителей мужского пола был существенно ниже, чем у представителей женского пола. У женщин возраст формирования абстинентного синдрома также был значимо выше.

Не установлено отличий между мужчинами и женщинами ни по длительности запоев, ни по их частоте, ни по длительности абстиненции; структура предпочитаемых алкогольных напитков была также одинаковой.

Т а б л и ц а 2
Данные наркологического анамнеза лиц с алкогольной зависимостью II стадии в зависимости от пола

| Характеристика | Мужчины (n=128) | Женщины (n=100) |
|---|-----------------|-----------------|
| Курят, % | 82,8 | 77,0 |
| Степень никотиновой зависимости, % | | |
| Очень слабая | 4,7 | 18,2 ** |
| Слабая | 23,6 | 18,2 |
| Средняя | 10,4 | 20,8 * |
| Высокая | 37,7 | 23,3 * |
| Очень высокая | 23,6 | 19,5 |
| Употребление каннабиноидов в анамнезе, % | 40,6 | 27,0 * |
| Возраст начала эпизодического приема алкоголя, лет | 17,9±0,55 | 23,0±0,96** |
| Возраст начала злоупотребления алкоголем, лет | 26,3±0,76 | 30,4±0,91* |
| Возраст формирования синдрома отмены, лет | 32,2±0,87 | 35,3±0,95* |
| Предпочитаемый алкогольный напиток, % | | |
| Крепкие спиртные напитки | 82,0 | 83,0 |
| Пиво | 12,5 | 13,0 |
| Вино и коктейли | 5,5 | 4,0 |
| Частота запоев в год | 5,4±0,4 | 5,2±0,4 |
| Длительность максимальной ремиссии в последние 2-3 года, мес | 4,7±0,6 | 3,9±0,4 |
| Судорожные припадки в абстиненции, % | 18,8 | 25,0 |
| Алкогольные психозы в анамнезе, % | 40,6 | 35,0 |
| Многочисленные госпитализации в течение года в наркологический стационар, % | 25,0 | 41,0 ** |

Примечание. Статистическая значимость различий между мужчинами и женщинами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Установлено, что продолжительность ремиссий у женщин была несколько меньше в сравнении с мужчинами. Неоднократно в течение года в наркологический стационар госпитализировались 41,0 % женщин и лишь 25,0 % мужчин ($p < 0,01$).

Т а б л и ц а 3
Распространенность невротических расстройств у лиц с алкогольной зависимостью в постабстинентном периоде, %

| Невротические расстройства | Мужчины (n=128) | Женщины (n=100) | Оба пола (n=228) |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Тревожные (F41) | 43,0 | 59,0 ** | 50,0 |
| Депрессивные (F43) | 62,5 | 73,0 | 67,1 |
| Астенические (F48.0) | 46,1 | 59,0 * | 51,8 |
| Истерические (F44) | 50,8 | 70,0 *** | 59,2 |
| Обсессивно-фобические (F42) | 53,1 | 80,0 *** | 64,9 |
| Вегетативные (F45.3) | 54,7 | 76,0 *** | 64,1 |

Примечание. Статистическая значимость различий между мужчинами и женщинами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

При проведении анализа результатов по тесту Яхина-Менделевича у больных алкоголизмом в постабстинентном периоде болезненные изменения по шкале тревоги выявлены у 50,4 % ($-4,61 \pm 0,23$ в среднем); по шкале невротической депрессии – у 67,1 % ($-6,34 \pm 0,23$ в среднем); по

шкале астении – у 51,7 % ($-4,02 \pm 0,20$ в среднем); по шкале истерического типа реагирования – у 59,2 % ($-5,23 \pm 0,23$ в среднем); по шкале обсессивно-фобических нарушений – у 64,9 % ($-4,67 \pm 0,20$ в среднем); по шкале вегетативных нарушений – у 64,4 % ($-6,61 \pm 0,39$ в среднем).

В таблице 3 приведена распространенность невротических расстройств у больных алкоголизмом, в том числе в зависимости от пола.

Кроме того, у пациентов наркологического стационара пограничный уровень невротических расстройств (предболезнь) по шкале тревоги выявлен в 18,4 % случаев; по шкале невротической депрессии – в 18,0 %; по шкале астении – в 14,0 %, по шкале истерического типа реагирования – в 22,8 %, по шкале обсессивно-фобических нарушений – в 15,4 %, по шкале вегетативных нарушений – в 11,8 %. Не зарегистрировано оформленных невротических расстройств в постабстинентном периоде только у 17,1 % пациентов: у 22,7 % мужчин и у 10,0 % женщин ($p < 0,01$).

З а к л ю ч е н и е. Таким образом, нами установлены следующие особенности женщин с алкогольной зависимостью II стадии в сравнении с мужчинами: высокий процент психопатологически отягощенной наследственности, более позднее начало пьянства и формирования алкогольного абстинентного синдрома, менее продолжительные ремиссии, более частые госпитализации в наркологический стационар и существенная социальная дезадаптация (большинство являются безработными и одинокими). При этом у всех женщин в постабстинентном периоде присутствуют либо оформленные невротические расстройства, либо имеется пограничный уровень невротических расстройств, что требует обязательной медикаментозной и (или) психотерапевтической коррекции. В то же время мужской контингент больных алкоголизмом более склонен к криминальному поведению, употреблению наркотических средств и чаще имеет коморбидное травматическое поражение ЦНС. Полученные результаты должны учитываться при выборе дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Мандель А. И., Максименко Н. Н., Михалева Л. Д. Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 31–35.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадыргы И. О., Асланбекова Н. В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 6. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
3. Бохан Н. А., Благоев Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.

4. Бохан Н. А., Мандель А. И., Анкудинова И. Э., Трескова И. А., Кисель Н. И. Клиническая коморбидность психоневрологических проявлений алкоголизма у женщин // Наркология. – 2011. – № 10 (118). – С. 36–41.
5. Говорин Н. В., Сахаров А. В., Гаймоленко А. С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 184 с.
6. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Алкогольная смертность. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. – 164 с.
7. Егоров В. Ф. и др. Наркологическая ситуация в России (по данным официальной медицинской статистики за 1996 год) // Российский медицинский журнал. – 1998. – Т. 6, № 2. – С. 109.
8. Кошкина Е. А. Распространенность алкоголизма и наркоманий среди населения России // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 3. – С. 87.
9. Кошкина Е. А. и др. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. – М. : ПЕР СЭ, 2008. – 288 с.
10. Кузнецов В. Н. Гендерные особенности алкоголизма в Томской области (клинические и терапевтические аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010.
11. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – Т. 5, № 1 (49). – С. 60–65.
12. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
13. Bokhan N. A., Mandel A. I., Stoyanova I. Ya., Mazurova L. V., Aslanbekova N. V., Ankudinova I. E. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women // Journal of Psychology and Psychotherapy. – 2013. – Vol. 3. – Iss. 5. 128. – P. 1–4.
14. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
15. Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S. Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // Cent. Eur. J. Public Health. – 2010. – V. 18 (3). – P. 132–138.
9. Koshkina E. A. i dr. Medical, social and economic consequences of drug addiction and alcoholism. – M. : PER SE, 2008. – 288 s.
10. Kuznetsov V. N. Gender features of alcoholism in Tomsk Region (clinical and therapeutic aspects) : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – M., 2010.
11. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Personological analysis in the context of systematics of addictive states // Narkologiya. – 2006. – T. 5, N 1 (49). – S. 60–65.

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N. A., Mandel A. I., Maximenko N. N., Mikhaleva L. D. Lethal outcomes in alcohol dependence // Narkologiya. – 2007. – N 12. – S. 31–35.
2. Bokhan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyrgy I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in native population of Siberia // Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. – 2013. – N 6. – T. 113, vyip. 2. – S. 9–14.
3. Bokhan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 17–24.
4. Bokhan N. A., Mandel A. I., Ankudinova I. E., Treskova I. A., Kisel N. I. Clinical comorbidity of psychoneurological manifestations of alcoholism in women // Narkologiya. – 2011. – N 10 (118). – S. 36–41.
5. Govorin N. V., Sakharov A. V., Gaymolenko A. S. Alcohol factor in criminal aggression and auto-aggression. – Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedorov», 2009. – 184 s.
6. Govorin N. V., Sakharov A. V. Alcohol lethality. – Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedorov», 2012. – 164 s.
7. Egorov V. F. i dr. Substance abuse situation in Russia (according to data of medical statistics for 1996) // Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal. – 1998. – T. 6, N 2. – S. 109.
8. Koshkina E. A. Prevalence of alcoholism and drug addictions among population of Russia // Psihiatriya i psiofarmakoterapiya. – 2002. – T. 4, N 3. – S. 87.

УДК 616.89-008.13-8
ББК Р645.021.11-1

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СИНДРОМ ОТМЕНЫ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Овчинников А. А.^{*}, Наров М. Ю.,
Киреева А. И.

ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России
630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

У пациентов с аффективными расстройствами и синдромом отмены при алкогольной зависимости выделены варианты: тревожно-депрессивный с преобладанием тревожной симптоматики; депрессивный с анергией и пессимистической проекцией в будущее; дисфорический с травматическим детским опытом; ангедонистический, при котором депрессивный фон маскировался ангедонистической симптоматикой. Предложенная клиническая типология аффективных расстройств отражает клиничко-описательных компонент искаженного аффективного функционирования пациентов с алкогольной зависимостью и факторы причинности в патогенезе данных расстройств. **Ключевые слова:** аффективные расстройства, алкогольная зависимость, синдром отмены.

AFFECTIVE DISORDERS AND WITHDRAWAL SYNDROME IN ALCOHOL DEPENDENCE. Bokhan N. A.¹, Ovchinnikov A. A.², Narov M. Yu.², Kireeva A. I.² ¹Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ²Novosibirsk SMU of Ministry of Healthcare of Russia. 630091, Novosibirsk, Krasnyy Avenue, 52. In patients with affective disorders and withdrawal syndrome in alcohol dependence, the distinguished variants were as follows: anxiety-depressive with predominance of symptoms of anxiety, depressive with anergy and pessimistic projection into the future; dysphoric with traumatic child experience; anhedonistic in that depressive background was masked by anhedonistic symptoms. Proposed clinical typology of affective disorders reflects clinical-descriptive component of distorted affective functioning of patients with alcohol dependence and causal factors in pathogenesis of these disorders. **Key words:** affective disorders, alcohol dependence, withdrawal syndrome.

Аффективные нарушения при алкогольной зависимости, также как и при наркотической, по мнению большинства авторов, практически обязательны для любых этапов ее формирования [2, 9]. Это относится к аффективной составляющей в структуре патологического влечения к алкоголю (ПВА), а также облигатному присутствию аффективных нарушений как в ремиссионный период, так и в состояниях отмены [4, 5, 8]. В ряде исследований показана высокая ассоциированность алкогольной зависимости и аффективных нарушений [7, 14], в том числе среди пациентов общесоматической сети [3, 13] и у созависимых в аддиктивных семьях [6, 10].

Однако на настоящий момент по-прежнему отсутствует единая позиция относительно механизмов формирования подобного рода ассоциированности [5]. Одни авторы считают, что данная проблема должна рассматриваться операционально, т. е. в контексте коморбидности и «двойного диагноза» [7], другие придерживаются альтернативной позиции, суть которой заключается в том, что формирование зависимости от психоактивных веществ – это процесс формирования аффективных нарушений в структуре того или иного типа зависимости [12]. На наш взгляд, компромиссная позиция относительно этого вопроса частично отражается в концепции «первичности и вторичности» аффективных расстройств при алкогольной зависимости.

Данная точка зрения в большей степени объясняет первичные, фактически коморбидные взаимосвязи зависимости алкоголизма и аффективных нарушений. На наш взгляд, для корректного объяснения механизмов формирования аффективных нарушений при алкогольной зависимости необходима динамическая ретроспективная и проспективная оценка формирования зависимости от алкоголя [11]. Действительно, преобладание расстройств тревожно-депрессивного спектра на начальных этапах алкогольной аддикции и постепенное смещение к аутохтонному проявлению аффективных нарушений на этапах исхода уже сформированной зависимости иллюстрирует, с одной стороны, перманентное существование аффективных расстройств в структуре алкогольной зависимости, а с другой стороны, определенные «качественные предпочтения» типологических вариантов аффективных нарушений к этапу исхода сформированной зависимости от алкоголя [1]. Типы аффективных расстройств при алкоголизме можно расположить в виде «гипотетической линии», в начале которой преобладают тревожные и депрессивные компоненты, а на этапах исхода алкоголизма – аффективный спектр, включающий аутохтонные варианты аффективных расстройств [11].

Целью нашего исследования являлось изучение и типологизация аффективных нарушений на примере группы пациентов с верифицированным диагнозом алкоголизм второй стадии (n=120).

Фрагментом данного исследования явилась группа пациентов с состоянием отмены во временной экспозиции до 2 недель (n=64).

Для типологизации аффективных нарушений на период состояния отмены у пациентов с алкогольной зависимостью использовался как описательный клинический инструментарий, так и психометрический скрининг (шкала алекситимии – TAS, шкала диссоциации – DES, шкала Бека и шкала Тейлора).

^{*} Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., проф. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии.

Выбор психометрического инструментария был связан с необходимостью выявить взаимосвязи и взаимозависимости диссоциативных, тревожных, гипотимических и соматизированных компонентов, участвующих в формировании различных аффективных нарушений у пациентов с синдромом алкогольной зависимости на период регистрируемого состояния отмены. Критерием исключения из данной группы были пациенты с аффективными и соматическими расстройствами, предшествующими формированию алкогольной зависимости.

В клинической картине состояния отмены у пациентов со второй стадией зависимости от алкоголя доминировали тревожные компоненты ($34,22 \pm 3,64$), объективизируемые по шкале Тейлора с постепенным снижением данного показателя к концу 2-й недели ($26,34 \pm 2,36$). В динамике постепенная редукция тревожного компонента была более замедленной относительно соматовегетативных нарушений, которые наиболее ярко проявлялись в первые 3—5 дней периода абстиненции с высокими показателями по шкале TAS ($78,0 \pm 2,1$), плавно снижающимися в течение 2 недель (до $73,6 \pm 1,2$), что свидетельствовало о транзиторном феномене алекситимии на момент состояния отмены. Подобная тенденция к снижению показателей наблюдалась и при скрининге по шкалам Бека и Тейлора. Эти данные с учетом показателей по шкале DES (снижение «диссоциативной напряженности» к концу второй недели (с $16,42 \pm 1,32$ до $13,22 \pm 1,26$) указывают на тесную взаимосвязь таких феноменов, как алекситимия, диссоциация и аффективные нарушения в структуре абстинентного синдрома. При этом подразумевается, что аффективные нарушения при алкогольной зависимости имеют нетождественные источники формирования и могут корректным образом типологизироваться в соответствующем клиническом контексте.

При анализе полученных в ходе исследования данных обнаружена положительная корреляция между соматическими симптомами состояний отмены и показателями Торонтской шкалы алекситимии (TAS). Это обстоятельство позволило предположить тесную взаимосвязь между соматовегетативными и аффективными симптомами в состоянии отмены, поскольку после позднего периода (8 недель) абстиненции показатели TAS имели положительную корреляционную взаимосвязь с тревогой и отрицательную связь с депрессивными симптомами.

В клинической картине состояния отмены пациенты предъявляли жалобы не только соматического характера, демонстрирующие гиперактивацию автономной нервной системы, но и жалобы на тревогу. Тревога характеризовалась ощущением недифференцированной опасности и обращенностью не только в будущее, но и на текущий (актуальный) момент.

Тревожные опасения за свое здоровье в ряде случаев могли принимать форму страхов за функционирование отдельных органов и систем, со своеобразной катастрофизацией возможных исходов состояния абстиненции. Интересен тот факт, что объективизируемые высокие показатели депрессии по шкале Бека на период состояния отмены практически не определялись клинически. Мы интерпретировали этот факт слишком выраженными соматовегетативными проявлениями и тревогой. Действительно, если соматовегетативная симптоматика в среднем купировалась при детоксикации к 6–10-му дню, то расстройства в аффективной сфере оставались интактными в течение 2–7 месяцев. Тревога претерпевала изменения в контексте содержания: после активных опасений за свое здоровье пациенты проявляли беспокойство в связи с внешними обстоятельствами (семейные и профессиональные проблемы в связи с алкоголизацией). Плавающий контекст тревожных опасений, тематическая трансформация тревоги и ориентация в будущее в большей степени указывали на ее ситуационную обусловленность. С другой стороны, при внешней упорядоченности в постабстинентный период, при отсутствии поведенческих проявлений тревоги, ее уровень при объективизации (шкала Тейлора) повышен при сравнении с нормативными показателями. Относительно депрессивных проявлений наблюдалась согласованность между экспериментально-психологическими показателями и внешними проявлениями депрессии. В клинической картине депрессивный спектр переживаний тематически затрагивал периоды прошлого и настоящего времени. Идеи самообвинения и уничижения с заниженной самооценкой тесно коррелировали с темпом формирования зависимости и были выражены в большей степени в подгруппе лиц с высокой прогрессивностью (18,6% – от общей выборки «алкоголизм II стадии»). В переживаниях доминировали идеи, тесно ассоциированные с чувством вины и стыда.

В зависимости от психометрических показателей и наблюдающейся клинической картины нами было выделено несколько вариантов аффективных нарушений в структуре состояния отмены при алкогольной зависимости.

Тревожно-депрессивный вариант ($n=14$) в количественном отношении занимал промежуточное положение и характеризовался преобладанием в клинической картине тревожной симптоматики. По мере купирования состояния отмены наибольшей редукции подвергался тревожный компонент при относительной интактности депрессивного фона.

Депрессивный вариант ($n=4$) регистрировался у минимального количества обследуемых, однако типичный для депрессии комплекс вины

в клинической картине не доминировал. В большей степени пациенты предъявляли жалобы на апатию с пессимистической проекцией в будущее. Пациенты этой группы отличались большей длительностью заболевания, частыми госпитализациями в связи с рецидивами.

Дисфорический вариант (n=20) по психометрическим показателям отличался более выраженной «диссоциативной напряженностью» (DES-18, 32±1,46), которая обнаруживала положительную корреляцию с травматическим детским опытом в контексте дисфункциональной семьи и физическими травмами, регистрируемыми на период становления и развития алкогольной зависимости.

Ангедонистический вариант (n=24) характеризовался высокими показателями по шкале диссоциации (17,24±1,42) и по шкале Бека (24,8±3,2). Однако собственно депрессивный фон маскировался ангедонистической симптоматикой, являющейся наиболее устойчивой как в течение состояния отмены, так и в постабстинентный период (8,24±2,32 месяца). Данный вариант с положительной корреляцией относительно психологической травматизации на период формирования зависимости от алкоголя отличался наибольшей устойчивостью клинической картины ангедонии и социальной дезадаптацией как феномена, наблюдаемого на этапах исхода алкоголизма.

При анализе выделенных типологических вариантов с использованием клинических, хронологических показателей и психометрических данных было выяснено, что клиническая типология аффективных расстройств отражает не только клиничко-описательных компонент искаженного аффективного функционирования пациентов с алкогольной зависимостью, но и факторы причинности, играющие существенную роль в формировании (патогенезе) данных расстройств.

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Овчинников А. А. Диссоциативная парадигма в наркологии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. – 264 с.
2. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
3. Бохан Н. А., Коробицина Т. В. Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11–17.
4. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадырғы И. О., Асланбекова Н. В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
5. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30–35.
6. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – Т. 5, № 1 (49). – С. 60–65.
7. Счастный Е. Д. Распространенность и клинко-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств : автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 2001. – 43 с.
8. Bokhan N. Behandlung des Alkoholentzugssyndrom mit ultrahochfrequenter elektromagnetischer Bestrahlung-Indikation und Wirksamkeit. – Sucht. – Neuland-Verlagsgesellschaft. – 1993. – N 2. – S. 141–142.
9. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – T. 49, № 2. – Suppl. – C. 251–254.
10. Bokhan N. A., Mandel A. I., Stoyanova I. Ya., Mazurova L. V., Aslanbekova N. V., Ankudinova I. E. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women // Journal of Psychology and Psychotherapy. – 2013. – Vol. 3. – Iss. 5. 128. – P. 1–4. doi: 10.4172/2161-0487.1000128
11. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
12. Guze S. B. Secondary depression : Observation in alcoholism, Briquet's syndrome, anxiety disorder, schizophrenia, and antisocial personality : A form of comorbidity? // Psych. Clin. N. Am. – 1990. – V. 13. – P. 651–659.
13. Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S. Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // Cent. Eur. J. Public Health. – 2010. – V. 18 (3). – P. 132–138.
14. Weissman M. M., Myer J. K. Clinical depression in alcoholism // Amer. J. Psychiat. – 1980. – V. 137. – P. 372–373.

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissocial paradigm in narcology. – Tomsk : Izd-vo Tom. un-ta, 2009. – 264 s.
2. Bokhan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. neurologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 17–24.
3. Bokhan N. A., Korobitsina T. V. Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medical practice // Psihicheskie rasstroystva v obschey meditsine. – 2008. – N 3. – S. 11–17.
4. Bokhan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyrgy I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in native population of Siberia // Zhurnal neurologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova. – 2013. – T. 113, vyip. 2. – S. 9–14.
5. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Clinical-dynamic approach to systematic of addictions // Narkologiya. – 2005. – T. 4, N 12. – S. 30–35.
6. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Personological analysis in the context of systematic of addictive states // Narkologiya. – 2006. – T. 5, N 1 (49). – S. 60–65.
7. Schastnyy E. D. Prevalence and clinical-constitutional patterns of depressive disorders polymorphism : avtoref. dis. ... d.m.n. – Tomsk, 2001. – 43 s.

УДК 616.89-008.441.33-053.5
ББК Р645.021.1+Р733

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННА- БИНОИДОВ У ПОДРОСТКОВ

Бохан Н. А.¹, Кривулина О. Е.²,
Кривулин Е. Н.²

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ГБОУ ВПО «Южно-Уральский ГМУ» Минздрава России»
454092, Челябинск, ул. Воровского 64

Изучены особенности формирования и клинико-динамическая симптоматика зависимости от синтетических каннабиноидов у 41 подростка в возрасте 13–17 лет, которые по признаку наличия или отсутствия суицидального поведения в клинике заболевания были разделены на 2 группы. Выделены социально-демографические, медико-биологические характеристики этих пациентов и клинические особенности картины опьянения, синдрома отмены и динамики формирования данной патологии. **Ключевые слова:** подростки, зависимость, синтетические каннабиноиды, факторы риска, клиника, динамика.

CLINICAL-DYNAMIC TRAITS OF SYNTHETIC CANNABINOID DEPENDENCE IN ADOLESCENTS. Bokhan N. A.¹, Krivulina O. E.², Krivulin E. N.² ¹Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ²«South Ural State Medical University» Ministry of Health of Russia. 454092, Chelyabinsk, Vorovsky's Street, 64. Peculiarities of formation and dynamic of clinical symptoms of synthetic cannabinoid dependence in 41 adolescents aged 13–17 years have been studied. Based on presence or absence of suicidal behavior in clinic of disease, adolescents were divided into 2 groups. Socio-demographic, medical and biological characteristics of these patients and clinical traits of picture of intoxication, withdrawal syndrome and dynamic of formation of this pathology have been distinguished. **Key words:** adolescents, addiction, synthetic cannabinoids, risk factors, clinical traits, dynamic.

Актуальность исследования. Синтетические наркотики K2, или spise, относящиеся к классу каннабиноидов, стали популярной легальной альтернативой марихуаны среди подростков и лиц молодого возраста во многих странах мира, в частности в США с 2006 г., а затем и в Европе с 2008 г. Начиная с 2009 г. в России стали отмечаться случаи злоупотребления, а позже и синдрома зависимости среди подростков от курительных смесей под общим названием «спайс», появление которых привело к расширению прежнего арсенала наркотических средств при комбинированном употреблении подростками психоактивных веществ [1, 6, 7]. Данные наркотические вещества рекламировались, рекомендовались и продавались вполне легально, как травяная смесь благовоний, которые могли содержать комбинацию синтетических каннабиноидов и других химических веществ, являющихся агонистами CB1/CB2 каннабиноидных рецепторов.

Содержание и состав различных химических веществ в курительных смесях спайс постоянно меняются, что затрудняет законодательное запрещение данного продукта. В настоящее время известно о более 100 различных синтетических каннабиноидах. К наиболее распространенным синтетическим каннабиноидам, которые по химической структуре близки к тетрагидроканнабинолу, активному ингредиенту марихуаны, относятся несколько веществ, в том числе JWH-018, JWH-073, JWH-200, ср-47,497, cannabicyclohexanol (по данным Агентства по борьбе с наркотиками США, DEA, 2010).

В отдельных зарубежных исследованиях приводятся показатели распространенности потребления синтетических наркотиков среди молодежи и других возрастных групп. Об использовании K2 сообщили 69 человек (8 %) из выборки 852 студентов колледжа. Среди социально-демографических характеристик у них выделен средний возраст выборки, который составил 20,6±5,1 года. Примерно половина респондентов (47,0 %) были женщинами. Большинство студентов (70,0 %) были студентами первого или второго года обучения. 64,0 % опрошенных были одиночками. Большинство опрошенных студентов (71,0 %) жили в студенческом городке. Об употреблении других веществ, в частности о курении сигарет, сообщили 34,0 % респондентов, 36,0 % курили марихуану, 39,0 % – кальянный табак (2, 5).

У пациентов с клиникой интоксикации синтетическими каннабиноидами, поступающих в отделения неотложной помощи, исследователи отмечают высокие уровни сердечного ритма 35,0 %) и артериального давления (10,0 %), рвоту, сонливость (27,0 %), беспокойство (22,0 %), галлюцинации (17,0 %), судороги (7,0 %), тремор (дрожание), сильное возбуждение и агрессию, попытки самоубийства, паранойю, развитие наркотической зависимости, потерю физического контроля, расстройство сознания, доходящее до комы [3, 4].

Таким образом, данные зарубежных исследований и собственный опыт свидетельствуют, что клиническая картина психических и поведенческих расстройств, развивающихся вследствие употребления синтетических каннабиноидов, значительно отличается от клиники гашишной наркомании рядом клинико-психопатологических особенностей, формой течения заболевания и исходом.

С учётом вышесказанного, а также принимая во внимание неблагоприятное течение и высокий уровень рискованного поведения среди потребителей синтетических каннабиноидов, нам представлялось крайне важным изучение различных аспектов данной патологии.

Цель исследования: изучить социально-демографические и медико-биологические характеристики потребителей курительных смесей, а также некоторые клинко-динамические особенности зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков с наличием или отсутствием суицидального поведения, госпитализированных в наркологический стационар.

Материалы и методы. Клинко-анамнестическому, клинко-психопатологическому, клинко-катамнестическому исследованию подверглись 41 подросток в возрасте от 13 до 17 лет, госпитализированных в детско-подростковое отделение Челябинской областной клинической наркологической больницы в 2012-2013 гг., в анамнезе и клинике которых были выявлены психические и поведенческие расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (курительные смеси, спайс). В ходе исследования всех подростков разделили на две группы. В I группу (n=12, средний возраст $15,7 \pm 0,53$ года) вошли обследуемые, в клинике и анамнезе которых было выявлено аутоагрессивное поведение в виде суицидальных попыток. Во II группу (n=29, средний возраст $15,7 \pm 0,18$ года) вошли подростки с отсутствием данного признака – аутоагрессивного поведения.

Результаты исследования. Сравнительный анализ социально-демографических, медико-биологических и клинко-динамических характеристик изучаемого контингента больных позволил установить некоторые патодинамические особенности формирования зависимости у подростков.

Социально-демографические и медико-биологические характеристики имели следующие особенности. Среди подростков с суицидальным поведением (I группа) было 50,0 % (n=6) лиц мужского и вторая половина (n=6; 50,0 %) женского пола против 28 (96,5 %) мальчиков и 1 (3,5 %) девочки во II группе. По возрастному фактору по группам наблюдения пациенты распределились следующим образом: 4 (33,3 %) и 12 (41,4 %) подростков в возрасте от 13 до 15 лет, 8 (66,7 %) и 17 (58,6 %) – от 16 до 17 лет. Все обследованные I и II групп были учащимися образовательных учреждений. Половина подростков (n=6; 50,0 %) I группы воспитывалась в полной семье; соответственно вторая половина – матерью или отцом. Тогда как большинство несовершеннолетних II группы воспитывались в полной семье (55,2 %; n=16), одной матерью или отцом (34,5 %; n=10), 2 (6,8 %) пациентов находились в детском доме, 1 ребенок (3,5 %) опекался родственниками. Независимо от состава семьи часть несовершеннолетних обеих групп воспитывалась в условиях гипоопеки (16,7 и 31,0 %) или безнадзорности (16,7 и 10,3 %).

По фактору наследственной отягощенности психическими и наркологическими заболеваниями пациенты II группы выглядели более благополучно: здоровые пробанды – 50,0 % в I группе и 62,0 % во II группе. Наследственная отягощенность алкоголизмом типична для 27,6 % больных I группы и 16,7 % пациентов II группы ($p < 0,05$). Отягощенность алкоголизмом и наркоманией в большей мере характерна для несовершеннолетних I группы (33,3 и 10,3 %; $p < 0,05$).

До начала употребления психоактивных веществ большинство лиц в клинике и анамнезе имели психическую патологию. Среди подростков I группы у 4 (33,3 %) пациентов в преморбиде наблюдалась резидуально-органическая патология головного мозга и в 16,7 % случаев соответственно умственная отсталость, нарушения поведения и невротические расстройства. Тогда как у подростков II группы резидуально-органическая церебральная недостаточность имела место у 11 (37,9 %) больных, умственная отсталость – у 1 (3,5 %), расстройства поведения – у 4 (13,8 %), невротические расстройства – в 20,7 % случаев (n=6). Проведенный анализ свидетельствует, что у пациентов обеих групп в преморбиде доминировала психическая патология в виде резидуально-органической церебральной недостаточности и невротических расстройств. Типичной преморбидной психической патологией для части лиц с суицидальным поведением являлась умственная отсталость и расстройства поведения.

Сравнительный анализ преморбидных личностных особенностей по группам наблюдения (табл. 1) показал, что с одинаковой частотой в обеих группах встречались смешанные истероэпилептоидные (33,3 и 31,0), эпилептоидные (16,7 и 16,7 %) особенности характера. Для обследуемых с суицидальным поведением (I группа) типичны неустойчивые (50,0 и 6,8 %; $p < 0,05$), тогда как для пациентов без суицидальных тенденций (II группа) характерны гипертимные (17,2 и 0,0 %; $p < 0,05$) и истероидные (13,8 и 0,0 %; $p < 0,05$) типы акцентуации характера. В единичных случаях выявлены сенситивные, психастенические, шизоидные и параноические особенности характера.

Т а б л и ц а 1
Особенности акцентуации характера в преморбиде по группам исследования

| Тип акцентуации характера | I группа (n=12) | | II группа (n=29) | |
|--------------------------------|-----------------|-------|------------------|-------|
| | абс | % | абс | % |
| Гипертимный | 0 | 0 | 5 | 17,2 |
| Сенситивный | 0 | 0 | 1 | 3,5 |
| Психастенический | 0 | 0 | 1 | 3,5 |
| Шизоидный | 0 | 0 | 1 | 3,5 |
| Эпилептоидный | 2 | 16,7 | 5 | 17,2 |
| Истероидный | 0 | 0 | 4 | 13,8* |
| Неустойчивый | 6 | 50,0* | 2 | 6,8 |
| Смешанный (истеронеустойчивый) | 4 | 33,3 | 9 | 31,0 |
| Параноический | 0 | 0 | 1 | 3,5 |

Примечание. * – $p < 0,05$.

Далее был проведен анализ основных клинико-динамических показателей формирования у подростков психических и поведенческих расстройств вследствие употребления курительных смесей спайс (табл. 2).

Таблица 2

Основные клинико-динамические показатели формирования психических и поведенческих расстройств вследствие употребления курительных смесей спайс

| Показатель | I группа (n=12) | II группа (n=29) |
|--|--------------------|---------------------|
| | M±m | |
| Возраст первой пробы курительных смесей, лет | 14,8±0,71 | 14,7±0,18 |
| Продолжительность эпизодического употребления, месяц | 2±0,53 | 1,8±0,14 |
| Продолжительность систематического употребления, месяц | 9,7±5,29 | 10,2±0,91 |
| Средняя доза употребляемой смеси за сутки, граммов | 3,2±0,45 | 2,1±0,33 |
| Время возникновения синдрома зависимости, месяц | 5±0,88 | 4,7±0,41 |
| Время возникновения синдрома отмены, месяц | 5±0,88 | 4,7±0,41 |
| Возраст первого обращения к наркологу, лет | 15,2±0,35 | 15,7±0,32 |

Примечание. * – $p < 0,05$.

Возраст первой пробы курительных смесей у пациентов обеих групп приходился на один и тот же период (14,8±0,71 и 14,7±0,18 года). Продолжительность эпизодического употребления в I и II группах составляла 2±0,53 и 1,8±0,14 месяца. Продолжительность систематического употребления составляла 9,7±5,29 и 10,2±0,91 месяца. Синдром зависимости развился через 5±0,88 и 4,7±0,41 месяца. Появление признаков синдрома отмены отмечалось через 5±0,88 и 4,7±0,41 месяца систематического потребления курительных смесей. За наркологической помощью подростки впервые обратились в 15,2±0,35 и 15,7±0,32 года. Отмечена взаимосвязь между количеством употребляемого наркотика в сутки (3,2±0,45 в I группе против 2,1±0,33 во II группе) и развитием аутоагрессии в виде суицидального поведения у подростков I группы ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ клинических проявлений опьянения по группам наблюдения позволил выделить ряд общих и отличительных признаков у обследуемых несовершеннолетних (табл. 3).

Общими клиническими проявлениями опьянения для пациентов обеих групп являлись нарушения речи и двигательной сферы, соматовегетативные расстройства в виде покраснения склер, тахикардии и повышения артериального давления.

У десятой части подростков обеих групп наблюдалась дозозависимая расслабленность (16,7 и 17,2 %). Типичными признаками опьянения для лиц обеих групп (с преобладанием в I группе) служили: беспокойство (66,7 и 37,9 %; $p < 0,05$), галлюцинации (83,3 и 37,9 %; $p < 0,05$),

дезориентировка (66,7 и 20,7 %; $p < 0,05$), сопровождающиеся чувством страха (50,0 и 37,9 %; $p < 0,05$), параноидной настроенностью (33,3 и 6,9 %; $p < 0,05$), суицидальными намерениями (50,0 и 0 %; $p < 0,05$) и действиями (50,0 и 0 %; $p < 0,05$). Для большинства несовершеннолетних II группы характерна выраженная эйфория (86,2 и 66,7 %; $p < 0,05$).

Таблица 3

Клиника опьянения синтетическими каннабиноидами по группам исследования

| Клинический признак опьянения | I группа (n=12) | | II группа (n=29) | |
|-------------------------------|--------------------|-------|---------------------|-------|
| | абс | % | абс | % |
| Беспокойство | 8 | 66,7 | 11 | 37,9 |
| Чувство страха | 6 | 50,0* | 6 | 20,7 |
| Галлюцинации | 10 | 83,3* | 11 | 37,9 |
| Возбуждение | 6 | 50,0* | 8 | 27,6 |
| Расслабление | 2 | 16,7 | 5 | 17,2 |
| Эйфория | 8 | 66,7 | 25 | 86,2* |
| Параноидная настроенность | 4 | 33,3* | 2 | 6,9 |
| Суицидальные действия | 6 | 50,0* | 0 | 0 |
| Суицидальные намерения | 6 | 50,0* | 0 | 0 |
| Дезориентировка | 8 | 66,7* | 6 | 20,7 |
| Краснота глаз (склер) | 12 | 100 | 27 | 93,1 |
| Невнятность речи | 12 | 100 | 29 | 100 |
| Нарушения двигательной сферы | 12 | 100 | 26 | 89,7 |
| Повышение АД | 12 | 100 | 29 | 100 |
| Тахикардия | 12 | 100 | 29 | 100 |

Примечание. * – $p < 0,05$.

Клиническая оценка синдрома отмены показала, что общими признаками абстиненции для больных обеих групп являются тревога (по 100 %), эмоциональная лабильность (100,0 и 89,7 %), мнестические расстройства (66,7 и 72,4 %). У пациентов обеих групп, но с преобладанием в I группе, в клинике синдрома отмены выявлена депрессивная симптоматика в виде подавленности (33,3 и 13,8 %; $p < 0,05$), дисфории (72,4 и 50,0 %; $p < 0,05$), болей в мышцах (33,3 и 13,8 %; $p < 0,05$). У части обследуемых (55,2 %) II группы наряду с перечисленными признаками наблюдались головные боли; в единичных случаях выявлена дезориентировка (10,3 и 0 %; $p < 0,05$).

Таким образом, проведенное исследование позволило определить некоторые факторы риска развития и клинико-динамические особенности синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков с наличием и отсутствием суицидального поведения.

Типичными социально-демографическими и медико-биологическими характеристиками несовершеннолетних с зависимостью от курительных смесей и суицидальным поведением являются лица мужского и женского пола, в возрасте позитивной фазы пубертата (16—17 лет), вне зависимости от состава семьи, условий и типа воспитания, у половины из них с наследственной отягощенностью алкогольной или полисубстантной зависимостью, характеризующиеся личностными особенностями эпилептоидного, истероэпилептоидного или неустой-

чивого типа, с преморбидной психической патологией в виде органических и невротических нарушений, у части лиц – с умственной отсталостью и расстройствами поведения. Для подростков с зависимостью от синтетических каннабиноидов без суицидального поведения типичны принадлежность к мужскому полу, начало наркотизации в пубертатном периоде (14–15 лет), воспитание в полной семье или одним из родителей с формальными или деструктивными отношениями, с благополучной и у третьей части лиц отягощенной алкоголизмом наследственностью и доминированием в преморбиде органических психических или невротических расстройств, характеризующихся личностными особенностями истероидного, истеро-неустойчивого, эпилептоидного или гипертимного типа.

К клинко-динамическим особенностям зависимости от спайса у несовершеннолетних с суицидальным поведением относятся: короткий период от первой пробы наркотика до первого обращения к специалисту (от 1 до 4 месяцев), высокие дозы употребляемых синтетических каннабиноидов и их связь с клинической картиной наркотического опьянения, проявляющегося расстройствами речи, двигательной сферы, восприятия и сознания с дезориентировкой в месте и времени, параноидной настроенностью, выраженными эмоциональными нарушениями в виде беспокойства, чувства страха, агрессии и аутоагрессии с суицидальным поведением, стабильными и выраженными соматовегетативными симптомами. Риск развития суицидального поведения зависит от стажа наркотизации, продолжительности непрерывного потребления и суточной дозы наркотика. В клинике синдрома отмены ведущие позиции занимают аффективные расстройства в виде неустойчивости эмоций с преобладанием тревоги, подавленности, дисфорий, мнестических расстройств и мышечных болей.

Для большинства подростков с наркозависимостью без суицидального поведения клиническая картина интоксикации характеризуется рядом с двигательными, речевыми расстройствами и соматовегетативными отклонениями, до-

минированием эйфории на высоте опьянения, которая у третьей части пациентов переходила в выраженное беспокойство, аффект страха, с нарушениями восприятия и частичной дезориентировкой в месте и времени и критическим отношением к галлюцинациям. Картина абстиненции данных пациентов также проявляется преобладанием психопатологической симптоматики в виде эмоциональной лабильности с выраженной тревогой, перемежающейся с тосливо-злобным настроением, сопровождающейся головной или мышечной болью и когнитивными нарушениями.

Выявленные особенности формирования, клиники и динамики зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков необходимо использовать при проведении реабилитационно-профилактической помощи данной категории больных.

Л и т е р а т у р а

1. Бокхан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
2. Schneir A. B., Cullen J., Ly B. T. «Spice» girls: synthetic cannabinoid intoxicati // J. Emerg. Med. – 2011. – Mar. – Vol. 40 (3). – P. 296–299. Epub 2010 Dec 17.
3. Every-Palmer S. Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study // Drug Alcohol Depend. – 2011. – Sep 1. – Vol. 117 (2-3). – P. 152–157. Epub 2011 Feb 11.
4. Benford D. M., Caplan J. P. Psychiatric sequelae of Spice, K2, and synthetic cannabinoid receptor agonists // Psychosomatics. – 2011. – May-Jun. – Vol. 52 (3). – P. 295.
5. Ashton J. C. Synthetic cannabinoids as drugs of abuse // Curr. Drug. Abuse Rev. – 2012. – Jun. – Vol. 5 (2). – P. 158–168.
6. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
7. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – Т. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 612.821-053.7(571.65)

ББК Р645.093.3+Р733

ВЫРАЖЕННОСТЬ АЛЕКСИТИМИИ И ПСИХИЧЕСКОЙ РИГИДНОСТИ У ПОДРОСТКОВ МАГАДАНА С ПРИЗНАКАМИ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

Бартош Т. П.*

Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН
685000, Магадан, пр. К. Маркса, 24

В процессе скринингового обследования 762 школьников 10—17 лет Магадана были выявлены 44 учащихся с признаками тревожного расстройства, что составило 6 % общей выборки. Учащиеся 6—11-х классов с признаками тревожного расстройства характеризуются алекситимией, психической ригидностью и нарушенной нервно-психической адаптацией, что увеличивает затраты ресурсов организма во время учебной деятельности. Корреляционный анализ показал, что исследуемые психологические характеристики служат негативными взаимодополняющими факторами в формировании тревожных расстройств детской популяции Севера. **Ключевые слова:** психическая адаптация детей и подростков, тревожное расстройство, алекситимия, психическая ригидность, климатические условия Магадана.

ALEXITHYmia AND MENTAL RIGIDITY RATES OBSERVED IN MAGADAN ADOLESCENTS WITH SIGNS OF ANXIETY DISORDER. Bartosh T. P. Research Center «Arktika». 685000, Magadan, Karl Marx's Avenue, 24. Adolescents of Magadan city (762 schoolchildren aged 10–17 years) underwent screening examination to explore them in the aspect of anxiety disorder. The study revealed 44 children with such disorders that made up 6 % of all the examinees. The schoolchildren of the 6th–11th grades which proved to have anxiety disorder, demonstrated alexithymia, mental rigidity and disturbed neuropsychiatric adaptation. As a result, higher expenses of the body resources were found in their school activities. The correlation analysis testified that the studied mental characteristics serve as negative factors that supplement each other in forming anxiety disorders observed in the children's population of the North. **Keywords:** adolescents, anxiety disorder, alexithymia, mental rigidity, the North.

В последние десятилетия все больше внимания уделяется выявлению ранних форм психического расстройства, разрабатываются профилактические программы и превентивные мероприятия с целью сохранения здоровья и предупреждения возникновения ранних форм психических расстройств [12, 20], в том числе

среди подросткового населения северных районов России [6, 19]. Для подросткового возраста характерен стремительный рост распространенности тревожных расстройств, школьной фобии, что обусловлено психофизиологической неготовностью школьника к возросшим требованиям обучения [8, 9]. Распространенность любого тревожного расстройства среди молодых людей колеблется от 2 до 4 % [12]. При этом у подростков даже с субсиндромальным уровнем тревоги отмечаются функциональные нарушения [21].

Проявления тревоги могут выражаться на вегетативном, эмоциональном, когнитивном и двигательном уровнях психофизиологической организации [1]. Тревожные расстройства у детей и подростков с возрастом могут проявляться в особенностях личности [1]. В частности такое расстройство тревожного ряда у детей, как генерализованное тревожное расстройство, является наиболее распространенным и возникает у детей в возрасте 10—14 лет. Его клинические признаки: постоянная напряженность, дурные предчувствия, робость, неуверенность в себе, беспокойство по поводу возможных неудач в своей деятельности, постоянное неопределенное беспокойство [16, 18]. В условиях Севера детское население дополнительно подвергается комплексному воздействию природно-климатических и социально-экономических факторов, которые предъявляют повышенные требования к его функциональным системам, что отражается на формировании психического и психофизиологического состояния ребенка.

Большинство отклонений в психическом здоровье детей вызывается взаимодействием множества факторов, в ряду которых важная роль принадлежит психологическим характеристикам [10, 17]. Известны данные о взаимосвязи показателя тревожности с психической ригидностью и алекситимией (недостаточная способность человека распознавать и выражать собственные чувства) [1, 3], а также о вкладе алекситимии в формирование психосоматических, аффективных и тревожно-фобических расстройств детско-подросткового возраста [5, 7, 15, 14]. По данным литературы [10, 11, 13], высокий уровень ригидности в структуре личности является фактором риска развития дезадаптационных состояний. Имеются сведения о наличии тесной положительной корреляционной связи между параметрами психической ригидности, тревожности и нарушениями нервно-психической адаптации [2].

Вышеизложенное определило актуальность скринингового исследования по выявлению среди школьников Магадана лиц с признаками тревожного расстройства.

Целью нашего исследования было изучение у учащихся с риском развития тревожного расстройства выраженности психической ригидности и алекситимии.

* Бартош Татьяна Петровна, в.н.с., к.б.н., доцент.
(4132)629072; факс: (4132)620628. tabart@rambler.ru

Материал и методы. Проведено исследование 762 школьников мужского и женского пола 4—11-х классов (10—17 лет) лица № 1 и гимназии № 13 Магадана. Признаки тревожного расстройства (ТР) определялись с помощью опросника Многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) [16], которая включает 10 шкал. Высокие баллы (8—10) шкалы «Общая тревожность» позволяют регистрировать, согласно методике, «очень высокую тревожность, носящую генерализованный характер и дезорганизующую деятельность ребенка вплоть до клинических проявлений».

Шкала состоит из 10 вопросов, отражающих общий уровень тревожных переживаний ребенка, связанных с особенностями самооценки, уверенности в себе и оценкой перспективы. Далее приводится содержание опросника.

| |
|--|
| 1. Часто ли ты чувствуешь себя обеспокоенным и взволнованным? |
| 2. Когда вечером ты лежишь в постели, часто ли ты испытываешь беспокойство по поводу того, что будет завтра? |
| 3. Часто ли тебя что-то мучает, а что — не можешь понять? |
| 4. Часто ли ты волнуешься из-за того, что, как выясняется позже, не имеет никакого значения? |
| 5. Часто ли ты чувствуешь неуверенность в себе? |
| 6. Трудно ли тебе сосредоточиться на чем-то одном? |
| 7. Часто ли тебе снятся страшные сны? |
| 8. Часто ли ты испытываешь страх в тех ситуациях, когда точно знаешь, что тебе ничто не угрожает? |
| 9. Боишься ли ты оставаться дома один? |
| 10. Страшно ли тебе оставаться одному в темной комнате? |

У обследуемых школьников 6—11-х классов для определения выраженности психической ригидности применялся «Томский опросник ригидности» [10]. В нашем исследовании в модифицированный вариант вошли 3 из 8 шкал опросника: «актуальная ригидность», «сенситивная ригидность», «ригидность как состояние». Шкала «актуальная ригидность» (АР) отражает неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку человека на ситуацию. Шкала «сенситивной ригидности» (СР) отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие от него каких-либо изменений; возможен страх перед новым. Шкала «ригидность как состояние» (РСО) характеризует инертность, трудности переключения, медленный темп деятельности. Для оценки алекситимии использовалась «Торонтская алекситимическая шкала (ТАС-26). Наличие невротических и неврозоподобных симптомов в эмоционально-аффективной сфере подростков определялось с помощью шкалы нервно-психической адаптации (НПА) (Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева). Более 35 баллов для школьников характеризуют психическую дезадаптацию.

Распределение по группам производили на основании скринингового исследования по шкале опросника МОДТ. Обследуемых разделили на 4 группы: в 1-ю и 3-ю группы вошли учащиеся обоего пола 6—8-х (12—14 лет) и 9—11-х (15—17 лет) классов с признаками тревожного расстройства. 2-ю и 4-ю группу составили учащиеся всей обследуемой выборки. Учащиеся 4—5-х классов в дальнейшем исследовании не принимали участия ввиду сложности понимания текста опросников.

Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Excel-97 и Statistika-6. Сравнение количественных показателей проводили с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни для сравнения двух независимых групп. Для оценки степени связи между исследованными показателями использовались коэффициенты корреляции по Спирмену. Значимость различий устанавливалась на уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Данные скринингового исследования учащихся школ Магадана представлены в таблице 1.

Таблица 1
Распределение учащихся с признаками тревожного расстройства по классам

| Группа, абс. | К-во детей с признаками тревожного расстройства | Пол муж/жен |
|--------------------------|---|-------------|
| 4—5-й классы (260 чел.) | 20 (8 %) | 11/9 |
| 6—8-й классы (352 чел.) | 15 (4 %) | 12/3 |
| 9—11-й классы (150 чел.) | 9 (6 %) | 2/7 |
| Итого 762 чел. | 44 (6 %) | 25/19 |

Из таблицы 1 следует, что признаки тревожного расстройства в среднем диагностировали у 6 % учащихся. При этом наибольший процент тревожных лиц выявлен в младшем школьном звене у детей 10—11 лет.

Таблица 2
Сравнительный анализ показателей психической ригидности, алекситимии и нервно-психической адаптации у подростков разных групп ($M \pm m$)

| Показатель, балл | Группа | | | |
|--------------------------|--------------|---------------|---|--|
| | 1-я | 2-я | 3-я | 4-я |
| | 6—8-е классы | 9—11-е классы | с признаками тревожного расстройства (n=15) | с признаками тревожного расстройства (n=9) |
| Актуальная ригидность | 33±2,8 | 27±0,7* | 36±3 | 27±1* |
| Сенситивная ригидность | 37±3,3 | 30±0,9* | 42±2,8 | 30±1,1* |
| Ригидность как состояние | 14±1,6 | 11±0,4 | 16±1,3 | 10±0,5* |
| Общая ригидность | 84±6 | 67±1,78* | 95±6 | 67±2,2* |
| Алекситимия | 77±3,3 | 65±0,9* | 75±3,1 | 62±1,2* |
| НПА | 45±6,7 | 24±1,23* | 51±5,3 | 22±1,46* |

Примечание. * — Достоверное различие между показателями среди соответствующих групп сверстников $p < 0,05$.

Сопоставительный анализ результатов психометрического исследования свидетельствует о значимом превышении показателей психической ригидности, алекситимии и нервно-психической адаптации у школьников с признаками тревожного расстройства по сравнению с общей выборкой сверстников (табл. 2).

Установлено, что средние значения шкалы НПА учеников 1-й и 3-й групп свидетельствуют о выраженности признаков патологической психической дезадаптации. Для этих групп характерны высокие показатели ригидности как состояния (PCO), алекситимии и высокие значения сенситивной ригидности у старшеклассников. Корреляционный анализ подтвердил взаимосвязь параметров тревожности с ригидностью, алекситимией и нарушениями психической адаптации у школьников ($r=0,42-0,69$; $p<0,05$), которые являются негативными взаимодополняющими предикторами в формировании тревожных расстройств.

Согласно данным литературы, у этих учащихся могут наблюдаться ошибки восприятия, сужение объема внимания, нарушения памяти, способности обобщать знания и умения, усвоенные в новых ситуациях, медлительность при освоении учебного материала, неадекватные реакции на раздражители, а также снижены возможности к успешной психической адаптации [9—11]. В условиях систематических школьных перегрузок эти школьники могут оказаться неуспевающими учащимися, либо их успехи в школе связаны со снижением ресурсов психического здоровья, которое может дополнительно ухудшаться под влиянием неблагоприятных климатических условий Севера.

При определении доли лиц с алекситимией среди подростков с признаками ТР было установлено, что 87 % подростков 6—8-х и 33 % учащихся 9—11-х классов характеризовались алекситимическим радикалом в структуре личности (табл. 3).

Т а б л и ц а 3
Доля лиц с выраженной психической ригидностью и алекситимией в структуре личности учащихся разных групп, %

| Показатель, балл | Группа | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|--|-----------------------|
| | 1-я | 2-я | 3-я | 4-я |
| | 6—8-е классы | | 9—11-е классы | |
| | с признаками тревожного расстройства (n=15) | общая выборка (n=181) | с признаками тревожного расстройства (n=9) | общая выборка (n=109) |
| Актуальная ригидность | 6 чел. (40 %) | 32 чел. (18 %) | 5 чел. (56 %) | 19 чел. (17 %) |
| Сенситивная ригидность | 8 чел. (53 %) | 46 чел. (25 %) | 6 чел. (67 %) | 27 чел. (25 %) |
| Ригидность как состояние | 9 чел. (60 %) | 63 чел. (35 %) | 8 чел. (89 %) | 36 чел. (33 %) |
| Алекситимия | 13 чел. (87 %) | 41 чел. (23 %) | 3 чел. (33 %) | 19 чел. (17 %) |

У школьников 2-й и 4-й групп изучаемой выборки эти лица составили 23 % (41 чел.) и 17 % (19 чел.) соответственно. Развитие алекситимии как черты личности начинается уже в подростковом возрасте, что приводит к нарушению адекватной самооценки физического и психического состояния [2, 8]. По данным В. Д. Менделевича и С. Л. Соловьевой [14], у подростков на популяционном уровне выраженность алекситимии несколько выше, чем у взрослых. В нашем исследовании выраженность алекситимии в старших классах немного снижается. Корреляционный анализ показал слабую отрицательную взаимосвязь показателя алекситимии с возрастом ($r=-0,25$, $p<0,05$).

Среди показателей психической ригидности в 1-й и 3-й группах наиболее представлена шкала PCO, причем в 9—11-х классах этот параметр регистрировали почти у всех лиц с признаками ТР (89 % лиц) (табл. 3). Достаточно выражена шкала CP и наименее — шкала AP (у 40—56 % лиц). Такие подростки наиболее склонны к фиксированным формам поведения, не умеют корректировать свое поведение в зависимости от изменений внешних обстоятельств, что осложняет общение, приводит к дезадаптации [3]. Во 2-й и 4-й группах процент лиц с высокими показателями психической ригидности одинаков, что свидетельствует о том, что данный признак достаточно стабилен и с возрастом незначительно подвержен изменениям.

Таким образом, у большинства обследуемых школьников с признаками тревожного расстройства диагностируются проявления психической ригидности и алекситимии. Для них характерны ригидные формы поведения, медленный темп деятельности, склонность к неадекватным реакциям на неожиданные раздражители в состоянии стресса, утомления, сложности в межличностном общении, а также снижены возможности нормальной психической адаптации [13].

В свою очередь, алекситимические черты у подростков могут рпациениваться как реакция на тревогу, которая со временем может перейти в личностную характеристику. По данным литературы [22], алекситимия, как и тревога, сопровождается повышением активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем, установлена корреляция между выраженностью алекситимии и содержанием кортизола в крови. На фоне повышенного уровня тревожности у школьников, проживающих в условиях Севера, в процессе учебной деятельности затраты ресурсов организма увеличиваются. В целом исследуемые психологические характеристики служат взаимодополняющими факторами риска формирования тревожных расстройств у детей и подростков Магадана.

Заключение. Таким образом, подростки, выявленные с помощью экспресс-диагностики по шкале МОДТ в процессе массового скринингового исследования, отличались от общей выборки учащихся выраженными показателями психической ригидности, алекситимическим радикалом и нарушениями нервно-психической адаптации. Полученные данные позволяют дополнить существующие знания о причинах тревожных расстройств, некоторых психологических механизмах их формирования, нарушениях психической адаптации, а также указывают на необходимость проведения скрининговых психопрофилактических исследований детей и подростков в образовательных учреждениях.

Л и т е р а т у р а

1. Астапов В. М., Гасилина А. Н. Коморбидность тревоги и подростковой депрессивности. — М.: НОУ ВПО «МПСУ», 2013. — 272 с.
2. Бартош Т. П., Бартош О. П., Мычко М. В. Психологический профиль младших подростков Магадана с различным уровнем алекситимии в структуре личности // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2010. — № 5. — С. 56—64.
3. Богомаз С. А., Филоненко А. Л. Взаимосвязь алекситимии как фактора, препятствующего развитию личности, с параметрами смысловой сферы и проявлениями ригидности // Сибирский психологический журнал. — 2005. — № 22. — С. 124—128.
4. Бохан Т. Г. Возрастные и социально-психологические характеристики копинг-стратегий в периодах юности и ранней взрослости // Сибирский психологический журнал. — 2002. — № 16—17. — С. 66.
5. Бохан Т. Г., Галажинский Э. В., Мещерякова Э. И. Этнопсихологические, гендерные и возрастные особенности совладающего поведения подростков и юношей разных национальностей Сибирского региона // Сибирский психологический журнал. — 2005. — № 22. — С. 71—78.
6. Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Распространенность психических расстройств среди населения сельского муниципального образования Севера Сибири: основные тенденции и прогноз // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — Т. 21, № 4. — С. 40—46.
7. Ветлугина Т. П., Никитина В. Б., Невидимова Т. И., Лобачева О. А., Батухтина Е. И., Стоянова И. Я., Семке В. Я. Система иммунитета и уровень тревожности при адаптации человека к новым условиям жизнедеятельности // Фундаментальные исследования. — 2012. — № 9 (часть 1). — С. 17—21.
8. Головина А. Г. Социальные факторы и патоморфоз фобических нарушений в подростковом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. — 2011. — № 9. — С. 4—9.
9. Головина А. Г. Алекситимические нарушения при фобических расстройствах у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 3. — С. 38—40.
10. Залевский Г. В. Личность и фиксированные формы поведения. — М.: ИП РАН, 2007. — 336 с.
11. Козлова Н. В. Ригидность как общесистемное свойство, определяющее предпрофессиональный образ мира студентов // Сибирский психологический журнал. — 2007. — № 26. — С. 175—180.
12. Куприянова И. Е., Карауш И. С., Дашиева Б. А. Особенности суицидального поведения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. — 2013. — № 2 (19). — URL: <http://medpsy.ru>
13. Лесс Ю. Э. Генерализованное тревожное расстройство: типология и коморбидные состояния // Российский психиатрический журнал. — 2008. — № 2. — С. 40—45.
14. Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 607 с.
15. Петрова Н. Н., Леонидова Л. Л. Алекситимия у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. — Серия 11. — Вып. 3. — С. 32—43.
16. Ромицына Е. Е. Многомерная оценка детской тревожности. Учебно-метод. пособие. — СПб.: Речь, 2006. — 112 с.
17. Семке В. Я., Авдеев А. А., Бабушкина Л. У., Бохан Н. А. и др. К проблеме клинко-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения подростков // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1982. — Вып. 10. — С. 1517—1523.
18. Старостина Е. Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общей медицинской практике // Рос. мед. журн. — 2004. — Т. 12, № 2. — С. 2—7.
19. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. — 2006. — Т. 49, № 2. — Suppl. — С. 251—254.
20. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. — 2011. — V. 41, № 7. — P. 710—714.
21. Costello E., Mustillo S., Erkanli E., Keeler G., Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence // Arch. Gen. Psychiatry. — 2003. — V. 60. — P. 837—844.
22. Henry J. P., Haviland M. G., Cummings M. A. et al. Shared neuroendocrine patterns of posttraumatic stress disorder and alexithymia // Psychosom. Med. — 1992. — V. 54, № 4. — P. 407—415.

Транслитерация русских источников

1. Astapov V. M., Gasilina A. N. Comorbidity of anxiety and adolescent depressiveness. — M.: NOU VPO «MPSU», 2013. — 272 s.
2. Bartosh T. P., Bartosh O. P., Mychko M. V. Psychological profile of young adolescents of Magadan with different levels of alexythymia in structure of the personality // Reproductivnoe zdorove detey i podrostkov. — 2010. — N 5. — S. 56—64.
3. Bogomaz S. A., Filonenko A. L. Interrelationship of alexythymia as a factor preventing development of the personality, with parameters of sense domain and manifestations of rigidity // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. — 2005. — N 22. — S. 124—128.
4. Bokhan T. G. Age and social-psychological characteristics of coping strategies in periods of youth and early adulthood // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. — 2002. — N 16—17. — S. 66.
5. Bokhan T. G., Galazhinsky E. V., Meshcheryakova E. I. Ethnopsychological, gender and age features of coping behavior of adolescents and youth of different nationalities of Siberian region // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. — 2005. — N 22. — S. 71—78.
6. Bokhan N. A., Mandel A. I., Kuznetsov V. N. Prevalence of mental disorders among population of rural municipality of the north of Siberia: basic trends and prognosis // Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya. — 2011. — T. 21, N 4. — S. 40—46.
7. Vetlugina T. P., Nikitina V. B., Nevidimova T. I., Lobacheva O. A., Batukhtina E. I., Stoyanova I. Ya., Semke V. Ya. System of immunity and level of anxiousness in human adaptation to new conditions of vital activity // Fundamentalnyye issledovaniya. — 2012. — N 9 (chast 1). — S. 17—21.
8. Golovina A. G. Social factors and pathomorphosis of phobic disturbances in adolescence // Zhurnal neurologii i psichiatrii. — 2011. — N 9. — S. 4—9.

9. Golovina A. G. Alexythymic disturbances in phobic disorders in adolescents // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 3. – S. 38–40.
10. Zalevsky G. V. Personality and fixed forms of behavior. – M.: IP RAN, 2007. – 336 s.
11. Kozlova N. V. Rigidity as a general systemic property determining pre-professional attitude in students // *Sibirskiy psihologicheskiy zhurnal*. – 2007. – N 26. – S. 175 – 180.
12. Less Yu. E. Generalized anxiety disorder: typology and comorbid states // *Rossiyskiy psichiatricheskii zhurnal*. – 2008. – N 2. – S. 40–45.
13. Mendelevich V. D., Solovyeva S. L. Neurosology and psychosomatic medicine. – M. : MEDpress-inform, 2002. – 607 s.
14. Petrova N. N., Leonidova L. L. Alexythymia in patients with chronic deficiency of cerebral circulation // *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta*. – 2008. – Seriya 11. – Vyip. 3. – S. 32–43.
15. Romitsyna E. E. Multivariate assessment of child anxiousness. Uchebno-metod. posobie. – SPb.: Rech, 2006. – 112 s.
16. Kupriyanova I. E., Karaush I. S., Dashieva B. A. Peculiarities of suicidal behavior of children and adolescents with disabilities [Elektronnyy resurs] // *Meditinskaya psihologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal*. – 2013. – N 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>
17. Vetlugina T. P., Nikitina V. B., Nevidimova T. I., Lobacheva O. A., Batukhtina E. I., Stoyanova I. Ya., Semke V. Ya. Immunity system and level of anxiousness during adaptation of a person to new conditions of life activity // *Fundamentalnyye issledovaniya*. – 2012. – N 9 (chast 1). – S. 17–21.
18. Starostina E. G. Generalized anxiety disorders and symptoms of anxiety in general medical practice // *Ros. med. zhurn.* – 2004. – T. 12, N 2. – S. 2–7.

ГЕРОНТО- ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.9-008-053.

ББК Р645.028

СТРУКТУРНЫЙ ПСИХОПАТО- ЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С БРЕДОМ

Соколова И. В.^{1*}, Сиденкова А. П.²

ГБУЗ СО «Свердловская ОКПБ»

Екатеринбург, Сибирский тракт, 8-й км

² ГБОУ ВПО «Уральский ГМУ» Минздрава России
Екатеринбург, ул. Репина, 3

Психотические расстройства при деменциях осложняют течение основного когнитивного расстройства, являются частыми причинами госпитализации, дезадаптируя пациента, его окружение. Целью исследования явилось изучение психопатологического профиля поздних деменций, протекающих с бредом. Представлены результаты сравнительного выборочного бесповторного наблюдательного исследования пациентов, страдающих тяжелыми когнитивными расстройствами с психотической симптоматикой и без нее. Выявлены достоверные статистические различия в структуре психопатологического профиля у пациентов групп исследования. **Ключевые слова:** деменция, психопатологический профиль.

STRUCTURAL PSYCHOPATHOLOGICAL PROFILE OF TARDIVE DEMENTIAS OCCURRING WITH DELUSION. Sokolova I. V., Sidenkova A. P. Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital. Yekaterinburg, Sibirsky Trakt, the 8th km. Ural State Medical University. Yekaterinburg, Repin's Street, 3. Psychotic disorders in dementias complicate the course of the main cognitive disorder, are frequent reasons of hospitalization, disadapting the patient, and his/her environment. The aim of research was study of psychopathological profile of tardive dementias occurring with delusion. Results of comparative selective repetition-free observation research of the patients suffering from severe cognitive disorders with psychotic symptoms and without them have been presented. Reliable statistical differences in structure of psychopathological profile in patients of investigated groups have been revealed. **Key words:** dementia, psychopathological profile.

Введение. Исследование вопросов старения становится все более актуальным по мере повышения средней продолжительности жизни населения. По оценкам геронтологов, в настоящее время продолжается рост доли пожилых людей в популяции, включая высокую коморбидность депрессии, аддиктивной и сердечно-сосудистой патологии (2, 4, 7, 10). Если в начале

XX века в развитых странах лица старше 65 лет составляли 4—5 % населения, то сейчас этот показатель достиг 15—16 %, а в некоторых странах (Великобритания, Бельгия) составляет 18—19 %. В ближайшие годы прогнозируется дальнейшее «постарение» популяции [3].

Деменция имеет место приблизительно у 5 % населения в возрасте до 65 лет. К 85 годам ее распространенность достигает 25 % [10. J. Shulze et al. (2013) [18] отмечают, что деменция стала самым важным возрастным расстройством в нашем стареющем обществе. Общее число пациентов с деменцией в 2010 г. оценивается в 35,6 млн человек и по прогнозам увеличится почти в 2 раза каждые 20 лет до 65,7 млн к 2030 г. во всем мире.

По данным С. Ф. Случевской (2008) [9], моделирование влияния демографической ситуации на заболеваемость и распространенность психических заболеваний показывает, что число деменций в Санкт-Петербурге вырастет примерно на 1000 случаев в год, что ведет к значительному увеличению распространенности. В. Ф. Лебедева, С. Н. Мальцева (2010) [5] по результатам исследований (1999—2005) на базе городской поликлиники Томска отмечают, что распространенность психических расстройств у лиц геронтологического возраста составила 5,3 на 1000 населения, что в 2 раза превышает показатели, полученные в период с 1986 по 1990 г. (2,6 на 1000 населения). А. П. Агарков, Л. В. Варанкова (2011) [1] подчеркивают, что по данным психиатрической службы Томской области в 2010 г. общая заболеваемость деменциями составила 153,2 на 100 000 населения. По результатам исследования А. В. Семке, А. П. Сиденковой (2011) [8], в Свердловской области в 2006 г. предполагаемое число лиц с деменцией составило от 47124 до 62084 человек.

Большинство авторов отмечают преобладание болезни Альцгеймера среди возможных причин деменций, по результатам эпидемиологических исследований на ее долю приходится 47,5—51,3 % всех деменций [6]. Другие ученые указывают на преобладание сосудистой деменции [3]. Моментом, заслуживающим внимания, является то, что пациенты с деменцией в 5 раз более склонны к развитию бреда [15]. В некоторых исследованиях указывается, что позитивные симптомы, такие как бред и абберантное моторное поведение, чаще выявляются при болезни Альцгеймера, чем при сосудистой деменции [14].

Распространенность психоза среди лиц с болезнью Альцгеймера колеблется от 30 до 50 % [16]. J. Vilalta-Franch et al. (2013) [19] при исследовании 491 пациента с болезнью Альцгеймера выявили, что распространенность галлюцинаций и бреда в выборке составила 7,9 и 17,5 %, данный показатель меньше, чем в других исследованиях (23,0 и 36,5 %).

* Соколова Ирина Викторовна, аспирант каф. психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки.

Сиденкова Алена Петровна, д.м.н., доцент каф. психиатрии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки. sidenkovs@mail.ru

Психотические симптомы имеют тенденцию сохраняться на протяжении всего времени, даже когда они исчезают, то вновь появляются в течение 1 года в 95 % случаев [19]. Пациенты с деменцией имеют большее число госпитализаций по сравнению с пациентами без слабоумия, и продолжительность жизни больных с деменцией составляет от 6 до 8 лет, что меньше, чем у недементных людей соответствующего возраста [17].

Экономические затраты при лечении и содержании пациентов с деменцией будут расти экспоненциально, от минимального роста в 1 млн рублей в год в ближайшие годы до 4 млн рублей в год в 2015 г. [9]. В зарубежных современных исследованиях [12] отмечается недостаток научной литературы о специализированных наблюдениях в области психического здоровья, особенно в отношении пожилых людей с деменцией с наличием или отсутствием бреда.

Высокая распространенность и гетерогенность психотических расстройств при деменциях позднего возраста, отсутствие единого взгляда на механизм развития, неблагоприятный прогноз, высокая смертность, значительные финансовые затраты государства и ухаживающих лиц детерминирует актуальность данной проблемы.

Цель исследования заключалась в изучении психопатологического профиля поздних деменций, протекающих с бредом.

Материал и методы. В сравнительное выборочное бесповторное наблюдательное исследование пациентов на основе добровольного информированного согласия включены 161 пожилых людей обоего пола, из них 105 пациентов (основная группа) в возрасте 61—81 лет с выявленной деменцией с психотическими (бредовыми) симптомами. Группу сравнения составили 56 человек в возрасте от 56 до 78 лет с деменцией без клинических проявлений бредовых симптомов. Все участники исследования находились на момент оценки их состояния на стационарном лечении в специализированном геронтологическом отделении в период 2012—2013 гг. Половой состав обследуемых пациентов представлен в таблице 1.

Средний возраст пациентов группы исследования составил 73 года, группы сравнения — 71,5 года. Данные представлены в таблице 2.

В основную и группу сравнения вошли пациенты с диагнозами, представленными в таблице 3. При сопоставлении основной группы и группы сравнения достоверных различий не выявлено ($p=0,475$).

Комплекс лечения всех больных включал стандартную базовую терапию в пределах медико-экономических стандартов по психиатрии, принятых правительством Свердловской области.

Таблица 1

**Половой состав пациентов
основной и группы сравнения**

| Основная группа (n=105) | | Группа сравнения (n=56) | |
|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| Мужчины | Женщины | Мужчины | Женщины |
| n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 26 (24,8 %) | 79 (75,2 %) | 16 (28,6 %) | 40 (71,4 %) |

Таблица 2

Возраст на момент включения в исследование

| Возраст | Основная группа (n=105) | Группа сравнения (n=56) | p |
|----------|-------------------------|-------------------------|-------|
| Медиана | 73,0 | 71,5 | 0,233 |
| возраста | (68,0÷75,0) | (67,25÷74,0) | |

Таблица 3

Нозологическая принадлежность деменции

| Вероятный диагноз | Основная группа (n=105) | | Группа сравнения (n=56) | |
|---------------------|-------------------------|------|-------------------------|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Болезнь Альцгеймера | 47 | 44,8 | 24 | 42,9 |
| Сосудистая деменция | 58 | 55,2 | 32 | 57,1 |
| Всего | 105 | 100 | 56 | 100 |

В рамках исследования проводили динамическое клиничко-анамнестическое, клиничко-психопатологическое, нейропсихологическое, психометрическое исследования. Основным инструментом исследования явилась «Карта стандартизированного описания лица, участвующего в исследовании», разработанная с учетом целей и задач настоящего исследования, включающая помимо анамнестических сведений валидизированный психометрический инструмент — «Краткую шкалу оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination, MMSE), предназначенную для нейропсихологической структуризации когнитивных нарушений и их ранжирования [13], «Нейропсихологическую анкету (NPI)», позволяющую выявлять психопатологические симптомы у пациентов с деменциями. Заполнялся нейропсихологический опросник путем интервьюирования лица, осуществляющего уход за пожилым пациентом. Результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и приведены в форме $M \pm \sigma$, достоверность считалась при $p < 0,05$.

Обсуждение результатов. При изучении оценки когнитивного функционирования больных позднего возраста с деменцией с психотическими симптомами к началу исследования в 100 % случаев выявлялась легко выраженная деменция (MMSE 20—23 балла). Суммарный балл MMSE при первом обследовании больных с деменцией представлен в таблице 4.

Таблица 4

**Суммарный балл MMSE при первом обследовании
больных с деменцией**

| Признак | Основная группа (n=105) | Группа сравнения (n=56) | p |
|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| Суммарный балл MMSE | 22,0 (20,5÷23,0) | 21,0 (21,00÷23,0) | 0,391 |

Различия статистически незначимы ($p=0,391$).

В основной группе исследования выявлена бредовая фабульная гетерогенность. Болезненные идеи отношения и преследования обнаружены у 58 (55,2 %) пожилых людей основной группы, которые высказывали уверенность, что находятся в опасности, как будто другие обижают их или хотят обидеть; носителями идей ревности оказались 33 человека (31,4 %), полагавших, что супруги им изменяют; 14 (13,3 %) пациентов были убеждены, что их обворовывают. По наличию болезненных идей при сопоставлении с группой сравнения определялась высокая статистическая достоверность различий ($p < 0,0001$).

Изучение встречаемости расстройств восприятия в группах исследования показало отсутствие этого симптома у 77 лиц основной группы (73,3 %), вербальные расстройства восприятия выявлялись у 22 пациентов (21 %), которые по описанию ухаживающих вели себя так, будто слышали «голоса» или описывали слышимые голоса, 5 больных (4,8 %) беседовали с людьми, на самом деле не существующих, расстройство обонятельной модальности с ложными ощущениями запахов наблюдалось у 1 человека (1,0 %). Различия по группам исследования статистически значимы ($p = 0,031$).

Оценка встречаемости психопатологического феномена ажитации/агрессии у пожилых пациентов с деменцией выявила отсутствие данных симптомов у 77 человек (73,3 %) основной группы. Ухаживающие 26 пациентов (24,8 %) столкнулись с оппозицией, капризностью, неприятием пациентом помощи, его нелепым своеволием. Значения статистически значимы ($p = 0,003$).

Депрессия/дисфория не выявлялась у 60 (57,1 %) пожилых пациентов основной группы. У 35 человек (33,3 %) диагностировалась слезливость. В 6,7 % случаев (7 человек) пациенты заявляли, что являются бременем для семьи, косвенно высказывали потенциально суицидные мысли. При сопоставлении встречаемости этого симптома с группой сравнения определялась высокая статистическая достоверность различий ($p = 0,051$).

Общий низкий показатель тревоги был зафиксирован в основной группе. Отсутствие тревоги у пожилых пациентов с деменцией основной группы обнаружено в 77,1 % случаев (81 человек). 18 пациентов (17,1 %) высказывали опасения по поводу запланированных событий, таких как свидания или визиты родственников. 5 больных (4,8 %) избегали определенных мест или ситуаций, которые усугубляли бы их психическое состояние, такие как встречи с друзьями или мероприятия, проводимые в палате. При сравнении групп определялась высокая статистическая достоверность различий ($p = 0,002$).

Психопатологический признак «подъем настроения/эйфория» отсутствовал в 100 % случаев в обеих группах исследования.

Анализ встречаемости апатии/равнодушия у пожилых пациентов с деменцией показал, что 50 (47,6 %) человек основной группы потеряли интерес к происходящему вокруг, что достоверно чаще, чем в группе сравнения ($p < 0,0001$).

Расторможенность у пожилых пациентов основной группы практически отсутствовала, лишь одному пациенту (1,0 %) было свойственно поступать импульсивно, не думая о последствиях. При сопоставлении с группой сравнения определялась высокая статистическая достоверность различий ($p = 0,014$).

В результате изучения представленности признака «раздражительности/неустойчивости настроения» выявлена тенденция к немотивированному переходу аффекта от благодушно-приподнятого к злобному у 29 пациентов основной группы (27,6 %). Пролонгированная гипотимия с брюзжанием и аффектацией по незначительному поводу наблюдалась у 12 человек (11,4 %); внезапные интенсивные вспышки злобы или ярости – у 2 (1,9 %). Значения встречаемости данных показателей нейродинамической аффективной неустойчивости статистически достоверно чаще обнаруживались в основной группе исследования ($p < 0,0001$).

Отклоняющееся от нормы моторное поведение (патологические виды двигательной активности) не выявлены в группах исследования.

Устойчивые расстройства сна и поведения в ночное время обнаружены у большинства участников основной группы. 36 пациентов (34,3 %) с трудом засыпали, 49 человек (46,7 %) постоянно вставали и бродили ночью. При сопоставлении с группой сравнения определялась высокая статистическая достоверность различий по данному признаку ($p = 0,001$).

Количественные нарушения пищевого поведения достоверно чаще преобладали в основной группе ($p = 0,027$), сниженный аппетит встречался у 36 пожилых пациентов (34,3 %), 2 больных (1,9 %) имели повышенный аппетит.

Применение корреляционного анализа позволило подтвердить связь между отдельными психопатологическими феноменами, выявленными клинически при поздних деменциях с психотическими бредовыми симптомами (табл. 5).

Согласно данным корреляционного анализа бредовые идеи обратно достоверно коррелировали с нарушениями восприятия ($r = -0,231^*$, $p = 0,018$), с тревогой ($r = -0,323^{**}$, $p = 0,001$), раздражительностью/неустойчивостью настроения ($r = -0,326^{**}$, $p = 0,001$), нарушением праксиса ($r = -0,476^{**}$, $p < 0,0001$), нарушением гнозиса ($r = -0,526^{**}$, $p < 0,0001$). Средняя прямая корреляционная связь бредовых идей отмечалась с ажитацией/агрессией ($r = 0,469^{**}$, $p < 0,0001$).

Таблица 5

Сопоставление корреляционных показателей (Spearman's Correlation Coefficient – r) расстройств высших корковых функций и психопатологических симптомов с болезненными идеями при поздних деменциях с психотическими (бредовыми) симптомами

| Симптом | r | p |
|---|----------|--------|
| Нарушения восприятия | -0,231* | 0,018 |
| Ажитация/агрессия | 0,469** | 0,0001 |
| Депрессия/дисфория | -0,125 | 0,206 |
| Тревога | -0,323** | 0,001 |
| Расторможенность | -0,085 | 0,388 |
| Раздражительность/неустойчивость настроения | -0,326** | 0,001 |
| Расстройства сна и поведения в ночное время | 0,021 | 0,835 |
| Расстройство аппетита и пищевого поведения | -0,030 | 0,765 |
| Двигательные расстройства | 0,112 | 0,254 |
| Нарушения праксиса | -0,476** | 0,0001 |
| Нарушения речи | -0,172 | 0,079 |
| Нарушения гнозиса | -0,526** | 0,0001 |

Примечание.* – Слабая корреляционная связь, ** – средняя корреляционная связь. «-» – Обратная связь, «+» – прямая связь.

Выводы. На основании проведенного исследования установлено, что при статистическом сопоставлении демографических показателей, выраженности когнитивного дефицита, нозологической принадлежности деменций с бредовыми расстройствами и без таковых имеются статистически значимые различия в структурном психопатологическом профиле этих деменций. При сравнении синдромальной структуры деменций, протекающих с бредом, идемений, не отягощенных болезненными идеями, по показателям встречаемости «расстройств восприятия», «ажитации/агрессии», «депрессии/дисфории», «раздражительности/неустойчивости настроения», «нарушения сна и ночного поведения», «пищевого поведения» выявлено статистически значимое преобладание этих феноменов в основной группе исследования.

Анализ корреляционной сопряженности между отдельными компонентами синдрома деменции выявил умеренно-выраженные обратные корреляционные связи между «бредовыми идеями» и следующими психопатологическими признаками: «тревогой», «раздражительностью/неустойчивостью настроения», «нарушением праксиса», «нарушением гнозиса». Отмечена средняя прямая корреляционная связь «бредовых идей» с «ажитацией/агрессией». Полученные результаты свидетельствуют не только о структурной гетерогенности и сложности синдромов деменции, но и позволяют понять перспективу изучения механизмов формирования отдельных психопатологических феноменов при деменциях позднего возраста.

Л и т е р а т у р а

1. Агарков В. А., Варанкова Л. В. Развитие геронтологической помощи в Томской области // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4 (67). – С. 65–68.
2. Бохан Н. А., Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х. Алкогольная зависимость у лиц позднего возраста. – Томск: «Иван Федоров», 2013. – 260 с.
3. Буркин М. М., Теревников В. А. Деменции позднего возраста: учебное пособие. – Петрозаводск, 2004.
4. Кривулин Е. Н., Мингазов А. Х., Бохан Н. А. Диагностика и оценка динамики алкоголизма в позднем возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 43–47.
5. Лебедева В. Ф., Мальцева С. Н. Организация психиатрической помощи лицам геронтологического возраста на амбулаторном этапе // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 43–45.
6. Левин О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. – 5-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 192 с.
7. Мингазов А. Х., Кривулин Е. Н., Бохан Н. А. Факторы формирования алкоголизма в позднем возрасте // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2012. – Т. XLIV, вып. 2. – С. 10–16.
8. Семке А. В., Сиденкова А. П. Анализ распространенности и последствий когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп в Свердловской области // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6 (69). – С. 20–23.
9. Случевская С. Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 28 с.
10. Шанина Т. В., Гудкова В. В., Стаховская Л. В. Влияние когнитивных расстройств на эффективность ранней реабилитации пациентов, перенесших инсульт // Справочник поликлинического врача (репринт). – 2011. – № 5.
11. Гарганеева Н. П., Шахурова Н. И., Счастный Е. Д. Организация медицинской помощи в стационаре сестринского ухода: изучение депрессивных расстройств у геронтологических пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7, № S2. – С. 85.
12. Dewing J. Special observation and older persons with dementia/delirium: a disappointing literature review // Int. J. Older People Nurs. – 2013. – Vol. – 8 (1). – P. 19–28.
13. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiatr. Res. – 1975. – Vol. 12. – P. 189–198.
14. Ikeda M., Fukuhara R., Shigenobu K. et al. Dementia associated mental and behavioral disturbances in elderly people in the community: finding from the first Nakayama study // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2004. – Vol. 75. – P. 146–148.
15. Inouye S. K., Ferruci L. Elucidating the pathophysiology of delirium and the interrelationship of delirium and dementia // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. – 2006. – Vol. 61. – P. 1277–1280.
16. Lee G., Schafer A. I. Goldman's Cecil Medicine // Twenty-Fourth Edition. – 2012. – Vol. 27. – P. 117–121.
17. Marx J. A., Hockberger R. S., Walls R. M. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice // Eighth Edition. – 2014. – Chapter 104. – P. 1398–1408.
18. Shulze J., Van den Busche H., Glaeske G., Kaduszkiewicz H., Wiese B., Hoffman F. Impact of safety warnings on antipsychotic prescriptions in dementia: Nothing has changed but the years and the substances // European Neuropsychopharmacology. – 2013. – Vol. 23 (9). – P. 1034–1042.
19. Vilalta-Franch J., López-Pousa S., Calvo-Pérez L., Garre-Olmo J. Psychosis of Alzheimer Disease: Prevalence, Incidence, Persistence, Risk Factors, and Mortality // American Journal of Geriatric Psychiatry. – 2013. – Vol. 21 (11). – P. 1135–1143.

Транслитерация русских источников

1. Agarkov V. A., Varankova L. V. Development of geriatric care in Tomsk Region // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 4 (67). – S. 65–68.
2. Bokhan N. A., Krivulin E. N., Mingazov A. H. Alcohol dependence in persons of later age. – Tomsk: «Ivan Fedorov», 2013. – 260 s.
3. Burkin M. M., Terevnikov V. A. Dementias of later life : учебное пособие. – Petrozavodsk, 2004.
4. Krivulin E. N., Mingazov A. H., Bokhan N. A. Diagnosis and assessment of dynamic of alcoholism at later age // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. – 2013. – T. 113, вып. 2. – S. 43–47.
5. Lebedeva V. F., Maltseva S. N. Organization of mental health care for persons of geriatric age at outpatient stage // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2010. – N 2 (59). – S. 43–45.
6. Levin O. S. Algorithms of diagnosis and treatment of dementia. – 5-e izd. – M. : MEDpress-inform, 2012. – 192 s.
7. Mingazov A. H., Krivulin E. N., Bokhan N. A. Factors of formation of alcoholism at later age // *Nevrologicheskiy vestnik im. V. M. Behтерева*. – 2012. – T. XLIV, вып. 2. – S. 10–16.
8. Semke A. V., Sidenkova A. P. Analysis of prevalence and consequences of cognitive disorders in persons of older age groups in Sverdlovsk Region // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 6 (69). – S. 20–23.
9. Sluchevskaya S. F. Clinical-epidemiological characteristic and organization of medico-social care for mentally ill persons of elder age in Saint Petersburg: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – SPb., 2008. – 28 s.
10. Shanina T. V., Gudkova V. V., Stakhovskaya L. V. Influence of cognitive disorders on efficacy of early rehabilitation of patients after the stroke // *Spravochnik poliklinicheskogo vracha* (reprint). – 2011. – N 5.
11. Garganeeva N. P., Shakhurova N. I., Schastnyy E. D. Organization of medical care at the hospital of nursing care: study of depressive disorders in geriatric patients with cardiovascular diseases // *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. – 2008. – T. 7, N S2. – S. 85.

УДК 616.892.3
ББК Р645.028

КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕМЕНЦИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Языкова И. М.^{*1}, Сиденкова А. П.²

¹ ГБУЗ СО «Свердловская ОКПБ»

Екатеринбург, Сибирский тракт, 8-й км

² ГБОУ ВПО «Уральский ГМУ» Минздрава России

Екатеринбург, ул. Репина, 3

Нарушения пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями связаны с возрастанием нагрузки на ухаживающих, негативным влиянием на общее состояние, имеют многофакторный генез. С целью изучения нарушений пищевого поведения пациентов с поздними деменциями, находящихся в геронтопсихиатрическом стационаре, исследованы тяжесть и нейропсихологические особенности когнитивных расстройств у пациентов с нарушениями пищевого поведения в сравнении с пациентами без нарушений пищевого поведения. Выявлены достоверные различия нейропсихологических характеристик деменции при нарушенном и неосложненном пищевом поведении, при разных вариантах нарушенного пищевого поведения. В динамике анализировался нейропсихологический профиль деменции пациентов с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения и нормализовавшимся пищевым поведением. **Ключевые слова:** нарушения пищевого поведения, деменция.

COGNITIVE FEATURES OF DEMENTIAS ASSOCIATED WITH EATING DISORDERS. Yazykova I. M., Sidenkova A. P. **Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital. Yekaterinburg, Sibirsky Trakt, the 8th km. Ural State Medical University. Yekaterinburg, Repin's Street, 3.** Eating disorders in patients with tardive dementias associated with increase of load on carers, and negative impact on general condition, have multifactorial genesis. To investigate eating disorders in patients with tardive dementias at psychogeriatric hospital, severity and neuropsychological features of cognitive disorders in patients with eating disorders as compared with patients without eating disorders have been investigated. Significant differences in neuropsychological characteristics of dementias in disturbed and in normal eating behavior, in different scenarios of disturbed eating behavior have been revealed. In the dynamics, the neuropsychological profile of dementias in patients with persistent eating disorders and with recovered eating behavior was analyzed. **Keywords:** eating disorders, dementia.

Нарушения пищевого поведения при тяжелых когнитивных расстройствах, наряду с другими поведенческими и психопатологическими симптомами, способствуют возрастанию нагрузки на ухаживающего, являются одной из причин институализации пациентов [2, 19]. Изменения пищевого поведения в пожилом возрасте имеют физиологические предпосылки. Имеются данные, что с середины 4-го десятилетия жизни в организме преобладают катаболические процессы, приводящие к снижению

^{*} Языкова Инна Михайловна, врач-психиатр, зав. отделением № 9. yazykovs@mail.ru

Сиденкова Алена Петровна, д.м.н., доцент кафедры психиатрии ФПК и ПП. sidenkovs@mail.ru

усвояемости пищи за счет возрастных изменений, снижению аппетита за счет уменьшения уровня тестостерона [18], изменению соотношения гастроинтестинальных гормонов, при котором в большем количестве начинают вырабатываться анорексигенные нейропептиды, например пептид тирозин-тирозин (PYY), и в меньшем количестве – орексигенные, например грелин [9, 18].

Также механизмы, приводящие к снижению потребления пищи с возрастом, включают в себя более быстрое насыщение, которое является следствием нарушения расслабления дна желудка, увеличения выброса холецистокинина в ответ на прием жирной пищи, увеличения уровня лептина, который частично может быть связан с нарастанием с возрастом доли жировой ткани в общей массе тела и с лептинорезистентностью [10]. Исследования среди психически здоровых лиц пожилого возраста показали встречаемость нарушений пищевого поведения в 14,8 % случаев. Наиболее часто встречаемыми формами нарушений пищевого поведения у них являлось наличие ограничительных и эмоциональных тенденций. Выявлена связь нарушений пищевого поведения у лиц пожилого возраста с социальными, экономическими факторами, пищевыми предпочтениями, применением диеты, степенью неудовлетворенности собственным весом, артериальным давлением и психологическими показателями [1, 3, 7]. Некоторыми авторами рассматривается самостоятельность как клинической формы нервной анорексии, возникающей в позднем возрасте [4, 16].

Однако при поздних деменциях наблюдаются разные нарушения пищевого поведения – снижение и повышение аппетита, а также различные варианты искажения пищевого поведения.

В генезе нарушений пищевого поведения при деменции, помимо возрастных физиологических механизмов, важную роль приобретает собственно когнитивный дефицит. Страдает когнитивный контроль над процессами приема пищи. Грубые нарушения гнозиса и праксиса не позволяют правильно идентифицировать пищу и столовые приборы, эффективно их использовать, чтобы доставить пищу в рот, или нарушения жевания и глотания пищи. В некоторых случаях расстройства пищевого поведения связаны с повышенной отвлекаемостью во время приема пищи [8, 14].

Кроме того, при деменции, в частности при болезни Альцгеймера, исследованиями выявлены специфические нарушения обонятельной функции, в том числе и на ранних стадиях деменции [12, 16, 20]. Развитие гиперфагии у пациентов с деменцией исследователи объясняют нарушением механизма распознавания энергетической ценности пищи [11]. Установлены корреляции нарушений пищевого поведения с дру-

гими поведенческими и психопатологическими расстройствами при деменции – с наличием болезненных идей, нарушениями восприятия, ажитацией, депрессией, тревогой, раздражительностью, аберрантным поведением, нарушениями ночного сна [8]. Ряд авторов рассматривает «немотивированные», не связанные с бредовыми идеями отравления, ущерба, отношения, ипохондрическими переживаниями отказы от питания при поздних деменциях, которые рассценивались как компонент глубокой дезадаптации при тяжелой деменции [6]. Многими исследователями подчеркивается важность микросоциального окружения пациентов, их взаимоотношений с ухаживающими [13, 15, 17, 21].

Таким образом, механизмы формирования нарушений пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями являются сложными и многообразными, требуют дальнейшего изучения для оптимизации оказания помощи таким пациентам.

Материалы и методы. С целью изучения нарушений пищевого поведения у пациентов с тяжелыми когнитивными расстройствами на базе геронтопсихиатрического отделения ГБУЗ СО «СОКПБ» проводилось выборочное наблюдательное исследование. Сформировано 2 группы – основная группа пациентов с деменциями и нарушениями пищевого поведения (n=106) и группа пациентов с деменцией с несложным пищевым поведением (p=50).

Пациенты обеих групп имели диагноз деменции различной предположительной нозологической принадлежности (F00, F01, F02), установленный в соответствии с критериями МКБ-10.

Критерием включения в основную группу являлись клинически значимые нарушения пищевого поведения, не связанные с соматической и/или неврологической патологией.

Критерием включения в группу сравнения являлось отсутствие нарушений пищевого поведения.

Исследуемые группы были сопоставимы по основным социально-демографическим характеристикам, вероятной нозологической принадлежности деменции, объему предшествовавшей включению в исследование терапии.

Инструментами данного исследования являлись «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination, MMSE) (Folstein M F. 1975); нейропсихологическое исследование по методике А. Р. Лурия (1973, 2002), «Нейропсихологический опросник» (Neuropsychiatric Inventory, NPI) (Cummings J. L., 1996, 1997), «Шкала оценки функциональной активности пациента» ADCS – ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory) (Galasko et al., 1998, 2004).

Нарушения пищевого поведения в основной группе были представлены следующими вариан-

тами: гиперфагия («повышенный аппетит») – 16,9 %; «сниженный аппетит»/отказы от пищи – 70,5 %; искажение пищевого поведения в сочетании с «повышенным» или «сниженным» аппетитом – 21,5 %.

Под «повышенным аппетитом» в контексте данного исследования понимались такие особенности пищевого поведения, как употребление большего (свыше «стандартной» порции) количества пищи, высказывания пациента о желании поесть, о наличии чувства голода, поведение пациента, направленное на употребление дополнительного количества пищи (в том числе поедание пищи у других пациентов, просьбы о «добавке», «оральное» поведение, в том числе попытки съесть несъедобные предметы). Численность данной группы составила 23 человека (8 мужчин, 15 женщин).

Под сниженным аппетитом/отказами от пищи в контексте данного исследования понимались высказывания о нежелании есть, об отсутствии чувства голода, рисунок поведения – сопротивление попыткам накормить его с ложки, причем как активное – проявление физической и вербальной агрессии к ухаживающему, выталкивание языком пищи изо рта, так и пассивное – сжимание челюстей, отсутствие глотательных движений при попадании пищи в ротовую полость. В этой группе наблюдалось 83 человека (9 мужчин, 74 женщины).

У 21 человека (19,8 %) повышенный или сниженный аппетит сочетался с искажением пищевого поведения – наличием пищевых предпочтений, «избирательностью» в еде, поеданием несъедобных предметов, продуктов без должной кулинарной обработки. Сочетания повышенного аппетита с искажением пищевого поведения наблюдались 11 человек, сниженного аппетита с искажением пищевого поведения – у 10 человек. В настоящем исследовании эти пациенты не были выделены в самостоятельную группу при сравнительном анализе особенностей типов пищевого поведения, так как клинически и прогностически наиболее значимым являлось изменение количества принимаемой пациентами пищи. Они сравнивались только с контрольной группой.

Обсуждение результатов. У большей части участников исследования обеих групп предполагаемая (согласно анамнестическим сведениям) продолжительность течения тяжелого когнитивного расстройства составляла от 1 до 10 лет (от 1 до 5 лет – 44,3 % в группе с нарушениями пищевого поведения и 64,0 % в группе с неосложненным пищевым поведением; от 6 до 10 лет – 40,3 и 30,0 % соответственно). Достоверных различий по этому параметру между участниками исследования не выявлено ($p=0,165$).

Также не было выявлено достоверных различий между участниками исследования с нарушенным и неосложненным пищевым поведением по

возрасту ($p=0,380$). Средний возраст участников исследования составил 79,0 года (73,0–83,25) в группе с нарушениями пищевого поведения, 80,0 года (75,75–83,0) – в группе с неосложненным пищевым поведением. Степень когнитивного снижения участников исследования обеих групп в подавляющем большинстве случаев была представлена умеренной и тяжелой степенью выраженности деменции. Соотношение количества участников обеих групп по степеням выраженности когнитивного снижения достоверно не различалось ($p=0,065$).

Сравнение участников исследования обеих групп по параметру «возраст» с учетом тяжести деменции также не показало достоверных различий ($p=0,938$).

Сравнение групп исследования по среднему баллу MMSE без учета тяжести деменции также не выявило достоверных различий между группами ($p=0,061$), средний балл по MMSE составил: 11,0 (3,0–15,0) – в группе участников с нарушенным пищевым поведением, 11,5 (5,75–18,0) – в группе участников исследования без нарушений пищевого поведения.

Однако сравнение участников исследования с нарушениями пищевого поведения и без нарушений пищевого поведения по среднему баллу MMSE с учетом тяжести деменции выявило различия. В группах с умеренно выраженной и тяжелой деменцией средний балл по MMSE был достоверно ниже у участников исследования с нарушениями пищевого поведения. В группе с умеренно выраженной деменцией средний балл по MMSE составил: 14,0 (12,0–16,0) – у участников исследования с нарушениями пищевого поведения, 18,0 (14,0–18,5) – у участников без нарушений пищевого поведения, $p=0,004$. В группе с тяжелой деменцией средний балл по MMSE составил: 3,0 (3,0–5,0) – у участников исследования с нарушениями пищевого поведения, 5,0 (3,0–10,0) – у участников без нарушений пищевого поведения ($p=0,003$). Соотношение тяжести деменции у участников с нарушениями пищевого поведения достоверно различалось при повышенном и сниженном аппетите. В группе с повышенным аппетитом наблюдался больший удельный вес участников с тяжело выраженной деменцией (69,6 %), в группе со сниженным аппетитом преобладали участники с умеренно выраженной деменцией (53,0 %) ($p=0,008$).

Т а б л и ц а 1
Сравнительный анализ участников исследования по тяжести деменции (Показатель достоверности различий Pearson Chi-Square)

| Группа участников исследования | Степень выраженности деменции | | |
|--|-------------------------------|-----------|---------|
| | Легкая | Умеренная | Тяжелая |
| С нарушениями пищевого поведения (n=106) | 9,4 %* | 46,3 %* | 44,3 %* |
| С нарушениями пищевого поведения (n=50) | 6,0 %* | 50,0 %* | 44,0 %* |

Примечание. * – $p>0,05$; ** – $p<0,05$; *** – $p<0,01$.

Анализ нейропсихологических характеристик участников исследования без учета особенностей нарушений пищевого поведения и степени тяжести деменции не показал достоверных различий ($p>0,05$).

Таблица 2

Сравнительный анализ нейропсихологических особенностей с учетом типа нарушений пищевого поведения

| Симптом | Деменция с нарушениями пищевого поведения у участников исследования с повышенным аппетитом (n=23) | со сниженным аппетитом (n=83) | с искажением пищевого поведения (n=21) | Деменция без нарушений пищевого поведения (n=50) |
|---|---|-------------------------------|--|--|
| Нарушения оптико-пространственного гнозиса | | | | |
| Отсутствуют | 0 | 2,4 %* | 0 | 1,9 %* |
| Умеренные | 23,8 %** | 45,8 %* | 42,9 %* | 60,0 %* |
| Тяжелые | 86,2 %** | 51,8 %* | 57,1 %* | 38,0 %* |
| Нарушения предметного гнозиса | | | | |
| Отсутствуют | 4,3 %** | 9,6 %* | 9,6 %* | 6,0 %* |
| Умеренные | 23,8 %** | 45,8 %* | 47,6 %* | 56,0 %* |
| Тяжелые | 80,9 %** | 44,6 %* | 42,8 %* | 38,0 %* |
| Нарушения импрессивной речи | | | | |
| Отсутствуют | 4,3 %** | 27,7 %** | 23,8 %* | 14,0 %* |
| Умеренные | 23,8 %** | 28,9 %** | 23,8 %* | 42,0 %* |
| Тяжелые | 80,9 %** | 43,4 %** | 52,4 %* | 44,0 %* |
| Нарушения экспрессивной речи | | | | |
| Отсутствуют | 4,3 %** | 31,3 %** | 19,0 %* | 34,0 %* |
| Умеренные | 38,0 %** | 28,9 %* | 38,0 %* | 28,0 %* |
| Тяжелые | 66,7 %** | 39,8 %* | 43,0 %* | 38,0 %* |
| Нарушения праксиса | | | | |
| Отсутствуют | 0* | 4,8 %* | 0* | 2,0 %* |
| Умеренные | 47,6 %* | 61,4 %* | 66,7 %* | 58,0 %* |
| Тяжелые | 62,4 %* | 33,8 %* | 33,3 %* | 40,0 %* |
| Нарушения внимания | | | | |
| Отсутствуют | 0* | 0* | 0* | 0* |
| Умеренные | 38,0 %** | 56,6 %* | 57,1 %* | 70,0 %* |
| Тяжелые | 71,4 %** | 43,4 %* | 42,9 %* | 36,0 %* |

Примечание. * – $p>0,05$; ** – $p<0,05$; *** – $p<0,001$.

Сравнительный анализ нейропсихологических особенностей с учетом типа нарушения пищевого поведения выявил, что у участников исследования с повышенным аппетитом в сравнении с участниками исследования без нарушений пищевого поведения достоверно чаще встречаются тяжелые нарушения оптико-пространственного и предметного гнозиса, тяжелые нарушения импрессивной и экспрессивной речи, тяжелые нарушения внимания.

У участников исследования со сниженным аппетитом в сравнении с участниками исследования без нарушений пищевого поведения достоверно чаще отсутствуют нарушения импрессивной и экспрессивной речи.

У участников исследования с искажением пищевого поведения с участниками исследования без нарушений пищевого поведения достоверных различий по нейропсихологическим характеристикам деменции не выявлено.

Сравнительный анализ нейропсихологических характеристик деменции с учетом тяжести когнитивных расстройств не выявил достоверных различий и участников исследования при легкой степени выраженности деменции;

– при деменции умеренной степени выраженности наиболее тяжелые нарушения внимания наблюдались у участников исследования со сниженным аппетитом/отказами от пищи;

– при деменции тяжелой степени выраженности участники исследования с нарушениями пищевого поведения чаще обнаруживают тяжелые нарушения оптико-пространственного гнозиса, чем участники исследования без нарушений пищевого поведения.

Наблюдение в динамике через 6 месяцев продолжили 54 пациента из группы с нарушениями пищевого поведения и 20 пациентов из группы с неосложненным пищевым поведением.

Соотношение тяжести когнитивных расстройств участников исследования на момент включения в исследование и в динамике через 6 месяцев достоверно не различалось в группах с нарушениями пищевого поведения и без них ($p<0,05$) ($p=0,82$ и $p=0,23$ соответственно).

Удельный вес типов нарушений пищевого поведения у лиц, сохранивших нарушения пищевого поведения в динамике через 6 месяцев, достоверно не изменился по отношению ко всем участникам, наблюдаемым в динамике ($p=1,000$).

Из 54 участников исследования из группы с нарушениями пищевого поведения через 6 месяцев у 41 пациента нарушения пищевого поведения сохранялись, у 13 пациентов пищевое поведение нормализовалось.

Проведен сравнительный анализ нейропсихологических характеристик деменции этих участников исследования. Ретроспективно было показано, что на момент включения в исследование пациенты с сохраняющимися в дальнейшем нарушениями пищевого поведения и с нормализовавшимся через 6 месяцев пищевым поведением достоверно не различались ($p>0,05$).

Сравнительный анализ нейропсихологических особенностей деменции выявил достоверное различие в динамике через 6 месяцев по параметру нарушения импрессивной речи – у участников исследования с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения достоверно чаще присутствуют нарушения импрессивной речи ($p=0,048$).

У участников исследования с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения обнаружены менее тяжелые расстройства экспрессивной речи, чем у участников исследования без нарушений пищевого поведения ($p=0,032$).

У пациентов с нормализовавшимся пищевым поведением отмечались менее тяжелые расстройства импрессивной речи ($p=0,005$), чем у участников исследования с нормализовавшимся пищевым поведением и участников без нарушений пищевого поведения.

По другим нейропсихологическим особенностям деменции участники исследования не различались. У участников исследования с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения менее тяжелые расстройства экспрессивной речи, чем у участников исследования без нарушений пищевого поведения ($p=0,032$).

При сравнении нейропсихологических характеристик деменции пациентов с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения и с нормализовавшимся пищевым поведением выявлены менее тяжелые расстройства импрессивной речи ($p=0,005$) у пациентов с нормализовавшимся пищевым поведением, чем у участников исследования с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения. По другим нейропсихологическим особенностям деменции участники исследования не различались.

Таблица 3

Нейропсихологические особенности деменции участников исследования с нарушениями пищевого поведения, наблюдаемых в динамике (через 6 месяцев)

| Симптом | Участники исследования с нарушениями пищевого поведения в динамике через 6 месяцев с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения (n=41) | с нормализацией пищевого поведения (n=13) |
|---|---|---|
| Нарушения оптико-пространственного гнозиса | | |
| Отсутствуют | 0 %* | 0 %* |
| Умеренные | 100,0 %* | 100,0 %* |
| Тяжелые | 0 %* | 0 %* |
| Нарушения предметного гнозиса | | |
| Отсутствуют | 4,9 %* | 15,4 %* |
| Умеренные | 95,1 %* | 84,6 %* |
| Тяжелые | 0 %* | 0 %* |
| Нарушения импрессивной речи | | |
| Отсутствуют | 12,2 %** | 38,5 %** |
| Умеренные | 87,8 %** | 61,5 %** |
| Тяжелые | 0 %* | 0 %* |
| Нарушения экспрессивной речи | | |
| Отсутствуют | 19,5 %* | 16,7 %* |
| Умеренные | 80,5 %* | 83,3 %* |
| Тяжелые | 0 %* | 0 %* |
| Нарушения праксиса | | |
| Отсутствуют | 0 %* | 7,7 %* |
| Умеренные | 92,3 %* | 100,0 %* |
| Тяжелые | 0 %* | 0 %* |
| Нарушения внимания | | |
| Отсутствуют | 0* | 0* |
| Умеренные | 48,8 %* | 53,8 %* |
| Тяжелые | 51,2 %* | 46,2 %* |

Примечание. * – $p>0,05$; ** – $p<0,05$; *** – $p<0,001$.

Выводы. Участники исследования с нарушениями пищевого поведения обнаруживают более грубые когнитивные расстройства при умеренной и тяжелой степенях выраженности деменции, чем участники исследования с неосложненным пищевым поведением. При этом различий по возрасту и предполагаемой продолжительности течения деменции не обнаружено.

Тяжесть когнитивных расстройств различается при разных типах нарушений пищевого поведения: в группе пациентов с повышенным

аппетитом наблюдался больший удельный вес участников с тяжело выраженной деменцией (69,6 %), в группе пациентов со сниженным аппетитом преобладали участники с умеренно выраженной деменцией (53,0 %) ($p=0,008$).

Анализ нейропсихологических характеристик деменции выявил достоверные различия при различных типах нарушений пищевого поведения: при повышенном аппетите в сравнении с участниками исследования без нарушений пищевого поведения достоверно чаще встречаются тяжелые нарушения оптико-пространственного и предметного гнозиса, тяжелые нарушения импрессивной и экспрессивной речи, тяжелые нарушения внимания; при сниженном аппетите/отказах от пищи в сравнении с участниками исследования без нарушений пищевого поведения достоверно чаще отсутствуют нарушения импрессивной и экспрессивной речи.

Сравнительный анализ нейропсихологических особенностей деменции у участников исследования с нарушениями пищевого поведения, продолживших наблюдение, выявил, что у участников исследования с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения достоверно чаще присутствуют нарушения импрессивной речи ($p=0,048$).

Л и т е р а т у р а

1. Гарганеева Н. П., Тетенев Ф. Ф., Семке В. Я., Леонов В. П. Артериальная гипертензия как психосоматическая проблема // Клиническая медицина. – 2004. – Т. 82, № 1. – С. 35–42.
2. Гуткевич Е. В., Семке В. Я., Семке А. В. Семья психически больного в системе социальных координат (Российские исследования). Семейно-генетический кризис // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 71–76.
3. Захарченко В. М., Успенский Ю. П., Фрейдинова Д. А., Медведева Т. В. Пищевое поведение у людей в пожилом возрасте // Успехи геронтологии. – 2008. – № 1. – С. 43–44.
4. Иванова С. А., Гуткевич Е. В., Семке В. Я., Рядовая Л. А., Ракутина Н. М., Перчаткина О. Э., Епанчинцева Е. М. Методологические подходы к оценке биологических факторов психической дезадаптации (на примере невротических расстройств) : методические рекомендации. – Томск, 2006.
5. Костюченко Л. Н. Парентерально-энтеральная коррекция белково-энергетической недостаточности в гериатрической практике // Трудный пациент. – 2005. – № 4. – С. 37–39.
6. Резчикова И. В., Семин И. Р. Нарушения пищевого поведения при различных психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 1 (19). – С. 39–42.
7. Салмина-Хвостова О. И., Семке В. Я. Психопатологические особенности пациентов с расстройствами пищевого поведения // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3–4. – С. 40–42.
8. Сиденкова А. П. Болезнь Альцгеймера. Клинические типы. Стадии деменции. Структура синдрома. – Екатеринбург : УГМА, 2012.
9. Смирнова Л. П., Кротенко Н. В., Кротенко Н. М., Логинов В. Н., Духан М. В., Иванова С. А., Мальцева Ю. Л. Активность антиоксидантных ферментов в эритроцитах больных психическими и неврологическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 133–135.

10. Ундрицов В. М., Ундрицов И. М., Серова Л. Д. Саркопения – новая медицинская нозология // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. – 2009. – № 4 (31). – С. 7–16.
 11. Keene J., Hope T., Rogers P. J., Elliman N. A. An investigation of satiety in ageing, dementia, and hyperphagia // International Journal of Eating Disorders. – 1998. – Vol. 23. – Iss. 4. – P. 409–418.
 12. Ayako Edahiro, Hirohiko Hirano, Ritsuko Yamada, Yumi Chiba et al. Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease // Geriatrics & Gerontology International. – 2012. – P. 481–490.
 13. Chia-Chi Chang, Beverly L. R. Cultural Perspectives in Feeding Difficulty in Taiwanese Elderly With Dementia // Journal of Nursing Scholarship. – 2008. – V. 40. – P. 235–240.
 14. Chia-Chi Chang, Beverly L. R. Feeding difficulty in older adults with dementia // Journal of Clinical Nursing. – 2008. – V. 17. – P. 2266–2274.
 15. Chia-Chi Chang, Li-Chan L. Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients // Journal of Clinical Nursing. – 2005. – V. 14. – P. 1185–1192.
 16. Daiki Jimbo, Masashi Inoue, Miyako Taniguchi, Katsuya Urakami. Specific feature of olfactory dysfunction with Alzheimer's disease inspected by the Odor Stick Identification Test // Psychogeriatrics. – 2011. – V. 11. – P. 196–204.
 17. Hewitt P. L., Coren S., Steel G. D. Death from anorexia nervosa: age span and sex differences // Aging and mental health. – 2001. – V. 5 (1). – P. 41–46.
 18. Masami Kutsumi, Mikiko Ito, Keiko Sugiura, Masahiro Terabe et al. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia in long-term care facilities in Japan // Psychogeriatrics. – 2009. – V. 9. – P. 186–195.
 19. Moss C., Dhillon W. S., Frost G., Hickson M. Gastrointestinal hormones: the regulation of appetite and the anorexia of ageing // Journal of Human Nutrition and Dietetics. – 2012. – V. 25. – P. 3–15.
 20. Stéphanie Rivière, Sophie Gillette-Guyonnet, Sandrine Andrieu, Fati Nourhashemi et al. Cognitive function and caregiver burden: predictive factors for eating behaviour disorders in Alzheimer's disease // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2002. – V. 17. – P. 950–955.
 21. Bacon A. W., Bondi M. W., Salmon D. P., Murphy C. Very Early Changes in Olfactory Functioning Due to Alzheimer's Disease and the Role of Apolipoprotein E in Olfaction // Annals of the New York Academy of Sciences. – 1998. – V. 855. – P. 723–731.
 22. Гарганеева Н. П., Шахурова Н. И., Счастный Е. Д. Организация медицинской помощи в стационаре сестринского ухода: изучение депрессивных расстройств у геронтологических пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7, № S2. – С. 85.
- Транслитерация русских источников*
1. Garganeeva N. P., Tetenev F. F., Semke V. Ya., Leonov V. P. Arterial hypertension as a psychosomatic problem // Klinicheskaya meditsina. – 2004. – T. 82, N 1. – S. 35–42.
 2. Gutkevich E. V., Semke V. Ya., Semke A. V. Family of mental patient in system of social coordinates (Russian research). Familial-genetic crisis // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 1. – S. 71–76.
 3. Zakharchenko V. M., Uspensky Yu. P., Freydinova D. A., Medvedeva T. V. Eating behavior in people in later life // Uspehi gerontologii. – 2008. – N 1. – S. 43–44.
 4. Ivanova S. A., Gutkevich E. V., Semke V. Ya., Ryadovaya L. A., Rakitina N. M., Perchatkina O. E., Epanchintseva E. M. Methodological approaches to assessment of biological factors of mental disadaptation (on example of neurotic disorders) : metodicheskie rekomendatsii. – Tomsk, 2006.
 5. Kostyuchenko L. N. Parenteral-enteral correction of protein-energetic deficiency in geriatric practice // Trudnyiy patsient. – 2005. – N 4. – S. 37–39.
 6. Rezchikova I. V., Semin I. R. Disturbances of eating behavior in different mental disorders // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2001. – N 1 (19). – S. 39–42.
 7. Salmina-Khvestova O. I., Semke V. Ya. Psychopathological traits of patients with eating disorders // Psichicheskie rasstroystva v obschey meditsine. – 2011. – N 3–4. – S. 40–42.
 8. Sidenkova A. P. Alzheimer disease. Clinical types. Stages of dementia. Structure of syndrome. – Ekaterinburg : UGMA, 2012.
 9. Smirnova L. P., Krotenko N. V., Krotenko N. M., Loginov V. N., Dukhan M. V., Ivanova S. A., Maltseva Yu. L. Activity of antioxidant enzymes in erythrocytes of patients with mental and neurological disorders // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2008. – N 1. – S. 133–135.
 10. Undritsov V. M., Undritsov I. M., Serova L. D. Sarcopenia – new medical nosology // Fizkultura v profilaktike, lechenii i reabilitatsii. – 2009. – N 4 (31). – S. 7–16.
 22. Garganeeva N. P., Shakhurova N. I., Schastnyy E. D. Organization of medical care at the hospital of nursing care: study of depressive disorders in geriatric patients with cardiovascular diseases // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2008. – T. 7, N S2. – S. 85.

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.89-008:616-006.24
ББК Р645.024.13

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ (ЛЕГКИХ, ЖЕЛУДКА, КИШЕЧНИКА)

Куприянова И. Е.^{*1}, Чойнзонов Е. Ц.²,
Тузилов С. А.², Гураль Е. С.¹

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН
634050, Томск, пер. Кооперативный, 5

Цель исследования: изучение качества жизни и психопатологического состояния пациентов с диагнозом рака различной локализации (желудка, лёгких и кишечника). Материалы и методы: психопатологическое обследование, шкала депрессии Бека, опросник качества жизни. Обсуждаются клинические особенности психопатологических состояний у пациентов, страдающих раком различной локализации (желудка, легких и кишечника), которые снижают качество жизни и психологическую адаптивность. В обследуемой группе 34 человека (64 %) не имели изменений в психическом статусе, у 19 пациентов (36 %) выявлялись психопатологические изменения в аффективной сфере. У 11 респондентов (58 %) клинически определялась умеренно выраженная тревога (субклинический уровень по шкале Бека), у 8 пациентов (42 %) – высокий уровень тревоги. Приводятся клинический пример, иллюстрирующий полученные данные. **Ключевые слова:** психическое здоровье в онкологической практике, качество жизни.

QUALITY OF LIFE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CANCER OF VARIOUS LOCALIZATIONS (LUNGS, STOMACH, AND INTESTINE). Kupriyanova I. E.¹, Choinzonov E. Ts.², Tuzikov S. A.², Gural E. S.¹ **Mental Health Research Institute SB RAMSci.** 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. **Oncology Research Institute SB RAMS.** 634050, Tomsk, Kooperativnyy Lane, 5. Objective: to study the quality of life and psychopathological state of patients with diagnosis of cancer, various localizations (stomach, lungs and intestine). Materials and methods: psychopathological survey, Beck Depression Inventory, quality of life questionnaire «Rose of Quality of Life». The study included only patients, who have given informed consent for research. Clinical features of psychopathological states in patients with cancer of various localizations (stomach, lungs and intestine), that reduce quality of life and psychological adaptability, are discussed. In the target group, 34 persons (64 %) had not any changes in mental status, in 19 patients (36 %), psychopathological changes in the emotional sphere have been identified. In 11 respondents (58 %), moderately severe anxiety (subclinical level according to Beck Inventory) has been found, in 8 patients (42 %) – a high level of anxiety. Clinical case to illustrate the findings is introduced. **Key words:** mental health in oncological practice, quality of life.

^{*} Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., проф., зав. отделением профилактической психиатрии. 89138264701. irimakupr@rambler.ru

Введение. Исследование качества жизни является современным направлением в онкологии, позволяющим оценить как психическое здоровье, так и эффективность лечения. Качество жизни представляет собой совокупность физической, эмоциональной и социальной составляющих жизни пациента и базируется не на объективной ситуации, а на его субъективном восприятии. Качество жизни – это динамическая характеристика, на которую, в том числе, оказывают влияние характерологические особенности человека, психологические защиты и ценностные ориентации [1].

Люди, живущие с онкологическим диагнозом, сообщают о более низком качестве жизни, чем их сверстники. У пациентов, страдающих раком, возникают осложнения в виде болей, чувства усталости и эмоционального истощения [2]. В течение оставшейся жизни они испытывают экзистенциальный стресс [3]. Эмоциональные трудности для людей с онкологическим диагнозом представляют «страх возникновения метастазов». По оценкам исследователей, так называемый страх рецидива испытывают от 22 до 99 % пациентов, страдающих раком [7]. В основном пациентов беспокоили один или несколько симптомов, ухудшающих качество жизни: состояние усталости (78 %), чувство тревоги (77 %), депрессия (59 %), нарушения сна (55 %) [4].

Самыми распространёнными психическими расстройствами при онкологической патологии, являются тревожные и депрессивные, а именно расстройство адаптации (до 68 % среди опрошенных) и клиническая депрессия (до 13 %) [5]. Тревожные и депрессивные расстройства чаще встречаются у пациентов с диагнозом рака, чем у их сверстников, не имеющих онкологической патологии [6].

Для обеспечения удовлетворительного качества жизни пациентов, страдающих раком, (включающего физическое и психологическое состояние), необходимо управлять симптомами, вызванными опухолевым процессом и побочными действиями терапии, на всём протяжении лечения [2, 8, 9, 10]. Психопатологические проявления снижают социальное функционирование и значительно ухудшают психологическую адаптивность пациентов.

Цель исследования: изучение качества жизни и психопатологического состояния пациентов с диагнозом рака различной локализации (желудка, лёгких и кишечника).

Материалы и методы. Психопатологическое обследование, шкала депрессии Бека, опросник качества жизни «Роза качества жизни» (Гундаров И. А., 1995). В исследовании участвовали только пациенты, заполнившие информированное согласие на исследование.

Обследовано 53 пациента со злокачественными новообразованиями различной локализации (лёгких, желудка, сигмовидной, толстой и прямой кишки), в возрасте от 45 до 70 лет. Использовалась сплошная выборка. Данная нозология выбрана в связи с тем, что онкологические заболевания внутренних органов характеризуются выраженной аффективной патологией [11]. Всего в исследовании принимали участие 12 женщин и 41 мужчина, находящихся на лечении в торако-абдоминальном отделении НИИ онкологии СО РАМН Томска.

Обсуждение результатов. По психическому состоянию пациенты были распределены следующим образом: в первую группу были включены пациенты, не имеющие каких-либо изменений в психическом статусе (34 чел. – 64 %). Вторую группу (19 чел. – 36 %) составили пациенты, имеющие психопатологические изменения, а именно в аффективной сфере, из них психическое состояние у 11 (58 %) респондентов клинически определялось умеренно выраженной тревогой и сниженным настроением, не доходившими до уровня какого-либо психического расстройства по МКБ-10 (так называемый субклинический уровень по шкале Бека); у 5 пациенток (26 %) и у 3 пациентов (16 %) выявлены высокий уровень тревоги и снижение настроения (по шкале Бека более 19 баллов), что клинически соответствовало по МКБ-10 диагнозу «Расстройство адаптации».

Группу пациентов без особенностей в психическом статусе и не имевших каких-либо жалоб на эмоциональное состояние составили мужчины с диагнозом рака лёгких. На момент обследования пациенты готовились к оперативному лечению и легко переносили неоадьювантную химиотерапию либо химиотерапия им не назначалась. Зачастую рак лёгких длительно не имеет каких-либо клинических проявлений. Оперативный рак лёгких, как правило, случайная находка во время профосмотров, поэтому единственной «жалобой» таких пациентов было то, что их ничего не беспокоило, а их готовили к операции.

Исключение составил пациент с классической картиной рака Пенкоста (рак верхушки лёгкого), которого уже в течение полугода беспокоили сильные боли, мешающие спать (в руке, груди и плече), получавший физиолечение у невролога по месту жительства. Диагноз рака был поставлен слишком поздно, для возможности оперативного лечения пациент проходил химиолучевую терапию, на фоне которой опухоль уменьшилась и снизился болевой синдром, пациент был включен во вторую группу.

У пациентов без психопатологических проявлений выявлялись схожие данные, характеризующие качество жизни. Снижение показателей имелось только по категориям: развлече-

ния, общение с друзьями, духовные потребности и материальное положение.



Рис. 1. Показатели качества жизни у пациентов с онкопатологией, не имеющих психических расстройств

Кардинальным образом отличалась картина распределения по шкалам у пациентов из второй группы. Анализ данных показал следующую оценку качества жизни пациентов во второй группе.



Рис. 2. Показатели качества жизни у пациентов с онкопатологией, имеющих психопатологические проявления

Самые высокие показатели отмечаются по категориям: семья, дети, общение с друзьями, положение в обществе и питание, а самые низкие в категориях: здоровье, сексуальная жизнь и душевный покой, работа и отдых. Вероятно, выраженная корреляция в баллах связана переосмыслением прошедшей жизни и большей откровенностью и эмоциональностью в общении с окружающими, в том числе с медицинским персоналом, на данном этапе заболевания.

По результатам исследования выявлено, что пациенты, имевшие психопатологические изменения, имеют ряд социально-психологических особенностей. Они, как правило, добиваются высокого положения в обществе, самостоятельны, не склонны обращаться за помощью и поддержкой к окружающим, часто не образуют близких, интимных отношений, в которых

могли бы обсуждать личные проблемы и переживания. Не обращаются за психологической помощью к специалистам, несмотря на то что их личная история имеет целый ряд психотравмирующих ситуаций.

Клинический пример. Пациентка М., 1946 года рождения, госпитализация с 25.11.2013 по 19.12.2013, вторая по счету. Онкологический диагноз: рак нижнеампулярного отдела прямой кишки ст. III T3 NxMo. Состояние после ДГТ СОД 60 Гр. на фоне радиосенсибилизации кселоной.

Сопутствующие заболевания. ГБ II ст., риск 3. Степень АГ достигнута. НКО. Ожирение II степени. Остеоартроз коленных суставов, неполная ремиссия. НПВП. Состояние после холецистэктомии от 2008 г. Варикозная болезнь нижних конечностей. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, сильные боли после операции, слабость, раздражение и растерянность из-за того, что не получается управлять колостомой, и из-за того, что после операции ей был установлен мочевой катетер.

Анамнез заболевания. Симптомы заболевания возникли около 3 лет назад, когда возникли запоры. К врачам по этому поводу не обращалась, в течение года обнаружила в кале кровь, обратилась к онкологу, по квоте в июле прошлого года была направлена в Томск, в НИИ онкологии, прошла обследование, был подтвержден диагноз и назначено оперативное лечение. Онкологический диагноз отягощен. У племянника был рак головного мозга, его болезнь и смерть тяжело переживала. У родного брата был рак желудка, брат умер прошедшим летом, между первой и второй госпитализациями пациентки. После смерти брата несколько недель «тянула», откладывала повторную госпитализацию, во время которой предстояло оперативное лечение. К настоящему времени перенесла оперативное лечение и курс химиотерапии и лучевой терапии.

Анамнез жизни. Родилась в Тыве. Семья кочевала, у родителей было много детей, точное количество указать не может. Помнит, что умерло 3 брата, их кончину тяжело переживала, всего из детей осталось 3 сестры и 2 брата. О раннем развитии знает мало. В детстве приходилось много работать, ухаживала за братьями и сестрами, помогала матери по хозяйству, вместе с другими детьми ходила за ягодами и грибами. Рассказывает о том, что не всегда хорошо жили, «бывало голодали». Мать – добрая, хозяйственная, малограмотная женщина, страдала повышенным АД. Отец в течение 16 лет учился в Тибете, но монахом не стал, во время революции вернулся в Тыву и женился, был очень уважаемым и грамотным человеком, к которому обращались за лечением и житейским советом. Отец умер в возрасте 55 лет («задавило» упавшим деревом).

В возрасте 9 лет очень тяжело болела корью, лечилась в больнице, сестру, которая так же заразилась и тяжело болела, лечил дома отец, народными методами, «поили свежей кровью животных, заворачивали в шкуры». Не может объяснить, почему её отправили в больницу, а сестру оставили дома, обе тогда выздоровели.

Начальной грамоте учил отец, затем училась в школе, жила вдали от дома в интернате (так как родители жили далеко). Училась на пятерки. Рассказывает о том, что когда училась в школе, к ним в интернат приходили бабушки и просили помочь по хозяйству дома или на огороде, за это немного платили и подкармливали. В то время близко познакомилась с одной «бабушкой», которая научила её готовить русские блюда, «закатывать соленья-варенья», выращивать овощи. До сих пор помнит свое детское удивление по поводу того, что растения можно выращивать на огороде. Многие годы поддерживала теплые отношения с этой женщиной. После школы поступила в медицинский институт, преодолев высокий конкурс, училась хорошо. Рассказывала о том, что специальность невролога выбрала в первую очередь потому, что у них был очень грамотный, хотя и строгий преподаватель, который вызывал страх и уважение всего института. На четвертом курсе вышла замуж. Муж на несколько лет старше, работал «начмедом». От брака имеет двоих детей (сын 40 лет и дочь 44 лет). Отношения с детьми хорошие. Первые годы семейной жизни были счастливыми, в дальнейшем была разочарована изменами мужа и его нарастающим алкоголизмом, однако мысли о разводе не допускала. Муж умер от последствий инсульта, болел тяжело в течение нескольких лет, ухаживала за ним. В 2009 г. умерла в родах любимая невестка, внучка родилась очень слабой, после рождения тяжело болела, пришлось взять на себя роль матери и «выхаживать внучку».

Гинекологический анамнез: mensis с 14 лет, регулярные, обильные, безболезненные. Половая жизнь с замужества. Беременностей 3, роды 2, беременности и роды протекали без патологии. Сделала 1 аборт, так как в то время муж уже сильно алкоголизировался, сомневалась в том, что сможет родить здорового ребенка. Климакс протекал тяжело, в течение 5 лет беспокоили сильные приливы.

05.12.2013 проведено оперативное лечение: видеоассистированная брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с резекцией задней стенки влаглища. Послеоперационный период протекал удовлетворительно.

Консультации специалистов. Терапевт: ГБ II ст., риск 3. Степень АГ достигнута. НКО. Ожирение II степени. Остеоартроз коленных суставов, неполная ремиссия.

В течении первой госпитализации в отделении ничем себя не проявляла, соблюдала режим отделения, рекомендации лечащего врача и медицинского персонала. В течении второй госпитализации ссорилась с медицинским персоналом, отчитывала медсестер, выдернула мочевой катетер, неохотно прислушивалась к рекомендациям врача.

Психический статус во время первой госпитализации: на беседу соглашается охотно. Одетая опрятно, соответственно возрасту, со вкусом, в ушах удлиненные серьги, на пальцах кольца из соответствующего набора (ювелирные украшения носит постоянно). В беседе активна, откровенна, речь грамотная, эмоционально модулированная, периодически жестиккулирует. На вопросы отвечает развернуто, часто переходит на смежные, ассоциативные темы. О своей жизни рассказывает охотно, о переживаниях по поводу болезни, наоборот, старается не распространяться. Сообщает, что сейчас предпочитает быть наедине с собой, избегает общения с людьми, за исключением врачей, что в общем-то расстроена

диагнозом и тем что теперь является «онкологической больной». Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Расстройства восприятия и злоупотребление ПАВ не выявляет.

Психический статус при второй госпитализации: во время беседы лежит в постели, одета в ночную сорочку, внешне опрятна, в ушах серьги. Настроение сниженное. Голос тихий. В беседе безынициативна, малоэмоциональна. На вопросы отвечает односложно. Предъявляет жалобы на сниженное настроение, сильные боли после операции, слабость, раздражительность и растерянность из-за того, что не знает как управлять колостомой, а также потому, что ей был установлен мочевого катетер. Расстроена смертью брата. Переживает из-за внешнего дефекта и неизвестности с работой. Высказывает недовольство тем, что её курирует врач-ординатор. Смягчается, начинает улыбаться при воспоминании о внуках. Продуктивную симптоматику, злоупотребление ПАВ не выявляет. Статус определяется астенодепрессивным синдромом в рамках расстройства адаптации.

Таким образом, мы видим, что пациентка пережила в течение жизни целый ряд тяжелых психотравмирующих ситуаций (смерть братьев в детстве, жизнь в интернате, при школе, вдали от семьи, необходимость приспособливаться к культуре, отличной от родительской, смерть племянника от рака мозга, алкоголизация и измены мужа, его тяжелое умирание, смерть невестки в родах, борьба за жизнь внучки в течение первых лет её жизни, онкологический диагноз и смерть брата от рака желудка). Психическое состояние пациентки меняется от первой госпитализации ко второй, нарастает аффективная напряженность переживаний, снижается настроение, постепенно усиливаются уровень тревоги и раздражительность.

Показатели качества жизни (в баллах): положение в обществе – 3, работа – 3, душевный покой – 2, семья – 3, дети – 3, здоровье – 2, условия в районе проживания – 3, жилищные условия – 3, питание – 3, сексуальная жизнь – 2, духовные потребности – 2, общение с друзьями – 2, развлечение – 2, отдых – 2, материальное положение – 2. При анализе показателей КЖ выявлено, что пациентка достаточно низко характеризует психологические показатели качества жизни: душевный покой, духовные потребности, общение с друзьями, развлечение, отдых. Физическая составляющая качества жизни показывает также снижение по категориям здоровье, сексуальная жизнь, материальной положение.

В послеоперационном периоде пациентке проводилась психотерапия, включающая метод визуализации, рациональная и экзистенциальная психотерапия. При выписке психический статус улучшился, пациентка стала оптимистичнее, строит реальные планы на жизнь. При исследовании КЖ значительно улучшились по-

казатели психологического профиля: в 3 балла оценила категории душевный покой, духовные потребности, общение с друзьями, развлечение, отдых.

Приведенный клинический случай демонстрирует, что психическое состояние пациентов, страдающих раком, изменяется с течением заболевания и под воздействием стрессовых ситуаций, снижается уровень настроения (более 19 баллов по шкале Бека) и усиливается тревога, что ухудшает качество жизни пациентов и требует внимания со стороны лечащих врачей, медицинского персонала и оказания дополнительной психотерапевтической поддержки. Критерии качества жизни четко показывают проблемные психологические зоны пациента и помогают не только психотерапевту, но и самому пациенту оценить свое состояние.

Л и т е р а т у р а

1. Качество жизни онкологических больных / под ред. Е. Л. Чойнзонова, Л. Н. Балацкой. – Томск, 2012. – 152 с.
2. Patrick D. L., Feretich S. L. et al. National Institutes of Health State-of-the – Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue, // J. Natl. Cancer Inst. Monogr. – 2004. – Vol. 32. – P. 9–16.
3. Vehling S., Lehmann C., Oechsle K. et al. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients // Psycho-Oncology J. – 2012. – Vol. 21 (1). – P. 54–63.
4. Ashbury F. D., Findlay H., Reynolds B., McKerracher K. A. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? // J. Pain and Symptom Manage. 1998. Vol. 16(5). P. 298–306.
5. Costa G., Salamero M., Gil F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer (Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients) // Medicina Clínica. – 2007. – Vol. 128 (18). – P. 687–691.
6. Jadoon N. A., Munir W., Shahzad M. A. et al. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study // BMC Cancer. – 2010. – Vol. 10. – P. 594.
7. Simard S., Savard S., Ivers H. Fear of cancer recurrence: specific profiles and nature of intrusive thoughts // J. Cancer Surviv. – 2010. – Vol. 4. – P. 361–371.
8. Семке В. Я., Чойнзонов Е. Л., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н. Развитие сибирской психонкологии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008.
9. Семке В. Я., Чойнзонов Е. Ц., Якимова М. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н. От этиопатогенеза к терапии и психологической реабилитации онкобольных // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 2. – С. 119–121.
10. Азаркова Л. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н., Колomieц Л. А., Дикке Г. Б., Семке В. А., Марков А. А., Несмелова В. А. Сравнительные исследования качества жизни у женщин с доброкачественными и злокачественными опухолями гинекологической сферы // Сибирский онкологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 18–20.
11. Счастный Е. Д. Распространенность и клинико-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств : автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 2001. – 43 с.

Транслитерация русских источников

1. Quality of life in cancer patients / pod red. E. L. Choinzonov, L. N. Balatskaya. – Tomsk, 2012. – 152 c.
8. Semke V. Ya., Choinzonov E. L., Kupriyanova I. E., Balatskaya L. N. Development of Siberian psychooncology. – Tomsk : Izd-vo Tom. un-ta, 2008.
9. Semke V. Ya., Choinzonov E. Ts., Yakimova M. A., Kupriyanova I. E., Balatskaya L. N. From etiopathogenesis to therapy and psychological rehabilitation of cancer patients // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2003. – N 2. – S. 119–121.
10. Agarkova L. A., Kupriyanova I. E., Balatskaya L. N., Kolomiets L. A., Dikke G. B., Semke V. A., Markov A. A., Nesmelova V. A. Comparative research of quality of life in women with benign and malignant tumors of gynecological sphere // Sibirskiy onkologicheskij zhurnal. – 2004. – N 1. – S. 18–20.
11. Schastnyy E. D. Prevalence and clinical-constitutional regularities of polymorphism of depressive disorders : avtoref. dis. ... d.m.n. – Tomsk, 2001. – 43 s.

УДК 616.89-008.441.44-006
ББК Р62-32.21

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ БОЛИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ

Зотов П. Б. *, Уманский М. С.

ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздрава России
625023, Тюмень, ул. Одесская, 52

Приводятся данные литературы о распространенности самоубийств среди онкологических больных. Показано, что уровень суицидов в этой категории пациентов в 2–4 раза выше по сравнению с общей популяцией. Обследовано 406 больных распространенным раком с суицидальным поведением. У 41,4 % человек присутствовали боли умеренной, реже (14,0 %) сильной интенсивности, при средней длительности алгий $2,78 \pm 0,33$ месяца. К моменту начала обследования в 89,4 % случаев лечение хронических болей носило бессистемный характер. Полного контролирования болей не было ни в одном случае. Среди ведущих мотивов суицидального поведения большинство больных указали прекращение соматического страдания (88,9 %) и избавление от плохо контролируемой хронической боли (86,9 %), что позволяет отнести их к факторам риска. Делается вывод о необходимости повышения эффективности противоболевой терапии, а также подготовки врачей по вопросам паллиативной помощи, более широкого внедрения в онкологическую практику методов психологической поддержки и психотерапии. **Ключевые слова:** суицидальное поведение, суицид, рак, боль, паллиативная помощь.

SUICIDAL BEHAVIOUR AND THE EFFECTIVENESS OF PAIN CONTROL IN COMMON CANCER PATIENTS. Zotov P. B., Uman'sky M. S. Tyumen State Medical Academy. 625023, Tyumen, Odesskaya Street, 52. The literature data on the prevalence of suicide among cancer patients is introduced. It is shown that the rate of suicide in this group of patients is 2–4 times higher as compared with general population. 406 common cancer patients with suicidal behavior have been examined. In 41,4 % of persons, pains of moderate, more seldom (14,0 %) of high intensity, with average duration of pain $2,78 \pm 0,33$ months were present. At the start of the survey in 89,4 % of cases, treatment of chronic pain had unsystematic character. There was not full control of pain in any case. Among the leading motives of suicidal behavior, most patients indicated cessation of somatic suffering (88,9 %) and getting rid of poorly controlled chronic pain (86,9 %), that allows attributing them to risk factors. The conclusion about necessity of increase of efficiency of pain therapy, as well as to train doctors in palliative care, the wider introduction of methods of psychological support and psychotherapy in oncologic practice is made. **Key words:** suicidal behavior, suicide, cancer, pain, palliative care.

Больных раком относятся к категории повышенного суицидального риска. Согласно данным ряда зарубежных авторов [18, 21], риск самоубийства онкологических пациентов в 2–4 раза выше, чем у здоровых лиц того же пола и возраста. При этом доля онкологических больных среди случаев завершённых суицидов может достигать 1–2 %.

* Зотов Павел Борисович, д.м.н., проф., проф. кафедры онкологии. (3452)270552. sibir@sibtel.ru

Уманский Марк Станиславович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС. (3452)46-15-47.

Считается, что большинство самоубийств совершается в интервале 3—5 месяцев после выявления злокачественного новообразования, обычно вскоре после выписки из клиники [23].

Высоким суицидальным риском также обладает период рецидива и прогрессирования заболевания, сопровождающийся неуклонным ухудшением состояния пациентов, появлением плохо контролируемых болей и других тягостных проявлений распространенного рака [15].

Важным детерминантным фактором самоубийства является хроническая боль, так как на стадии генерализации опухоли до 94 % пациентов страдают от боли, требующей назначения системной фармакотерапии [3, 19]. Несмотря на широкое внедрение в практику программ по борьбе с болью, до 26 % онкологических пациентов не получают болеутоляющего лечения. Это может быть связано с недостатками диагностических и лечебных мероприятий, проводимых врачом и средним медицинским персоналом, а также с нежеланием больных сообщить о наличии боли или применять анальгетики. Последний момент часто не учитывается, тем не менее часть пациентов, даже при наличии умеренных и сильных болей, мотивирует отказ от приема болеутоляющих средств опасением привыкания к лекарственным препаратам [22].

Между тем коррекция хронического болевого синдрома является важным условием поддержания качества жизни у онкологических пациентов и профилактики нарушений психического статуса [4]. Известно, что хроническая боль имеет тесную связь с эмоциональными расстройствами и суицидальной активностью [21].

Таким образом, изучение суицидальной активности больных злокачественными новообразованиями, как и в общей популяции, является важным условием для разработки мер целенаправленной профилактики [4, 5, 8], оценки места психотерапевтической помощи [9, 10, 16, 24], а также роли соматических детерминант [11]. Среди последних большое значение имеет болевой синдром.

Цель исследования: оценить связь эффективности контроля хронического болевого синдрома и суицидальной активности больных распространенным раком.

Материал и методы. Обследовано 528 онкологических больных. Основную группу исследования составили 406 больных распространенным раком. Во всех случаях диагноз подтвержден морфологически. Критерием включения в группу было присутствие различных форм суицидального поведения (при отсутствии психических нарушений психотического уровня и деменции). Женщины составляли 54,7 %, мужчины – 45,3 %. Возраст варьировал от 23 до 82 лет (средний возраст – $56,3 \pm 9,6$ года).

Группа сравнения состояла из 122 человек, не имеющих суицидальных тенденций. Подбор состава группы сравнения проводился целенаправленно, с целью сопоставимости с основной группой по полу, возрасту, нозологической принадлежности и распространенности онкологического процесса.

Методы: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический. Оценка интенсивности боли проводилась по шкале вербальных оценок (ШВО).

Результаты и обсуждение. Исследование показало, что среди лиц с суицидальным поведением достоверно чаще присутствовали боли умеренной (41,4 %; $p < 0,05$) и сильной (14,0 %; $p < 0,05$) интенсивности. Среди пациентов группы сравнения выраженность болевого синдрома, напротив, в большинстве случаев (65,6 %) расценивалась как слабая. Умеренная боль присутствовала у 22,1 % пациентов, сильная – лишь у 3,3 %. Расчет средних значений интенсивности боли достоверных различий в сравниваемых группах не выявил, хотя среди больных с суицидальным поведением выраженность боли ($1,78 \pm 0,41$) превышала аналогичный показатель группы сравнения ($1,31 \pm 0,45$).

Оценка средних показателей длительности алгий также показала достоверное их превышение у больных основной группы ($2,78 \pm 0,33$ месяца; $p < 0,05$) относительно группы сравнения ($1,83 \pm 0,31$ месяца). Достоверные различия выявлены и в характере фармакотерапии болевого синдрома, проводимой больным в амбулаторных условиях участковой поликлиники до поступления их в онкологический стационар.

Экспертами ВОЗ системная фармакотерапия рекомендована в качестве наиболее эффективного и доступного метода контроля хронической боли. Под системным характером понимается применение различных классов анальгетиков в соответствии с интенсивностью и патогенетическим механизмом боли в сочетании с адъювантными лекарственными средствами. Метод заключается в последовательном применении анальгетиков возрастающей силы действия по мере увеличения интенсивности боли, причем важным условием является начало фармакотерапии при появлении первых признаков боли.

Анализ характера фармакотерапии в сравниваемых группах показал достаточно низкую частоту выполнения требований системного подхода у больных сравниваемых групп. Несмотря на то что в группе сравнения системная фармакотерапия и проводилась лишь в 18,9 % случаев, в основной группе этот показатель был почти в 2 раза ниже (10,6 %; $p < 0,05$). В большинстве случаев лечение хронических болей носило бессистемный характер. При этом не учитывались ни патогенез болей, ни их

тип и интенсивность. Такой уровень медицинской помощи не мог не отразиться на эффективности контроля лечения. Так, у лиц группы сравнения достоверно чаще ($p < 0,05$) наблюдались удовлетворительный (54,1 %) и хороший болеутоляющий (18,9 %) эффекты. В то же время слабый болеутоляющий эффект преобладал среди пациентов основной группы (68,0 %; $p < 0,05$). То есть у подавляющего числа больных с суицидальным поведением даже на фоне приема анальгетиков болевые проявления снижались менее чем на 50 % от существующего уровня. Поэтому можно полагать, что низкая эффективность болеутоляющего лечения или ее полное отсутствие явилось одним из факторов формирования суицидального поведения больных. Это подтверждал и расчет корреляционных связей в основной группе между уровнем депрессии и эффективностью контроля боли ($r = 0,93$). При этом следует отметить более тесную корреляционную связь уровня депрессии с выраженностью боли ($r = 0,81$) и ее длительностью ($r = 0,87$). В группе сравнения эти показатели составили соответственно $r = 0,88$, $r = 0,78$, $r = 0,82$.

Более внимательный разбор лучших показателей болеутоляющего эффекта в группе сравнения показал, что их не следует объяснять более квалифицированной подготовкой врачей у данной категории пациентов. У 65,6 % больных этой группы выраженность болевого синдрома расценивалась как слабая, что в соответствии с требованиями «болевого лестницы» подразумевает назначение периферического анальгетика в сочетании с адьювантными средствами. Доступность в широкой аптечной сети (без рецептов) этого класса анальгетиков давала возможность больным самостоятельно регулировать и, как правило, увеличивать дозу препаратов, что в целом позволяло достаточно хорошо контролировать боль. Этим и можно объяснить удовлетворительный и хороший эффекты у большинства больных. При усилении болевого синдрома и необходимости назначения опиоидных и наркотических анальгетиков у больных группы сравнения регистрировались те же нарушения системного характера фармакотерапии, что и у пациентов с суицидальной активностью.

Обобщая полученные данные, можно сделать вывод о том, что наличие болевого синдрома необязательно свидетельствует о присутствии суицидальной активности у больных распространенным раком. Основными predisposing факторами формирования суицидального поведения являются длительность болевого синдрома (больше 2 месяцев), бессистемный характер противоболевой фармакотерапии, слабый болеутоляющий эффект от проведенной терапии.

Вышесказанное подтверждает и анализ ведущих мотивов суицидального поведения, указываемых самими пациентами: прекращение соматического страдания (88,9 %), избавление от плохо контролируемой хронической боли (86,9 %), представления о бессмысленности и мучительности дальнейшего существования (78,1 %), неэффективность проводимого лечения (48,3 %), неспособность к самообслуживанию (38,2 %).

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что плохо контролируемый хронический болевой синдром является важным фактором повышенной суицидальной готовности при распространенном раке. Недостаточный болеутоляющий эффект способствует развитию или поддержанию эмоциональных нарушений и, как правило, оценивается пациентами как признак безнадежности, значительно ограничивая возможности сопротивления болезни и жизнестойкости. Последним факторам многими авторами [1, 2, 12 и др.] придается большое значение в предикции суицидальности.

Доминирование в структуре мотивов негативных соматогенных факторов позволяет отнести суицидальное поведение этих пациентов к категории «избегание» [6]. Это указывает на необходимость повышения эффективности паллиативного лечения и противоболевой терапии. Тем более что в настоящее время в распоряжении специалистов имеется достаточный объем самых различных классов и лекарственных форм эффективных анальгетиков, включающий трансдермальные терапевтические системы [3] и методики немедикаментозного контроля боли [7]. Не менее важным является вопрос подготовки повышения грамотности врачей по вопросам паллиативной помощи, в том числе более широкого внедрения в онкологическую практику методов психологической поддержки и психотерапии [13, 14, 15].

Л и т е р а т у р а

1. Бехер О. А., Слонимская Е. М., Куприянова И. Е. Уровень тревоги у женщин, страдающих раком молочной железы // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 2. – С. 26–27.
2. Борисов И. В., Гладышева А. Г., Любов Е. Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 2. – С. 35–44.
3. Брюзгин В. В. Современные аспекты лечения хронической боли у онкологических больных // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3–4. – С. 90–93.
4. Кожевникова Т. А., Кожевников В. Н. Методы оптимизации профилактики суицидального поведения // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 69–71.
5. Кудрявцев И. А., Декало Е. Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3–11.
6. Кудрявцев И. А. Смысловая типология суицидов // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 2. – С. 3–8.

7. Левин А. В., Смородина Т. П. Полностью имплантируемые устройства в лечении хронического болевого синдрома // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 3–4. – С. 90–93.
8. Любов Е. Б., Морев М. В., Фалалеева О. И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России как научно-доказательное обоснование развития программ превенции суицидов // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 41–42.
9. Макиенко А. А. Роль психокоррекции в онкологии // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 30.
10. Приленский Б. Ю., Родяшин Е. В., Приленская А. В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49–51.
11. Решетова Т. В. О суицидальном поведении больных соматической клиники // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 37–38.
12. Розанов В. А., Мидько А. А. Метафакторы Big Five и феномен безнадежности в предикции суицидальности // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 34–43.
13. Ткаченко Г. А. Психологическая коррекция психоэмоциональных нарушений у онкологических больных // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 1. – С. 43.
14. Худяков А. В., Вакуров А. М., Заярный А. А. и др. О психотерапевтической подготовке врачей-онкологов // Тюменский медицинский журнал. – 2003. – № 3–4. – С. 101–102.
15. Семке В. Я., Чойзоннов Е. Л., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н. Развитие сибирской психоонкологии. – Томск, 2008. – 198 с.
16. Гарганеева Н. П., Шахурова Н. И., Счастный Е. Д. Организация медицинской помощи в стационаре сестринского ухода: изучение депрессивных расстройств у геронтологических пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 7, № S2. – С. 85.
17. Allebeck P., Bolund C., Ringback G. Increased suicide rate in cancer patient. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register // J. Clin. Epidemiol. – 1989. – Vol. 42, № 7. – P. 611–616.
18. Bellini M., Capannini D. Increased suicide risk in cancer patients // Minerva. Psichiatri. – 1994. – Sept. – Vol. 35, № 3. – P. 175–186.
19. Foley K. M. The relationship of pain and symptom management to patient requests for physician-assisted suicide // Oncology overview. – 1993. – Vol. 1. – P. 89.
20. Johnson F., Glare P. Pain in hospitalized patients with cancer. Prevalence, clinical characteristics, impact on quality of life and patient-related barriers // Psychooncol. – 2000. – Vol. 9, № 5. – P. 30.
21. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients // J. Psychosoc. Oncol. – 2006. – Vol. 24, № 1. – P. 43–50.
22. Lattanzio F., Gambassi G., Polla R. et al. Gestione del dolore nel paziente anziano affetto da cancro // G. gerontol. – 1998. – Vol. 46, № 1–2. – P. 125–126.
23. Tanaka H., Tsukuma H., Masaoka T. et al. Suicide risk among cancer patients: Experience at one medical center in Japan, 1978–1994 // Jap. J. Cancer Res. – 1999. – Vol. 90, № 8. – P. 812–817.
5. Kudryavtsev I. A., Dekalo E. E. Psychological factors and mechanisms of suicidogenesis as suicidal risk criteria and targeted prevention // Suitsidologiya. – 2012. – N 2. – S. 3–11.
6. Kudryavtsev I. A. Sense typology of suicides // Suitsidologiya. – 2013. – T. 4, N 2. – S. 3–8.
7. Levin A. V., Smorodina T. P. Fully implantable devices in treatment of chronic pain syndrome // Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal. – 2009. – N 3–4. – S. 90–93.
8. Lyubov E. B., Morev M. V., Falaleeva O. I. Social-economic burden of suicidal mortality in Russia as an evidence-based rationale for development of programs of prevention of suicides // Suitsidologiya. – 2011. – N 2. – S. 41–42.
9. Makienko A. A. Role of psychocorrection in cancer care // Tyu-menskiy meditsinskiy zhurnal. – 2012. – N 2. – S. 30.
10. Prilenskiy B. Yu., Rodyashin E. V., Prilenskaya A. V. Integrative approach in psychotherapy of suicidal behavior // Suitsidologiya. – 2011. – N 2. – S. 49–51.
11. Reshetova T. V. About suicidal behavior of patients of the somatic clinic // Suitsidologiya. – 2011. – N 3. – S. 37–38.
12. Rozanov V. A., Midko A. A. Meta-factors Big Five and phenomenon of hopelessness and prediction of suicidality // Suitsidologiya. – 2012. – N 2. – S. 34–43.
13. Tkachenko G. A. Psychological correction of psychoemotional disturbances in cancer patients // Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri. – 2013. – T. 9, N 1. – S. 43.
14. Hudyakov A. V., Vakurov A. M., Zayarnyy A. A. i dr. About psychotherapeutic training of cancer therapists // Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal. – 2003. – N 3–4. – S. 101–102.
15. Semke V. Ya., Choinzonov E. L., Kupriyanova I. E., Balatskaya L. N. Development of Siberian psychooncology. – Tomsk, 2008. – 198 s.
16. Garganeeva N. P., Shakhurova N. I., Schastnyy E. D. Organization of medical care in the hospital of nursing care: study of depressive disorders in geriatric patients with cardiovascular diseases // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2008. – T. 7, N S2. – S. 85.

Транслитерация русских источников

1. Bekher O. A., Slonimskaya E. M., Kupriyanova I. E. Level of anxiety in women suffering from breast cancer // Sibirskiy onkologicheskij zhurnal. – 2008. – N 2. – S. 26–27.
2. Borisov I. V., Gladysheva A. G., Lyubov E. B. Ontological viewpoint: suicidal behavior and phenomenon of vitality // Suitsidologiya. – 2013. – T. 4, N 2. – S. 35–44.
3. Bryuzgin V. V. Current aspects of treatment of chronic pain in cancer patients // Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal. – 2009. – N 3–4. – S. 90–93.
4. Kozhevnikova T. A., Kozhevnikov V. N. Methods of optimization of prevention of suicidal behavior // Suitsidologiya. – 2010. – N 1. – S. 69–71.

УДК 616-089.168.1:616.85
ББК Р64-324+Р410

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Плотникова Н. С.^{*}, Раева Т. В.

ГБОУ ВПО «Тюменская ГМА» Минздрава России
625023, Тюмень, ул. Одесская, 54

Представлены распространенность, выраженность, клиническая характеристика, а также взаимовлияние депрессивных и когнитивных расстройств в раннем послеоперационном периоде аорто- и маммарокоронарного шунтирования. Проведенное нейропсихологическое исследование позволило выявить преморбидную слабость ряда зон головного мозга у данной группы больных, уточнить специфику их когнитивных нарушений. **Ключевые слова:** аорто- и маммарокоронарное шунтирование, ранний послеоперационный период, депрессивные нарушения, когнитивные расстройства, данные нейропсихологического исследования.

PECULIARITIES OF DEPRESSIVE AND COGNITIVE DISORDERS IN CARDIOSURGICAL PATIENTS IN EARLY POSTOPERATIVE PERIOD Plotnikova N. S., Raeva T. V. Tyumen State Medical Academy. 625023, Tyumen, Odesskaya Street, 54. Prevalence, severity, clinical characteristic as well as interaction of depressive and cognitive disorders in early postoperative period of coronary artery bypass grafting have been presented. Conducted neuropsychological investigation has allowed revealing the premorbid weakness of a number of zones of the brain in this group of patients, specifying their cognitive disturbances. **Key words:** coronary artery bypass grafting, early postoperative period, depressive disturbances, cognitive disorders, data of neuropsychological investigation.

Введение. В последние десятилетия в кардиохирургической практике стали применяться все более высокотехнологичные операции и методики, такие как аортокоронарное шунтирование, которые позволяют повысить уровень качества жизни больных после операции. В связи с этим особенности психической сферы пациентов, влияние таких операций и наркоза на их когнитивные функции стало приобретать особое значение (Бокерия Л. А. и др., 2004; Rasmussen L., 2003). Проведенные исследования показывают достаточно высокую распространенность (от 40 до 60 %) психических расстройств пограничного уровня в послеоперационном периоде аортокоронарного шунтирования и влияние аффективных расстройств на течение кардиологического заболевания (Замотаев Ю. Н., 2000; Погосова Г. В., 2004; Репин А. Н. и др., 2008, 2010; Розин А. И. и др., 2010; Baker R. et al., 2001; Johnson T. et al., 2002).

Также часто после операций на сердце отмечаются когнитивные нарушения, которые многие авторы рассматривают в рамках послеоперационной когнитивной дисфункции (Шнайдер Н. А., 2005; Шабалова А. В. и др., 2006; Медведева Л. А. и др., 2012), причем диагностические границы этих нарушений нередко чрезмерно расширяются. В ряде работ изучение когнитивных нарушений проводилось для оценки безопасности наркоза в анестезиологической практике (Шитиков И. И., 1995; Егоров В. М. и др., 1996; Елькин И. О., 1999), но когнитивные расстройства изучались изолированно с использованием отдельных психологических и нейрокогнитивных тестов. В этих исследованиях не учитывалась взаимосвязь когнитивных расстройств с другими особенностями психики, особенно депрессией, что является явно недостаточным. Проблема депрессивных и когнитивных нарушений в раннем послеоперационном периоде нуждается в дальнейшем изучении на основе междисциплинарного подхода, для этого необходимо сочетание психопатологического метода с нейропсихологическим исследованием, что позволит выявить важные патологические взаимосвязи и взаимовлияния.

Цель: изучить особенности когнитивных и депрессивных нарушений в раннем послеоперационном периоде аорто- и маммарокоронарного шунтирования (АМКШ).

Материалы и методы. На базе отделения кардиохирургии ГБУЗ ОКБ № 1 Тюмени обследовано 50 пациентов в раннем послеоперационном периоде АМКШ в условиях искусственного кровообращения. Всем больным применялась ингаляционная низкпоточная анестезия севофланом, миоплегия проводилась пипекуронием бромидом, аналгезия – фентанилом (6 мкг/кг/час). Средний возраст пациентов составлял 58,68±6,34 года, мужчин было 62 %, женщин – 36 %. Большинство из них (84 %) состояли в браке. Группу инвалидности имели 44 % больных, причем 22 % – вторую. Все пациенты страдали ишемической болезнью сердца (ИБС) с многососудистым поражением коронарных артерий, по поводу чего им была выполнена прямая реваскуляризация сердца. У большинства больных (74 %) отмечался II-III функциональный класс ИБС. ХСН I наблюдалась у 24 % пациентов, II – у 12 %, IIa – у 50 %. Продолжительность лечения у кардиолога до оперативного вмешательства по поводу основного заболевания составила 1,30±0,18 года. Среди сопутствующих заболеваний часто обнаруживалась артериальная гипертензия (94,0 %), причем преобладала III стадия заболевания (58 %), в 12 % случаев выявлен сахарный диабет II типа, в 42 % – ожирение.

^{*} Плотникова Наталья Сергеевна, ассистент кафедры психиатрии. 89630568482. Plotnicova-Natalia@mail.ru

Методы. В работе использовался клинико-психопатологический метод исследования, дополненный рядом клинических шкал: госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS), шкалой Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), краткой шкалой для исследования психического статуса (MMSE). Для нейропсихологического исследования высших психических функций использовалась схема нейропсихологического исследования Е. Д. Хомской (2005), представляющая собой батарею тестов для исследования внимания, зрительного и зрительно-пространственного, соматосенсорного, слухового проноса, речи, письма, чтения, памяти, системы счета, интеллектуальных процессов.

Результаты и обсуждение. В результате клинико-психопатологического исследования пациентов кардиохирургического отделения в раннем послеоперационном периоде АМКШ единичные нарушения в отдельных когнитивных сферах выявлены в 29,2 % случаев, мягкие когнитивные нарушения – в 33,3 %, что подтверждалось данными краткой шкалы для исследования психического статуса (MMSE). Депрессивные нарушения в раннем послеоперационном периоде АМКШ обнаружены у 40 % пациентов. Больные предъявляли жалобы на слабость и снижение побуждений к деятельности (74 %), аппетита (66 %), поверхностный ночной сон с частыми пробуждениями (54 %), нарушения засыпания (52 %), дневную сонливость (20 %). В 48 % случаев проявлялись выраженные ситуационные гипотимные реакции. Сами пациенты отмечали у себя чувства недифференцированного эмоционального дискомфорта (96 %), одиночества (48 %) и тоски (26 %). Клиническая картина депрессивного синдрома включала в себя такие симптомы, как снижение жизненного тонуса (76 %), двигательную (54 %) и идеаторную (32 %) заторможенность, анестезию витальных эмоций (у 40 % эпизодически и у 6 % длительное время), апатию (32 %), ангедонию (30 %), ипохондрическую фиксацию на телесных ощущениях (30 %), явления деперсонализации и дереализации (14 % и 2 % соответственно). Кроме того, 26 % отмечали раздражительность, повышение обидчивости (20 %), сенсорную гиперестезию (14 %), неддержание аффекта (12 %). В 64 % случаев в послеоперационном периоде наблюдалось ситуационное ухудшение самочувствия, но у 44 % пациентов колебания настроения не были связаны с какими-либо внешними причинами.

Результаты клинико-психопатологического метода подтверждались данными клинических шкал. По HADS в послеоперационном периоде клинически выраженная депрессия наблюдалась уже в 26 % случаев при уменьшении доли субклинической депрессии до 34 % больных. При анализе результатов HDRS после операции наблюдалось увеличение депрессии в виде

малого (68 %) и большого (16 %) эпизодов. Среднее значение результатов по данной шкале в послеоперационном периоде было достоверно выше дооперационного уровня – $11,74 \pm 0,62$ балла ($p < 0,001$).

Для выявления особенностей когнитивных нарушений клинико-психопатологический метод дополнялся данными нейропсихологического исследования ($n=24$). В результате было установлено, что в раннем послеоперационном периоде АМКШ у большинства исследуемых пациентов определялись отклонения в сфере внимания. Основные трудности наблюдались в сфере произвольного внимания (85,7 %), особенно его скорости и качества переключения, способности к концентрации, удержания объема внимания, что меняло результаты некоторых проб исследования памяти, счета и динамического праксиса.

При исследовании памяти в 62,5 % случаев наблюдались снижение непосредственного и отсроченного запоминания, снижение работоспособности, повышение утомляемости и колебания внимания. Затруднения в послеоперационном периоде встречались в виде частичной контаминации содержания, по типу побочных ассоциаций, персевераций и увеличения времени для запоминания, часто проявлялись ошибки при серийном счете (66,7 %), которые свидетельствовали о неустойчивости внимания, его истощаемости. У 20,8 % пациентов выявлялись единичные нарушения степени осознанности счетных операций. Практически у всех обследованных отмечались изменения в сфере динамического праксиса, а именно нарушение силы, точности, быстроты и координированности движений, что могло свидетельствовать о функциональной недостаточности структур, обеспечивающих исполнение движений.

У большей части пациентов (70,8 %) отмечались ошибки в виде трудностей удержания трехэтапной программы, плавного переключения с одного движения на другое, правильной последовательности необходимых движений. С данными проблемами после некоторых усилий и применения речевой инструкции справлялись 54,2 % пациентов, но на это затрачивалось значительно больше времени. При проведении пробы реципрокное постукивание движения теряли плавность и гармоничность у 16,7 % больных, появлялись лишние движения и повторы движений, т. е. выявлялось стремление к упрощению заданной программы. У 12,5 % отмечались преждевременные реакции, которые корректировались по большей части самостоятельно. При проведении проб динамического праксиса 37,5 % пациентам требовалось больше времени на усвоение стереотипа. Застывание на первоначальном варианте пробы выявлялось у 79,2 %, что свидетельствовало об

инертности, склонности к устранению перешифровки сигналов, т. е. к упрощению алгоритма двигательных актов. При выполнении сенсibilизированной пробы исследования речи в 37,5 % случаев выявлялось ухудшение артикуляторных функций в послеоперационном периоде. Практически у половины обследованных (66,7 %) наблюдалось снижение способности преодолевать упроченные речевые стереотипы, смысловые ошибки – у 12,5 % пациентов, замедление темпов когнитивной деятельности – у 37,5 %. Понимание сложных логико-грамматических конструкций, пространственных отношений между предметами в большинстве случаев не было нарушено, но не всегда инструкции к пробам усваивались с первого раза, встречалась необходимость речевого контроля для выполнения инструкции.

При проведении пробы Г. Хеда, направленной на выявление нарушений пространственного синтеза и речевой регуляции двигательных актов, достаточно часто (79,2 %) наблюдались пространственные и зеркальные ошибки, необходимость подключения внешней речи, особенно в сенсibilизированном варианте. В ходе переноса позы руки на руку при закрытых глазах отмечались нарушения у 12,5 % пациентов в виде увеличения числа ошибок, большего времени для эффективного выполнения задания, попытки открыть глаза, что могло свидетельствовать о дефекте кинестетической афферентации.

В пробах на оптико-пространственный гнозис разнообразны отклонения выявлены в 54,2 % случаев. У 12,5 % больных допускались единичные ошибки при узнавании времени на схематичных «слепых» часах, в ориентировке в схеме географической карты, чаще всего исправляемые при указании на ошибку, и были связаны с невнимательностью. Расстройства оптико-пространственных соотношений продемонстрировали 8,3 % больных, чаще ошибки из-за нарушения внимания исправлялись самостоятельно. Достаточно часто (16,7 %) выявлялось увеличение времени на выполнение задания, стертые дефекты сохранности зрительно-пространственных представлений, представлений о схеме собственного тела. При исследовании конструктивного и пространственного праксиса 8,3 % пациентов встречались с определенными ограничениями, пространственными ошибками. При исследовании цветового гнозиса у 12,5 % пациентов, возможно, наблюдались признаки цветовой агнозии.

При изучении интеллектуальных процессов для 8,3 % пациентов создавали единичные проблемы сложные и вербальные аналогии, усвоение инструкций к заданию, при повторном предъявлении ошибки исправлялись самостоятельно. Исключение четвертого лишнего при

проведении сенсibilизированной пробы сопровождалось снижением критических способностей и попыткой подогнать ответ по аналогии с другими вариантами. У 37,5 % больных были снижены продуктивность и динамика интеллектуальных процессов. Оценка дискурсивного мышления выявила некоторые отклонения от нормы, которые проявлялись определенными сложностями в попытках уловить общий смысл задачи, возникала необходимость ее разложения на элементы, опора на текст и подключение речевого контроля за ходом решения. Ошибки (33,3 %) отмечались в силу импульсивности, снижения контроля за результатами промежуточных действий, возникновения трудностей в удержании условий задачи, удлинении времени для понимания логико-грамматических конструкций текста, всех звеньев задачи.

У четверти пациентов в послеоперационном периоде отмечалось частичное нарушение ориентировки во времени (они не следили за календарным временем, без помощи часов с трудом определяли время, изменялось восприятие времени за минуту). В 58,3 % были обнаружены ошибки в усложненной пробе на квалификацию родственных отношений. С пробой Бине не смогли справиться более половины (75 %) обследованных больных.

В случае усложнения заданий проб предметного гнозиса у 20,8 % пациентов наблюдались признаки дефицитарности правополушарной стратегии обработки зрительной информации. Помехоустойчивость восприятия и эффективность зрительного гнозиса снизилась у незначительной части пациентов (12,5 %). При исследовании способности анализировать и соотносить изображения с обобщенными эталонами из долговременной памяти, наблюдались единичные ошибки, в большинстве случаев исправляемые самостоятельно. При оценке глазомера как основы пространственного анализа выявлены отклонения у 54,2 % больных.

Полученные данные нейропсихологического исследования свидетельствуют о наличии преморбидной слабости некоторых зон головного мозга у 30 % пациентов с ИБС еще в дооперационном периоде, о вовлечении и дисфункции после операции правого и левого полушарий головного мозга. Наиболее чувствительными оказались теменные, теменно-затылочные участки коры, премоторные зоны и лобные доли. Отклонения в сфере внимания оказывали негативное влияние на результаты проб для исследования других когнитивных функций, таких как память, счет, динамический праксис и др. Показатели некоторых проб у обследованных больных, направленных на изучение разных когнитивных функций, имели общие признаки, такие как усиление импульсивности в принятии решений, снижение контроля за результатами про-

межуточных действий, сложности в удержании условий и правильной последовательности задания. Достаточно часто проявлялась инертность, застревание на первоначальном варианте пробы, снижение способности преодолевать упрощенные стереотипы. Практически у всех больных в раннем послеоперационном периоде АМКШ наблюдалось увеличение времени, затрачиваемого на выполнение пробы, стремление к упрощению решения поставленной задачи. Для повышения эффективности исполнения заданий исследования нередко требовалось подключение речевого контроля. К особенностям результатов исследования можно отнести необходимость проведения сенсibilизированных вариантов проб для обнаружения некоторых нарушений когнитивной сферы, тогда как более простые варианты не давали результатов.

При подробном изучении взаимосвязи и взаимовлияний депрессии и когнитивных нарушений у пациентов в послеоперационном периоде аортокоронарного шунтирования были выявлены достаточно сложные двусторонние закономерности. Депрессия нарушала когнитивное функционирование в нейродинамическом аспекте путем замедления темпа мыслительной деятельности, нарушения внимания, снижения моторной активности и, как следствие, скорости психомоторных реакций. Поведенческий и аффективный компоненты депрессивного синдрома также оказывали значимое негативное влияние на показатели когнитивных проб через ослабление комплаентности пациента, снижение мотивации, гипобулию, раздражительность, ангедонию, негативное отношение к ошибкам в исследовании. Резюмируя все вышеперечисленное, можно сделать вывод о значительном вкладе депрессии в показатели расстройств нейрокогнитивного обследования больных в раннем послеоперационном периоде АМКШ.

Таким образом, в раннем послеоперационном периоде АМКШ у пациентов диагностированы депрессивные нарушения (40 %) и наблюдались признаки большого депрессивного эпизода (16 %). Клиническая картина депрессии после операции у кардиохирургических пациентов включала в себя как классические симптомы, так и некоторые особенности, например, наличие явлений деперсонализации и дереализации, усиление чувства одиночества и отгороженности от окружающих, погруженность в телесные ощущения, высокая степень алекситимии, апатия, мотивационные нарушения. Наибольшие нейрокогнитивные изменения у пациентов кардиохирургического профиля в раннем послеоперационном периоде АМКШ наблюдались в сфере внимания, памяти, зрительно-пространственного и динамического праксисов. У всех пациентов прослеживаются снижение нейродинамической стороны мышления, увели-

чение времени на выполнение задания, трудности усвоения сложных инструкций, частые персеверации, необходимость в вербальном удержании и контроле условий задания, истощаемость в пределах выполнения одной пробы и всего обследования в целом. Значимый вклад в эффективность выполнения проб вносило психоэмоциональное состояние больных на момент обследования. На наш взгляд, комплексный подход к изучению психического состояния пациентов в периоперационном периоде с учетом разносторонних взаимосвязей всех факторов (депрессии, мотивационной и нейрокогнитивной сферы) позволит тактически верно выстраивать лечебный и реабилитационный процесс, повышая тем самым эффективность лечения и качество жизни пациентов.

Л и т е р а т у р а

1. Бокерия Л. А., Бузиашвили Ю. И., Яхно Н. Н., Амбатьелло С. Г., Мацкеплишвили, Алексахина Ю. А., Светлова Н. Ю. Когнитивные нарушения у больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся операции коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения // *Анналы хирургии*. – 2004. – № 1. – С. 23–27.
2. Егоров В. М., Вербук А. М., Вербук В. М. Сравнительная характеристика психоповреждающего действия общей анестезии на основе фторотана и кетамина после операций на лице у детей с врожденными расщелинами лица и неба // *Анестезиология и реаниматология*. – 1996. – № 6. – С. 31–33.
3. Елькин И. О. Психоповреждающее действие кетаминовой, бриеталовой анестезии и его коррекция в амбулаторных условиях у детей : автореф. дис. ... к.м.н. – Екатеринбург, 1999. – 23 с.
4. Замотаев Ю. Н., Косов В. А., Мандрыкин Ю. В. Опыт применения программы медицинской и психологической поддержки больных, перенесших кардиохирургические операции // *Терапевтический архив*. – 2000. – № 1. – С. 25–28.
5. Медведева Л. А., Загоруйко О. И., Белов Ю. В., Пешкова О. П., Богопольская О. М. Когнитивная послеоперационная дисфункция в кардиохирургии // *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2012. – № 4. – С. 46–54.
6. Поздосова Г. В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // *Кардиология*. – 2004. – № 1. – С. 88–92.
7. Репин А. Н., Сергиенко Т. Н., Счастный Е. Д., Лебедева Е. В., Розин А. И., Скоробогатько М. В., Цицуря Т. Н., Перчаткин В. А., Телкова И. Л. Тревожно-депрессивные расстройства у больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся инвазивной реваскуляризации миокарда // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2008. – Т. 7, № S22. – С. 310.
8. Репин А. Н., Лебедева Е. В., Сергиенко Т. Н., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г. Клиническое течение заболевания у пациентов с ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне длительной терапии антидепрессантами // *Сибирский медицинский журнал (г. Томск)*. – 2010. – Т. 25, № 2-2. – С. 20–25.
9. Розин А. И., Гарганеева Н. П., Счастный Е. Д., Репин А. Н. Депрессивные расстройства у пациентов кардиологического стационара // *Сибирский медицинский журнал (г. Томск)*. – 2010. – Т. 25, № 3-1. – С. 29–33.
10. Шабалова А. В., Джибладзе Д. Н., Казаков Э. Н., Кашина Е. М. Оценка динамики когнитивных нарушений у больных после операции аортокоронарного шунтирования // *Практическая неврология и нейрореабилитация*. – 2006. – № 2. – С. 19–22.

11. Шитиков И. И. Практические шаги в решении проблемы безопасности больного во время анестезиологического пособия // Анестезиология и реаниматология – 1995. – № 2. – С. 70–80.
12. Шнайдер Н. А. Постоперационная когнитивная дисфункция // Невролог. журн. – 2005. – Т. 10, № 4. – С. 37–43.
13. Baker R. A., Andrew M. J., Schrader G., Knight J. L. Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings // A. N. Z. J. Surg. – 2001. – Vol. 71 (3). – P. 139–142.
14. Johnson T., Monk T., Rasmussen L. S. et al. Postoperative cognitive dysfunction in middle-aged patients // Anesthesiology. – 2002. – Vol. 96, № 6. – P. 1351–1357.
15. Rasmussen L. S. Jonson T., Kuipers H. M. et al. Does anesthesia cause postoperative cognitive dysfunction? A randomized study of regional versus general anesthesia in 438 elderly patients // Acta Anesth. Scand. – 2003. – V. 47, № 9. – P. 1188–1194.

Транслитерация русских источников

1. Bokeriya L. A., Buziashvili Yu. I., Yakhno N. N., Ambatello S. G., Matskeplishvili, Aleksahina Yu. A., Svetlova N. Yu. Cognitive disturbances in patients with ischemic heart disease exposed to coronary artery bypass grafting surgery under conditions of artificial circulation // Annali di chirurgia. – 2004. – N 1. – S. 23–27.
2. Egorov V. M., Verbuk A. M., Verbuk V. M. Comparative characteristic of psychodamaging effect of general anesthesia on the basis of halothane and ketamine after face surgery in children with congenital palate and facial clefts a // Anesteziology i reanimatologiya – 1996. – N 6. – S. 31–33.
3. Elkin I. O. Psychodamaging effect of ketamine, brietal anesthesia and its correction under outpatient conditions in children : avtoref. dis. ... k.m.n. – Ekaterinburg, 1999. – 23 s.
4. Zamotaev Yu. N., Kosov V. A., Mandrykin Yu. V. Experience of application of the program of medical and psychological support of patients having experienced cardiosurgical interventions // Terapevticheskiy arhiv. – 2000. – N 1. – S. 25–28.
5. Medvedeva L. A., Zagorulko O. I., Belov Yu. V., Peshkova O. P., Bogopolskaya O. M. Cognitive postoperative dysfunction in cardiosurgery // Kardiologiya i serdechnosudistaya hirurgiya. – 2012. – N 4. – S. 46–54.
6. Pogossova G. V. Depressions in cardiological patients: current state-of-the-art and approaches to treatment // Kardiologiya. – 2004. – N 1. – S. 88–92.
7. Repin A. N., Sergienko T. N., Schastnyy E. D., Lebedeva E. V., Rozin A. I., Skorobogatko M. V., Tsitsura T. N., Perchatkin V. A., Telkova I. L. Anxiety-depressive disorders in patients with ischemic heart disease exposed to invasive revascularization // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2008. – T. 7, N S22. – S. 310–310.
8. Repin A. N., Lebedeva E. V., Sergienko T. N., Schastnyy E. D., Simutkin G. G. Clinical course of disease in patients with IHD combined with anxiety-depressive disorders against the background of long-term therapy with antidepressants // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (g. Tomsk). – 2010. – T. 25, N 2-2. – S. 20–25.
9. Rozin A. I., Garganeeva N. P., Schastnyy E. D., Repin A. N. Depressive disorders in patients of cardiological hospital // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (g. Tomsk). – 2010. – T. 25, N 3-1. – S. 29–33.
10. Shabalova A. V., Dzhibladze D. N., Kazakov E. N., Kashina E. M. Assessment of dynamic of cognitive disturbances in patients after coronary artery bypass grafting surgery // Prakticheskaya nevrologiya i neyroreabilitatsiya. – 2006. – N 2. – S. 19–22.
11. Shitikov I. I. Practical steps in resolution of the problem of safety of the patient during anesthesia // Anesteziology i reanimatologiya – 1995. – N 2. – S. 70–80.
12. Shneider N. A. Postoperative cognitive dysfunction // Nevrolog. zhurn. – 2005. – T. 10, N 4. – S. 37–43.

УДК 616.89-008:618.3:616.36-002
ББК Р645.024+Р716

СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Куприянова И. Е.^{*1}, Чуйкова К. И.²,
Ковалева Т. А.², Спивак С. В.²

¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России
634050, Томск, Московский тракт, 2

Под наблюдением находились 153 беременных женщины с хроническим вирусным гепатитом и 34 практически здоровых беременных. В исследовании применялась методика исследования копинг-поведения, разработанная Е. Heim. В первом триместре адаптивные поведенческие стратегии у беременных женщин с хроническим вирусным гепатитом статистически достоверно отличались от стратегий контрольной группы. Во втором триместре отличия между беременными с ХВГ и здоровыми женщинами нарастали: страдала не только поведенческая, но и эмоциональная сфера. В третьем триместре совладание со стрессом шло соответствии с данными, отмеченными у беременных во втором триместре. Качественные характеристики совладания осуществлялись через обращение, проблемный анализ, оптимизм и сотрудничество. Неадаптивные стили у женщин с ХВГ проявлялись в поведении активным избеганием, отступлением; в когнитивной сфере – диссимуляцией, игнорированием и смирением; в эмоциональной сфере – покорностью, самообвинением и агрессивностью. Здоровые женщины активно применяли весь спектр адаптивных стилей на протяжении всей беременности: в поведенческой сфере – альтруизм, сотрудничество, обращение; в когнитивной сфере – сохранение самообладания, проблемный анализ, установка собственной ценности; в эмоциональной сфере – протест и оптимизм. Неадаптивные стили использовались редко: активное избегание в поведении, диссимуляция в когнитивных представлениях. Лишь в эмоциональной сфере нарастало применение неадаптивных стилей перед родами: регистрировалось подавление эмоций, самообвинение, агрессивность. **Ключевые слова:** беременные женщины, вирусные гепатиты В и С, психическое здоровье, стратегии совладания со стрессом.

STRATEGIES OF COPING WITH THE STRESS OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC HEPATITIS B AND C. Kupriyanova I. E.¹, Chuikova K. I.², Kovaleva T. A.², Spivak S. V.² ¹ Mental Health Research Institute SB RAMS. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ² Siberian State Medical University. 634050, Tomsk, Moskovsky Trakt, 2. 153 pregnant women with chronic viral hepatitis and 34 healthy pregnant women were observed. In the investigation, the technique of the study of coping-behavior, developed by E. Heim was applied. In the first trimester, adaptive behavioral strategies in pregnant women with chronic viral hepatitis statistically differed from the strategies of the control group. During the second trimester, differences between pregnant women with chronic viral hepatitis and healthy women increased: not only behavioral but also emotional sphere was affected. In the third trimester, coping with stress occurred according to data noted in pregnant women during the second trimester. Qualitative characteristics of coping were implemented through conversion, problem analysis, optimism

^{*} Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., проф., зав. отделением профилактической психиатрии. 89138264701. irimakupr@rambler.ru

and cooperation. Non-adaptive styles in women with chronic viral hepatitis manifested themselves in the behavior of active avoidance, resignation; in the cognitive sphere – dissimulation, neglect, and humility; in the emotional sphere – obedience, self-accusation and aggressiveness. Healthy women actively used the whole range of adaptive styles throughout pregnancy: in the field of behavioral altruism, cooperation, appeal; in the cognitive sphere of preservation of self-control, problem analysis, identification of self-worth; in the emotional sphere protest and optimism. Non-adaptive styles rarely used: active avoidance behavior, dissimulation in cognitive images. Only in the emotional sphere, use of non-adaptive styles before childbirth increased: suppression of emotions, self-blame, aggressiveness were registered. **Key words:** pregnant women, viral hepatitis C and B, mental health, strategy of coping with stress.

Механизмы совладания (копинг-поведение) рассматриваются в литературе как важнейшие формы адаптационных процессов индивида [1, 3]. Пациенты с невротическими и соматическими расстройствами имеют множество внутри- и межличностных конфликтов, являющихся этиопатогенетическими факторами развития заболевания, поэтому необходимо учитывать копинг-механизмы и копинг-ресурсы [2, 6].

Копинг, копинговые стратегии (от англ. coping, coping strategy) – это то, что делает человек, чтобы справиться (англ. to cope with) со стрессом. Понятие объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы справиться с запросами обыденной жизни. Стратегии группируются в копинговые стили, представляющие собой функциональные и дисфункциональные аспекты копинга [8–10]. Функциональные стили представляют собой прямые попытки справиться с проблемой (болезнью), с помощью других или без неё (работать над проблемой, сохраняя оптимизм, социальную связь с другими и т.н.). В то время как дисфункциональные стили связаны с использованием непродуктивных стратегий (стратегии избегания, которые связаны с неспособностью справиться с ситуацией).

Как показано в работе R. S. Lazarus, S. Folkman [11], стресс понимается как дискомфорт, испытываемый при отсутствии равновесия между индивидуальным восприятием запросов среды и ресурсов, доступных для взаимодействия с этими запросами. Индивиды оценивают для себя величину потенциального стрессора, сопоставляя запросы среды с собственной оценкой ресурсов, которыми они владеют, чтобы справиться с этими самыми запросами [4, 12]. Факторами, влияющими на выбор стиля и стратегии совладающего поведения, являются как особенности ситуации и воспринимаемый контроль над ней, так и особенности личности. Чаще всего среди личностных детерминант называют самопринятие, уровень тревожности, социальную компетентность, социальную роль.

В предыдущих публикациях [5, 7] мы указали, что обнаружение гепатита у беременных является стрессогенным фактором, влияющим на состояние психического здоровья, снижающим качество жизни и увеличивающим уровень тревоги.

Цель исследования – оценить стратегии совладания со стрессом у беременных женщин с хроническими гепатитами В и С.

Материал и методы. Исследование у беременных женщин с хроническими гепатитами В и С проведено согласно правилам национального стандарта РФ (ГОСТР 52379-2005). В исследование вошли беременные женщины в возрасте от 20 до 42 лет, подписавшие информированное согласие. Под наблюдением находились 153 беременных женщин с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ), из них 49 женщин с хроническим гепатитом В (ХГВ) и 104 – с хроническим гепатитом С (ХГС). Средний возраст составил $28,7 \pm 0,3$ года. В группу контроля включены 34 практически здоровых беременных в возрасте $29,6 \pm 0,7$ года. Высшее образование имели 49,6 % женщин с ХВГ и 61,7 % женщин в группе контроля. Состояли в браке 73,2 % женщин с ХВГ и 82,3 % женщин группы контроля. Брак не был зарегистрирован у 26,8 % женщин с ХВГ и у 17,7 % здоровых женщин.

Изучение акушерского анамнеза показало преобладание повторнобеременных женщин как в группе с ХВГ, так и в группе контроля – 68,6 и 64,7 % соответственно. Однако в группе с ХВГ 56,8 % женщин являлись первородящими за счет аборт и выкидышей в анамнезе.

Исследование в первом триместре беременности (до 13 недель гестации) было проведено у 14 беременных с ХВГ и у 12 здоровых беременных. Во втором триместре беременности (от 14 до 27 недель) было обследовано 96 беременных с ХВГ и 22 здоровых беременных. В третьем триместре беременности (от 28 до 38 недель) обследовано 153 беременных женщин с ХВГ и 34 здоровых беременных.

Соматическое состояние всех беременных женщин с ХГВ и ХГС было удовлетворительным. Проявлений интоксикационного и желтушного синдромов не отмечалось. Биохимические показатели у 88,5 % беременных женщин с ХГВ и ХГС не имели отклонений от нормы.

В работе применялась методика исследования копинг-поведения Е. Heim (механизмов совладания), разработанная на основе изучения психологического стресса L. Murphy и R. Lazarus. С ее помощью определялись способы преодоления трудностей в сферах копинг-поведения: поведенческой, когнитивной, эмоциональной. Виды стратегий совладания распределялись по основным уровням: адаптивные, относительно адаптивные, неадаптивные.

Испытуемые ранжировали предложенные варианты действий, мыслей, чувств по частоте использования в стрессовых ситуациях. При обработке результатов особый интерес представляли три первых выбора, которые обозначались как предпочитаемые стратегии совладания и три последних выбора – как отвергаемые стратегии.

Таблица 1

Стратегии совладания со стрессом у беременных с хроническим вирусным гепатитом и здоровых женщин

| | Группа | N | Среднее | Стд. отклонение | Стд. ошибка среднего | p |
|---------------|----------|-----|---------|-----------------|----------------------|--------|
| I триместр | | | | | | |
| Поведенческая | ХВГ | 8 | 18,7500 | 11,57275 | 4,09159 | <0,001 |
| | Контроль | 12 | 40,6250 | 5,65334 | 1,63198 | |
| Когнитивная | ХВГ | 7 | 18,5714 | 13,45185 | 5,08432 | 0,195 |
| | Контроль | 12 | 25,8333 | 9,96205 | 2,87580 | |
| Эмоциональная | ХВГ | 7 | 30,3571 | 18,89822 | 7,14286 | 0,060 |
| | Контроль | 12 | 44,7917 | 12,45256 | 3,59474 | |
| II триместр | | | | | | |
| Поведенческая | ХВГ | 71 | 29,7535 | 13,25677 | 1,57329 | 0,004 |
| | Контроль | 22 | 39,7727 | 16,20018 | 3,45389 | |
| Когнитивная | ХВГ | 70 | 23,9643 | 11,67567 | 1,39551 | 0,371 |
| | Контроль | 22 | 26,3636 | 7,89542 | 1,68331 | |
| Эмоциональная | ХВГ | 70 | 35,3929 | 13,79611 | 1,64895 | <0,001 |
| | Контроль | 22 | 50,5682 | 6,07159 | 1,29447 | |
| III триместр | | | | | | |
| Поведенческая | ХВГ | 126 | 30,7540 | 13,47691 | 1,20062 | <0,001 |
| | Контроль | 34 | 45,2206 | 8,15028 | 1,39776 | |
| Когнитивная | ХВГ | 126 | 27,5397 | 11,64038 | 1,03701 | 0,824 |
| | Контроль | 34 | 27,0588 | 9,05519 | 1,55295 | |
| Эмоциональная | ХВГ | 125 | 37,1000 | 12,21200 | 1,09227 | <0,001 |
| | Контроль | 34 | 45,9559 | 12,20120 | 2,09249 | |

Мы сравнили стратегии совладания со стрессом в разные триместры беременности (табл. 1) и сопоставили с данными, полученными от соматически здоровых беременных женщин (группа контроля).

В первом триместре адаптивные поведенческие стратегии у беременных женщин с хроническим вирусным гепатитом С и В статистически достоверно отличались от стратегий контрольной группы. Беременные с ХВГ чаще применяли стратегию «обращение» (64,3 %). Эмоциональные и когнитивные стили совладания со стрессом в исследуемых группах почти совпадали: на эмоциональном уровне преобладал оптимизм (84,6 %), а на когнитивном – проблемный анализ (68,6 %).

Во втором триместре отличия между беременными с ХВГ и здоровыми женщинами нарастали: страдала не только поведенческая, но и эмоциональная сфера. Адаптация со стрессовыми ситуациями осуществлялась за счет обращения (поведенческая сфера) – 66,6 %, проблемного анализа (когнитивная сфера) – 58,9 % и оптимизма (эмоциональная сфера) – 75,8 %. Неадаптивные стили использовались в поведении (активное избегание – 35,4 %), когнитивном осмыслении (диссимуляция – 17,4 %) и эмоциональном реагировании (подавление эмоций – 43,2 %).

В третьем триместре совладание со стрессом происходило в соответствии с данными, отмеченными у беременных во втором триместре: отличались показатели в поведенческой и эмоциональных сферах, а когнитивные стили были представлены аналогичными показателями. Качественные характеристики совладания также осуществлялись через обращение (66 %), проблемный анализ (64,1 %), оптимизм (75,6 %). Дополнительно беременные женщины с ХВГ использовали сотрудничество (32,7 %). Неадаптивные стили совладания со стрессом у женщин с ХВГ проявлялись в поведении активным избеганием (35,9 %), отступлением (5,9 %); в когнитивной сфере – диссимуляцией (20,9 %), игнорированием (1,3 %) и смирением (12,4 %); в эмоциональной сфере – покорностью (4,6 %), самообвинением (11,2 %) и агрессивностью (7,9 %).

Динамика адаптивных стили у пациенток ХВГ в течении беременности характеризовалась снижением категорий «проблемный анализ» и «оптимизм» во II триместре, усилением адаптивных поведенческих стилей в III триместре за счет присоединения категории «сотрудничество» и более частого использования категории «проблемный анализ».

Неадаптивные стили активно использовались женщинами с ХВГ в течении беременности. Если в поведении активно применялось «активное избегание» в течение I и II триместров, то в III триместре присоединялось «отступление». Динамически развивались и неадаптивные когнитивные стратегии: если в I триместре доминировало «отвлечение», а во II – «диссимуляция», то в III триместре были активны три стратегии: «диссимуляция», «игнорирование» и «смирение». Эмоциональные неадаптивные стратегии характеризовались «подавлением эмоций» в I и II триместрах, а в III триместре происходило накопление неадаптивных стилей за счет присоединения «покорности», «самообвинения» и «агрессивности».

Здоровые женщины активно применяли широкий спектр адаптивных стилей на протяжении всей беременности: в поведенческой сфере – «альтруизм», «сотрудничество», «обращение»; в когнитивной сфере – «сохранение самообладания», «проблемный анализ», «установка собственной ценности»; в эмоциональной сфере – «протест» и «оптимизм». Неадаптивные стили использовались редко: «активное избегание» в поведении (I триместр – 16,7 %; II триместр – 18,2 %; III триместр – 8,8 %), «диссимуляция» в когнитивных представлениях (I триместр – 33,3 %; II триместр – 13,6 %; III триместр – 26,5 %). Лишь в эмоциональной сфере нарастало применение неадаптивных стилей перед родами (I триместр – «подавление эмоций» 41,7 %; II триместр – «подавление эмоций» – 18,2 %, «самообвинение» – 18,2 %; III триместр

– «подавление эмоций» – 35,3 %, «самообвинение» – 5,9 %, «агрессивность» – 2,9 %).

Таким образом, изменение копинг-стратегий является существенным фактором в системе «адаптация-деадаптация» у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами. Существенное отличие адаптивных поведенческих стилей в течении всей беременности и адаптивных эмоциональных стилей в II и III триместрах беременности от показателей здоровых беременных женщин показывает значительный вклад в патогенез заболевания психологических составляющих. У беременных с хроническими вирусными гепатитами увеличивается спектр неадаптивных стилей. Пассивные стратегии являются когнитивно-поведенческими переменными и влияют на прогноз заболевания. Активное проблемно-ориентированные действия в условиях стресса, в том числе болезни, обеспечивают высокий уровень адаптации и положительную динамику заболевания. Учитывая сложность применения лекарственных средств у данной группы пациентов, приведенные данные будут являться одним из общих ориентиров психотерапии в системе лечения и реабилитации.

Л и т е р а т у р а

- Абабков В. А. Неврозы. – СПб.: Изд-во «Диля», 2002. – 160 с.
- Богущевская Ю. В., Николаевская А. О. Клинико-динамические и личностные особенности больных соматизированными расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 31–36.
- Ениклопов С. Н., Садовская В. В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Вып. 7. – С. 59–61.
- Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
- Ковалева Т. А., Алексеева Е. А., Куприянова И. Е., Чуйкова К. И. Оценка качества жизни и уровень тревоги у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский медицинский журнал (г. Томск). – 2011. – Т. 26, № 4-1. – С. 96–99.
- Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни и психическое здоровье. – Томск: «РАСКО», 2004. – 121 с.
- Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Алексеева Е. А. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6. – С. 63–65.
- Карауш И. С., Куприянова И. Е. Особенности цветовых предпочтений в контексте адаптивно-защитных стилей у пациентов с ранними формами невротических расстройств [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (18). – URL: <http://medpsy.ru> (26.01.2014).
- Малкина-Пых И. Г. Стратегии поведения при стрессе // Московский психологический журнал. – № 12. – <http://magazine.mospsy.ru/img/mospsy.jpg> width="88" height="31" border="0" alt="Московский психологический журнал"/>
- Трофимова Е. А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования // Психология. – 2012. – Вып. 145. – С. 96–108.
- Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. – New York: Springer, 1984.
- Sul J., Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis // Health Psychol. – 1989. – V. 4. – P. 249–288.

Транслитерация русских источников

- Ababkov V. A. Neuroses. – SPb.: Izd-vo «Dilya», 2002. – 160 s.
- Bogushevskaya Yu. V., Nikolaevskaya A. O. Clinical dynamic and personal peculiarities patients with somatize disorders // Rossiyskiy psichiatricheskiy zhurnal. – 2013. – N 4. – S. 31–36.
- Enikopolov S. N., Sadovskaya V. V. Hostility and the problem of human health // Zhurnal nevrologii i psichiatrii. – 2007. – Vyip. 7. – S. 59–61.
- Karvasarskiy, B. D. Psychotherapeutic encyclopedia. – SPb.: Piter Kom, 1998. – 752 s.
- Kovaleva T. A., Alekseeva E. A., Kupriyanova I. E., Chuykova K. I. Assessment of quality of life and level of anxiety in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (g. Tomsk). – 2011. – T. 26, N 4-1. – S. 96–99.
- Kupriyanova I. E., Semke V. Ya. Quality life and mental health. – Tomsk: «RASKO», 2004. – 121 s.
- Kupriyanova I. E., Chuykova K. I., Kovaleva T. A., Alekseeva E. A. Mental health and quality of life of pregnant women with chronic viral hepatitis B and C // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2012. – N 6. – S. 63–65.
- Karaush I. S., Kupriyanova I. E. Peculiarities of color preferences in the context of adaptive-defensive styles in patients with early forms of neurotic disorders [Elektronnyy resurs] // Meditsinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. – 2013. – N 1 (18). – URL: <http://medpsy.ru> (26.01.2014).
- Malkina-Pyih I. G. Behavior strategy under stress // Moskovskiy psihologicheskiy zhurnal. – N 12. – <http://magazine.mospsy.ru/img/mospsy.jpg> width="88" height="31" border="0" alt="Moskovskiy psihologicheskiy zhurnal"/>
- Trofimova E. A. Strategies of coping with stress and physical health of man: theoretical approaches and empirical studies // Psihologiya. – 2012. – Vyip. 145. – S. 96–108.

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.895.4:615.214.82

ББК Р64-324-52

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Семке А. В.¹, Алтынбеков К. С.*²¹ ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН 634014, Томск, ул. Алеутская, 4² ГККП «Центр психического здоровья» 050000, Алматы, Казахстан, ул. Каблукова, 117 А

В статье представлен обзор литературных данных, отражающих клинические и экономические стороны лечения депрессивных расстройств. С учетом целей антидепрессивного лечения в сравнительном аспекте представлены сведения об эффективности и безопасности антидепрессантов различных групп, а также материалы по экономической целесообразности применения так называемых классических и современных препаратов. Обращается внимание на тот факт, что несмотря на наличие результатов многочисленных исследований фармакопрепаратов, в частности антидепрессантов, вопрос о постоянном мониторинге эффективности и безопасности лекарственных средств при применении их в практической деятельности остается крайне актуальным. **Ключевые слова:** депрессия, антидепрессанты, экономические аспекты лечения.

PHARMACOECONOMIC ASPECTS OF ANTIDEPRESSANT THERAPY (LITERATURE REVIEW). Bokhan N. A.¹, Semke A. V.¹, Altynbekov K. S.² ¹Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. ²Mental Health Center. 050000, Almaty, Kazakhstan, Kablukov's Street, 117 A. In the article, review of literature, reflecting clinical and economic sides of treatment of depressive disorders, has been presented. Taking into account the purposes of antidepressant treatment in comparative aspect, data on efficiency and safety of antidepressants of various groups and also materials on economic purposefulness of application of so-called «classical», and modern medications have been presented. The attention is paid to the fact that, despite of availability of results of numerous investigations of medicines, in particular, antidepressants, issue of continuous monitoring of efficiency and safety of medicines during their application in practical activities remains of relevance. **Key words:** depression, antidepressants, economic aspects of treatment.

Депрессивные расстройства относятся к наиболее часто встречающимся психическим расстройствам, и их широкая распространенность в обществе и коморбидность с аддитивными состояниями соотносима с наиболее тяжелыми соматическими заболеваниями [1—6].

Последствия депрессий при отсутствии лечения чрезвычайно тяжелы и включают раннюю смертность от различных соматических заболеваний, нетрудоспособность (инвалидность), которая более значительна, чем вызываемая такими распространенными хроническими заболеваниями, как сахарный диабет или хронические коллагенозы. Доклады ВОЗ указывают на то, что депрессивные расстройства входят в число заболеваний, вызывающих наиболее значимую потерю активных лет жизни за счет болезни и инвалидизации. Депрессивные расстройства также значительно повышают риск развития аддикции [7], суицида и суицидальных попыток. Депрессия является одной из основных финансовых нагрузок, сопоставимых с бременем коронарной болезни сердца, и ведущей причиной смертности в Великобритании, экономическое бремя которой на 1999 г. составило 7 000 млн фунтов [8]. Издержки аффективных расстройств (включая как биполярные, так и униполярные формы) в странах Европы смоделированы Р. Andlin-Soboscki et al. [9] и оценены в 2004 г. в 10 566 млн евро.

Введение антидепрессантов изменило важность депрессивных расстройств в сфере здравоохранения и ту приоритетность, которую они имели в медицинских учреждениях. В дополнение к тому, что депрессивные расстройства — это распространенные и тяжелые заболевания, затрудняющие лечение многих соматических заболеваний, постепенно становится очевидным, что терапия антидепрессантами может помочь существенной доле пациентов с депрессивными расстройствами даже в тех случаях, когда они назначаются работниками первичной медицинской сети и врачами общего профиля. Стало возможным говорить о депрессии не как о заболевании, которое является специфичным для определенной медицинской области, а как о расстройстве, которое, как и многие другие заболевания, может лечиться с помощью лекарственных средств [10, 11].

Цели клинического лечения могут быть разделены на острые, промежуточные и долгосрочные. *Конечной целью* острого лечения является достижение ремиссии, что означает не только отсутствие симптомов (в смысле отсутствия соответствия критериям диагноза заболевания, а также отсутствия или наличия минимальных остаточных симптомов), но также и явные улучшения психосоциального функционирования и занятости. *Промежуточные цели* состоят в дальнейшей стабилизации и предотвращении рецидива, исключении субсиндромальных симптомов и восстановлении прежнего функционального уровня. *Долгосрочная цель* состоит в предотвращении дальнейших эпизодов, поддержании функциональных возможностей и удовлетворительного качества жизни [12].

Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., проф., зам. директора НИИПЗ СО РАМН, 83822724379. asemke@mail.ru
Алтынбеков Куаныш Сагатович, к.м.н., главный врач РПБ, Алматы. Тел.: +77017755513. kuanysh_altyntyn@mail.ru

Достижение этих целей в настоящее время напрямую связано с продуманным и взвешенным (учитывающим клиническую и экономическую эффективность) назначением антидепрессивных средств, огромное количество которых на фармацевтическом рынке Казахстана часто определяет у практических врачей затруднения в выборе препарата. Исходя из этого, имеет место необходимость проведения регулярного мониторинга соотношения «затраты – эффективность» в ряду антидепрессивных средств. Подобные исследования в нашей стране не проводились, в связи с чем нами проводится краткое обобщение некоторых данных по этой теме, полученных в зарубежных работах.

Изучены материалы зарубежных исследований, оценивающих экономическую эффективность некоторых групп антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), трициклических антидепрессантов (ТЦА) и норадренергических и специфических серотонинергических антидепрессантов (НаССА) на примере их отдельных представителей.

Сравнительное исследование эффективности флуоксетина (СИОЗС) и имипрамина (ТЦА) выявило, что при краткосрочном (6 месяцев) наблюдении в группе, получающей флуоксетин, отмечалось небольшое количество побочных явлений, более успешным было достижение терапевтической дозы. Вместе с тем различий в исходах лечения и показателях качества жизни не отмечалось, как не было выявлено и существенных различий в затратах, поскольку более высокие затраты на приобретение флуоксетина компенсировались сокращением амбулаторной и стационарной помощи. Сходные результаты получены и в ходе двухлетнего наблюдения. Авторы сделали вывод, что ограничение назначения флуоксетина в ходе первой помощи, вероятно, не могло бы снизить общие затраты, учитывая уменьшение объема госпитальной нагрузки в этой группе [13]. Не выявило каких-либо существенных различий в затратах и эффективности при сравнительном изучении затрат и исходов лечения большого депрессивного эпизода флуоксетином (СИОЗС), циталопрамом (СИОЗС) и амитриптилином (ТЦА) [14]. Сделано заключение, что амитриптилин был не менее дорог и не более эффективен, чем циталопрам или флуоксетин, поэтому нет необходимости в ограничении назначения СИОЗС.

При оценке экономической эффективности сертралина (СИОЗС) и ТЦА при лечении депрессии в первичной сети установлено, что средние затраты на лечение пациентов, получающих ТЦА, были выше за счет повышенного использования психиатрической службы.

В категориях «затраты – эффективность» было показано, что сертралин превосходит ТЦА по параметрам как затрат, так и исходов лечения [15].

Изучение сравнительной экономической эффективности пароксетина (СИОЗС) и имипрамина (ТЦА) [16] установило, что 12-месячный объем затрат на каждого успешно вылеченного пароксетином пациента с депрессией был ниже, чем при лечении имипрамином. На основании этого авторы указали, что несмотря на более высокую стоимость суточной дозы пароксетина, при строгом соблюдении пациентом назначений стоимость курсового лечения оказывается более экономически выгодной. Однако эти данные были оспорены спустя несколько лет, когда модель была пересмотрена, а некоторые ключевые предположения отклонены либо изменены [17]. С исправленными допущениями модель demonstrated, что ТЦА по меньшей мере обладает такой же, если не большей, экономической эффективностью, чем СИОЗС. Авторы утверждали, что стратегия применения ТЦА как препарата первого выбора, с СИОЗС в качестве резерва для пациентов без положительной динамики, является более выгодной с точки зрения «затраты – эффективность».

Экономическая эффективность венлафаксина (СИОЗСн) при большой депрессии была вычислена с помощью моделирования во многих системах здравоохранения: Германии, Италии, Нидерландах, Польше, Испании, Швеции, Швейцарии, Великобритании, США и Венесуэле [18]. При помощи метаанализа во всех странах выявлен наибольший ожидаемый уровень успеха венлафаксина и наибольшее число бессимптомных дней. В ходе лечения венлафаксином пациентов в фазе обострения большого депрессивного расстройства установлено, что венлафаксин создает статистически значимый сдвиг в сторону нормальной аффективности. Стойки зрения здравоохранения, стоимость этого улучшения ниже, чем при использовании СИОЗС или ТЦА. Выяснили, что применение венлафаксина как стратегии первого выбора, с переводом в случае необходимости на терапию СИОЗС, показало более хорошие результаты при меньших материальных затратах [18]. Сходные данные были получены в Италии [19].

Проспективное исследование экономической эффективности миртазапина (НаССА) по сравнению с пароксетином (СИОЗС) проведено в Великобритании на выборке обратившихся за первичной помощью больных депрессией [20]. В ходе 26-недельного наблюдения на фоне лечения миртазапином выявлено более значительное улучшение качества жизни, чем при лечении пароксетином. Существенной разницы в затратах между группами не выявлено, в то время как общественные издержки при лечении

миртазапином оказались ниже, чем при применении пароксетина. Результаты свидетельствуют, что миртазапин – экономически выгодная терапевтическая стратегия для учреждений первичной медицинской сети. В другом исследовании [21] установлено, что лечение миртазапином было и более эффективным и менее дорогим в сравнении с амитриптилином и флуоксетином. Высокая потребительская цена препарата компенсировалась меньшей выраженностью побочных эффектов и меньшей потребностью во врачебной помощи. Миртазапин, помимо антидепрессивного эффекта, значительно улучшал параметры сна, особенно при инсомнии, часто сопутствующей депрессивным расстройствам. Описано также значительно более быстрое развитие эффекта по сравнению с СИОЗС [22]. По сравнению с так называемым третьим поколением антидепрессантов, таких как препараты двойного действия из групп СИОЗСН и СИОЗН, авторы не выявили значимых различий в общей эффективности и скорости клинического ответа.

Представленный обзор не претендует на полный анализ обсуждаемой тематики, однако приведенные материалы доказательных исследовательских работ показывают, что представители новых поколений антидепрессантов достаточно выигрышны с позиции «затраты – эффективность». Несмотря на высокую закупочную цену, новые антидепрессанты не увеличивают совокупные траты на лечение за счет сокращения потребности во врачебной помощи. Вместе с тем последние поколения антидепрессивных препаратов не приобрели характера панацеи от депрессии, на что указывают данные об эффективности и экономической целесообразности использования ТЦА. На основании результатов обзора литературных данных, касающихся антидепрессантов, можно предположить, что в настоящее время на фоне появления новых лекарственных средств происходит активный процесс уточнения клинических и фармакоэкономических показаний для использования тех или иных препаратов при лечении депрессий. Это, в свою очередь, вновь указывает на необходимость регулярного мониторинга использования антидепрессантов, не только за рубежом, но и с учетом специфики Республики Казахстан.

Л и т е р а т у р а

1. Ferrari A. J., Charlson F. J., Norman R. E., Flaxman A. D., Patten S. B., Vos T., Whiteford H. A. The Epidemiological Modelling of Major Depressive Disorder: Application for the Global Burden of Disease Study 2010 // PLoS One. – 2013. – Jul. 29 8 (7). – e69637. DOI: 10. 1371/journal.pone.0069637.
2. Счастный Е. Д. Клинические особенности монополярной эндогенной депрессии в зависимости от конституционально-морфологического типа : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1994. – 26 с.
3. Счастный Е. Д. Распространенность и клинико-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2001. – 43 с.
4. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
5. Бохан Н. А., Коробицина Т. В. Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общей медицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11–17.
6. Bokhan N. A., Mandel A. I., Stoyanova I. Ya., Mazurova L. V., Aslanbekova N. V., Ankudinova I. E. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women // Journal of Psychology and Psychotherapy. – 2013. – Vol. 3. – Iss. 5. 128. – P. 1–4. doi: 10.4172/2161-0487.1000128
7. Бохан Н. А., Мандель А. И., Максименко Н. Н., Михалева Л. Д. Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 31–35.
8. Liu J. L. Y., Maniadakis N., Gray A., Rayner M. The economic burden of coronary heart disease in the UK // Heart. – 2002. – Vol. 88. – P. 597–603.
9. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H.-U., Olesen J. Cost of brain disorders in Europe // European Journal of Neurology. – 2005. – V. 12. – P. S1–S27.
10. Счастный Е. Д., Жражевская И. А. Применение инновационного антидепрессанта вальдоксана (агомелатин) при лечении пациента с биполярным аффективным расстройством (клинический случай) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 5. – С. 22–25.
11. Счастный Е. Д. Влияние нейротрофических факторов на терапевтические возможности у пациентов с аффективными расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 4. – С. 63–68.
12. AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research). Evidence report on Treatment of depression: Newer Pharmacotherapies. – AHCPR, Washington DC, 1999.
13. Simon G. E., Heiligenstein J., Revicki D., VonKorff M., Katon W. J., Ludman E., Grothaus L., Wagner E. Long-term outcomes of initial antidepressant drug choice in a «real world» randomized trial // Arch. Fam. Med. – 1999. – V. 8. – P. 319–325.
14. Hosak L., Tuma I., Harms H., Straka L. Costs and outcomes of use of amitriptyline, citalopram and fluoxetine in major depression: exploratory study 777 // Ada Medica. – 2000. – V. 43. – P. 133–137.
15. Forder J., Kavanagh S., Fenyo A. A comparison of the cost-effectiveness of sertraline versus tricyclic antidepressants in primary care // J. Affect. Disord. – 1996. – V. 38. – P. 97–111.
16. Jonsson A., Holmgren P., Ahlner J. Fatal intoxications in a Swedish forensic autopsy material during 1992–2002 // Forensic Sci. Int. – 2004. – V. 143. – P. 53–59.
17. Woods S. W., Rizzo J. A. Cost-effectiveness of antidepressant treatment reassessed // Br. J. Psychiatry. – 1997. – V. 170. – P. 257–263.
18. Casciano R. Effectiveness measures of major depressive disorder in pharmacoeconomic evaluations // Manag. Care Interface. – 2003. – Suppl. B. – P. 14–15.
19. Freeman H., Arikian S., Lenox-Smith A. Pharmacoeconomic analysis of antidepressants for major depressive disorder in the United Kingdom // Pharmacoeconomics. – 2000. – V. 18. – P. 143–148.
20. Romero R., Patel A., Knapp M., Thomas C. The cost-effectiveness of mirtazapine versus paroxetine in treating people with depression in primary care // Int. Clin. Psychopharmacol. – 2004. – V. 19. – P. 125–134.
21. Borghi J., Guest J. F. Economic impact of using mirtazapine compared to amitriptyline and fluoxetine in the treatment of moderate and severe depression in the UK // Eur. Psychiatry. – 2000. – V. 15. – P. 378–387.
22. Benkert O., Szegedi A., Kohnen R. Mirtazapine compared with paroxetine in major depression // J. Clin. Psychiatry. – 2000. – V. 61. – P. 656–663.

Транслитерация русских источников

2. Schastnyy E. D. Clinical peculiarities of unipolar endogenous depression depending on constitutional-morphological type : avtoref. dis. ... k.m.n. – Tomsk, 1994. – 26 s.
3. Schastnyy E. D. Prevalence and clinical-constitutional regularities of polymorphism of depressive disorders : avtoref. dis. ... d.m.n. – Tomsk, 2001. – 43 s.
5. Bohan N. A., Korobitsina T. V. Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medical practice // *Psihicheskie rasstroystva v obschey meditsine*. – 2008. – N 3. – S. 11–17.
7. Bokhan N. A., Mandel A. I., Maximenko N. N., Mikhaleva L. D. Lethal outcomes in alcohol dependence // *Narkologiya*. – 2007. – N 12. – S. 31–35.
10. Schastnyy E. D., Zrazhevskaya I. A. Application of the innovative antidepressant valdoxan (agomelatine) in treatment of a patient with fast-cycling course of bipolar affective disorder (clinical case) // *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. – 2009. – N 5. – S. 22–25.
11. Schastnyy E. D. Influence of neurotrophic factors on therapeutic possibilities in patients with affective disorders // *Psihicheskie rasstroystva v obschey meditsine*. – 2012. – N 4. – S. 63–68.

УДК 616.89-008.44

ББК Р645.094я7

ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СЛЕДСТВЕННО-АРЕСТОВАННЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Кузнецов П. В.*

ГБУЗ ТО «ОКПБ»

625530, рп Винзили, р-н Тюменский, ул. Сосновая, 19

В ходе исследования установлено, что для превенции суицидальной активности у лиц, содержащихся под стражей (следственно-арестованных), следует применять многоступенчатую организационную и психокоррекционно-воспитательную работу. Данный подход значительно снижает риск законченного суицида. **Ключевые слова:** суицидальное поведение, пенитенциарный стресс, заключение под стражу, психокоррекция.

ISSUES OF CORRECTION AND PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PERSONS, ARRESTED AND HELD IN REMAND. Kuznetsov P. V. Tyumen Regional Clinical Psychiatric Hospital. 625530, v. Vinzili, Tyumen District, Sosnovaya Street, 19. In the study, it has been identified that for prevention of suicidal activity among persons, arrested and held in remand, multi-step organizing, psychocorrection-educational work should be applied. This approach significantly reduces the risk of completed suicide. **Keywords:** suicidal behavior, penitentiary stress, detention, psychocorrection.

Снижению вероятности проявлений суицидальной (аутоагрессивной) активности способствует многоступенчатая организационная и психокоррекционно-воспитательная работа, в основе которой лежат выявление группы суицидального риска среди подследственных, формирование навыков отреагирования на психотравмирующие события социально приемлемыми способами, ресоциализация [1, 2, 3].

Первым этапом профилактики суицидальных действий для вновь поступающих в учреждение заключённых является скрининг (выявление суицидального риска). Поскольку самоубийство подследственных может произойти в первые часы после их задержания или ареста, эффективная оценка суицидального риска должна проводиться практически сразу при помещении в учреждение. Для достижения наибольшей эффективности принимаемых мер каждый новый следственно-арестованный должен подвергаться скринингу при поступлении, а затем повторно – при изменении условий или обстоятельств [4].

Суицидальный скрининг должен проводиться при первичном медицинском осмотре, осуществляемом медицинским составом самого учреждения (обязательно врачом-психиатром),

* Кузнецов Павел Владимирович, врач-судебно-психиатрический эксперт. k-p-v79@rambler.ru

который определяет группу суицидального риска подследственных: нахождение в состоянии опьянения (алкогольного и наркотического); проявление необычно высокой степени стыда, вины и волнения по поводу ареста и заключения; выражение безнадежности или страх перед будущим, проявление признаков депрессии. К данным признакам относятся плач, бедность эмоций или их вербального выражения; сообщение мыслей о самоубийстве в момент поступления, сообщение о наличии психического расстройства или выявление неадекватности в поведении на момент осмотра (ведет себя необычно или странно, не может сосредоточиться, разговаривает с собой, слышит «голоса»), сообщение об одной или более суицидальных попыток в прошлом либо наличие самопорезов на теле, конечностях [5, 6, 7]. Кроме того, подследственные, которые попали в группу суицидального риска, обязательно проходят экспериментально-психологическое обследование. Показана высокая эффективность теста СМЛ, шкалы депрессии Гамильтона, шкалы самооценки тревоги Шихана [8, 9]. Данные, выявленные во время проведения скрининга, вносятся в медицинскую карту и «личное дело» подследственного.

После осуществления первичного скрининга рекомендуется проводить адекватный мониторинг и наблюдение за динамикой состояния заключенного. Уровень мониторинга должен соответствовать степени суицидального риска. Следственно-арестованные, у которых выявлена склонность к активным суицидальным действиям, должны находиться под постоянным надзором. Заключенные, вызывающие у работников подозрения, но отрицающие у себя активные суицидальные намерения, могут нуждаться в регулярном мониторинге через определенное количество времени. Кроме того, важным элементом превенции суицидов в условиях исправительных учреждений является личностно значимое социальное взаимодействие. Большинство самоубийств в исправительных учреждениях совершается, когда заключенный находится в изоляции от персонала и других заключенных. Поэтому необходимое по какой-либо причине помещение в изолятор или одиночную камеру может увеличить риск самоубийства. В то же время помещение заключенного, подозреваемого в наличии суицидального риска в общую камеру может значительно уменьшить этот риск, особенно если соседи по камере проявят к нему сочувствие. Посещения членов семьи используются для оказания ему социальной поддержки. Большинство заключенных совершают самоубийства путем повешения, пользуясь предметами личной одежды (бельем, ремнями, шнурками, рубашками) либо простынями или полотенцами. В связи с чем, их необходимо

помещать в камеру, лишенную предметов, к которым можно было бы привязать веревку, а также безнадзорного доступа к орудиям самоубийства [10, 5, 6, 4].

Организационные мероприятия предусматривают информирование немедицинского персонала о суицидальной активности подследственного; обмен информацией между службами учреждения УИС о наличии у конкретного заключенного риска проявления агрессивного, аутоагрессивного или иного отклоняющегося поведения, связанного либо не связанного с психическим расстройством; совместную работу воспитателями, психологами, администрацией следственного изолятора стратегии и тактики психолого-воспитательной работы с подследственным с учетом имеющегося у него психического расстройства [11, 12].

Эти мероприятия, по мнению ряда авторов [13—16], составляют основу клинической профилактики суицидов.

Медицинские мероприятия превенции суицидальной активности включают все клинические методы: психофармакотерапию, в зависимости от синдромальной структуры психического расстройства на этапе амбулаторного наблюдения; различные методы интегративной психотерапии, которую в амбулаторных условиях осуществляет врач-психиатр медицинской части учреждения УИН [17].

Несмотря на то что не существует универсального каталога для предотвращения попыток самоубийства, важной задачей является диагностика депрессии и коморбидной аддитивной патологии в анамнезе [18—22]. Для диагностики депрессивного синдрома у подследственных рекомендуется руководствоваться следующими диагностическими признаками: утрата интереса или удовлетворения от жизни (особенно интереса к людям), чувство беспомощности, самоупреки, самообвинения, мысли о смерти или самоубийстве, выраженная нерешительность, снижение способности мыслить или концентрировать внимание, психосоматическая заторможенность или агитация, инсомния, анорексия, потеря массы тела [23, 24, 17].

Так, после предъявления подследственным суицидальных мыслей ряд авторов [25, 2] предлагают проведение психотерапевтической беседы. Считается, что тактичный разговор о суицидальных возможностях способствует переносу внимания на выбор более рационального выхода из сложившейся ситуации, уменьшает депрессивные проявления и не увеличивает риск суицида.

Во многих случаях показано проведение групповой психотерапии, которая должна быть направлена на улучшение адаптационных возможностей подследственного в условиях его социальной изоляции [4, 26].

Терапевтические подходы к ведению подследственных с суицидальным поведением должны быть направлены на снижение негативного влияния факторов риска и усиление положительного действия элементов, так называемого антисуицидального барьера, включающего социальные связи, традиции, чувство долга, ответственности, религиозные запреты и др.

Коррекция психических нарушений не во всех случаях может ограничиваться только психотерапией. Назначение психиатрического лечения входит в компетенцию исключительно врача-психиатра, так как на основе клинических данных он может не только предвидеть возможность суицида, но и предупредить его [9, 2, 7]. В зависимости от характера и степени тяжести нарушений возможно применение психотропных средств, среди которых большое значение отводится антидепрессантам [1, 3, 27, 28]. Среди широкого спектра психотропных препаратов многие авторы выделяют высокую эффективность седативных и нейролептических средств [3, 27].

Психокоррекционно-воспитательная работа осуществляется психологами, социальными работниками, воспитателями и администрацией учреждения УИН с учетом основных этапов психологической адаптации подследственного (осужденного) в местах лишения свободы, его индивидуально-личностных особенностей, динамики психического состояния. Психологи проводят психокоррекционные мероприятия [7].

Значительное влияние оказывают религиозные взгляды. По мнению К. Салимова (председателя Общественного Объединения «Наблюдение за Местами Лишения Свободы»), работа по духовному просвещению и перевоспитанию заключенных у нас не налажена. В то же время во всем мире религиозным воспитанием осужденных занимаются специальные лица, это тюремные священнослужители, капелланы и т. д. Например, в тюремной системе Англии, согласно принятому парламентскому акту, в обязательном порядке должны присутствовать директор, капеллан и врач. Главным в команде является английский священник – тюремный капитан. Примечательно, что исповедуют не только христиан, католиков, православных, но и мусульман и других представителей религии. Например, в Англии и во Франции уже успешно функционируют мусульманские проповедники. Чиновники юстиции успешно работают с религиозными учреждениями. По данным общественного объединения, не надо забывать, что религиозная принадлежность играет важную роль в принятии суицидального решения: хотя одни конфессии воздвигают больше моральных и психологических запретов на пути к самоубийству, другие – меньше.

Например, в странах с разными религиозными течениями протестантизма уровень самоубийств втрое выше, чем в католических. Христианская церковь сформировала безоговорочное негативное отношение к суициду. Примечательно, что в мусульманских странах реальные случаи самоубийства во все времена происходили гораздо реже, чем в христианском обществе [30, 20].

Подводя итог, можно сделать вывод о недостаточной разработанности в зарубежной и особенно в отечественной литературе проблемы суицидального поведения у подследственных. Практически отсутствуют данные о распространенности, формах и структуре суицидального поведения этого контингента. Недостаточно изученными остаются вопросы о влиянии ряда психогенных, соматогенных и социальных факторов в его развитии. В частности следует констатировать, что необходимы дополнительные исследования по оценке влияния пенитенциарного стресса на суицидальную готовность заключенных. Особого внимания требуют вопросы ранней диагностики суицидального поведения впервые поступивших и оценки тактики поведения врача и психолога в этой ситуации, а также роль и место психиатра/психотерапевта при оказании помощи. В более глубоком анализе нуждается и целесообразность применения различных психотерапевтических методов в коррекции психических нарушений и аутоагрессивной настроенности подследственных, рациональном выборе методик и их сочетанном применении с фармакологическими подходами.

Комплексные исследования суицидального поведения следственно-арестованных, оценка эффективности предложенных методов коррекции и профилактики позволят определить место и объем этих мероприятий в общей системе оказания медицинской помощи.

Л и т е р а т у р а

1. Малкин Д. А. Психические расстройства у осужденных, требующие стационарного психиатрического лечения : методические рекомендации. – М., 2011. – 22 с.
2. Приленский Б. Ю. Родяшин Е. В., Приленская А. В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49–51.
3. Распопова Н. И., Панов Е. А. Профилактика рецидивов суицидального поведения у больных с психическими расстройствами // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 73–74.
4. Вальздорф Е. В., Иванова О. В. Психологическая характеристика подследственных, совершивших аутоагрессивные действия // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 40.
5. Вальздорф Е. В. Самопорезы среди способов суицидальной активности уголовно ответственных // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 56–57.
6. Вальздорф Е. В. Судебно-психиатрическая экспертиза как процедура для выявления нефатальных суицидентов среди подозреваемых и обвиняемых // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 51–52.
7. Превенция самоубийств: Руководство для работников пенитенциарной системы. – Одесса, 2005.

8. Кудрявцев И. А., Декало Е. Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза, как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3–11.
 9. Кудрявцев И. А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 10–15.
 10. Борисов И. В., Гладышева А. Г., Любов Е. Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 2. – С. 35–44.
 11. Агаларзаде А. З. Психические расстройства у осужденных (эпидемиология, судебно-психиатрический и организационный аспекты) : автореф. дис. ... д.м.н. – М., 1990. – 48 с.
 12. Бисалиев Р. В. Суицидальное поведение при аддитивных расстройствах // Наркология. – 2007. – № 9.
 13. Зотов П. Б. «Жизнь после смерти» – в коррекционной работе с суицидентами // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 26–27.
 14. Зотов П. Б. «Референтный человек» – в психотерапии суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 2. – С. 28–30.
 15. Зотов П. Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Т. 4, № 2. – С. 58–63.
 16. Касимова Л. Н., Святогор М. В., Втюрина М. В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 37–38.
 17. Розанов В. А., Мидько А. А. Метафакторы Big Five и феномен безнадёжности в предикции суицидальности // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 34–43.
 18. Бойков С. В., Юлдашев В. Л. Аутоагрессия у больных с аффективными нарушениями // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 53–56.
 19. Счастный Е. Д. Клинические особенности монополярной эндогенной депрессии в зависимости от конституционально-морфологического типа : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1994. – 26 с.
 20. Салимов К. Наблюдение за местами лишения свободы. – 2010.
 21. Вагин Ю. Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 3–17.
 22. Диденко А. В., Аксенов М. М. Особенности динамики социального статуса осужденных с расстройствами личности в процессе отбывания уголовных наказаний в местах лишения свободы // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 7–8.
 23. Положий Б. С., Панченко Е. А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8–13.
 24. Спадерова Н. Н., Горохова О. В., Зотов П. Б. Суицидальное поведение лиц, совершивших преступления против жизни и здоровья, находящихся на амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе в ТОКПБ в 2012 году // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – № 1. – С. 117–119.
 25. Счастный Е. Д., Зражевская И. А. Применение инновационного антидепрессанта вальдоксана (агомелатин) при лечении пациента с биполярным аффективным расстройством (клинический случай) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 5. – С. 22–25.
 26. Счастный Е. Д. Влияние нейротрофических факторов на терапевтические возможности у пациентов с аффективными расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 4. – С. 63–68.
 27. Церковникова Н. Г. Психологические особенности личности подростка, склонного к суицидальному поведению // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 25–27.
 28. Масаутов Р. М., Пронина М. Ю., Николаев Ю. М. Распространенность и факторы риска суицидального поведения осужденных мужчин // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 43–50.
- Транслитерация русских источников*
1. Malkin D. A. Mental disorders in convicts, requiring inpatient psychiatric treatment : metodicheskie rekomendatsii. – M., 2011. – 22 s.
 2. Prilensky B. Yu. Rodyashin E. V., Prilenskaya A. V. Integrative approach in psychotherapy of suicidal behavior // Suitsidologiya. – 2011. – N 2. – S. 49–51.
 3. Raspopova N. I., Panov E. A. Prevention of relapses of suicidal behavior in patients with mental disorders // Suitsidologiya. – 2010. – N 1. – S. 73–74.
 4. Valzdorf E. V., Ivanova O. V. Psychological characteristic of persons on remand who have committed autoaggressive acts // Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri. – 2012. – N 6. – S. 40.
 5. Valzdorf E. V. Cuttings among ways of suicidal activity of criminally responsible persons // Suitsidologiya. – 2011. – N 1. – S. 56–57.
 6. Valzdorf E. V. Forensic psychiatric examination as a procedure to reveal of non-fatal suicide attempters among suspects and the accused // Suitsidologiya. – 2011. – N 2. – S. 51–52.
 7. Prevention of suicides: Rukovodstvo dlya rabotnikov penitentsiarnoy sistemy. – Odessa, 2005.
 8. Kudryavtsev I. A., Dekalo E. E. Psychological factors and mechanisms of suicidogenesis as criteria of suicidal risk and targeted prevention // Sui-tsidologiya. – 2012. – N 2. – S. 3–11.
 9. Kudryavtsev I. A. Psychological prognosis of repeated suicidal attempts // Suitsidologiya. – 2012. – N 3. – S. 10–15.
 10. Borisov I. V., Gladysheva A. G., Lyubov E. B. Ontological view: suicidal behavior and phenomenon of vitality // Suitsidologiya. – 2013. – T. 4, N 2. – S. 35–44.
 11. Agalarzade A. Z. Mental disorders in convicts (epidemiology, forensic psychiatric and organizing aspects) : avtoref. dis. ... d.m.n. – M., 1990. – 48 s.
 12. Bisaliev R. V. Suicidal behavior in addictive disorders // Narkologiya. – 2007. – N 9.
 13. Zotov P. B. «Life after death» – in correctional work with suicide attempters // Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri. – 2012. – N 5. – S. 26–27.
 14. Zotov P. B. «Reference person» – in psychotherapy of suicidal behavior // Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri. – 2013. – T. 9, N 2. – S. 28–30.
 15. Zotov P. B. Factors of anti-suicidal barrier of persons of different age groups // Suitsidologiya. – 2013. – T. 4, N 2. – S. 58–63.
 16. Kasimova L. N., Svyatogor M. V., Vtyurina M. V. Analysis of suicidal attempts with poisoning // Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal. – 2011. – N 2. – S. 37–38.
 17. Rozanov V. A., Midko A. A. Meta-factors Big Five and phenomenon of hopelessness in prediction of suicidality // Suitsidologiya. – 2012. – N 2. – S. 34–43.
 18. Boykov S. V., Yuldashev V. L. Auto-aggression in patients with affective disturbances // Suitsidologiya. – 2012. – N 1. – S. 53–56.
 19. Schastnyy E. D. Clinical peculiarities of unipolarendogenous depression depending on constitutional-morphological type : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Tomsk, 1994. – 26 s.
 20. Salimov K. Observation of places of imprisonment. – 2010.
 21. Vagin Yu. R. Issues of phenomenological suicidology // Suitsidologiya. – 2011. – N 3. – S. 3–17.
 22. Didenko A. V., Akenov M. M. Peculiarities of dynamic of social status of convicts with personality disorders in the process of serving the sentence in places of imprisonment // Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal. – 2011. – N 1. – S. 7–8.
 23. Polozhy B. S., Panchenko E. A. Differentiated prevention of suicidal behavior // Suitsidologiya. – 2012. – N 1. – S. 8–13.
 24. Spaderova N. N., Gorokhova O. V., Zotov P. B. Suicidal behavior of persons having committed violent offences and being under outpatient forensic psychiatric examination at Tomsk Regional Clinical Psychiatric Hospital in 2012 // Meditsinskaya nauka i obrazovanie Ura-la. – 2013. – N 1. – S. 117–119.

25. Schastnyy E. D., Zrazhevskaya I. A. Application of the innovative antidepressant valdoxan (agomelatine) in treatment of a patient with fast-cycling course of bipolar affective disorder (clinical case) // *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. – 2009. – N 5. – S. 22—25.
26. Schastnyy E. D. Influence of neurotrophic factors on therapeutic possibilities in patients with affective disorders // *Psihicheskie rasstroystva v obschey meditsine*. – 2012. – N 4. – S. 63—68.
27. Tserkovnikova N. G. Psychological traits of personality of an adolescent prone to suicidal behavior // *Suitsidologiya*. – 2011. – N 2. – S. 25—27
28. Masagutov R. M., Pronina M. Yu., Nikolaev Yu. M. Prevalence and risk factors of suicidal behavior of male convicts // *Suitsidologiya*. – 2012. – N 2. – S. 43—50.

ПСИХОФАРМАКО- ТЕРАПИЯ

УДК 615.036:616.89-008.441.13-008.463

ББК Р645.021.11-3+Р64-321

КОРРЕКЦИЯ РАННИХ РАС- СТРОЙСТВ ПАМЯТИ У БОЛЬ- НЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИ- СИМОСТЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ И АНТИ- ДЕПРЕССАНТОВ КЛАССА СИОЗСиН (ДУЛОКСЕТИН)

Букановская Т. И.^{*}, Дзапарова Л. К.

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская ГМА» Минздрава России
362020, Владикавказ, ул. Леваневского, 22а

С целью изучения возможности терапевтической коррекции расстройств запоминания у больных алкогольной зависимостью (АЗ) с использованием инсулинотерапии в сочетании с антидепрессантом класса СИОЗСиН (дулоксетин) были обследованы 114 больных с диагнозом «алкогольный абстинентный синдром». Методы исследования: 1) методика Э. Тулвинга для определения объема эпизодической и семантической памяти (произвольного и непроизвольного запоминания); 2) опросник САН для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения; 3) рисуночный тест «Дом-Дерево-Человек»; 4) динамический гликемический контроль. Установлено, что у больных АЗ при сохранной семантической памяти отмечается выраженное снижение эпизодической памяти, которое в значительной мере обусловлено явлениями гипергликемии и эмоциональной нестабильностью. Инсулинотерапия в сочетании с назначением антидепрессантов класса СИОЗСиН (дулоксетина) оказывает стабилизацию гликемического и эмоционального статуса, что сопровождается улучшением произвольного запоминания. **Ключевые слова:** алкогольная зависимость, гипомнезия, гипергликемия, инсулинотерапия, дулоксетин.

CORRECTION OF INITIAL MEMORY DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION USING INSULIN THERAPY IN COMBINATION WITH AN SSNRI ANTIDEPRESSANT (DULOXETINE). Bukanovskaya T. I., Dzaparova L. K. North-Ossetian State Medical Academy, 362020, Vladikavkaz, Livanovsky's Street, 22a. In order to study the possibility of therapeutic correction of memory disorders in patients with alcohol addiction (AA) using insulin therapy in combination with an SSNRI antidepressant (Duloxetine) 114 patients with diagnosis of «alcohol withdrawal syndrome» were examined. Research methods: 1) the E. Tulving method for distinction between episodic and semantic memory (voluntary and involuntary memory); 2) questionnaire for assessment of well-being, activity and mood; 3) drawing-test «House-Tree-Man»; 4) dynamic glycemic control. It has been found that patients with AA with intact semantic memory show a marked decrease of episodic memory, that is largely due to the hyperglycemia and emotional instability. Insulin therapy in combination with SSNRI

antidepressant (Duloxetine) has a stabilizing effect for blood glucose and emotional state, which is accompanied by improvement of voluntary memory. **Keywords:** alcohol addiction, hypomnesia, hyperglycemia, insulin therapy, Duloxetine.

Характер нарушений памяти у больных алкогольной зависимостью связан, прежде всего, со снижением запоминания текущего – начиная с выпадений памяти в состоянии алкогольного опьянения и кончая фиксационной амнезией в структуре корсаковского синдрома. Грубые расстройства памяти, как правило, рассматриваются как проявления алкогольной энцефалопатии при реализации токсикогенных нейробиологических эффектов этанола [27, 28] с каскадом металкогольных процессов (дефицит тиамина, снижение содержания и активности ГАМК в ткани мозга, избыточная активность глутамата, проявляющего эксайтотоксические эффекты и др.). Менее выраженные расстройства памяти в виде банальной забывчивости на фоне искажений мотивационных установок личности обычно рассматриваются как проявления алкогольной личностной деградации [1, 6, 16, 19].

Расстройство запоминания выражается, прежде всего, в нарушении фиксации следов памяти. Последняя, как известно, происходит на высоком уровне активности мозга, обусловленном активирующими влияниями ретикулярной формации. Согласно А. М. Лурия, существует прямая зависимость вербальной мнестической деятельности от колебаний уровня бодрствования [7]. Согласно другой точке зрения, основу памяти составляют структурно-химические изменения синапсов, обеспечивающие длительное сохранение функциональных связей между нейронами [8]. Относительно недавно было установлено, что возможной причиной развития корсаковского синдрома может являться значительное сокращение серотонинергических нейронов, вызванное алкогольной интоксикацией [22]. Кроме того, когнитивные расстройства могут быть обусловлены другими изменениями метаболизма, например, быть связаны с нарушением углеводного обмена, как это бывает при диабетической энцефалопатии [15, 17].

О возможной связи алкогольных мнестических расстройств с нарушением углеводного обмена говорит тот факт, что многие авторы, начиная с М. Блейлера, отмечают высокий уровень коморбидности алкоголизма с панкреатитами и сахарным диабетом [11, 12, 16, 23, 26]. Установлено, что во время опьянения сахар в крови выше нормы, при отрезвлении уровень сахара падает ниже нормы [18, 25, 2], причем иногда до степени гипогликемической комы [20], в период же похмелья нередко отмечается гипергликемия. В общих схемах лечения алкоголизма гликемическому фактору не придается особого значения. Тем не менее в свое время

^{*} Букановская Тамара Ивановна – д. м. н., проф., заведующая кафедрой психиатрии. boukan@yandex.ru
Дзапарова Лаура Казбековна – врач психиатр-нарколог, ассистент кафедры.

в рекомендациях по лечению алкогольного абстинентного синдрома [10] предлагалось проводить инсулинотерапию, особенно в случаях наличия выраженной астении. Как известно, астения – это достаточно объемный симптомокомплекс в виде явлений физической и психической астении, включая когнитивные нарушения.

Цель исследования – изучение расстройств запоминания у больных алкогольной зависимостью (АЗ) и возможности их медикаментозной коррекции с применением инсулинотерапии в сочетании с антидепрессантом класса СИО-ЗиН (дулоксетин).

Материал и методы. Обследовано 114 человек (все мужчины), находившихся на стационарном лечении с диагнозом «алкогольная зависимость средней степени, алкогольный абстинентный синдром» (F10.24, F10.30 – по МКБ-10). При установлении диагноза использовались критерии А. Г. Гофмана, Н. Н. Иванца и др., И. Н. Пятницкой [1, 6, 13]. Средний возраст больных – 36,6 года (от 21 до 55 лет). Длительность периода алкоголизации не могла быть точно оценена в силу субъективизма больных в оценке своей зависимости от алкоголя. Из исследования исключались лица, страдающие алкоголизмом, сочетающимся с другими психическими заболеваниями (шизофрения и заболевания шизофренического спектра, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, тяжелые органические поражения головного мозга.), больные алкоголизмом третьей стадии (включая больных с алкогольной деменцией), пациенты, у которых употребление алкоголя сочеталось с систематическим приемом других психоактивных веществ, а также больные сахарным диабетом.

Общий дизайн исследования был следующим. Со дня поступления больные распределялись по 2 группам (методом случайной выборки). В 1-й группе (38 чел.) лечение абстинентного синдрома проводилось по общей схеме, во 2-й группе (76 чел.) дополнительно назначался инсулин (4-6 ед. с последующим введением 40 % р-ра глюкозы ежедневно). Исследование функции памяти проводилось на 3-4-й день от момента госпитализации после снятия острых явлений абстиненции. На следующем этапе исследования в связи с отказом многих больных продолжить лечение повторное обследование было осуществлено только в 32 наблюдениях, которые, в свою очередь, были разделены на 3-ю и 4-ю группы (также методом случайной выборки). В 3-й группе (14 чел.) больные еще в течение 10 дней продолжали ежедневно получать инсулин (максимальная доза инсулина – 10 ед.). В 4-й группе (18 чел.) больным дополнительно назначался антидепрессант дулоксетин (симбалта) в дозе 30-60 мг в сутки в течение 10 дней.

Для оценки объема и качества запоминания использовалась методика Э. Тулвинга по дифференциации двух видов памяти: произвольного и непроизвольного запоминания или, по терминологии зарубежных авторов, эпизодической и семантической памяти. Экспериментальные исследования по разграничению двух видов памяти в разное время проводились разными авторами – Е. Стронгом, Дж. Мандлером [5], Э. Тулвингом [29]. Последний разработал методическую процедуру разграничения двух состояний сознания, сопровождающихся обращением к памяти – *воспоминание* и *узнавание*. Первое отражает работу эпизодической памяти, второе – памяти семантической. Испытания валидности данной методики подтвердили не только самостоятельность существования двух видов памяти, но также выявили факторы, влияющие на объем того или иного вида памяти. К примеру, было установлено, что алкоголь и лоразепам существенно сокращают объем эпизодической памяти при относительной сохранности семантической памяти [21].

Суть метода заключается в том, что сначала испытуемым предлагают заучить 30 слов, а затем (через 1 час) просят отыскать запомнившиеся слова в списке из 100 слов и записать их в двух графах: 1) «это слово я помню точно» («хорошо запомнил»); 2) «это слово мне кажется знакомым» («смутное ощущение, что оно было в списке»). Количество воспроизведенных слов в первой графе отражает продуктивность эпизодической памяти (ЭП), во второй – памяти семантической (СП). Качество запоминания оценивалось также по числу ошибочных ответов ($O_{\text{ш}}$) – воспроизведение слов, которых не было в списке для заучивания, и представлявших собой, по сути, парамнезии. В наших собственных исследованиях [3, 4] было установлено, что у больных АЗ по сравнению со здоровыми лицами отмечается значительное снижение объема памяти, но только за счет снижения объема ЭП, тогда как объем СП бывает даже чуть выше, чем у здоровых лиц. Также было установлено, что у больных АЗ функция запоминания зависит от возраста (существенное снижение объема ЭП у больных свыше 45 лет), от гликемического фактора (снижение объема ЭП при гипергликемии, рост парамнезий при гипогликемии), от эмоционального состояния больных (снижение объема ЭП при плохом самочувствии и колебаниях настроения).

В силу всего перечисленного исследование включало в себя не только испытание процессов запоминания, но также учитывало состояние эмоциональной сферы, последнее анализировалось по данным опросника САН, предназначенного для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения [9].

Кроме того, по данным рисуночного теста «Дом-Дерево-Человек» оценивался характер линий (нажим, неровность, разрывы, продленность). Одновременно проводился двойной гликемический контроль – до начала тестирования и повторно через 40–60 минут, который повторялся в процессе терапии.

При статистическом анализе использовались критерий Стьюдента, критерий Пирсона, критерий Фишера, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA.

Обсуждение результатов. Возраст больных 1-й и 2-й групп был почти одинаков. По своим клиническим характеристикам больные обеих групп также почти не отличались, лишь по некоторым проявлениям можно было судить о том, что алкоголизм у больных 2-й группы протекал несколько тяжелее (табл. 1).

Таблица 1
Клиническая характеристика больных с АЗ 1-й и 2-й групп наблюдений

| Характеристика больных | 1-я группа (n=38) | 2-я группа (n=76) | Стат. критерий | p |
|---|-------------------|-------------------|----------------|-------|
| Возраст, лет | 34,5 | 37,6 | - | |
| Число предыдущих госпитализаций | 2,0±2,3 | 3,2±2,7 | t=2,50* | |
| Наследственная отягощенность алкоголизмом | 10 (26,3 %) | 16 (21,1 %) | φ* | - |
| ЧМТ в анамнезе | 10 (26,3 %) | 34 (44,7 %) | 1,95* | 0,026 |
| Личностные аномалии в преморбиде | | | | |
| Гипертимно-эксплозивная психопатия | 0,0 | 2 (2,6 %) | 1,66* | 0,048 |
| Истероидное расстройство личности | 2 (5,3 %) | 10 (13,5 %) | 1,44 | 0,075 |
| Характер опьянения | | | | |
| Эйфорический | 16 (42,1 %) | 10 (13,2 %) | 3,36*** | 0,001 |
| Тонизирующий | 6 (15,8 %) | 28 (36,8 %) | 2,44** | 0,006 |
| Депрессивный | 2 (5,3 %) | 10 (13,2 %) | 1,40 | 0,081 |
| Проявления абстиненции | | | | |
| Тремор, озноб | 12 (31,6 %) | 38 (50,0 %) | 1,86* | 0,031 |
| Головная боль | 2 (5,3 %) | 18 (23,7 %) | 2,78** | 0,002 |
| Слабость | 1 (2,6 %) | 18 (23,7 %) | 3,48*** | 0,001 |
| Нравственно-этическая деградация | | | | |
| Эгоизм | 8 (21,1 %) | 30 (39,5 %) | 2,03* | 0,021 |
| Безразличие к судьбе | 2 (5,3 %) | 12 (15,8 %) | 1,78* | 0,038 |
| Огрубленность | 2 (5,3 %) | 10 (13,2 %) | 1,40 | 0,081 |
| Вспыльчивость | 6 (15,8 %) | 20 (26,3 %) | 1,30 | 0,097 |
| Своевольность | 16 (42,1 %) | 16 (21,1 %) | 2,30** | 0,010 |

Примечание. Статистическая значимость критерия Фишера (φ*) и Стьюдента (t): * – p<0,05; **p<0,01; *** – p<0,001.

Значение гликемического фактора для процесса запоминания, причем в обеих группах, проявлялось в том, что соотношение ЭП/СП, которое можно рассматривать как качественный показатель запоминания, высокий у здоровых лиц и низкий у больных АЗ, был еще ниже при гипергликемии (рис. 1).

Общий объем запоминания у больных 1-й группы был выше, чем у больных 2-й группы, но только за счет объема СП, тогда как объем ЭП был даже несколько ниже (табл. 2). В целом показатель ЭП/СП у больных 2-й группы был в 4 раза выше, чем у больных 1-й группы, и именно

у больных 2-й группы, получавших инсулин, уровень сахара крови был, естественно, ниже, чем у больных 1-й группы (табл. 3), тем самым еще раз подтверждался факт влияния гипергликемии на снижение объема ЭП у больных АЗ.

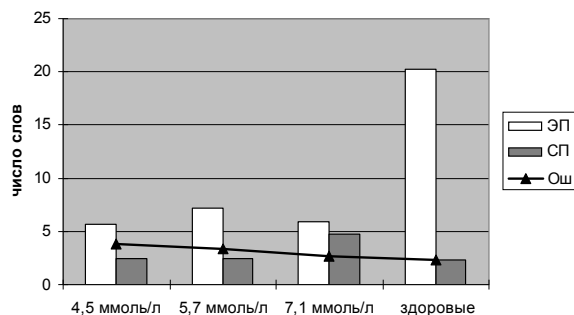


Рис. 1. Объем ЭП и СП, число ошибочных ответов (Ош) в зависимости от уровня гликемии у больных АЗ

Таблица 2
Показатели запоминания у больных АЗ 1-й и 2-й групп наблюдений

| Показатель | 1-я группа (n=38) | 2-я группа (n=76) | Стат. критерий |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Общий объем памяти, число слов | 11,5±6,54 | 8,2±4,27 | t=2,82** |
| Объем ЭП, число слов | 5,9±6,61 | 6,7±4,95 | t=0,66 |
| Объем СП, число слов | 5,6±6,71 | 1,5±2,45 | t=3,66*** |
| Соотношение ЭП/СП | 1,05±0,99 | 4,5±2,02 | t=12,3*** |
| Число ошибочных ответов (Ош) | 3,1±3,35 | 3,5±4,50 | - |

Таблица 3
Показатели гликемии у больных АЗ 1-й и 2-й групп наблюдений

| Показатель | 1-я группа (n=38) | 2-я группа (n=76) | Стат. критерий |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Сахар до, ммоль/л | 6,14±1,00 | 5,46±0,86 | t=3,58*** |
| Гипергликемическая реакция (n) | 10 (26,3 %) | 6 (7,9 %) | χ²=5,25* |
| Гипогликемическая реакция (n) | 10 (26,3 %) | 28 (36,8 %) | χ²=0,64 |
| Гипергликемия → норма (n) | 8 (21,1 %) | 4 (5,3 %) | χ²=5,01* |
| Гипогликемия → норма (n) | 2 (5,3 %) | 6 (7,9 %) | χ²=0,26 |
| Норма → норма (n) | 8 (21,1 %) | 32 (42,1 %) | χ²=2,51 |

Статистическая значимость критерия Стьюдента (t) и Пирсона (χ²): * – p<0,05; **p<0,01; *** – p<0,001.

Особое внимание привлекал другой клинический факт, когда в процессе тестирования, представляющего собой определенную умственную нагрузку, у больных происходила неоднозначная динамика уровня сахара крови – у одних больных отмечалась гипергликемическая реакция (в среднем до 8,5±1,85 ммоль/л), у других пациентов – гипогликемическая реакция (в среднем до 4,3±0,39 ммоль/л), у части пациентов прежде высокий или низкий уровень гликемии восстанавливался до нормативных значений (5,0-6,6 ммоль/л), у остальных уровень гликемии до и после тестирования был нормальным (табл. 3).

У пациентов, получавших инсулинотерапию (2-я группа), гипергликемический тип реагирования на умственную нагрузку отмечался гораздо реже, при этом явления гипогликемии развивались не намного чаще, чем у больных 1-й группы; нормативные показатели гликемии чаще встречались у больных 2-й группы. В целом можно было судить о том, что инсулинотерапия не только предотвращала возникновение гипергликемии, но и оказывала стабилизирующий эффект на уровень сахара крови. Связанное с последним улучшение качества запоминания, скорее всего, носило опосредованный характер путем стабилизации уровня бодрствующего сознания.

Сравнение показателей опросника САН показало, что оценки самочувствия и настроения в обеих группах практически не различались, оценка активности имела более высокие значения во 2-й группе – особенно заметные различия отмечались по таким параметрам, как «быстрый» ($2,6 \pm 1,61$ балла – в 1-й группе и $4,1 \pm 1,91$ балла – во 2-й группе; $t=4,41$; $p<0,001$), «собранный» ($3,7 \pm 1,97$ балла в 1-й группе и $4,7 \pm 1,90$ балла во 2-й группе; $t=2,56$; $p<0,01$). Сравнение характера линий в рисунках теста ДДЧ показало, что у больных 2-й группы чаще отмечались так называемые продленные линии (23,7 % – во 2-й группе и 5,3 % – в 1-й группе, $\chi^2=4,41$; $p<0,05$), указывавшие на наличие напряжения [14].

Анализ факторной связи между показателями САН и объемом памяти показал, что в обеих группах объем памяти зависел от субъективной оценки самочувствия, активности и настроения, с той лишь разницей, что в 1-й группе данная зависимость касалась объема СП, а во 2-й группе – объема ЭП. Бросался в глаза тот факт, что при высоких показателях самооценки активности (свыше 5,5 балла) и настроения (свыше 6,3 балла) отмечалось значительное снижение объема ЭП (рис. 2). Речь шла о переоценке своего состояния по таким параметрам, как «сильный», «увлеченный», «жизнерадостный», «оптимистичный», «полный надежд», что указывало на тенденцию смены аффекта в сторону гипертимии.

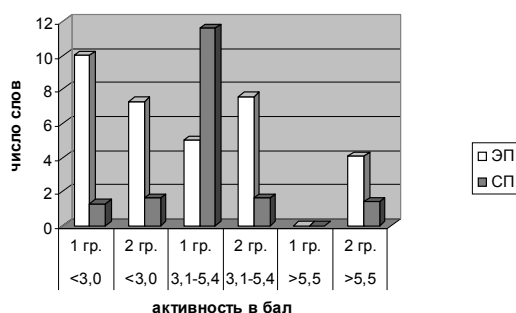


Рис. 2. Объем ЭП и СП у больных 1-й и 2-й групп в зависимости от оценки активности

Сравнение мнестических показателей у больных 3-й и 4-й групп в результате дальнейшего лечения с просто продолжением инсулинотерапии (3-я группа) и в сочетании с назначением дулоксетина (4-я группа) показало, что в обеих группах отмечалось заметное увеличение объема ЭП (рис. 3); у больных 4-й группы, в отличие от больных 3-й группы, выявлено существенное снижение объема СП (от $2,8 \pm 2,4$ до $1,0 \pm 2,1$ слова; $t=2,37$; $p<0,05$), а также существенное снижение числа $O_{ш}$ (от $8,2 \pm 6,5$ до $3,4 \pm 3,0$ слова; $t=2,84$; $p<0,01$).

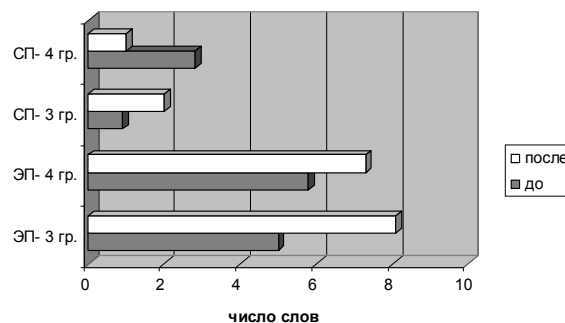


Рис. 3. Динамика показателей объема ЭП и СП у больных 3-й и 4-й групп до и после терапии

В целом можно судить о том, что больные 3-й и 4-й групп после проведенной терапии отличались не по количеству объема запоминания, а по его качеству – заметная динамика соотношения ЭП/СП в сторону его повышения (в 3,5 раза) наряду со снижением числа $O_{ш}$ наблюдалась именно у больных 4-й группы. Улучшение качества процесса запоминания у больных 4-й группы определенно ассоциировалось с назначением дулоксетина – ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина, антидепрессанта с так называемым сбалансированным действием [2], обладающего широким спектром терапевтической активности (антидепрессивной, анксиолитической, активирующей и нормотимической), в целом оказывающей эмоционально стабилизирующий эффект. Выше было показано, что оптимальные показатели запоминания отмечались у больных со средними показателями оценки самочувствия, активности и настроения. Поэтому отрицательная динамика числа лиц, как с пониженной, так и завышенной самооценкой состояния, рассматривалась нами не только как показатель эмоциональной стабильности, но и как косвенный показатель улучшения процесса запоминания. В этом аспекте динамика эмоциональной самооценки больных 3-й и 4-й групп имела существенные различия (табл. 4). В 3-й группе отмечался рост числа больных с «разбалансированной» оценкой самочувствия, активности и настроения, тогда как у больных 4-й группы подобной динамики не отмечалось, а в отношении активности произошла стабилизация оценки состояния.

О большей степени стабилизации эмоционального состояния у больных 4-й группы свидетельствовали также показатели повторного рисуночного теста. При этом наблюдалась позитивная динамика в плане более частого использования прямых линий (от 55,5 до 88,9 % наблюдений, $\Phi^*=2,31$; $p=0,010$) и более редкого – кривых (от 100 до 66,7 % наблюдений, $\Phi^*=3,69$; $p=0,000$); у больных 3-й группы в отношении частоты исполнения рисунка прямыми или неровными (зубчатыми) линиями не отмечалось заметной динамики.

Таблица 4

Динамика числа больных с пониженной и повышенной самооценкой самочувствия, активности и настроения у больных 3-й и 4-й групп в процессе терапии

| Самочувствие, балл | ≤ 3,7 | 3,8-5,7 | ≥ 5,8 | Стат. крит. |
|------------------------------|-------|---------|-------|-----------------|
| 3-я группа до лечения (n=14) | 4 | 10 | 0 | |
| после | 6 | 4 | 4 | $\chi^2=7,25^*$ |
| 4-я группа до лечения (n=18) | 4 | 10 | 4 | |
| после | 2 | 12 | 4 | $\chi^2=0,84$ |
| Активность балл | ≤ 3,0 | 3,1-5,4 | ≥ 5,5 | |
| 3-я группа до лечения (n=14) | 2 | 8 | 4 | |
| после | 0 | 6 | 8 | $\chi^2=3,65$ |
| 4-я группа до лечения (n=18) | 4 | 8 | 6 | |
| после | 2 | 14 | 2 | $\chi^2=4,32$ |
| Настроение, балл | ≤ 3,8 | 3,9-6,2 | ≥ 6,3 | |
| 3-я группа до лечения (n=14) | 6 | 8 | 0 | |
| после | 4 | 6 | 4 | $\chi^2=4,73$ |
| 4-я группа до лечения (n=18) | 4 | 12 | 2 | |
| после | 2 | 14 | 2 | $\chi^2=0,81$ |

Примечание. Статистическая значимость критерия Пирсона (χ^2): * – $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

На основании вышеизложенного можно заключить, что нарушение произвольного запоминания у больных АЗ патогенетически связано с нестабильностью гликемического статуса и нестабильностью эмоционального состояния. Заметное улучшение качества запоминания в результате инсулинотерапии в сочетании с назначением антидепрессантов класса СИ-ОЗСиН (дулоксетин), оказывающих нормотимический эффект, дает основание рассматривать данные терапевтические подходы как патогенетические обоснованные методики коррекции ранних расстройств памяти у больных алкогольной зависимостью.

Л и т е р а т у р а

- Говман А. Г. Клиническая наркология. – М. : Изд-во МИКЛОШ, 2003. – 215 с.
- Дробинцев М. Ю. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Больше различий, чем сходства // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – № 4. – С. 217–223.
- Дзапарова Л. К. Роль гликемического фактора при нарушении процессов запоминания у больных с алкогольной зависимостью // Владикавказский медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 14, вып. 22. – С. 103–108.
- Дзапарова Л. К., Букановская Т. И. Мотивационные аспекты нарушений памяти при алкогольной зависимости: отсутствие мотивации к запоминанию или мотивация к забвению? // Междунар. научно-исслед. журнал. (Екатеринбург). – 2013. – № 5 (12), ч. 3. – С. 52–56.
- Еременко В. И. Воспоминание и знание как функционально независимые мнемические явления // Вопросы психологии. – 2006. – № 6. – С. 64–73.
- Иванец Н. Н., Анохина И. П., Винникова М. А. Наркология: национальное руководство. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
- Лурия А. Р. Нейропсихология памяти: нарушения памяти при локальных поражениях мозга. – М. : Педагогика, 1974. – 191 с.
- Маттисес Х. Регуляция синаптической эффективности // Системный анализ деятельности нейрона. – М. : Наука, 1974. – С. 32–40.
- Методика «САН» // Большая энциклопедия психологических тестов. – М. : Эксмо, 2009. С. 36–37.
- Морозов Г. В., Иванец Н. Н. Медикаментозная терапия алкоголизма // Алкоголизм / под ред. Г. В. Морозова. – М. : Медицина, 1983. – С. 311–342.
- Новикова И. А. Особенности алкоголизации и течения сахарного диабета // Проблемы и перспективы современной наркологии: клинические, психологические, социальные, юридические коллизии : сб. материалов (1 марта 2013 г.). – [Интернет-чтения 01.03-25.03.2013. www.форумздравэксп.рф]. – Ростов н/Д : РостГМУ, 2013. – 344 с.
- Охлобыстин А. В., Буклис Э. Р. Современные возможности терапии хронического панкреатита // Лечащий врач. – 2003. – № 5. – С. 32–36.
- Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: руководство для врачей. – М. : Медицина, 2008. – 640 с.
- Тест «Дом. Дерево. Человек» // Большая энциклопедия психологических тестов. – М. : Эксмо, 2009. – С. 132–143.
- Чугунов П. А., Семенова И. В. Сахарный диабет и когнитивные нарушения // Сахарный диабет. – 2008. – № 1 (38). – С. 61–68.
- Шумский Н. Г. Алкоголизм // Руководство по психиатрии : в 2-х т. – М. : Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 277.
- Beckman J. A., Creager M. A., Libby P. Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management // JAMA. – 2002. – Vol. 287. – P. 2570–2581.
- Brown T. M., Harvey A. M. Spontaneous hypoglycemia in «smoke» drinkers // J. Amer. med. Ass. – 1941. – № 117. – P. 12.
- Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
- Freinkel N. et al. Alcohol hypoglycemia. I. Carbohydrate metabolism of patients with clinical alcohol hypoglycemia and the experimental reproduction of the syndrome with pure ethanol // J. of Clin. Investigation. – 1963. – Vol. 42, № 7. – P. 1112–1131.
- Garginer J. M., Ramponi C., Richardson-Klavehn A. Response deadline and subjective awareness in recognition memory // Consciousness and Cognit. – 1999. – № 8. – P. 484–496.
- Halliday G., Ellis J., Harper C. Brain system serotonergic neurons in chronic alcoholics with and without the memory impairment of Korsakoff's psychosis // J. Neuropathol. Exp. Neurol. – 1993. – Vol. 52, № 6. – P. 567–579.
- Prokopieva V. D., Sitozhevskii A. V., Bokhan N. A., Johnson P. The role of the erythrocyte membrane and cytoskeleton in Ca^{2+} -induced hyperpolarization in alcoholism and diabetes // Biological and Biomedical Reports. – 2012. – 2 (3). – P. 149–158.
- Schneider A., Singer M. V. Alcoholic Pancreatitis // Alcohol and gastrointestinal tract / ed. M. V. Singer, D. V. Brenner. – 2005. – Vol. 23, № 3–4. – P. 222–231.
- Taylor J. S. Hypoglycemia in chronic alcoholism // Brit. Med. J. – 1955. – № 1. – P. 648.
- Tucker H. S. G., Porter A. B. Hypoglycemia following alcoholic intoxication // Amer. L. med. Sci. – 1942. – № 204. – P. 559.

27. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Huentelman M. J., Johnson P., Prokopieva V. D. Does ethanol metabolism affect erythrocyte hemolysis? // *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)/Molecular Basis of Disease*. – 2001. – Т. 1535, № 1. – С. 69–77.
 28. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Dodd R. D., Hawkins J. R., Wilson D. O., Johnson P., Clay S. W. in vitro effects of ethanol, acetaldehyde and fatty acid ethyl esters on human erythrocytes // *Alcohol and Alcoholism*. – 2002. – Т. 37, № 2. – С. 179.
 29. Tulving E. Memory and consciousness // *Canad. Psychology*. – 1985. – № 26. – С. 1–12.
- Транслитерация русских источников*
1. Gofman A. G. Clinical narcology. – М. : Izd-vo MIKLOSh, 2003. – 215 s.
 2. Drobizhev M. Yu. Selective serotonin and noradrenalin reuptake inhibitors. More differences than similarities // *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya*. – 2005. – N 4. – С. 217–223.
 3. Dzaparova L. K. Role of glycemic factor in disturbances of memory processes in patients with alcohol addiction // *Vladikavkazskiy mediko-biologicheskiiy vestnik*. – 2012. – Т. 14, vyip. 22. – С. 103–108.
 4. Dzaparova L. K., Bukanovskaya T. I. Motivational aspects of memory disturbances in alcohol addiction: absence of motivation to remember or motivation to forget? // *Mezhdunar. naychno-issled. zhurnal. (Ekaterinburg)*. – 2013. – N 5 (12), ch. 3. – С. 52–56.
 5. Eremenko V. I. Recollection and knowledge as functionally independent mnemonic phenomena // *Voprosyi psihologii*. – 2006. – N 6. – С. 64–73.
 6. Ivanets N. N., Anokhina I. P., Vinnikova M. A. Narcology: natsionalnoe rukovodstvo. – М. : GEOTAR-Media, 2008. – 720 s.
 7. Luriya A. R. Neurophysiology of memory: memory disturbances in local brain impairments. – М. : Pedagogika, 1974. – 191 s.
 8. Matties H. Regulation of synaptic efficacy // *Sistemnyi analiz deyatelnosti neyrona*. – М. : Nauka, 1974. – С. 32–40.
 9. Technique «SAN» // *Bolshaya entsiklopediya psihologicheskikh testov*. – М. : Eksmo, 2009. С. 36–37.
 10. Morozov G. V., Ivanets N. N. Medication of alcoholism // *Alkogolizm / pod red. G. V. Morozova*. – М. : Meditsina, 1983. – С. 311–342.
 11. Novikova I. A. Peculiarities of alcoholization and course of diabetes mellitus // *Problemy i perspektivy sovremennoy narcologii: klinicheskie, psihologicheskie, sotsialnyie, yuridicheskie kollizii : sb. materialov (1 marta 2013 g.)*. – [Internet-cheniya 01.03-25.03.2013. www.forumzdrameksp.RF]. – Rostov n/D : RostGMU, 2013. – 344 c.
 12. Okhlobystin A. V., Buklis E. R. Modern possibilities of therapy of chronic pancreatitis // *Lechaschiy vrach*. – 2003. – N 5. – С. 32–36.
 13. Pyatnitskaya I. N. General and special narcology: rukovodstvo dlya vrachey. – М. : Meditsina, 2008. – 640 s.
 14. Test «House, Tree, Man» // *Bolshaya entsiklopediya psihologicheskikh testov*. – М. : Eksmo, 2009. – С. 132–143.
 15. Chugunov P. A., Semenova I. V. Diabetes mellitus and cognitive disturbances // *Saharniy diabet*. – 2008. – N 1 (38). – С. 61–68.
 16. Shumsky N. G. Alcoholism // *Rukovodstvo po psihiatrii : v 2-h t.* – М. : Meditsina, 1983. – Т. 2. – С. 277.

ЭТНОПСИХИАТРИЯ

УДК 616.891.4(479.24)
ББК Р645.093.3-1

КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАС- СТРОЙСТВ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Мехтиева Л. Г.*

Азербайджанский ГМУ

Азербайджанская Республика, AZ1022, Баку, ул. Бакиханова, 23

На материалах изучения более 300 больных невротическими расстройствами в Азербайджане установлено наличие клинического патоморфоза этих заболеваний. Его основными признаками являются присутствие феномена тревоги как стержневого психопатологического синдрома, ведущее место в клинической структуре невротической патологии генерализованного тревожного расстройства, соматизация клинических проявлений, связь развития невротических расстройств с характером социальной ситуации в стране и обществе. Создание новых организационных форм помощи лицам с невротическими расстройствами (вне стен традиционных психиатрических учреждений) позволило существенно повысить эффективность раннего выявления и лечения данной группы больных. **Ключевые слова:** невротические расстройства, клинический патоморфоз, региональный аспект.

CLINICAL PATHOMORPHOSIS OF NEUROTIC DISORDERS IN AZERBAIJAN. Mekhtieva L. G. *Azerbaijan State Medicine University. The Republic of Azerbaijan, AZ1022, Baku, Bakikhanov's Street., 23.* Through treatment of over 300 patients with neurotic disorders in Azerbaijan, we have revealed clinical pathomorphosis of these diseases. The basic symptoms of these diseases are anxiety, as a core psychopathologic syndrome, leading place in clinical structure of neurotic pathology of generalized anxiety disorder, somatization of clinical manifestations, and association of development of neurotic disorders with character of social situation in country and society. Creation of new organizing forms of mental health care for persons with neurotic disorders (extramural mental health care) has allowed substantial heightening the efficacy of early revealing and therapy of this group of patients. **Keywords:** neurotic disorders, clinical pathomorphosis, regional aspect.

В последние десятилетия в психиатрической литературе появляется все больше публикаций, свидетельствующих о клиническом патоморфозе невротических расстройств [4, 8, 9], в том числе в этнотерриториально разнородных популяциях [1, 6, 7]. Наши клинические исследования больных невротическими расстройствами в Азербайджане также позволили выявить подобные тенденции. Рассматривая особенности клинических проявлений невротических расстройств, мы базировались как на принятых в российской и азербайджанской психиатрии критериях [3, 11], так и на дефинициях и критериях Международной классификации психических болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Изучение более 300 пациентов с невротической патологией показало, что ведущее место в ее клинической структуре занимают тревожные расстройства – 78,4 % всех случаев. В свою очередь, среди тревожных расстройств преобладает *генерализованное тревожное расстройство* (ГТР) – 53,5 % от общего количества. Страдающие этим заболеванием пациенты испытывают практически постоянные ощущения неясной (диффузной) тревоги, беспокойства, взвинченности, психического напряжения, достигающего характера внутренней дрожи. В поведении начинают доминировать раздражительность и нетерпеливость. Появляется повышенная озабоченность повседневными проблемами. Больные жалуются на стойкие нарушения сна, проявляющиеся трудностями засыпания с «прокручиванием» в голове волнующих проблем и частыми ночными пробуждениями. В ряде случаев беспокоят чувство мышечного напряжения, боли в мышцах, невозможность расслабиться.

Относительно реже встречалось *смешанное тревожно-депрессивное расстройство* (32,7 %) в структуре тревожных расстройств. Оно характеризуется неразрывным сочетанием тревожной и депрессивной симптоматики. При этом ни один из этих компонентов не доминирует над другим, и оба являются недостаточно развернутыми в клиническом отношении. Аффективная симптоматика носит, как правило, субдепрессивный характер и включает в себя фоновое снижение настроения, ослабление побудительной активности, падение самооценки и уровня личностных и профессиональных достижений, пассивность в межличностных отношениях. Тревога проявляется в виде безотчетной немотивированной напряженности, беспокойного ожидания какого-либо несчастья или неприятности («что-то случится»).

Обращает особое внимание, что это невротическое расстройство протекает с обилием соматических симптомов и разнообразных вегетативных проявлений. Это позволяет говорить о высоком удельном весе в его клинической картине соматоформного компонента. В поисках интерпретации собственного беспокойства пациент, как правило, обращается к своему здоровью, постоянно «прислушивается» к работе различных органов. Такая озабоченность своим здоровьем, фиксированность на различных телесных симптомах была четко связана с выраженностью тревоги.

Далее (в порядке уменьшения частоты встречаемости) следуют *тревожно-фобические расстройства* (9,7 %). Они диагностировались нами на основании наличия в клинической картине тревоги, сочетающейся с теми или иными фобиями. Такие больные испытывают выраженный телесный и душевный дискомфорт.

* Мехтиева Лейла Гусейновна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии. 89067762468. pbs.moscow@gmail.com

Например, неприятные ощущения в грудной клетке сочетаются с чувствами перебоев и давления в области сердца, интерпретируемыми как «боли в сердце» (по локализации напоминающие приступы стенокардии), ощущением нехватки воздуха и даже страхом смерти. Достаточно часто пациенты объясняют его возможностью остановки или разрыва сердца. Реже больные жалуются на страх непроизвольного мочеиспускания, возникающий в сочетании с описанными выше симптомами; в ряде случаев отмечаются различные парестезии.

Необходимо отметить, что пациенты с тревожно-фобическими расстройствами испытывают значительное снижение социальной и трудовой адаптации. В основном это связано с формированием у них избегающего поведения в отношении травмирующего стимула. При этом так называемые защитные меры отмечаются у пациентов, как во внепроизводственной (например, стремление занимать в транспорте место около двери, отказываться от определенного вида транспорта), так и в производственной (отказ от посещения тех или иных совещаний, выполнения производственных заданий) сферах жизни.

Важно отметить, что описанное расстройство, как правило, имеет сложную синдромальную структуру. В рамках тревожно-фобического невроза зачастую наблюдаются нарушения сна, субдепрессивные и соматоформные включения. Подобное усложнение структуры болезни приводит к еще большей профессиональной дезадаптации: происходит снижение концентрации внимания, учащаются ошибки, на фоне психической астенизации пропадает интерес к любой деятельности. У части пациентов выявляются так называемые вторичные расстройства, развивающиеся по реактивному типу (например, в ответ на замечания со стороны руководства по поводу опозданий на работу). В результате нарастает осознание собственной профессиональной несостоятельности. Эти реактивные наклонения существенно утяжеляют тревожно-фобическую симптоматику.

Наиболее редко встречающейся формой тревожных расстройств оказалось *паническое расстройство* (4,1 %). Оно характеризовалось спонтанным возникновением кратковременных приступов острой тревоги, сопровождавшейся массивными вегетативными нарушениями. Такие приступы возникают вне связи с какими-то конкретными ситуациями (как «гром среди ясного неба»), тревога достигает своего максимума в течение нескольких минут и длится также не более нескольких минут. Диагноз панического расстройства ставился лишь в случае наличия повторных панических приступов. Вне приступа больные полностью сохраняли свою работоспособность и не имели каких-либо нару-

шений трудовой адаптации. Однако сам приступ, несмотря на свою кратковременность, переносится пациентами очень тяжело и зачастую «выключает» их из трудового процесса до конца рабочего дня.

Подводя итог вышеприведенным сведениям, можно констатировать наличие клинического патоморфоза невротических расстройств в Азербайджане. Практически для всех форм этих заболеваний характерно присутствие в клинической симптоматике тревоги как стержневого психопатологического синдрома. При этом ведущее место в структуре невротической патологии занимают тревожные расстройства – 78,4 % всех случаев, а среди них – генерализованное тревожное расстройство.

Другой отличительной чертой неврозов стала своеобразная соматическая окраска клинической симптоматики, проявляющаяся значительным числом жалоб соматического характера. В возникновении невротических расстройств зачастую затруднительно выявить роль той или иной психической травмы, что соответствует современному мультифакторному пониманию их генеза. Вместе с тем практически у всех пациентов тревога отражает воздействие тех или иных неблагоприятных социальных факторов. Иначе говоря, в жалобах больных «звучат» факторы социального неблагополучия, как реальные, так и ожидаемые. Более того, прослеживается связь развития невротических расстройств с особенностями социальной ситуации в стране. Так, в начале 1990-х гг., в сложный период становления государственности и социально-экономической нестабильности, наиболее четко прослеживалось патогенное влияние макросоциальных факторов, а в настоящее время (период социально-экономического подъема Азербайджана) на первый план выходят микросоциальные факторы. Это согласуется с мнением ряда исследователей о важной роли социального стресса и снижении индивидуальной стрессоустойчивости в формировании невротических расстройств [2; 5; 10].

В заключении следует отметить, что проводимые в последние годы в Азербайджане реформы в области охраны психического здоровья населения (создание Центров психического здоровья, психиатрических подразделений в общемедицинских учреждениях) позволили существенно улучшить активную обращаемость больных невротическими расстройствами, а следовательно, улучшить эффективность лечения данного контингента пациентов.

Л и т е р а т у р а

1. Аксенов М. М. Клинико-динамический анализ пограничных нервно-психических расстройств (региональный аспект): автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 1995. – 50 с.

2. Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П. и др. Клиническая динамика стрессоустойчивости при непсихотических психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 11–19.
3. Александровский Ю. А. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1000 с.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 720 с.
5. Бохан Т. Г. Проблема стресса и стрессоустойчивости современного человека в парадигме постнеклассической психологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2. – С. 16–21.
6. Бохан Н. А., Перчаткина О. Э. Старые и новые проблемы истерии в творческом наследии академика РАМН В. Я. Семке // Психиатрия. – 2013. – № 2 (58). – С. 69–71.
7. Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
8. Семке В. Я., Семке А. В., Аксенов М. М. Здоровье личности и психотерапия. – Томск, 2002. – 620 с.
9. Семке В. Я., Гуткевич Е. В., Иванова С. А. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации на модели невротических расстройств. – Томск, 2008.
10. Социальный стресс и психическое здоровье / под ред. Т. Б. Дмитриевой, А. И. Воложина. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 248 с.
11. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.

Транслитерация русских источников

1. Axenov M. M. Clinical-dynamic analysis of borderline neuropsychiatric disorders (regional aspect): avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. – Tomsk, 1995. – 50 s.
2. Axenov M. M., Semke V. Ya., Vetlugina T. P. i dr. Clinical dynamic of stress resistance in non-psychotic mental disorders // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2011. – N 4. – S. 11–19.
3. Alexandrovsky Yu. A. Neurotic, stress-related and somatoform disorders // Psihiatriya: natsionalnoe rukovodstvo / pod red. T. B. Dmitrieva, V. N. Krasnov, N. G. Neznarov, V. Ya Semke, A. S. Tiganov. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – 1000 s.
4. Alexandrovsky Yu. A. Borderline mental disorders: rukovodstvo dlya vrachei. – M.: GEOTAR-Media, 2007. – 720 s.
5. Bokhan T. G. Problem of stress and stress resistance of the modern man in paradigm of postnonclassical psychology // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2006. – № 2. – S. 16–21.
6. Bokhan N. A., Perchatkina O. E. Old and new problems of hysteria in creative heritage of academician of RAMSci V. Ya. Semke // Psihiatrija. – 2013. – № 2 (58). – S. 69–71.
7. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Galaktionov O. K. Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy / pod red. akad. RAMN V. Ya. Semke. – Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 1999. – 157 s.
8. Semke V. Ya., Semke A. V., Axenov M. M. Health of personality and psychotherapy. – Tomsk, 2002. – 620 s.
9. Semke V. Ya., Gutkevich E. V., Ivanova S. A. Psychosocial and biological factors of mental disadaptation on the model of neurotic disorders. – Tomsk, 2008.
10. Social stress and mental health / pod red. T. B. Dmitrieva, A. I. Volozhin. – M.: GOU VUNMTs MZ RF, 2001. – 248 s.
11. Ushakov G. K. Borderline neuropsychiatric disorders. – M.: Meditsina, 1987. – 304 s.

НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ

Победители VI Всероссийского Конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья имени академика РАМН Т. Б. Дмитриевой»

17 декабря 2013 г. в Москве в конференц-зале гостиницы Московской Епархии Даниловского монастыря состоялась VI церемония награждения победителей Всероссийского Конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья имени академика РАМН Т. Б. Дмитриевой». Мероприятие прошло в рамках Форума государственных и общественных организаций «Психореабилитация, психообразование, психопросвещение». Присутствовали представители государственных административных структур, средств массовой информации, духовенства, Департамента здравоохранения Москвы, ведущие ученые психиатры, главные психиатры регионов РФ и главные врачи больниц, лидеры общественных организаций, работающие в области психического здоровья, а также пациенты и их родственники. Между награждениями победителей наряду с профессиональными артистами выступали пациенты с творческими номерами.

С приветственными словами выступали главный специалист психиатр Минздрава России профессор З. И. Кекелидзе, заместитель Председателя Российского общества психиатров к.м.н. О. В. Лиманкин, председатель Общественного Совета по вопросам психического здоровья профессор В. С. Ястребов. Из Совета Федерации был передан приветственный адрес с теплыми пожеланиями организаторам Конкурса и победителям, подписанный заместителем Председателя Комитета по социальной политики д.м.н. Л. В. Козловой.

Победителем Конкурса и обладателем статуэтки «Золотой бабочки» – Лучший регион РФ – 2013 стала Кемеровская область (главный психиатр – Сорокина Вероника Альбертовна) за разработку системной и этапной научно-практической модели оказания психиатрической помощи.

Малую «Золотую бабочку» в премии Лучшее учреждение года получил Коллектив специалистов психиатрической больницы №14 г. Москвы, совместно с Центром по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН и Региональной благотворительной обществен-

ной организацией «Семья и психическое здоровье» (главный врач – Кожекин Игорь Геннадьевич, руководитель Центра – Ястребов Василий Степанович, исполнительный директор – Солохина Татьяна Александровна) за развитие партнерства практической, научной и общественной психиатрии.

Специальным дипломом «Трудоустройство инвалидов вследствие психических расстройств» удостоен коллектив врачей Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 (главный врач – Шлафер Михаил Исаакович) за высокую результативность в трудоустройстве инвалидов вследствие психических расстройств.

В номинации **Психореабилитация детей и подростков** специальный диплом получил коллектив врачей Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева Республики Татарстан (главный врач – Зиганшин Фарит Галимзянович) за инновационные технологии психолого-педагогической коррекции детей с психическими отклонениями.

В номинации **Психообразование**

Диплом I степени вручен коллективу врачей научно-практического центра психического здоровья детей и подростков (Директор Центра – Усачева Елена Леонидовна) за воплощение научного подхода в практическом применении оригинальных психообразовательных программ, ориентированных на различные целевые группы.

Диплом II степени – коллективу врачей Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2 (главный врач – Чехонадский Игорь Игоревич) за внедрение мультимодальных психотерапевтических и психообразовательных программ.

Диплом III степени – коллективу врачей Республиканского психоневрологического диспансера Республики Бурятия (и. о. главного врача – Гриф Витилий Леонтьевич) за использование психообразовательных программ, направленных на снижение суицидального риска среди населения.

В номинации **Психореабилитация**

Диплом I степени получил коллектив врачей Психиатрической больницы № 7 г. Нижний Тагил Свердловской области (главный врач – Мишарин Вячеслав Юрьевич) за достижение в области развития внестационарных форм в психосоциальной реабилитации людей с психическими расстройствами

Диплом II степени – коллектив врачей Республиканской клинической психиатрической больницы № 1 Республики Башкортостан (главный врач Валинуров Ринат Гаянович) за разнообразие форм психосоциальной реабилитации.

Диплом III степени – коллектив врачей Воронежского областного клинического психоневрологического диспансера (главный врач – Левтев Виктор Евгеньевич) за широкое внедрение культурных программ в психосоциальную реабилитацию.

В номинации **Психопросвещение**

Дипломом I степени награжден коллектив врачей Клинической психиатрической больницы № 1 г. Нижний Новгород (главный врач – Сучков Юрий Александрович) за активное взаимодействие со средствами массовой информации и общественными организациями по вопросам психического здоровья.

Дипломом II степени – коллектив специалистов Института психического здоровья и аддиктологии г. Москва (директор – Добровольский

Александр Павлович) за научно-просветительскую деятельность, направленную на повышение грамотности в области психического здоровья населения.

Дипломом III степени – Коллектив специалистов Реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Коррекция и развитие» (директор – Сязина Наталья Юрьевна) за внедрение инновационных методов психопросвещения в работе с семьями детей-инвалидов.

*Информацию подготовила С. В. Данилова, к.м.н.,
руководитель Учебно-методического отдела ФГБУ
«ГНЦССП им. В. П. Сербского» Минздрава России,
ученый секретарь кафедры социальной и судебной
психиатрии ФППОВ Первого МГМУ им. И. М. Сечено-
ва, председатель Конкурсной комиссии*

**Научно-практический
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник
психиатрии и наркологии.
2014. № 1 (82).**

Оригинал-макет журнала 2014. № 1 (82) подготовлен
в ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
выпускающим редактором И. А. Зеленской

**Подписано к печати 03.03.2014 г.
Формат 60х84_{1/8}. Печать офсетная.
Бумага мелованная. Гарнитура «Arial».
Печ. л. 11,25; усл. печ. л. 10,46; уч.-изд. л. 10,98.
Тираж 1000 экз. Заказ № 14178.
Цена договорная**

**Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1
Тел.: (3822)78-80-80, тел./факс: (3822)78-30-80
E-mail: mail@if.tomsk.ru**