

ISSN 1810-3111

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Клиническая психиатрия

Клиническая наркология

Детско-подростковая психиатрия

Психосоматика

Пенитенциарная психиатрия

Этнопсихиатрия и этнонаркология

**Материалы II Российской конференции
с международным участием**

«Психическое здоровье семьи в современном мире»

Лекции. Обзоры

Некролог

2014. № 3 (84).

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. № 3 (84).

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. **Т. П. Ветлугина**
проф. **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
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. **П. В. Морозов**
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
Москва
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. № 3 (84).

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

SCIENTIFIC-PRACTICAL
REVIEWED JOURNAL
2014. № 3 (84).

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. T. P. Vetlugina	Tomsk
Prof. 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. Neznakov	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
проф. P. V. Morosov	Moscow
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: tomskinstitutemental-health.ru

Website of journal: svpin.org

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Крылов В. И., Бутылин Д. Ю. (Санкт-Петербург) ФЕНОМЕН ДЕЗАВТОМАТИЗАЦИИ ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	5
Цыганков Б. Д., Малыгин Я. В., Исмаилова С. Ф., Зыкова А. С. (Москва) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА АКТИВНОСТЬ ПОИСКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	9
Башмакова О. В., Карпов А. М., Семенихин Д. Г. (Казань) ОСОБЕННОСТИ МАГИФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПЕДАГОГОВ	15
Дмитриева Е. Г., Даниленко О. А., Корнетова Е. Г., Семке А. В., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Каткова М. Н. (Томск) КОМПЛАЕНС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА АДАПТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	18
Красильников Г. Т., Косенко В. Г., Косенко Н. А., Агеев М. И. (Краснодар) СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАНИЯ ЭНДОГЕННЫХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	23
Яценко К. О., Аксенов М. М. (Кемерово, Томск) СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ	27

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Бохан Н. А., Приленский Б. Ю., Уманская П. С. (Томск, Тюмень) СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЙ ПСИХОЗ	31
Новиков А. П., Балашов П. П., Чертов В. В., Плотников Е. В. (Сургут, Томск) СЕМЕЙНЫЙ СТАТУС НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ – ЖИТЕЛЕЙ ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО РАЙОНА	34

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Белоусова М. В., Гамирова Р. Г., Прусаков В. Ф. (Казань) КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ИМЕЮЩИХ РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ	38
Гранкина И. В., Иванова Т. И. (Омск) ФОРМИРОВАНИЕ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ	42

ПСИХОСОМАТИКА

Никифорова Т. В., Агаркова Л. А., Счастный Е. Д. (Томск) ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ НА ОСНОВЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ	50
Сосновская Е. В. (Ханты-Мансийск) СТРУКТУРА СВЯЗЕЙ ПРИЗНАКОВ ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ	54

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Назарова И. А., Аболонин А. Ф., Стоянова И. Я., Бохан Т. Г. (Томск) ПРОЕКТИВНЫЕ И ОПРОСНИКОВЫЕ МЕТОДЫ В КОНТЕКСТЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УСЛОВИЯХ	59
--	----

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

Дашиева Б. А. (Томск) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИИ	64
Савченко М. Е., Балашов П. П., Плотников Е. В. (Салехард, Томск) СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА	67

МАТЕРИАЛЫ II РОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

Гуткевич Е. В. (Томск) ТРАНСФОРМАЦИИ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ И ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВА	71
Игумнов С. А., Станько Э. П. (Минск, Гродно) ОЦЕНКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ И СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИОИДНЫХ НАРКОТИКОВ	77
Колмогорова В. В. (Челябинск) ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В НАЧАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ РАННЕГО СТАРЕНИЯ У ЛИЦ, ДЛИТЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩИХ НА РАДИОАКТИВНО ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ЮЖНОГО УРАЛА	83
Урываев В. А. (Ярославль) ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНЦЕ XX – НАЧАЛЕ XXI ВВ. В ВОПРОСАХ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ	87

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

Гаджиева Н. Р., Павличенко А. В., Кабоснидзе К. Е. (Баку, Москва, Тбилиси) ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ В МАТЕРИАЛАХ XXI КОНГРЕССА ЕВРОПЕЙСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ	91
Павличенко А. В., Денисенко М. М., Читлова В. В. (Москва, Харьков) ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ В МАТЕРИАЛАХ XXI ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА ПО ПСИХИАТРИИ	96
Сюняков Т. С. (Москва) ВЗАИМООТНОШЕНИЯ «ГЕН-СРЕДА» ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: ТРАНСЛЯЦИЯ ПРОГРЕССА НЕЙРОНАУК В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИЦИНУ (ПО МАТЕРИАЛАМ XXI КОНГРЕССА ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ)	104
Денисенко М. М. (Харьков) ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ – ЕВРОПЕЙСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ...	112
Краснова П. (Алматы) ОТЧЕТ ПО ДОКЛАДАМ ЕРА НА ТЕМЫ: СУИЦИДЫ, ИХ ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА СО СТИГМАТИЗАЦИЕЙ	116
НЕКРОЛОГ	120

C O N T E N T S

CLINICAL PSYCHIATRY

Krylov V. I., Butylin D. Yu. (St. Petersburg) PHENOMENON OF DEFENSIVE BEHAVIOR DISAUTOMATION IN OBSESSIVE-PHOBIC DISORDERS	5
Tsygankov B. D., Malygin Ya. V., Ismailova S. F., Zykova A. S. (Moscow) PSYCHOLOGICAL FACTORS, AFFECTING ACTIVITY OF SEARCH FOR MEDICAL CARE BY PATIENTS SUFFERING FROM BORDERLINE MENTAL DISORDERS	9
Bashmakova O. V., Karpov A. M., Semenikhin D. G. (Kazan) FEATURES OF TEACHERS' MAGIPHRENIC DISADAPTATION	15
Dmitrieva E. G., Danilenko O. A., Kornetova E. G., Semke A. V., Lobacheva O. A., Gutkevich E. V., Katkova M. N. (Tomsk) INFLUENCE OF COMPLIANCE ON ADAPTATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS	18
Krasilnikov G. T., Kosenko V. G., Kosenko N. A., Ageev M. I. (Krasnodar) MODERN PROBLEMS OF COMBINATION OF ENDOGENOUS AND ADDICTIVE DISORDERS	23
Yatsenko K. O., Axenov M. M. (Kemerovo, Tomsk) STATE OF MENTAL HEALTH OF SERVICEMEN WITH EMOTIONALLY UNSTABLE PERSONALITY DISORDER	27

CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

Bokhan N. A., Prilensky B. Yu., Umanskaya P. S. (Tomsk, Tyumen) SUICIDAL BEHAVIOR OF YOUNG MEN AND WOMEN WHO HAVE HAD ALCOHOLIC PSYCHOSIS	31
Novikov A. P., Balashov P. P., Chertov V. V., Plotnikov E. V. (Surgut, Tomsk) MARITAL STATUS OF ADDICTED PATIENTS IN KHANTY-MANSIYSK	34

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

Belousova M. V., Gamirova R. G., Prusakov V. F. (Kazan) CLINICAL AND ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH AUTISM AND SPEECH DISORDERS	38
Grankina I. V., Ivanova T. I. (Omsk) FORMATION OF DEVIANT BEHAVIOR IN CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION	42

PSYCHOSOMATICS

Nikiforova T. V., Agarkova L. A., Schastnyy E. D. (Tomsk) EFFICACY OF COGNITIVE PSYCHOTHERAPY DURING PREGNANCY IN WOMEN WITH LOSS OF FETUS IN HISTORY BASED ON DYNAMIC STANDARDIZED ASSESSMENT OF THE LEVEL OF DEPRESSION	50
Sosnovskaya E. V. (Khanty-Mansiysk) STRUCTURE OF ASSOCIATIONS OF SIGNS OF MENTAL AND PHYSICAL HEALTH IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS	54

PENAL PSYCHIATRY

Nazarova I. A., Abolonin A. F., Stoyanova I. Ya., Bokhan T. G. (Tomsk) PROJECTIVE AND QUESTIONNAIRE METHODS IN CONTEXT OF INVESTIGATION OF ADOLESCENTS UNDER PENAL CONDITIONS	59
---	----

ETHNOPSYCHIATRY AND ETHNOADDICTOLOGY

Dashiyeva B. A. (Tomsk) MENTAL HEALTH OF DISABLED CHILDREN IN REPUBLIC OF BURYATIYA	64
Savchenko M. E., Balashov P. P., Plotnikov E. V. (Salekhard, Tomsk) COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ALCOHOL DEPENDENCE OF INDIGENOUS PEOPLES IN NORTHERN SIBERIA	67

MATERIALS OF THE IIND RUSSIAN CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

«MENTAL HEALTH OF THE FAMILY IN THE MODERN WORLD»

Gutkevich E. V. (Tomsk) TRANSFORMATIONS OF MODERN FAMILY AND PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC PROBLEMS OF SOCIETY	71
Igumnov S. A., Stan'ko E. P. (Minsk, Grodno) THE ESTIMATION OF THE LEVEL OF SOCIAL AND FAMILY DISADAPTATION OF THE INJECTION OPIOID DRUG CONSUMERS	77
Kolmogorova V. V. (Chelyabinsk) DEPRESSIVE DISORDERS IN THE INITIAL PERIOD OF EARLY AGING OF PEOPLE LONG TERM LIVING IN RADIOACTIVELY POLLUTED TERRITORIES OF SOUTH URAL	83
Uryvaev V. A. (Yaroslavl) DYNAMIC OF PERSONALITY CHANGES AND VALUES OF MEDICAL STUDENTS IN THE END OF THE XX TH – THE BEGINNING OF THE XXI ST CENTURIES IN ISSUES OF FAMILY RELATIONS	87

LECTURES. REVIEWS

Hajiyeva H. P., Pavlichenko A. V., Kabosnidze K. E. (Baku, Moscow, Tbilisi) ISSUES OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY IN THE PROCEEDINGS OF THE 21 ST EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY	91
Pavlichenko A. V., Denisenko M. M., Chitlova V. V. (Moscow, Kharkiv) FUTURE CLASSIFICATIONS OF MENTAL DISORDERS (ACCORDING TO THE PROCEEDINGS OF THE 21 ST EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY).....	96
Syunyaev T. S. (Moscow) GENE-ENVIRONMENT INTERACTIONS IN PSYCHIATRIC DISORDERS: TRANSLATION OF NEUROSCIENTIFIC DEVELOPMENTS INTO PERSONALIZED MEDICINE	104
Denisenko M. M. (Kharkiv) PREVENTIONS OF MENTAL DISORDERS – EUROPEAN PERSPECTIVES	112
Krasnova P. (Almaty) ISSUES OF SUICIDAL BEHAVIOR (DIAGNOSIS, PREVENTION, STIGMA) IN THE PROCEEDINGS OF THE 21 ST EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY	116
OBITUARY	120

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.89-008.441.1

ББК Р64-32

ФЕНОМЕН ДЕЗАВТОМАТИЗАЦИИ ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Крылов В. И., Бутылин Д. Ю.*

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И. П. Павлова»

197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

Навязчивые нарушения, осложненные феноменом дезавтоматизации защитного поведения, занимают особое положение в ряду обсессивно-фобических расстройств. Психопатологическая квалификация дезавтоматизации защитного поведения позволяет утверждать, что данный феномен обладает сложной психопатологической структурой. Наличие данного феномена в клинической картине невротических расстройств и заболеваний шизофренического спектра является клинико-психопатологическим признаком, свидетельствующим об общей тяжести навязчивой симптоматики. При навязчивых расстройствах, сопровождающихся данным феноменом, наблюдался отстраненный тип межличностного реагирования, который указывал на скрытые симптомы-мишени для психотерапевтической работы. **Ключевые слова:** обсессивно-фобические расстройства, навязчивости, защитное поведение, межличностное функционирование, феномен дезавтоматизации защитного поведения.

PHENOMENON OF DEFENSIVE BEHAVIOR DISAUTOMATION IN OBSESSIVE-PHOBIC DISORDERS. Krylov V. I., Butylin D. Yu. The First St. Petersburg State Medical University named of academician I. P. Pavlov. Lev Tolstoy's Street 6-8, 197022, Saint Petersburg, Russia. Obsessive disturbances, complicated by phenomenon of defensive behavior disautomation, occupy special position within the range of obsessive-phobic disorders. Psychopathologic qualification of defensive behavior disautomation allows maintaining that this phenomenon has a complex psychopathologic structure. Presence of this phenomenon in clinical picture of neurotic disorders and schizophrenia spectrum diseases is a clinical-psychopathologic sign testifying to general severity of obsessive symptoms. In obsessive disorders accompanied by this phenomenon, detached type of interpersonal response was observed that indicated latent symptoms-targets for psychotherapeutic work. **Keywords:** obsessive-phobic disorders, obsessions, defensive behavior, interpersonal functioning, phenomenon of defensive behavior disautomation.

Одним из наиболее тяжелых вариантов нарушений тревожного спектра являются навязчивые расстройства. Особое положение в их ряду занимают обсессивно-фобические расстройства, осложненные феноменом дезавтоматизации защитного поведения. Обсессивно-фобическая симптоматика вне зависимости от нозологической принадлежности состояния вызывает выраженную социально-психологическую дезадаптацию больных и плохо поддается лечению [1, 2, 3]. Проблема диагностики и лечения пациентов с обсессивно-фобическими расстройствами, сопровождающимися с феноменом дезавтоматизации защитного поведения, является одной из малоизученных областей психиатрии.

Задачей исследования являлось изучение клинко-психопатологических и диагностических аспектов феномена дезавтоматизации защитного поведения при обсессивно-фобических расстройствах.

Данная публикация основывается на результатах обследования 46 больных (25 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 17 до 64 лет. Средний возраст обследованных составил $27,4 \pm 8,2$ года. Основным **методом** исследования являлся клинко-психопатологический. Для количественной оценки выраженности навязчивых нарушений использовалась обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна.

В зависимости от содержания навязчивые нарушения разделены на две группы. Первую группу составили 23 пациента с навязчивостями экстракорпоральной угрозы. Во вторую группу вошли 23 больных с навязчивостями повторного контроля. В первом случае обсессивно-фобическая симптоматика представлена навязчивыми опасениями и сомнениями в правильности, завершенности и безопасности действий профессионального и бытового характера (навязчивости симметрии и порядка). Во втором случае – навязчивыми переживаниями, связанными с возможностью проникновения в организм болезнетворных патогенных агентов-вирусов, бактерий, гельминтов, телесных выделений (навязчивости заражения и загрязнения).

При нозологической квалификации состояния диагноз невротического обсессивного развития личности установлен в 28 наблюдениях. В 18 случаях диагностировано шизотипическое расстройство с преобладанием в клинической картине навязчивых нарушений. Феномен дезавтоматизации защитного поведения отмечен в 10 (22 %) наблюдениях. В группе больных с навязчивостями повторного контроля данный феномен наблюдался у 7 (30 %) пациентов, в группе больных с навязчивостями экстракорпоральной угрозы – у 3 (13 %) больных.

* Крылов Владимир Иванович, д. м. н., проф. каф. психиатрии и наркологии. E-mail: krylov2056@yandex.ru

Бутылин Даниил Юрьевич, очный аспирант каф. психиатрии и наркологии. E-mail: butylindaniil@gmail.com

Составными частями психологии деятельности человека являются действия и операции. Действие подчиняется какой-либо сознательной цели и определяется мотивационным компонентом, иными словами, действия всегда находятся под контролем сознания. Операция является вариантом автоматизированной деятельности человека, при котором осознается только ее конечный результат, а вся операционная часть уходит из сферы сознания. Т. е. действия осознаются, а автоматизированная деятельность (операции) – нет [4]. В качестве примера рассмотрим формирование такого повседневного навыка, как мытье рук. Когда родители обучают ему ребенка, он овладевает каждым действием в отдельности при непосредственном сознательном контроле. Родители подробно развертывают перед ним всю последовательность выполнения навыка. Включение света в ванной комнате, открывание двери, настрой температуры воды в кране и пр. являются отдельными видами целенаправленной деятельности, требующими сознательного контроля со стороны ребенка. По мере формирования навыка описанные действия сливаются в единое целое, в конечном счете осознается лишь конечный результат, а все остальное автоматизируется. Т. о. формируются операции, не требующие прежнего сознательного контроля.

Изменение внешних либо внутренних условий дезавтоматизирует навык, и операции претерпевают обратное развитие в действия. Операционная деятельность вновь требует сознательного контроля. К примеру, выполнение «выученного» навыка мытья рук в условиях незнакомой ванной комнаты с непривычным расположением туалетных принадлежностей, иным устройством кранового смесителя и даже при условии такого, казалось бы, маловажного внешнего фактора, как измененная интенсивность освещения, может потребовать сознательного контроля, целенаправленной деятельности до некоторой степени подвергается дезавтоматизации из операции в действие.

При обсессивно-фобических расстройствах, осложненных описываемым феноменом, внутренним условием, дезавтоматизирующим повседневные операции, является тревога. Пациент разлагает операции на все более мелкие части – действия, требующие тщательного сознательного контроля с его стороны. У такого человека элементарный навык мытья рук вызовет ряд сомнений: какой рукой включить свет, какой рукой взяться за дверную ручку, на какую ширину открыть дверь, какой температуры воду настроить в кране, как долго нужно мыть руки. Дезавтоматизация защитного поведения становится единственно возможным способом для достижения цели, «безопасной сосредоточенностью», «спасительным контролем».

В дальнейшем происходит постепенная утрата вторичного по отношению к обсессивному компоненту характера защитного поведения (к примеру, «мою руки 12 раз в день по 12 минут, делаю это медленно, потому что боюсь микробов»). Наблюдается трансформация защитного поведения в самостоятельный обсессивно-компульсивный феномен («боюсь сделать что-либо недостаточно медленно», «недостаточно тщательно», «недостаточно последовательно»). Способ в таком случае вытесняет цель (мизофобические переживания) и занимает их положение. В итоге сформированные навыки утрачивают свои свойства, для пациента решающее значение приобретают не качественные-количественные характеристики защитного действия («где, как, сколько раз, в каком направлении я должен мыть руки»), а способ, сам по себе феномен дезавтоматизации, который проявляется в «замедлении», «особой скрупулезности», «тщательности» – «делай все медленно и тщательно, и все будет хорошо». В таком случае дезавтоматизация есть не возможность более «точного», «правильного» выполнения навязчивого акта, а его суть.

Рассмотрим пример пациента с навязчивостями повторного контроля, который осуществляет проверки безопасности замков и электроприборов в доме. Сами по себе защитные действия не носят символического характера, сформированы по универсальному механизму контролирующего поведения. Больной совершает психологически понятные проверки и перепроверки навязчивого свойства. Однако описанная симптоматика сопровождается феноменом дезавтоматизации, что само по себе вносит в нее символический характер. Теряется психологически понятная суть простого, на первый взгляд, защитного акта. Стоит заметить, что больной осуществляет не многочисленные проверки и перепроверки, а в течение длительного времени совершает одно простое защитное действие.

Психопатологическая квалификация навязчивостей, осложненных феноменом дезавтоматизации защитных действий, в проводимом исследовании была возможна при наличии облигатных признаков навязчивостей (непроизвольность возникновения, непреодолимый характер, критическое отношение, чуждость сознанию) [5]. Данный феномен имел вторичный характер по отношению к обсессии или фобии и выполнял защитную функцию с целью предотвращения или преодоления опасности.

Защитное поведение больных с навязчивой симптоматикой формируется по механизмам прямой и символической защиты. Символическая защита пациентов с обсессивно-компульсивной симптоматикой, в отличие от прямой защиты, не направлена на избавление их от возможного непосредственного контакта с провоцирующими факторами, которые способствуют актуализации навязчивой симптоматики.

Логическая связь между содержанием самой навязчивости и ритуалом отсутствует. Ритуалы всегда имеют неповторимый индивидуальный характер, присущий только данному больному. Однако в случае защитного поведения, осложненного феноменом дезавтоматизации, вопрос о квалификации данного варианта защитного поведения остается открытым. С одной стороны, данный феномен является проявлением символической защиты, поскольку дезавтоматизация защитного поведения, как таковая, не имеет прямой, логически обоснованной и психологически понятной связи с навязчивым стимулом. С другой же стороны, дезавтоматизация защитного поведения по характеру выполняемых действий не имеет однотипности, свойственной ритуальным действиям.

Рассмотрим следующий клинический пример, в котором описанной выше дезавтоматизации подвергся навык ходьбы. Пациент, 19 лет, с шизоананкастной акцентуацией характера, которая была заметна уже в младшем школьном возрасте и проявлялась боязнью опоздать на урок или получить плохую отметку, сделать пометку в тетради. Так, к примеру, не поддаваясь на уговоры учителя в том, что ничего страшного от одной пометки не случится, мог переписать целую тетрадь. Больной с самых ранних лет до мелочей регламентировал правильное расположение предметов в комнате, выверял симметричность расположения мебели, книг в шкафу. Постепенно описанные особенности поведения оформились в качестве защитного поведения «на удачу», «на здоровье», «на хорошую отметку» («если книги на полке будут стоять ровно, то я получу отличную отметку», «если кресло будет стоять симметрично кровати, то я выздоровею»). В 16 лет на первый план вышла навязчивая симптоматика в связи с опасениями проникновения в организм болезнетворных микробов и бактерий. Навязчивости заражения поначалу не получали дальнейшей идеаторной разработки и не сводились к опасениям возникновения какой-либо конкретной болезни. Пациент тщательно и длительно мыл руки, принимал ванну, в дальнейшем меры защиты приобрели характер ритуальных действий с определенным числом действий, их последовательностью, использованием определенной марки мыла.

Следующий этап развития заболевания – возникновение идеаторной проработки фобических переживаний возможного заражения и их трансформация в ипохондрические навязчивости. Пациент представлял, что заболеет гепатитом, СПИДом, как будет мучиться и умирать на больничной койке, весьма тяготился своими переживаниями, но, понимая их нелепость и безосновательность, продолжал выполнять сложные ритуализированные защитные акты.

В 17-летнем возрасте на осмотре у невролога во время прохождения призывной комиссии пациенту был поставлен диагноз «остеохондроз шейного отдела позвоночника». Больной в тот же день посвятил несколько часов изучению литературы по данному вопросу. Пользуясь данными интернет-источников, пациент сфокусировал свое внимание на том, что в запущенных стадиях остеохондроза «могут возникнуть проблемы с хождением». С этого момента от-

мечена дезактуализация навязчивой симптоматики, связанная со страхом заболеть СПИДом и гепатитом. Больной начал изучать вопросы нарушений походки, узнал о том, что позвоночник подвергается нагрузке при ходьбе. Ежедневно делал упражнения, направленные на снижение нагрузки на позвоночник, выработал собственные специальные методики, основываясь на полученных данных. В дальнейшем совершал эти «упражнения» на учебе, во время поездки в метро, в магазине. Они заключались в различных движениях в голеностопных суставах (вверх-вниз, в бок, вытягивание стопы). Описанные движения пациент совершал «незаметно для других», «было неудобно, если кто-нибудь замечал». Далее больной начинает «внимательно следить за своей походкой», осознавая нелепость и абсурдность своих мыслей и тревожных переживаний, его начинает одолевать мысль, согласно которой «быстрая и неаккуратная походка», «неловко поставленная стопа», «неправильный изгиб голеностопного сустава» могут вызвать «повреждения в позвоночнике». Пациент начал «разлагать» сложившийся с ранних лет навык ходьбы на составные части (изгиб сустава, направление стопы). На этом этапе начинает проявляться феномен дезавтоматизации защитных действий, ходьба пациента принимает замедленный, «выверенный» характер. Более того, для того чтобы «внимательнее контролировать процесс ходьбы», больной старается «не торопиться в мыслях, чтобы не упустить деталей при ходьбе». Следует отметить, что у пациента в полной мере сохранена критика к своим переживаниям, он скрывает свою «осторожную походку» от окружающих, считая свое поведение в данной ситуации нелепым.

Изучение преморбидных особенностей личности показало, что феномен дезавтоматизации защитного поведения наблюдался у пациентов с акцентуациями характера ананкастного и шизоананкастного типов. Проявление патологического перфекционизма, чрезмерного внимания к деталям, подчеркнутой добросовестности, скрупулезности, упрямства и негибкости являлось отражением их личностных особенностей. Пациенты с таким вариантом личностной акцентуации характеризовались выраженной озабоченностью порядком, контролем над собой и окружающими, которых они достигали, жертвуя социальной гибкостью, эмоциональностью и эффективностью своего поведения.

В случае невротического развития личности симптоматика многообразна, потому что является конечным результатом всех существующих невротических проблем. Конечное реактивное образование имеет сложное многоступенчатое строение, носящее компенсаторный характер. Причиной тому являются многообразные нарушения в межличностном взаимодействии. Невротический конфликт, который состоит в нарушении взаимодействия с окружающими людьми, со временем охватывает всю личность больного, проявляясь на конечном этапе формирования в виде грубых внутриличностных расстройств.

С первых дней жизни ребенок вырабатывает особый тип поведения, который позволяет ему справиться с очевидными или скрытыми неблагоприятными факторами. Сформированные в первые годы жизни патологические черты личностного реагирования в дальнейшем, не претерпевая существенных изменений, только подкрепляются всевозможными внешними факторами. В основе патологической тактики поведения лежит тревога. Очевидно, что пребывание в длительном состоянии тревоги невозможно. Следовательно, чувство тревоги может проявляться в виде трех базовых, образующих в дальнейшем основу для всей невротической симптоматики, эмоций, таких как беспомощность, враждебность либо одиночество. Как правило, тревога обеспечивает сосуществование всех вышеупомянутых чувств.

Однако одно из них становится доминирующим и определяет вектор дальнейшего межличностного социального функционирования человека. В тех случаях, когда чувство тревоги реализуется в виде невротических потребностей в одобрении, симпатии, умиротворении, стремлении быть приятным, любимым, желаемым, обнаруживается патологическое стремление к установлению особого типа межличностного взаимодействия – стремление «навстречу к людям», уступчивый тип. Когда тревога скрыта эмоциями враждебности, ярости, желанием борьбы, очевидно противоположное стремление «против людей», агрессивный тип. И, наконец, невротическая отстраненность, напряжение при взаимодействии с людьми, позиция наблюдателя соответствуют особой тактике невротического поведения: отстраненный тип. В итоге формируется один из трех вариантов патологического поведения – уступать, сражаться или держаться в стороне [6, 7].

Пациенты с описываемым феноменом соответствовали последнему типу нарушений межличностного реагирования. Как уже было указано, основным доминирующим чувством, определяющим вектор развития личности, являлось чувство одиночества. Таких пациентов отличало наличие определенного набора родительских установок, которые подавляли пациента, формировали в нем патологические черты личности. Вот некоторые из них: «сдерживай себя больше», «унимай себя», «не ешь слишком быстро», «управляй своими эмоциями», «не двигайся», «не двигай ногами», «не шевели губами», «не торопись», «не двигай руками», «говори медленно», «не слушай это», «не смотри на это», «не бери это в рот», «не умничай». Таким образом, были сформированы защитные реакции в детстве, перенесенные на модели отношений во взрослом возрасте.

Подобный тип межличностного реагирования формировал отстраненное поведение. Одиночество, общее отчуждение от людей оставалось единственным способом избежать того напряжения, которое возникало в тех ситуациях, когда внешний мир вторгался в их жизнь. Компенсаторным механизмом являлась навязчивая потребность систематизации, симметрии, упорядочивания и патологической вовлеченности в правила и порядки окружающего социума. Избегая эмоциональной, социальной вовлеченности, такие пациенты стараются создать иллюзию контроля в попытке упорядочить и привести в соответствие с некими социальными нормами всю свою жизнь. Следующим этапом невротической отстраненности являлось самоотчуждение, появление навязчивых образований, как очередного компенсаторного комплекса. В случае навязчивой медлительности невротическое отчуждение от себя оставляет логические доводы бессильными перед накопленным с детства чувственным опытом: «я знаю, как бороться с тревогой – только замедлив все вокруг». Оставаясь одиноким, обособленным и отстраненным, пациент стремится создать компенсаторные правила и порядки, носящие навязчивый характер. В итоге человек оказывается не приспособленным к среде и выполнению своих обязанностей.

Психопатологический анализ дезавтоматизации защитного поведения позволяет утверждать, что данный феномен обладает сложной психопатологической структурой. Наличие данного феномена в клинической картине психогенных заболеваний и расстройств шизофренического спектра является клинико-психопатологическим признаком, свидетельствующим об общей тяжести обсессивно-фобических расстройств. При обсессивно-фобических расстройствах, сопровождающихся данным феноменом, наблюдался особый вариант нарушения межличностного реагирования (отстраненный тип), который определял спектр скрытых, нереализуемых в процессе межличностного взаимодействия чувств и эмоций, и, как следствие, указывал на скрытые симптомы-мишени для психотерапевтической работы.

При анализе полученных данных общий показатель тяжести обсессивно-компульсивной симптоматики по шкале Йеля-Брауна (Yale-Brown obsessive-compulsive scale – Y-BOCS) в группе больных с навязчивой медлительностью превышал аналогичный показатель в группе больных без данного феномена (37,3 и 29,4 балла; $p \leq 0,05$).

Л и т е р а т у р а

1. *Лакосина Н. Д., Трунова М. М.* Неврозы, невротические развития личности и психопатии. – М. : Медицина, 1994. – 192 с.
2. *Смулевич А. Б.* К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – № 11. – С. 4–15.
3. *Семке А. В., Соболевский С. В.* Обсессивно-компульсивная симптоматика в структуре расстройств шизофренического спектра (клинико-динамические и адаптационные аспекты) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2. – С. 25–28.
4. *Леонтьев Н. Л.* Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1977. – 304 с.
5. *Крылов В. И.* Психопатология ритуального поведения (диагностические и прогностические аспекты тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств) // Психиатрия и психофармакотерапия. им. П. Б. Ганнушкина 2009, № 4, с. 8–13.
6. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. – 2006. – 208 с.
7. *Хорни К.* Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. – 2006. – 256 с.

Транслитерация русских источников

1. *Lakosina N.D., Trunova M.M.* [Neuroses, neurotic personality developments and psychopathies]. Publishing House "Medicina", Moscow, 1994. 192 p. (In Russ.).
2. *Smulevich A.B.* [To psychopathologic characteristics of continuous sluggish schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2009; 11: 4–15. (In Russ.).
3. *Semke A.V., Sobolevsky S.V.* [Obsessive-compulsive symptoms in structure of schizophrenia spectrum disorders (clinical-dynamic and adaptive aspects)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 2: 25–28. (In Russ.).
4. *Leontyev N.L.* [Activity. Consciousness. Personality]. Moscow, 1977. 304 p. (In Russ.).
5. *Krylov V.I.* [Psychopathology of ritual behavior (diagnostic and prognostic aspects of anxiety-phobic and obsessive-compulsive disorders)]. *Psikiatrija i psihofarmakoterapija im. P. B. Gannushkina* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy named of P.B. Gannushkin]. 2009; 4: 8–13. (In Russ.).
6. *Horney K.* [Neurotic personality of our time]. Publishing House "Akademicheskij projekt", Moscow, 2006. 208 p. (In Russ.).
7. *Horney K.* [Our inner conflicts. Constructive theory of neurosis]. Publishing House "Akademicheskij projekt", Moscow, 2006. 256 p. (In Russ.).

УДК 616.89-07.85:159.9

ББК Р645.093.3+Ю937

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА АКТИВНОСТЬ ПОИСКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Цыганков Б. Д., Малыгин Я. В. *,
Исмаилова С. Ф., Зыкова А. С.

ФПДО ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова»
Минздрава России

127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

Цель исследования – изучить влияние психологических факторов на активность поиска медицинской помощи. **Материал.** 200 стационарных пациентов, страдающих депрессивными или невротическим расстройствам, были разделены на 2 подгруппы: с активным поиском медицинской помощи (обратившиеся в течение 5 месяцев) и пассивным поиском медицинской помощи (обратившиеся позднее). **Методы:** тест отношения к болезни, тест на копинг-стратегии Лазаруса и тест Леонгарда-Шмишека. **Результаты:** благоприятным для активного поиска медицинской помощи является сочетание средней степени напряжения копинг-стратегий «конфронтация» и «бегство-избегание», средне выраженные акцентуированные тревожные черты и ипохондрический тип отношения к болезни. Факторами пассивного поиска медицинской помощи выступают ярко выраженные акцентуированные тревожные черты и сенситивный тип отношения к болезни. **Ключевые слова:** поиск медицинской помощи, личностные черты, копинг-стратегии, отношение к болезни.

PSYCHOLOGICAL PSYCHOLOGICAL FACTORS, AFFECTING ACTIVITY OF SEARCH FOR MEDICAL CARE BY PATIENTS SUFFERING FROM BORDERLINE MENTAL DISORDERS. Tsygankov B. D., Malygin Y. V., Ismailova S. F., Zyкова A. S. Moscow State University of Medicine and Dentistry. Deleagatskaya Street 20 Building 1, 127473, Moscow, Russia. **Objective:** to study the effect of psychological factors on activity of medical care-seeking behavior. **Material:** 200 inpatients, suffering from affective disorders or neurotic, stress-related and somatoform disorders. Patients were divided into 2 groups: with active medical care-seeking behavior (those who visited a doctor in less than 6 months after onset of symptoms) and passive medical care-seeking behavior (those who visited a doctor in 6 months or longer after onset of symptoms). **Methods:** Attitudes toward Mental Illness Questionnaire, The Ways of Coping Questionnaire (S. Folkman, R.S. Lazarus), test of Leonhard-Schmieschek. **Results:** Combination of average degree of severity of coping strategies *Confrontive Coping* and *Escape-Avoidance*, moderately accentuated anxiety traits and hypochondriac type of attitude toward illness is favorable one for active search for medical care. Vividly expressed accentuated anxiety traits and sensitive type of attitude toward illness are factors of passive search for medical care. **Keywords:** medical care-seeking behavior, personality, coping strategies, attitude to illness.

* Малыгин Ярослав Владимирович, к. м. н., каф. психиатрии, наркологии и психотерапии тел. +74992360594, malygin-y@yandex.ru

Введение. Низкая обращаемость пациентов с психическими расстройствами за медицинской помощью является важной проблемой здравоохранения. Показано, что при депрессивных и тревожных расстройствах с момента первых симптомов до обращения за помощью проходит в среднем 18,7 года (для пациентов, которые никогда не обращались за помощью, период приравнивался к разнице между возрастом появления симптомов и возрастом на момент скрининга) [7]. На скорость обращения за медицинской помощью оказывает влияние ряд факторов. Так, знание информации о причинах и проявлениях заболеваний, отношение к болезни и к медицинской помощи определяют своевременную обращаемость за медицинской помощью [5, 9]. Другими факторами, оказывающими влияние на обращаемость за медицинской помощью, являются острое начало заболевания или начало, спровоцированное стрессовым событием [1, 2, 13]. Тяжелая степень выраженности заболевания является предиктором раннего обращения за медицинской помощью [10, 11, 12], но в малом проценте случаев приводит к серьезным затруднениям обращения за медицинской помощью [8]. Пожилые и состоящие в браке, имеющие высокий уровень образования пациенты более склонны к обращению за медицинской помощью [6]. В то же время имеются лишь единичные исследования влияния психологических факторов (отношения к болезни, личностных характеристик и копинг-стратегий) на поиск медицинской помощи. В литературе отсутствуют исследования влияния акцентуаций и расстройств личности на обращаемость за психиатрической помощью. Однако есть предположения, что наличие расстройства личности снижает вероятность обращения за медицинской помощью [4]. Имеет значение отношение к болезни со стороны пациента – самостигматизация является барьером для принятия решения об обращении к врачу [3]. Таким образом, влияние психологических факторов на поиск медицинской помощи пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами, является мало изученным, что указывает на актуальность проведения настоящей работы.

Цель исследования – изучить влияние психологических факторов на активность поиска психиатрической помощи.

Дизайн исследования. Обследованы 200 пациентов, страдающих расстройствами из блока «аффективные расстройства» или «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», проходящих стационарное лечение в ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр Департамента здравоохранения г. Москвы» и подписавших информированное согласие на участие в исследовании.

При анализе данных с целью изучения зависимости скорости обращения за медицинской помощью от психологических факторов у пациентов в ходе полуструктурированного интервью выяснялся период времени, прошедшего от появления первых симптомов заболевания до обращения к врачу (без учета профиля специальности врача). По медиане периода от появления первых симптомов до обращения к врачу пациенты были разделены на 2 подгруппы. Медиана составила 6 месяцев.

Были выделены: 1) подгруппа лиц с активным поиском медицинской помощи (аПМП) (99 чел.) – обратившиеся к врачу в течение 5 месяцев с момента появления симптомов заболевания; 2) подгруппа лиц с пассивным поиском медицинской помощи (пПМП) (101 чел.) – обратившиеся к врачу через 6 и более месяцев с момента появления симптомов заболевания.

Материал исследования. Изучена структура заболеваемости обследованных (табл. 1).

Таблица 1
Структура заболеваемости обследованных, абс. (%)

Нозологическая единица или группа	Всего n=200	аПМП n=99	пПМП n=101	p (критерий χ^2 или Фишера)
Аффективные расстройства (всего)	56 (28)	25 (13)	31 (31)	p=0,39
Рекуррентное депрессивное расстройство (эпизод средней степени)	29 (15)	13 (13)	16 (16)	p=0,58
Депрессивный эпизод средней степени	21 (11)	9 (9)	12 (12)	p=0,52
Другие расстройства	6 (3)	3 (3)	3 (1)	p=0,30
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	144 (72)	74 (74)	70 (70)	p=0,39
Тревожные расстройства (всего)	110 (55)	53 (54)	57 (56)	p=0,68
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	89 (45)	39 (39)	50 (49)	p=0,15
Паническое расстройство	18 (9)	13 (13)	5 (5)	p=0,043
Ипохондрическое расстройство	30 (15)	19 (19)	11 (11)	p=0,10
Другие расстройства	4 (2)	2 (2)	2 (2)	p=0,68

Большую часть выборки составили пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (72 %), преимущественно представленными тревожными расстройствами (55 %), среди которых преобладали смешанное тревожное и депрессивное расстройство (45 %) и паническое расстройство (9 %). Среди невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств также была высока доля ипохондрического расстройства (15 %). Аффективными расстройствами страдали 28 % пациентов, из них половина (15 %) – рекуррентным депрессивным расстройством (эпизод средней степени) и 11 % – депрессивным эпизодом средней степени.

Выделенные группы были сопоставимы по структуре заболеваемости, за исключением панического расстройства, которое чаще встречалось среди пациентов с активным поиском медицинской помощи по сравнению с пациентами, обращающимися к врачу отсрочено (13 % Vs 5 %, $p=0,043$). Женщины составили 73,5 % обследованных. Средний возраст обследованных составил $44,6 \pm 13,5$ года. У значительной доли обследованных (40,5 %) были нарушены семейные отношения. Почти половина (47 %) обследованных обладали высшим или неполным высшим образованием. При этом 55 % пациентов на момент обследования не работали.

Методы. Для оценки акцентуаций характера использован тест К. Леонгарда-Шмишека. Копинг-тест Лазаруса в адаптации Вассермана применялся для определения копинг-стратегий. Методика ТООЛ (тест отношения к болезни) предназначена для диагностики типов отношения к болезни в типологии, предложенной А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым.

Статистический анализ данных. Для сравнительного анализа порядковых данных в независимых выборках (степень выраженности акцентуаций характера и степень напряжения копинг-стратегий) применялся критерий Манна-Уитни. Для анализа качественных данных в независимых выборках (частота встречаемости типов отношения к болезни, вариантов степени выраженности личностных черт и напряжении копинг-стратегий) применялись критерий χ^2 , а также критерий Фишера.

Результаты.

1. Связь копинг-стратегий со скоростью обращения за медицинской помощью. В таблице 2 представлены результаты сравнительного анализа степени напряжения копинг-стратегий среди пациентов с активным и пассивным ПМП. Суммарная степень напряжения всех копинг-стратегий была сопоставима в 2 группах (критерий Манна-Уитни). При более детальном анализе с сопоставлением в 2 подгруппах числа пациентов с определенной степенью напряжения копинг-стратегии (критерий χ^2 или Фишера) также не выявлена связь копинг-стратегий со скоростью обращения за медицинской помощью. Обнаружено, что определенные сочетания копинг-стратегий способствуют формированию активного или пассивного поиска медицинской помощи. Выдвинуты гипотезы для объяснения механизмов, по которым данные сочетания степеней напряжения копинг-стратегий способствуют более быстрому или более медленному обращению за помощью. Для проверки этих гипотез запланировано исследование, направленное на анализ влияния копинг-стратегий на поведение в отношении здоровья у исследуемого нами контингента пациентов.

Таблица 2
Степень напряжения копинг-стратегий среди пациентов с активным и пассивным поиском медицинской помощи, абс. (%)

Копинг-стратегия	Степень напряжения	Всего (n=200)	аПМП (n=99)	пПМП (n=101)	Сравнение по степеням напряжения (критерий χ^2 или Фишера)	Суммарная степень напряжения (критерий Манна-Уитни)
Конфронтация	Высокая	33 (33)	14 (14)	19 (19)	$p=0,48$	$p=0,833$
	Средняя	137 (69)	73 (74)	64 (63)	$p=0,11$	
	Низкая	30 (15)	14 (12)	18 (18)	$p=0,19$	
Дистанцирование	Высокая	43 (22)	25 (25)	18 (18)	$p=0,20$	$p=0,141$
	Средняя	141 (71)	69 (70)	72 (71)	$p=0,81$	
	Низкая	16 (8)	5 (5)	11 (11)	$p=0,13$	
Самоконтроль	Высокая	30 (15)	15 (15)	15 (15)	$p=0,95$	$p=0,621$
	Средняя	138 (69)	65 (66)	73 (72)	$p=0,31$	
	Низкая	32 (16)	19 (19)	13 (13)	$p=0,22$	
Поиск социальной поддержки	Высокая	41 (21)	23 (23)	18 (18)	$p=0,34$	$p=0,286$
	Средняя	143 (72)	70 (71)	73 (72)	$p=0,81$	
	Низкая	16 (8)	6 (6)	10 (10)	$p=0,32$	
Принятие ответственности	Высокая	37 (19)	17 (17)	20 (20)	$p=0,63$	$p=0,932$
	Средняя	132 (66)	67 (68)	65 (64)	$p=0,62$	
	Низкая	31 (16)	15 (15)	16 (16)	$p=0,89$	
Бегство-избегание	Высокая	62 (31)	28 (28)	34 (34)	$p=0,41$	$p=0,767$
	Средняя	131 (66)	69 (70)	62 (61)	$p=0,21$	
	Низкая	7 (4)	2 (2)	5 (5)	$p=0,15$	
Планирование решения проблемы	Высокая	21 (11)	11 (11)	10 (10)	$p=0,78$	$p=0,519$
	Средняя	149 (75)	75 (76)	74 (73)	$p=0,69$	
	Низкая	30 (15)	13 (13)	17 (17)	$p=0,46$	
Положительная переоценка	Высокая	23 (12)	11 (11)	12 (12)	$p=0,86$	$p=0,662$
	Средняя	149 (75)	76 (77)	74 (73)	$p=0,57$	
	Низкая	28 (14)	12 (12)	16 (16)	$p=0,45$	

Наиболее благоприятной для быстрого обращения за медицинской помощью является умеренная степень противостояния и избегания проблем, проявляющаяся средней степенью напряжения копинг-стратегий «конфронтация» и «бегство-избегание».

Сочетание низкой степени напряжения копинг-стратегии «дистанцирование» и средней степени напряжения копинг-стратегии «самоконтроль» способствовало пассивному поиску медицинской помощи, а сочетание высокой степени напряжения этих копинг-стратегий – активному поиску медицинской помощи. Было сделано предположение, что дистанцирование и самоконтроль являются отражением одних и тех же явлений эмоциональной сферы, направленных на снижение эмоционального напряжения. Умеренная степень напряжения копингов с преобладанием самоконтроля может свидетельствовать о наличии достаточных ресурсов для произвольной регуляции эмоциональной сферы, отражая способность справляться с проявлениями заболевания в его умеренной степени выраженности, которая не требует ресурсов для регуляции эмоций.

В то же время высокая степень выраженности обеих копинг-стратегий, по всей вероятности, указывает на декомпенсацию способности к эмоциональной регуляции, что приводит к обращению к врачу.

Сочетание низкой степени дистанцирования и средней степени принятия ответственности, вероятно, указывает на сохранность возможности произвольной регуляции эмоций в сочетании с адекватной ситуации степенью ответственности за свое здоровье, что позволяет длительно справляться со своим состоянием.

Сочетание среднего самоконтроля и высокого напряжения стратегии бегства-избегания приводит к отсроченному обращению за помощью, что может быть объяснено длительным избеганием решения проблем со здоровьем и последующим истощением на этом фоне способности к самоконтролю.

Сочетание низкой степени напряжения стратегии «самоконтроль» и средней степени стратегии «положительная переоценка» способствует формированию быстрого обращения за медицинской помощью. Очевидно, быстрое обращение за помощью определяется копинг-стратегией «положительная переоценка». При этом низкая степень напряжения стратегии «самоконтроль» отражает отсутствие истощения способности к произвольной саморегуляции при быстром обращении за помощью.

Таблица 3

Сочетание степеней напряжения различных копинг-стратегий, абс. (%)

Копинг-стратегии и степень их напряжения		Всего	аПМП n=99	пПМП n=101	p (критерий χ^2 или Фишера)
Конфронтация (средняя)	Бегство-избегание (средняя)	96 (48)	55 (56)	41 (41)	p=0,034
Дистанцирование (высокая)	Самоконтроль (высокая)	13 (7)	10 (10)	3 (3)	p=0,038
Дистанцирование (низкая)	Самоконтроль (средняя)	8 (4)	0	8 (8)	p=0,0037
Дистанцирование (низкая)	Принятие ответственности (средняя)	10 (5)	3 (3)	7 (7)	p=0,004
Самоконтроль (средняя)	Бегство-избегание (высокая)	45 (45)	16 (16)	29 (29)	p=0,034
Самоконтроль (низкая)	Положительная переоценка (средняя)	17 (17)	13 (13)	4 (4)	p=0,018

2. Связь личностных характеристик со скоростью обращения за медицинской помощью. Суммарная степень выраженности личностных черт была сопоставима среди пациентов с активным и пассивным поиском медицинской помощи (критерий Манна-Уитни). При детальном анализе с учетом доли пациентов с определенной степенью выраженности

акцентуаций обнаружено влияние тревожных черт личности на скорость обращения за медицинской помощью. По результатам анализа выявлено, что в группе с аПМП по сравнению с группой с пПМП выше доля пациентов со средне выраженными тревожными чертами личности (31 и 19 %, p=0,041, критерий χ^2) и ниже доля пациентов с ярко выраженными тревожными чертами личности (6 и 15 %, p=0,042, критерий χ^2) (табл. 4).

Таблица 4

Степень выраженности личностных характеристик среди пациентов с активным и пассивным поиском медицинской помощи, абс. (%)

Личностная черта	Степень выраженности	Всего (n=200)	аПМП (n=99)	пПМП (n=101)	Сравнение по степеням напряжения (критерий χ^2 или Фишера)	Суммарная степень напряжения (критерий Манна-Уитни)
Тревожность	Ярко	20 (11)	6 (6)	15 (15)	p=0,042	p=0,86
	Средне	50 (25)	31 (31)	19 (19)	p=0,041	
	Слабо	40 (20)	18 (18)	22 (22)	p=0,524	
Гипертимность	Ярко	5 (3)	2 (2)	3 (3)	p=1,000	p=0,52
	Средне	41 (21)	22 (22)	19 (19)	p=0,550	
	Слабо	37 (19)	20 (20)	18 (18)	p=0,668	
Застре-вание	Ярко	11 (6)	5 (5)	6 (6)	p=0,7825	p=0,39
	Средне	56 (28)	29 (29)	27 (27)	p=0,6868	
	Слабо	72 (36)	30 (30)	42 (42)	p=0,0966	
	Нет	61 (31)	36 (36)	25 (25)	p=0,0746	
Эмотивность	Ярко	46 (23)	21 (21)	25 (25)	p=0,5520	p=0,25
	Средне	104 (52)	49 (50)	55 (54)	p=0,9989	
	Слабо	23 (12)	13 (13)	10 (10)	p=0,4740	
	Нет	27 (14)	16 (16)	11 (11)	p=0,2755	
Педантич-ность	Ярко	15 (8)	6 (6)	9 (9)	p=0,4442	p=0,35
	Средне	44 (22)	18 (18)	26 (26)	p=0,1969	
	Слабо	58 (29)	33 (34)	25 (26)	p=0,1812	
	Нет	83 (42)	42 (42)	41 (41)	p=0,7484	
Циклотимность	Ярко	25 (13)	14 (14)	11 (11)	p=0,4871	p=0,92
	Средне	76 (38)	35 (36)	41 (40)	p=0,6369	
	Слабо	39 (20)	19 (19)	20 (20)	p=0,9133	
	Нет	60 (30)	31 (31)	29 (29)	p=0,6883	
Демонстративность	Ярко	13 (7)	9 (9)	4 (4)	p=0,1412	p=0,97
	Средне	42 (21)	20 (19)	22 (23)	p=0,7838	
	Слабо	69 (35)	32 (32)	37 (37)	p=0,5214	
	Нет	76 (38)	38 (38)	38 (38)	p=0,9118	
Возбудимость	Ярко	9 (5)	7 (7)	2 (2)	p=0,0825	p=0,91
	Средне	67 (34)	33 (33)	34 (34)	p=0,9606	
	Слабо	41 (21)	15 (15)	26 (26)	p=0,0636	
	Нет	83 (42)	44 (45)	39 (38)	p=0,4028	
Дистимность	Ярко	18 (9)	9 (9)	9 (9)	p=0,9645	p=0,33
	Средне	77 (39)	34 (34)	43 (43)	p=0,2317	
	Слабо	50 (25)	26 (26)	24 (24)	p=0,6831	
	Нет	55 (28)	30 (30)	25 (25)	p=0,3794	
Экзаль-тирован-ность	Ярко	14 (7)	5 (5)	9 (9)	p=0,2847	p=0,29
	Средне	63 (32)	32 (32)	31 (31)	p=0,8040	
	Слабо	62 (31)	28 (28)	34 (34)	p=0,4107	
	Нет	61 (31)	34 (34)	27 (27)	p=0,2425	

Вероятно, средне выраженные тревожные черты мобилизуют человека на поиск медицинской помощи. Тогда как яркие тревожные черты обуславливают затруднения в принятии решения об обращении к врачу.

3. Связь типа отношения к болезни со скоростью обращения за медицинской помощью. Среди типов отношения к болезни связь с типом поиска медицинской помощи обнаруживали сенситивный и ипохондрический типы (табл. 5). Сенситивный тип отношения к болезни чаще встречался среди пациентов, отсрочено обращающихся к врачу, чем среди пациентов с аПМП (30 и 11 %, $p=0,0012$). Таким образом, характерная для сенситивного типа отношения к болезни озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни, приводит к отсроченному обращению за медицинской помощью.

Таблица 5
Распределение типа отношения к болезни в зависимости от скорости обращения за медицинской помощью, %

Тип отношения к болезни	Всего (n=200)	аПМП (n=99)	пПМП (n=101)	P (критерий χ^2 или Фишера)
Смешанный	81	38	43	$p=0,54$
Диффузный	56	27	29	$p=0,82$
Тревожный	42	25	17	$p=0,14$
Сенситивный	41	11	30	$p=0,0012$
Ипохондрический	32	21	11	$p=0,047$
Эргопатический	31	16	15	$p=0,79$
Неврастенический	25	12	13	$p=0,87$
Гармоничный	15	8	7	$p=0,75$
Меланхолический	15	8	7	$p=0,75$
Анозогнозический	11	6	5	$p=0,73$
Дисфорический	11	3	8	$p=0,11$
Апатический	5	1	5	$p=0,11$
Эгоцентрический	3	2	1	$p=0,54$
Паранойальный	2	0	2	$p=0,25$

По результатам исследования, среди пациентов с активным поиском медицинской помощи стыд по поводу симптомов заболевания испытывали 24 %, в то время как среди пациентов, отсрочено обратившихся к врачу, стыд испытывали 50 % ($p<0,0003$, критерий χ^2). Предполагалось, что сенситивный тип отношения к болезни связан с чувством стыда у пациентов. Но вопреки ожиданиям, сенситивный тип обнаруживал лишь слабую прямую связь с чувством стыда по поводу симптомов: среди пациентов с сенситивным типом отношения к болезни стыд по поводу симптомов испытывали 40 % пациентов, тогда как среди пациентов без сенситивного типа отношения к болезни этот показатель составлял 35 % ($p=0,49$, критерий χ^2). Таким образом, во-первых, опасения негативного отношения к болезни со стороны окружающих в рамках сенситивного типа отношения к болезни не связаны с негативной самооценкой наличия у себя болезни. Во-вторых, при определении мишеней для психокоррекции у пациентов следует учитывать как опасения пациента по поводу негативной оценки со стороны окружающих, так и негативную самооценку пациентом наличия у себя болезни (самостигматизация).

Ипохондрический тип отношения к болезни, напротив, был более характерен для пациентов с активным поиском медицинской помощи по сравнению с группой пациентов с пассивным поиском медицинской помощи ($p=0,047$, критерий χ^2).

Вероятно, возможной причиной ипохондрического типа отношения к болезни является клинический диагноз ипохондрического расстройства, что согласовывалось с тенденцией к более высокой заболеваемости ипохондрическим расстройством среди пациентов с активным поиском медицинской помощи по сравнению с пациентами с пассивным поиском медицинской помощи (19 и 10 %, $p=0,06$, критерий χ^2).

Для проверки этого предположения были сопоставлены частоты ипохондрического расстройства среди пациентов с ипохондрическим типом отношения к болезни и пациентов без ипохондрического типа отношения к болезни. Несмотря на то что в группе пациентов с ипохондрическим типом отношения к болезни частота ипохондрического расстройства была выше, чем в группе пациентов без ипохондрического типа отношения к болезни (19 и 14 %), по результатам статистического анализа выделенные подгруппы были сопоставимы по этому показателю ($p=0,45$, критерий χ^2).

Вопреки ожиданиям, отмечалась слабая тенденция к снижению выраженности тревожных черт личности в группе пациентов с ипохондрическим типом отношения к болезни по сравнению с пациентами без ипохондрического типа отношения к болезни ($p=0,62$, критерий Манна-Уитни).

Наиболее тесная связь обнаруживалась между ипохондрическим типом отношения к болезни и тревогой по поводу симптомов у пациентов. Тревогу по поводу симптомов испытывали 84 % пациентов с ипохондрическим типом отношения к болезни и лишь 72 % пациентов без ипохондрического типа отношения к болезни ($p=0,15$, критерий χ^2).

Таким образом, ни диагноз ипохондрического расстройства, ни наличие тревоги по поводу симптомов заболевания не являются определяющими в формировании ипохондрического типа отношения к болезни. Вероятнее всего, ипохондрический тип отношения к болезни имеет многофакторную природу, среди факторов его формирования важным является наличие тревоги по поводу симптомов заболевания.

Заключение. Таким образом, все изученные нами группы психологических факторов (копинг-стратегии, личностные черты, тип отношения к болезни) оказывают влияния на скорость обращения за медицинской помощью.

Влияние психологических факторов, измеряемых порядковыми величинами (степень выраженности копинг-стратегий и личностных черт), характеризуется не прямой квазилинейной зависимостью, а определяется комбинациями копинг-стратегий определенной степени выраженности и определенными вариантами выраженности личностных черт. Мы выдвинули гипотезы относительно механизмов, лежащих в основе влияния этих факторов на скорость поиска медицинской помощи. Для их подтверждения необходимо проведение дальнейших исследований [2].

Выводы. Благоприятной для быстрого обращения за медицинской помощью является умеренная степень противостояния и избегания проблем, проявляющаяся средней степенью напряжения копинг-стратегий «конфронтация» и «бегство-избегание».

Среди личностных черт средне выраженные акцентуированные тревожные черты способствуют активному поиску психиатрической помощи, а ярко выраженные акцентуированные тревожные черты приводят к отсроченному обращению к врачу.

Сенситивный тип отношения к болезни способствует отсроченному обращению за психиатрической помощью, тогда как ипохондрический тип отношения к болезни более характерен для пациентов с активным поиском медицинской помощи.

Л и т е р а т у р а

- Аксенов М. М. Клинико-динамический анализ пограничных нервно-психических расстройств (региональный аспект): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1995. – 50 с.
- Бохан Т. Г. Проблема стресса и стрессоустойчивости современного человека в парадигме постнеклассической психологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2. – С. 16–21.
- Куприянова И. Е. Клинико-патогенетические аспекты невротических состояний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2002. – 49 с.
- Barney L. J., Griffiths K. M., Jorm A. F., Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2006. – V. 40, № 1. – P. 51–54.
- Besiroglu L., Agargun M. Y. The correlates of healthcare seeking behavior in obsessive-compulsive disorder: a multidimensional approach // Turk. Psikiyatri. Derg. – 2006. – V. 17, № 3. – P. 213–222.
- Besiroglu L., Askin R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder // Compr. Psychiatry. – 2004. – V. 45, № 2. – P. 99–108.
- Goodwin R., Koenen K. C., Hellman F. et al. Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. – V. 106, № 2. – P. 143–149.
- Green A. C., Hunt C., Stain H. J. The delay between symptom onset and seeking professional treatment for anxiety and depressive disorders in a rural Australian sample // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2012. – V. 47, № 9. – P. 1475–1487.
- Hollander E., Stein D. J., Kwon J. H. et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder // CNS Spectrums. – 1998. – V. 3. – Suppl. 1. – P. 48–58.
- Jorm A. F. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders // Br. J. Psychiatry. – 2000. – V. 177. – P. 396–401.
- Mayerovitch J. I., du Fort G. G., Kakuma R. et al. Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses // Compr. Psychiatry. – 2003. – V. 44, № 2. – P. 162–168.
- Rickwood D. J., Braithwaite V. A. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems // Soc. Sci. Med. – 1994. – V. 39, № 4. – P. 563–572.
- Rickwood D. J., Deane F. P., Wilson C. J. When and how do young people seek professional help for mental health problems? // Med. J. Aust. – 2007. – V. 187. – P. 35–39.
- Simonds L. M., Elliott S. A. OCD patients and non-patient groups reporting obsessions and compulsions: phenomenology, help-seeking, and access to treatment // Br. J. Med. Psychol. – 2001. – V. 74, № 4. – P. 431–449.

Транслитерация русских источников

- Axenov M.M. [Clinical-dynamic analysis of borderline neuro-mental disorders (regional aspect)]. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 1995. 50 p. (In Russ.).
- Bokhan T.G. [Problem of stress and stress resistance of the modern man in paradigm of post-non-classical psychology]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 2: 16–21. (In Russ.).
- Kupriyanova I.E. [Clinical-pathogenetic aspects of neurotic states]. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2002. 49 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008:159.9

ББК Р64-18

ОСОБЕННОСТИ МАГИФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПЕДАГОГОВ

Башмакова О. В., Карпов А. М.^{*},
Семенихин Д. Г.

ГБОУ ДПО «Казанская ГМА» Минздрава России
420012, Казань, ул. Муштары, д. 11

Проведено клинико-социально-психопатологическое исследование 205 педагогов, работающих в общеобразовательных учреждениях. Выявлена высокая частота магифренических нарушений, изменявших мировоззрение и педагогическую направленность личности. Элементы магифренической дезадаптации формировали оккультную трактовку этиологических факторов и терапии психических расстройств различного уровня. **Ключевые слова:** педагоги, магифреническая дезадаптация

FEATURES OF TEACHERS' MAGIPHRENIC DISADAPTATION. O. V. Bashmakova, A. M. Karpov, D. G. Semenikhin. Kazan State Medical Academy of Ministry of Healthcare of Russian Federation. Mushtari's Street 11, 420012, Kazan, Russia. 205 teachers were examined with use of clinical-social-psychopathologic method. High frequency of magiphrenic disturbances changing world attitude and pedagogical orientation of the personality has been revealed. Magiphrenic disadaptation elements formed occult interpretation of etiologic factors and therapy of mental disorders of various levels. **Keywords:** teachers, magiphrenic disadaptation.

Введение. Произошедшие в нашей стране в последние 20—25 лет глобальные социально-экономические изменения затронули практически все стороны жизни населения России и не могли не отразиться на состоянии психического здоровья, обнаруживающего стойкую отрицательную динамику [9]. В структуре заболеваемости, как и ранее, основное место принадлежит пограничной психической патологии. Здесь, на наш взгляд, следует акцентировать внимание на расстройствах адаптации, представленных тремя основными вариантами: диссоциальным, аномическим и магифреническим [5]. Последний вариант представляет особый интерес, поскольку под воздействием факторов социального стресса происходит переход из мира реальности с трудностями и постоянной психической травматизацией в мир мистических представлений и переживаний. Клинически проявляются сверхценные, иногда бредаподобные идеи мистического, иррационального характера, иррационального содержания, про-

тиворечащие современным представлениям и не свойственные данной культуре [6]. Часто меняется мотивация деятельности, в том числе и профессиональной. Особое место принадлежит педагогам, учитывая социальную значимость данной профессиональной группы. Педагог является центральным звеном в системе «учитель – ребенок – родитель», а процесс образования и воспитания находит преломление в личности учителя. Магифренический вариант социально-стрессовых расстройств затрагивает различные сферы жизни педагога и опосредует изменение профессионального функционирования, следствием которого следует рассматривать нарушение картины мировосприятия у учащихся.

Цель исследования – проследить элементы магифренической дезадаптации у педагогов.

Задачи исследования: 1) выявить частоту элементов магифренической дезадаптации у педагогов; 2) диагностировать проявления магифренической дезадаптации в контексте профессиональной деятельности; 3) определить влияние магифренических нарушений на отношение к различным психопатологическим расстройствам и помощи в области психического здоровья.

Материал и методы. Проведено клинико-социально-психопатологическое исследование 205 педагогов, работающих в общеобразовательных учреждениях Ульяновской области. Средний возраст педагогов составлял 44,5±10 года, средний стаж работы по специальности – 23±6,8 года, 95,6 % респондентов составили женщины. Выбор респондентов был обусловлен тем, что педагоги принадлежат к одной из наиболее уязвимых групп населения к воздействию социального и профессионального стресса.

Результаты и обсуждение. Анамнестически у всех педагогов обнаружены указания на социально-стрессовые воздействия: снижение достатка, разочарование в социальных институтах, признаки кризиса личностной идентичности. Респонденты отмечали изменения интересов в последнее время (42 %), которые часто затрагивали события и обстоятельства, находящиеся за пределами научной трактовки. Большинство опрошенных сообщило об обращении к религии.

Т а б л и ц а 1
Некоторые аспекты религиозных установок педагогов, %

Анализируемая позиция	Число респондентов
Веруют в Бога	84,4
Исповедуют религию	79
Посещают религиозные собрания	31,2
Испытывали религиозные впечатления, изменившие жизнь	28,3

^{*} Анатолий Михайлович Карпов – д. м. н., проф., зав. каф. психотерапии и наркологии. Тел.: (843)2724151

Дмитрий Германович Семенихин – к. м. н., доцент, зав. каф. клинической фармакологии и фармакотерапии. Тел.: (843)2730802, 2749280

Башмакова Ольга Валерьевна – к. м. н., ассистент кафедры психотерапии и наркологии. Тел.: (843)2724151. E-mail: olga_bash@rambler.ru; 89872675995 (моб.)

Как видно из таблицы 1, респонденты в целом идентифицировали себя как верующих, исповедующих религию. Достоверно меньшее число педагогов посещали разные собрания, а также испытывали религиозные впечатления, изменившие жизнь ($p < 0,01$).

С другой стороны, респонденты проявляли интерес к оккультным явлениям и альтернативным медицинским практикам. Частота подобных действий представлена в таблице 2.

Таблица 2

Содержательные характеристики элементов магифренической дезадаптации у педагогов, %

Анализируемая позиция	К-во респондентов, %
Проявляли интерес к необычным, паранормальным, выходящим за рамки научного объяснения явлениям, представленным в средствах массовой информации	60,0
Наблюдали различные оккультные явления	38,5
Испытывали оккультное воздействие на себе	33,6
Обращались к представителям «альтернативной медицины» в связи с разными недомоганиями	42,4
- самостоятельно	56,6
- под влиянием родственников, друзей, знакомых	43,4
Отмечали изменение состояния после посещения представителей «альтернативной медицины»	
- получили облегчение и/или стали иначе понимать свое психическое состояние	28,3
- приобрели «иное» видение окружающего мира и происходящих событий	22,4

Как видно из таблицы 2, большинство респондентов проявляли интерес к явлениям, трактовка которых выходит за рамки современного научного познания. Достоверно меньшее число опрошенных наблюдали разные оккультные явления (наведение/снятие «порчи», «сглаза», «венцов безбрачия», «лечение» различных заболеваний) либо испытывали их на себе. Более трети педагогов самостоятельно либо под влиянием ближайшего окружения обращались к представителям «альтернативной медицины», что в ряде случаев давало облегчение, «иное» понимание психического состояния или видение окружающего мира.

Информация, поступающая как при непосредственном наблюдении либо участии в мероприятиях, ассоциированных с оккультными практиками, так и при чтении соответствующей литературы, преломляясь в призме личностного восприятия, формирует индивидуальные представления о подобных явлениях, структура которых представлена в таблице 3. Как видно из таблицы 3, большинство респондентов полагало, что распространенность оккультных приемов среди населения достаточно широка, причем достоверно чаще речь шла об их самостоятельном использовании. Мнения о соотношении механизмов традиционной религиозности и оккультизма разделились.

Следует отметить позицию о паранормальных способностях учеников, описание проявлений у которых вызывало у педагогов затруднения. Особого внимания заслуживает оккультная трактовка причин разных психопатологических нарушений и подходов к терапии подобных нарушений.

Таблица 3

Особенности представлений педагогов об оккультных явлениях, %

Анализируемая позиция	Число респондентов
Оккультные приемы используются населением	
- самостоятельно	64,9
- при обращении к лицам, имеющим подобную практику	15,6
Соотношение механизмов действия традиционной религиозности и оккультных явлений	
- в некоторых случаях совпадают	40,5
- не зависят друг от друга	36,6
- исключают друг друга	19,5
Ученики/воспитанники наделены паранормальными способностями	23,9
Паранормальные явления играют роль в создании жизненного невезения	15,6
Государственные структуры оказывают оккультное воздействие на население	17,0
Оккультные явления являются причиной:	
- невротических расстройств	70,3
- психосоматических расстройств	36,3
- обострения психосоматических расстройств	51,1
- расстройств психотического регистра	52,1
Оккультные практики эффективны для терапии	
- невротических расстройств	52,2
- психосоматических расстройств	47,7
- расстройств психотического регистра	58,0

Представленные результаты могут найти объяснения в следующем. Под действием социально-стрессовых факторов происходит активация комплекса стресс-протективных механизмов, затрагивающих различные уровни функционирования человека. Следствие – развитие различных по структурным и динамическим характеристикам психоадаптационных и психодезадаптационных состояний. К последним можно отнести кризис личностной идентичности, проявляющийся в поиске авторитетных социальных институтов, объединений и движений, значимых персон, способных стать опорой в создании новых идентичностей [7]. Одной из базовых характеристик защитно-адаптационной системы личности являются пралогические образования, в том числе пралогическое мышление [8]. Отсюда вытекает повышенный интерес к паранормальным явлениям и различным оккультным практикам, посещение подобных мероприятий, ориентация на «альтернативные медицинские практики».

Магический способ мышления находит опору в таких условиях жизни, где успех человека зависит от обстоятельств, воздействовать на которые он не в силах [3]. Пралогическое мышление предполагает следование закону сопричастности, аффективную окраску ассоциатив-

ных процессов, ориентированность на мистические причины, исключение из причинных отношений случайности [1]. Подобное мышление совместно с элементами кризиса личностной идентичности активизирует линию поведения, нацеленную на поиск авторитетной фигуры и социальной ниши, в которой можно почувствовать себя частью общего комфортного состояния. В исследуемой группе подобная линия поведения прослеживалась в двух направлениях: приобщении к традиционной религиозности и обращении к групповым оккультным, альтернативным религиозным и медицинским практикам.

Следствием магифренических нарушений являлось изменение мировоззрения с элементами оккультной трактовки происходящих событий. Здесь можно рассмотреть мнения педагогов о соотношении механизмов действия традиционной религиозности и оккультизма, широкой распространенности оккультных приемов среди населения, государственных структур, паранормальных способностях учеников. Рассматривая мировоззрение как форму направленности личности [2], в данной ситуации следует предполагать изменение и педагогической направленности личности [4], опосредующей, в конечном счете, эффективность учебного процесса, следствие – аберрация профессиональной адаптации.

Касаясь позиций о причинах психических расстройств, оккультная трактовка достоверно чаще прослежена в отношении невротических нарушений (по сравнению с расстройствами психосоматическими и психотического регистра). Учитывая высокую распространенность неврозов среди педагогов, подобные представления выступают как проявления защитных функций пралогических образований, снижающих стигматизацию по признаку психического расстройства. Отсутствие статистически значимых различий во мнениях об эффективности оккультных практик в терапии различных психопатологических нарушений (невротических, психосоматических психотических) можно объяснить работой механизмов аутодестигматизации, поскольку стигма психических расстройств распространяется и на их лечение [10]. Подобные представления препятствуют своевременной диагностике и усиливают отрицательную установку к помощи в области психического здоровья.

Выводы. В исследуемой группе выявлена высокая частота магифренических нарушений. Элементы магифренической дезадаптации меняли мировоззрение и педагогическую направленность личности. Прослежена высокая частота оккультных трактовок причин психопатологических нарушений различного уровня и мнений об эффективности оккультных практик в терапии подобных нарушений.

Л и т е р а т у р а

1. *Леви-Брюль Л.* Сверхъестественное в первобытном мышлении. – М.: Педагогика-Пресс, 1994. – 608 с.
2. *Маклаков А. Г.* Общая психология. – СПб.: Питер, 2001. – 592 с.
3. *Мегрелидзе К. Р.* Основные проблемы социологии мышления. – Тбилиси.: Изд-во «Мецниереба», 1973. – 440 с.
4. Педагогика / под ред. В. А. Сластенина. – М.: Академия, 2005. – 576 с.
5. *Положий Б. С.* Психическое здоровье как отражение социального состояния общества // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* – 1993. – № 4. – С. 6–11.
6. *Положий Б. С.* Социальное состояние общества и психическое здоровье // *Руководство по социальной психиатрии* / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 36–50.
7. *Рыжова С. В.* О соотношении православной идентичности и гражданского сознания // *Гражданские, этнические и религиозные идентичности в современной России* / отв. ред. В. С. Магун. – М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2006. – С. 141–168.
8. *Стоянова И. Я.* Пралогические образования в норме и патологии: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Томск, 2007. – 47 с.
9. *Чуркин А. А., Творогова Н. А.* Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2010 году // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* – 2012. – № 2. – С. 5–12.
10. *Cobigo V., Stuart H.* Social Inclusion and Mental Health // *Current Opinion in Psychiatry.* – 2010. – V. 5. – P. 453–457.

Транслитерация русских источников

1. *Lévy-Bruhl L.* [Primitives and the supernatural]. Transl from French. Publishing House "Pedagogika-Press", Moscow, 1994. 608 p. (In Russ.).
2. *Maklakov A.G.* [General psychology]. Publishing House "Piter", St. Petersburg, 2001. 592 p. (In Russ.).
3. *Megrelidze K.R.* [Basic problems of sociology of thought]. Publishing House "Mecniereba", Tbilisi, 1973. 440 p. (In Russ.).
4. *Slastenina V.A.,* editor [Pedagogics]. Publishing House "Akademija", Moscow, 2005. 576 p. (In Russ.).
5. *Polozhy B.S.* [Mental health as reflection of social state of the society]. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 1993; 4: 6–11. (In Russ.).
6. *Polozhy B.S.* [Social state of society and mental health]. In: *Dmitrieva T.B.,* editor [Guide for Social Psychiatry]. Publishing House "Medicina", Moscow, 2001; 36–50. (In Russ.).
7. *Ryzhova S.V.* [About correlation of Orthodox identity and civil awareness]. In: *Magun V.S.,* editor [Civil, ethnic and religious identities in modern Russia]. Publishing House of Sociology Institute of Russian Academy of Sciences, 2006; 141–168. (In Russ.).
8. *Stoyanova I.Ya.* [Pralogical formations in norm and pathology]. *Avtores. dis. ... d-ra psiholog. nauk* [Abstract of M.D. thesis for psychology]. Tomsk, 2007. 47 p. (In Russ.).
9. *Churkin A.A., Tvorogova N.A.* [Prevalence of mental disorders in Russian Federation in 2010]. *Vestnik neurologii, psichiatrii i neirohirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2012; 2: 5–12. (In Russ.).

УДК 616.895.8
ББК Р645.090-57

КОМПЛАЕНС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА АДАПТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Дмитриева Е. Г.^{*}, Даниленко О. А.,
Корнетова Е. Г., Семке А. В., Лобачева
О. А., Гуткевич Е. В., Каткова М. Н.

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

В статье представлены особенности медикаментозного комплаенса у пациентов, страдающих шизофренией, группы факторов, формирующие комплаенс, и влияние самого комплаенса на адаптацию пациентов. По предварительным данным проводимого исследования, на формирование комплаенса оказывают влияние преморбидные личностные особенности больного, выявлено существование прямой количественной зависимости между уровнем медикаментозного комплаенса и качеством адаптации: чем он выше, тем более благоприятные типы адаптации и компенсаторно-приспособительных защит формируются у пациентов. В статье приводится клинический случай пациента, страдающего шизофренией, который иллюстрирует теоретические данные, полученные в исследовании: представлены этапы формирования комплаенса и его влияние на адаптацию пациента в динамике на протяжении 16 лет от начала заболевания. **Ключевые слова:** психотические расстройства, шизофрения, адаптация, комплаенс.

INFLUENCE OF COMPLIANCE ON ADAPTATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. Dmitrieva E. G., Danilenko O. A., Kornetova E. G., Semke A. V., Lobacheva O. A., Gutkevich E. V., Katkova M. A. Mental Health Research Institute SB RAMSci. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. The article presents the features of schizophrenic patients' medication compliance, groups of factors forming compliance and its influence on the patients' adaptation. According to preliminary results, patients' premorbid personality characteristics influence their medication compliance formation; it has been revealed that there is a direct correlation between level of compliance and quality of adaptation: the higher compliance is the more favorable types of adaptation and compensatory-adaptive defenses there are in patients. In this article a clinical case of schizophrenic patient for illustrating the theoretical results obtained in our research is presented. This case shows stages of compliance formation and its influence on the patient's adaptation in dynamic of sixteen year period of disease. **Keywords:** psychotic disorders, schizophrenia, adaptation, compliance.

Шизофрения является одним из наиболее распространенных психических заболеваний, для которого характерны хроническое течение, частые обострения, а также нарастание личностных изменений и высокий уровень инвалидизации. Оказание психиатрической помощи таким больным требует значительных объемов финансирования, большая часть которого затрачивается на стационарный этап. До сих пор неясна этиология шизофрении, в связи с этим ограничена первичная профилактика заболевания.

На настоящем этапе интерес исследователей направлен на разработку оптимальных методов терапии и предотвращения рецидивов. Фактором, влияющим на успех лечения и всех этапов адаптации пациентов, является комплаенс [1, 2]. Понятие «комплаенс» было предложено для обозначения степени соблюдения больным рекомендаций врача. Идентифицировано около 250 факторов, так или иначе обуславливающих комплаентность. Возможно выделить следующие 7 групп факторов [3].

1. Личностные особенности больного и культуральные предпосылки, формирующие внутреннюю картину болезни, которая определяет осознание факта заболевания и понимание пользы лечения. Анозогнозия и гипозногнозия приводят к снижению комплаенса, вплоть до его полного отсутствия [4, 5, 6].

2. Клиническая картина и динамика заболевания у психически больных нередко определяют прогноз комплаенса. Хроническое течение, острые психотические состояния с продуктивной симптоматикой, выраженная негативная симптоматика, рецидивирующее течение, суицидальные и аутоагрессивные тенденции, наличие коморбидности со злоупотреблением психоактивными веществами или расстройствами крайне неблагоприятно влияют на комплаенс больных шизофренией [7, 8].

Динамику взаимоотношений клинической картины заболевания и соблюдения рекомендаций можно представить следующим образом. В период манифестации и первые годы активного течения шизофрении вследствие «подавляемости» проявлений болезни к лечению нейрореплетиками удается достигнуть хороших ремиссий. Однако после значительного внутристационарного улучшения состояние многих больных вновь ухудшается вследствие нарушения лечения на амбулаторном этапе. Дальнейшие обострения сопровождаются развитием хронической психопатологической симптоматики, а нередко и резистентности к препаратам. Хроническая бредовая симптоматика, нарушения в мышлении и эмоционально-волевой сфере еще более нарушают терапевтическое сотрудничество и снижают эффективность терапии. В период формирования выраженного шизофренического дефекта терапевтическое сотрудничество, как правило, разрушается полностью, а негативная симптоматика при шизофрении крайне мало поддается лечению. Больные в этот период нередко воспринимаются врачами как бесперспективные, как следствие, снижается качество медицинской помощи.

3. Влияет на комплаенс также отношение семьи и социального окружения больного к терапии (адекватное – неадекватное, отрицательное – положительное) и типа сформированной в семье коалиции – позитивная, нега-

^{*} Дмитриева Екатерина Георгиевна, м.н.с. отделения эндогенных расстройств. Телефон (3822)738852, E-mail: egdtomsk@mail.ru

тивная либо игнорирующая позиция. Психиатры часто сталкиваются с ситуацией, когда окружение пациента активно противостоит лечению, настаивая на отказе от стационарного лечения и приема препаратов на амбулаторном этапе. Третья часть больных шизофренией говорят, что остаются на препаратах, потому что окружающие считают это важным [9, 10, 11].

4. Особенности психофармакотерапии. Большинство нейролептиков старого и нового поколения имеют нежелательные побочные эффекты, которые могут ухудшать самочувствие, качество жизни, адаптацию пациентов и приводить к развитию соматических заболеваний. Врачи часто не дают полной информации о предполагаемых побочных эффектах, поскольку опасаются, что пациент будет напуган и негативно отнесется к приему препарата. В большинстве случаев это непродуктивно, поскольку побочные эффекты в таком случае являются неприятной неожиданностью уже во время приема препарата, пациенты вовсе отказываются от приема препарата и часто это делают без ведома врача. И напротив, пациенты, заранее информированные о побочных эффектах и способах их коррекции, нередко считали, что они способны мириться с ними ради хорошего психического самочувствия и возможности продолжения привычной жизни. Если побочные эффекты субъективно превышают терапевтический эффект, это отрицательно сказывается на комплаенсе [12, 13].

Не менее важен режим приема лекарств и удобный способ введения. Ранее считалось, что использование парентеральных пролонгированных форм нейролептиков улучшает соблюдение лечения и сокращает число обострений. Но в исследованиях этого не подтвердилось, что связано с их худшей переносимостью. Такие формы нейролептиков эффективны лишь в первые месяцы амбулаторной терапии, они не повышают желания пациентов принимать лечение, но облегчают контроль над приемом. Использование специальных пероральных форм (растворы, быстродиспергируемые таблетки, пролонгированные формы), 1- или 2-кратный прием препаратов в удобное время с минимальной, индивидуально подобранной для данного пациента эффективной дозой, простой способ дозирования, независимость от приема пищи повышают комплаенс [14, 15, 16].

5. Социально-экономическая доступность препаратов и медицинских услуг больными играет важную роль в соблюдении лечения. Пациент должен иметь возможность приобретать необходимый препарат за деньги либо получать по льготным условиям, что особенно актуально для больных шизофренией, которые теряют трудоспособность и становятся инвалидами.

6. Личность врача также немаловажна для формировании комплаенса. Такие качества, как эмпатичность и заинтересованность, помогают создать успешный терапевтический альянс и повысить таким образом приверженность терапии. А. Nelson показано, что самым лучшим предиктором соблюдения терапии среди выписанных пациентов являлось их субъективное ощущение, что врач заинтересован в нем, как в личности, а не только, как в клиническом случае. В исследовании Frank и Gunderson, проводимом в течение 6 месяцев, обнаружилось, что среди пациентов, имевших по собственной оценке удовлетворительный или плохой терапевтический альянс с лечащим врачом, через полгода 74 % прекращали лечение либо соблюдали его не в полном объеме; в группе же, где пациенты оценивали терапевтический альянс как хороший, через полгода лишь 26 % не соблюдали предписанного лечения [17].

7. Медицинская помощь вне обострения является очень важной для формирования и повышения комплаенса, особенно на амбулаторном этапе. Она должна включать: различные образовательные программы для получения больными и их семьями информации о заболевании, лечении, возможных побочных эффектах; организацию регулярного контакта психиатра и пациента, психотерапию (улучшающая навыки больных поведенческая терапия, мотивирующая к лечению комплаенс-терапия, во время которой терапевт и пациент обсуждают симптомы заболевания для повышения осознания заболевания и умения распознавать ухудшение состояния). Пациенты, получавшие психотерапевтическую помощь, регулярно принимали препараты в 75 % случаев против 47 % в группе сравнения [10].

С целью изучения особенностей формирования комплаенса у больных шизофренией и влияния его на адаптацию на базе клиник ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН обследовано 120 пациентов. При первой госпитализации осознавали необходимость поддерживающего лечения, по мнению самих пациентов, лишь 35 человек (29,1 %), осознавали, но не следовали рекомендациям лечащего врача 68 чел. (56,7 %), не осознавали и не следовали 17 чел. (14,2 %). В первый год после первой госпитализации в психиатрический стационар регоспитализировались 102 чел. (85 %), из них на фоне несоблюдения медикаментозной терапии или частичного несоблюдения – 79 человек (65,8 %).

Выявлено следующее соотношение преморбидного склада личности и уровня комплаенса (по Шкале прогнозирования комплаентности): эпилептоидный – 45 баллов, истерический – 40 баллов, тревожно-мнительный – 39 баллов, возбудимый – 25 баллов, психастенический – 29 баллов, паранойяльный – 27 баллов.

Соотношение типов адаптации и уровня комплаентности распределилось следующим образом: интегративный тип формировался при уровне комплаенса 39 баллов, интравертивный – 32 балла, экстравертивный – 30 баллов, деструктивный – 27 баллов. Благоприятные типы компенсаторно-приспособительных защит «гут-таперчевая защитная капсула» и «экологическая ниша» формировались при уровне комплаенса 41 и 39 баллов. При более низком уровне комплаенса вырабатывались менее благоприятные типы защит: «укрытия под опекой» (при уровне 32 балла), социальной оппозиции» (при уровне 28 баллов).

Таким образом, в большинстве случаев регоспитализации у больных шизофренией в течение первого года жизни происходили на фоне несоблюдения медикаментозной терапии, что также соотносится с осознанием пациентами необходимости приема препаратов. Наиболее высокий уровень комплаенса отмечен у пациентов с такими преморбидными чертами, как эпилептоидный, истерический, наименьший уровень – у пациентов с возбудимым типом личности в преморбидном периоде. Более благоприятные типы компенсаторно-приспособительных защит и адаптации формировались при более высоком уровне комплаенса, что позволяет говорить о количественной взаимосвязи между уровнем комплаенса и адаптационными возможностями больных.

Клинический случай пациентки А., 35 лет.

Анамнез. Отец пациентки и младшая сестра страдают алкогольной зависимостью, у обоих неоднократно наблюдалось состояние алкогольного делирия. Нередко отец в состоянии опьянения устраивал скандалы, принуждал мать к сексу в присутствии детей. Мать описывает как «жесткую», «властную», называет её «деспотом и тираном в семье», в воспитании детей часто использовала телесные наказания.

Родилась старшим ребенком в полной семье. Детский сад не посещала, оставаясь дома с матерью, помогала ей в уходе за младшими детьми. Со слов пациентки, с детства была «странный» по характеру, боялась темноты, не оставалась одна в комнате, была очень избирательна в контактах, однако любила обратить на себя внимание, выделяться среди окружающих. Часто испытывала ощущение, что «что-то не так», чувствовала изменения мира вокруг себя, «понимала его символику». В моменты, когда не чувствовала себя в центре внимания, погружалась в мир фантазий и иллюзий.

В школу пошла своевременно, успеваемость была хорошей, имела несколько подруг. Периодически участвовала во внеклассных мероприятиях, так как нравилось находиться в центре внимания. В подростковом возрасте (14–15 лет) предпочитала свободное время проводить за чтением художественной литературы, но была вынуждена посещать различные секции по настоянию матери, которая стремилась сделать из неё «одаренную личность». Неожиданно отец умер от пневмонии, возникшей после переохлаждения в состоянии алкогольного опьянения. Со слов пациентки, на похоронах «было тревожно», чего-то боялась, возникло ощущение, что «мир вокруг изменился, стал серым». Мать стала еще более жесткой в отношении детей. Пациентка и ее сестра нередко были вынуждены уходить из дома, ходили по ночным клубам, употребляли алкоголь, вели себя вызывающе. Неоднократно сестра подвергалась на-

силию со стороны мужчин на глазах у пациентки. На этом фоне у пациентки снизилась успеваемость, стало сложнее сконцентрировать внимание, тем не менее школу окончила без «троек», поступила в строительный техникум. Изменилась по характеру, стала замкнутой, обидчивой, предпочитала уединяться и фантазировать, чем жить реальными проблемами. Иногда возникало ощущение, что не чувствует своих рук и ног, они казались «чужими», испытывала «наплывы мыслей». По настоянию матери в возрасте 19 лет была на консультации у психолога, направлена для лечения в психиатрический стационар. Лечилась с диагнозом «Патохарактерологическое истерошизоидное развитие личности с фазными затяжными депрессивными эпизодами». После выписки по настоянию матери от приема препаратов отказалась. Состояние оставалось нестабильным, трудом окончив техникум, по профессии не работала. Трудоустроилась продавцом в обувной магазин, параллельно увлеклась чтением психологической литературы, рисованием, замечала, что, когда себя не контролирует, рисует определенные символы, полные понятного только ей смысла.

На фоне чтения психологической литературы «внезапно ощутила себя личностью», ожидала получить повышение на работе, но через некоторое время была вынуждена уволиться, так как ощутила «позор семьи», стало казаться, что руководители из-за этого относятся к ней пристрастно, ощущала давление на себя. Устроившись на работу в другой магазин, вскоре почувствовала себя «не в своей тарелке», казалось, что коллеги срывают на ней свою злость; считала, что директор магазина проявляет к ней повышенное внимание, флиртует, чувствовала «особую эмоциональную связь» с этим человеком, считала, что окружающие заведуют её «особому положению». Решила «положить конец странным ухаживаниям», начала считать, что директор распространяет слухи о её распутстве; ощущала исходящий от себя запах гноя и капусты, казалось, что продавцы других отделов стали обращать на это внимание, обсуждать её между собой, не смогла продолжать работу. Дома для избавления от запаха пациентка приняла противогрибковые препараты, считая причиной болезни брожение в желудке и молочницу, вызвала бригаду скорой помощи, которой была доставлена в психиатрический стационар, госпитализирована в недобровольном порядке. После 5 дней лечения антипсихотическими препаратами была представлена на выездное заседание районного суда, санкции на госпитализацию и лечение в недобровольном порядке получено не было, пациентка выписалась из отделения в сопровождении матери с диагнозом «Острое шизофреноподобное психотическое расстройство».

В диспансер после выписки не обращалась, на работу не вернулась. Вскоре вновь стала ощущать от себя резкий неприятный запах, считала, что заражена «какой-то инфекцией половых органов», обращалась к гинекологу, по его совету обратилась в психиатрическую больницу, была госпитализирована во второй раз. При выписке чувствовала себя удовлетворительно, но по настоянию матери, которая не считала, что пациента больна, прекратила прием препаратов. Вскоре появилось ощущение, что «не может себя найти», «как будто не может вернуться к себе прежней», не находила сил, чтобы устроиться на работу, чувствовала за это вину перед матерью и родными. Дважды в течение 3 месяцев под влиянием императивных псевдогаллюцинаций совершала суицидальные попытки, после оказания помощи в токсикологическом отделении была госпитализирована в психиатрический стационар. Повторно была проконсультирована доцентом кафедры психиатрии, выставлен диагноз «Шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение с нарастающим дефектом»; определена вторая группа инвалидности.

Была довольна получением инвалидности, смогла получать лекарства в диспансере, которые принимала регулярно, несмотря на возражения матери. На фоне регулярного приема препаратов, оставаясь в стабильном состоянии, вела все более замкнутый, уединенный образ жизни. Со слов пациентки, в тот период «была настолько глубоко

в себе», что даже не знала, кто кроме матери проживает вместе с ней в квартире. Ежегодно переосвидетельствовалась по поводу инвалидности, в настоящее время имеет вторую группу бессрочно.

Через некоторое время, несмотря на прием препаратов, состояние сменилось. Под влиянием императивных псевдогаллюцинаций обманым путем оформила 4 кредита в разных банках, которые тут же потратила на ремонт в своей комнате, покупку мебели. Шестой раз госпитализирована в психиатрический стационар. При поступлении была возбуждена, не понимала серьезности сложившейся ситуации, со смехом рассказывала, как обманула работников банка. После стабилизации состояния выписана, нашла новое место работы продавцом-консультантом. Через 2 месяца вновь поступила в психиатрическую больницу в связи с обострением психотической симптоматики. Ухудшение связывала с выходом на работу, где уставала от «необходимости общения с людьми», тяготилась тем, что окружающие стали замечать её «странности», испытывала страх перед людьми. Стала слышать мужской голос внутри головы, который ругал её, запугивал, приказывал выпить много таблеток. При поступлении высказывала пассивные суицидальные мысли, проходила лечение в течение 3 месяцев.

После выписки стала отмечать прибавку веса, задержку менструации, решила прекратить прием препаратов. На фоне отмены нарушился сон, появился сильный страх за свою жизнь, отказывалась выходить из комнаты, слышала императивные псевдогаллюцинации, которые «приказывали взять нож, убить мать и брата». Была госпитализирована бригадой скорой помощи по вызову матери. После выписки поддерживающее лечение принимала регулярно, посещала участкового психиатра, встала на учет в центр занятости, старается трудоустроиться на работу для инвалидов, начала частично выплачивать кредиты. Несмотря на регулярный прием лечения, чувствовала себя подавленной, «слишком слабой, чувствительной», тяготилась «путаницей мыслей» в голове, в связи с этим самостоятельно обратилась в психиатрический стационар.

Психический статус. Пациентка внешне опрятна, ухожена. Во время беседы жесты однообразны, наблюдаются стереотипные движения большими пальцами обеих рук. Мимика невыразительная, речь быстрая по темпу. В разговор вступает охотно, склонна к резонерству, жалобы формулирует с трудом, говорит, что «слишком ранима, чувствительна». Сообщает, что ранее «слышала мужской голос», который «давал ей советы», в связи с чем оформила несколько кредитов, при этом не беспокоилась о том, что кредиты не выплачивала. «Голос» слышала еще на момент первой госпитализации, по его требованию совершила обе суицидальные попытки. Ранее стремилась скрыть этот факт, так как «боялась осуждения врачей». Настроение охарактеризовать затрудняется. Испытывает страх перед мужчинами, чувствует от них «негативную энергию», отчего возникают злость, раздражение, опускает глаза, чтобы «защититься». Большую часть времени проводит в одиночестве, читая психологическую литературу, объясняет, что «книги помогают выразить словами кашу в голове». «Кашей» называет образы – «картинки из прошлого, которые крутятся как диафильм». Высказывания крайне противоречивы, в изложении сбивчива, путает даты, плохо ориентируется в событиях города, страны. Критика к состоянию неполная, тем не менее согласна на продолжение лечения, заинтересована в подборе препарата с наилучшей переносимостью, выполняет все рекомендации врача.

Психическое состояние определялось сочетанием психопатоподобной симптоматики с бредовыми идеями отношения на фоне расстройств специфического типа в ассоциативной (непоследовательность, резонерство, соскальзывания на латентные связи, вычурность, элементы стереотипии) и эмоционально-волевой сферах.

Диагноз: Шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения со стабильным дефектом.

Получала лечение: рисперидон 4 мг, карбамазепин пролонгированная форма 600 мг, флувоксамин 50 мг, инди-

видуальная психотерапия и социореабилитационная помощь. После выявления гиперпролактинемии рисперидон заменен на кветиапин (пролонгированную форму). Пациентка была проконсультирована эндокринологом, получала гормональную терапию с целью коррекции повышенного уровня пролактина крови.

На данном клиническом примере мы можем проследить динамику комплаенса и его влияние на адаптацию. В период манифестации острой психотической симптоматики отсутствовала критика к заболеванию, не складывалось успешного терапевтического альянса с лечащими врачами, семья пациентки крайне негативно относилась к приему препаратов и отрицала само наличие заболевания, лечение типичными нейролептиками сопровождалось неприятными побочными эффектами, отсутствовал амбулаторный этап лечения после выписки, пациентка не получала психотерапевтической и психообразовательной помощи; все это приводило к полному отказу от поддерживающего лечения, прогрессированию выраженности психотической симптоматики, регоспитализациям, снижению социального функционирования и утрате работоспособности. В последующем происходит постепенное формирование у пациентки критики к заболеванию, она получает психиатрическую помощь амбулаторно, в связи с оформлением инвалидности пациентка имеет возможность получать необходимый препарат для поддерживающего лечения, как следствие – повышается комплаентность пациентки, она регулярно принимает поддерживающее лечение. Однако поддерживающая доза препарата оказывается неэффективной, постепенно обостряется психотическая симптоматика. Кроме того, на фоне приема рисперидона развиваются побочные эффекты (увеличение массы тела, нарушение менструального цикла). В связи с тем, что пациентка не имеет поддержки семьи и сложившегося постоянного терапевтического альянса с психиатром диспансера или психиатрической больницы либо врачом-психотерапевтом, она не обсуждает проблемы ухудшения состояния, неэффективности терапии и побочных эффектов; в итоге пациентка принимает решение прекратить прием поддерживающего лечения, что приводит к дальнейшему ухудшению психического состояния, повторным регоспитализациям и снижению социальной адаптации в виде нарастающей социальной отгороженности. В процессе последней госпитализации пациентка была переведена на пролонгированную форму кветиапина в связи с низкой эффективностью ранее принимаемого рисперидона и наличием гиперпролактинемии, что повысило удовлетворенность лечением; также она смогла получать психотерапевтическую и социореабилитационную помощь.

По мнению самой пациентки, с лечащим врачом удалось создать доверительный терапевтический альянс; согласована доступность поддерживающего лечения на амбулаторном этапе. По шкале прогнозирования медикаментозного комплаенса за период госпитализации уровень комплаентности вырос с 32 баллов при поступлении до 39 баллов при выписке. На момент выписки наблюдался интегративный тип адаптации с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой «экологическая ниша», что в данном случае позволяет говорить о благоприятном прогнозе адаптации.

Л и т е р а т у р а

1. Семке А. В., Рахмазова Л. Д., Лобачева О. А., Иванова С. А., Гуткевич Е. В. Клинические и биологические факторы формирования адаптации больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 17–21.
2. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Рахмазова Л. Д., Иванова С. А., Счастный Е. Д., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Корнетова Е. Г., Даниленко О. А. Биологические и клиничко-социальные механизмы развития шизофрении (итоги комплексной темы НИР «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 (79). – С. 18–26.
3. Гречко Т. Ю. Факторы, влияющие на комплаенс в современных условиях психиатрии // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья : сетевое электронное издание научно-практического журнала. – 2009. – I квартал. – № 35.
4. Семке А. В., Микелев Ф. Ф., Корнетова Е. Г. Клиничко-социальные характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 40–44.
5. Семке А. В., Даниленко О. А., Зинчук М. С. Реабилитация больных шизофренией и шизотипическим расстройством с истероформной симптоматикой // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 28–32.
6. Семке А. В., Даниленко О. А. Истероформная симптоматика в структуре расстройств шизофренического спектра // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6 (63). – С. 14–16.
7. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – Т. 1, № 6. – С. 24–30.
8. Иванова С. А., Семке А. В., Ракитина Н. М., Корнетова Е. Г., Федоренко О. Ю., Рядовая Л. А., Гуткевич Е. В. Способ прогнозирования эффективности лечения резидуальной шизофрении атипичными нейролептиками. Патент на изобретение RU 2319155. – 16.03.2006.
9. 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.
10. Гуткевич Е. В., Каткова М. Н., Семке А. В. Семейные системы в адаптации больных шизофреническими расстройствами : пособие для врачей, научных сотрудников, аспирантов, ординаторов, интернов и студентов / под ред. В. Я. Семке, В. Ф. Лебедевой. – Томск : Изд-во «Графика», 2012. – 91 с.
11. Gutkevich E. V., Semke A. V. Family-oriented psychosocial rehabilitation in schizophrenia // 11th World Congress of World Association of Psychosocial Rehabilitation. – Milan, Italy, 2012. – Abstracts. – P. 327–328.
12. Зинчук М. С., Семке А. В. Влияние негативной симптоматики на динамику социального статуса больных параноидной шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 (79). – С. 34–39.
13. Семке А. В., Мальцева Ю. Л. Соматические расстройства при шизофрении. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 180 с.
14. 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 (76). – С. 12–17.
15. Семке В. А., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Евсеев С. В., Кабанов С. О., Лобачева О. А. Терапия пациентов с резидуальной шизофренией атипичным нейролептиком сероквелом // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – № 4 – С. 168–172.
16. Иванова С. А., Бойко А. С., Федоренко О. Ю., Щигорева Ю. Г., Рудиков Е. В., Бородюк Ю. Н., Семке А. В., Бохан Н. А. Полиморфизм гена фермента глутатион-S-трансферазы и двигательные нарушения у больных шизофренией // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9-4. – С. 650–654.
17. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: Relationship to course and outcome // Arch. Gen. Psychiatry. – 1990 – № 47 – P. 228–236.

Транслитерация русских источников

1. Semke A.V., Rakhmazova L.D., Lobacheva O.A., Ivanova S.A., Gutkevich E.V. [Clinical and biological factors of formation of adaptation of schizophrenic patients]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; (3): 17–21. (In Russ.).
2. Semke A.V., Vetlugina T.P., Rakhmazova L.D., Ivanova S.A., Schastnyy E.D., Fedorenko O.Yu., Lobacheva O.A., Gutkevich E.V., Kornetova E.G., Danilenko O.A. [Biological and clinical-social mechanisms of development of schizophrenia (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute of SB RAMSci, 2009–2012)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4(79): 18–26. (In Russ.).
3. Grechko T.Yu. [Factors affecting compliance under modern conditions of psychiatry]. *Nauchno-meditsinskij vestnik Central'nogo Chernozem'ja: setevoe elektronnoe izdanie nauchno-prakticheskogo zhurnala* [Scientific-Medical Bulletin of Central Chernozemye: e-journal]. 2009; 35. (In Russ.).
4. Semke A.V., Mikilev F.F., Kornetova E.G. [Clinical-social characteristics of patients suffering from schizophrenia spectrum disorders with hypochondriac symptoms]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 5(80): 40–44. (In Russ.).
5. Semke A.V., Danilenko O.A., Zinchuk M.S. [Rehabilitation of patients with schizophrenia and schizotypal disorder with hysteroform symptoms]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 5(80): 28–32. (In Russ.).
6. Semke A.V., Danilenko O.A. [Hysteroform symptoms in structure of schizophrenia spectrum disorders]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 6(63): 14–16. (In Russ.).
7. Krasilnikov G.T., Dresvyannikov V.L., Bokhan N.A. [Comorbid addictive disorders in schizophrenic patients]. *Narkologiya* [Narcology]. 2002; 1(6): 24–30. (In Russ.).
8. Ivanova S.A., Semke A.V., Rakitina N.M., Kornetova E.G., Fedorenko O.Yu., Ryadovaya L.A., Gutkevich E.V. [Method of prognosis of efficacy of therapy of residual schizophrenia with atypical neuroleptics. Patent for innovation RU 2319155. 03/16/2006]. (In Russ.).

9. Gutkevich E.V., Semke V.Ya., Semke A.V. [Family of mental patient in system of social coordinates (Russian research). Family-genetic crisis]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 1: 71—76. (In Russ.).
10. Gutkevich E.V., Katkova M.N., Semke A.V. [Family systems in adaptation of patients with schizophrenic disorders]. Guide for doctors, researchers, postgraduate students, residents, interns and students. Semke V.Ya., Lebedeva V.F., editors. Publishing House "Grafika", Tomsk, 2012. 91 p. (In Russ.).
12. Zinchuk M.S., Semke A.V. [Influence of negative symptoms on dynamic of social status of patients with paranoid schizophrenia]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4(79): 34—39. (In Russ.).
13. Semke A.V., Maltseva Yu.L. [Somatic disorders in schizophrenia]. Publishing House "Ivan Fedorov", Tomsk, 2009. 180 p. (In Russ.).
14. 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]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 1(76): 12—17. (In Russ.).
15. Semke V.A., Vetlugina T.P., Ivanova S.A., Evseyev S.V., Kabanov S.O., Lobacheva O.A. [Therapy of patients with residual schizophrenia with atypical neuroleptic Seroquel]. *Psikiatrija i psihofarmakoterapija* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2004; 4: 168—172. (In Russ.).
16. Ivanova S.A., Boiko A.S., Fedorenko O. Yu., Shchigoreva Yu.G., Rudikov E.V., Borodyuk Yu.N., Semke A.V., Bokhan N.A. [The enzyme glutathione-S-transferase gene polymorphism and movement disorders in schizophrenic patients]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Basic Research]. 2013; 9-4: 650—654. (In Russ.).

УДК 616.895.8:616.89-008.441.13
ББК Р.645.090-3+Р645.021.11

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАНИЯ ЭНДОГЕННЫХ И АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Красильников Г. Т.^{*}, Косенко В. Г.,
Косенко Н. А., Агеев М. И.

ГБОУ ВПО «Кубанский ГМУ» Минздрава России
350063, Краснодар, ул. Седина, 4

В статье представлено описание исследования актуальной проблемы современной клинической психиатрии – коморбидности алкогольной зависимости и шизофрении. Отмечается сложность и неоднозначность соотношений и взаимовлияний этих двух форм патологии. Под воздействием шизофренического процесса в сочетанной алкогольной патологии появляются атипичность алкогольных аддиктивных мотиваций с возникновением психотической мотивации, атипичность алкогольного поведения, неразвернутость абстинентного синдрома и зависимость прогноза от типа течения и формы шизофрении. Влияние алкогольной аддикции на клинику и течение шизофрении выражалось в привнесении лишь фасадной экзогенной симптоматики, без существенного влияния на течение и прогноз основного заболевания. **Ключевые слова:** коморбидность, шизофрения, алкогольная аддикция.

MODERN PROBLEMS OF COMBINATION OF ENDOGENOUS AND ADDICTIVE DISORDERS. Krasilnikov G. T., Kosenko V. G., Kosenko N. A., Ageev M. I. **Kuban' State Medical University of Ministry of Healthcare of Russian Federation. Sedin's Street 4, 350063, Krasnodar, Russia.** The article describes research of relevant problem of modern clinical psychiatry – comorbid alcohol addiction in patients with schizophrenia. Complexity and ambiguity of correlations and interactions of two forms of pathology are stated. Under impact of schizophrenic process combined alcohol pathology acquires atypicality of alcohol addictive motivations with onset of psychotic motivation, atypicality of alcohol behavior, non-development of withdrawal syndrome and dependence of prognosis on type of course and form of schizophrenia. The influence of alcohol addiction on clinic and course of schizophrenia was expressed only as addition of facade of exogenous symptoms, without essential impact on course and prognosis of basic disease.

Keywords: comorbidity, schizophrenia, alcohol addiction.

Введение. Пациенты с одновременным сочетанием нескольких заболеваний, что существенно затрудняет не только их диагностику, но и терапию, становятся почти правилом для современной медицины [17], хотя проблема коморбидности практически не отражена в систематике заболеваний МКБ-10. В психиатрической клинике одним из частых сочетанных заболеваний являются сочетание шизофрении и алкоголизма, так как заболевание шизофренией вызывает предрасположенность к развитию аддиктивных расстройств [2, 6].

^{*} Красильников Геннадий Тимофеевич, д. м. н., проф. каф. психиатрии ФПК и ППС. Телефон: (861)2680926, e-mail: gennadykras@mail.ru

Столь актуальной проблеме коморбидности в последнее время уделяется повышенное внимание на страницах различных психиатрических изданий, что отражает, вероятно, не только дань научной моде, но и актуальность проблемы, как это следует из работ Н. А. Бохана и В. Я. Семке [2], А. Г. Гофмана [4], А. А. Двирского [5], Т. Ю. Тульской [8] и др. Это связано с тем, что усложнилось современное понимание коморбидности, и даже по фактору причинности коморбидность подразделяется на такие варианты, как причинная, осложненная, ятрогенная, случайная и другие виды [10].

Говоря о коморбидности применительно к психиатрии, следует отметить, что здесь полной аналогии между психиатрической и соматической патологией провести нельзя. Если одновременно наличие двух и более заболеваний, имеющих самостоятельные патогенетические механизмы, в соматической медицине встречается довольно часто, то иначе это дело обстоит в психиатрии. Можно обоснованно говорить о коморбидности в психиатрии, когда наблюдается сочетание психического расстройства с соматической (гипертоническая болезнь, ИБС, поражения печени и др.) или неврологической патологией (ЧМТ, врожденные или приобретенные поражения ЦНС). Но когда идет речь о сочетании двух психических расстройств, то проблема становится более сложной, так как наша наука не располагает пока полными и исчерпывающими сведениями по этиологии и патогенезу психических заболеваний. Поэтому в психиатрии правомернее было бы говорить об относительной коморбидности [12].

Как научная проблема, сочетание алкоголизма и шизофрении, была поставлена еще К. Graeter в 1909 г. [11]. К настоящему времени известны три различающихся представления об их клиническом взаимодействии. Так, еще со времен Э. Крепелина существует мнение, что алкоголизм смягчает течение шизофрении за счет того, что симптомы алкоголизма оказывают воздействие на психику, противоположное шизофреническим, поэтому такие больные отличаются большей общительностью, живостью, откликаемостью, активностью [1]. Согласно точке зрения И. В. Стрельчука [7], алкоголизм утяжеляет течение шизофрении и лишь временно смягчает симптомы шизофрении, которая, утяжеляя течение хронической алкогольной интоксикации, приводит к формированию апатического слабоумия. Существует и третья точка зрения, как бы компромиссная [4], согласно которой алкоголизм развивается у больных шизофренией с относительно благоприятно протекающим процессом. Сохраняются и разноречивые представления о видоизменении клинических проявлений и течении алкогольной зависимости у больных шизофренией [1, 7].

Актуальность исследования определяется противоречивостью отраженных в литературе представлений о клиническом взаимодействии этих сочетанных форм психической патологии, а также их широкой распространенностью. Так, по данным различных авторов, признаки хронической алкогольной интоксикации у больных шизофренией встречаются с частотой от 8–14 [9] до 45 % [13]. Кроме того, интерес к проблеме поддерживается данными генетических исследований [3], где было установлено, что у подобных больных отмечается высокая наследственная отягощенность шизофренией и алкоголизмом: у 12 % больных родственники первой степени родства страдали шизофренией, еще у 12 % – шизофренией и алкоголизмом, у 35,7 % – алкоголизмом [14, 16]. Это значительно выше, чем в общей популяции больных шизофренией, где по статистике ВОЗ [18] 80–90 % больных не имеют больных шизофренией родителей, а 63 % пациентов не имеют больных родственников ни в одном из поколений.

Цель исследования – изучить общие клинические закономерности взаимодействия и взаимодействия двух заболеваний – шизофрении и алкоголизма, а также выяснить особенности терапевтической тактики при этой сложной коморбидной патологии.

Материал. В исследование были отобраны больные шизофренией с признаками алкогольной аддикции. Определены критерии для включения пациентов в исследование: верифицированный диагноз шизофрении в соответствии с критериями МКБ-10 (F20); возраст от 20 до 60 лет; длительность течения шизофрении свыше 3 лет; отсутствие выраженных соматических и неврологических нарушений; выявление признаков хронической алкогольной интоксикации.

В соответствии с указанными критериями исследовательская выборка составила 144 больных шизофренией в возрасте от 22 до 55 лет (средний возраст $28 \pm 2,9$ года), из них 31 женщина и 113 мужчин. По формам шизофрении больные распределились следующим образом: параноидная, непрерывный тип течения (F20.00) – 40 больных, параноидная, эпизодический тип течения, с нарастающим дефектом (F20.01) – 32; простая шизофрения (F20.6) – 28 и шизотипическое расстройство (F21.3; F21.4) – 44 больных.

Методы: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, цветовой тест Люшера и тест Роршаха.

Результаты и обсуждение. У 47 (32 %) больных шизофренией появление алкогольной аддикции предшествовало клинической манифестации шизофренического процесса. У 97 (68 %) больных патологическая алкоголизация сформировалась после манифестации шизофрении.

У 69 больных шизофренией (48 %) отмечались признаки сформировавшейся алкогольной зависимости с появлением патологического влечения к алкоголю, запойного пьянства, абстинентного синдрома. У остальных 75 больных (52 %) хотя и выявлялись периоды многодневного пьянства с повышенной толерантностью к алкоголю, но не было стойкой утраты количественного контроля и сохранялась способность к эпизодическому употреблению алкоголя. Общие проявления влияния шизофренической «почвы» на алкоголизм заключались, прежде всего, в атипичности аддиктивных мотиваций, что было подкреплено экспериментально-психологическими данными теста Роршаха и цветового теста Люшера. Так, по методике Роршаха у пациентов выявляются тревога и страх (и без клинических проявлений), снижение целостного восприятия объектов внешнего и внутреннего мира, парадоксальное состояние эмоционально-волевой сферы. Тестирование методом Люшера показало сходные изменения, отражающие мотивационную дезорганизованность: подавленную экспрессию, скрытую агрессивность, ожидание помощи извне при неготовности ее принять.

У исследованных больных наряду с вариантами мотиваций, сходных с таковыми у аддиктов без психической патологии, выявлялись «психотические» мотивации, имевшие своим истоком психотические феномены: галлюцинации, бредовые переживания, психотическую тревогу [6]. При параноидной шизофрении алкогольная аддикция развивалась в тех случаях, при которых не было выраженного параноидного синдрома с дезорганизацией психической деятельности и нарушением приспособительного поведения. Типичным было начало алкоголизации в инициальном периоде, когда больные прибегали к приему алкоголя для смягчения субъективно тягостного состояния, обусловленного процессуальной психопатологией. Алкоголизация продолжалась на параноидальном этапе непрерывного течения шизофрении с различными вариантами аддиктивной мотивации. Когда на параноидном этапе развивалась выраженная тяжесть психотических расстройств, то способность больных к переживаниям, вызывающим мотивы алкоголизации, как бы утрачивались и алкогольная аддикция прекращалась. При терапевтическом редуцировании психотических расстройств больные возобновляли пьянство для избавления резидуальных страхов, тревоги, неприятных галлюцинаторных и сенестопатических переживаний. Усиление пьянства может приводить к обострению психотической симптоматики. При нарастании дефицитарной симптоматики с частыми и длительными госпитализациями алкогольная аддикция прекращается. У больных параноидной

шизофренией с эпизодическим течением алкоголизм часто формируется до появления шизофренической симптоматики, а первым психотическим приступам предшествует массивное пьянство. Течение шизофрении чаще умеренно прогрессивное с возникновением параноидных ремиссий. При нарастании дефицитарной симптоматики, учащении и удлинении психотических приступов начинается регрессивное течение алкоголизма.

При простой форме шизофрении алкогольная аддикция развивалась у пациентов с умеренной выраженностью *simplex*-синдрома и относительной сохранностью социально-ролевого поведения. В зависимости от особенностей клинических проявлений процессуальной психопатологии простой шизофрении ведущей аддиктивной алкогольной мотивацией может стать атарактическая или активация поведения. При шизотипическом расстройстве алкогольная аддикция формировалась на фоне эндогенной симптоматики, чаще психопатоподобной, дистимической и субдепрессивной. Наиболее частыми причинами обращения этих больных к алкоголю являлись низкая самооценка, некомпетентность в общении, субъективная недостаточность воли и уверенности в себе, чувство внутренней тревоги и напряжения, трудности в общении и т. д. Общие особенности шизофренической патофизиологии абстинентного алкогольного синдрома заключались в изменении соотношения симптомов в его структуре. Абстинентные состояния протекали с преобладанием психопатологических расстройств (диссомнических, поведенческих, аффективных, психотических включений), которые полностью доминируют над соматовегетативными и алгическими симптомами. Кроме того, у исследованных больных устанавливается повышенная частота наследственной отягощенности шизофренией (21 %) и алкоголизмом (29 %), что находится в соответствии с приведенными литературными данными [14, 16].

Таким образом, алкогольная аддикция находится в зависимости от клинических проявлений и течения шизофренического процесса. Аддиктивное поведение у больных шизофренией, с одной стороны, воспроизводит в определенном смысле аддиктивное поведение, развивающееся у лиц без психической патологии. С другой стороны, патологическая почва, обусловленная шизофреническим процессом, модифицирует аддиктивные мотивации и аддиктивное поведение. Атипичность аддиктивного поведения, неадекватность или парадоксальность аддиктивных побуждений и их реализаций находятся в очевидной зависимости от психотических симптомов и основных процессуальных расстройств: схизиса и аутизма [6].

Экспериментально-психологические данные способствуют выявлению скрытой психодинамики формирования атипичных аддиктивных мотиваций. Именно поэтому для больных шизофренией и характерно ситуационно не мотивированное, часто одиночное, без временных закономерностей, пьянство. Количественный и ситуационный контроль у больного может изначально отсутствовать. Злоупотребление алкоголем иногда прерывается так же неожиданно, как началось. Алкоголизация отражает свойственное шизофрении нарушение сферы влечений, что сказывается на атипичности проявлений алкогольного поведения, атипичности алкогольной аддиктивной мотивации с появлением специфической для шизофрении «психотической» мотивации, в малой зависимости алкоголизации от социально-средовых влияний, а также атипичности течения и исхода алкогольной аддикции по сравнению с алкогольной аддикцией у лиц без психической патологии.

С другой стороны, обобщая наблюдения о влиянии алкогольной аддикции на течение шизофрении, можно отметить, что алкоголизация привносит лишь преимущественно фасадную симптоматику, которая может временно затушевывать и маскировать шизофренические проявления, не оказывая существенным образом воздействия на тенденции течения и прогноз шизофрении. Хроническая алкогольная интоксикация не меняет стереотип течения шизофрении, а сказывается лишь в увеличении удельного веса психопатоподобных расстройств, появлении истинных обманов восприятия в структуре психотических состояний и абстинентного синдрома. Более очевидным является влияние алкоголизации на социальный статус и углубление социальной дезадаптации у больных шизофренией.

Сложное сочетание клиники этих коморбидных расстройств вызывают определенные затруднения в диагностике шизофрении, когда процессуальная симптоматика маскируется более ярким алкогольным статусом и анамнезом при первом психотическом приступе, при вялом течении (шизотипическом расстройстве) или в ремиссии шизофрении. В таких случаях алкогольная симптоматика может оказывать завораживающее влияние на внимание врача-специалиста (нарколога) и оставлять в диагностической тени симптомы шизофрении. Стратегия проведения терапии у таких больных проводилась по разработанной схеме. Под влиянием психофармакотерапии в первую очередь купируется острая психопатология экзогенного характера (состояния: алкогольной интоксикации (запоя), абстиненции, острого психоза), а эндогенная симптоматика оказывается относительно более устойчивой к редуцирующему воздействию психотропных средств.

Далее производилась уточненная диагностика коморбидной психической патологии, которая могла быть зашторенной острой наркологической симптоматикой на предыдущем этапе, и проводилась терапия аффективных и бредовых расстройств. Собственно противоалкогольное лечение проводилось только в тех случаях, когда была четко идентифицирована алкогольная зависимость и выявлялась достаточная личностная сохранность больных для их привлечения к противоалкогольной терапии. Больные шизофренией нередко более критичны к проявлениям алкогольной аддикции, чем к процессуальным нарушениям, что и использовалось при проведении им противоалкогольного лечения. Большое значение имело применение психотерапии, в том числе семейной психотерапии, в ходе которой близким родственникам разъясняется характер заболевания и необходимые терапевтические и профилактические мероприятия.

Л и т е р а т у р а

1. *Альтшулер В. Б.* Алкоголизм: Руководство по психиатрии : в 2-х т. / под ред. А. С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 250—299.
2. *Бохан Н. А., Семке В. Я.* Коморбидность в наркологии. — Томск: Изд. Том. ун-та, 2009. — 510 с.
3. *Голимбет В. Е.* Генетика шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии. — 2003. — № 3. — С. 58—67.
4. *Гофман А. Г., Малков К. Д., Яшкина И. В., Кожина Т. А.* Шизофрения и заболевания шизофренического спектра, сочетающиеся с хронической алкогольной интоксикацией или алкоголизмом // Наркология. — 2003. — № 5. — С. 35—39.
5. *Давирский А. А., Иваников Ю. В., Бабанин В. А.* Алкогольные расстройства у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии. — 2006. — Вып. 5. — С. 34—38.
6. *Красильников Г. Т., Бохан Н. А.* Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. — 2002. — № 6. — 24—30.
7. *Стрельчук И. В.* Хроническая интоксикация алкоголем и шизофрения // Клиника, патогенез и лечение нервнопсихических заболеваний. — М., 1970. — С. 168—173.
8. *Тульская Т. Ю., Ерышев О. Ф., Крупницкий Е. М.* Клинико-психопатологические характеристики алкогольной зависимости у больных шизофренией. — СПб.: СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. — 17 с.
9. *Чирко В. В., Дроздов Э. С.* Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. — М., 2002. — С. 367—385.
10. *Gijsen R., Hoeymans N., Schellevis F. G. et al.* Causes and consequences of comorbidity: a review // J. Clin. Epidemiol. — 2001. — V. 54 (7). — P. 661—674.
11. *Graeter G.* Dementia praecox mit alkoholismus chronicus. — Leipzig : Springer Verlag, 1909. — 138 S.
12. *Heuvling M.* Comorbiditeit in psychiatrie en verslavingszorg // MGv. — 2007. — № 12. — P. 1075—1077.
13. *Kaplan H., Sadock B.* Synopsis of psychiatry: Clinical psychiatry. 8th ed. — Baltimore : Williams and Wilkins, 1997. — 1401 p.
14. *Mental Disorders and Genetics: Bridging the Gap Between Research and Society* // U. S. Congress, Office of Technology Assessment. — Washington, DC : U. S. Government Printing Office, 2004.
15. *Mueller T. I.* Psychiatric disorders in alcoholics // Med. Health. R. I. — 1997. — Vol. 80 (3). — P. 87—90.

16. Plomin R. Psychopathology in the postgenomic era // Annu. Rev. Psychol. — 2003. — Vol. 54. — P. 205—228.
17. van Weel C., Schellevis F. G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests // Lancet, 2006. — 367. — P. 550—551.
18. Warner R. Schizophrenia. — Geneva : World Health Organization, 1995. — 191 p.

Транслитерация русских источников

1. Altschuler V. B. [Alcoholism]. In: Tiganov A.S., editor. [Guide for Psychiatry]. Publishing House "Medicina", Moscow, 1999; 2: 250—299. (In Russ.).
2. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Comorbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2009; 510. (In Russ.).
3. Golimbet V.E. [Genetics of schizophrenia]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2003; 3: 58—67. (In Russ.).
4. Hoffmann A.G., Malkov K.D., Yashkina I.V., Kozhinova T.A. [Schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders, combined with chronic alcohol intoxication or alcoholism]. Narkologiya [Narcology]. 2003; 5: 35—39. (In Russ.).
5. Dvirsky A.A., Ivanikov Y.V., Babanin V.A. [Alcohol use disorders in patients with schizophrenia]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2006; 5: 34—38. (In Russ.).
6. Krasilnikov G.T., Bokhan N.A. [Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia]. Narkologiya [Narcology]. 2002; 6: 24—30. (In Russ.).
7. Strelchuk I.V. [Chronic alcohol intoxication and schizophrenia]. In: [Clinic, pathogenesis and treatment of neuropsychiatric diseases]. Moscow, 1970; 168—173. (In Russ.).
8. Tulskeya T.Y., Eryshev O.F., Krupitsky E.M. [Clinical-psychopathologic characteristics of alcohol dependence in patients with schizophrenia]. Publishing House of V. M. Bekhterev Institute, St. Petersburg, 2011; 17. (In Russ.).
9. Chirko V.V., Drozdov E.S. [Endogenous psychoses and substance dependence]. In: Ivanets N.N., editor [Guide for Addiction Psychiatry]. Publishing House "Medpraktika-M", Moscow, 2002; 367—385. (In Russ.).

УДК 616.89-008.19:159.9

ББК Р645.093.33

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Яценко К. О.^{*1}, Аксенов М. М.²

¹ ГКУЗ КО «Кемеровская ОКПБ»

650036, Кемерово, ул. Волгоградская, 41

² ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН

634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Проведено сравнительное исследование двух контингентов военнослужащих, направленных на военно-врачебную психиатрическую экспертизу. В первую группу вошли 373 человека, служивших срочную службу в течение 2 лет (до 2008 г.). Во вторую группу включены военнослужащие, служившие 1 год (с 2008 г.). Сокращение времени прохождения военной службы до 12 месяцев существенно и положительно повлияло на психическое здоровье военнослужащих, выявлено снижение комиссованных лиц по психическим заболеваниям в 3,5 раза. **Ключевые слова:** военнослужащие, психические расстройства, армия, эмоционально неустойчивое расстройство личности.

STATE OF MENTAL HEALTH OF SERVICEMEN WITH EMOTIONALLY UNSTABLE PERSONALITY DISORDER. Yatsenko K. O., Axenov M. M. Kemerovo Regional Psychiatric Hospital. Volgogradskaya Street 41, 650036, Kemerovo, Russia. ¹Mental Health Research Institute SB RAMSci. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. Comparative study of two contingents of servicemen, referred for military medical psychiatric examination has been carried out. The first group included 373 persons who served in the army for two years (until 2008). The second group included the servicemen who served one year (since 2008). Reduction of term of military service up to twelve months influenced significantly and positively mental health of servicemen, with reduction of number of persons, given an early discharge on grounds of mental diseases, 3.5 times. Shift of mental diseases to «milder» borderline disorders of neurotic spectrum has been revealed. Question about high number of personality disorders with predominance of emotionally unstable personality disorder remains open. Number of servicemen with emotionally unstable personality disorder increased that testifies to difficulty of verification of this abnormality of the personality at call-up age. Shift to more variable, unstable, unstructured «healthy» forms occurred. The findings are of practical character and purposeful for more constructive examination of persons of call-up age for preventive and rehabilitative purposes. Trends in mental health of servicemen may be a reflection of trends in the society as a whole: social, psychological, political, economic ones. **Keywords:** servicemen, mental disorders, army, emotionally unstable personality disorder.

В настоящее время остается актуальным вопрос психического здоровья и заболеваемости призывных контингентов и военнослужащих. Почти 40 % призывников, признанных негодными к военной службе по состоянию здоровья,

^{*} Аксенов Михаил Михайлович, д.м.н., проф., зав. отд. пограничных состояний. (382-2)723221.

Яценко Константин Олегович, врач-психиатр. 89235331733. Yako@kokpb.org Koyacenko@mail.ru

имеют психические нарушения. В структуре уволенных из армии по болезни военнослужащих по призыву страдающих психическими расстройствами 45,9 % (Кудрявцев И. А., 2010). Служба в армии является достаточно серьезным стрессом для индивидуума, требует от него повышенных адаптационных способностей (Малеванец Е. В. и др., 2013; Ушаков И. Б. и др., 2013; Somasundaram D., 2002). В сложной ситуации дистресса нередко развиваются психические нарушения, входящие в широкий круг психических расстройств (Куприянова И. Е., 2002; Семке А. В., Шадрин В. Н., 2012; Аксенов М. М. и др., 2013; Morgan C. A. et al., 2006).

14 июня 2006 г. Государственная дума РФ приняла поправки в закон «О воинской обязанности и военной службе», устанавливающие для граждан мужского пола, призванных в срок с 1 октября 2007 г., срок службы в армии по призыву 18 месяцев, а с 1 января 2008 г. – 12 месяцев. В настоящее время становится актуальным вопрос о том, как изменение срока службы в армии отразилось на психическом здоровье военнослужащих. Значимость исследования подчеркнута и таким обстоятельством, что количество публикаций по данной тематике в отечественных изданиях весьма ограничено. Большинство исследований проводятся без учета изменившегося времени прохождения срочной службы.

Цель исследования: сравнение клинических данных при изучении психических расстройств у военнослужащих одного и двух лет службы, с учетом эмоционально неустойчивого расстройства личности.

Материалы и методы. Настоящее исследование выполнено на базе 7-9-го психиатрического отделения, в котором проводится военно-врачебная экспертиза, Кемеровской областной клинической психиатрической больницы. В соответствии с целью и задачами исследования обследовано 2 группы военнослужащих.

1-я группа (сравнения) – военнослужащие, поступившие в отделение с 2003 по 2008 г., служившие срок 2 года, согласно закону «О воинской обязанности и военной службе» от 14 июня 2006 г. Число обследованных военнослужащих составило 373 чел.

2-я группа (основная) – военнослужащие, поступившие с 2008 по 2013 г., служившие срочную службу в течение 1 года – 111 чел. Как указано выше, в соответствии с действующим законодательством с 1 января 2008 г. срок, который должны были отбыть военнослужащие в армии, составил 12 месяцев. Средний возраст военнослужащих в обеих группах составил $19,3 \pm 1,3$ года.

В процессе военно-врачебной психиатрической экспертизы диагноза устанавливались и верифицировались с участием трех врачей-

психиатров. Все военнослужащие были согласны принять участие в исследовании, каждый ознакомился и подписал информированное согласие. Определение диагноза проводилось в соответствии с Международной классификацией психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (1994). Категория годности к службе в армии определялась в соответствии с Приложением к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному Постановлением РФ от 25 февраля 2003 г. № 123, и приказом МО РФ № 200.

Результаты и обсуждение. Получены данные о соотношении психически здоровых военнослужащих и военнослужащих с психическими расстройствами в зависимости от срока прохождения службы.

Произошло заметное снижение количества направленных из армии военнослужащих – практически в 3,5 раза и соответственно сократилось число проведенных экспертиз (373 и 111 человек). Кроме того, видно произошедшее изменение в структуре больных и здоровых. Как видно из таблицы 1, в данном соотношении в настоящее время большая доля приходится на признанных здоровыми.

Т а б л и ц а 1
Соотношение признанных здоровыми и нездоровыми

Группа военнослужащих	Всего	Нездоровые		Здоровые	
		абс.	%	абс.	%
2 года службы	373	326	87,4	47	12,6
1 год службы	111	49	44,1	62	55,9

Данное обстоятельство можно объяснить большим количеством транзиторных, ситуационных нарушений, которые послужили поводом для направления на ВВК. Нередко основанием для направления в психиатрический стационар и проведения ВВК был период адаптации к новым условиям с характерными для него психологическими проявлениями, не достигающими до психопатологического уровня: ситуационно-транзиторное снижение настроения, приспособительное поведение в новом социальном окружении, поиск коммуникативных решений, транзиторное нарушение циркадианных ритмов, психологические реакции на регламентированные условия службы и изоляции. Большее направление здоровых военнослужащих также связано с более пристальным взглядом на профилактику психических нарушений в армии, в частности суицидов, более пристальным вниманием к вопросам дисциплины, неуставным взаимоотношениям (каждодневный осмотр командира с написанием отчета о состоянии военнослужащих).

В диагностической структуре отчетливо видны изменения в нозологиях в зависимости от взаимоотношения конституционального и психогенного факторов со смещением в регистр невротических расстройств (табл. 2).

Т а б л и ц а 2
Сравнительная диагностическая структура
в 1-й и 2-й группах военнослужащих

МКБ	Диагноз по МКБ-10	абс.	%	абс.	%
F0	Органические психические расстройства	82	25,1	7	14,3
F2	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	14	4,3	2	4,1
F4	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	52	15,9	19	38,7
F6	Расстройства личности	167	51,2	21	42,9
F7	Умственная отсталость	11	3,4	0	0
	Итого	326	100,0	49	100,0

Из таблицы 2 видно, что основные изменения произошли в группе военнослужащих с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Призыв в армию всегда был и будет являться стрессовым событием для невротических личностей. Лица с невротическими расстройствами хуже выявляются в призывной период. Кроме того, у них может и не быть выраженной клиники до призыва в армию. Следует сказать и о том, что они более социально адаптированы, у них не было явных психических отклонений в анамнезе, чтобы признать их негодными к службе. Чем выше конституциональная обусловленность заболевания, тем меньше на нее влияют внешние перемены (15,9 и 38,7 %). Распространенность шизофрении и других эндогенных психозов осталась на прежнем уровне (4,3 и 4,1 %).

Сокращение числа лиц, комиссованных из армии с диагнозом органических психических расстройств (25,1 и 14,3 %), объясняется большей выявляемостью в призывной период. Кроме того, сокращение срока воинской службы до 1 года «помогает» дослужить и лицам с резидуальной органической недостаточностью. Попадая в сравнительно благоприятные условия, они не успевают достичь психопатологического клинического уровня.

Доля комиссованных из армии военнослужащих с расстройствами личности изменилась незначительно (51,2 и 42,9 %). Наибольшее число военнослужащих (42,9 %) относится к категории лиц, признанных страдающими «Расстройством зрелой личности и поведения у взрослых» (F6), с доминированием эмоционально неустойчивого расстройства личности (108 – 64,8 % и 17 – 81,0 %).

Выводы. 1. Произошедшее сокращение срока времени прохождения военной службы до 12 месяцев существенно и положительно повлияло на психическое здоровье военнослужащих, в частности отмечается тенденция в сторону снижения числа комиссованных лиц по психическим заболеваниям в 3,5 раза.

2. Отмечено смещение психических заболеваний в сторону «более легких», пограничных расстройств невротического спектра. Соотношение конституциональных и психогенных факторов изменилось в сторону повышения доли психогенных.

3. Остается открытым вопрос о высоком количестве расстройств личности с превалированием эмоционально неустойчивого расстройства личности.

4. Количество военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности увеличилось, что говорит о сложности в верификации данной аномалии личности в призывном возрасте. Произошло смещение в сторону более изменчивых, нестабильных, неструктурированных «здоровых» форм.

5. Полученные результаты имеют практический характер и целесообразны для более конструктивного освидетельствования лиц призывного возраста с профилактической и реабилитационной целью. Кроме того, не утратило профилактического значения определение групп риска с учетом полученных данных на настоящее время.

Л и т е р а т у р а

1. Азарков А. А., Семке А. В., Погорелова Т. В., Глушко Т. В. Интеллектуальные нарушения у подростков допризывного и призывного возрастов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 41. – Приложение. – С. 15.
2. Азарков А. А., Скороходова Т. Ф., Погорелова Т. В. Факторы риска психических расстройств у подростков допризывного и призывного возрастов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 61–64.
3. Аксенов М. М., Гычев А. В., Белокрылова М. Ф., Семке А. В., Ветлукина Т. П., Никитина В. Б., Перчаткина О. Э., Рудницкий В. А., Левчук Л. А., Костин А. К. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 (79). – С. 11–17.
4. Бохан Т. Г. Системные детерминанты стрессоустойчивости в возрастном и этнопсихологическом контекстах // Сибирский психологический журнал. – 2007. – № 25. – С. 180–185.
5. Рудникович Т. В., Рахматова Л. Д., Иванов С. Н. Факторы риска развития психических расстройств у детей с врожденными пороками сердца // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6. – С. 44–48.
6. Малеванец Е. В. и др. Процессы адаптации среди военнослужащих срочной службы // Клиническая неврология. – 2013. – № 3. – С. 3–6.
7. Куприянова И. Е. Клинико-патогенетические аспекты невротических состояний : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2002. – 49 с.
8. Ушаков И. Б. и др. Концепция здоровья: Космос – Земля // Физиология человека. – 2013. – № 2. – С. 5–9.
9. Семке А. В., Шадрин В. Н. Распространенность психопатологических расстройств у студентов первого курса медицинского университета // Психическое здоровье. – 2012. – № 4 – С. 29–32.
10. Кудрявцев И. А. Профилактика суицидального поведения у военнослужащих РФ // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 95–99.

11. Morgan C. et al. Stress-induced deficits in working memory and visuo-constructive abilities in Special Operations soldiers // *Biologic Psychiatry*. – 2006. – Vol. 60, № 7. – P. 722—729.
 12. Somasundaram D. Child soldiers: understanding the context // *British Medical Journal*. – 2002. – Vol. 324, № 7348. – P. 1268—1271.
- Транслитерация русских источников*
1. Agarkov A.A., Semke A.V., Pogorelova T.V., Glushko T.V. [Intellectual disturbances in adolescents of pre-conscription and call-up age]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 41: 15. (In Russ.).
 2. Agarkov A.A., Skorokhodova T.F., Pogorelova T.V. [Risk factors of mental disorders in adolescents of pre-conscription and call-up age]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4: 61—64. (In Russ.).
 3. Azenov M.M., Gychev A.V., Belokrylova M.F., Semke V.Ya., Vetlugina T.P., Nikitina V.B., Perchatkina O.E., Rudnitsky V.A., Levchuk L.A., Kostin A.K. [Stress resistance and disadaptation in non-psychotic mental disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSci, 2009-2012)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4(79): 11—17. (In Russ.).
 4. Bokhan T.G. [Systemic determinants of stress resistance in age and ethnopsychological contexts]. *Sibirskij psichologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. 2007; 25:180—185. (In Russ.).
 5. Rudnikov T.V., Rakhmazova L.D., Ivanov S.N. [Risk factors of development of mental disorders in children with congenital heart diseases]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 6: 44—48. (In Russ.).
 6. Malevanets E.V. et al. [Processes of adaptation among servicemen of involuntary service]. *Klinicheskaja nevrologija* [Clinical Neurology]. 2013; 3: 3—6. (In Russ.).
 7. Kupriyanova I.E. [Clinical-pathogenetic aspects of neurotic states]. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2002. 49 p. (In Russ.).
 8. Ushakov I.B. et al. [Concept of Health: Cosmos-Earth]. *Human Physiology*. 2013; 2: 5—9. (In Russ.).
 9. Semke A.V., Shadrin V.N. [Prevalence of psychopathologic disorders in students of the first year of medical university]. *Psichicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2012; 4: 29—32. (In Russ.).
 10. Kudryavtsev I.A. [Prevention of suicidal behavior in servicemen of Russian Federation]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2010; 4: 95—99. (In Russ.).

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.44
ББК Р645.021.11+Р324

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН МОЛОДО- ГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЙ ПСИХОЗ

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 «ТюмГМА» Минздрава России
625023, Тюмень, ул. Одесская, 54

Существование взаимосвязи между суицидальной активностью и злоупотреблением алкоголем в настоящее время не вызывает сомнений. Согласно данным отечественных исследователей, 60 % умерших от самоубийства и около 40 % покушавшихся на него злоупотребляли алкоголем. В работе показаны основные особенности суицидального поведения молодых мужчин и женщин, перенесших алкогольный психоз. Сделан вывод о необходимости активного выявления суицидального поведения у больных наркологического профиля, особенно при имеющихся ранее попытках совершения суицида. **Ключевые слова:** суицидальное поведение, молодой возраст, алкоголизм, алкогольные психозы.

SUICIDAL BEHAVIOR OF YOUNG MEN AND WOMEN WHO HAVE HAD ALCOHOLIC PSYCHOSIS. Bokhan N. A.¹, Prilensky B. Y.², Umanskaya P. S.² ¹Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4.

² Tyumen State Medical Academy of Ministry of Healthcare of Russia. 625023, Tyumen, Odesskaya Street, 54. The interrelationship between suicidal activity and alcohol abuse is currently of no doubt. According to local research 60 % of suicide completers and about 40 % of suicide attempters had alcohol abuse. The paper shows the main features of suicidal behavior of young men and women who have had alcoholic psychosis. It was concluded that it is necessary to identify actively suicidal behavior among patients with substance abuse profile, especially with prior suicide attempts. **Keywords:** suicidal behavior, young age, alcoholism, alcoholic psychosis.

Введение. В настоящее время отмечен рост числа больных алкоголизмом и количество совершаемых в состоянии алкогольного опьянения суицидальных попыток. Указывается на

существование взаимосвязи между суицидальной активностью и злоупотреблением алкоголем [5], в настоящее время это положение не вызывает сомнений и подтверждается другими авторами [7, 8]. Согласно данным отечественных исследователей, 60 % умерших от самоубийства и около 40 % покушавшихся на него злоупотребляли алкоголем, по крайней мере, в течение последнего года жизни, предшествовавшего суициду [1, 2].

По данным центра суицидальной превенции Тюмени, из всех совершенных за 2013 г. суицидов и суицидальных попыток 52,6 % были совершены в состоянии алкогольного опьянения. По результатам исследования П. Б. Зотова, М. С. Уманского [3], особое внимание следует уделять особенностям суицидального поведения, так как известна роль алкоголя как в индуцировании суицидальных идей, так и реализации суицидальных тенденций. По сообщениям различных авторов [4, 6], в последнее время весьма актуальной стала проблема суицидов у женщин, которые страдают алкоголизмом, поскольку именно алкоголизм среди всех причин суицидов занимает второе место. Следует подчеркнуть, что данные о связи алкоголизма и самоубийств среди женщин, как правило, являются заниженными. Вероятно, это связано в первую очередь с этическими соображениями.

Как утверждают Ю. В. Ишков, О. А. Никонova [4], несмотря на существующие причины возникновения суицидов у женщин молодого возраста, в большинстве случаев имеются возможности предотвращения у них самоубийств. Для этого необходимо проводить профилактику алкоголизма у женщин молодого возраста, используя комплекс социальных и медицинских мероприятий. Национальная стратегия профилактики суицидальной активности должна предусматривать снижение уровня потребления алкогольных напитков [5].

Цель работы – изучение особенностей суицидального поведения молодых мужчин и женщин, перенесших алкогольный психоз.

Материалы и методы. На предмет совершения суицидальных действий обследовано 270 пациентов (из них 126 женщин и 144 мужчины) из числа поступивших на стационарное лечение в отделение неотложной наркологической помощи Тюмени в связи с перенесенным острым алкогольным психозом за период проведения исследования (2011–2013 гг.).

Результаты исследования. Из всех обследованных больных у большинства (56,9 %) наблюдались различные формы суицидального поведения (табл. 1). В большинстве случаев (28,1 %) пациенты отмечали наличие суицидальных попыток и несколько реже – мыслей (20,1 %). Замыслы суицидального характера отмечали 5,9 % пациентов, намерения – 2,8 %.

^{*} Бохан Николай Александрович, директор НИИПЗ СО РАМН, член-корреспондент РАН, д. м. н., проф. Тел. 8(382-2)724015. E-mail: bokhan@mail.tomsknet.ru

Приленский Борис Юрьевич, зав. каф. мед. психологии и психотерапии с курсом общей психологии и педагогики, д. м. н., проф. E-mail: prilenski@mail.ru

Уманская Полина Станиславовна, очный аспирант каф. мед. психологии и психотерапии с курсом общей психологии и педагогики, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ТюмГМА. Тел.: 83452460207, 89097409146. E-mail: umanskies@gmail.com

Таблица 1

Формы суицидального поведения по группам

Форма суицидального поведения	Число показателей форм суицидального поведения					
	у мужчин (n=154)		у женщин (n=134)		общее число (n=288)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Суицидальное поведение отсутствует	66	42,9	58	43,3	124	43,1
Суицидальные попытки	36	23,4	45	33,6*	81	28,1
Суицидальные мысли	30	19,4	28	20,9	58	20,1
Суицидальные замыслы	14	9,1*	3	2,2	17	5,9
Суицидальные намерения	8	5,2			8	2,8

Примечание. * – Достоверность различий ($p < 0,05$). Разность между количеством обследованных и числом показателей форм суицидального поведения объясняется возможностью наличия нескольких форм суицидального поведения у одного пациента.

Отсутствие каких-либо форм суицидального поведения отмечали практически в равном количестве мужчины (42,9 %) и женщины (43,3 %). У женщин (33,6 %) достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у мужчин (23,4 %), имели место суицидальные попытки. Несколько чаще женщины (20,9 %), чем мужчины (19,4 %), отмечали наличие мыслей суицидального характера. Суицидальные замыслы у мужчин (9,1 %) имели место достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у женщин (2,2 %). Только у 5,2 % мужчин были отмечены суицидальные намерения.

Время формирования суицидального поведения было различным у исследуемого контингента пациентов. Суицидальное поведение отсутствует у 45,9 % обследованных. У 32,2 % больных суицидальное поведение появилось после начала систематического пьянства длительностью до 5 лет. У меньшего числа пациентов (21,5 %) суицидальное поведение формировалось в течение 5—10 лет систематической алкоголизации, только у 0,4 % больных оно имело место до начала систематической алкоголизации.

У мужчин несколько чаще (34,0 %), чем у женщин (30,2 %), суицидальное поведение появилось после начала систематической алкоголизации при ее длительности до 5 лет. У женщин (23,0 %) чаще, чем у мужчин (20,1 %), формирование суицидального поведения отмечено при систематическом пьянстве в течение 5—10 лет. Наличие суицидального поведения до начала систематической алкоголизации имело место только у женщин (0,8 %).

ВОЗ насчитывает 80 способов ухода из жизни. Из них наиболее частыми являются самоповешение, самострел, отравление и суицид с использованием транспорта.

В нашем исследовании (табл. 2) наиболее частыми способами самоубийства среди всех пациентов являлись самопорезы (17,0 %), самоповешение (11,1 %), отравление какими-либо лекарственными препаратами (6,3 %). Реже пациенты совершали суицид с помощью паде-

ния с высоты (4,2 %), утопления (3,1 %) и самострела (2,1 %). Наиболее редко и у равного количества пациентов (по 0,3 %) были отмечены такие способы совершения суицида, как отравление уксусом, самоубийство с использованием транспорта и какие-либо другие способы совершения суицида. Суицидальное поведение отсутствовало у 43,1 % пациентов.

Таблица 2

Способы суицидального поведения по группам

Способы суицидального поведения	Число показателей способов совершения суицида					
	у мужчин (n=152)		у женщин (n=136)		общее число (n=288)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самопорезы	22	14,5	27	19,8	49	17
Нет представлений	18	11,9	17	12,5	35	12,2
Самоповешение	17	11,2	15	11	32	11,1
Отравление лекарственными препаратами	8	5,3	10	7,5	18	6,3
Падение с высоты	6	3,9	6	4,5	12	4,2
Утопление	9	5,9			9	3,1
Самострел	5	3,3	1	0,7	6	2,1
Отравление уксусом			1	0,7	1	0,3
Самоубийство с применением транспорта			1	0,7	1	0,3
Другие способы совершения суицида	1	0,6			1	0,3
Суицидальное поведение отсутствует	66	43,4	58	42,6	124	43,1

Примечание. Разность между количеством обследованных и числом способов совершения суицида объясняется возможностью наличия нескольких способов совершения суицида у одного пациента.

У женщин (19,8 %) чаще, чем у мужчин (14,5 %), отмечались попытки самоубийства с помощью самопорезов. У женщин (7,5 %) чаще, чем у мужчин (5,3 %), имели место попытки суицида путем отравления лекарственными препаратами. Падение с высоты у женщин (4,5 %) было отмечено несколько чаще, чем у мужчин (3,9 %). Только у женщин были выявлены отравление уксусом (0,7 %) и попытки суицида с использованием транспорта (0,7 %).

Мужчины (11,2 %) незначительно чаще женщин (11,0 %) использовали самоповешение в качестве попытки самоубийства. У мужчин (3,3 %) чаще, чем у женщин (0,7 %), имели место попытки самострела. Только мужчины совершали попытки утопления (5,9 %) или использовали другие способы совершения суицида (0,6 %).

Количество суицидальных попыток у пациентов в нашем исследовании варьирует в диапазоне от 1 до 5. У большинства пациентов (62,2 %) не отмечено суицидальных попыток. 22,3 % обследованных имели 1 попытку суицида, дважды пытались покончить с собой 9,6 % пациентов, 3 раза – 5,9 % пациентов.

У мужчин (66,0 %) чаще, чем у женщин (57,9 %), не было отмечено суицидальных попыток. Мужчины (6,3 %) чаще женщин (5,5 %) повторяли суицидальные попытки трижды

и более раз. Женщины (24,6 %) чаще мужчин (20,1 %) совершали суицидальную попытку 1 раз, несколько чаще – 2 раза (11,9 % женщин и 7,6 % мужчин).

В ряде случаев суициденты используют попытку суицида в качестве шантажа и открыто сообщают о своем замысле. В нашем исследовании отмечено, что 40,2 % больных не сообщали о своих суицидальных намерениях, косвенно сообщали о своих планах близким, родственникам, окружающим 28,4 % исследуемых, открыто сообщали о своих намерениях 21,6 % пациентов, угрожали совершением суицидальной попытки 9,8 % больных.

Мужчины (49,0 %) чаще женщин (32,1 %) не сообщали о своих суицидальных намерениях. Женщины (30,2 %) чаще мужчин (26,5 %) косвенно сообщали об этом. В 1,3 раза чаще женщины (24,5 %), чем мужчины (18,4 %), открыто сообщали о своих суицидальных намерениях. В 2,2 раза женщины чаще (13,2 %), чем мужчины (6,1 %), угрожали окружающим совершением суицидальной попытки.

Отношение пациентов к активному выявлению суицидального поведения было различным. Более половины обследованных (56,3 %) к активному выявлению суицидальных намерений относились амбивалентно, остальные пациенты (43,7 %) – отрицательно.

Женщины (61,1 %) достоверно чаще ($p < 0,001$), чем мужчины (28,5 %), к активному выявлению суицидального поведения относились отрицательно. Достоверно большее ($p < 0,001$) количество мужчин (71,5 %), чем женщин (38,9 %), относились к активному распросу о суицидальном поведении амбивалентно.

Выводы. Таким образом, из всех форм суицидального поведения у женщин достоверно чаще ($p < 0,05$) в сравнении с мужчинами отмечались попытки суицида. У женщин чаще, чем у мужчин, суицидальное поведение формировалось через 5–10 лет после начала систематической алкоголизации, только у женщин отмечалось его начало до формирования систематического пьянства. Наиболее частыми способами совершения суицидальных попыток у женщин являются самопорезы, применение лекарственных препаратов, падение с высоты. Только среди женщин отмечались отравления уксусом и попытки суицида с использованием транспорта. Женщины чаще мужчин совершали суицидальные попытки 1 или 2 раза и сообщали об этом родным и близким косвенно, открыто или угрожали окружающим совершением попытки суицида. Женщины достоверно чаще ($p < 0,001$) мужчин отрицательно относились к активному выявлению у них суицидального поведения.

У мужчин из всех форм суицидального поведения достоверно ($p < 0,05$) преобладали суицидальные замыслы, к тому же только у них отмечались суицидальные намерения. Суицидальное поведение у мужчин чаще, чем у женщин, формировалось после начала систематической алкоголизации длительностью до 5 лет. Мужчины чаще женщин пытались совершить суицид путем самоповешения, самострела или утопления и были склонны к повторному совершению суицидальных попыток (3 раза и более). О своих суицидальных намерениях мужчины часто никому не сообщали, а к активному выявлению их суицидальных наклонностей ($p < 0,001$) относились амбивалентно.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости активного выявления суицидального поведения у больных наркологического профиля, особенно при имеющихся ранее попытках совершения суицида.

Л и т е р а т у р а

1. Амбрумова А. Г., Чуркин Е. А. Клиника и профилактика аутоагрессивного поведения при алкоголизме. – М., 1980. – С. 16.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бохан Т. Г., Бадырғы И. О. Этнокультуральные особенности отношения к болезни и когнитивных дисфункций при алкоголизме в контексте предметного поля личностно-ориентированной психотерапии // Психотерапия. – 2011. – № 4. – С. 49.
3. Бисалиев Р. В., Марселин А. Д., Куликов С. В., Горянин О. В. Показатели распространенности антисоциального поведения в структуре острой и хронической алкогольной интоксикации // Наркология. – 2010. – Т. 9, № 9. – С. 63–68.
4. Зотов П. Б., Уманский М. С. Суицидальная активность больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя // Тюменский мед. журн. – 2012. – № 3. – С. 31–32.
5. Ишков Ю. В., Никонова О. А. Профилактика и меры борьбы с суицидами у женщин молодого возраста, страдающих алкоголизмом (на примере Астраханского региона) // Вестник Астраханского государственного технического университета. – 2013. – № 2 (56). – С. 108–114.
6. Разводовский Ю. Е. Острая алкогольная интоксикация как фактор риска насильственной смерти // Наркология. – 2009. – № 2. – С. 50–56.
7. Тормосина Н. Г. Психологическое исследование гендерных и возрастных особенностей аутодеструктивного поведения // Вестник Университета (Государственный университет управления). – 2013. – № 19. – С. 299–303.
8. Huffor M. R. Alcohol and suicidal behavior // Clin. Psychol. Rev. – 2001. – Vol. 21. – P. 797–811.
9. Kolves K., Varnik A., Tooding L., Wasserman D. The role of alcohol in suicide: a case-control psychological autopsy study // Psychological Medicine. – 2006. – N 4. – P. 1–8.

Транслитерация русских источников

1. Ambrumova A.G., Churkin E.A. [Clinic and prevention of auto-aggressive behavior in alcoholism]. Moscow, 1980. P. 16. (In Russ.).

2. Bokhan N.A., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G., Bokhan T.G., Badyrgy I.O. [Ethnocultural features of attitude toward the illness and cognitive dysfunctions in alcoholism within context of subject field of personality-oriented psychotherapy]. *Psihoterapija* [Psychotherapy]. 2011; 4: 49. (In Russ.).
3. Bisaliev R.V., Marselin A.D., Kulikov S.V., Goryanin O.V. [Indices of prevalence of antisocial behavior in structure of acute and chronic alcohol intoxication]. *Narkologija* [Narcology]. 2010; 9(9): 63—68. (In Russ.).
4. Zotov P.B., Umansky M.S. [Suicidal activity of older alcoholic patients under conditions of alcohol withdrawal syndrome]. *Tjumenskij medicinskij zhurnal* [Tyumen Medical Journal]. 2012; 3: 31—32. (In Russ.).
5. Ishkov Yu.V., Nikonova O.A. [Prevention and measures of fight against suicides in young women with alcoholism (on example of Astrakhan region)]. *Vestnik Astrahanskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta* [Bulletin of Astrakhan State Technical University]. 2013; 2 (56): 108—114. (In Russ.).
6. Razvodovsky Yu.E. [Acute alcohol intoxication as risk factor of violent death]. *Narkologija* [Narcology]. 2009; 2: 50—56. (In Russ.).
7. Tormosina N.G. [Psychological study of gender and age features of auto-destructive behavior]. *Vestnik Universiteta (Gosudarstvennyj universitet upravleniya)* [Bulletin of the University (State University of Management)]. 2013; 19: 299—303. (In Russ.).

УДК 613.83(571/22)

ББК Р645.021.11-9

СЕМЕЙНЫЙ СТАТУС НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ – ЖИТЕЛЕЙ ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО РАЙОНА

Новиков А. П.^{*1}, Балашов П. П.²,
Чертов В. В.¹, Плотников Е. В.³

¹ КЗ ХМАО-Югры «Сургутский клинический психоневрологический диспансер»

628400, Тюменская область, Ханты-Мансийский АО-Югра, Сургут, ул. Профсоюзная, д. 12/3

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

³ Томский политехнический университет
Томск, проспект Ленина, 30

Изучение особенностей эпидемиологии наркологических заболеваний в условиях Севера Сибири сохраняет свою высокую актуальность ввиду высокого уровня распространенности аддикций. В данной работе проведен анализ состава родительской семьи и собственного семейного статуса наркологических больных Ханты-Мансийска. **Материалы и методы.** Обследовано 236 впервые зарегистрированных больных наркологическими заболеваниями (алкоголизм, наркомания, токсикомания) в возрасте от 18 до 60 лет. **Результаты.** Анализ состава родительской семьи и семейного статуса наркологических больных – жителей Ханты-Мансийска показал, что они имеют более низкие показатели брачности, чем жители Ханты-Мансийского автономного округа в целом, доля разводов у больных женщин достоверно выше, чем у мужчин. **Заключение.** Сравнительный анализ больных разных возрастных групп показал, что с увеличением возраста удельный вес состоящих в браке и разведенных среди больных имеет тенденцию к выравниванию, что свидетельствует об относительно высокой брачной активности и непрочности браков. **Ключевые слова:** наркозависимость, семейный статус.

MARITAL STATUS OF ADDICTED PATIENTS IN KHANTY-MANSIYSK. Novikov A. P.¹, Balashov P. P.², Chertov V. V.¹, Plotnikov E. V.³ ¹ Surgut Clinical Psychoneurological Clinic, Profsoyuzov Street 12/3, 628400, Surgut, Russia. ² Siberian State Medical University, Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia. ³ Tomsk Polytechnic University, Lenin's Avenue 30, 634050, Tomsk, Russia. Epidemiological study of alcoholism and drug addiction in the North of Siberia retains its high relevance because of their high prevalence and negative social consequences. Level of overall addictions morbidity in the Khanty-Mansi Autonomous Okrug has exceeded the national average by almost 2 times. The analysis of the parental family and the own marital status of addicted patients in Khanty-Mansiysk was carried in this paper. **Material and methods.** We examined 236 patients with newly diagnosed substance abuse and addiction (alcoholism, drug addiction, substance abuse), aged 18 to 60 years. The study excluded patients with comorbid psychiatric diagnosis. The survey using a standardized card for clinical

* Новиков Андрей Петрович, главный врач, главный внештатный специалист нарколог Департамента здравоохранения ХМАО-Югры. Тел. приемной: (3462)358104, zvlh00005@gmail.com

Чертов Василий Валерьевич, к. м. н., зам. врача по детской наркологии. Тел. приемной: (3462)358104, p450p450@gmail.com

Плотников Евгений Владимирович, магистрант каф. физической и аналитической химии. Тел.: +73822563320; com.: 89528861086; e-mail: plotnikov.e@mail.ru

examination of the patient with addiction was conducted. **Results.** Analysis of the parental family and marital status of the addicted patients – citizens of Khanty-Mansiysk has shown that they have lower rates of marriage than people in the Khanty-Mansi Autonomous Okrug as a whole. The proportion of divorces among female patients was significantly higher than that of men. **Conclusion.** Comparative analysis of patients of various age groups has shown that proportion of unmarried and divorced among patients tends to equalize while increasing age. This finding indicates a relatively high activity for marriage, but the fragility of marriages of persons with addiction. Analysis of alcoholic's marital status has shown a tendency to a lack of family relationships. **Keywords:** alcohol and drug addiction, marital status.

Введение. Исследование особенностей формирования, течения, эпидемиологии наркологических заболеваний в условиях Севера Сибири сохраняет свою высокую актуальность. Это обусловлено высоким уровнем распространенности аддикций в этом регионе. По мнению ведущих специалистов в области охраны психического здоровья, это связано с возникновением у жителей сибирских территорий психозадаптационных состояний [1]. Данное положение было в целом подтверждено в ходе комплексного изучения показателей психического здоровья работников промышленных предприятий Севера Сибири [2].

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (ХМАО-Югра) является одним из основных нефтедобывающих регионов России, что обеспечивает высокие доходы населения и обуславливает прибытие большого количества лиц из других регионов России и стран СНГ, потенциально наркоопасных государств (Таджикистан, Казахстан, Киргизия, Узбекистан), имеет высокую долю городского населения. Все это делает округ чрезвычайно привлекательным для сбытчиков наркотиков и способствует высокой распространенности наркоманий по сравнению с другими субъектами РФ. Значительный климатический и социально-трудовой прессинг способствует злоупотреблению психоактивными веществами неблагоприятному течению наркоманий [3] и алкоголизма [4].

По уровню общей заболеваемости наркоманиями Ханты-Мансийский АО превысил средний уровень по стране в 2011 г. почти в 2 раза (463,5 и 237,5 на 100 000 населения соответственно, УрФО – 287,1). Уровень первичной заболеваемости алкоголизмом в АО на 25 % выше, чем в среднем по РФ (120,9 и 96,7 на 100 000 населения соответственно, УрФО – 113,9). Анализ состава родительской семьи и собственного семейного статуса наркологических больных Ханты-Мансийска стал частью комплексного исследования, целью которого является создание эффективной клинко-организационной модели наркологической помощи. Взаимное влияние семейного окружения и аддикта в подавляющем большинстве случаев имеет негативный характер. Вовлеченными

в круг наркологических проблем больного оказываются все члены семьи, у них формируются различные алкогольно-обусловленные расстройства, наиболее частыми из которых являются созависимость и аутоагрессия [5].

Материалы и методы. В ходе работы обследовано 236 впервые зарегистрированных больных наркологическими заболеваниями (алкоголизм, наркомания, токсикомания) в возрасте от 18 до 60 лет, прошедших курс амбулаторного либо стационарного лечения в Ханты-Мансийском ПНД. В исследование не включались больные с ранее установленным наркологическим диагнозом, больные с сопутствующим психиатрическим диагнозом. Обследование проводилось с использованием стандартизованной карты клинко-биологического обследования больного зависимостью от психоактивных веществ. Ниже представлены результаты анализа состава родительской семьи обследованных и их семейного статуса на момент проведения работы.

Результаты и обсуждение. Данные, приведенные в таблице 1, показывают, что 68,2 % больных росли в полной семье, 31,7 % больных выросли в неполной семье.

Таблица 1
Состав родительской семьи наркологических больных

Состав родительской семьи	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Полная семья	126	69,2	35	64,8	161	68,2
Мать-одиночка	36	19,8	12	22,2	48	20,3
Отчим	20	11,0	7	13,0	27	11,4
Всего	182	100,0	54	100,0	236	100,0

Доля женщин, воспитывавшихся в неполной семье, составила 35,2 %, в то время как среди мужчин этот признак зарегистрирован в 30,8 % (рис. 1).

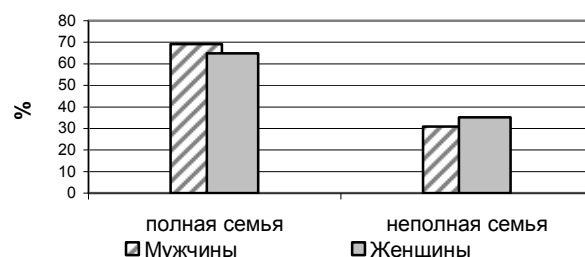


Рис. 1. Состав родительской семьи наркологических больных, %

Из этого можно заключить, что воспитание в неполной среде приводит к более выраженной социальной дезадаптации у девочек, чем у мальчиков. Как одно из следствий – формирование аддиктивной личности. Наиболее частым вариантом неполной семьи стало воспитание матерью-одиночкой (20,3 %).

Анализ состава родительской семьи у больных разных возрастных групп (табл. 2) показывает, что в целом соотношение полной и неполной родительской семьи колеблется в не-

значительных пределах, хотя больные в возрасте 30—45 лет несколько чаще воспитывались в неполной семье, чем больные других возрастов.

Таблица 2

Состав родительской семьи наркологических больных разных возрастных групп, %

Состав родительской семьи	Возрастные группы, лет								
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55 и >	Всего
Полная семья	70,8	75,0	62,2	61,0	63,0	68,2	72,7	81,5	68,2
Мать-одиночка	29,2	14,3	22,2	24,4	22,2	13,6	18,2	14,8	20,3
Отчим	0,0	10,7	15,6	14,6	14,8	18,2	9,1	3,7	11,4
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Собственный семейный статус больных наркологическими расстройствами демонстрирует тенденцию к отсутствию семейных отношений. Лишь 46,2 % больных состоят в браке, никогда не состояли в браке 22,9 % больных, разведены 30,9 % (рис. 2).

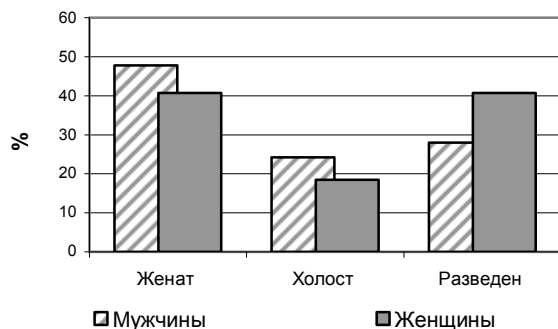


Рис. 2. Семейный статус наркологических больных, %

Доля разведенных среди женщин составила 40,7 %, среди мужчин – 28 % ($t=1,7$; $p<0,2$). Как и в случае с неполной родительской семьей, это свидетельствует о том, что женщины-аддикты в большей степени социально дезадаптированы, их браки распадаются чаще, чем у больных мужчин.

По данным Всероссийской переписи населения 2010 г. [6], среди мужчин Ханты-Мансийского АО в возрасте от 16 до 70 лет в браке состоят 55,6 %, разведены лишь 5,4 %. Среди женщин в зарегистрированном браке состоят 50,1 %, разведены 10,3 % женщин. Таким образом, показатели брачности среди аддиктивных больных значительно ниже, чем среди населения АО в целом. Наличие зависимости приводит к разрушению семьи у женщин чаще, чем у мужчин.

В таблице 3 приведены данные о семейном статусе наркологических больных разных возрастных групп. В возрастной группе больных младше 25 лет 29,2 % составляют лица, состоящие в браке, 58,3 % составляют лица, никогда не состоявшие в браке, 12,5 % – разведенные.

Таблица 3
Семейный статус наркологических больных разных возрастных групп, %

Состав родительской семьи	Возрастные группы, лет								
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55 и >	Всего
Женат	29,2	42,9	40,0	43,9	48,1	50,0	72,7	51,9	46,2
Холост	58,3	32,1	31,1	34,1	7,4	4,5	0,0	0,0	22,9
Разведен	12,5	25,0	28,9	22,0	44,4	45,5	27,3	48,1	30,9
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100

С увеличением возраста доля лиц, состоящих в браке, возрастает (рис. 3), повышается и доля разведенных.

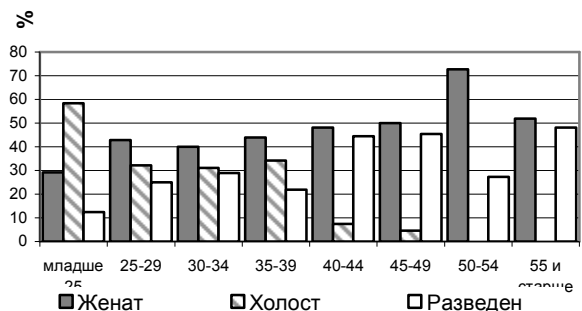


Рис. 3. Семейный статус наркологических больных разных возрастных групп

Закономерно уменьшается доля больных, не состоявших в браке, старше 50 лет таких больных в выборку не попало. Это свидетельствует о достаточно высокой активности наркологических больных в вопросах брачных отношений и о нестабильности их браков. Среди больных старше 40 лет доли состоящих в браке и разведенных мужчин и женщин практически равны.

Заключение. Таким образом, анализ состава родительской семьи и семейного статуса наркологических больных – жителей Ханты-Мансийска показал, что они имеют более низкие показатели брачности, чем жители Ханты-Мансийского АО в целом. Доля разводов у больных женщин достоверно выше, чем у мужчин. Кроме того, среди больных женщин выше удельный вес выросших в неполной семье, чем среди мужчин. Это свидетельствует о том, что семейный статус женщин в случае развития аддикции более уязвим, чем в случае наркологического заболевания у мужчин. Сравнительный анализ перечисленных характеристик у больных разных возрастных групп показал, что с увеличением возраста удельный вес состоящих в браке и разведенных среди больных имеет тенденцию к выравниванию, что свидетельствует об относительно высокой брачной активности и непрочности браков.

Полученные данные будут учтены при создании клинко-организационной модели развития наркологической помощи населению Ханты-Мансийского АО, в частности при разработке программ выработки «self-redesign» мотивации у аддиктивных больных.

Л и т е р а т у р а

1. Семке В. Я. Региональные аспекты социальной психиатрии // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М. : Медицина, 2001. – 560 с.
2. Балашов П. П. Психическое здоровье населения при индустриальной урбанизации Севера Сибири (клинико-эпидемиологический и клинико-социальный аспекты): автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 1993. – 50 с.
3. Бохан Т. Г., Пешковская А. Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 34–40.
4. Чертов В. В. Клинико-социальная характеристика больных опийной наркоманией в условиях Севера Сибири (клинико-эпидемиологический аспект): автореф. дис. ... к. м. н. – Томск, 2007. – 23 с.
5. Смердов С. А. Особенности формирования и течения алкоголизма среди городского населения Севера Сибири (клинико-эпидемиологический и клинико-социальный аспекты): автореф. дис. ... к. м. н. – Томск, 2000. – 23 с.
6. Бисалиев Р. В., Кальной В. С., Смагина А. А. Созависимость и аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом // Наркология. – 2008. – № 5. – С. 58–65.
7. Данные Всероссийской переписи населения <http://www.perepis-2010.ru>

Транслитерация русских источников

1. Semke V.Y. [Regional aspects of social psychiatry] In: Dmitrieva T.B, editor [Guide for Social Psychiatry]. Medicina, Moscow, 2001. 560 p. (In Russ.).
2. Balashov P.P. [Mental health during industrial urbanization of Northern Siberia (clinical-epidemiological, clinical-social aspects)]. *Avtoref. dis. ... d.m.n* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 1993. 50 p. (In Russ.).
3. Bokhan T.G., Peshkovskaya A.G. [Difficulties of self-realization in subjective picture of life way of alcoholic patients]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 2: 34–40. (In Russ.).
4. Chertov V.V. [Clinical-social characteristics of patients with opioid addiction in the North of Siberia (clinical-epidemiological aspects)]. *Avtoref. dis. ... d.m.n* [Abstract of Ph.D. thesis]. Tomsk, 2007. 23 p. (In Russ.).
5. Smerdov S.A. [Features of formation and course of alcoholism among the urban population in the North of Siberia (clinical- epidemiological, clinical-social aspects)]. *Avtoref. dis. ... d.m.n* [Abstract of Ph.D. thesis]. Tomsk, 2000. 23 p. (In Russ.).
6. Bisaliev R.V., Kalnoy V.S., Smagina A.A. [Codependency and auto-aggression in families of alcoholics]. *Narkologija* [Narcology]. 2008; 5: 58–65. (In Russ.).
7. Data of the National Population Census, <http://www.perepis-2010.ru> (In Russ.).

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 159.922.7-053.2

ББК Р64+Р62-321.1-433.7

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ИМЕЮЩИХ РЕЧЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ

Белоусова М. В.^{*}, Гамирова Р. Г.,
Прусаков В. Ф.

ГБОУ ДПО «Казанская ГМА» Минздрава России
420061, Казань, ул. Галеева, д. 11

В статье проанализированы клинические и электроэнцефалографические особенности детей с расстройствами аутистического спектра (n=56) в сравнении с детьми с темповой задержкой речевого развития без грубой органической патологии головного мозга (n=42). Выявлена высокая частота встречаемости на ЭЭГ эпилептиформных и органических изменений у детей с расстройствами аутистического спектра. **Ключевые слова:** речевые нарушения у детей, расстройства аутистического спектра, электроэнцефалограмма, эпилептиформные нарушения.

CLINICAL AND ELECTROENCEPHALOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH AUTISM AND SPEECH DISORDERS. Belousova M. V., Gamirova R. G., Prusakov V. F. Kazan State Medical Academy. Galeev's Street 11, 420061, Kazan, Russia. The authors compared the clinical and electroencephalographic characteristics of children with autism and speech disorders (n=56) and with temporary delays in speech development (n=42). High incidence of epileptiform and organic changes in the EEG of children with autism spectrum disorders was found. **Keywords:** speech disorders, autism spectrum disorders, electroencephalogram, epileptiform disorders.

Среди детей с нарушением развития речевой функции особое место занимают пациенты с расстройством аутистического спектра (РАС). Нарушение коммуникации является одним из определяющих симптомов при данном заболевании.

^{*} Марина Владимировна Белоусова – к.м.н., ассистент кафедры детской неврологии.

Римма Габдульбаровна Гамирова – к.м.н., ассистент кафедры детской неврологии. Тел. (843)2734909, 89172579644. E-mail: r-gamirov@mail.ru

Владимир Федорович Прусаков – д.м.н., проф. каф. детской неврологии.

Согласно принятой в России Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), детский аутизм – это общее расстройство психического развития, при котором отмечаются качественные нарушения коммуникации и социального взаимодействия в сочетании с ограниченными, повторяющимися и стереотипными формами поведения и активности. В последние годы общеупотребительным стал термин «расстройства аутистического спектра» (РАС), к которым помимо раннего детского аутизма (F84.0) относят атипичный аутизм (F84.1) и синдром Аспергера (F84.5), а также сходные нарушения, имеющие иное (неэндогенное) происхождение [1].

Количество детей, имеющих проявления аутизма, становится все больше. В 2000 г. распространенность этого заболевания составляла 5–26 случаев на 10 000 детского населения. В 2005 г. на 250–300 новорожденных в среднем приходился 1 случай аутизма, и это чаще, чем синдром Дауна, сахарный диабет или онкологические заболевания детского возраста. За 10 лет количество детей с аутизмом выросло в 10 раз. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем [2].

До настоящего времени не выработано единой концепции относительно причин возникновения РАС [3, 4, 5, 6, 7]. Известно, что в этиологии и патогенезе данного расстройства важную роль играют генетические [8] и биологические факторы (в том числе органическое поражение головного мозга).

Ранее считалось, что главными факторами, вызывающими нарушение развития ребенка на раннем этапе, являются психологические особенности родителей – дистанцированность и эмоциональная холодность матери, регламентированность в проявлении чувств, низкий уровень эмпатического взаимодействия с ребенком, психогении в раннем возрасте и эмоциональная депривация. В рамках психоанализа аутистические проявления рассматривались как результат раннего психогенного воздействия, обусловленного безразличным, холодным отношением со стороны матери [9]. Однако результаты современных исследований показали, что личностные особенности матерей и их негативное отношение к ребенку способствуют формированию, но не являются первопричиной развития РАС [10].

Для изучения генетической природы РАС проведены и осуществляются до настоящего времени семейные, близнецовые, молекулярно-биологические исследования. Многочисленные указания на семейную отягощенность при раннем детском аутизме (РДА) опираются на выявленный повышенный риск заболевания для sibсов детей с РДА, составляющий около 3 %, что в 60–100 раз выше, чем в среднем в популяции.

По результатам близнецовых исследований доказано, что уровни конкордантности при когнитивных расстройствах (включая аутистические) составили 86 % для однояйцевых близнецов и 9 % – для двуяйцевых. Проведенные молекулярно-биологические исследования позволили идентифицировать участки отдельных хромосом, в которых располагаются гены, ответственные за возникновение расстройств аутистического спектра. Примерно у 3 % детей с аутизмом диагностирован синдром ломкой («фрагильной») X-хромосомы. Выявлены определенные участки генов, ответственные за возникновение РДА (длинное плечо хромосомы 15, длинное плечо хромосомы 7). В настоящее время РДА рассматривается как полигенное заболевание, в происхождении которого участвуют 6—10 генов.

Интересны также результаты исследований, доказывающих роль повреждения и нарушения функций головного мозга в возникновении РАС. У детей с РАС нередко отмечаются функциональные нарушения левого полушария головного мозга, аномалии стволовых отделов мозга, патология процессов созревания головного мозга, недоразвитие червя мозжечка, сопряженное с когнитивными и двигательными расстройствами.

Обсуждая этиопатогенез РАС, следует учитывать такие факторы, как нарушение переработки слуховых впечатлений, ведущее к блокаде контактов; нарушение активирующего влияния ретикулярной формации ствола мозга; нарушение функционирования лобно-лимбического комплекса, ведущее к расстройству мотивации и планирования поведения; нарушение парного функционирования полушарий головного мозга.

У детей с РАС выявляются биохимические особенности функционирования ЦНС в виде нарушения в обмене гормонов (адреналина, норадреналина), нейротрансмиттеров (дофамина, серотонина), эндорфинов, а также признаки искажения функционирования серотонинергической системы мозга.

Согласно «аффективной теории» Hobson [11], дети с РАС имеют врожденное нарушение эмоциональных контактов. Первичный дефицит аффективности предполагает ограниченную способность воспринимать физические проявления эмоциональных состояний окружающих людей. По мнению М. Rutter [12], у детей с РАС отмечаются нарушение способа обработки информации в форме сниженной способности к интерпретации сенсорных раздражителей и особый вид анализа эмоционально и социально значимых стимулов.

У детей с РАС нарушается способность видеть мир «с точки зрения другого», что обозначается в литературе термином «theory of mind»

[13, 14], или «теория психического мира» [15]. В норме начало формирования «theory of mind» приходится на конец первого года жизни. У детей с РАС данная способность практически не развивается.

Некоторые из основных проявлений аутизма (например, социальную изолированность и неспособность к сопереживанию) можно объяснить дефицитом активности зеркальных нейронов. Так, снижение активности зеркальных нейронов в нижней фронтальной извилине у детей с РАС способствует нарушению распознавания намерений других людей. Дисфункции зеркальных нейронов островковой и передней поясной коры нарушают способность к сопереживанию, а снижение активности зеркальной системы угловой извилины обуславливает возникновение речевых расстройств [16].

Анализ имеющихся в современной литературе сведений о речевых нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра демонстрирует актуальность изучения биоэлектрической активности головного мозга этих детей.

Цель исследования – изучение клинических особенностей и электроэнцефалографической картины у детей с речевыми нарушениями и расстройствами аутистического спектра.

Результаты и обсуждение. Среди 251 обследованных пациентов с нарушением речевой функции в возрасте от 1 до 7 лет 56 детей имели проявления расстройства аутистического спектра на фоне перинатального поражения ЦНС (1-я группа). В качестве группы сравнения из детей с нарушением речевой функции была также выделена группа детей численностью 42 человека с темповой задержкой речевого развития без грубого органического поражения головного мозга (2-я группа), имевших сопоставимый возраст. В обеих группах отмечалось существенное преобладание мальчиков (79 и 74 % соответственно).

При сборе анамнеза в группе детей с расстройствами аутистического спектра в 52 % случаев матери указывали факторы осложненного течения беременности, наиболее частыми были токсикоз (42 % случаев) и угроза прерывания беременности (32 %).

Несмотря на высокий процент осложненной беременности, только 5 (9 %) детей родились раньше срока. Каждый четвертый ребенок родился с помощью оперативного родоразрешения, которое в 43 % случаев проводилось по экстренным показаниям. 28 (50 %) детей имели осложнения в раннем неонатальном периоде, в основном как проявления гипоксически-ишемического поражения ЦНС. Большинство детей (49 – 87 %) на момент обращения было в возрасте 2—3 лет. Во всех случаях поводом для обращения к неврологу послужило отставание в речевом развитии.

В 22 (39 %) случаях родители были обеспокоены не только задержкой речи, но и особенностями поведения ребенка. Они обращали внимание на его неумение или «нежелание» ладить со сверстниками, «невключенность» ребенка в совместную деятельность дома и в условиях дошкольного учреждения, на неадекватные реакции на громкие звуки и другие сенсорные стимулы. Игровая деятельность также была необычна – родители отмечали «застреваемость» ребенка на однотипных играх (стереотипное катание машин, переключивание, упорядочивание игрушек без элементов сюжетно-ролевого взаимодействия), на определенных маршрутах («ходим из садика только по этой дорожке»), на текстуре и виде потребляемой пищи.

В 32 (57 %) случаях родителей беспокоило только недостаточное развитие речи ребенка. В 2 (3,5 %) случаях родители обратились за консультацией только по настоянию представителей прародительской семьи, хотя, по их мнению, развитие ребенка нормативно.

В неврологическом статусе у 33 (59 %) детей отмечалась диффузная мышечная гипотония, у 2 (3,6 %) – координаторные нарушения, у 1 (1,8 %) – гиперкинетический синдром. У 2 детей (3,6 %) наблюдались проявления гипертензионно-гидроцефального синдрома.

В группе сравнения у детей с темповой задержкой речевого развития в неврологическом статусе у 34 (80,9 %) детей отмечалась диффузная мышечная гипотония, у 6 (14,3 %) – гиперкинетический синдром в виде тикозного гиперкинеза в лицевой мускулатуре.

Мы провели оценку электроэнцефалографических изменений у детей с нарушениями речевой функции с расстройством аутистического спектра, имеющих речевые нарушения. Дети с установленным диагнозом «эпилепсия» были исключены из исследования.

Всем пациентам проводилась рутинная электроэнцефалограмма (ЭЭГ) головного мозга в состоянии бодрствования. Кроме того, 33 детям (56 %) в 1-й группе с расстройствами аутистического спектра и 8 детям (19 %) во 2-й группе (с темповой задержкой речевого развития) регистрировали электроэнцефалограмму сна в течение 1–2 часов после депривации либо в состоянии дневного физиологического сна. Исследования проводили по стандартной методике с применением международной системы расположения электродов «10–20» в биполярном монтаже на электроэнцефалографическом анализаторе ЭЭГА 21/26 «Энцефалан-131-03» («Медиком МТД», Таганрог).

Органические изменения на ЭЭГ в виде замедления основного ритма либо региональных продолженных замедлений тета- и дельта-диапазона отмечались у трети (34 %) пациен-

тов с расстройствами аутистического спектра (у 19 из 56), что достоверно выше по сравнению с группой сравнения (у 1 из 42); $p=0,008$ (рис. 1). Причем у детей с РАС отмечается преобладание диффузных органических изменений либо их региональной акцентуации в лобных областях (рис. 2).



Рис. 1. Частота регистрации на ЭЭГ изменений органического характера у детей 1-й и 2-й групп с нарушением речевой функции, %

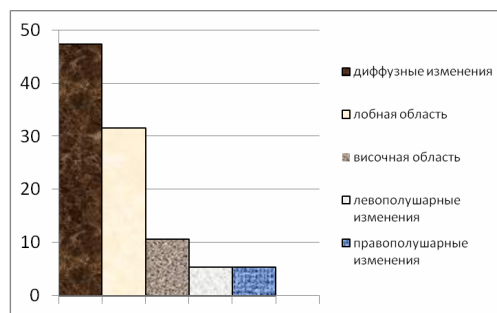


Рис. 2. Варианты локализации органических изменений на ЭЭГ у детей с расстройствами аутистического спектра, %

По данным литературы, у 30 % детей с аутизмом на ЭЭГ обнаруживаются эпилептиформные изменения [17]. В нашем исследовании эпилептиформная активность (ЭФА) в виде генерализованной или региональной активности различной локализации зарегистрирована на ЭЭГ в 18 % случаев у пациентов с расстройствами аутистического спектра, что выше по сравнению с группой детей с темповой задержкой речи (2 %; $p<0,05$) (рис. 3).



Рис. 3. Частота обнаружения эпилептиформных изменений на ЭЭГ у детей 1-й и 2-й групп с нарушением речевой функции, %

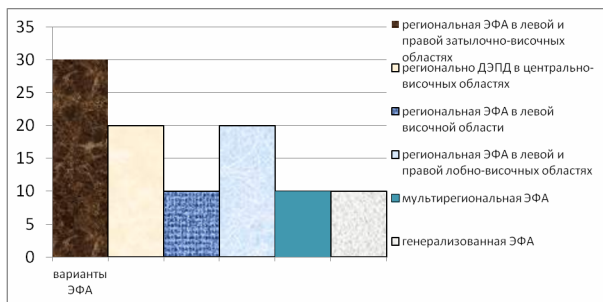


Рис. 4. Частота регистрации различных вариантов эпилептиформной активности у детей с расстройствами аутистического спектра, %



Рис. 5. Региональная эпилептиформная активность в виде «доброкачественных эпилептиформных паттернов детства» на ЭЭГ у ребенка 6 лет с речевыми нарушениями и расстройством аутистического спектра

В 30 % наблюдений у детей с расстройствами аутистического спектра отмечалась затылочно-височная локализация эпилептиформных изменений. В 20 % случаев имели место региональные разряды, локализованные в центрально-височных областях, по морфологии соответствующие «доброкачественным эпилептиформным паттернам детства» (ДЭПД) (рис. 5).

В целом в 80 % случаев региональная эпилептиформная активность в той или иной степени распространялась на височную область (рис. 4).

ДЭПД – специфический эпилептиформный паттерн – представляет собой высокоамплитудный пятиточечный электрический диполь, по морфологии напоминающий комплексы QRS электрокардиограммы. Встречается у 4–5 % здоровых детей до 14 лет. Ассоциируется с эпилепсией в 10 % случаев. По мнению К. Ю. Мухина, «доброкачественные эпилептиформные паттерны детства являются маркером функциональной незрелости ЦНС у детей» [18]. Высокий индекс эпилептиформной активности, локализованный в «речевых зонах», согласно данным некоторых авторов, может приводить к функциональному «блокированию» речевой

функции, особенно в период ее развития и становления [19, 20]. В нашем исследовании на электроэнцефалограммах у детей 2-й группы (с темповой задержкой речевого развития) эпилептиформная активность типа «ДЭПД» не зарегистрирована.

Выводы. Таким образом, в неврологическом статусе детей с расстройствами аутистического спектра преобладает негрубая неврологическая симптоматика, проявляющаяся преимущественно в виде диффузной мышечной гипотонии, реже в виде координаторных нарушений, а электроэнцефалограмма этих детей часто ассоциируется с эпилептиформными изменениями (особенно в затылочных и височных областях) и органическими диффузными либо региональными изменениями во фронтальных областях.

Л и т е р а т у р а

1. Башина В. М. К проблеме раннего детского аутизма. – <http://www.psychiatry.ru/library/publications> <http://www.autisminrussia.ru/html/autism.htm>
2. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинз М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – изд. 3-е, стереотип. – М.: Теревинф, 2005. – 288 с.
3. Баенская Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). – М.: Изд-во «Теревинф», 2007.
4. Башина В. М. Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 1999. – 240 с.
5. Манелис Н. Г. Ранний аутизм. Психологические и нейрорепсихологические механизмы // Школа здоровья. – 1999. – № 2. – С. 6–22.
6. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины, лечение / пер с нем. – М.: Медицина, 2003. – 120 с.
7. Morrow E. M., Seung-Yun Yoo, Flavell S. W. Identifying Autism Loci and Genes by Tracing Recent Shared Ancestry // Science. – 2008. – Jul. – V. 321. – P. 218–223.
8. Bettelheim B. The empty fortress: infantile autism and the birth of the self. – N. Y.: The free press, 1967.
9. Печникова Л. С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1997.
10. Hobson R. P. Beyond the cognition: the theory of autism. In Autism: nature, diagnosis and treatment. – N. Y.: Guildford press, 1989.
11. Rutter M. The treatment of autistic children // J. Child Psychol. Psychiat. – 1985. – Vol. 26.
12. Baron-Cohen S., Leslie A., Frith U. Mechanical, behavioral and intentional understanding of picture stories in autistic children // The British Journal of Developmental Psychology. – 1986. – Vol. 4.
13. Baron-Cohen S., Leslie A., Frith U. Does the autistic child have the «theory of mind» // Cognition. – 1985. – Vol. 21, № 1.
14. Frith U. Cognitive development and cognitive deficit // The Psychologist. – 1992. – V. 5.
15. Рамачандран В., Оберман Л. Разбитые зеркала: теория аутизма // Нейробиология. – 2007. – № 3. – www.downsyndrome.ru/articles/75823
16. Зенков Л. Р., Шевельчинский С. И., Константинов П. А. и др. Бессудорожные эпилептические энцефалопатии, аутизм и другие расстройства психического развития // Аутизм и нарушения развития. – 2004. – № 1. – С. 2–19.
17. Мухин К. Ю. Идиопатическая фокальная эпилепсия с псевдогенерализованными приступами – особая форма эпилепсии в детском возрасте // Рус. журн. дет. неврологии. – 2009. – № 4 (2). – С. 3–19.

18. Мухин К. Ю., Петрухин А. С., Миронов М. Б. и др. Эпилепсия с электрическим эпилептическим статусом медленного сна: диагностические критерии, дифференциальный диагноз и подходы к терапии. — М., 2005. — 32 с.
19. Beaumanoir A., Bureau M., Deonna T. Continuous Spikes and Waves During Slow Sleep. Electrical status epilepticus during slow sleep. — London : John Libbey & Co, 1995. — P. 217—223.

Транслитерация русских источников

1. Bashina V.M. [To the problem of autism in children]. <http://www.psychiatry.ru/library/publications> <http://www.autisminrussia.ru/html/autism.htm> (In Russ.).
2. Nikolskaya O.S., Baenskaya E.R., Liebling M.M. [Autistic child. Ways of help], 3rd ed. Terevinf, Moscow, 2005. 288 p. (In Russ.).
3. Baenskaya E.R. [Help in upbringing of children with special emotional development (early age)]. Terevinf, Moscow, 2007. (In Russ.).
4. Bashina V.M. [Autism in children]. Medicina, Moscow, 1999. 240 p. (In Russ.).
5. Manelis N.G. [Early autism. Psychological and neuropsychological mechanisms]. *Shkola zdorov'ja* [School of Health]. 1999; 2: 6—22. (In Russ.).
6. Remschmidt H. [Autism. Clinical manifestations, causes, therapy], transl. from Germ. Medicina, Moscow, 2003. 120 p. (In Russ.).
9. Pechnikova L.S. [Features of maternal attitude toward children with early autism]. *Avtoref. dis. ... kand. psiholog. nauk.* [Abstract of Ph.D. thesis in Psychology]. Moscow, 1997. (In Russ.).
15. Ramachandran V., Oberman L. [Broken mirrors: theory of autism]. *Neurobiologija* [Neurobiology]. 2007; 3. www.downsyndrome.ru/articles/75823 (In Russ.).
16. Zenkov L.R., Shevelchinsky S.I., Konstantinov P.A. et al. [Nonparoxysmal epileptic encephalopathies, autism and other disorders of mental development]. *Autizm i narušeniya razvitiya* [Autism and Developmental Disturbances]. 2004; 1: 2—19. (In Russ.).
17. Mukhin K.Yu. [Idiopathic focal epilepsy with pseudo-generalized seizures — separate form of epilepsy at childhood]. *Russkij zhurnal detskoj nevrologii* [Russian Journal of Child Neurology]. 2009; 4(2): 3—19. (In Russ.).
18. Mukhin K.Yu., Petrukhin A.S., Mironov M.B. et al. [Epilepsy with electrical epileptic status of slow sleep: diagnostic criteria, differential diagnosis and approaches to therapy]. Moscow, 2005. 32 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008.447:616.899-053.2-039.1
ББК Р64+Р733

ФОРМИРОВАНИЕ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Гранкина И. В., Иванова Т. И.*

ГБОУ ВПО «Омская ГМА» Минздрава России
644043, Омск, ул. Ленина, 12

В статье проводится анализ конституционально-биологических, ранних органических факторов и особенностей социализации детей с умственной отсталостью, имеющих клинические проявления отклоняющихся форм поведения, в сравнении с группой детей, имеющих сходное психическое расстройство, но без нарушений поведения, и группой детей с девиантными формами поведения на фоне органического поражения ЦНС. Выделена и оценена роль указанных факторов в генезе формирования девиантных форм поведения у детей с умственной отсталостью. **Ключевые слова:** дети, умственная отсталость, девиантный синдром, формирование.

FORMATION OF DEVIANT BEHAVIOR IN CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION. Grankina I.V., Ivanova T.I. Omsk State Medical Academy. Lenin's Street 12, 644043, Omsk, Russia. The article is devoted to the comparative analysis of constitutional-biological factors, early organic factors and features of socialization in three groups of children. First group consisted of retarded children with clinical manifestations of behavioral deviations. Second group consisted of children with similar mental disorder but without behavioral disturbances. The third group was with deviant forms of behavior accompanied by organic impairment of central nervous system. The role of mentioned factors in forming of deviant behavior in retarded children was shown and evaluated in the article. **Keywords:** children, mental retardation, deviant syndrome, formation.

Актуальность. В настоящий момент актуальной задачей отечественной и мировой психиатрии является изучение причин катастрофического роста несовершеннолетней преступности, связанной с насилием и жестокостью (Дмитриева Т. Б., 1999; Джонгман Э., Бейли С., 2000; Grausz H. M., Pelucio M. T., 1999; Pratt H. D., Greydanus D. E., 2000). По данным многочисленных исследователей, одной из причин указанного обстоятельства является высокая распространенность нарушений поведения у детей и подростков (Гурьева В. А., 2001; Дмитриева Т. Б. и др., 2001; Рыбалко М. И., 2003; Бохан Н. А., Воеводин И. В., 2001, 2003, Кривулин Е. Н., 2005; Агарков А. А. и др., 2006). В то же время определен тот факт, что расстройства поведения в детском возрасте, приводящие к росту подростковой преступности, тесно связаны с психической патологией (Вострокнутов Н. В., Василевский В. Г., 2000; Kumpulainen K., Rasanen E., Henttonen I. et al., 1998).

* Иванова Татьяна Ильинична, д. м. н., e-mail: Ivanova.Tatiana55@yandex.ru
Гранкина Ирина Валерьевна, e-mail: iragralkina@yandex.ru

Так, по некоторым данным, в диапазоне от 60 до 80 % несовершеннолетней преступности приходится на подростков, имеющих психические аномалии (Шевченко Ю. С., 1998). При этом Т. Б. Дмитриева (1999) отмечала, что чем младше несовершеннолетний правонарушитель, тем чаще у него наблюдаются нарушения развития, психические расстройства и социально значимые болезни. В свою очередь В. А. Гурьева (2001), Н. В. Вострокнутов и др. (2000) считают, что наличие психической патологии приводит как к большей распространенности, так и к большей тяжести нарушений поведения у детей и подростков.

Среди психических расстройств детско-подросткового возраста существует ряд заболеваний, среди которых отклоняющиеся формы поведения высоко распространены. В частности у детей с умственной отсталостью часто отмечаются девиантные формы поведения (Семаго Н. Я., 2000; Шипицына Л. М., 2002). В связи с этим девиантное поведение среди детей и подростков с умственной отсталостью является угрожающим для общества явлением, что сопутствует росту преступности среди несовершеннолетних (Семке В. Я., 1999; Сухотина Н. К., 1999; Гурович И. Я., 2002; Бохан Н. А., 2003; Агарков А. А. и др., 2006). По данным Д. Н. Исаева (2003), растет удельный вес нарушений поведения у детей и подростков с различной выраженностью снижения интеллекта различен. Так, среди детей и подростков с легкой умственной отсталостью 28,2 % имеют нарушения поведения, среди умеренно умственно отсталых – 55,2 %, а среди тяжело умственно отсталых – 33,3 %. Исследуя причины формирования отклоняющегося поведения при умственной отсталости, выделяют такие факторы, как замедленное или нарушенное формирование эмоционально-волевой сферы (Шипицына Л. М., 2002).

Однако многочисленные исследования определяют причины формирования девиантного синдрома как результат сочетания социальных и биологических факторов, в котором социальные причины имеют большее значение. Проведение глубокого системного анализа факторов, определяющих формирование девиантного поведения у детей с умственной отсталостью, позволяет установить влияние эндогенных и экзогенных причин, влияющих на их возникновение, что дает возможность разработать комплекс профилактических и психокоррекционных мероприятий, направленных на превенцию указанных расстройств.

Цель: изучить факторы формирования отклоняющихся форм поведения у детей с умственной отсталостью в возрасте от 7 до 12 лет.

Материалы и методы. Для реализации цели исследования нами проведено изучение невыборочной группы больных, включающей все случаи госпитализации в детское стационарное отделение детско-подросткового комплекса БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодников» за период 2011–2013 гг., насчитывающей 1276 случаев: n=492 (2011); n=379 (2012); n=405 (2013).

Во все указанные годы в отделение чаще всего госпитализировались дети с умственной отсталостью разной степени тяжести (43,8 %) и дети с органическим поражением ЦНС (43,03 %). Значительно реже стационарное лечение в детском отделении получали дети с эндогенными психическими расстройствами (5,9 %), психическими и поведенческими расстройствами, связанными с ростом и развитием (6,8 %) ($p < 0,05$). Данная тенденция неоднократно подчеркивалась различными авторами, указывающими на высокое распространение умственной отсталости и органических непсихотических расстройств в общей популяции детско-подросткового населения (Ретюнский К. Ю., 2002; Буторина Н. Е., 2003; Рыбалко М. И., 2003; Рычкова Л. С., 2004).

Все дети, находящиеся на стационарном лечении, проходили первичное клиническое психопатологическое обследование, предметом которого было выявление детей с ведущим психопатологическим синдромом, определяемым выраженными нарушениями поведения. Среди общего числа госпитализированных выявлено 130 детей (10,2 %) с симптоматикой выраженных форм нарушения поведения, нуждающихся в стационарном лечении. Изучая нозологическую принадлежность выявленного психопатологического синдрома среди госпитализированных детей, установлено, что достоверно чаще девиантные нарушения поведения отмечались среди детей с умственной отсталостью (F70, F71) (43,1 %; n=56). Практически равнозначно нарушенное поведение отмечалось как у детей с органическими поражениями личности (F07.0 – 30,0 %; n=39), так и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F20.8, F21.8 – 26,9 %; n=35).

Таким образом, исследуемую группу составили 56 детей, из них 19,6 % девочек (n=11) и 80,4 % мальчиков (n=45) с диагнозом «умственная отсталость» и клиническими проявлениями девиантного синдрома. Средний возраст пациентов в указанной группе составил $9,75 \pm 1,59$ года. Контрольную группу 1 составили дети с диагнозом «умственная отсталость», но без признаков отклоняющегося поведения – 48 детей, из них 18 девочек (37,5 %) и 30 мальчиков (62,5 %); средний возраст детей этой группы составил $10,8 \pm 1,53$ года. Контрольная группа 2 представлена детьми с диагнозом «органическое расстройство личности» и клиническими

проявлениями девиантного синдрома. Всего в данной группе наблюдалось 39 детей, из которых 30,7 % девочек (n=12) и 69,3 % мальчиков (n=27), в среднем возрасте $9,43 \pm 1,41$ года.

Анализ predisposиционных факторов возникновения отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью складывался из следующих составляющих:

- анализа конституционально-биологических факторов: анализ наследственности, конституциональных особенностей характера родителей, изменения характерологических черт ребенка в процессе онтогенеза развития;

- анализа оценки предпосылок и проявлений ранних органических нарушений (течения беременности и родов у матери, особенностей раннего периода развития), показателей, характеризующих многообразную органическую симптоматику, формирующихся вследствие черепно-мозговых травм, инфекций, интоксикационной патологии;

- анализа социализации ребенка: социальная адаптация ребенка, среда воспитания (семья, патологизирующие формы воспитания).

Результаты. Большое значение в возникновении отклоняющихся форм поведения, по данным различных авторов, имеет отягощенная наследственность, особенно по отклоняющимся формам поведения (Гурьева В. А., 2001; Дроздовский Ю. В., 2003; Рыбалко М. И., 2003). В частности ряд авторов указывал на наследуемый характер делинквентных форм поведения (Дмитриева Т. Б., 2001). Изучая наследственность умственно отсталых детей с клиникой отклоняющихся форм поведения, обнаружено, что достоверно чаще эти дети имели отягощенную наследственность по алкоголизму в роду по сравнению с умственно отсталыми детьми без нарушений поведения (17,8 и 8,3 %).

Таблица 1

Наследственная отягощенность у детей с умственной отсталостью, органическими расстройствами личности с клиническими проявлениями отклоняющегося поведения и умственной отсталостью без признаков нарушения поведения

Наследственность	Исследуемая группа		Контрольная группа 1		Контрольная группа 2	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не отягощена	10	17,8 %	17	35,4 %	8	20,6 %
Неизвестна	26	46,5 %	12	25,0 %	17	43,5 %
Депрессия, суицид	0	0	0	0	0	0
Шизофрения	2	3,6 %	0	0	4	10,2 %
Алкоголизм	10	17,8 %*	4	8,3 %*	8	20,6 %
Олигофрения	3	5,4 %*	6	12,5 %	0	0*
Эпилепсия	0	0	0	0	2	5,1 %
Невротические расстройства	0	0	0	0	0	0
Множественный	5	8,9 %*	9	18,8 %	0	0*
Всего	56	100 %	48	100 %	39	100 %

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

В сравнении с детьми, имеющими расстройства поведения с органическим расстройством личности, у детей с умственной отсталостью

чаще отмечались олигофрения в роду (5,4 и 0,0 %) и множество психических расстройств в роду (8,9 и 0,0 %) ($p < 0,05$) (табл. 1).

Кроме наследственности, отягощенной по психическим расстройствам, большое значение в формировании личностных черт имеют характерологические особенности родителей (Масагутов Р. М., 2003). На основании анализа характерологических особенностей родителей в исследуемой и контрольных группах было выявлено (табл. 2), что ярко выраженные характерологические черты родителей с одинаковой частотой отмечались как у детей, имеющих отклоняющиеся формы поведения, так и у детей из контрольной группы.

Таблица 2

Характерологические особенности родителей у детей с умственной отсталостью, органическими расстройствами личности с клиническими проявлениями отклоняющегося поведения и умственной отсталостью без признаков нарушения поведения

Черты характера родителей	Исследуемая группа		Контрольная группа 1		Контрольная группа 2	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мать						
Нет	28	50 %	29	60,4 %	25	64,1 %
Тревожно-мнительная	0	0*	8	16,6 %*	0	0
Шизоидная	1	1,8 %	3	6,3 %	0	0
Гипотимно-ипохондричная	2	3,5 %	2	4,2 %	0	0
Замкнутая	3	5,3 %	2	4,2 %	0	0
Раздражительная, вспыльчивая	22	39,4 %*	4	8,3 %*	0	0*
Нет данных	0	0	0	0	14	35,9 %
Всего	56	100 %	48	100 %	39	100 %
Отец						
Нет	24	42,9 %*	34	70,8 %*	26	66,6 %
Возбудимый	5	8,9 %	7	14,6 %	2	5,2 %
Шизоидный	1	1,8 %	1	2,1 %	1	2,6 %
Гипотимно-ипохондричный	2	3,5 %	4	8,3 %	0	0
Нет данных	24	42,9 %	2	4,2 %	10	25,6 %
Всего	56	100 %	48	100 %	39	100 %

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Большой интерес представляет изменение черт характера ребенка в процессе онтогенеза развития личности. По мнению В. А. Гурьевой (2001), в детско-подростковой психиатрии понятие о динамике приобретает особый смысл. Речь при этом идет не только о клинической динамике становления того или иного патологического состояния, но еще и о том, что любое психическое заболевание протекает на фоне продолжающегося психобиологического состояния, которое, с одной стороны, нарушается под влиянием болезненного процесса (Осипов Е. А., 1940), а с другой стороны – определяет ресурсы реагирующей психики, влияя на клиническое оформление психопатологического состояния. В дошкольном возрасте дети с девиантным синдромом на фоне умственной отсталости отличались демонстративностью

(25,0 %), жестокостью (19,6 %) и раздражительностью (14,2 %). Дети с умственной отсталостью без отклоняющихся форм поведения были плаксивы (27,1 %), замкнуты (16,6 %), незаметны (18,7 %). Дети с органическими расстройствами, имеющие девиантные формы поведения, были демонстративны (23,1 %), раздражительны (20,5 %), склонны к конфликтам и двигательной расторможенности (17,9 %). По мере роста и развития во всех группах детей характерологические черты утрачивают полиморфизм и приобретают более отчетливые черты. У детей школьного возраста с умственной отсталостью и выраженными нарушениями поведения среди характерологических черт преобладавала агрессивность с ярко выраженной жестокостью (32,1 %) в сочетании с конфликтностью (25,0 %) и двигательной расторможенностью (21,4 %). Дети с умственной отсталостью без девиантных нарушений отличались замкнутостью, плаксивостью, капризностью (39,5 %), раздражительностью (16,6 %) в сочетании с боязливостью (8,3 %). Дети с отклоняющимися формами поведения на фоне органического поражения ЦНС отличались конфликтностью (25,6 %), драчливостью (23,1 %) и агрессивностью в сочетании с жестокостью (20,5 %).

Многочисленные зарубежные и отечественные исследователи неоднократно подчеркивали мысль о значительной роли ранней резидуально-органической несостоятельности в генезе формирования девиантного синдрома у детей (Масагутов Р. М., 2003; Dahlberg L. L., 1998).

Таблица 3

Патология перинатального периода у матерей детей с умственной отсталостью, детей с органическими расстройствами личности с клиническими проявлениями отклоняющегося поведения и у детей с умственной отсталостью без признаков нарушения поведения

Перинатальная патология	Исследуемая группа		Контрольная группа 1		Контрольная группа 2	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не отмечалось	32	57,2	17	35,4	8	20,6
Токсикоз первой и второй половины беременности	7	12,5	9	18,8	3	7,6
Угроза прерывания	18	32,1*	4	8,3	10	25,6
Соматические осложнения	15	26,8*	5	10,4	0	0
Инфекционные заболевания	0	0	0	0	8	20,6%*
Психотравмирующие события	0	0	0	0	10	25,6%*
Алкоголизация	0	0	3	6,3	0	0
Токсикоз с угрозой прерывания	0	0	10	20,8	0	0
Возраст матери во время беременности	23,2±2,62		25,6±2,48		19,8±7,67	
Всего	72	0	48	100	39	100

Примечание. (*) несовпадение указанного количества общей численностью детей объясняется наличием тех и других патологических факторов у одного ребенка.

* – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

У детей с нарушениями поведения при умственной отсталости достоверно чаще отмечалась угроза прерывания беременности (32,1 % – дети с девиантным синдромом, 8,3 % – дети без нарушений поведения) и соматические осложнения во время беременности (26,8 % – исследуемая группа, 10,4 % – контрольная группа 1, 0,0 % – контрольная группа 2) ($p < 0,05$).

Таблица 4

Патология антенатального периода у детей с умственной отсталостью, органическими расстройствами личности с клиническими проявлениями отклоняющегося поведения, умственной отсталостью без признаков нарушения поведения

Антенатальная патология	Исследуемая группа		Контрольная группа 1		Контрольная группа 2	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Родился недоношенным	8	14,3	7	14,6	7	17,9
Роды позднее 40 недель	22	39,3*	5	10,4	4	10,2
Роды кесаревым сечением	7	12,5	6	12,5	3	7,7
Имела место	50	89,3	29	60,4	30	76,9
Асфиксия плода в родах	14	53,8	21	43,7	20	51,3
Родовые травмы	21	37,5*	8	16,6	10	25,6
Масса плода при рождении, граммы	3352,3±325,03		3127,1±365,97		2808,7±379,07	
Среднее значение по шкале Апгар	8,1±1,5		6,6±1,1		6,0±1,8	

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Проведя сравнительное изучение особенностей патологии родов, выявлено, что дети из исследуемой группы имели большее значение по шкале Апгар (8,1±1,5 балла) в сравнении с детьми контрольных групп (6,6±1,1 балла – контрольная группа 1, 6,0±1,8 балла – контрольная группа 2), рождались несколько с большей средней массой тела (3352,3±325,03 грамма; 3127,1±365,97 грамма; 2808,7±379,07 грамма соответственно). При этом достоверно чаще дети исследуемой группы рождались позднее 40 недель (39,3 % – исследуемая группа, 10,4 % – контрольная группа 1, 10,2 % – контрольная группа 2) и чаще получали травмы во время родов (37,5 % – исследуемая группа, 16,6 % – дети с умственной отсталостью без признаков нарушения поведения) ($p < 0,05$) (табл. 4).

Патология раннего неонатального периода (первый год жизни) оценивалась по наличию диагностированных соматических (тяжелые простудные и инфекционные заболевания; врожденная патология органов и систем, выявленная на первом году жизни) и неврологических (перинатальная энцефалопатия (ПЭП), синдром двигательных нарушений, судорожный синдром) расстройств, наблюдаемых у ребенка на первом году жизни, полученные ребенком травмы (переломы, ожоги и черепно-мозговые травмы на первом году жизни).

Проведенное исследование показало, что у детей с умственной отсталостью без нарушений поведения данная патология отмечалась в 70,8 % (n=24) случаев, а в исследуемой группе – только в 58,9 % (n=23) случаев. У детей с органическими расстройствами патология перинатального периода отмечалась в 61,5 % (n=24) случаев.

Отечественные психологи, принимая во внимание природные предпосылки делинквентности, считают, что формирование отклоняющегося поведения – это процесс биосоциальный, причем социальные причины имеют большее значение, чем биологические. В качестве социального влияния имеют значения внутрисемейные конфликты, воздействие примера подростковых групп, информационный климат, преобладание определенных ценностей в обществе и т. д. (Степанов В. Г., 1988). При изучении аспектов социализации ребенка рассматривались основные социальные институты, присущие детям в современном обществе (детский сад, дошкольные образовательные учреждения (ДДУ) и школа). Учитывался возраст начала посещения ДДУ и школы. Среди аспектов адаптации рассматривалась социальная активность ребенка (формирование дружеских отношений в детской среде, особенности игровой деятельности, способности к усвоению программного материала). Плохой адаптацией ребенка считались отсутствие контакта со сверстниками, предпочтение общества взрослых или одиночества, нарушение игровой деятельности, агрессивные действия по отношению к взрослым и детям, эпизоды насилия по отношению к сверстникам, отказ от выполнения требований учителей и родителей (табл. 5).

Таблица 5
Социализация детей с умственной отсталостью, органическими расстройствами личности с клиническими проявлениями отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью без признаков нарушения поведения

Социальная адаптация	Исследуемая группа		Контрольная группа 1		Контрольная группа 2	
	абс. N=56	%	абс. N=48	%	абс. N=39	%
Посещение ДДУ	37	66,1%*	20	41,6%*	24	61,5%
Хорошая адаптация в ДДУ	10	27,1%	7	35,0%	7	29,2%
Плохая адаптация в ДДУ	27	72,9%	13	65,0%	17	70,8%
Школу не посещали	10	17,8%*	0	0*	7	17,9%
Возраст начала посещения школы, лет	7,1±0,21		7,8±0,88		7,0±0,22	
Хорошая адаптация в школе	4	8,7%	16	33,3%	7	21,9%
Плохая адаптация в школе	42	91,3%*	32	66,7%*	25	78,1%*

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Изучая социализацию детей исследуемой и контрольных групп, выявлено, что умственно отсталые дети с нарушениями поведения чаще посещали ДДУ (66,1 % – исследуемая группа, 41,6 % – контрольные группы), при этом 72,9 % этих детей с трудом адаптировались в детском коллективе. После трудностей адаптации в ДДУ дети достоверно реже начинали посещать школу (на момент обследования 17,8 % детей исследуемой группы школу не посещали), всё в большей степени нарушалась адаптация ребенка в детском коллективе (трудности в адаптации испытывали 91,3 % детей исследуемой группы, 66,7 % детей контрольной группы 1, 78,1 % детей контрольной группы 2) ($p < 0,05$).

Таблица 6
Семейное окружение детей с умственной отсталостью, органическими расстройствами личности с клиническими проявлениями отклоняющегося поведения и детей с умственной отсталостью без признаков нарушения поведения

Семейное окружение	Исследуемая группа		Контрольная группа 1		Контрольная группа 2	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Воспитывается в полной семье	10	17,8%*	25	52,1%*	10	25,7%
Воспитывается только матерью (отцом)	10	17,8%	7	14,5%	6	15,4%
Воспитывается мачехой, отчимом	5	8,9%	3	6,3%	2	5,1%
Воспитывается близкими родственниками	5	8,9%	1	2,1%	2	5,1%
Воспитывается усыновителями	4	7,4%	1	2,1%	1	2,5%
Воспитывается в детском доме, интернате	22	39,2%*	11	22,9%*	18	46,2%
Всего	56	100 %	48	100 %	39	100 %

Примечание. * – Данные с достоверностью $p < 0,05$.

Ряд исследователей ставит социальную деprivацию на первый план в формировании отклоняющихся форм поведения. Среди этих факторов наибольшее значение имеют длительное разобщение ребенка и матери, нарушение эмоционального контакта между ребенком и родителями, отсутствие отца, хронические психические травмы, воспитание в условиях социального сиротства (Гурьева В. А., 2001; Дмитриева Т. Б. и др., 2001). Изучение семейного окружения умственно отсталых детей с девиантным синдромом выявило, что они реже воспитывались в полных семьях (17,8 % – исследуемая группа, 52,1 и 25,7 % – контрольные группы 1 и 2); значительно чаще воспитывались в условиях социального сиротства по сравнению с умственно отсталыми детьми, не имеющими клиники нарушенного поведения (39,2 и 22,9 % соответственно) ($p < 0,05$).

Рассматривая особенности воспитания ребенка в семье, выявлено, что среди детей с умственной отсталостью дети с нарушенными формами поведения одинаково часто воспитывались в условиях физического насилия (42,9 % – исследуемая группа, 4,2 % – контрольная

группа 1) и условиях правильного воспитания (41,1 и 31,3 % детей) ($p < 0,05$). Реже дети с нарушениями поведения при умственной отсталости воспитывались в условиях безнадзорности (10,6 %) и гипоопеки (5,3 %). Дети с органическим расстройством личности чаще воспитывались в атмосфере физического насилия (56,4 %) и безнадзорности (7,7 %).

В формировании отклоняющихся форм поведения среди детей с умственной отсталостью в большей степени имеет значение среда воспитания, затем по значимости следуют социальная адаптация ребенка, пре-, пери-, антенеонатальная патология. Для оценки значимости этих переменных в возникновении девиантного синдрома все показатели подвергнуты дихотомической оценке (0–1) с целью облегчения их дальнейшей статистической обработки, определена сила взаимосвязи из этих признаков, с этой целью рассчитано более 1000 коэффициентов корреляции. В связи с большим числом переменных целесообразно от многочисленных признаков перейти к небольшой группе факторов, существенно влияющих на результирующий признак. Наиболее оптимальным методом оценки полученных результатов является факторный анализ, позволяющий сократить число переменных (произвести редукцию данных) и определить структуры взаимосвязей между переменными (их классификацию). В результате будут сформированы независимые друг от друга факторы.

В процессе исследования выделено три фактора формирования отклоняющегося поведения среди детей с умственной отсталостью. *Первый фактор* – социально-психологического сиротства и безнадзорности – объединяет следующие переменные: воспитание органами опеки в детском доме ($a = 0,70110$), реабилитационном центре ($a = 0,76751$), асоциальное поведение родителей ($a = 0,77577$), многодетная семья (трое и более детей) ($a = 0,71871$), где ребенок является младшим ($a = 0,78217$), воспитание в условиях гипоопеки ($a = 0,79590$). *Второй фактор* – нарушенная социальная адаптация – объединил следующие переменные: негативное отношение к началу посещения школы ($a = 0,650330$), конфликты со сверстниками и педагогами в начальной школе ($a = -0,514478$). *Третий фактор* – биологическая несостоятельность нервной системы – объединил следующие переменные: диагноз ребенка при выписке из родильного дома «угроза по ПЭП» ($a = 0,595946$), родовая травма головного и/или спинного мозга ($a = -0,54602$), выписной диагноз из родильного дома «НМК» ($a = 0,62603$).

Оценка степени корреляции между переменными и полученными факторами (нагрузка факторов) показала, что первый фактор более коррелирует с переменными, чем второй.

Применение методики вращения факторов с целью получения наиболее интерпретируемой матрицы нагрузок, т. е. факторов, отличающихся друг от друга максимально возможным образом, подтвердило полученные результаты. Первый фактор (фактор социально психологического сиротства и безнадзорности) составляет от общей доли дисперсии 0,18207 %; таким образом, он является наиболее значимым в генезе девиантных нарушений поведения, второй фактор (нарушенной социальной адаптации ребенка) составляет 0,073329 % от общей дисперсии, определяя ранжировку факторов в генезе нарушений поведения у детей с психическими расстройствами. Третий фактор (биологической несостоятельности нервной системы) составляет 0,060054 % общей дисперсии, определяя ранжировку факторов в генезе депрессивных расстройств у детей.

Таким образом, проведенное исследование показало, что наибольшее значение в формировании отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью имеют социально-психологические факторы и в меньшей степени – конституционально-биологические. Выявленная тенденция позволяет формировать научно обоснованные программы превенции девиантного синдрома у детей с умственной отсталостью, что весьма актуально не только для врачей-психиатров, но и педагогов, психологов, сотрудников правоохранительных органов.

Л и т е р а т у р а

1. Азарков А. А., Глушко Т. В., Погорелова Т. В. Социальная адаптация лиц допризывного и призывного возрастов, страдающих умственными отсталостью // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2006. – № 5. – С. 72.
2. Азарков А. А., Семке А. В., Погорелова Т. В., Глушко Т. В. Интеллектуальные нарушения у подростков допризывного и призывного возрастов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение. – С. 15.
3. Бохан Н. А., Воеводин И. В., Иванкина Л. И. Динамика структуры аддиктивного поведения среди студентов технических вузов за период 1998–2001 гг. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 4. – С. 49–51.
4. Бохан Н. А., Воеводин И. В. Аддиктивное поведение подростков из дисфункциональных семей // Материалы Всероссийской конференции с международным участием / под ред. Н. А. Бохана. – Томск: ТГУ, 2003. – С. 135–140.
5. Бохан Т. Г. Культурно-исторический подход к стрессу и стрессоустойчивости: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / ГОУ ВПО «ТГУ». Томск, 2008. – 49 с.
6. Буторина Н. Е. Раннее наркологическое поведение при непсихотических формах резидуально-органического психосиндрома // Материалы всероссийской конференции с международным участием. – Томск, 2003. – С. 30–32.
7. Вострокнутов Н. В., Василевский В. Г. Патологическое агрессивное поведение детей и подростков. Комплексная оценка на этапах возрастного психического развития // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 2. – С. 12–19.

8. Гурьева В. А. Проблемы современной подростковой психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. — М., 2001. — С. 8—15.
 9. Гурович И. Я., Волошин В. М., Голланд В. Б. Актуальные проблемы детей психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — Т. 12, № 2. — С. 15—18.
 10. Джонгман Э., Бейли С. Информационное письмо европейской ассоциации судебных детских и подростковых психиатров и психологов (EFCAP) // Российский психиатрический журнал. — 2000. — № 2. — С. 68—71.
 11. Дмитриева Т. Б. Социальная психиатрия в детско-подростковом возрасте — клиническая реальность нашего времени // Российский психиатрический журнал. — 1999. — № 3. — С. 10—14.
 12. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Руководство по социальной психиатрии. — М.: Медицина, 2001. — 560 с.
 13. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков: руководство. — СПб.: Речь, 2003. — 391 с.
 14. Кривулин Е. Н. Клиническая типология и динамика депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у подростков (факторы риска, психиатрическая и наркологическая коморбидность, профилактика): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Томск, 2005. — 54 с.
 15. Масагутов Р. М. Клинико-психопатологические особенности агрессивного поведения несовершеннолетних на криминальном и докриминальном этапах: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2003. — 40 с.
 16. Ретюнский К. Ю. Энурез с затяжным течением: Современная теория. Принципы терапии. — Екатеринбург: Изд-во Урал, ун-та, 2002. — 234 с.
 17. Рыбалко М. И., Кузенкова Н. Н., Трешутин В. А. Поведенческие и пограничные психические расстройства у подростков / под. ред. В. Я. Семке. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. — 182 с.
 18. Рычкова Л. С. Клиническая типология школьной дезадаптации у детей с умственной отсталостью (клинико-психопатологические и социально-психологические аспекты): автореф. дис. ... д.м.н. — Томск, 2004. — 43 с.
 19. Семке В. Я. Превентивная психиатрия. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. — 403 с.
 20. Семаго Н. Я. Новые подходы к построению коррекционной работы с детьми с различными видами отклоняющегося развития // Дефектология. — 2000. — № 1. — С. 67—75.
 21. Сухотина Н. К. Нервно-психическое здоровье детей в аспекте школьной адаптации // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 4. — С. 34—38.
 22. Степанов В. Г. Психология трудных школьников. — М., 1988 — 207 с.
 23. Шевченко Ю. С., Северный А. А., Иовчук Н. М. Проблемы охраны психического здоровья детей и подростков // Журн. неврологии и психиатрии. — 1998. — Вып. 9. — С. 37—40.
 24. Шипицына Л. М. Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. — СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2002. — 496 с.
 25. Dahlberg L. L. Youth violence in the United States. Major trends, risk factors, and prevention approaches // Am. J. Prev Med. — 1998. — Vol. 14, № 4. — P. 259—272.
 26. Kumpulainen K., Rasanen E., Henttonen I. et al. Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children // Child Abuse Negl. — 1998. — Vol. 22, № 7. — P. 705—717.
 27. Grausz H. M., Pelucio M. T. Adolescent violence // Emerg. Med. Clin. North. Am. — 1999. — Vol. 17, № 3. — P. 595—602.
 28. Pratt H. D., Greydanus D. E. Adolescent violence: concepts for a new millennium // Adolesc Med. — 2000. — Vol. 11, № 1. — P. 103—125.
- Транслитерация русских источников*
1. Agarkov A.A., Glushko T.V., Pogorelova T.V. [Social adaptation of mentally retarded persons of pre-conscription and call-up age]. *Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk)* [Siberian Medical Journal]. 2006; 5: 72. (In Russ.).
 2. Agarkov A.A., Semke A.V., Pogorelova T.V., Glushko T.V. [Intellectual disturbances in adolescents of pre-conscription and call-up age]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; Suppl. 15. (In Russ.).
 3. Bokhan N.A., Voevodin I.V., Ivankina L.I. [Dynamic of addictive behavior structure among students of technical high schools between 1998 and 2001]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2001; 4: 49—51. (In Russ.).
 4. Bokhan N.A., Voevodin I.V. [Addictive behavior of adolescents from dysfunctional families] In: Bokhan N.A., editor *Materialy Vserossijskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem* [Materials of Russian Conference with international participation]. TSU, Tomsk, 2003; 135—140. (In Russ.).
 5. Bokhan T.G. [Cultural-historic approach to stress and stress resistance]. *Avtoref. dis. ... d-ra psihol.nauk* [Abstract of Doctor's thesis on Psychology]. Tomsk, 2008; 49 p. (In Russ.).
 6. Butorina N.E. [Early substance abuse behavior in non-psychotic forms of residual-organic psychosyndrome]. In: *Materialy Vserossijskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem* [Materials of Russian Conference with international participation]. Tomsk, 2003; 30—32. (In Russ.).
 7. Vostroknutov N.V., Vasilevsky V.G. [Pathological aggressive behavior of children and adolescents. Complex assessment at stages of age mental development]. *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2000; 2: 12—19. (In Russ.).
 8. Guryeva V.A. [Problems of modern adolescent psychiatry] Dmitrieva T.B., editor. Moscow, 2001; 8—15. (In Russ.).
 9. Gurovich I.Ya., Voloshin V.M., Golland V.B. [Relevant problems of children of psychiatric service in Russia]. *Sotsial'naja i klinicheskaja psikiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2002; 12(2): 15—18. (In Russ.).
 10. Jongman E., Bailey S. [Newsletter of European Association of Forensic Child and Adolescent Psychiatrists and Psychologists (EFCAP)]. *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2000; 2: 68—71. (In Russ.).
 11. Dmitrieva T.B. [Social psychiatry at childhood and adolescence: clinical reality of our time]. *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 1999; 3: 10—14. (In Russ.).
 12. Dmitrieva T.B., Polozhy B.S. [Guide for social psychiatry]. Medicina, Moscow, 2001. 560 p. (In Russ.).
 13. Isaev D.N. [Mental retardation in children and adolescents: Guide]. Rech, St. Petersburg, 2003. 391 p. (In Russ.).
 14. Krivulin E.N. [Clinical typology and dynamic of depressive reactions during penal disadaptation in adolescents (risk factors, psychiatric and substance abuse comorbidity, prevention)]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2005. 54 p. (In Russ.).
 15. Masagutov R.M. [Clinical-psychopathologic features of aggressive behavior of minors at criminal and pre-criminal stages]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of M.D. thesis]. Moscow, 2003. 40 p. (In Russ.).
 16. Retynsky K.Yu. [Enuresis with protracted course: Modern theory. Principles of therapy]. Publishing House of Ural University, Yekaterinburg, 2002. 234 p. (In Russ.).
 17. Rybalko M.I., Kuzenkova N.N., Treshutin V.A. [Behavioral and borderline mental disorders in adolescents] Semke V.Ya., editor. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2003. 182 p. (In Russ.).
 18. Rychkova L.S. [Clinical typology of school disadaptation in children with mental retardation (clinical-psychopathologic and social-psychological aspects)]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2004. 43 p. (In Russ.).

19. Semke V.Ya. [Preventive psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 1999. 403 p. (In Russ.).
20. Semago N.Ya. [New approaches to construction of corrective work with children with various kinds of deviant development]. *Defektologija* [Defectology]. 2000; 1: 67—75. (In Russ.).
21. Sukhotina N.K. [Neuropsychiatric health of children in the aspect of school adaptation]. *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 1999; 4: 34—38. (In Russ.).
22. Stepanov V.G. [Psychology of schoolchildren in the storm-and-stress period]. Moscow, 1988. 207 p. (In Russ.).
23. Shevchenko Yu.S., Severnyy A.A., Iovchuk N.M. [Problems of mental health care of children and adolescents]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 1998; 9: 37—40. (In Russ.).
24. Shipitsina L.M. [Learning-disabled child in family and society. Socialization of children with disturbance of intelligence]. Publishing House Didaktika Plyus, St. Petersburg, 2002. 496 p. (In Russ.).

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.895.4:618.3-055.2-02

ББК Р64-37-57

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ НА ОСНОВЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗОВАННОЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ

¹Никифорова Т. В. *, ¹Агаркова Л. А.,
²Счастный Е. Д.

¹ФГБУ НИИ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» СО РАМН
634063, Томск, ул. С. Лазо, 5

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

На основе анализа психического статуса 72 беременных женщин с потерей плода в анамнезе, оценки степени тяжести депрессивного расстройства, в условиях динамической стандартизированной регистрации уровня депрессии по 17-пунктовой шкале Гамильтона оценивалась эффективность когнитивной психотерапии, включающей релаксационные техники, работу с убеждениями, жизненными ориентирами, когнитивными картами. Выявлены факторы, влияющие на результативность психотерапевтических методов у женщин с проблемой невынашивания. **Ключевые слова:** депрессивное расстройство, степень тяжести, женщины с потерей плода в анамнезе, когнитивная психотерапия, респондеры, нон-респондеры, шкала депрессии Гамильтона.

EFFICACY OF COGNITIVE PSYCHOTHERAPY DURING PREGNANCY IN WOMEN WITH LOSS OF FETUS IN HISTORY BASED ON DYNAMIC STANDARDIZED ASSESSMENT OF THE LEVEL OF DEPRESSION. ¹Nikiforova T. V., ¹Agarkova L. A., ²Schastnyy E. D. ¹Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Institute SB RAMSci. Sergey Lazo's Street 5, 634063, Tomsk, Russia. ²Mental Health Research Institute SB RAMSci. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. Based on the analysis of mental status of 72 pregnant women with fetal loss in history, assessment of the severity of depressive disorders under conditions of dynamic standardized registration of level of depression on the Hamilton Depression Scale-17, assessment of effectiveness of cognitive therapy, including relaxation techniques, work with beliefs, life guidance, cognitive maps has been carried out. Factors influencing effectiveness of psychotherapeutic techniques used in women with miscarriage problem have been revealed. **Keywords:** depressive disorder, severity, women with history of fetal loss, cognitive therapy, responders, non-responders, Hamilton Depression Scale.

* Никифорова Татьяна Владимировна, врач-психотерапевт.
(83822)661949, 89138003016. tanvlad116@yandex.ru

Агаркова Любовь Аглеевна, проф., д.м.н., директор
ФГБУ «НИИАГП» СО РАМН

Счастный Евгений Дмитриевич, проф., д.м.н., зав.
отд. аффективных состояний, schastnyy@mail.tomsknet.ru

Введение. В современной психиатрии, как и в современном акушерстве, особое место занимают депрессивные расстройства периода беременности, которые встречаются от 9 до 38 % [3, 4, 6, 11]. Вопреки распространенному заблуждению, беременность не помогает женщине избавиться от депрессии [9]. Среди методов психотерапии, применяемых в настоящее время у пациентов с депрессивными расстройствами, приоритетными остаются недирективные методы лечения, так как пациенты обычно извлекают пользу только из тех истин, которые открывают сами [1]. На начальных этапах взаимодействия с пациентами, имеющими психическое расстройство, приоритет отдается рациональной психотерапии [5]. Поскольку данный вид психотерапии позволяет пациентам принять депрессивное состояние как временное явление, имеющее медицинскую природу, понять механизмы формирования депрессии и обсудить перспективы лечения. В дальнейшем при работе с депрессивными пациентами наиболее эффективным методом оказывается когнитивная терапия. Высокая результативность этого метода у депрессивных пациентов была доказана в рандомизированных клинических исследованиях [8, 10].

Целью настоящей работы явилась оценка эффективности когнитивной психотерапии у депрессивных беременных женщин с потерей плода в анамнезе.

Материал и методы. Проведена оценка актуального психического статуса у 72 женщин, наблюдающихся по беременности на базе ФГБУ НИИ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» СО РАМН с верифицированным депрессивным расстройством. Степень выраженности депрессивного расстройства в основной группе была следующей: легкая степень депрессивного расстройства регистрировалась у 46 пациентов (63,9 %), умеренная степень тяжести – у 26 (36,1 %). Средний возраст пациентов составил 27,9±4,1 года; средний возраст начала половой жизни у женщин – 18,4±2,2 года; средний возраст вступления в брак – 21,5±3,3 года. Семейное положение пациентов было следующим: 83,2 % были замужем, 16,9 % не состояли в официальном браке. Динамика психопатологической симптоматики оценивалась по 17-пунктовой шкале Гамильтона до исследования, на 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 14-й неделях, перед родами и после. Когнитивная психотерапия начиналась в сроке 16–20 недель беременности, продолжалась в течение 20 психотерапевтических сессий, Завершалась в раннем послеродовом периоде. Психотерапия включала в себя применение релаксационных техник, работу с формулой АВС, убеждениями, поиск центральных убеждений, работу с жизненными ориентирами, составление когнитив-

ных карт, применение опровергающих техник, выполнение и обсуждение домашних заданий [7]. В ситуациях неблагоприятного исхода беременности мы предлагали пациентам психотерапевтическую работу с потерей [2].

Результаты исследования и их обсуждение. Среди 72 беременных женщин, начавших когнитивную психотерапию, 15 её не закончили: у 3 беременных развилась тяжелая акушерская патология, 12 женщин завершили беременность потерей плода. Из 57 пациенток, получавших когнитивную психотерапию и завершивших ее, 31 (54,4 %) пациент отнесен нами к группе респондеров, 26 (45,6 %) пациенток оказались нонреспондерами.

Пациенты с легким депрессивным эпизодом с самого начала исследования с интересом отзывались на предлагаемые методы психотерапии, обсуждали и увлеченно выполняли домашнее задание. Беременные женщины с депрессивным эпизодом средней степени тяжести из-за выраженных когнитивных нарушений сомневались в эффективности предложенных методов терапии, благополучном исходе беременности и родов, способностях эффективно функционировать в послеродовом периоде. Они неохотно включались в психотерапевтический процесс лечения, забывали делать домашнее задание в соответствии с предлагаемыми когнитивными методиками.

На 3-й неделе исследования среди части пациенток со средней степенью тяжести мы заметили интерес к психотерапевтическим сессиям, они оценили эффект релаксационных мероприятий, начали искать ложные убеждения и приносить самоотчеты. Более явное ослабление депрессивных симптомов у пациенток с легким депрессивным эпизодом, позже отнесенных нами к респондерам, отмечалось к концу 4-й недели лечения. У пациенток-респондеров средний депрессивный балл по шкале Гамильтона к 4-й неделе исследования составил $9,9 \pm 3,1$ балла, что имело достоверную разницу с пациентами из группы нонреспондеров, не ответивших на психотерапию, где средний балл по шкале Гамильтона имел значение $14,4 \pm 4,3$ ($p < 0,0001$).

К 6-й неделе исследования в группе респондеров редуцировались самообвиняющие высказывания, идеи неполноценности и в целом когнитивный компонент депрессии, включающий снижение уровня затрудненного мышления, концентрации внимания и склонности к сомнениям. Пациенты увлеченно работали с когнитивными схемами и оспаривали ранее существовавшие ложные убеждения. Количество баллов уменьшилось до $7,3 \pm 1,8$, что достоверно отличалось от среднего балла в группе нонреспондеров $14,6 \pm 3,7$ ($p < 0,0001$). Перед родами в группе респондеров количество баллов со-

ставляло $4,9 \pm 2,7$, что достоверно отличалось от среднего депрессивного балла в группе нонреспондеров $17,4 \pm 3,7$ ($p < 0,0001$). Пациенты-респондеры к концу беременности умели контролировать тревогу при помощи релаксационных методик и ощущали радость от предстоящего материнства. Подобная тенденция сохранялась и в раннем послеродовом периоде, когда средний депрессивный балл в группе респондеров соответствовал показателю $4,4 \pm 3,1$, а в группе нонреспондеров имел значение $17,9 \pm 4,3$ ($p < 0,0001$).

На рисунке 1 представлена динамика депрессивной симптоматики внутри группы среди респондеров и нонреспондеров.

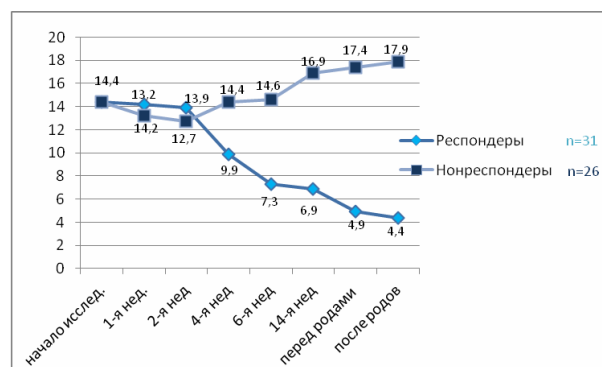


Рис. 1. Динамика депрессивной симптоматики внутри группы респондеров и нонреспондеров

Эмоциональное состояние пациенток-нонреспондеров оказалось чрезвычайно зависимым от наличия акушерской патологии и состояния плода. Пациенты фиксировались на акушерских проблемах, настаивали на частых исследованиях, позволяющих оценить плацентарные функции и результаты сердечной деятельности плода. Доминирующими жалобами являлись болезненные ощущения внизу живота и плохое общее самочувствие. Усилились когнитивные нарушения: снизился темп мышления, чаще стали возникать навязчивые мысли и опасения за исход беременности и родов, появились страхи родить неполноценного ребенка, появились фантазии о возможных травмах и уродствах у плода. Более выраженные депрессивные нарушения мы отмечали к концу 6-й недели исследования. Пациенты сообщали о незначительном эффекте релаксационных мероприятий, сомневались в эффективности предложенной психотерапии, настаивали на других психотерапевтических методах, в частности гипнотических методиках. При обсуждении этого желания некоторые из пациентов с неловкостью сообщали о поисках «альтернативных» методов лечения, в частности рассказывали о посещениях «бабушек» и других «целителей» с целью снятия «сглаза, порчи».

Пациентки-нореспондеры пропускали назначенные психотерапевтические сессии или отменяли их по телефону, ссылаясь на плохое самочувствие. Приходя на запланированную сессию, женщины больше акцентировались на многочисленных акушерских жалобах, пытались интерпретировать симптомы, просили объяснить полученные результаты анализов, оценить параметры плацентометрии и фетометрии, нежели на возможности поиска автоматических мыслей и связанных с ними убеждений. Подобное поведение пациенток в психотерапии осложняло проведение когнитивных психотерапевтических сессий, затрудняло дальнейшее планирование и требовало пересмотра психотерапевтической работы в пользу возвращения к использованию рациональных методов психотерапии с последующим применением когнитивных методов. В послеродовом периоде с пациентками, имеющими высокую выраженность депрессивной симптоматики, вновь обсуждались различные варианты лечения депрессивных расстройств, включая и медикаментозное лечение при условии прекращения лактации, но пациентки-нореспондеры, желая кормить грудью ребенка, отказывались от терапии, надеясь собственными силами вернуться в прежнее здоровое состояние, не применяя специфического лечения.

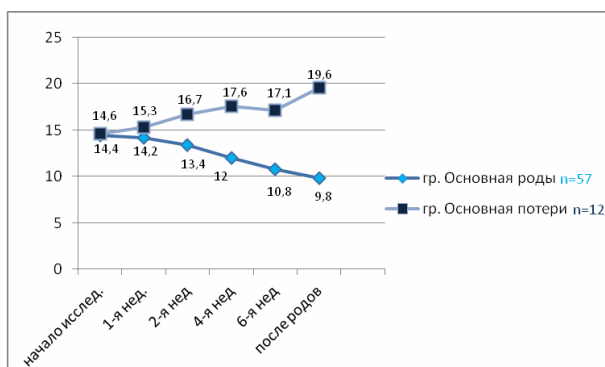


Рис. 2. Динамика депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона в основной группе пациенток (LSD-test)

Сравнивая динамику депрессивной симптоматики внутри группы, т. е. между подгруппой женщин, у которых беременность завершилась рождением ребенка, и подгруппой женщин, у которых наблюдалась потеря плода (рис. 2), видно, что в начале исследования достоверной разницы между данными подгруппами не наблюдалось. В подгруппе пациенток, родивших ребенка, средний депрессивный балл имел значение $14,4 \pm 3,9$, а в подгруппе пациенток, завершивших беременность потерей плода, средний балл по шкале Гамильтона соответствовал $14,6 \pm 2,5$ ($p > 0,05$).

Подобная тенденция наблюдалась вплоть до 2-й недели исследования, когда в подгруппе пациенток, родивших ребенка, наметилась тенденция к снижению среднего депрессивного балла до $13,4 \pm 4,1$, в то время как в подгруппе пациенток, завершивших беременность потерей плода, средний балл по шкале Гамильтона продолжил возрастать до $6,7 \pm 3,2$ ($p < 0,05$).

Со 2-й недели исследования в подгруппе родивших женщин происходило плавное снижение депрессивной симптоматики, к концу 4-й недели средний балл по шкале Гамильтона среди этих пациенток составил $12,0 \pm 4,3$. В то время как в подгруппе пациенток, завершивших беременность потерей плода, происходило увеличение депрессивной симптоматики с нарастанием среднего депрессивного балла до $17,6 \pm 4,0$ ($p < 0,0001$). Критерием эффективности терапии является снижение исходного балла HDRS-17 между 4-й и 6-й неделями более чем на 50 % от первоначального. Эффективность терапии отчетливо наблюдалась в группе пациенток, завершивших беременность рождением ребенка. В подгруппе женщин, потерявших ребенка, данного эффекта не наблюдалось, что указывало на неэффективность проводимой терапии. Сравнивая средний депрессивный балл между подгруппами на 6-й неделе исследования, следует отметить достоверную разницу между двумя подгруппами по данному исследуемому признаку: $10,8 \pm 4,7$ и $17,1 \pm 4,3$ ($p < 0,0001$). В послеродовом периоде мы наблюдали максимальную достоверную разницу между исследуемыми подгруппами. В подгруппе пациенток, родивших ребенка, средний депрессивный балл соответствовал значению $9,8 \pm 7,1$, в то время как в подгруппе потерь имел максимальное значение — $19,6 \pm 4,5$ ($p < 0,0001$), что соответствовало уровню средней и тяжелой депрессии среди пациентов этой подгруппы.

Проанализирована связь между степенью тяжести депрессивного расстройства и эффектом когнитивной терапии в подгруппах пациенток респондеров и нореспондеров (рис. 3).

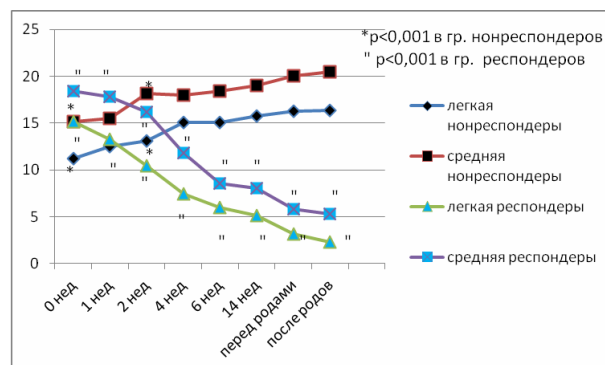


Рис. 3. Связь между степенью тяжести депрессивного расстройства и эффектом когнитивной терапии в подгруппах пациенток респондеров и нореспондеров

Пациентки-респондеры с легкой тяжестью депрессии быстрее отвечали на когнитивную психотерапию, чем пациентки-неспондеры, имеющие среднюю степень тяжести. Положительный эффект отчетливо проявлялся к концу 4-й недели терапии и продолжал сохраняться в раннем послеродовом периоде. Пациентки-респондеры со средней степенью тяжести лишь к концу 6-й недели психотерапии начинали показывать снижение депрессивной симптоматики на 50 %, данный эффект закреплялся к 14-й неделе терапии. Уровень депрессивной симптоматики внутри подгруппы респондеров всегда имел достоверную разницу ($p < 0,001$). В подгруппе нон-респондеров депрессивная симптоматика усиливалась на протяжении всего исследования и достигала максимального значения в раннем послеродовом периоде. Уровень депрессивной симптоматики внутри подгруппы нон-респондеров имел достоверную разницу в начале исследования и на 2-й неделе исследования ($p < 0,001$). Росту депрессивной симптоматики в данной подгруппе способствовало развитие акушерской патологии, которое объективно усугубляло состояние плода, требовало немедленной госпитализации, что незамедлительно сказывалось на эмоциональном состоянии наших пациентов. Поиск пациентами причинно-следственных связей между акушерской патологией и возможным негативным исходом беременности приводил к постоянной рефлексии и актуализации проблем потери плода в предыдущих беременностях. При проведении корреляционного анализа зарегистрированы положительные корреляционные связи между инкурабельностью угрозы прерывания беременности и усилением депрессивных симптомов ($R=0,36$, $p=0,04$), развитием гестоза и нарастанием депрессивной симптоматики ($R=0,63$, $p=0,01$), задержкой роста плода и усилением депрессивных переживаний ($R=0,41$, $p=0,03$).

Проанализированы факторы, влияющие на эффективность терапии у депрессивных пациенток исследуемой группы. Положительному эффекту когнитивной терапии способствовало более раннее начало психотерапии. При проведении корреляционного анализа выявлены отрицательные корреляционные связи между эффективностью психотерапии и таким критерием, как более раннее начало психотерапии при выявлении депрессивного расстройства ($R=-0,3$, $p=0,02$). Зафиксированы аналогичные взаимосвязи между эффективностью психотерапии и такими параметрами, как низкий паритет беременности ($R=-0,27$, $p=0,04$) и меньшее количество аборт в анамнезе ($R=-0,3$, $p=0,02$). Положительная корреляционная связь получена между эффективностью психотерапии и минимальным временным промежутком с момента предыдущей потери плода ($R=0,3$, $p=0,04$).

Выводы. Проведенное исследование позволяет судить об эффективности психотерапевтического лечения у беременных женщин с потерей плода в анамнезе. На положительный результат психотерапии влияет более раннее начало психотерапевтического лечения, меньший интервал времени, прошедший с момента предыдущей потери плода, низкий паритет беременности и меньшее количество абортов в анамнезе. Эффективность психотерапии зависит не только от степени депрессивного расстройства, но также и от наличия акушерской патологии, усугубляющей состояние плода. При нарастании депрессивной симптоматики и отсутствии эффекта от психотерапевтического лечения тяжесть депрессивного расстройства увеличивается и достигает максимального уровня в послеродовом периоде.

На основании полученных данных предложенный метод терапии можно оценить как эффективный способ при терапии депрессивного расстройства легкой и средней степени тяжести у беременных женщин с потерей плода в анамнезе, без выраженной акушерской патологии в условиях амбулаторного наблюдения. В ситуациях неблагоприятного исхода беременности психологическое сопровождение потери должно проводиться бережно и максимально использовать как возможности пациентов, так и ресурсы окружающего персонала.

Л и т е р а т у р а

1. Белялов Ф. И. Психические расстройства в практике терапевта. – М: МедПресс. – 2005. – 256 с.
2. Грин А. Психиатрия / пер с англ. – М.: Практика, 1998. – 485 с.
3. Добряков И. В., Колесников И. А. Депрессия в период беременности // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 7. – С. 87–89.
4. Дубницкая Э. Б. Проблемы клиники и терапии депрессий, связанных с репродуктивным циклом женщин // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 52–55.
5. Казенных Т. В., Семке В. Я. Психотерапевтическая коррекция в системе комплексного лечения больных эпилепсией // Бюллетень СО РАМН. – 2006. – № 1. – С. 90–95.
6. Куприянова И. Е., Захаров Р. И., Ефанова Т. С., Лисовская М. Я., Ротова И. А. Психическое здоровье беременных (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2 (71). – С. 80–84.
7. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии / пер. с англ. – СПб.: Речь, 2001. – 560 с.
8. Blackburn I. M., Bishop S., Glen A. I., Whalley L. J., Christie J. E. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination // Brit. J. Psychiatry. – 1981. – Vol. 139. – P. 181–189.
9. Cohen L. S., Altshuler L. L., Harlow B. L., Nonacs R., Newport D. J., Vigueria A. C. et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant medication // JAMA. – 2006. – Vol. 295. – P. 499–507.
10. Fitelson E., Kim S., Baker A.S., Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options // Int. J. Womens Health. – 2011. – Vol 3. – P. 1–14.

11. Gaynes B.N., Gavin N., Meltzer-Brody S. et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes // Evid. Rep. Technol. Assess. (Summ). – 2005. – Vol. 119. – P. 1–8.

Транслитерация русских источников

1. Belyalov F.I. [Mental disorders in practice of the therapist]. Publishing House "MedPress", Moscow, 2005. 256 p. (In Russ.)
2. Grin A. [Psychiatry]. Transl from English. Publishing house "Praktika", Moscow, 1998. 485 p. (In Russ.)
3. Dobryakov I.V., Kolesnikov I.A. [Depression in period of pregnancy]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2008; 7: 87–89. (In Russ.)
4. Dubnitskaya E.B. [Problems of clinic and therapy of depressions associated with reproductive cycle of women]. *Psihicheskie rasstrojstva v obshchej medicine* [Mental disorders in general medicine]. 2008; 1: 52–55. (In Russ.)
5. Kazennykh T.V., Semke V.Ya. [Psychotherapeutic correction in system of complex treatment of epileptic patients]. *Bulleten' SO RAMN* [Bulletin of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences]. 2006; 1: 90–95. (In Russ.)
6. Kupriyanova I.E., Zakharov R.I., Efanova T.S., Lisovskaya M.Ya., Rotova I.A. [Mental health of pregnant women (literature review)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 2(71): 80–84. (In Russ.)
7. McMullin R. [Practical training session on cognitive therapy]. Transl from English. Publishing House "Rech", St. Petersburg, 2001. 560 p. (In Russ.)

УДК 616.3:616.89(571.1)

ББК Р64+Р413

СТРУКТУРА СВЯЗЕЙ ПРИЗНАКОВ ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Сосновская Е. В.*

БУВО Ханты-Мансийского АО-Югры

«Ханты-Мансийская ГМА»

628011, Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 73

Омский НИЦ СО РАМН

С помощью опросника SF-36 проведен анализ состояния здоровья у жителей Западной Сибири, страдающих хроническими гастритом (n=225). Для группировки признаков здоровья использовали кластерный анализ и метод многомерного шкалирования. Установлено, что группировка показателей физического и психического здоровья по кластерам у пациентов, проходивших лечение в амбулатории, отличается от таковой у пациентов из стационаров. Показатели здоровья образуют многоуровневые кластеры со сложными взаимосвязями, структура которых четко реагирует на то, какой вид лечения требуется пациенту. Полученные результаты способствуют улучшению качества оценки состояния пациентов с хроническим гастритом и коррекции комплексного лечения этого заболевания. **Ключевые слова:** хронический гастрит, физическое и психическое здоровье, кластерный анализ, многомерное шкалирование, Западная Сибирь.

STRUCTURE OF ASSOCIATIONS OF SIGNS OF MENTAL AND PHYSICAL HEALTH IN PATIENTS WITH CHRONIC GASTRITIS. Sosnovskaya E. V. Hospital Therapy Department of Khanty-Mansiysk State Medical Academy. Roznin's Street 73, 628011, Khanty-Mansiysk, Russia. Omsk Research Center SB RAMSci. With use of SF-36 questionnaire analysis of state of health in residents of West Siberia suffering from chronic gastritis (n=225) has been carried out. For grouping of signs of health cluster analysis and method of multidimensional scaling were used. It has been found that grouping of indices of physical and mental health in clusters in outpatients differs from such one of inpatients. Indices of health form many-level clusters with complex interrelationships which structure responses clearly to the kind of treatment needed by the patient. Findings promote improvement of quality of assessment of state of patients with chronic gastritis and correction of complex treatment of this disease. **Keywords:** Chronic gastritis, physical and mental health, cluster analysis, multidimensional scaling, West Siberia.

Введение. Сравнительная оценка состояния здоровья и качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями верхнего отдела ЖКТ с помощью опроса и тестирования позволяет существенно дополнить клинические методы исследования. Показатели, отражающие состояние физического и психического компонентов здоровья, можно использовать для выявления глубинных, подчас скрытых связей между физическим и психоэмоциональным состоянием пациентов [4, 10, 11].

* Сосновская Евгения Валерьевна – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии. Тел./факс 8(3467)390088, evg-sosnovskaya@yandex.ru

Субъективные проявления есть не что иное, как отражение состояния объективных процессов и явлений в сознании человека. У каждого индивида на базе его психологического образа внутренней среды организма формируется определенное, объективно обусловленное психологическое пространство восприятия, в котором субъективно фиксируются различные проявления болезни по принципам схожести или различия [2].

Для анализа субъективного восприятия болезни уже давно применяется метод многомерного шкалирования (ММШ) [1]. Это один из способов исследования структуры и снижения размерности пространства переменных, который визуализирует в пространстве небольшой размерности (от одного до трех измерений) структуру корреляций между исходными переменными [8].

Входная информация для задачи многомерного шкалирования – сведения о попарных сходствах или связях анализируемых объектов, а выходная – приписанные каждому из объектов числовые значения координат в некоторой вспомогательной (найденной в процессе решения) координатной системе. В многомерном шкалировании основными данными являются меры близости [3].

Еще большую доказательность при множественном сравнении приобретает сочетанное использование ММШ и кластерного анализа [3]. Кластеризация – это классификация объектов на основе их сходства друг с другом, когда принадлежность обучающих объектов каким-либо классам не задаётся. ММШ – это математический инструмент, который позволяет изобразить сходства и различия объектов в пространственной карте. Кластерный анализ и ММШ объединяет графическое представление полученного решения [3].

Однако литературный поиск не выявил работ, посвященных анализу связей компонентов состояния здоровья пациентов с хроническим гастритом, проживающих в Западной Сибири. Отсутствие подобных исследований ограничивает наши представления о внутренней организации связей между показателями, характеризующими состояние здоровья больных с хроническими воспалительными заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Цель работы: с помощью методов многомерного шкалирования и кластерного анализа выявить скрытые взаимосвязи компонентов физического и психического здоровья пациентов с хроническим гастритом, проходивших лечение в амбулаториях и стационарах Западной Сибири.

Материал и методы. На базе различных муниципальных амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений Омска и Омской

области, Тюмени и Тюменской области, Ханты-Мансийского АО выполнено исследование-опрос, которое включило 225 пациентов с хроническим гастритом, проходивших лечение в амбулаториях (группа I) и стационарах (группа II) Западной Сибири. Кроме того, пациентов делили по полу, возрасту и длительности проживания в данной местности.

Состояние физического и психического здоровья пациентов оценивали с применением опросника SF-36. Результаты представлялись в виде баллов по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывала на лучшее состояние здоровья [12].

Анализировались связи следующих показателей:

1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей).

2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

3. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

4. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

5. Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

7. Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества).

8. Mental Health (MH) – оценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных показателя – физический компонент здоровья (PH, шкалы 1–4) и психический компонент (MH, шкалы 5–8). Статистическую обработку полученного материала осуществляли с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 8.0 (StatSoft, Inc), согласно современным требованиям к проведению анализа медицинских данных [5, 9].

Корреляционные матрицы были получены с помощью теста по Спирмену. Для оценки внутренних связей и распределения признаков физического и психического здоровья по группам использовали кластерный анализ и метод многомерного шкалирования [1, 6].

Результаты. В результате корреляционного анализа были получены матрицы, которые затем использовались для кластерного анализа и создания матриц расстояний, необходимых для ММШ и определения внутренней структуры связей показателей здоровья у пациентов, проходивших лечение амбулаторных и стационарных условиях.

У пациентов I и II групп выявлена отрицательная корреляционная связь между возрастом пациентов и показателями здоровья. Пол пациентов и срок их проживания в Западной Сибири с показателями здоровья стохастически не связаны (табл. 1, 2).

Таблица 1

Корреляционные связи показателей здоровья, возраста, пола и срока проживания у пациентов с хроническим гастритом, проходивших лечение в амбулаториях

Показатель	Возраст	Пол	Срок проживания
Возраст	1,0	-	0,23
Пол	-	1,0	-
Срок проживания	0,23	-	1,00
PF	-0,54	-0,14	-
RP	-0,48	-	-
BP	-0,31	-0,20	-
GH	-0,60	-	-0,13
VT	-0,52	-0,13	-
SF	-0,41	-0,30	-
RE	-0,45	-	-
MH	-0,38	-0,27	-
RH	-0,25	-	-
Mh	-0,47	-0,18	-

Примечание. В таблицах 1 и 2 представлены только статистически значимые связи при $p < 0,05$ (коэффициент корреляции Спирмена – мера линейной связи между случайными величинами – r). Жирным шрифтом показаны средние связи ($0,50 \leq r < 0,70$), без выделения – слабые ($r < 0,50$).

Таблица 2

Корреляционные связи показателей здоровья, возраста, пола и срока проживания у пациентов с хроническим гастритом, проходивших лечение в стационарах

Показатель	Возраст	Пол	Срок проживания
Возраст	1,00	0,25	-
Пол	0,25	1,00	-0,14
Срок проживания	-	-0,14	1,00
PF	-0,75	-0,30	-0,15
RP	-0,69	-0,22	-
BP	-0,18	-0,34	-0,19
GH	-0,47	-0	-
VT	-0,39	-0,20	-
SF	-0,32	-0,25	-0,15
RE	-0,74	-0,20	-
MH	-0,39	-0,28	-
RH	-0,57	-0,26	-
Mh	-0,65	-0,23	-

Примечание. Жирным курсивом отмечены сильные связи ($r \geq 0,70$), жирным шрифтом – средние связи ($0,50 \leq r < 0,70$), без выделения – слабые ($r < 0,50$) статистически значимые.

Для объективного сравнения корреляционных матриц и внутренних связей изученных признаков физического и психического здоровья пациентов нами применялось сочетанное использование кластерного анализа и ММШ. Фактически проводилось наложение результатов, полученных с помощью иерархического кластерного анализа (рис. 1а, 2а), на карту, полученную с помощью методов многомерного шкалирования (рис. 1б, 2б). Результат наложения свидетельствовал о том, что с помощью кластерного анализа выделялись объекты (признаки здоровья), расположенные рядом и реально соответствующие действительности. Наиболее ярко такое соответствие проявлялось при исследовании группы пациентов с хроническим гастритом, лечившихся в амбулатории (рис. 1А, Б).

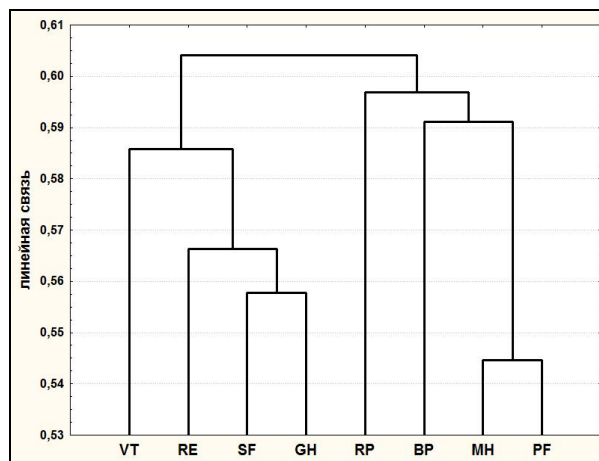


Рис. 1А

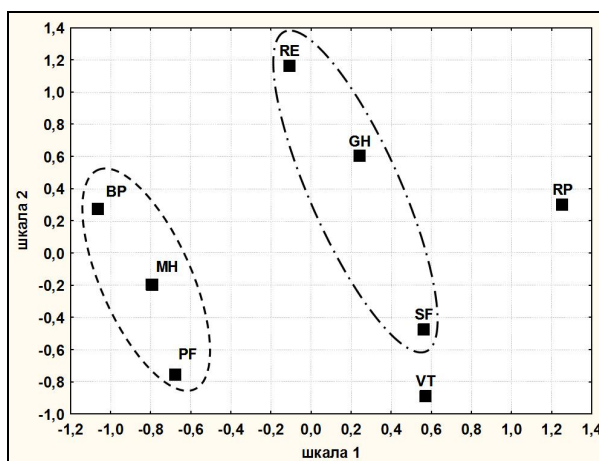


Рис. 1Б

Рис. 1. Результаты иерархического кластерного анализа (А) и многомерного шкалирования (Б) показателей физического и психического здоровья пациентов с хроническим гастритом, проходивших (на момент опроса) лечение в амбулатории

На диаграммах рассеяния Шепарда, которые являются графиком зависимости воспроизведенных расстояний от исходных расстояний

между признаками здоровья, большинство точек располагалось вблизи ступенчатой линии (рис. 3А, Б). Это свидетельствовало о том, что найденная при ММШ двумерная конфигурация (рис. 1Б и 2Б) вполне адекватна исходным данным.

Обсуждение. Полученная при кластерном анализе и подтвержденная многомерным шкалированием группировка признаков физического и психического здоровья позволяет утверждать, что при хроническом гастрите у пациентов, проходивших лечение в амбулатории, отличается от группировки признаков пациентов из стационаров.

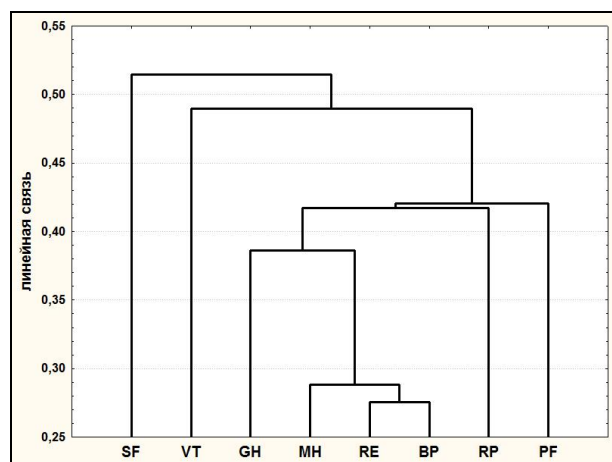


Рис. 2А

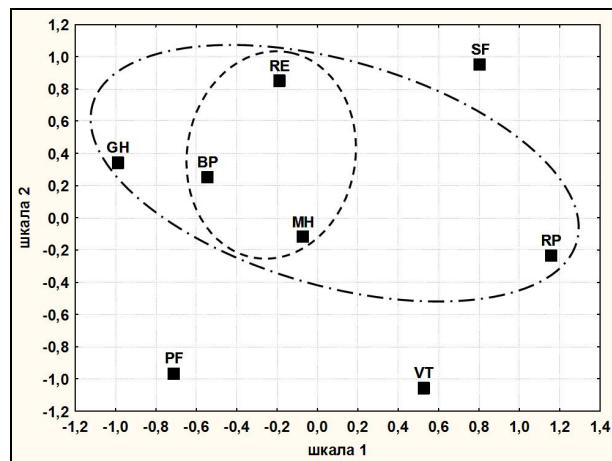


Рис. Б

Рис. 2. Результаты иерархического кластерного анализа (А) и многомерного шкалирования (Б) показателей физического и психического здоровья пациентов с хроническим гастритом, проходивших (на момент опроса) лечение в стационаре

По структуре эти группировки (кластеры) не соответствуют простому делению на признаки физического (PF, RP, BP, GH) и психического (VT, SF, RE, MH) здоровья. То есть выявляется скрытая связь признаков физического и психического здоровья, которую трудно было уловить при простом сравнении признаков.

Так, у амбулаторных пациентов выявлено два не связанных кластера – (BP, MH, PF) и (RE, GH, SF) (рис. 1). У пациентов стационара в составе одного кластера близко связанных признаков (BP, MH, RE, GH, RP) выявлялся самостоятельный кластер (BP, MH, RE) (рис. 2). Эти кластеры содержали показатели как физического, так и психического здоровья.

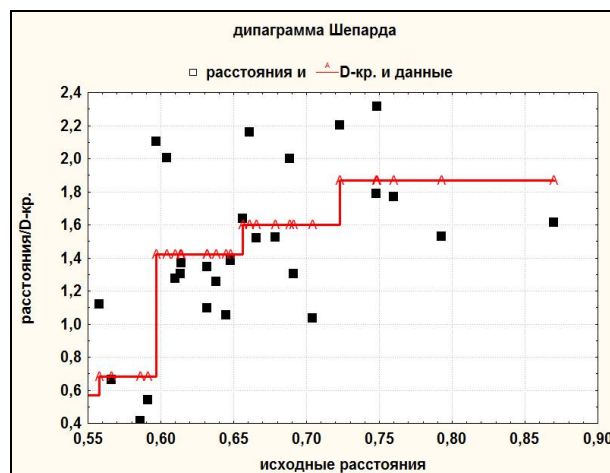


Рис. 3А

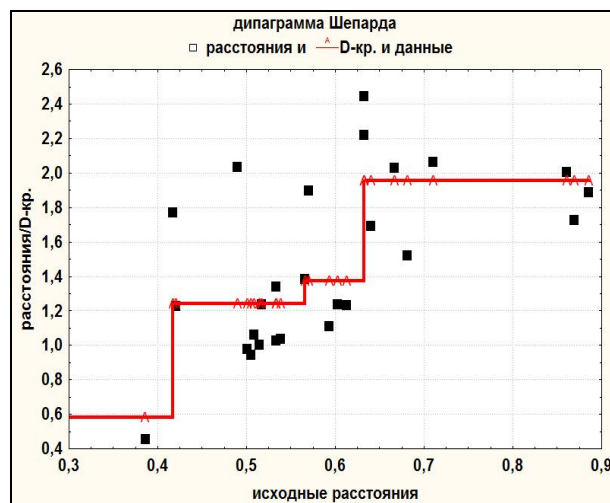


Рис. 3Б

Рис. 3. Графики зависимости воспроизведенных расстояний от исходных расстояний при многомерном шкалировании: А – амбулаторные пациенты, Б – пациенты стационаров

Например, у амбулаторных пациентов в кластере (BP, MH, PF) интенсивность боли (BP) располагалась рядом с оценкой психического здоровья (MH) и физического функционирования (PF). В кластере (RE, GH, SF) влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE) соседствовало с общим состоянием здоровья (GH) и социальным функционированием (SF). У пациентов стационаров, наряду с вышеуказанными, выявлялись и другие связи: в кластере (BP, MH, RE) интенсивность боли (BP) располагалась рядом с оценкой психического

го здоровья (МН) и влиянием эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE). Кроме того, этот кластер (BP, МН, RE) входил в состав более крупного кластера, в котором были еще показатели общего состояния здоровья (GH) и влияния физического состояния на ролевое функционирование (RP). Наиболее изолированными от остальных в группе I были показатели жизнеспособности (VT) и влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP), а в группе II – социального функционирования (SF), физического функционирования (PF) и жизнеспособности (VT).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что признаки физического и психического здоровья у пациентов с хроническим гастритом тесно взаимосвязаны, образуют многоуровневые кластеры, а структура этих скрытых взаимосвязей четко реагирует на то, какой вид лечения требуется пациенту – амбулаторный или стационарный уровень. Полученные результаты позволят улучшить качество оценки состояния пациентов с хроническим гастритом и будут способствовать осуществлению коррекции схем комплексного лечения этого заболевания в амбулатории и стационаре.

Л и т е р а т у р а

1. Дейвисон М. Многомерное шкалирование. – М., 1988. – 204 с.
2. Дубровский Д. И. Проблема идеального. Субъективная реальность. – Москва, Канон, 2002. – 368 с.
3. Костенко С. А. Технология применения многомерного шкалирования и кластерного анализа // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 11. – С. 927–930.
4. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Изд. Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.
5. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002. – 305 с.
6. Симчера В. М. Методы многомерного анализа данных: учеб. пособие. – М.: Финансы и статистика, 2008. – 400 с.
7. Сосновская Е. В., Николаев Н. А., Федосеева Н. Н. Фармакоэкономические аспекты лечения жителей Западной Сибири с хроническими заболеваниями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. – Ханты-Мансийск; Тюмень; Омск: Омская областная типография, 2011. – 184 с.
8. Терехина А. Ю. Анализ данных методами многомерного шкалирования. – М.: Наука, 1986. – 168 с.
9. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / пер. с англ. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
10. Харченко Н. В. Клиническая гастроэнтерология / под ред. Н. В. Харченко. – Киев: Здоров'я, 2000. – 448 с.
11. Шевченко Ю. Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России // Мед. новости. – 2001. – № 4. – С. 51–52.
12. Ware J. E., Gandek B. The IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project // International Journal of Mental Health. – 1994. – V. 23, N 2. – P. 49–73.

Транслитерация русских источников

1. Davison M. [Multidimensional scaling]. Moscow, 1988. 204 p. (In Russ.).
2. Dubrovsky D.I. [Problem of ideal. Subjective reality]. Publishing House "Kanon", Moscow, 2002. 368 p. (In Russ.).
3. Kostenko S.A. [Technology of use of multidimensional scaling and cluster analysis]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Basic Research]. 2012; 11: 927–930. (In Russ.).
4. Novik A.A., Ionova T.I. [Guide on research of quality of life in medicine]. Publishing House "Neva", St. Petersburg, Publishing House "OLMA-PRESS Zvezdnyj mir", 2002. 320 p. (In Russ.).
5. Rebrova O.Yu. [Statistical analysis of medical data. Use of applied programs kit STATISTICA]. Publishing House "MediaSfera", Moscow, 2002. 305 p. (In Russ.).
6. Simchera V.M. [Methods of multidimensional analysis of data: tutorial]. In: *Finansy i statistika* [Finances and Statistics], Moscow, 2008. 400 p. (In Russ.).
7. Sosnovskaya E.V., Nikolayev N.A., Fedoseeva N.N. [Pharmacoeconomic aspects of treatment of residents of West Siberia with chronic diseases of upper part of gastrointestinal tract]. Omsk Regional Typography, Omsk, 2011. 184 p. (In Russ.).
8. Terekhina A.Yu. [Analysis of data with methods of multidimensional scaling]. Publishing House "Nauka", Moscow, 1986. 168 p. (In Russ.).
9. Fletcher R., Fletcher S., Wagner E. [Clinical epidemiology. Bases of evidence-based medicine]. Transl. from English. Publishing House "MediaSfera", Moscow, 1998. 352 p. (In Russ.).
10. Kharchenko N.V., editor [Clinical gastroenterology]. Publishing House "Zdorov'ja", Kiev, 2000. 448 p. (In Russ.).
11. Shevchenko Yu.L. [Concept of research of quality of life in healthcare of Russia]. *Med. Novosti* [Medical News]. 2001; 4: 51–52. (In Russ.).

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-071.1:343.261.1]-053.6

ББК p648+Ю948

ПРОЕКТИВНЫЕ И ОПРОСНИКОВЫЕ МЕТОДЫ В КОНТЕКСТЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Назарова И. А.^{*}, Аболонин А. Ф.,
Стоянова И. Я., Бохан Т. Г.

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

В статье обсуждаются возможности применения проективной психодиагностики в пенитенциарных условиях. В экспериментально-психологическом обследовании участвовали 155 подростков, находящихся в воспитательной колонии. Применялись методики «Рисунок человека» и опросник Басса-Дарки. Использовалась статистическая обработка результатов. Выявлены психологические особенности подростков, значимые при организации психологической помощи. **Ключевые слова:** пенитенциарные условия, несовершеннолетние правонарушители, психологические особенности, проективные и опросниковые психодиагностические методы.

PROJECTIVE AND QUESTIONNAIRE METHODS IN CONTEXT OF INVESTIGATION OF ADOLESCENTS UNDER PENAL CONDITIONS. Nazarova I. A., Aboloni A. F., Stoyanova I. Ya., Bokhan T. G. Mental Health Research Institute SB RAMSci. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. In the article possibilities of application of projective psychodiagnostics under penal conditions are discussed. 155 adolescents at juvenile correctional facility have participated in experimental-psychological examination. Draw-A-Man Test and Bass-Darky Test were applied. Statistical processing of results was used. Psychological traits of adolescents significant during organization of psychological help have been revealed. **Keywords:** penal conditions, juvenile delinquents, psychological traits, projective and questionnaire psychodiagnostic methods.

Введение. При работе с людьми, находящимися в местах лишения свободы, необходимо учитывать особое отношение испытуемых к психологическому обследованию. Это проявляется в оборонительной позиции, когда испытуемые пытаются предугадать, чем может угрожать информация, которую они предоставят психологу [3]. В данной ситуации проективные методы работы являются основными. Их использование позволяет получить достоверную

информацию [2]. В отличие от вербальных методов психодиагностики проективные методы позволяют рассмотреть целостный образ человека [10]. По представлениям Э. Ваша, термин «проективный рисунок» определяется как нечто большее, чем выразительные движения и подсознательное отражение. Он рассматривается как внутреннее содержание, выраженное посредством рисовальных движений, которые состоят из 5 элементов в различном соотношении: изученные когнитивные схемы, изначальные или трансформированные признаки и символы графической коммуникации, выразительные движения, личное толкование индивидуальной реальности, а в некоторых случаях – следы бессознательного отражения [5].

Проективные методы диагностики характеризуются замаскированностью тестирования для испытуемого, а также глобальным подходом к оценке личности. Проективные методы считаются особенно эффективными при выявлении скрытых, латентных или неосознаваемых сторон личности. К проблемам, связанным с интерпретацией результатов исследования с помощью методов проективной диагностики, относятся следующие. В отличие от тестов интеллекта или способностей при проективной диагностике практически невозможно полностью унифицировать и стандартизовать не только анализ и интерпретацию результатов, но даже и саму процедуру исследования. Конкретизируя список недостатков проективных методик, А. Анастаси обращает внимание на следующие моменты: недостаточная стандартизованность проведения и подсчета показателей, недостаточная объективность процедур подсчета и интерпретации показателей, зависимость результатов от мастерства диагноста, отсутствие нормативных данных [1]. Подавляющее большинство опубликованных работ по валидации проективных методик не позволяет сделать однозначных выводов. Это может объясняться как сложностью самого процесса «проецирования», так и тем, что многие методики уже после своего создания были переосмыслены с точки зрения проективной психологии. При применении проективных методов работы необходимо также учитывать специфику и особенности испытуемых, так как в различных социальных слоях одни и те же явления могут восприниматься по-разному [6].

Исходя из этого, **целью** нашего исследования стало изучение личностных особенностей несовершеннолетних правонарушителей с зависимостью от ПАВ, находящихся в условиях ограничения свободы, с помощью проективного метода в сравнении с опросником, измеряющим проявления агрессии.

^{*} Назарова Ирина Анатольевна – м.н.с. отд. аддиктивных состояний. Тел.: (3822)444780, redo@mail.tomsknet.ru
Аболонин Алексей Фёдорович – к. м. н., с.н.с. отд. аддиктивных состояний. Тел.: (382)444780, redo@mail.tomsknet.ru
Стоянова И. Я., д.п.н., проф, рук. группы медицинской психологии. Тел.: (3822)721979, redo@mail.tomsknet.ru

Материал исследования. В психологическом обследовании участвовали 155 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 19 лет (средний возраст составлял $16,1 \pm 0,9$ года), находящихся в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей. Выборка проводилась на основании наличия у подростка зависимости или указания на злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе.

При изучении социально-демографических характеристик семей подростков установлено, что в полной семье воспитывались 29,33 % испытуемых. Условия воспитания по типу гипопеки выявлены в 44,67 % случаев, бессистемное воспитание – в 25,33 %. Материальный уровень семей оценивался испытуемыми как низкий. У родителей подростков отмечалось злоупотребление алкоголем. Запойная форма употребления алкоголя отцом имела место в 71,3 %, матерью – в 28 % случаев. На момент обследования 78 % подростков имели неполное среднее образование, 18 % подростков получили начальное образование, 2,6 % закончили 11 классов, 1,3 % получали средне-специальное образование.

Таким образом, в ходе исследования выяснено, что дисгармоничные типы семейного воспитания, алкоголизация родителей, низкий социально-экономический статус семей являются факторами, оказывающими влияние на проявление асоциальных тенденций и формирование зависимости от ПАВ у подростков.

Учитывая особенности выборки исследования, при выборе методов психодиагностики мы руководствовались тем, что они должны быть просты в исполнении. Рисуночные методы, выявляя определённые графические феномены, позволяют опосредованно диагностировать психическое состояние, что может оказать значительную помощь в профилактике агрессивного и суицидального поведения, а также групповых эксцессов [7].

При проведении психологического обследования данной категории подростков использована проективная методика «Рисунок человека» (Венгер А. Л., 2003). Для определения структуры и выраженности агрессивных и враждебных реакций, а также сопоставления психологических характеристик, полученных с помощью проективного метода, использована методика «Опросник Баса-Дарки». Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов математической статистики с привлечением компьютерных программ.

Первым этапом интерпретации изображений человека стало изучение его размера и расположения на листе. У большинства обследуемых (61,36 %) рисунок имеет уменьшенный размер (уменьшенным можно считать изображение человека, занимающее по высоте менее 1/3 лис-

та) и располагающееся где-нибудь с края листа (у 56,81 %) (рис. 3, в оригинале располагается в угловой части листа и имеет маленький размер). Подобное изображение человека может свидетельствовать о депрессии, неприспособленности, чувстве незащищенности, а также высокой личностной тревожности. Полученные данные можно интерпретировать как состояние субдепрессии или снижение настроения.

При обилии рисунков небольшого размера также встречаются большие, громоздкие по размеру (рис. 1) фигуры (14,78 %), по-видимому, выражающие слабый внутренний контроль и экспансивность. Только у 23,86 % испытуемых размер рисунка был средним.

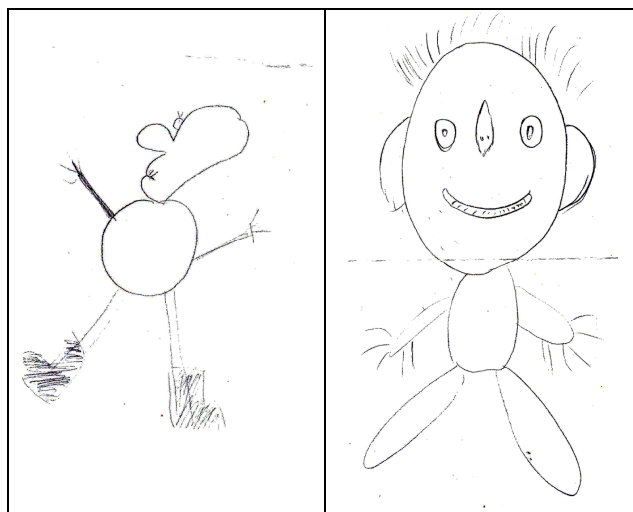


Рис. 1. Рисунки двух подростков

Примечание. Представленные два рисунка подростков соответствуют развитию 5- и 7-летних детей. Из них 17-летний подросток Н. осужден по ст. 161, ч. 2 (грабёж, совершенный группой лиц), 16-летний подросток Д. осужден по ст. 111, ч. 2 (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью с особой жестокостью)

Далее был произведен анализ особенностей рисунка человека, который отражает некоторую общую возрастную тенденцию, объясняющуюся индивидуальным опытом, уровнем художественных способностей и другими причинами (Венгер А. Л., 2003). Количественная оценка уровня выполнения задания «Рисунок человека» была получена на основе одновременного учета как способа изображения, так и числа имеющихся основных и второстепенных деталей, а также связанности и пластичности изображения. При наличии перечисленных признаков максимальное количество баллов составляло 32, минимальное – 0 баллов. Установлено, что уровень изобразительного искусства в 14,8 % случаев соответствует возрасту от 3 до 7 лет (рис 1). Уровень развития не соответствовал возрастной норме, находился в пределах от 8 до 10 лет в 34,1 % случаев, от 11 до 13 лет – 21,59 %. Только 29,5 % рисунков соответ-

ствовали возрастным нормам. Высокий процент отставания от возрастной нормы может быть связан с умственной отсталостью, органическим поражением мозга, задержкой психического развития, педагогической запущенностью, психическим заболеванием [8, 9]. При этом необходимо учитывать, что одна методика недостаточна для подобных утверждений. Требуется провести более подробное исследование состояния когнитивной сферы с применением специализированных методов психодиагностики.

Следующим шагом стало изучение способа изображения человека. Рисунок человека в большинстве случаев выполнен в фас. Признаки демонстративности (подробно изображены элементы одежды, причёска, аксессуары и т. п.) наблюдались в 62,5 % рисунков. Акцентирование на штриховке всей нарисованной фигуры или ее отдельной части имело в 29,55 % рисунков, что характеризует тревожное состояние авторов. Ослабленный нажим наблюдался в 35,23 % рисунков, что свидетельствует о недостаточной уверенности в себе и часто встречается у пассивных, застенчивых людей. Проявление ригидных черт нашло отражение в 28,4 % рисунков, которые выражаются в обилии однообразных деталей (в навязчивом повторении одного и того же узора на одежде), в повышенной тщательности и аккуратности рисунка. Признаки инфантильности (обилие дополнительных деталей) выявлены в 13,6 % рисунков. О выраженности тревожных и демонстративных черт у аддиктивных подростков, находящихся в местах лишения свободы, свидетельствуют ранее проведённые исследования [11].

При анализе такого параметра, как пол изображенного персонажа, было обнаружено, что в 51,14 % рисунков был изображен человек мужского пола, в 4,55 % – фигура женского пола, в 44,35 % рисунков пол изображенной фигуры было определить невозможно (рис. 1).

В целом рисунки, в которых отсутствуют признаки, определяющие пол персонажа, характерны для раннего подросткового возраста. Они свидетельствуют о несформированности половой идентификации. В случаях точной половой идентификации акцентирование сексуальной сферы присутствовало в 42,9 % рисунков, что является типичным для подросткового возраста.

В некоторых рисунках можно выделить специфическую особенность изображения человека, в которых нос (как деталь, связанная с половой идентификацией) был нарисован не совсем традиционным способом (изображен в виде фаллического символа).

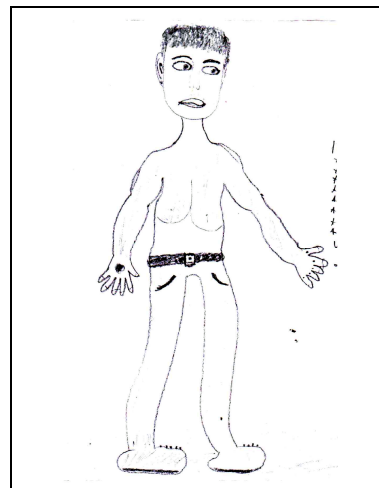


Рис. 2. Рисунок осуждённого К., 17 лет

Выполненный рисунок свидетельствует о высокой значимости сексуальной сферы при несформированности половой идентификации. Осужден по ст. 158 ч. 2 (кража)

Согласно представлениям ряда исследователей, испытывающий сексуальные проблемы подросток, вероятнее всего, будет акцентироваться на таких символах, как галстук, карманы или ширинка брюк, и т. п. Для подростков данной группы детали мужской атрибутики, связанные с «офисной» и «джентльменской» одеждой, не приемлемы.

В настоящем исследовании встречаются рисунки, в которых мужская грудь изображается подобно женской (рис. 2). По нашему представлению, это свидетельствует о несформированной половой идентификации и проявлении эмоциональной незрелости.



Рис. 3. Выражение агрессии и асоциальности на рисунках обследуемых подростков

Рисунки двух подростков 17 и 18 лет. Первый подросток осужден по ст. 158 ч. 3 (кража с незаконным проникновением в жилище), второй подросток осужден по ст. 162 ч. 2 (разбой, совершенный группой лиц)

Далее нами рассмотрен способ изображения отдельных частей человеческого тела, которые отражают устойчивые личностные особенности. Слабые, короткие, плохо прорисованные ноги выявлены в 15,9 % изображений, что наблюда-

ется при выраженной неуверенности, слабости, ощущении никчемности, состоянии упадка духа. Спрятанные за спиной или засунутые в карманы руки изображены в 10,2 % рисунков, что интерпретируется как признак отказа от общения с окружением [12].

При выполнении задания по стандартной инструкции испытуемые в 23,86 % случаев конкретизировали изображаемый персонаж. Это были изображение инопланетянина, монстра, заключенного, военного, шута и других персонажей. Данное обстоятельство может свидетельствовать о том, что подростки играют соответствующую роль в коллективе, а изображение пьяницы, наркомана, преступника, представителя власти говорит о наличии антисоциальных тенденций.

Учитывая особенности контингента обследуемых, в ходе анализа рисунков акцент сделан на характеристиках агрессивности и проявлении асоциальных тенденций. Принимая во внимание многогранность проявлений агрессивности, сначала мы оценивали ее только как способность причинить вред другим людям (рис. 3). Физическая агрессия подростков нашла отражение в 34,09 % выполненных рисунков (изображение кулака, руки, поднятые вверх, закрашенные или подчеркнутые кисти рук, уменьшенный размер головы, изображение оружия). Кроме того, о внутреннем состоянии агрессии и враждебности свидетельствует выражение лица, недружелюбно-угрюмое выражение встречалось в 14,8 % изображений. При анализе других аспектов агрессивного поведения обнаружено 14,7 % изображений с яркими проявлениями вербальной агрессии. Данное обстоятельство проявлялось соответствующим изображением формы рта (рис. 3). Сильное подчеркивание ушей выявлялось в 63,64 % изображений, что характерно для людей, придающих особое значение тому, что о них говорят. Это свидетельствует о выраженности такой агрессивной реакции, как подозрительность по отношению к окружающим. У 8 % испытуемых персонаж был нарисован в профиль, что является выражением негативизма.

В рисунке человека асоциальность проявляется, прежде всего, в том, что резко нарушены стандартные нормы изображения, определяется пренебрежение к социальным нормам, нарушение социальной иерархии (рис. 4, рис. 1).

По мнению А. Л. Венгера, любое упоминание элементов антиобщественного поведения в рисунке служит признаком антисоциальных тенденций. Это люди, которые в целях получения необходимого внимания окружающих нарушают социальные нормы. У обследуемых подростков подобные тенденции выявлены в 35,2 % случаев.

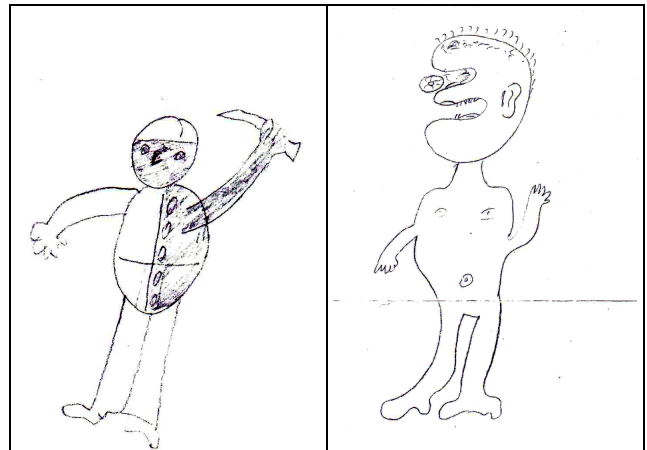


Рис. 4. Рисунок осужденного подростка, 17 лет
Выполненный рисунок свидетельствует о высокой степени асоциальности и оппозиционности

Изображение курящего человека (рис. 3) рассматривается как проявление оппозиционных и антисоциальных тенденций, поскольку существует запрет на курение на основной территории колонии (рис. 4).

При использовании опросника Баса-Дарки получены высокие показатели по шкалам: «физическая агрессия», «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины».

При сравнении результатов данных методик с помощью непараметрического критерия корреляции Спирмена обнаружены следующие взаимосвязи. Установлена корреляционная взаимосвязь между рисунками, в которых излишне подчеркнуты уши, и шкалами Баса-Дарки, включая негативизм ($r=-0,32$) и подозрительность ($r=-0,22$). Эти данные подтверждают интерпретацию рисуночного теста в качестве излишней озабоченности тем, что о тебе говорят окружающие. Также выявлены взаимосвязи между размещением рисунка на листе и индексами враждебности ($r=-0,27$) и подозрительности ($-0,33$). Эти особенности интерпретируются как депрессивные признаки.

Мужская половая принадлежность персонажа взаимосвязана с косвенной агрессией ($r=0,24$) и раздражительностью ($r=0,22$). Видимо, по представлениям испытуемых, человек мужского пола отличается несдержанностью в проявлении своих агрессивных тенденций.

Анализ проявлений в рисунках признаков органического поражения головного мозга позволил выявить взаимосвязь с таким параметром опросника, как косвенная агрессия. Данная корреляция объясняется недостаточной способностью контролировать собственные негативные эмоции, которые выявляются в экспрессивных действиях, непосредственно реализующиеся в окружении.

В проведенном исследовании получены новые данные о взаимосвязи такого параметра, как изображение пояса в рисунке, и вербальной агрессии ($r=-0,26$). Учитывая классическую интерпретацию данной детали одежды, можно предположить, что у несовершеннолетних правонарушителей сексуальное напряжение трансформируется в вербальную форму агрессивного поведения.

Обобщая результаты психологического исследования и социально-демографические характеристики условий воспитания подростков, находящихся в колонии, следует отметить, что неблагоприятные условия воспитания, алкоголизация родителей, низкий социально-экономический уровень семьи являются факторами риска формирования различных вариантов аддиктивных расстройств.

Использование проективной методики «Рисунок человека» позволило выявить психологические особенности подростков, включая склонность к депрессивным реакциям, подозрительность, несформированность половой идентификации. Выявляется высокий процент подростков с отставанием от возрастной нормы, агрессивными и асоциальными проявлениями.

Проведенный корреляционный анализ рисуночного теста и опросника, направленного на выявление агрессивных и враждебных реакций, показал высокий уровень совпадения результатов, полученных с их помощью. Полученные результаты необходимо учитывать при создании программ психологической помощи подросткам, находящимся в пенитенциарных условиях.

Л и т е р а т у р а

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2002. – 688 с.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г. и др. Этнокультуральные различия клинко-психологических взаимосвязей при алкогольной зависимости: возможности пиктографической идентификации // Психотерапия. – 2011. – № 9. – С. 55–60.
3. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г. и др. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 6. – С. 9–14.
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. Вайш З. Валидизация экспертной системы анализа проективных рисунков [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (18). – URL: <http://medpsy.ru>
6. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: Владос-пресс, 2003. – 160 с.
7. Диденко А. В., Писарев О. М. Пиктограмма как метод исследования мышления осужденных // Вестник ТГПУ. – 2005. – № 1. – С. 103–105.
8. 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: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>.
9. Мандель А. И., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Гусев С. И., Назарова И. А. Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2006. – Т. XII, № 1. – С. 63–67.
10. Севостьянов Д. А. Философские аспекты графической диагностики // Вестник БФУ им. И. Канта. – 2010. – № 6. – С. 50–57.
11. Семке В. Я., Гусев С. И., Снигирева Г. Я., Аболонин А. Ф., Аксенов М. М., Бохан Н. А. и др. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в 2-х томах / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. – Москва; Томск; Кемерово, 2007. – Т. 1. – 576 с.; Т. 2. – 544 с.
12. Шляпникова И. А. Проективные методы психодиагностики: учебное пособие / под ред. Е. Л. Солдатовой. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2005. – 71 с.

Транслитерация русских источников

1. Anastazi A., Urbina S. [Psychological testing]. Publishing House "Piter", St. Petersburg, 2002. 688 p. (In Russ.).
2. Bokhan N.A., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G. et al. [Ethnocultural differences of clinical-psychological interrelationships in alcohol dependence: possibilities of pictographic identification]. *Psihoterapija* [Psychotherapy]. 2011; 9: 55–60. (In Russ.).
3. Bokhan N.A., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G. et al. [Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in aboriginal population of Siberia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named of S.S. Korsakov]. 2013; 6: 9–14. (In Russ.).
4. Bokhan T.G., Tverdokhlebova N.V. [Problems of formation of identity in adolescents during formation of beer addiction]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University]. 2012; 6: 126–130. (In Russ.).
5. Vashsh Z. [Validation of expert system of projective drawing analysis]. *Medicinskaja psihologija v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2013; 1(18): URL: <http://medpsy.ru> (In Russ.).
6. Venger A.L. [Psychological drawing tests: Illustrated guide]. Publishing House "Vladost-press", Moscow, 2003. 160 p. (In Russ.).
7. Didenko A.V., Pisarev O.M. [Pictogram as a method of investigation of thought of the convicts]. *Vestnik TGPU* [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University]. 2005; 1: 103–105. (In Russ.).
8. Kupriyanova I.E., Karaush I.S., Dashiyeva B.A. [Features of suicidal behavior of children and adolescents with disabilities]. *Medicinskaja psihologija v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2013; 2(19): URL: <http://medpsy.ru> (In Russ.).
9. Mandel A.I., Bokhan N.A., Aboloni A.F., Gusev S.I., Nazarova I.A. [Social-psychological determinants of delinquent forms of behavior in addictive states]. *Voprosy mental'noj mediciny i jekologii* [Issues of mental medicine and ecology]. 2006; XII(1): 63–67. (In Russ.).
10. Sevostyanov D.A. [Philosophical aspects of graphic diagnostics]. *Vestnik BFU im. I. Kanta* [Baltic Federal University named of I. Kant]. 2010; 6: 50–57. (In Russ.).
11. Semke V.Ya., Gusev S.I., Snigireva G.Ya., Aboloni A.F., Axenov M.M., Bokhan N.A. et al. [Penal psychology and psychopathology: guide in 2 volumes]. Dmitrieva T.B., Semke V.Ya., Kononets A.S., editors. Moscow, Tomsk, Kemerovo, 2007; 1: 576 p.; 2: 544 p. (In Russ.).
12. Shlyapnikova I.A. [Projective methods of psychodiagnostics: tutorial]. Soldatova E.L., editor. Publishing House of South-Ural State University, 2005; 71 p. (In Russ.).

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89:616.83-053.2(571.54)

ББК Р64+Р733

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИИ

Дашиева Б. А. *

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

В статье представлены основные результаты исследования детей и подростков с инвалидизирующими расстройствами, проживающих в Республике Бурятия и обучающихся в школе социальной адаптации детей-инвалидов, выявлены этнокультуральные различия в структуре психических расстройств и психологическом профиле учащихся. **Ключевые слова:** дети-инвалиды, этнокультуральные исследования, психические расстройства.

MENTAL HEALTH OF DISABLED CHILDREN IN REPUBLIC OF BURYATIYA. Dashiyeva B. A. Health Research Institute SB RAMSci. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. The main results of the study of children and adolescents with disabling disorders residing in the Republic of Buryatiya and taught at school of social adaptation for children with disabilities have been presented; ethnocultural differences in the structure of mental disorders and psychological profile of schoolchildren have been identified. **Keywords:** children with disabilities, ethnocultural studies, mental disorders.

Введение. В связи с наметившейся в Российской Федерации тенденцией к росту инвалидности среди детско-подросткового контингента и связанными с этим проблемами психической адаптации и реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (Макушкин Е. В., 2006; Баранов А. А., 2010), а также значимостью проблемы сохранения психического здоровья детей и подростков как будущего нации (Иовчук Н. М., Северный А. А., 2007; Шевченко Ю. С., 2009) актуальными являются реабилитационные и транскультуральные аспекты данной области исследований, включая исследования в смежных областях, активно задействованных в процесс реабилитации данной категории граждан, а именно сферы специального коррекционного образования, социального обеспечения и здравоохранения (Семке В. Я. и др., 2007, 2011; Куприянова И. Е. и др., 2011; Liptak G. S., 2004, 2005; Vargus-Adams J., 2005; Maulik P. K., Harbour C. K., 2010; Wintrob R., 2012).

Целью проведенного нами исследования стала оценка состояния психического здоровья детей и подростков – инвалидов детства и исследование механизмов формирования у них психических расстройств с разработкой реабилитационных стратегий с учетом этнокультуральных особенностей.

Материалы и методы. Исследование психического здоровья детей-инвалидов реализовано в экспедиционном режиме в период с 2008 по 2013 г. Объем выборки составил 350 детей и подростков в возрасте от 12 до 18 лет, обучающихся в школе социальной адаптации детей-инвалидов г. Улан-Удэ Республики Бурятия, из которых 197 человек – лица русской национальности и 153 человека – лица бурятской национальности. В общее количество обследованных вошло 232 мальчика (66,3 %) и 118 девочек (33,7 %).

По характеру инвалидизирующего заболевания, послужившего причиной оформления инвалидности, учащиеся были разделены на три группы: 1-я группа («дизонтогенетическая») – инвалидность получена вследствие врожденных пороков развития и нарушений развития, проявившихся в раннем возрасте, 2-я группа («соматопсихоневрологическая») – вследствие соматических и психоневрологических расстройств, 3-я группа («посттравматическая») – инвалидизирующие заболевания вследствие травм и заболеваний с высоким витальным риском.

Использованные при реализации исследования методы – *клинический* (наблюдение, клинико-биографический метод, клиническое психиатрическое обследование), *психологический* (диагностика эмоциональных нарушений – выявление уровня тревожности и депрессии, суицидального риска, изучение копинг-стратегий, выявление этнофункциональных расхождений, изучение качества жизни), *статистический* – позволили получить большой массив разноплановых данных, отражающих различные аспекты психического состояния и функционирования детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), а также представителей микросоциального окружения.

Критериями отбора детей и подростков в группу с клиническими формами пограничных нервно-психических расстройств являлись: 1) наличие психического расстройства, удовлетворяющего следующим рубрикам МКБ-10: невротические расстройства, связанные со стрессом (F4); аффективные расстройства (F3); эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся преимущественно в детском и подростковом возрасте (F90); экзогенно-органические непсихотические расстройства (F06.4–F06.9, F07); расстройства психоло-

* Дашиева Баирма Антоновна, к. м. н., с. н. с. отделения профилактической психиатрии, тел. (3822)723824, e-mail: bairma2009@mail.ru

гического развития (F8) и легкая умственная отсталость (F70); 2) возраст 12–18 лет.

Обсуждение результатов. Выявлена высокая распространенность психических расстройств у детей и подростков с ОВЗ – 74,6 % (261 человек): 71,3 % (102 человека) – в дизонтогенетической, 77,9 % (116 человек) – в соматопсихоневрологической и 74,1 % (43 человека) – в посттравматической группах.

Ведущее место в клинической структуре психических расстройств в целом по группе детей и подростков, обучающихся в школе, занимает группа расстройств, связанных с органическим поражением головного мозга и легкая умственная отсталость экзогенного генеза (F06–07 – 47,1 %, F70 – 1,9 %). Второе место заняли специфические расстройства развития речи (F80 – 15,3 %) и расстройства психологического развития (F83–84 – 11,5 %). Третье ранговое место принадлежит невротическим расстройствам (F41–42) – 22,2 %. На четвертом – поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детском и подростковом возрастах (F9 – 3,8 %). Значимые межгрупповые различия выявлены по таким психическим расстройствам, как специфические расстройства развития речи (F80) и расстройства психологического развития (F83), встречающиеся с большей частотой у детей и подростков из дизонтогенетической группы.

Распространенность психических расстройств в группе учащихся русской национальности составляла 72,6 %, в группе учащихся бурятской национальности – 77,1 %. При сравнении групп учащихся по этническому признаку расстройства развития (F84.8) чаще встречаются у русских в дизонтогенетической группе ($p < 0,05$). Специфические расстройства развития речи у учащихся бурятской национальности чаще отмечаются в дизонтогенетической группе ($p < 0,05$) по сравнению с соматопсихоневрологической.

Сочетанная психическая патология имела у каждого пятого ученика с психическими расстройствами, чаще выявляемая в дизонтогенетической и соматопсихоневрологической группах.

Психологический статус детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями характеризуется высокими показателями тревожности, критическим уровнем депрессии, наличием маркеров суицидального риска и преобладанием неэффективных копинг-стратегий. Уровень личностной тревоги является высоким в 20 % случаев либо повышенным в 53 % случаев во всех патогенетических группах вне зависимости от этнического признака. В этнической группе русских, в отличие от бурят, обнаружены значимые различия по половому признаку – более высокий уровень тревоги у девочек по сравнению с мальчиками ($p \leq 0,05$). Уровень эмоцио-

нального неблагополучия в обеих этнических группах является критическим. Более высокие показатели получены у бурят по сравнению с русскими по суммарному баллу ($p \leq 0,01$). В этнической группе бурят, в отличие от русских, выявлены значимые различия по половому признаку по шкалам «негативное настроение» ($p \leq 0,05$) и «неэффективность» ($p \leq 0,01$), которые выше у девочек.

В структуре суицидального риска, безотносительно различий по половому признаку, обнаружено значимое преобладание в группе бурят по показателю «наличие суицидальных мыслей» ($p = 0,057$), а в группе русских подростков – по показателю «возможность с кем-либо разделить свои беды» ($p = 0,052$).

Большинство учащихся (респондентов) в обеих этнических группах пользуются неадаптивными стратегиями совладания со стрессом во всех сферах. Учащиеся бурятской национальности чаще используют адаптивные стратегии в поведенческой сфере – выявлены значимые различия по адаптивной стратегии альтруизм ($p = 0,064$), более выраженные в группе девочек ($p = 0,05$). Учащиеся русской национальности чаще используют адаптивные стратегии в эмоциональной сфере – получены значимые различия по относительно адаптивной стратегии эмоциональная разгрузка ($p = 0,052$). Из менее предпочитаемых стратегий в поведенческой сфере у русских отмечается адаптивная стратегия обращение ($p = 0,012$), а в когнитивной сфере менее предпочитаемой является неадаптивная стратегия растерянность ($p = 0,022$). У бурят менее предпочитаемой является стратегия пассивной кооперации ($p = 0,022$). Исходный уровень качества жизни имел более низкие значения ($p < 0,01$) по параметру физического функционирования в группе с инвалидизирующими заболеваниями вследствие травм ($36 \pm 2,5$) по сравнению с дизонтогенетической ($51,5 \pm 3,9$).

С целью систематизации данных нами была разработана шкала интегративной оценки психического здоровья и уровня психосоциальной адаптации, включающая клиническое и психопатологическое обследование; анализ признаков, оказывающих воздействие на психическое здоровье детей, влияние этнокультуральных факторов; степень ограничений функционирования в социально-бытовой сфере. Оценка каждого из признаков имела биномиальный характер и основывалась на данных, полученных в результате клинического и психопатологического исследования детей и подростков с ОВЗ, изучения социодемографических данных, социально-психологических характеристик и этнокультурных особенностей микросоциальной среды исследуемого контингента, к которой отнесены родители и педагоги.

С помощью разработанной шкалы интегративной оценки проведен сравнительный анализ статуса психосоциальной адаптации. Выделены 3 группы по уровню психосоциальной адаптации и состоянию психического здоровья. 1-я – здоровые в психическом отношении и максимально адаптированные к инвалидизирующему заболеванию или адаптированные как к инвалидизирующему, так и к сочетанному психическому нарушению – 19,1 % (67 учащихся). 2-я группа – лица с напряжением адаптационных процессов, что проявляется в частичной адаптации к инвалидизирующему заболеванию, к имеющемуся психическому расстройству или расстройствам – 56,6 % (198 учеников); 3-я группа – лица со срывом адаптационных механизмов, имеющие нервно-психические расстройства клинического уровня в виде невротических, поведенческих и эмоциональных расстройств и нарушений психологического развития – 24,3 % (85 учащихся).

На основании полученных шкалированных данных в группах детей, выделенных в соответствии с природой нарушений функционирования, построен профиль психосоциальной адаптации, позволяющий индивидуализировать программу медико-психологического реабилитационного вмешательства, эффективность которого оценивалась по изменению клинического статуса и оценке качества жизни. Улучшение качества жизни достигнуто по параметрам: физическое ($p < 0,05$) и эмоциональное ($p < 0,05$) функционирование.

Заключение. Таким образом, при исследовании психического здоровья детей-инвалидов русской и бурятской национальностей выявлен высокий уровень распространенности психических расстройств с этническими различиями в структуре психических нарушений и психологическом профиле учащихся. Ведущие позиции в нозологической структуре занимают расстройства, связанные с органическим поражением головного мозга, и легкая умственная отсталость экзогенного генеза, специфические расстройства развития речи и расстройства психологического развития, невротические расстройства и поведенческие и эмоциональные расстройства с началом в детском и подростковом возрастах. Психологическое состояние детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями характеризуется высокими показателями тревожности, критическим уровнем депрессии, наличием маркеров суицидального риска и преобладанием неэффективных копинг-стратегий. Разработанные программы системной медико-психологической реабилитации детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями, построенные с учетом этнокультурных особенностей, являются востребованными и достаточно эффективными, что находит свое

отражение в изменении клинического статуса и повышении показателей качества жизни детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями.

Л и т е р а т у р а

1. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация европейских и российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков) // А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. С. Намазова-Баранова, Л. М. Сухарева, А. Г. Ильин, И. К. Рапорт, Е. А. Антонова, В. Ю. Альбицкий, И. В. Звездина, В. В. Чубаровский, Н. В. Соколова, А. А. Сергеева. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. – 54 с.
2. Иовчук Н. М., Северный А. А. К проблеме дидактогенных расстройств у школьников // Ассоциация детских психиатров и психологов, Московский городской психолого-педагогический университет, Научный центр психического здоровья РАМН (Москва) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2007 (7). – № 2. – С. 9–17.
3. Макушкин Е. В. Совершенствование и модернизация психиатрической помощи детскому населению страны // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 4. – С. 4–7.
4. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Шушпанова Т. В. Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107, № 3. – С. 78–77.
5. Куприянова И. Е., Семке В. Я., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – 203 с.
6. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Актуальные вопросы и перспективы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения процессов обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник ТГПУ. – 2011. – № 10. – С. 107. –110.
7. Шевченко Ю. С. Клиническая оценка детской психической патологии в современных классификациях // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 4. – С. 29.
8. Kupriyanova I. E., Dashiyeva B. A., Karaush I. S. Mental Health State of Children with Disabilities and Principles of Rehabilitation // Pediatrics Research International Journal. – Vol. 2014 (2014). – Article ID 149505, DOI: 10.5171/2014.149505
9. Liptak G. S., Accardo P. J. Health and social outcomes of children with cerebral palsy // J. Pediatr. – 2004. – Vol. 145, N 2. – S36–41.
10. Liptak G. S. Complementary and alternative therapies for cerebral palsy // Mental Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. – 2005. – Vol. 11, N 2. – P. 156–363.
11. Maulik P. K., Harbour C. K. Epidemiology of Intellectual Disability // J. H. Stone, M. Blouin [editors] / International Encyclopedia of Rehabilitation. – Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/144–2010>
12. Vargus-Adams J. Health-related quality of life in childhood cerebral palsy // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2005. – Vol. 86, N 5. – P 940–945.
13. Wintrob R. The future of cultural psychiatry: Dimensions and perspectives // The 3rd World Congress of Cultural Psychiatry (9–11 March 2012). World Cultural Psychiatry Research Review. – 2012. – Vol. 7, Suppl. 1. – S1–S149.

Транслитерация русских источников

1. [Strategy "Health and development of adolescents of Russia" (harmonization of European and Russian approaches to theory and practice of health care and health strengthening of adolescents)] A.A. Baranov, V.R. Kuchma, L.S. Namazova-Baranova, L.M. Sukhareva, A.G. Il'in, I.K. Rapoport, E.A. Antonova, V.Yu. Al'bitsky, I.V. Zvezdina, V.V. Chubarovsky, N.V. Sokolova, A.A. Sergeeva. Scientific Center of Health of Children of RAMSci, Moscow, 2010. 54 p. (In Russ.).
2. Iovchuk N.M., Severnyy A.A. [To the problem of didactic disorders in schoolchildren]. Association of Child Psychiatrists and Psychologists, Moscow City Psychological-Pedagogical University, Mental Health Scientific Center of RAMSci (Moscow). *Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov* [Issues of Mental Health of Children and Adolescents]. 2007; 7(2): 9–17. (In Russ.).
3. Makushkin E.V. [Improvement and modernization of psychiatric help for child population of the country]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2006; 4: 4–7. (In Russ.).
4. Semke V.Ya., Kupriyanova I.E., Shushpanova T.V. [Mental health of population of Siberia and Far East]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2007; 107(3): 78–77. (In Russ.).
5. Kupriyanova I.E., Semke V.Ya., Dashiyeva B.A., Karaush I.S. [Mental health of children with special educational needs]. Publishing house "Ivan Fedorov", Tomsk, 2011. 203 p. (In Russ.).
6. Kupriyanova I.E., Dashiyeva B.A., Karaush I.S. [Relevant issues and perspectives of psychological-pedagogical and medico-social support of the processes of education and upbringing of children with disabilities]. *Vestnik TGPU* [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University]. 2011; 10: 107. –110. (In Russ.).
7. Shevchenko Yu.S. [Clinical assessment of child mental pathology in modern classifications]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2009; 4: 29. (In Russ.).

УДК 613.83:616.89-008.441.13(571.12)

ББК Р645.021.11-35

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ КОРЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА

¹Савченко М. Е., ²Балашов П. П.,³Плотников Е. В.¹Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого АО Салехард, ул. Республики, д. 72,²ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России 634050, Томск, Московский тракт, 2³Томский политехнический университет Томск, пр. Ленина, 30

Проведен сравнительный анализ течения алкогольной зависимости у больных коренной национальности, проживающих на территории Ямало-Ненецкого автономного округа. **Материалы и методы.** Исследовано 50 пациентов (принадлежащих к коренным народам Севера) и 85 пациентов (пришлое население) с диагнозом «синдром алкогольной зависимости». В качестве показателей сравнения использовали: средний возраст начала употребления спиртных напитков, продолжительность первой стадии алкоголизма, разовая и суточная толерантность к алкоголю, средний возраст появления запоев, средний возраст первой госпитализации и их количество, длительность ремиссий и варианты алкогольного опьянения. **Результаты.** Установлено более злокачественное течение заболевания у больных коренной национальности по всем исследованным параметрам. **Ключевые слова:** алкогольная зависимость, коренные народы Севера.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF ALCOHOL DEPENDENCE OF INDIGENOUS PEOPLES IN NORTHERN SIBERIA. ¹Savchenko M. E., ²Balashov P. P., ³Plotnikov E. V. ¹Healthcare Department of Yamal-Nenets Autonomous Okrug. Republic's Street 72, 629008, Salekhard, Russia. ²Siberian State Medical University. Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia. ³Tomsk Polytechnic University. Lenin's Avenue, 30, 634050, Tomsk, Russia. Comparative analysis of alcohol dependence syndrome of population in Yamal-Nenets Autonomous District has been carried out. **Materials and methods.** All examined patient were divided into two groups: 50 patients (belonging to the indigenous peoples of the northern Siberia) and 85 patients (not indigenous peoples). Mean age of onset of alcohol consumption, duration of the first stage of alcoholism, alcohol tolerance, mean age of the onset of drinking bouts, mean age of the first and total number of hospitalizations, length of remission and type of intoxication were used as indices of comparison. **Results.** More malignant course of alcohol dependence syndrome of indigenous peoples in northern Siberia, according to all investigated parameters was revealed. **Keywords:** alcohol dependence, indigenous peoples of the northern Siberia.

* Савченко Михаил Евгеньевич, зам. директора Департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого АО. Раб. тел.: 3492240387. Мобильный тел.: +79224601723. sav_me@bk.ru savchenko-me@dpr.yamalzdraz.ru.

Плотников Евгений Владимирович, к. х. н., инженер кафедры физической и аналитической химии. тел.: +73822563320; факс: +7-3822563320; com.: 89528861086; e-mail: plotnikov.e@mail.ru

Введение. Многими авторами подчёркивалось наиболее злокачественное течение алкоголизма именно у коренных народов Крайнего Севера [2, 3]. Данная проблема по-прежнему актуальна в связи с тяжестью негативных социальных последствий алкоголизма. В данной работе акцент сделан на сравнительном анализе широкого ряда клинических показателей алкоголизма и динамики алкоголизма в двух группах больных: основной – коренные национальности; контрольной – пришлое население.

Материалы и методы. В данной работе было обследовано 135 зарегистрированных больных алкоголизмом возрасте от 16 до 60 лет. Из них к основной исследуемой группе (коренные национальности Севера) было отнесено 50 пациентов, в контрольную группу (пришлое население) отобрано 85 пациентов. В ходе исследования ретроспективно изучались и статистически обрабатывались данные анамнеза. В качестве показателей сравнения использовали следующие: средний возраст начала употребления спиртных напитков, продолжительность I стадии алкоголизма, разовая и суточная толерантность к алкоголю, средний возраст появления запоев, средний возраст первой госпитализации и их количество, длительность ремиссий и варианты алкогольного опьянения.

Результаты и обсуждение. Установлено (табл. 1), что пациенты основной группы начали употреблять спиртные напитки раньше, чем пациенты контрольной группы ($16,26 \pm 1,75$ и $19,0 \pm 1,7$ года). Средний возраст регулярного употребления алкоголя пациентами коренной национальности так же был меньше, чем у пациентов контрольной группы ($20,55 \pm 2,39$ и $25,3 \pm 1,56$ года). Выявлено, что в основной группе средняя продолжительность I стадии алкоголизма от начала систематического приёма алкоголя до формирования абстинентного синдрома составила $2,06 \pm 1,09$ года, что достоверно меньше, чем в контрольной группе ($4,8 \pm 0,98$ года).

Выявлено, что алкогольный абстинентный синдром сформирован у пациентов основной группы в значительно более раннем возрасте ($22,61 \pm 3,30$ года) в сравнении с аналогичным показателем у пациентов контрольной группы ($30,1 \pm 2,34$ года), что является одним из признаков раннего начала II стадии алкоголизма.

При сравнении значений разовой толерантности к алкоголю обнаружено, что у пациентов основной группы этот показатель составил $0,63 \pm 0,49$ литра 40 % алкоголя, что оказалось несколько меньше, чем у пациентов в контрольной группе ($1,27 \pm 1,76$ литра 40 % алкоголя).

Ещё более выраженной оказалась разница при сравнении суточной толерантности к алкоголю: у пациентов основной группы этот показатель составил $3,48 \pm 1,76$ литра 40 % алкоголя, что меньше, чем в контрольной группе ($8,9 \pm 1,2$ литра 40 % алкоголя).

Т а б л и ц а 1
Показатели формирования алкогольной зависимости по группам обследованных ($p < 0,05$)

Среднее значение	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=85)
Средний возраст, лет		
начала употребления спиртных напитков	$16,26 \pm 1,75$	$19,0 \pm 1,73$
регулярного употребления алкоголя	$20,55 \pm 2,39$	$25,3 \pm 1,56$
появления палимпсестов	$25,61 \pm 1,94$	$31,7 \pm 1,84$
появления амнезий	$27,81 \pm 2,56$	$33,5 \pm 1,82$
трансформации опьянения	$23,58 \pm 1,61$	$34,3 \pm 3,84$
формирования ААС	$22,61 \pm 3,30$	$30,1 \pm 2,34$
появления запоев	$26,94 \pm 2,95$	$32,6 \pm 10,54$
Продолжительность ААС	$8,10 \pm 2,59$	$5,2 \pm 11,58$
Кол-во запоев в месяц	$1,71 \pm 0,74$	$6,7 \pm 20,60$
Средняя продолжительность запоев	$5,35 \pm 1,56$	$8,56 \pm 44,79$
Средняя продолжительность I стадии алкоголизма, лет	$2,06 \pm 1,09$	$4,8 \pm 0,98$
Максимальная разовая толерантность к алкоголю, литры 40 % алкоголя	$0,63 \pm 0,49$	$1,27 \pm 1,76$
Максимальная суточная толерантность к алкоголю, литры 40 % алкоголя	$3,48 \pm 1,76$	$8,9 \pm 1,20$
Время достижения Толерантности, лет	$1,52 \pm 0,57$	$3,47 \pm 12,85$
Средний возраст, лет		
появления палимпсестов	$25,61 \pm 1,94$	$31,7 \pm 11,84$
появления амнезий	$27,81 \pm 2,56$	$33,5 \pm 11,82$
трансформации опьянения	$23,58 \pm 1,61$	$34,3 \pm 13,84$
первой госпитализации	$30,00 \pm 3,25$	$35,9 \pm 11,80$
Среднее количество		
госпитализаций	$3,32 \pm 2,30$	$3,3 \pm 2,51$
ремиссий	$1,61 \pm 0,62$	$6,6 \pm 18,43$
алкогольных психозов	$1,94 \pm 0,68$	$0,4 \pm 0,02$
Средняя длительность максимальной ремиссии	$44,48 \pm 2,74$	$23,7 \pm 8,11$

Проведённый анализ вариантов алкогольного опьянения (рис. 1) показал, что у пациентов основной группы доминирующими вариантами опьянения являются дисфорический (34,0 %), эксплозивный (28,0 %), менее представлены депрессивный (10,0 %), эйфорический (10,0 %) и эпилептоидный (8,0 %) варианты алкогольного опьянения.

Среди пациентов контрольной группы чаще встречаются эйфорический (21,1 %) и депрессивный (18,8 %) варианты, несколько уступают им эксплозивный (17,6 %) и дисфорический (12,9 %) варианты.

Среди пациентов основной группы практически в 2 раза чаще диагностирован дисфорический вариант алкогольного опьянения, когда вместо эйфории с самого начала возникает злобно-мрачное настроение с желанием «разрядиться» на окружающем. Находясь в состоянии алкогольного опьянения, они пристают к посторонним людям, задирают их, наносят побои, иногда жестокие, в драке звереют.

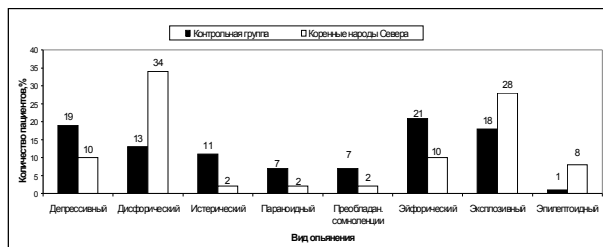


Рис. 1. Варианты алкогольного опьянения в исследованных группах пациентов

Значительная часть случаев приходится на эксплозивную форму, когда на фоне слабо выраженной эйфории спонтанно или по малозначительному поводу возникают вспышки недовольства, раздражения и злости. Это зачастую приводит к бытовому криминалу. Напротив, истерический вариант алкогольного опьянения у пациентов основной клинической группы наблюдался почти в 5 раз реже (2,0 %), чем у пациентов контрольной группы (10,5 %).

Изучение форм злоупотребления алкоголем (табл. 2) показало, что у больных всех групп преобладали псевдозапой (92,0 и 89,4 %) — ежедневное пьянство, прерываемое в силу внешних обстоятельств (отсутствие средств, работа и т. п.) при сохранении тяги к алкоголю. Перемежающееся пьянство (запой до снижения переносимости алкоголя и астении, что обуславливает возвращение к продолжительному приему меньшего количества алкоголя) встречалось в основной группе в 8,0 % случаев, в контрольной группе — в 10,5 % случаев.

Таблица 2
Формы злоупотребления алкоголем по группам обследованных ($p < 0,05$)

Форма злоупотребления алкоголем	Основная группа (n=50)		Контрольная группа (n=85)	
	абс	%	абс	%
Псевдозапой	46	92,0	76	89,4
Перемежающееся пьянство	5	8,0	9	10,5

О неблагоприятном течении алкогольной болезни свидетельствует количество перенесенных в анамнезе больных алкогольных психозов (рис. 2), что подтверждается данными [2].

Пациенты основной группы в анамнезе чаще имели два или более случаев алкогольных психозов. Напротив, больные контрольной группы перенесли в большинстве случаев один, реже — два алкогольных психоза.

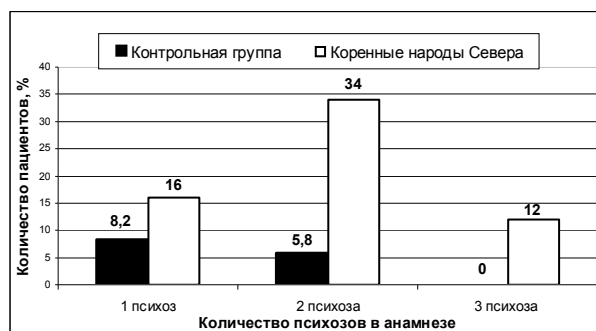


Рис. 2. Распределение перенесенных алкогольных психозов по группам

В большинстве случаев алкогольные психотические расстройства утяжеляли прогноз и сопровождалось нейругуморальными, иммунологическими и неврологическими нарушениями. Полученные данные свидетельствуют о быстропрогрессирующем течении алкогольной болезни у больных основной группы по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Таким образом, сравнительный анализ показал более тяжелое течение алкоголизма по всем изученным параметрам среди коренного населения Севера Сибири, что ведет к разрушению традиционного образа жизни и уменьшению численности коренного населения северных территорий РФ.

Литература

1. Бохан Н. А., Кургак Д. И. Этнокультуральные особенности алкоголизма у коренного населения Камчатского края, проживающего в условиях Крайнего Севера // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 3 (72). — С. 100–105.
2. Бохан Н. А., Матвеева Н. П., Хаятанова Н. В., Томский М. И., Максимова Н. Р., Степанов В. А., Марусин А. В., Олесова Л. Д., Кривошапкина З. Н. Клинико-патобиологические закономерности формирования алкоголизма у коренного населения Республики Саха (Якутия): результаты междисциплинарных исследований // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 3 (72). — С. 21–29.
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. Семке В. Я., Богомаз С. А., Бохан Т. Г. Качество жизни молодежи народов Сибири как системный показатель уровня стрессоустойчивости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 2. — С. 94–98.
5. Семке В. Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н. А., Семке А. В. Транскультуральная наркология и психотерапия / под ред. В. Я. Семке. — Томск: Изд-во Том. ун-та. 2001. — 162 с.

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N.A., Kurgak D.I. [Ethnocultural peculiarities of alcoholism in aboriginal population of Kamchatsky Krai living under conditions of Far North]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3 (72): 100–105. (In Russ.).

2. Bokhan N.A., Matveeva N.P., Khayutanova N.V., Tomsky M.I., Maximova N.P., Stepanov V.A., Marusin A.V., Olesova L.D., Krivoshepkina Z.N. [Clinical-pathobiological regularities of formation of alcoholism in aboriginal population of Republic of Sakha (Yakutia): results of interdisciplinary investigations]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3(72):. 21–29. (In Russ.).
3. Bokhan T.G., Galazhinsky E.V., Meshcheryakova E.I. [Ethnopsychological, gender and age features of coping behaviour of adolescents of various nationalities of the Siberian region]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. 2005; 22: 71–78. (In Russ.).
4. Semke V.Ya., Bogomaz S.A., Bokhan T.G. [Quality of life of youth of peoples of Siberia as a systemic indicator of level of stress resistance]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 2: 94–98. (In Russ.).
5. Semke V.Ya., Erdenebayar L., Bokhan N.A., Semke A.V. [Transcultural addiction psychiatry and psychotherapy] V.Ya. Semke, editor. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2001. 162 p. (In Russ.).

МАТЕРИАЛЫ II РОССИЙСКОЙ КОНФЕ- РЕНЦИИ С МЕЖДУНА- РОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»

От главного редактора

В рубрике, включающей материалы II Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире», опубликованы работы российских и зарубежных ученых в области семейных исследований, выполненные в рамках основных тем конференции «Психическое здоровье семьи в современном мире»: 1) клинико-динамические, семейно-демографические, реабилитационные основы психических расстройств и болезней зависимости; 2) психолого-гуманитарные, психотерапевтические и медико-социальные факторы, технологии и практики сохранения психического здоровья в семьях; 3) перспективы совершенствования методов диагностики, терапии психических расстройств и болезней зависимости и адаптации семей.

II Российская конференция с международным участием посвящена проблемам функционирования семьи на современном этапе развития общества в сложных социально-демографических, психологических, экологических и меняющихся условиях среды и разработке системного подхода к решению проблем психического здоровья всех членов семьи. На пленарном и секционных заседаниях будут рассмотрены актуальные проблемы комплексных исследований семьи для изучения основных социально-психологических, клинико-динамических, адаптационных и других факторов при пограничных психических расстройствах, болезнях зависимости, расстройствах шизофренического спектра, психических заболеваниях детско-подросткового, зрелого и пожилого возрастов. Участие в конференции ведущих российских и зарубежных ученых позволит продолжить развитие научных представлений в сфере превентивной психиатрии и наркологии. Круглый стол посвящен приоритетным направлениям деятельности всех заинтересованных ведомств, учреждений, общественных объединений в решении указанной проблемы. Обсуждаются возможности расширения междисциплинарной, межотраслевой и международной кооперации по фундаментальным, гуманитарным и прикладным аспектам социально значимых заболеваний; обмена научными достижениями и практическим опытом для разработки стратегии научных исследований и выработки практических рекомендаций по сохранению психического здоровья в семьях для достижения целей демографической и социальной политики государства.

УДК 616.89:575.191:614.1
ББК Р64+Ю935

ТРАНСФОРМАЦИИ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ И ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВА

Гуткевич Е. В.*

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4
ФГАУ ВО «НИ ТГУ»
634050, Томск, пр. Ленина, 36

Настоящее сообщение посвящено рассмотрению социально-психологических, демографических, генетических факторов, определяющих тенденции развития современной семьи; проблем, обуславливающих нарушения здоровья ее членов, а также ресурсов клинической психиатрии, наркологии, психологии и генетики. Представлены новейшие данные о демографии; описываются альтернативные модели семьи, наблюдающиеся в современном обществе, с трансформацией семейных функций, ролей и функционирования; обозначены девиации семейных систем; определяются основные биологические (генетические) компоненты здоровья, являющиеся основным предиктором возникновения и развития многофакторных отклонений психического и психологического здоровья членов семьи. Обсуждаются психолого-психиатрические (личностные и семейные), клинико-генетико-популяционные, эτικο-гуманитарные, научно-организационные и другие аспекты решения проблем психического здоровья семьи. **Ключевые слова:** семья, кризис, демография, психические расстройства, семейно-генетическая превенция, психологическая помощь.

TRANSFORMATIONS OF MODERN FAMILY AND PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC PROBLEMS OF SOCIETY. Gutkevich E. V. Mental Health Research Institute SB RAMSci. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. National Research Tomsk State University. Lenin's Avenue 36, 634050, Tomsk, Russia. This presentation is devoted to consideration of social-psychological, demographic, genetic factors determining tendencies of development of the modern family, problems conditioning disturbances of health of its members as well as resources of clinical psychiatry, addiction psychiatry, psychology and genetics. Up-to-date information about demography have been presented, alternative models of family viewed in the modern society with transformation of family functions, roles and functioning are described; deviations of family systems have been emphasized; basic biological (genetic) components of health being the basic predictor of onset and development of multifactor deviations of mental and psychological health of members of the family are defined. Psychological-psychiatric (personality and family), clinical-genetic-population, ethical-humanitarian, scientific-organizing and other aspects of resolution of problems of mental health of the family are discussed. **Keywords:** family, crisis, demography, mental disorders, family-genetic psychological help.

* Гуткевич Елена Владимировна – в.н.с. отд. эндогенных расстройств, профессор кафедры генетической и клинической психологии, д.м.н. Тел. рабочий 8(3822)723832, e-mail: gutkevich.elena@rambler.ru

Семья по своей сущности всегда была, есть и будет позитивистским мирским институтом благоустройства, биологическим и социологическим упорядочением жизни рода. Формы семьи, столь текущие на протяжении человеческой истории, всегда были формами социального приспособления к условиям существования, к условиям хозяйствования в мире.

Н. А. Бердяев

Семья воспринимается в качестве одной из главных жизненных ценностей и как условие счастливой жизни, так как «знания и ощущение возможности детерминировать будущее позволяют человеку планировать свою жизнь, создавать семью, заводить детей, вкладывать деньги в их образование, обрести собственностью и делать накопления ...» [4]. Стабильность или нестабильность общественной жизни, здоровье нации напрямую ставится в зависимость от состояния семьи. С деятельностью института семьи тесно взаимосвязана демографическая ситуация в обществе. Согласно данным переписи 2010 г., население России в 2010 г. по сравнению с 2002 г. сократилось на 2,2 млн человек (с 145 млн 167 тысяч до 142 млн 905 тысяч человек, 1,6 %). Зарегистрировано 76 млн 700 тысяч женщин и 66 млн 205 тысяч мужчин (53,8 % и 46,2 %). Всего в период с 1992 по 2010 г. в РФ умерло 40 674 тысяч человек, родилось 27 564 тысяч человек. Население России не воспроизводится с середины 60-х гг. прошлого века. Ситуация, которая сложилась с народонаселением в России в настоящее время, оценивается специалистами как депопуляция – суженное воспроизводство и сокращение численности населения.

Последствиями депопуляции являются: 1) сокращение трудового потенциала; 2) старение населения, что вызывает увеличение капиталовложений в социальное обеспечение и медицинское обслуживание; 3) инфантилизация молодежи и чрезмерная опека в малодетных семьях; 4) нарастание разрыва между поколениями с отсутствием взаимопомощи, обострением проблем одиночества. Депопуляция как социально-демографический процесс характеризуется таким сокращением рождаемости, которое не компенсирует имеющийся уровень смертности. В нашей стране с высокой смертностью обратный показатель – продолжительность жизни – очень низкий, особенно среди мужчин. Смертность, в отличие от рождаемости, сильно зависит от материального благосостояния человека. В странах, где уровень смертности весьма низкий и близок к минимальным пределам человеческой смертности, на фоне бытового комфорта и технологического прогресса происходит переход семей к практике малодетности.

В среднем по стране 68 % семей имеют одного ребенка, 27 % – двух, 5,8 % – трех и больше. При этом каждого третьего ребенка россиянка

воспитывает одна, а каждый десятый в РФ состоит в гражданском браке. До 2026 г. в России будет идти сокращение числа женщин детородного возраста из-за демографической ямы 1990-х гг. В 2010 г. число молодых людей (от 14 до 35 лет) достигало 36,6 млн, но уже через 12 лет Россию ожидает резкое снижение числа молодых людей. Уже сейчас подростков в России в 2 раза меньше, чем 25-летних, а число пенсионеров ежегодно увеличивается на 1 млн человек. С другой стороны, по данным Министерства здравоохранения РФ, количество абортных за последние 5 лет сократилось на 24 %.

Факт массовой малодетности говорит о том, что для самой семьи, для полного удовлетворения потребности родителей в семейном образе жизни вполне достаточно в принципе одного ребенка; что прежние социальные и экономические стимулы обзаведения двумя или несколькими детьми перестали действовать в обществе, а новые стимулы не появляются в социальной системе и специально не создаются социальными институтами и государством в целом. Это ведет к невыполнению семьей репродуктивной функции и тем самым к депопуляции. Распространение малодетного образа мыслей, чувств и действий несет с собой комплекс социально-психологических и общественных изменений, антиэкзистенциальных по сути. Возникают разного рода ассоциации и движения, навязывающие в качестве одобряемых норм поведения ситуации послеразводных семей и внебрачных сожительства. В результате создается общественная атмосфера, направленная против стабильной семьи с двумя родителями и несколькими детьми [2]. Для малодетности характерна нетерпимость к противостоящим ему жизненным ценностям. Уменьшение числа детей в семье означает резкое изменение всего строя жизни, систем ценностей, ослабление отцовства и материнства, сплоченности родителей и детей, исчезновение ролей брата и сестры, дезорганизацию систем родства.

Изменения в характере формирования семьи начались в 70-е гг. прошлого века в Западной Европе: распространение добрачных и внебрачных союзов, рост внебрачной рождаемости, увеличение возраста вступления в брак. Эти изменения и лежащие в их основе социально-экономические условия и мотивационные сдвиги были названы Д. Ван де Каа и Р. Лестагом вторым демографическим переходом [20]. Разработанная ими теория видит его основу в сдвиге от «материалистических» ценностей (стабильный доход, исправно функционирующее социальное обеспечение, политическая стабильность, закон и порядок) к «постматериалистическим» – «укорененной снизу» (grass rooted) демократии, заботе об окружающей среде, свободе слова, эмансипации, новым политическим идеям. «Рас-

тушие доходы, экономическая и политическая безопасность, которые демократические государства всеобщего благосостояния обеспечивают своим гражданам, – полагал Д. Ван де Каа, – способствовали началу «бесшумной революции», сдвигу в направлении «масловианского постматериализма», при котором сексуальные предпочтения индивида воспринимаются как данность, а принятие решения о внебрачном сожителе, разводе, аборте, стерилизации и добровольной бездетности в большинстве случаев оставляются на усмотрение индивидов или пар, которых это касается». Известный британский демограф Д. Коулмен (2004) [17], высказав ряд скептических замечаний в адрес теории второго демографического перехода, чуть позднее ввел в оборот термин «третий демографический переход», обозначив им процесс, в результате которого в развитых странах с низкой рождаемостью коренное население может стать меньшинством [10].

В настоящее время происходит процесс смены теорий демографических переходов на парадигму «многообразия современности» (multiple maternities), разработка которой связана с именами S. Eisenstadt (2000) [18], Б. Виттрока (2002) [6], N. Mouzelis. (1997) [19]. М. А. Клупт (2010) [9] предлагает учитывать многие факторы и условия формирования семьи, в том числе биологические (генетические), миграцию, популяционные, этносоциальные и культурные данные, экономические и политические условия, существующие формы семей и домохозяйств и др. Концепция «многообразия современности» представляет собой более широкую основу для объяснения и прогнозирования происходящих изменений, чем теории перехода, лучше отражает многообразие мира XXI столетия. XXI век – это век низкой рождаемости. Проблема повышения рождаемости – это проблема формирования ценностей, другого мировоззрения, где в центре находится семья с несколькими детьми.

Во многом демографическая ситуация обусловлена преобладанием в стране сложившегося типа семьи. По мнению социологов, модель типичной семьи в современном обществе – это семья полная, нуклеарная, состоящая из одной пары супругов с детьми (чаще одним) и находящаяся в зарегистрированном браке, работающих в семье двое. Среднее число членов семьи – 3,6 человека. Если при нынешней возрастной структуре для нулевого прироста населения достаточно показателя в 2,1 ребенка на одну гипотетическую женщину, то уже через 10–20 лет понадобится средний показатель, превышающий 3 ребенка на одну женщину. За два последних десятилетия число россиян, состоящих в браке, сократилось более чем на 6 млн человек. В относительном исчислении доля людей, называющих себя семейными, изменялась сле-

дующим образом: в 1989 г. – 653 на 1000 человек; в 2002 г. – 571 на 1000 человек; в 2010 г. – 555 на 1000 человек. При этом контингенты бракоспособного возраста (лица старше 16 лет) за этот же период увеличились на 8,7 млн человек – с 111 млн в 1989 г. до 119,7 млн человек в 2010 г.

Данные статистики и социологических опросов дают довольно противоречивую картину состояния семьи в современной России [15]. Рассмотрим статистику семейной социологии и демографии на примере Томской области. Численность жителей на 1 января 2013 г. – 1 млн 64,2 тысяч человек, из них 569,5 тысяч проживают в Томске. Одна из основных особенностей в изменении возрастного состава населения Томской области – сокращение численности и удельного веса детей и подростков до 17 лет. В 2008 г. существенно снижается численность подростков (14–17 лет) – с 43,2 тысяч человек в 2007 г. до 38,9 тысяч в 2008 г. С 2005 по 2009 г. численность подростков сократилась на 17,5 тысяч человек или на 34,0 %. В 2011 г. количество детей сократилось до 179,8 тысяч (274,8 тысяч – 1992 г.). В 2013 г. зарегистрировано 14 809 актов о рождении, 115 пар двойняшек и четыре тройни. 63 % детей родились у женщин в возрасте от 21 года до 30 лет. Зарегистрировано 9 123 брака, из них 6 156 в Томске. Расторгнуто браков – 5 858 (в 1,6 раза меньше, чем зарегистрировано). Среди всех новорожденных – 4 067 внебрачных ребенка, это 28 % от всех родившихся. 2 940 актов об установлении отцовства, при этом число усыновлений (удочерений) – 120 – уменьшилось (134 – в 2011 г.). Риск социального сиротства имеют порядка 20 тысяч детей. Причем это не только дети из «проблемных (алкогольных)» семей. В регионе более 5,5 тысяч детей-сирот. 4,5 тысячи живут в семьях, 2027 – в приемных, 2482 – в опекунах.

Отмечается рост нерегистрируемых фактических браков, т. е. происходит уход значительной части брачных отношений в так называемую нелегитимную плоскость; внебрачных рождений, увеличение возраста вступающих в брак, увеличение возраста родителей на момент рождения первого ребенка в семье, увеличение числа разводов, сокращение среднего размера семьи, преобладание неполных «материнских семей», а также семей с людьми преклонного возраста (вдовствующая семья); «усыновленного родительства»; снижение экономической роли мужчины в семье; рост девиантности и ухудшение качества социализации единственных детей. Усиливаются проблемы, препятствующие браку: недостаточная социально-психологическая готовность к браку; распространение добрачных связей; изменение морально-этических норм во взаимоотношениях полов; изменение традиционных семейных ролей мужчины и женщины;

психологические перегрузки партнеров; завышенные требования по отношению к брачному партнеру; психические расстройства и болезни зависимости от психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания) партнеров; снижение эффективности взаимодействия между поколениями в семьях; отсутствие жилья и достойного заработка; утрата семьей своей производственной функции. Увеличивается число альтернативных («новых») форм семейного устройства. Изменения семьи связаны с изменением роли личности, все большим ее значением в современной социальной жизни, нарастанием индивидуализма в структуре личности. Эта глобальная тенденция начинает противоречить традиционным представлениям о жизненном цикле семьи. Все это свидетельствует о наличии тенденции разделения институтов брака и семьи: расхождении брачного и репродуктивного поведения, изменении репродуктивной функции семьи, смене ранее доминирующих стереотипов значимости генетического родства, что имеет непосредственное отношение к демографическим процессам. С другой стороны, демографические показатели популяций людей (размер, уровень рождаемости и смертности, возрастной состав, экономическое состояние, уклад жизни) оказывают сильное воздействие на генофонд популяции.

Предполагается, что небольшое количество главных генов определяет появление болезни, остальные гены образуют фон, модифицирующих проявление главных генов. В результате получается не очень обнадеживающие прогнозы для популяции человечества. Н. П. Бочков (2012) [12], обобщая мировые данные за последние 30 лет, заключает, что в европейском населении 15 % человеческих эмбрионов погибают на ранних стадиях развития (спонтанные аборт), 3 % – мертворожденные, 2 % – неонатальная смертность, 3 % – смертность до наступления репродуктивного периода, 20 % лиц не вступают в брак, 10 % браков бесплодны, т. е. не менее 50 % первичного генофонда не воспроизводится в следующем поколении. Генетическая компонента для этих явлений различна, но в среднем составляет не менее 20–30 %. Человек стал активно вмешиваться в отбор на этих этапах. Идет борьба за снижение младенческой смертности, и этот показатель давно уже стал критерием оценки качества работы здравоохранения. Развиваются вспомогательные репродуктивные технологии (технологии искусственного зачатия) для тех, у кого оно не происходит естественным путем. Существуют реальные перспективы роста различных форм суррогатного материнства, в том числе при митохондриальных наследственных заболеваниях участвуют две женщины (матери) и один мужчина (отец).

В настоящее время известно более 500 наследственных заболеваний, для 300 из них возможна молекулярно-генетическая диагностика, наблюдается увеличение спектра менделирующих и хромосомных заболеваний, наследственных болезней обмена и врожденных пороков развития, синдромы зависимостей плода (алкогольной, наркотической, табачной и др.). В России диагностируется около 50 основных моногенных заболеваний. Особое место занимает диагностика и лечение редких (орфанных) болезней, 80 % которых являются генетически обусловленными (гемофилия, болезнь Гоше, муковисцидоз, гипопизарный нанизм и др.). Еще одно перспективное направление – персонифицированная медицина. Использование данных молекулярной генетики и генотипов позволит говорить не только о биомаркерах, но и о контроле лечения, основанном на анализе молекулярно-генетических механизмов, на хромосомном анализе. С помощью новой чиповой диагностики на современных информационных платформах с основными данными генетического паспорта человека возможно создание индивидуальных и семейных подходов, диагностикумов для оценки реабилитационного потенциала при развитии того или иного заболевания в семьях [5].

Также следует иметь в виду популяционные особенности. Популяция, чтобы быть элементарной эволюционной единицей, должна удовлетворять следующим условиям: 1) она должна реально и конкретно существовать в природных условиях; 2) она должна быть далее неразделима, т. е. выступать во времени и пространстве как некое единство; 3) она должна быть способна к наследственным изменениям в череде поколений индивидуумов ее составляющих. Этнические русские в стране составляют 80 % населения, 20 % – это около 200 национальностей. Но у этих народов, населяющих Россию, есть одна общая проблема – сверхнизкая рождаемость. Поэтому наблюдаются рост гетеронациональных браков, многоженство в мусульманских республиках (Татарстане и др.).

Отметим наличие этико-гуманитарных проблем демографических, генетических аспектов современной семейной ситуации. Подтверждением этим процессам являются известные публичные события, такие как принятие некоторых законов, мероприятия и т. д. Так, Госдума приняла некоторые законы о формах брака, ряд поправок по поводу абортов, все они направлены на то, чтобы помочь беременной женщине осуществить свой материнский выбор – это «неделя тишины» между обращением беременной женщины в медучреждение и аборт, ее добровольное информированное согласие после обязательной визуализации малыша на УЗИ и прослушивания его сердцебиения, а также

консультации психолога; высказывания по поводу возможности внесения изменений в Конституцию о том, что «брак – это союз мужчины и женщины» [14]. Психолого-философские проблемы, связанные с репродуктивной жизнью человека и семьи, вспомогательными репродуктивными технологиями, абортами, предимплантационной генетической диагностикой наследственных заболеваний и пола плода, неонатальной реанимацией, феноменом «эмоциональной привязанности» при кормлении грудью при суррогатном материнстве; понятиями статуса «родитель» и пр. предъявляю-ются на разных уровнях [7, 11, 16].

В настоящее время становится очевидным, что для смягчения кризисных семейно-демографических явлений и связанных с ними психолого-психиатрических проблем справедливо указать на существующие в современном российском обществе резервы [3] и обозначить их в рамках вопросов, рассматриваемых в данной статье.

1. Снижение числа разводов и сохранение брака, комплексное стимулирование деторождения в многодетных семьях. Необходимо стимулировать создание многодетных семей, делать престижной семью и семейный образ жизни, вы-ставляя как социальный образец модель 3–4-детной семьи и добиваться, чтобы ее исповедо-вала половина населения. Психологический фе-номен многодетности состоит в том, что для ро-дителя четырех детей легче родить пятого, чем для родителя двух детей согласиться на рожде-ние третьего.

2. Активизация потенциала ранней брачности путем популяризации легитимной брачности, социальная реклама, соответствующие образо-вательные курсы во всех типах учебных учреж-дений, культивация успешности образа студен-ческой семьи.

3. Работа с абортами: закон «о визуализации плода», неукоснительное соблюдение принципа информированного согласия, согласие обоих родителей на прерывание беременности, пре-доставление альтернатив (усыновление вместо аборта).

4. Снижение предотвратимой смертности, в частности от употребления алкоголя и нарко-тиков, путем развития превентивной медицины, комплексного воздействия на поведенческие стереотипы и т. д.

5. Иммиграция женщин репродуктивного воз-раста в Россию с целью повышения доли гете-ронациональных браков. Демографический эф-фект состоит в использовании внешнего демо-графического ресурса, включающего носителей семейно ориентированной культуры и более вы-соких репродуктивных установок (женщины из Средней Азии), а биологический – за счет гене-тического разнообразия и гетерозиготизации популяции [1].

6. Реализация существующего потенциала брачности. В эпоху широких коммуникационных возможностей миллионы людей в России испы-тывают трудности с поиском спутника жизни, что может быть заполнено специальной сетью брач-ных агентств, оказывающих квалифицированную помощь, в том числе психологическую и психо-терапевтическую, как впервые вступающим в брак, так и вдовым, и разведенным.

С генетической точки зрения, современные направления в этой области можно представить следующим образом [8].

1. Стремление к социальному и экономиче-скому равенству людей, что даст всем геноти-пам равную возможность реализовать свою на-следственную (семейную) предрасположен-ность.

2. Коррекция факторов риска, уменьшение вредных влияний мутагенов, вызывающих на-следственные, врожденные и многофакторные заболевания.

3. Профилактика реализации на протяжении жизни наследственных и врожденных болезней, их лечение и превенция.

4. Составление подробных родословных се-мей, отягощенных наследственными заболева-ниями или, наоборот, характеризующихся каки-ми-либо положительными особенностями (ма-тематические данные, музыкальные способно-сти, другие виды одаренности), их обследование на основе системного семейного анализа и мно-гоуровневой модели функционирования семьи.

5. Медико-генетическое консультирование при вступлении в брак, ретроспективное и про-спективное).

6. Осуществление семейно-ориентированной иерархической генетической превенции психи-ческих расстройств.

7. Изучение и внедрение оптимальных усло-вий обучения, передачи знаний и навыков от поколения к поколению.

8. Повышение психолого-культурного, биоло-го-генетического и этико-гуманитарного уровня семей и всего общества.

Нам представляется, что изложенные задачи трудные, но решаемые, при этом нужна пере-ориентация на новые ценности, формирование новых потребностей. В рамках существующей «Концепции демографического развития до 2025 года» Правительства РФ, «Стратегии развития молодежи до 2025 года» Росмолодежи, проекта «Крепкая семья» РАО, проекта «Концепции го-сударственной семейной политики РФ до 2025 года» и других программ и мероприятий необхо-димы усилия науки и практики в решении акту-альных вопросов семьи, поощрения полной се-мьи с детьми, сочетаемые с продуманной демо-графической политикой и мерами по снижению смертности и укреплению психического здоро-вья.

Л и т е р а т у р а :

1. Алтухов Ю. П., Москалейчик Ф. Ф. Аллозимная гетерозиготность, интенсивность метаболизма, скорость полового созревания и продолжительность жизни // Доклады РАН. – 2006. – Т. 410, № 6. – С. 842–846.
2. Антонов А. И. Социология семьи. – М. : ИНФРА-М, 2007. – 304 с.
3. Белобородов И. И. Какая демографическая политика нужна России? – 2014. – URL: <http://www.ural.ru/news/autonews/news-128505.html>
4. Бирман А. Потеря управления // Известия. – 2014. – № 110. – С. 06.
5. Бодрова Т. А., Костюшев Д. С., Антонов Е. Н., Гнатенко Д. А., Боcharова М. О., Лопухин Ю. М., Пальцев М. А., Сучков С. В. Введение в предиктивно-превентивную медицину: опыт прошлого и реалии дня завтрашнего // Вестник РАМН. – 2013. – № 1. – С. 58–64.
6. Виттрок Б. Современность: одна, ни одной или множество? Европейские истоки и современность как всеобщее состояние // Полис. – 2002. – № 1. – С. 141–159.
7. Гуткевич Е. В. Этико-гуманитарные практики семейно-генетической профилактики в психиатрии // Философские проблемы биологии и медицины. Свобода и ответственность : сборник статей. – М. : Изд-во «Принтберри», 2012. – Вып. 6. – С. 227–230.
8. Гуткевич Е. В., Лебедева В. Ф. Организация иерархической системы генетической профилактики психических расстройств как развитие предиктивно-превентивной и персонализированной медицины // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6 (81). – С. 33–40.
9. Клупт М. А. Демографическая повестка XXI века: теории и реалии // Социологические исследования. – 2010. – № 8. – С. 60–71. – URL: <http://www.ebiblioteka.ru/browse/doc/22543503>
10. Коулмен Д. Иммиграции и этнические сдвиги в странах с низкой рождаемостью – третий демографический переход в действии // Миграции и развитие. – М. : СП «Мысль», 2007. – С. 12–48.
11. Курленкова А. С. Репродуктивная этика в контексте культуры // Философские проблемы биологии и медицины. Естественно-научный и гуманитарный полилог : сборник статей. – М. : Изд-во «Принтберри», 2013. – Вып. 7. – С. 180–183.
12. Наследственные болезни: национальное руководство / под ред. Н. П. Бочкова, Е. К. Гинтера, В. П. Пузырева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 935 с.
13. Филоненко А. Л., Бохан Т. Г., Рогачева Т. В. Антропоориентированные основания психологического сопровождения процесса вынашивания у женщин с угрозой прерывания беременности // Сибирский психологический журнал. – 2013. – № 5. – С. 78–86.
14. Шахрай С. М. В Конституцию надо вбить, что брак – союз мужчины и женщины // Известия. – 2013. – № 235. – С. 01, 04.
15. Черемискина С. Г. Демографическая ситуация в современной России и проблемы неполной семьи. – 2013. – URL: <http://fb.ru/article/3384/urok-kak-osnovnaya-forma-obucheniya>
16. Юдин Б. Г. Человек на чипе // Философские проблемы биологии и медицины. Свобода и ответственность : сборник статей. – М. : Изд-во «Принтберри», 2012. – Вып. 6. – С. 247–249.
17. Coleman D. Why we don't have to believe without doubting in the 'Second Demographic Transition' – some agnostic comments // Vienna Yearbook of Population Research. – Vienna : Austrian Academy of Sciences, 2004. – P. 11–24.
18. Eisenstadt S. Multiple modernities // Daedalus. Winter. – 2000b. – Vol. 129, № 1. – P. 1–29.
19. Mouzelis N. Modernity: A non-European conceptualization / C. Keyder (ed.) // Tradition in Modernity. Southern Europe in Question. Proceedings of the ISA Regional Conference for Southern Europe. – Istanbul, 1997. – P. 25–44.
20. Van de Kaa D. J. Anchored Narratives: the Story and Findings of Half a Century of Research into the Determinants of Fertility // Populations Studies. – 1996. – Vol. 50. – P. 389–432.

Транслитерация русских источников

1. Altukhov Yu.P., Moskaleichik F.F. [Allozyme heterozygosity, basal metabolic rate, sexual maturation rate and life span]. Report of Russian Academy of Sciences. 2006; 410(6): 842–846. (In Russ.).
2. Antonov A.I. [Sociology of family]. Publishing House "INFRA-M", Moscow, 2007. 304 p. (In Russ.).
3. Beloborodov I.I. [What demographic policy is needed by Russia?] 2014; URL: <http://www.ural.ru/news/autonews/news-128505.html>
4. Birman A. [Loss of management]. Izvestija [Proceedings]. 2014; 110: 06. (In Russ.).
5. Bodrova T.A., Kostyushev D.S., Antonov E.N., Gnatenko D.A., Bocharova M.O., Lopukhin Yu.M., Paltsev M.A., Suchkov S.V. [Introduction into predictive-preventive medicine: experience of the past and realia of the tomorrow]. Vestnik RAMN [Bulletin of Russian Academy of Medical Sciences]. 2013; 1: 58–64. (In Russ.).
6. Vitrook B. [Modernity: one, no one or great number? European origins and modernity as a global state]. Polis [Political Investigations]. 2002; 1: 141–159. (In Russ.).
7. Gutkevich E.V. [Ethical-humanitarian practices of family-genetic prevention in psychiatry]. In: [Philosophical problems of biology and medicine. Freedom and responsibility]. Publishing House "Printberri", Moscow, 2012; 6:227-230. (In Russ.).
8. Gutkevich E.V., Lebedeva V.F. [Organization of hierarchic system of genetic prevention of mental disorders as development of predictive-preventive and personalized medicine]. Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 6(81): 33–40. (In Russ.).
9. Klupt M.A. [Demographic agenda of the XXIst century: theories and realia]. Sociologicheskie issledovaniya [Sociological investigations]. 2010; 8: 60–71. URL: <http://www.ebiblioteka.ru/browse/doc/22543503> (In Russ.).
10. Coleman D. [Immigrations and ethnic shifts in countries with low birth rate – the third demographic transition in action. Migrations and development]. Publishing House SP "Mysl", 2007; 12–48. (In Russ.).
11. Kurlenkova A.S. [Reproductive ethics in the context of culture]. In: [Philosophical problems of biology and medicine. Natural-scientific and humanitarian polylogue]. Publishing House "Printberri", Moscow, 2013; 7: 180–183. (In Russ.).
12. Bochkova N.P., Gintera E.K., Puzyreva V.P. [Hereditary illnesses: national guide]. Publishing House "GEOTAR-Media", 2012. 935 p. (In Russ.).
13. Filonenko A.L., Bokhan T.G., Rogacheva T.V. [Anthropo-oriented bases of psychological accompaniment of the process of carrying of a pregnancy in women with threat of miscarriage]. Sibirskij psihologicheskij zhurnal [Siberian Psychological Journal]. 2013; 5: 78–86. (In Russ.).
14. Shakhrai S.M. [It should be stated in the Constitution that marriage – union of man and woman]. Izvestija [News]. 2013; 235: 01, 04. (In Russ.).
15. Cheremiskina S.G. [Demographic situation in modern Russia and problems of family with one parent]. 2013: URL: <http://fb.ru/article/3384/urok-kak-osnovnaya-forma-obucheniya> (In Russ.).
16. Udin B.G. [Man on chip]. In: {Philosophical problems of biology and medicine. Freedom and responsibility}. Publishing House "Printberri", Moscow, 2012; 6: 247–249. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.33:[616.98:578.828.6HIV]:613.9:316.728
ББК Р645.021.1-18

ОЦЕНКА УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ И СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИОИДНЫХ НАРКОТИКОВ

Игумнов С. А.^{*1,2}, Станько Э. П.³

¹ УО «Белорусский ГМУ»

220116, Минск, пр. Дзержинского, 83

² Государственный институт управления

и социальных технологий Белорусского ГУ

220037, Минск, Ботаническая, 15

³ УО «Гродненский ГМУ»

230009, Гродно, ул. Горького, 80

Цель исследования. Работа посвящена разработке и апробации шкалы определения уровня социальной и семейной дезадаптации пациентов с опийной зависимостью. **Материалы и методы.** На исследовательском материале (264 испытуемых из разных регионов Республики Беларусь, из них 164 мужчины и 100 женщин) показаны высокие показатели надежности-согласованности, ретестовой надежности, конвергентной валидности, чувствительности и специфичности методики. **Результаты** исследования показали, что шкала является эффективным инструментом в объективной оценке комплексного и сочетанного влияния различных факторов, их роли и информативности на формирование социальной и семейной дезадаптации пациентов с опийной зависимостью, определяющих течение и прогноз заболевания. **Заключение.** Шкала определения уровня дезадаптации (ШОУД) пациентов с опийной зависимостью обеспечивает эффективную диагностику уровня их клинично-социального функционирования, установление влияния различных факторов на характер и прогноз заболевания, что позволяет определить объем и направленность профилактических, лечебных и организационных мероприятий. **Ключевые слова:** опийная зависимость, социальная и семейная дезадаптация, шкала, оценка, надежность, валидность, чувствительность, специфичность.

THE ESTIMATION OF THE LEVEL OF SOCIAL AND FAMILY DISADAPTATION OF THE INJECTION OPIOID DRUG CONSUMERS. Igumnov S. A.^{1,2}, Stan'ko E. P.¹ **Belarusian State Medical University.** Dzerzhinsky's Avenue 15, 220116, Minsk, Belarus. ² **State Institute of Management and Social Technologies, Belarusian State University.** Botanicheskaya Street 15, 220037, Minsk, Belarus. ³ **Grodno State Medical University.** Gorky's Street 80, 230009, Grodno, Belarus. **The aim of the research.** The research is devoted to development and approbation of the scale for estimation of the level of social and family disadaptation of patients with opioid dependence. **Material and methods.** The material under the investigation (264 subjects from the different regions of the Republic of Belarus, including 164 men and 100 women) shows high indices of validity-coordination, retest validity, convergence validity and the specific character of the methods undertaken. **Results.** The research shows that the scale is an effective instrument in the objective assessment of the complex influence of interconnected factors, their role and informative character in the formation of social

and family disadaptation of patients with opioid dependence which influence the course and prediction of the disease. **Conclusions.** The scale for estimation of the level of disadaptation of patients with opioid dependence allows diagnosing the level of their clinical and social functioning, identifying the impact of various factors on the character and prediction of the disease, that makes possible to define the volume and direction of preventive, medical and organizing activities. **Keywords:** opioid dependence, social and family disadaptation, scale, assessment, validity, sensitivity, specific character.

Введение. Распространение и доступность наркотических веществ в сочетании с увеличением их употребления способствуют росту наркозависимых пациентов и приводят к выраженным медико-социальным последствиям [1, 2]. Увеличивается число лиц с зависимостью от наркотиков с соматоневрологическими, инфекционными, психическими расстройствами, которые снижают адаптационные возможности пациентов и затрудняют их функционирование в семье и обществе [3, 4]. Меняется социальная ориентация личности потребителя наркотиков, что приводит к его социально-трудовой, семейной дезадаптации и криминальному поведению [5, 6]. Особая социальная опасность и тяжелые последствия зависимости от наркотиков при присоединении ВИЧ-инфекции обуславливают постоянное внимание исследователей к этой проблеме [7, 8]. Присоединение ВИЧ-инфекции способствует усилению деградации личности пациентов с опийной зависимостью с нарастанием морально-этического снижения, антисоциальным поведением, увеличением риска суицидального поведения, явлениями стигматизации, самостигматизации и социальной дезадаптации [8].

На сегодняшний день проблема социальной и семейной дезадаптации пациентов с опийной зависимостью – потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), поиска методик для ее измерения, характеризующихся удовлетворительными психометрическими свойствами, является одной из наиболее сложных и актуальных. Причины повышенного внимания исследователей к социальной и семейной дезадаптации ПИН связаны с попытками определить их адаптивные способности к адекватному пониманию своего поведения и других людей, к участию в различных видах социальной активности. Наименее разработанной является объективная оценка комплексного и сочетанного влияния различных факторов, их роли и информативности на формирование социальной и семейной дезадаптации ПИН. В современных исследованиях недостаточно освещена проблема изучения клинично-социальных характеристик ПИН с целью определения объема и направленности лечебных мероприятий, прогнозирования комплаенса в лечебном процессе, вероятности возникновения рецидива в зависимости от глубины дезадаптации.

^{*} Игумнов Сергей Александрович, д.м.н., проф. кафедры судебной медицины по курсу «Судебная психиатрия»¹, проф. кафедры реабилитологии по курсу «Реабилитационная психотерапия»². Sigumnov67@gmail.com

Станько Эдуард Павлович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии. Edk_st@mail.ru

Знание прогностически благоприятных и неблагоприятных для лечебного и реабилитационного процессов особенностей функционирования ПИН позволяет точнее оценить уровень их социальной и семейной дезадаптации, подобрать более адекватные методы терапии, целенаправленно повышать уровень мотивации, приверженности к лечению, создавать более эффективные лечебные и реабилитационные программы [9]. В каждом конкретном случае эти особенности формируют социально дезадаптивную модель поведения ПИН, диагностика которой позволяет определить объем лечебных мероприятий в зависимости от глубины их дезадаптации и обосновать тактику ведения [10]. Недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость проблемы дезадаптации ПИН, проявляющейся в их поведении, состояниях и особенностях характера, преломленных условиями заболевания, научная и практическая значимость разработки инструмента объективной оценки уровня социальной и семейной дезадаптации ПИН определяют актуальность настоящего исследования.

Материал и методы. Шкала определения уровня дезадаптации (ШОУД) ПИН разрабатывалась в соответствии с общепринятым алгоритмом процесса разработки и психометрической проверки психодиагностических методик.

В апробации методики приняли участие всего 264 испытуемых, из них 164 мужчины и 100 женщин. Основная выборка была представлена 214 пациентами с опийной зависимостью, проходивших лечение в государственных наркологических учреждениях здравоохранения Республики Беларусь.

Выборка респондентов включала 2 группы: 1) ВИЧ-позитивные пациенты с опийной зависимостью – потребители инъекционных наркотиков (ВПИН) – 88 (41,1 %); 2) ВИЧ-негативные потребители инъекционных наркотиков (ВНПИН) – 126 (58,9 %). Средний возраст обследованных составил $30,9 \pm 5,5$ года. Из них лица мужского пола составили 144 (67,3 %), женского – 70 (32,7 %). В контрольную группу (близкую по возрастной и гендерной структуре) для получения сравнительных данных включены 50 человек в возрасте от 23 до 30 лет (30 женщин и 20 мужчин), отобранных из популяции учащейся молодежи методом случайной выборки. Базами исследования являлись УО «Гродненский ГМУ», УО «Белорусский ГМУ», УО «Белорусский ГУ», УЗ «Гродненский клинический центр «Психиатрия-наркология», УЗ «Гомельский областной наркологический диспансер», ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», УЗ «Пинская центральная поликлиника», филиал «Межрайонный наркологический диспансер».

Проведение исследования, в том числе верификация болезненного состояния (нозологическая диагностика), осуществлялось по разработанному исследовательскому протоколу в соответствии с диагностическим алгоритмом и критериями МКБ-10 с заполнением пакета исследовательской документации на каждый случай исследования. Критериями включения были: наличие трех и более признаков зависимости от опиоидных наркотиков, указанных в МКБ-10, с длительностью проявлений не менее 1 месяца; возраст старше 18 лет; инъекционное употребление наркотиков в течение 30 дней и более до начала исследования; наличие ВИЧ-инфицирования (или ВИЧ-негативности в контроле наркозависимых); добровольное (информированное) согласие на участие в исследовании, одобренное этическим комитетом ГУ «РНПЦ психического здоровья». Критериями исключения являлись: наличие остро протекающих психических заболеваний (острое полиморфное психотическое расстройство и др.); признаки хронического психического расстройства, не связанного с синдромом наркотической зависимости (шизофрения, биполярное аффективное расстройство и др.); существенный когнитивный дефицит; отказ от участия в исследовании. Среди обследованных преобладали лица со средним и средним специальным образованием. Большинство из ВПИН были рабочими; по сравнению с пациентами с опийной зависимостью без ВИЧ-инфекции они чаще не имели профессии, нередко меняли места работы либо были заняты на временной работе. Большинство пациентов с опийной зависимостью (ПИН) собственной семьи не имели, а из тех, кто проживал в семье, характеризовали семейную обстановку как конфликтную с напряженными отношениями, негативным психологическим климатом, приводящим к дезорганизации семейной жизни. Первые пробы наркотиков отмечались в возрасте 15–16 лет. Основным способом употребления наркотиков был инъекционный. Длительность систематической наркотизации у 57,4 % ПИН составляет более 10 лет, у 27,9 % – от 5 до 10 лет. Из перенесенных вредностей 69,5 % респондентов отметили вирусный гепатит С; 8,5 % – вирусный гепатит В; 9,3 % – вирусный гепатит С+В; 10,6 % – инфекции, передаваемые половым путем; 35,6 % – черепно-мозговые травмы; 2,4 % – эпилептические припадки. Личностные изменения с психопатоподобными расстройствами и морально-этическим снижением были выявлены практически у всех пациентов.

Перечень пунктов ШОУД разрабатывался экспертами на основании опыта их клинической работы и имеющихся публикаций в данной области, соответствующих принципам доказательной медицины. Изучение и сравнительный

анализ медико-социальных характеристик испытуемых позволил выделить признаки, способствующие формированию дезадаптивных форм поведения у ПИН. Изначально исследовалась частота встречаемости каждого из выделенных признаков среди испытуемых. Выбор признаков определялся таким образом, чтобы ШОУД отражала 3 основные области функционирования: социальную (включая семейную), клиническую и психологическую, представленную личностными характеристиками, определяющими особенности поведения ПИН. Из общего количества признаков выбраны 36 высокоспецифичных признаков с наибольшей частотой повторяемости в общей выборке, которые сформировали 36 пунктов ШОУД. Варианты согласия или несогласия испытуемого с утверждениями каждого из 36 пунктов шкалы представлены в виде дифференциации признака с использованием для оценки 4-балльной градации тяжести выделенных признаков (от 0 до 3 баллов): 0 баллов – отсутствие признака, 1 балл – признак незначительно выражен, 2 балла – средняя выраженность признака, 3 балла – значительная выраженность признака. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью стандартных пакетов статистических программ SPSS 17.0 и STATISTICA 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q), обеспечивающих надлежащую точность вычислений.

Результаты и обсуждение. При реализации лечебных программ для ПИН важным является выделение специалистом целевой группы пациентов, которые готовы эффективно работать в формате интенсивных лечебно-реабилитационных технологий. В связи с этим необходимо иметь представление об уровне дезадаптации ПИН, который может служить индикатором неблагоприятного течения заболевания, низкой чувствительности и ригидности ПИН к лечебным и реабилитационным мероприятиям.

Под дезадаптацией (лат. de(s) + adaptatio – приспособление) понимается нарушение приспособления организма к меняющимся условиям среды, взаимодействия со средой, несоответствие потребностей личности требованиям социальной среды, приводящее к изменению и/или прекращению усвоения норм и ценностей среды, нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения и развитию патологических процессов. По структуре социальной и семейной дезадаптации можно судить о векторе движения коморбидной патологии – аддитивном (клинические особенности), социальном (социальные факторы) или нравственно-этическом (психологические факторы) снижении.

Таблица 1
Характеристика анализируемых показателей

Показатель	N	MEAN	δ	δ^2
1. Профессиональная деятельность	264	1,43561	1,13852	1,29623
2. Отношение к работе, учебе	264	1,16288	0,88071	0,77565
3. Образование	264	1,32576	0,78480	0,61591
4. Семейное положение	264	1,06439	1,00928	1,01865
5. Семейные отношения	264	1,16288	0,77016	0,59315
6. Материальное положение	264	1,28409	0,76941	0,59199
7. Семейное воспитание	264	1,33712	0,93312	0,87071
8. Успеваемость в учебном заведении	264	1,36364	0,82520	0,68096
9. Интересы, потребности, увлечения	264	1,41288	0,94727	0,89732
10. Социальные контакты	264	1,19697	0,79389	0,63026
11. Противоправная активность	264	1,68182	1,14579	1,31283
12. Внешний вид, самообслуживание	264	0,83712	0,58497	0,34219
Сумма субшкалы	-	-	-	9,62585
Суммарный показатель субшкалы «Социальное поведение»				
	264	15,26515	8,20448	67,31349
1. Наследственная отягощенность	264	0,24242	0,57345	0,32884
2. Психосоматическое развитие	264	0,55682	1,08068	1,16787
3. Перенесенные вредности	263	1,07605	1,07802	1,16213
4. Заболевания в период наркотизации	264	1,67045	0,97561	0,95181
5. Осложнения при приеме наркотиков	264	0,92045	0,60205	0,36246
6. Синдром зависимости, стадия	264	1,88258	1,01202	1,02418
7. Ремиссия	264	1,99621	1,10477	1,22052
8. Возраст начала приема наркотиков	264	0,66667	0,88646	0,78581
9. Длительность приема наркотика	264	2,34091	1,16886	1,36623
10. Способ введения наркотика	264	2,06061	1,10483	1,22065
11. Характер употребления наркотиков	264	1,17424	1,00187	1,00374
12. Влечение к приему наркотиков	264	1,54545	1,16908	1,36675
13. Выраженность синдрома отмены	264	1,69318	0,88534	0,78383
14. Длительность синдрома отмены	264	1,64773	0,82323	0,67771
15. Форма синдрома отмены	264	1,71212	1,17987	1,39209
16. Выраженность постабстинентных расстройств	264	1,28409	0,77433	0,59959
17. Длительность постабстинентных расстройств	264	0,93561	0,56483	0,31903
18. Передозировка на фоне интоксикации	264	0,55303	0,54896	0,30136
19. Суицидальные мысли, действия	264	0,31818	0,46666	0,21777
20. Ведущий мотив, цель лечения	264	1,45833	0,95834	0,91842
21. Критика	264	1,39015	0,81994	0,67230
Сумма субшкалы	-	-	-	17,84309
Суммарный показатель субшкалы «Клинические особенности»				
	264	27,12121	13,66243	186,6619
1. Когнитивные особенности	264	1,06061	0,73746	0,54385
2. Аффективные особенности	264	1,29924	0,76362	0,58312
3. Психологические особенности	264	1,04924	0,75107	0,56411
Сумма субшкалы	-	-	-	1,69108
Суммарный показатель субшкалы «Психологические особенности»				
	264	3,40909	2,03750	4,15141
Сумма общая	-	-	-	29,16002
Интегральный показатель ШОУД	264	45,79545	22,77088	518,5129

В связи с недостатком психометрически обоснованных инструментальных средств диагностики уровня социальной и семейной деза-

даптации ПИН нами предпринята попытка создания ШОУД. Структуру методики образуют 3 субшкалы (социальное поведение, клинические и психологические особенности), содержание которых отражено в таблице 1.

Проверка надежности методики. Показатель надёжности характеризует точность теста как измерительного инструмента, отражает согласованность выборки содержания. Надёжность по внутренней согласованности проверялась с помощью коэффициента α Кронбаха. Для расчета коэффициента α Кронбаха проанализированы показатели, полученные в результате тестирования заключительной версии ШОУД (табл. 1). На основании полученных результатов рассчитан коэффициент α Кронбаха, отражающий величину надежности методики:

$$\alpha \text{ Кронбаха} = N(N-1) \cdot (\bar{\sigma}^2_X - \sum_{i=1}^N \bar{\sigma}^2_{y_i} / \bar{\sigma}^2_X) = \\ = 264/(264-1) \cdot ((518,51-29,16)/518,51)=0,95; \text{ где}$$

N – число заданий теста; σ^2_X – дисперсия результатов всех тестирований; $\sigma^2_{y_i}$ – дисперсия результатов по каждому заданию из N .

Надежность-согласованность (α Кронбаха) методики в целом, как показал расчет, высока и составляет 0,95. Надежность-согласованность отдельных субшкал ШОУД также высока и варьирует от 0,85 до 0,91. Субшкалы ШОУД демонстрируют высокую надежность методики. Величина коэффициента α Кронбаха субшкал и методики в целом указывает на то, что шкала определения уровня дезадаптации обладает внутренней согласованностью (табл. 2).

Таблица 2

Показатели надежности субшкал (коэффициент α Кронбаха) ШОУД

Суммарный показатель субшкал	Число пунктов в шкале	Коэффициент α Кронбаха
Социальное поведение	12	0,86
Клинические особенности	21	0,91
Психологические особенности	3	0,85
Интегральный показатель ШОУД	36	0,95

Корреляции субшкал методики. Для определения степени однородности состава заданий субшкал, с точки зрения измеряемого качества, исследовалась выраженность корреляционных связей между значениями субшкал и интегральным показателем ШОУД. Каждая субшкала представляет собой выборку из совокупности заданий, уровень корреляционной связи между заданиями субшкал указывает на степень их внутренней согласованности. Характеристика корреляционных связей по силе и направленности между значениями субшкал и методики отражена в таблице 3.

Таблица 3
Матрица парциальных корреляций (Spearman Rank Order Correlations) между значениями субшкал и интегрального показателя методики (n=264)

Суммарный показатель субшкал	Особенности		Интегральный показатель ШОУД
	Клинические	Психологические	
Социальное поведение	0,659	0,817	0,933
Клинические особенности		0,625	0,857
Психологические особенности			0,831

Примечание. Для всех коэффициент корреляции $r < 10^{-16}$.

Как видно из таблицы 3, субшкалы методики значимо положительно коррелируют между собой ($r=0,62-0,81$; $p < 10^{-16}$). Степень корреляционных взаимосвязей между изучаемыми показателями разная, но статистически значимая, что свидетельствует о высокой прогностической способности выделенных показателей. Наиболее высоки корреляции между значениями субшкал и интегральным показателем методики, что подтверждает роль изучаемых факторов в формировании социальной и семейной дезадаптации и степени ее выраженности. Субшкала «Социальное поведение» («СП») оказалась наиболее тесно связанной с субшкалой «Психологические особенности» («ПО»), что свидетельствует о выраженном влиянии личностных особенностей ПИН на уровень их социального функционирования. Менее высоки корреляции между субшкалами «Клинические особенности» («КО») и «СП», «КО» и «ПО», что также указывает на зависимость социального функционирования ПИН и особенностей их личности от тяжести клинических проявлений заболевания. Болезненное состояние влияет на социальное поведение ПИН, на их отношения с окружающими, формирование стигматизации.

Тест-ретестовая надежность. Характеристикой ретестовой надежности является коэффициент корреляции, который определяется между результатами двух тестирований и носит название «коэффициент ретестовой надежности». Результаты первого и повторного тестирований друг от друга значимо не отличаются ни по одной из субшкал методики, т. е. при повторном тестировании одной и той же выборки ПИН по всем показателям получены близкие результаты. Обе оценки значимо положительно коррелируют друг с другом, причем коэффициент корреляции составляет для разных субшкал 0,89–0,98 (табл. 4).

Таблица 4
Показатели ретестовой надежности-устойчивости результатов тестирования ПИН (n=178)

Субшкала ШОУД (первичное и повторное тестирование)	Spearman R	p-level
Социальное поведение	0,988	$< 10^{-16}$
Клинические особенности	0,983	$< 10^{-16}$
Психологические особенности	0,893	$< 10^{-16}$
Интегральный показатель ШОУД	0,984	$< 10^{-16}$

Как видно из таблицы 4, высокие значения коэффициента ретестовой надежности с высокой статистической значимостью для разных субшкал методики свидетельствуют об устойчивости результатов, полученных при использовании ШОУД и их независимости от интервьюера и места исследования.

Подтверждением валидности ШОУД являются результаты сравнительной оценки уровня дезадаптации ВПИН и ВНПИН (табл. 5).

Таблица 5
Сравнение результатов исследования ВПОЗ и ВНПОЗ с помощью ШОУД

Суммарный показатель субшкал	ВНПИН (n=126)			ВПИН (n=88)			p
	MEDIAN	Q25	Q75	MEDIAN	Q25	Q75	
1	18,0	14,0	22,0	20,0	16,0	24,0	0,004
2	33,0	30,0	35,0	35,0	33,0	38,0	0,0000001
3	4,0	3,0	5,0	4,0	3,0	6,0	0,003
4	54,0	48,0	60,0	60,5	55,0	64,5	0,000002

Примечание. 1 – Социальное поведение; 2 – клинические особенности; 3 – психологические особенности; 4 – интегральный показатель ШОУД.

Как видно из таблицы 5, более высокие значения субшкал «СП» и «КО» и интегрального показателя методики характерны для ВПИН, по сравнению с ВНПИН. Это указывает на более глубокий уровень дезадаптации ВПИН свидетельствует о низком комплаенсе в лечебном процессе, высокой вероятности возникновения рецидива и нуждаемости в большем объеме лечебных мероприятий. Таким образом, результаты исследования подтверждают диагностическую ценность ШОУД.

Оценка эффективности методики с помощью ROC-анализа. Одним из средств оценки эффективности диагностической методики является ROC-анализ, позволяющий построить зависимость числа верно диагностированных положительных случаев от числа неверно диагностированных отрицательных случаев и выбрать оптимальное значение порога отсечения, разделяющего классы. Оптимальным считают значение порога отсечения, которое дает наибольшую точность разделения на классы и соответствует точке на ROC-кривой с максимальным значением чувствительности при минимальном проценте ложноположительных результатов либо максимально удаленной от диагонали точке. Для получения численного значения дифференциально-диагностической значимости теста используется показатель AUC (Area Under Curve) – площадь под ROC-кривой. С целью изучения возможности проводить дифференциальный диагноз по величине интегрального показателя построена ROC-кривая с параметрами, отраженными в таблице 6.

Как видно из таблицы 6, площадь под характеристической кривой соответствует площади квадрата, т. е. статистически значимо превышает площадь под диагональю, равную 0,5, указывая тем самым на высокую диагностическую способность ШОУД в определении уровня дезадаптации. Диагональ соответствует полной неразличимости дезадаптации у ПИН и служит контролем по отношению к диагностическому тесту.

Таблица 6
Параметры построения характеристической кривой ШОУД

Площадь под кривой					
Тестовые переменные	Площадь	Стандартная ошибка	Асимптотическая значимость	Асимптотический 95 % ДИ	
				Граница	
				нижняя	верхняя
ШОУД	1,000	0,0001	<0,00001	1,000	1,000

Получив доказательства способности ШОУД в определении уровня дезадаптации, мы попытались найти точку отсечения – значение для шкалы, которое с наибольшей долей вероятности служит границей, разделяющей адаптированных и дезадаптированных ПИН. Результаты анализа показали, что оптимальное значение исследуемой переменной (точка отсечения) составляет 16 баллов (чувствительность 100 %, специфичность 100 %), т. е. при результате тестирования, превышающем 16 баллов, можно с высокой точностью надежно диагностировать нарушение адаптации у ПИН. Таким образом, результаты ROC-анализа демонстрируют высокую информационную ценность методики в оценке уровня дезадаптации ПИН.

Заключение. Проведенные психометрические мероприятия показали, что методика является надежным и валидным инструментом, результаты исследования качеств которого соответствуют требованиям, предъявляемым в настоящее время к психологическим измерительным инструментам. Использование шкалы в повседневной работе позволит врачам определять направленность лечебных мероприятий в зависимости от уровня дезадаптации ПИН, предвидеть результаты терапии и прогнозировать исход заболевания. Методика внедряется в лечебно-диагностический процесс ведущих медицинских учреждений Республики Беларусь, специализирующихся в области лечения наркотической зависимости (УЗ «Гродненский клинический центр «Психиатрия-наркология», УЗ «Гомельский областной наркологический диспансер», ГУ «РНПЦ психического здоровья»), а также в Клинике психического здоровья и лечения зависимостей «Rehab Family», функционирующей под эгидой Некоммерческого Фонда социальных программ Э. Сагалаева (Российская Федерация).

Заложенные в основу шкалы значимые прогностические признаки позволяют считать Шкалу определения уровня дезадаптации высоко-специфичным клиническим инструментом объективной оценки уровня клинко-социального функционирования потребителей инъекционных опиоидных наркотиков.

Л и т е р а т у р а

1. Лелевич В. В. и др. Наркопотребление и незаконный оборот наркотиков в Республике Беларусь в 2010 г. – Минск : ООО «Полиграф», 2012. – 141 с.
2. Правонарушения в Республике Беларусь / редкол. : В. И. Зиновский и др. – Минск : Информационно-вычислительный центр Национального статистического комитета Республики Беларусь, 2013. – 173 с.
3. Вешнева С. А., Бисалиев Р. В. Клинико-психопатологические, личностные и социальные особенности больных опийной наркоманией // Наркология. – 2008. – № 2. – С. 78–84.
4. Беспалова Л. Ю. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных с опийной зависимостью // Наука и здравоохранение. – 2010 – № 4. – С. 104–106.
5. Козлов А. А., Рохлина М. Л. «Наркоманическая» личность // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – Вып. 7. – С. 23–27.
6. Деревянко О. И. Преморбидные, клинико-психопатологические, личностные и социальные особенности больных опийной наркоманией // Гигиена труда и медицинская экология. – 2011. – № 1. – С. 105–112.
7. Яцышина Т. Л. и др. Социально-демографические характеристики и медико-социальные проблемы потребителей наркотических веществ, проживающих на территории Волгограда // Вестник ВолГМУ. – 2005. – № 3. – С. 37–39.
8. Беляков Н. А. ВИЧ – Медико-социальная помощь: Руководство для специалистов. – СПб. : Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 356 с.
9. Оруджев Н. Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – Вып. 3. – С. 59–64.
10. Игумнов С. А., Станько Э. П., Гелда А. П. Диагностика уровня дезадаптации потребителей инъекционных наркотиков : практическое пособие. – Минск : Профессиональные издания, 2012. – 32 с.
8. Belyakov N.A. [HIV – Medico-social help: Guide for specialists]. Publishing House of Baltic Medical Educational Center, St. Petersburg, 2011; 356 p. (In Russ.).
9. Orudzhev N.Ya. [Medico-social characteristics and adaptation of persons using drugs]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002; 3: 59–64. (In Russ.).
10. Igumnov S.A., Stan'ko E.P., Gelda A.P. [Diagnostics of level of disadaptation of injection drugs users: tutorial]. Publishing House "Professional'nye izdaniya", Minsk, 2012; 32 p. (In Russ.).

Транслитерация русских источников

1. Lelevich V.V. et al. [Drug use and illegal drug trafficking in the Republic of Belarus in 2010]. Publishing House "Poligraf", Minsk, 2012; 141 p. (In Russ.).
2. Zinovskiy V.I. et al., members of the Editorial Board [Offenses in the Republic of Belarus]. Data-computing center of National Statistic Committee of the Republic of Belarus. Minsk, 2013; 173 p. (In Russ.).
3. Veshneva S.A., Bisaliev R.V. [Clinical-psychopathologic, personality and social traits of patients with opioid addiction]. *Narkologiya* [Narcology]. 2008; 2: 78–84. (In Russ.).
4. Bepalova L.Yu. [Mental disorders in HIV-infected with opioid dependence]. *Nauka i zdavoohranenie* [Science and Healthcare]. 2010; 4: 104–106. (In Russ.).
5. Kozlov A.A., Rokhlina M.L. ["Drug addicted" personality]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002; 7: 23–27. (In Russ.).
6. Derevyanko O.I. [Premorbid, clinical-psychopathologic, personality and social traits of patients with opioid addiction]. *Gigiena truda i medicinskaja jekologiya* [Hygiene of Work and Medical Ecology]. 2011; 1: 105–112. (In Russ.).
7. Yatsyshina T.L. et al. [Social-demographic characteristics and medico-social problems of substance users living in the territory of Volgograd]. *Vestnik VolGMU* [Bulletin of Volgograd State Medical University]. 2005; 3: 37–39. (In Russ.).

УДК 616.895-053.9:614.2-082](470. 55)
ББК Р324-9

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В НАЧАЛЬНЫЕ ПЕРИОДЫ РАННЕГО СТАРЕНИЯ У ЛИЦ, ДЛИТЕЛЬНО ПРОЖИВАЮЩИХ НА РАДИОАКТИВНО ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ ЮЖНОГО УРАЛА

Колмогорова В. В.*

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

Депрессивные расстройства у лиц, длительно проживающих на радиационно загрязненных территориях, сочетаются с признаками раннего старения, при этом выраженность когнитивных расстройств в основном была обусловлена степенью и характером радиационного облучения и искаженными факторами. Рассмотрено две подгруппы (207 и 153 пациента). Отмечено, что уровень когнитивных нарушений был более выраженным у пациентов, подвергнутых радиационному воздействию в период внутриутробного развития, а выраженность депрессивных расстройств чаще наблюдалась в первой подгруппе. **Ключевые слова:** радиационное облучение, депрессивные расстройства, когнитивные нарушения, раннее старение, деменция.

DEPRESSIVE DISORDERS IN THE INITIAL PERIOD OF EARLY AGING OF PEOPLE LONG TERM LIVING IN RADIOACTIVELY POLLUTED TERRITORIES OF SOUTH URAL. Kolmogorova V. V. South Ural State Medical University. Vorovsky's Street 64, 454092, Chelyabinsk, Russia. Depressive disorders in long-term residents in the radioactively polluted territories are combined with signs of early aging, with the severity of cognitive decline being mainly due to degree and nature of radiation exposure and distorted factors. Two subgroups have been considered (207 and 153 patients). It was noted that the level of cognitive impairment was more pronounced in patients undergoing radiation exposure in utero, and the severity of depressive disorders was observed in the first subgroup. **Keywords:** radiation exposure, depressive disorders, cognitive disorders, premature ageing, dementia.

Введение. Депрессивные расстройства в начальные периоды раннего старения у лиц, длительно проживающих на радиоактивно загрязненных территориях (РЗТ), обусловленных последствиями радиационных аварий на Южном Урале, проявляются затруднениями в профессиональной деятельности, в решении семейных проблем, когда отмечается утрата партнера, формируется синдром «пустого гнезда», усложняются взаимоотношения с детьми и родственниками, возникают материальные проблемы (падает прожиточный уровень, возникает зависимость от других). Несомненную роль в развитии депрессий в начальные периоды раннего старения у облученных лиц играют и следующие факторы:

1. Мультисенсорная недостаточность (возможное снижение зрения и слуха, ортопедические проблемы, постуральная неустойчивость).

2. Возрастное снижение когнитивных функций (признаки нарушения памяти, снижение скорости переработки информации, затруднения понимания предъявляемых требований и др.).

3. Соматические заболевания (онкологические, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, эндокринные и пр.).

4. Изменения гормональных и нейромедиаторных процессов (снижение уровня моноаминов, изменение рецепторной чувствительности, снижение уровня половых гормонов).

5. Первые признаки органических повреждений мозга (цереброваскулярное и дегенеративные заболевания мозга) [2, 4, 6, 7].

Цель исследования: изучить характер депрессивных расстройств у лиц старшего зрелого и пожилого возрастов, подвергшихся хроническому облучению в результате радиационных аварий на ПО «Маяк» и длительно проживающих на РЗТ.

Материалы и методы. В основу исследования положены две подгруппы основной группы. В первую подгруппу вошли 207 (57,5 %) пациентов с депрессивными расстройствами, рожденные в период до 1950 г., которые подвергались комбинированному внешнему гамма-облучению и внутреннему за счет инкорпорированных радионуклидов в период постнатального развития. Доминирующим фактором в формировании накопленной эффективной дозы облучения у этих больных явилось многолетнее облучение красного костного мозга (ККМ). Показатель средней эквивалентной дозы внутреннего облучения ККМ составил 0,53 Зв, что превышает среднюю дозу внешнего γ -излучения на мягкие ткани более чем в 8 раз (0,06 Зв) [2, 8]. Таким образом, основной вклад в накопленную дозу облучения пациентов первой подгруппы вносило внутреннее облучение от поступивших в организм радионуклидов [2, 8]. Вторую подгруппу основной группы составили 153 (42,5 %) пациента с депрессивными расстройствами, родившиеся после 1950 г. (когорта «потомства»). Эти пациенты подвергались радиационному воздействию в период внутриутробного развития, а также во все годы жизни на РЗТ.

В формировании депрессивных расстройств у облученных, наряду с величиной дозы облучения, важным является фактор длительности проживания исследуемых больных на радиоактивно загрязненных территориях (бассейн р. Течи и зона Восточно-Уральского радиационного следа (ВУРСа). Этот показатель был различным и колебался от 1—2 до 50 и более лет.

* Колмогорова Влада Владимировна, к. м. н., доцент.
(351)2649575, 89090834435. kolmogorova_v@mail.ru

Первую подгруппу представляли пациенты в возрасте от 56 до 65 лет. Средний возраст – $58,2 \pm 0,7$ года. Во второй подгруппе преобладали пациенты в возрасте от 46 до 55 лет. В группе сравнения (эта группа состояла из 100 респондентов) были представлены лица всех основных возрастных категорий и по этому признаку, как и иным, были сопоставимы с пациентами основных двух подгрупп. Клинико-психологическое обследование всех респондентов включало шкалу М. Гамильтона для оценки депрессии, опросник депрессии А. Бека, Гиссенский опросник выраженности соматических жалоб, метод оценки когнитивных функций. Полученные данные были статистически проанализированы с помощью методов описательной статистики и корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. Исследуя клинические особенности пациентов двух основных подгрупп, следует отметить, что депрессивные расстройства и когнитивные проявления в каждой из подгрупп были неравнозначными. В первой подгруппе, где отмечалась большая степень облучения и длительное проживание в зонах радиационного загрязнения [2, 3, 6, 7, 9], депрессии характеризовались большей глубиной и тяжестью. У лиц, проживающих в зонах максимального и повышенного радиационного загрязнения среды, преобладали астеносубдепрессивные и астенодепрессивные нарушения. Астеносубдепрессивные состояния диагностировались при наличии в клинической картине выраженной физической слабости, повышенной психической утомляемости, вялости [1, 3, 11, 14]. При развитии клинически очерченных депрессивных эпизодов наблюдались тревога, угрюмость, подавленность. При астенодепрессивных состояниях депрессии были как бы вторичными расстройствами и формировались на фоне астенических расстройств, которые характеризовались клинической выраженностью и сочетанием с целым рядом коморбидных синдромов [5, 8].

В отличие от второй подгруппы когнитивные расстройства (нарушения памяти, осмысление происходящего, решение бытовых проблем и т. д.) были менее выраженными и глубокими (их можно было характеризовать как умеренные когнитивные нарушения) [4, 11, 12, 15, 16]. Эти пациенты в большинстве случаев (при периодическом ослаблении депрессивной симптоматики) справлялись с домашними проблемами, достаточно следили за собой, могли решать простые профессиональные вопросы. Однако «светлые» периоды, в отличие от выраженных депрессивных проявлений, были непродолжительными. Если депрессивные расстройства в этой подгруппе носили в основном волнообразный характер (некоторое послабление и утяжеление симптоматики), то когнитив-

ные нарушения имели постоянный характер, с годами постепенно утяжелялись, формируя типичные дементные состояния к 60—65 годам. Существенные терапевтические возможности для этой группы пациентов открываются с применением антидепрессантов и ноотропных препаратов [13, 19, 20].

При квалификации состояния обследованных по критериям МКБ-10 депрессии наблюдались в рамках биполярных аффективных расстройств, рекуррентных аффективных расстройств, дистимий и органических аффективных расстройств, региональные особенности которых рассматривались рядом авторов [21—26].

Вторая подгруппа была представлена пациентами, подвергшимися радиационному воздействию в период внутриутробного развития или в первые годы жизни, а также в связи с длительностью проживания затем на радиоактивно загрязненных территориях. Особенностью пациентов этой подгруппы является то, что они были моложе обследованных первой подгруппы и практически всю жизнь прожили на радиоактивно загрязненных территориях (пойма р. Течи и зона ВУРСа). В клиническом отношении у них отмечались выраженные когнитивные расстройства с существенными признаками раннего старения. Существенным дифференциальным признаком у них являлось и то, что уже с детства обнаруживались определенные когнитивные расстройства (сниженное запоминание, затруднения воспроизведения услышанного или прочитанного, затруднения концентрации внимания, затруднения в выполнении простых мыслительных операций и др.) [2, 3, 4, 8]. Обучение в обычной школе для них было проблематичным. Они с трудом заканчивали 5—9 классов. 38 из них приобретали сравнительно несложные профессии (тракторист, механизатор, штукатур и т. д.). В 36—40 лет все они начинали обнаруживать еще более нарастающие когнитивные расстройства, при этом наблюдались затруднения в трудовой деятельности, в выполнении домашних вопросов, самообслуживании. Постепенно формировались (к 46—55 годам) дементные состояния. На этом фоне формировалась также депрессивная симптоматика с чувством подавленности, своей неполноценности, потерей удовольствия и радости жизни, сужением круга интересов [4, 5, 7, 10]. Они переставали испытывать адекватные эмоции по отношению к близким. Во многих случаях больные высказывали идеи виновности или собственной малоценности, однако эти переживания не достигали психотического уровня. Следует отметить, что 20,2 % пациентов в раннем постнатальном облучении и 17,6 % пациентов с преимущественно антенатальным облучением периодически высказывали суицидальные мысли.

Наряду с когнитивными расстройствами и депрессивной симптоматикой у пациентов второй подгруппы четко проявлялись признаки физического увядания, старения, которые проявлялись в дряблости кожных покровов, изменении походки, нарастании и утяжелении соматических заболеваний. Нередко отмечались глухота, различные болезни глаз, выявлялась рассеянная органическая неврологическая симптоматика в виде незначительно выраженной асимметрии мышц, слабости конвергенции, рефлексов орального автоматизма, высоких с расширенной зоной сухожильно-периостальных рефлексов, неустойчивости в позе Ромберга и др. [2, 4, 6, 7]. В группе сравнения (100 респондентов) затяжных депрессий и выраженных когнитивных расстройств не отмечалось.

Выводы. У всех обследованных больных в формировании депрессивной симптоматики и когнитивных расстройств основную роль играли прямые или опосредованные радиационные факторы.

В первой подгруппе пациенты были старше-го возраста, у них отмечались большая степень облучения и длительность проживания в чрезвычайных и максимально радиационно загрязненных территориях. Больным были характерны клинически выраженные депрессивные состояния, которые нередко сочетались с астенической, тревожной и иной симптоматикой. Когнитивные расстройства отличались от таковых у пациентов второй подгруппы и их можно было квалифицировать как умеренные нарушения.

Вторая подгруппа была представлена пациентами более молодого возраста. Они подвергались радиационному воздействию в период внутриутробного развития или в первые годы жизни. Они также практически всю свою жизнь проживали на радиоактивно загрязненных территориях. Им были характерны в подростковом и юношеском возрастах некоторые когнитивные проявления, которые в 45—50 лет значительно усиливались, формируя состояния раннего «старения» с постепенным развитием дементных состояний.

Л и т е р а т у р а

1. Аксёнов М. М., Семке В. Я., Белокрылова М. Ф., Куприянова И. Е., Епанчинцева Е. М., Ветлукина Т. П., Иванова С. А., Гуткевич Е. В., Кусков М. В., Стоянова И. Я., Лебедева В. Ф., Рудницкий В. А., Перчаткина О. Э., Никитина В. Б., Васильева Н. А., Агарков А. А. Типология, конституционально-биологические и клинко-динамические характеристики кризисных состояний при пограничных нервно-психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2009. — № 5 (56). — С. 9—14.
2. Балашов П. П., Буйков В. А., Колмогорова В. В., Буртова Е. Ю. Клинические варианты органических расстройств с депрессивными проявлениями у облученного населения в зоне радиационных аварий на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2009. — № 3. — С. 92—95.
3. Буйков В. А., Балашов П. П., Аклеев А. В., Колмогорова В. В. Психическое здоровье населения Южного Урала, подвергшегося радиационному облучению. — М., 2007. — 302 с.
4. Буйков В. А., Колмогорова В. В., Буртова Е. Ю. Динамика личностных изменений у облученных в отдаленные периоды после Южно-Уральских радиационных аварий // Вестник Южно-Уральского государственного университета. — 2009. — № 7. — С. 82—85.
5. Буйков В. А., Колмогорова В. В. Эмоциональные расстройства у пострадавшего населения с органическими проявлениями после радиационных аварий на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2013. — № 5 (80). — С. 58—61.
6. Буртова Е. Ю., Буйков В. А., Колмогорова В. В. Аффективные расстройства у облученных в результате радиационных аварий на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2006. — Приложение. — С. 60—62.
7. Буртова Е. Ю., Буйков В. А., Аклеев А. В., Колмогорова В. В. Особенности аффективных расстройств на органической «почве» у населения в отдаленные периоды в зоне радиационных инцидентов на Южном Урале // Вестник Южно-Уральского государственного университета. — 2006. — № 3. — С. 112—118.
8. Буртова Е. Ю., Буйков В. А., Аклеев А. В., Колмогорова В. В. Депрессивные расстройства у облученного населения Южного Урала в отдаленные периоды после радиационных инцидентов. — М., 2008. — 203 с.
9. Колмогорова В. В., Буйков В. А., Аклеев А. В. Отдаленные психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов на Чернобыльской АЭС. — М., 2006. — 155 с.
10. Колмогорова В. В. Отдаленные психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Оренбург, 2003.
11. Колмогорова В. В. Сравнение психических расстройств у лиц, пострадавших в зоне Уральских радиационных катастроф, и ликвидаторов аварии ЧАЭС // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2006. — Приложение. — С. 55—57.
12. Колмогорова В. В., Буйков В. А., Полецкий В. М. Исследования уровня тревоги и депрессии у жителей, проживающих на радиоактивно-загрязненной территории ВУРСа // Академический журнал Западной Сибири. — 2013. — Т 9, № 2. — С. 35—36.
13. Корнетов Н. А., Счастный Е. Д., Корнетов А. Н. Эффективность терапии депрессивных расстройств цитапрамом // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — Т. 3. — С. 132.
14. Полецкий В. М., Колмогорова В. В. Современная концепция резидуально-органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. — 2013. — Т. 9, № 2. — С. 30—31.
15. Рудницкий В. А. Экологические факторы, влияющие на психическое здоровье: региональный аспект // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 2. — С. 26—29.
16. Рудницкий В. А. Клинические особенности непсихотических и психотических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2009. — № 5. — С. 95—99.
17. Рудницкий В. А., Семке В. Я., Гарганеева Н. П. Непсихотические психические расстройства в сочетании с соматическими заболеваниями у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Российский психиатрический журнал. — 2010. — № 6. — С. 34—40.

18. Семке В. Я., Бохан Т. Г., Богомаз С. А., Гердт Ю. В. Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 57–62.
19. Симуткин Г. Г., Счастный Е. Д., Кудякова Т. А., Потапкина Е. В., Горшкова Л. В., Рогозина Т. А., Старовойтова А. Б., Ермаков А. В. Сравнительная эффективность рексетина и паксила при терапии депрессивных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 4. – С. 76–79.
20. Счастный Е. Д. Влияние нейротрофических факторов на терапевтические возможности у пациентов с аффективными расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 4. – С. 63–68.
21. Счастный Е. Д., Зражевская И. А. Применение инновационного антидепрессанта вальдоксана (агомелатин) при лечении пациента с биполярного аффективного расстройства (клинический случай) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 5. – С. 22–25.
22. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Горшкова Л. В., Грганеева Н. П., Невидимова Т. И., Шахурова Н. И., Вялова Н. М., Попова Н. М., Васильева С. Н. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6. – С. 9–13.
23. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Невидимова Т. И., Лебедева Е. В., Попова Н. М., Шахурова Н. И., Розин А. И. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 23–33.
24. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М. Распространенность, коморбидность и клинико-конституциональные закономерности гетерогенности аффективных расстройств и суицидального поведения с учетом хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 22–25.
25. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М., Кудякова Т. А., Потапкина Е. В., Ермаков А. В., Рогозина Т. А. Распространенность и закономерности клинической гетерогенности аффективных расстройств с учетом конституциональных и хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 4. – С. 25–29.
26. Счастный Е. Д., Семке А. В., Размазова Л. Д., Симуткин Г. Г., Лебедева Е. В., Невидимова Т. И., Розин А. И., Чернышева К. Г., Шепенев А. М., Шахурова Н. И. Биологические и клинико-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5. – С. 18–28.
2. Balashov P.P., Buykov V.A., Kolmogorova V.V., Burtovaya E.Yu. [Clinical variants of organic disorders with depressive manifestations in irradiated population in zone of radiation accidents in South Ural]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3: 92–95. (In Russ.).
3. Buykov V.A., Balashov P.P., Akleev A.V., Kolmogorova V.V. [Mental health of population of South Ural exposed to irradiation]. Moscow, 2007; 302 p. (In Russ.).
4. Buykov V.A., Kolmogorova V.V., Burtovaya E. Yu. [Dynamics of personality changes in irradiated persons in long-term periods after South-Ural radiation accidents]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of South-Ural State University]. 2009; 7: 82–85. (In Russ.).
5. Buykov V.A., Kolmogorova V.V. [Emotional disorders in exposed population with organic manifestations after radiation accidents in South Ural]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 5(80): 58–61. (In Russ.).
6. Burtovaya E.Yu., Buykov V.A., Kolmogorova V.V. [Affective disorders in irradiated persons as a result of radiation accidents in South Ural]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; Suppl.: 60–62. (In Russ.).
7. Burtovaya E.Yu., Buykov V.A., Akleev A.V., Kolmogorova V.V. [Features of affective disorders on organic "ground" in population in long-term periods in zone of radiation incidents in South Ural]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of South-Ural State University]. 2006; 3: 112–118. (In Russ.).
8. Burtovaya E.Yu., Buykov V.A., Akleev A.V., Kolmogorova V.V. [Depressive disorders in irradiated population of South Ural in long-term periods after radiation incidents]. Moscow, 2008; 203 p. (In Russ.).
9. Kolmogorova V.V., Buykov V.A., Akleev A.V. [Long-term mental disorders in persons exposed to radiation incidents in South Ural and in liquidators at Chernobyl APS]. Moscow, 2006; 155 p. (In Russ.).
10. Kolmogorova V.V. [Long-term mental disorders in persons exposed to radiation incidents in South Ural and in liquidators of the accident at Chernobyl APS]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of Ph.D. thesis]. Orenburg, 2003. (In Russ.).
11. Kolmogorova V.V. [Comparison of mental disorders in persons exposed to irradiation in zone of Ural radiation catastrophes and liquidators of the accident at ChAPS]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; Suppl.: 55–57. (In Russ.).
12. Kolmogorova V.V., Buykov V.A., Poletsky V.M. [Investigations of level of anxiety and depression in residents living in radioactively polluted territory of East-Ural radioactive trace]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri* [Academic Journal of West Siberia]. 2013; 9(2): 35–36. (In Russ.).
13. Kornetov N.A., Schastnyy E.D., Kornetov A.N. [Efficacy of therapy of depressive disorders with citalopram]. *Psikiatrija i psihofarmakoterapija* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2001; 3: 132. (In Russ.).
14. Poletsky V.M., Kolmogorova V.V. [Modern concept of residual-organic disorders]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri* [Academic Journal of West Siberia]. 2013; 9(2): 30–31. (In Russ.).
15. Rudnitsky V.A. [Ecological factors affecting mental health: regional aspect]. *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2009; 2: 26–29. (In Russ.).
16. Rudnitsky V.A. [Clinical features of non-psychotic and psychotic disorders in patients exposed to small doses of radiation]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5: 95–99. (In Russ.).
17. Rudnitsky V.A., Semke V.Ya., Garganeeva N.P. [Non-psychotic mental disorders combined with somatic diseases in liquidators of the accident at ChAPS]. *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2010; 6: 34–40. (In Russ.).

Транслитерация русских источников

1. Aхенов М.М., Семке В.Я., Белокрылова М.Ф., Куприянова И.Е., Епанчинцева Е.М., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Кусков М.В., Стоянова И.Я., Лебедева В.Ф., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Е., Никитина В.Б., Васильева Н.А., Агарков А.А. [Typology, constitutional-biological and clinical-dynamic characteristics of crisis states in borderline neuro-mental disorders]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5(56): 9–14. (In Russ.).

18. Semke V.Ya., Bokhan T.G., Bogomaz S.A., Gerdt Yu.V. [Psychological safety in structure of mental health of population living under conditions of anthropogenic-ecological threat risk]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 1: 57–62. (In Russ.).
19. Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Kudyakova T.A., Potapkina E.V., Gorshkova L.V., Rogozina T.A., Starovoytova A.B., Ermakov A.V. [Comparative efficacy of Rexetin and Paxil in therapy of depressive disorders]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2005; 4: 76–79. (In Russ.).
20. Schastnyy E.D. [Influence of neurotrophic factors on therapeutic possibilities in patients with affective disorders]. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2012; 4: 63–68. (In Russ.).
21. Schastnyy E.D., Zrazhevskaya I.A. [Use of innovative antidepressant Valdoxan (agomelatine) in treatment of the patient with rapid cycling bipolar affective disorder (clinical case)]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2009; 5: 22–25. (In Russ.).
22. Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Gorshkova L.V., Garganeeva N.P., Nevidimova T.I., Shakhurova N.I., Vyalova N.M., Popova N.M., Vasilieva S.N. [Clinical-pathogenetic, social-epidemiological factors of ontogeny of affective disorders (aspects of early diagnosis and prevention)]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 6: 9–13. (In Russ.).
23. Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Nevidimova T.I., Lebedeva E.V., Popova N.M., Shakhurova N.I., Rozin A.I. [Clinical-pathogenetic, social-epidemiological factors of ontogeny of affective disorders (aspects of early diagnosis and prevention)]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4: 23–33. (In Russ.).
24. Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Popova N.M. [Prevalence, comorbidity and clinical-constitutional regularities of heterogeneity of affective disorders and suicidal behavior with account for chronobiological factors]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 22–25. (In Russ.).
25. Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Popova N.M., Kudyakova T.A., Potapkina E.V., Ermakov A.V., Rogozina T.A. [Prevalence and regularities of clinical heterogeneity of affective disorders with account for constitutional and chronobiological factors]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2005; 4: 25–29. (In Russ.).
26. Schastnyy E.D., Semke A.V., Rakhmazova L.D., Simutkin G.G., Lebedeva E.V., Nevidimova T.I., Rozin A.I., Chernysheva K.G., Shepenev A.M., Shakhurova N.I. [Biological and clinical-social mechanisms of development of affective disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSci, 2009–2012)]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 5: 18–28. (In Russ.).

УДК 159.9
ББК Ю948

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В КОНЦЕ XX – НАЧАЛЕ XXI ВВ. В ВОПРОСАХ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Урываев В. А.*

ГБОУ ВПО «Ярославская ГМА» Минздрава России
150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5

При сопоставлении двух выборок испытуемых (студенты-медики, лечебный факультет, второй курс, ЯГМА) 1992 г. и 2006 г. изучались изменения личности (личностный опросник Р. Б. Кеттелла), ценностные ориентации (опросник Ж. Ньюттена), в частности ценности семьи. Обнаружено, что на фоне существенных изменений личности и системы ценностей под влиянием социально-экономической трансформации общества (при нарастании нестабильности) изменяется и место семейных ценностей. Усиливается защитная функция семьи, укрепляются традиционные гендерные семейные роли. **Ключевые слова:** перестройка, семья, семейные ценности, гендерные стереотипы, защитная функция семьи.

DYNAMIC OF PERSONALITY CHANGES AND VALUES OF MEDICAL STUDENTS IN THE END OF THE XXTH – THE BEGINNING OF THE XXIST CENTURIES IN ISSUES OF FAMILY RELATIONS URYVAEV V.A. Yaroslavl State Medical Academy Revolutsionnaya Street 5, 150000, Yaroslavl, Russia Comparing two samples of probands (medical students, medical faculty, the second year, YaSMA) of 1992 and 2006 changes of the personality (The Sixteen Personality Factor Questionnaire by R.B. Cattell), value orientations (J. Newton's questionnaire), in particular family values, were studied. It was found that against the background of considerable changes of the personality and system of values under influence of social-economic transformation of the society (increase of instability) also place of family values is changing. Protective function of the family increases, traditional gender family roles is strengthened. **Keywords:** perestroika, family, family values, gender stereotypes, protective function of the family.

Введение. Социально-экономические изменения, произошедшие в нашей стране, безусловно, оказали формирующее воздействие на становление личности людей, живших в это непростое время. Отношение к семье, с этой точки зрения, не стало исключением.

Первая группа испытуемых, принявших участие в нашем исследовании (студенты-медики, лечебный факультет ЯГМА, второй курс) прошла тестовые испытания в начале 90-х гг. прошлого века. В основной своей массе это молодые люди, родившиеся в начале 70-х гг. и ставшие в своем развитии стандартные программы социальной защиты для детей: ясли, детсад, школа и пионерская организация. В те годы их родители имели постоянный заработок, матери – социальную поддержку (например,

* Урываев Владимир Анатольевич, канд. психол. наук, доцент, начальник РИО ЭНИ ЯШМА. 84852303985, red@mprj.ru

«молочные кухни» для матерей с малолетними детьми и др.), безработицы, по существу, не было.

Вторая группа испытуемых (также студенты-медики, лечебный факультет ЯГМА, второй курс) прошла тестирование во второй половине 00-х гг. XXI века. Опять-таки преимущественно это молодые люди, увидевшие свет во второй половине 80-х гг. прошлого века и сформировавшиеся в условиях хронического (многолетнего) социального напряжения родителей: неустойчивость заработка и перспективы сохранения самого места работы, снижение места и роли дошкольных и школьных учреждений, выраженные и часто непредсказуемые социально-политические изменения и пр.

Цель исследования. Мы предприняли попытку верифицировать с помощью психодиагностических методик факт (свершившихся под влиянием социально-экономической эволюции общественного устройства) изменений не только в профиле личностных особенностей, но и в системе ценностных ориентаций людей, живущих в условиях социальной стабильности/нестабильности.

Методы. С целью оценки характера и выраженности изменений мы провели исследование психодиагностических данных (личностного опросника Р. Б. Кеттелла (форма А) и проективного теста ММИ – «Методика мотивационной индукции» Ж. Ньютена) в двух группах испытуемых (для статистического анализа были взяты данные групп по 120 человек в каждой выборке, юношей и девушек по 60 человек), личность которых формировалась в различные периоды развития нашей страны.

Результаты и обсуждение. Результаты сопоставления экспериментальных выборок по критерию Манна-Уитни (нами приводятся только статистически значимые различия) обнаруживают разнонаправленные изменения в личностных характеристиках испытуемых.

Общепсихологические изменения в профиле личности выглядят следующим образом (16-факторную модель личности Р. Б. Кеттелла мы представим в виде 5 групп характеристик).

«Интеллектуальные характеристики» (В, Е, М, N, Q1): факторы В и N не изменились, а вот «активность» мыслительных процессов (Е) возросла, произошло снижение «мечтательности» (М) и усилился «радикализм суждений» (Q1).

«Коммуникативные качества в широком контексте» (А, F, H): усилились все факторы – А, F, H.

«Отношения в микроокружении» (Е, G, L, N, Q2): G, N, Q2 – без статистически значимых различий, повысились «лидерские наклонности» (Е) и усилилась «напряженность» в общении с окружающими (L).

«Эмоциональная реактивность» (С, I, O, Q4): I и O – без существенных изменений, усилился фактор С («сила Я») и уменьшился фактор O – «склонность к чувству вины». Добавим, что усиление фактора С при стабильном Q4 трактуется как рост нервно-психической устойчивости.

«Волевые качества, регуляторы поведения» (Е, G, H, Q3): выросли 3 фактора из 4 (Е – активность; H – решительность, смелость; Q3 – самоконтроль); фактор G остался без изменений.

Мы можем сформулировать первый общий вывод: поколение, прошедшее период созревания «во времена перестройки», заявляет о себе как более активное, менее сентиментальное, более прагматичное, более ответственное (при сохранности когнитивных способностей и общей просоциальной направленности).

Со стороны качественного анализа (данные обработки ММИ) отмечаются следующие – статистически значимые – изменения (по основным группам ценностей):

S – общий показатель «интереса с собственному Я» – снизился;

SR – общий показатель «задач реализации своего Я» – повысился;

R – общий показатель «намерений что-то изменить» – повысился;

C – общий показатель «сферы контактов» – понизился;

E – общий показатель «в сфере познавательной деятельности» – статистически не изменился (отдельные параметры – изменились разнонаправленно: E(Tw) «желание узнать как устроен мир» – повысилось; E(Tx) «размышления о справедливости» – понизились; Es – «стремление к пониманию близких» – понизилось);

T – «показатель силы трансцендентной мотивации» – понизился;

L – «активность, связанная с отдыхом, развлечением, досугом» – понизилась.

Таким образом, второй вывод исследования можно сформулировать следующим образом: общий характер мотивирующих ценностей смещается в сторону прагматизма, при этом растет активность личности, снижаются ценности личностной рефлексии и отдыха.

На этом фоне представленность ценности семейных отношений – Cinte – со временем (1992/2006) статистически значимо снижается ($p < 0,001$). Как мы указывали выше, выборки были идентичны по численности, поэтому мы можем продолжить анализ.

Ожидается, что в суммарных показателях (объединенной первой и второй выборок) юноши статистически значимо уступают девушкам в выборе темы семьи ($p < 0,01$). На этом фоне при сопоставлении «разновременных» выборок

выявлено, что ценности семьи снижаются статистически значимо как у девушек ($p < 0,001$), так и у юношей ($p < 0,001$), но у юношей в большей степени (у девушек происходит снижение в 2 раза, у юношей – в 2,5 раза).

Заметим, что показатель «альтруистической активности» (Calt) – стремление помочь другим в различных формах – в выборке начала XXI века был статистически значимо более высоким, чем в первой выборке. Более подробный анализ обнаруживает, что прирост происходит не за счет юношей (у которых отсутствуют статистически значимые различия), а за счет девушек.

Корреляционный анализ связей показателя ценности семейных отношений – Cinte – представляет отдельный интерес.

Безусловно (при подсчете «веса» корреляционных связей – «индекса организационной структуры»), ценности семьи заняли важное 6-е место из реестра 64 анализируемых параметров. В целом следует подчеркнуть, что семейные ценности коррелируют со всеми 5 выделенными группами личностных качеств, но преимущественно с группой «эмоциональная реактивность» (0,14 при $r < 0,05$ для F; 0,18 при $r < 0,01$ для O; -0,19 при $r < 0,01$ для Q1; -0,22 при $r < 0,001$ для Q2; -0,15 при $r < 0,05$ для Q3; 0,16 при $r < 0,01$ для Q4).

Здесь же можно отметить, что для студентов младших курсов семья представляется во многом как «защитная» сфера: положительные корреляции с «ранимостью», «переживанием вины», «тревожностью»; отрицательные корреляции с «радикализмом», «самоудовлетворенностью», «способностью сдерживать тревожность»).

С позиций гендерных различий в общей группе испытуемых у мужчин обнаружены корреляции с «консерватизмом» и «групповой зависимостью», у девушек – «со слабостью самоконтроля».

Анализ изменения корреляционных связей ценностей семьи по годам (1991 и 2006) обнаруживает переход от слабо выраженной, но статистически значимой корреляции с «зависимостью» (-0,19 при $r < 0,05$ для Q2) к целой корреляционной группе со сложной психологической структурой. Наиболее высоки корреляционные (статистически значимые) связи ценностей семьи в группе испытуемых 2006 г. с «тревожностью» и «групповой зависимостью», далее идут связи с «ранимостью» и «мнительностью». Другими словами, мы видим нарастание понимания важности «защитной функции семьи» при нарастании социально-экономических изменений.

Продолжая анализ реакции на изменения с позиций гендерных различий, мы можем констатировать следующее. В выборке юношей

корреляционные связи с фактором «групповой зависимости» (-0,27 при $r < 0,05$ для Q2) уступили место появлению корреляционных связей с фактором «активности, доминантности» (0,28 при $r < 0,05$ для E). У девушек корреляционные связи с фактором «эмоциональной сенситивности» (I) изменились на противоположные значения (1992 г. – отрицательная корреляция 0,31 при $r < 0,05$ для I; 2006 г. – положительная корреляция 0,27 при $r < 0,05$ для I), к этому добавились положительные корреляции с фактором «тревожности» и отрицательные корреляции с фактором «саморегуляции».

Таким образом, параллельно с нарастанием социально-экономических изменений в обществе и усилением неустойчивости мы видим, что у юношей в сфере семейных отношений растет активность, соответственно у девушек начинают преобладать гендерные стереотипы.

Выводы. Конспективный анализ полученных данных показывает, что на фоне социально-исторических изменений в обществе изменяются личностные характеристики молодежи, трансформируется система ценностей, не может остаться неизменной ценность семьи. Для нового поколения студентов-медиков младших курсов темы семейной жизни становятся не столь актуальными, уступая ценностям самореализации и целям достижения профессиональных успехов в учебе. В большей степени эти изменения задевают (согласно данным нашего исследования) систему ценностей у девушек.

При качественном анализе корреляционных связей мы видим, что на фоне социально-исторических изменений начинает превалировать «защитная» функция семьи с поддержкой гендерных стереотипов ролевого поведения в семье.

Л и т е р а т у р а

1. Абульханова К. А. Диалектика человеческой жизни. – М.: Наука, 1997. – 236 с.
2. Асмолов А. Г. О предмете психологии личности // Вопросы психологии. – 1983. – № 3. – С. 118–130.
3. Бохан Т. Г. Культурно-исторический подход к стрессу и стрессоустойчивости: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / ГОУ ВПО «ТГУ». Томск, 2008. – 49 с.
4. Бохан Т. Г., Алексеева Л. Ф., Шабаловская М. В., Морева С. А. Профессиональная идентичность в структуре индивидуальной и социальной идентичности студентов-медиков // Вестник Томского государственного университета. – 2013. – № 375. – С. 135–140.
5. Головаха Е. И., Кроник А. А. Психологическое время личности. – Киев: Здоровья, 1984. – 186 с.
6. Журавлева Н. А. Динамика ценностных ориентаций личности в российском обществе. – М.: ИП РАН, 2006. – 336 с.
7. Кон И. С. Постоянство и изменчивость личности // Психологический журнал. – 1997. – № 4. – С. 24–36.
8. Кон И. С. В поисках себя. – М.: Политиздат, 1996. – 248 с.
9. Мельников В. М., Ямпольский Л. Т. Введение в экспериментальную психологию личности. – М.: Просвещение, 1985. – 319 с.

10. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего / под ред. Д. А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2004. – 608 с.
11. Толстых Н. Н. Хронотоп: культура и онтогенез. – Смоленск; М., 2010. – 312 с.
12. Урываев В. А., Липов В. Н., Витютина Т. А. Время изменений: социальные изменения и изменения личности // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2011. – № 7 (77). – С. 160—164.
13. Урываев В. А., Липов В. Н., Витютина Т. А. Социально-психологический характер формирующего влияния исторического времени // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2011. – № 8 (78). – С. 188—191.
14. Шмелев А. Г. Психодиагностика личностных черт. – СПб. : Речь, 2002. – 334 с.
5. Golovakha E.I., Kronik A.A. [Psychological time of the personality]. Publishing House "Zdorov'ja", Kiev, 1984; 186 p. (In Russ.).
6. Zhuravleva N.A. [Dynamic of value orientations of the personality in the Russian society]. Publishing House "IP RAN", Moscow, 2006; 336 p. (In Russ.).
7. Kon I.S. [Stability and variability of the personality]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 1997; 4: 24—36. (In Russ.).
8. Kon I.S. [In search for yourself]. Publishing House "Politizdat", Moscow, 1996; 248 p. (In Russ.).
9. Mel'nikov V.M., Yampol'sky L.T. [Introduction into experimental psychology of the personality]. Publishing House "Prosveshhenie", Moscow, 1985; 319 p. (In Russ.).
10. Nutton Y.R. [Motivation, Planning and Action]. In: Leontyev D.A., editor. Publishing House "Smysl", Moscow, 2004; 608 p. (In Russ.).
11. Tolstykh N.N. [Chronotop: culture and ontogeny]. Smolensk, Moscow, 2010; 312 p. (In Russ.).
12. Uryvaev V.A., Lipov V.N., Vityutina T.A. [Time of changes: social changes and changes of the personality]. *Uchenye zapiski universiteta im. P. F. Lesgafta* [Scientific notes of the University named of P.F. Lesgaft]. 2011; 7(77): 160—164. (In Russ.).
13. Uryvaev V.A., Lipov V.N., Vityutina T.A. [Social-psychological character of forming influence of historical time]. *Uchenye zapiski universiteta im. P. F. Lesgafta* [Scientific notes of the University named of P.F. Lesgaft]. 2011; 8(78): 188—191. (In Russ.).
14. Shmelev A.G. [Psychodiagnostics of personality traits]. Publishing House "Rech", St. Petersburg, 2002; 334 p. (In Russ.).

Транслитерация русских источников

1. Abul'khanova K.A. [Dialectic of human life]. Publishing House "Nauka", Moscow, 1997; 236 p. (In Russ.).
2. Asmolov A.G. [About subject of psychology of personality]. *Voprosy psikhologii* [Issues of Psychology]. 1983; 3: 118—130. (In Russ.).
3. Bokhan T.G. [Cultural-historic approach to stress and stress resistance]. *Avtoref. dis. ... d-ra psihol.nauk* [Abstract of Doctor's thesis on Psychology]. Tomsk, 2008; 49 p. (In Russ.).
4. Bokhan T.G., Alexeyeva L.F., Shabalovskaya M.V., Moreva S.A. [Professional identity in structure of individual and social identity of medical students]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State University]. 2013; 375: 135—140. (In Russ.).

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

В рамках данной рубрики представлены обзоры, подготовленные по материалам Конгресса Европейской коллегии нейропсихофармакологии (октябрь 2013 г., Барселона) участниками Образовательной программы ВПА «Восточно-европейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для психиатрических журналов Зоны 10 ВПА (East European Educational WPA-Servier Academy- «EEE WPA-Servier Academy»).

Профессор П. В. Морозов, Куратор проекта Академия ВПА-Сервье

УДК 616.895.4:613.95

ББК Р64+Р733

ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ В МАТЕРИАЛАХ XXI КОНГРЕССА ЕВРОПЕЙСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ

¹Гаджиева Н. Р., ²Павличенко А. В.,
³Кабоснидзе К. Е.

¹Азербайджанский медицинский университет
AZ1022, Азербайджан, Баку, ул. Бакиханова, 23

²ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
Москва, Островитянова, д. 1

³Клиническая больница № 5, Тбилиси

Настоящая публикация представляет обзор материалов XXI конгресса ЕПА (6—9 апреля 2013 г., Ницца, Франция), посвященных современным проблемам детской и подростковой психиатрии. Приведен краткий обзор существующих современных проблем СДВГ, изменений в классификации психических расстройств, а также ряд важных аспектов клиники и терапии заболеваний, наиболее часто встречающихся в практике детской и подростковой психиатрии. **Ключевые слова:** СДВГ, классификация, метилфенидат, депрессии и тревога у детей, конгресс ЕПА 2013.

ISSUES OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY IN THE PROCEEDINGS OF THE 21ST EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY. ¹Hajiyeva N. R., ²Pavlichenko A. V., ³Kabosnidze K. E. ¹Azerbaijan Medical University (Baku). ²N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow). ³Clinical Hospital № 5 (Tbilisi). This publication provides an overview of plenary sessions, symposia and poster presentations of XXI EPA Congress (6—9 April 2013, Nice, France) that cover contemporary problems of child and adolescent psychiatry. Current and future classifications in child and adolescent psychiatry, problems of ADHD are reviewed, as well as some issues of clinical presentations and treatment of mental disorders in child and adolescent psychiatry. **Keywords:** ADHD, classification of mental disorders, methylphenidate, depression and anxiety in children, EPA Congress 2013.

Данная статья является одной из серии публикаций, посвященных материалам XXI Конгресса Европейской психиатрической ассоциации, прошедшего 6—9 апреля в Ницце (Франция). В данном отчете будет представлен анализ основных докладов, касающихся вопросов детской и подростковой психиатрии.

Классификация психических расстройств у детей и подростков. Проблемы грядущих изменений классификации психических расстройств, связанные с вопросами **детской и подростковой психиатрии**, обсуждались в докладе члена соответствующей рабочей группы DSM-5 **Е. Taylor** (Великобритания). Основные трудности, с которыми столкнулись эксперты при ревизии главы по психическим расстройствам у детей и подростков, были следующие: слож-

* Павличенко А. В., к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии. apavlichenko76@gmail.com
+7(963)7109217

ность адаптации критериев для больных разного возраста и пола; многообразие диагностических рубрик у детей, что приводит к ошибочному мнению о частых «коморбидных» состояниях; сложности понимания для врачей других специальностей принципов принятия решений в психиатрии; использование невалидных категорий, в том числе рубрики БДУ; включение функционального снижения в качестве критерия диагностики (табл. 1). В будущих систематиках (DSM-5 и МКБ-11) не предусмотрено выделение в качестве отдельной главы расстройств, начинающихся в детском возрасте.

Т а б л и ц а 1
Проблемы классификации психических расстройств у детей и подростков

Проблема	Пример	Предложения DSM-5
Невалидные различия	Состояния, связанные с аутизмом	Упразднить синдром Аспергера и расстройства дезинтеграции
Адаптация к полу/возрасту	Взрослый СДВГ	Новые критерии?
Частая коморбидность	Раздражительность	«Сквозные» дименсии
Множественность категорий	Тревожные расстройства	Отдельные кластеры?
Гетерогенность внутри категорий	Самоповреждение Внимание	Несуицидальная аутоагрессия. Ограниченная невнимательность
Категория БДУ	Детское биполярное расстройство	Новое состояние: дисрегуляция настроения

С 1998 по 2004 г. в США диагностика биполярного расстройства у детей («pediatric bipolar disorder») увеличилась более чем в 5 раз (>500 %), у подростков – в 4 раза (400 %), что привело к значительному росту числа выписанных рецептов антипсихотических средств: с 280 на 100 тысяч населения в 1995 г. до 1420 на 100 тысяч населения в 2002 г. Для сравнения: за аналогичный период времени диагностика биполярного расстройства у взрослых возросла лишь на 56 %. Также оказалось, что при биполярном расстройстве у детей почти всегда присутствуют основные СДВГ, в то время как при СДВГ биполярное расстройство диагностируют не более чем у 20 % людей. С учетом вышеизложенного, а также для того чтобы сдержать «эпидемию» диагностики биполярного расстройства у детей, эксперты решили вообще отказаться от данной категории и ввести новую рубрику «расстройство регуляции настроения» («disruptive mood dysregulation»), которая будет характеризоваться более жесткими критериями. В частности мания как симптом должна присутствовать не «эпизодически», как было в DSM-IV, но «большую часть дня и каждый день», а в клинической картине существенное место должны занимать «чрезмерные» вспышки раздражительности. Что же касается изменений в диагностике СДВГ, то здесь было решено отказаться от выделения отдельных форм расстройства. Критерии СДВГ для взрослых были несколько расширены. Группа «расстройства аутистиче-

ского спектра» была разбита на отдельные синдромы, для которых введены две дополнительные дименсии. В рубрику «состояния, требующие дальнейшего изучения», рекомендовано поместить 5 новых категорий: «травматическое расстройство, связанное с развитием» («developmental trauma disorder»), «синдром отдаления от родителей», «расстройство зависимости от интернета и азартных игр», «расстройство переработки сенсорной информации» («sensory processing disorder») и «внутриутробный (fetal) алкогольный синдром».

Проблема СДВГ. В своей пленарной лекции председатель секции ЕПА по детской и подростковой психиатрии **G. Zalsman** (Израиль) «СДВГ: сделаем шаг назад» остановился на актуальных вопросах данной проблемы у лиц разного возраста. В настоящее время США и многие страны Европы переживают «эпидемию» СДВГ, где каждый пятый подросток принимает риталин. Продолжаются разногласия по поводу того, является ли СДВГ болезнью или это состояние лишь часть культуры, в которой каждый человек имеет мобильный телефон, а количество информации и темп жизни возросли многократно. Есть мнение, что общество само придумало это расстройство. Другие же уверены в том, что СДВГ – это неврологическое заболевание. В любом случае мы все чаще и чаще обращаемся к этому диагнозу. В целом многочисленные данные говорят о том, что во многих странах имеет место гипердиагностика СДВГ. Критерии СДВГ, по-видимому, являются слишком широкими и проблема, в первую очередь, связана с осознанием этого диагноза. То же самое можно сказать об аутизме: за последнее десятилетие в США и Европе этот диагноз стали ставить в 10 раз чаще, чем это было раньше.

Некоторые исследования свидетельствуют о том, что этиология СДВГ во многом связана с генетическими факторами. Так, распространенность СДВГ среди однояйцевых близнецов в 2—3 раза выше, чем среди обычных братьев и сестер. Если один из близнецов страдает СДВГ, то вероятность его возникновения у другого составляет 50—80 %. В генетических исследованиях нередко удается обнаружить несколько генов-кандидатов, но, к сожалению, ни один из них не является исключительно геном СДВГ. По-видимому, генетика этого заболевания является мультифакторной.

Когда выписываешь рецепт ребенку, всегда нужно помнить, что у некоторых детей развитие некоторых психических функций (устойчивость внимания, скорость реагирования) может несколько запаздывать по сравнению со сверстниками. Кроме того, в норме маленькие дети очень отвлекаемы и это важно для их развития. Ожидается, что в 6-летнем возрасте ребенок способен концентрироваться на каком-либо предмете в течение 13 минут. Если ж этот показатель меньше, это вовсе не означает, что ребенок психически болен. Некоторые психиатры полагают, что, если подождать достаточное время, ребенок сможет нагнать своих сверстников. Поэтому вопрос заключается

в том, насколько риталин показан тем детям, которые немного отстают в развитии некоторых психологических функций. Также и у взрослых: далеко не все из них достигают нормального показателя устойчивости внимания. Не стоит забывать, что у детей и подростков с СДВГ проблемы не заканчиваются в тот момент, когда они покидают пределы школы. И вне стен учебного заведения они остаются невнимательными, имеют проблемы в отношениях с родителями, а их высокая импульсивность делает их «белыми воронами» в среде сверстников. Кроме того, они имеют низкую самооценку, очень высокие уровни депрессии и у них чаще возникают суицидальные мысли и попытки.

Сложные взаимоотношения между генетическими факторами и окружающей средой, а также высокий процент неправильных диагнозов делают СДВГ сложным состоянием для научных исследований. Кроме того, широкомасштабные генетические исследования должны включать большое число пациентов, что требует привлечения к работе многих исследователей из разных стран мира. Еще одной проблемой является необходимость тестирования множества комбинаций генов. Если проводят анализ полиморфизма 100 000 однонуклеотидных участков у нескольких сотен детей и находят интересные данные, то это может быть не более чем случайностью. Как уже отмечалось, доля наследственности факторов при СДВГ может достигать 80 % (у однояйцевых близнецов), что выше, чем при многих психических и соматических заболеваниях. Основные гены-кандидаты, по-видимому, связаны с дофаминовой системой (DRD4, DRD2, MAO-A) и генами-транспортерами серотонина (DAT-1).

Малоизученными остаются вопросы СДВГ у взрослых. В литературе приводится лишь одно исследование изучения СДВГ у лиц старше 65 лет. Другая проблема связана с вопросами осознания СДВГ. Многие полагают, что после окончания школы симптомы СДВГ также исчезают, но это не соответствует действительности. Лица с СДВГ чаще разводятся, у них выше риск формирования зависимости от ПАВ, они чаще попадают в аварии и также нуждаются в лечении. Во многих странах, например, из-за риска развития зависимости риталин не может быть выписан взрослому человеку, если он не принимал его до 18 лет, хотя есть немало случаев диагностики СДВГ у тех, кому за 30. Понимая актуальность этих задач, ЕПА недавно инициировала общеевропейский широкомасштабный образовательный проект («Continuum») по всестороннему изучению СДВГ у разных групп населения (www.adhdcontinuum.com).

В докладе **D. Purper-Ouakil** с соавторами (Франция) был представлен подход к **лечению синдрома гиперактивности и дефицита внимания (СДВГ)**. Известно, что использование психостимуляторов при СДВГ у детей приводит к быстрому улучшению их состояния, поэтому эти средства за достаточно короткое время заняли лидирующие позиции в этой области и стали широко использоваться специалистами. Их применение

ассоциируется с возникновением таких значимых побочных эффектов, как раздражительность и задержка познавательных функций. Лечение детей и подростков с СДВГ является сложной проблемой, для решения которой, помимо психофармакотерапии, необходимо вовлечение в лечебный процесс всей семьи и учет широкого социального контекста, в котором находятся пациенты.

P. Asherson (Великобритания) в своем докладе остановился на особенностях клиники и терапии **аффективных симптомов в структуре СДВГ у взрослых**. Известно, что у 80 % взрослых с СДВГ встречается высокий уровень эмоциональной лабильности, которая, по-видимому, является причиной невнимательности и импульсивности. У них легко возникают разные негативные эмоции – фрустрация, гнев, раздражительность, склонность к моментальной смене настроения. Показано, что многим лицам с СДВГ выставились неправильные диагнозы (тревога, депрессия, циклотимия, расстройства личности), что, соответственно, приводило к неправильному лечению. Поэтому все лица с чертами эмоциональной лабильности во взрослом возрасте должны проходить скрининг на наличие СДВГ, а аффективные симптомы в целом должны рассматриваться как одни из основных диагностических признаков СДВГ у взрослых. Показана способность метилфенидата значительно уменьшать выраженность многих симптомов эмоциональной дисрегуляции, в первую очередь таких как аффективная лабильность и эмоциональная взрывчатость.

Особенностям использования в психиатрической практике **атомоксетина** был посвящен доклад **H. Caci** (Франция). На сегодняшний день единственным доступным фармакологическим средством для детей и подростков с диагнозом СДВГ во Франции является метилфенидат. В то же время 20–30 % пациентов он не помогает или вызывает выраженные побочные эффекты (нарушения сна, потеря аппетита, тики), которые требуют снижения дозы или даже прекращения лечения. Единственной альтернативой психостимуляторам при лечении СДВГ является атомоксетин, который недавно получил официальное одобрение FDA. По механизму действия он является мощным ингибитором транспортера норадреналина. Предварительные исследования позволили оценить диапазон терапевтических доз, его безопасность и эффективность в плане снижения симптомов СДВГ у взрослых и детей. Всего проведено 4 двойных слепых, рандомизированных, плацебо-контролируемых исследования. Первые два из них, где атомоксетин сравнивали с плацебо в течение 9 недель, проведены у детей 7–13 лет с СДВГ. При средней дозе 1,5 мг/кг/день атомоксетин показал значительное снижение среднего балла по Шкале ADHD-RS к концу исследования (ANOVA, $p < 0,001$). Однако к этим результатам следует относиться осторожно, так как препарат оценивался в контексте социальной/семейной обстановки, но не в условиях школы.

Исследование Н. Саси и его сотрудников посвящено оценке эффективности однократной суточной дозы атомоксетина (от 1,2 до 1,8 мг/кг/день) по сравнению с плацебо в течение 6-недельного периода лечения. Сведения о пациентах сообщались как родителями, так и учителями. В итоге оказалось, что разные дозы препарата показали значительное уменьшение выраженности симптомов по сравнению с плацебо. Также некоторые предварительные данные свидетельствуют о том, что использование атомоксетина может уменьшить выраженность многих коморбидных СДВГ синдромов (тревога, депрессия, синдром Туретта). В целом атомоксетин хорошо переносился больными, а число выбывших не превышало 2,8 %. Наиболее частыми побочными эффектами были непродолжительные желудочно-кишечные нарушения и снижение аппетита. Дальнейшие исследования, по-видимому, должны более точно определить место атомоксетина в стратегии лечения лиц с СДВГ, которым страдает от 3 до 7 % детей школьного возраста.

Профессор **G. Zalsman** (Израиль) остановился более прицельно на вопросах **генетики СДВГ** и родственных состояний. Наиболее частыми коморбидными расстройствами при СДВГ являются расстройства настроения, тревожные состояния, синдром Туретта (TS), тики и дислексии. Ранее были показаны связи между этими расстройствами на уровне генетики. В частности было найдено множество генов, общих для дислексии и некоторых симптомов СДВГ (нарушение внимания). Кроме того, связи между расстройствами также обнаружены на уровне некоторых хромосом: при СДВГ и дислексии была затронута зона 6P, а зона 11q – при TS и СДВГ. Целью исследования, проводимого под руководством G. Zalsman, являлось обнаружение генов, общих для дислексии и СДВГ. В ходе данного исследования с использованием независимых выборок семей лиц с СДВГ и дислексией были найдены доказательства участия специфических генов в общих для двух расстройств хромосомных областях (область 6p). Также была показана связь гена-рецептора дофамина D1 с симптомами невнимательности при СДВГ и дислексии. По-видимому, подобные генетические исследования должны в будущем более точно показать роль генетических факторов в генезе СДВГ и понять природу частой встречаемости при СДВГ других расстройств, что, в конечном счете, поможет разработать более дифференцируемые стратегии лечения.

Интересные данные о **связях симптомов СДВГ с омега-3 жирными кислотами** были представлены **Н. Azzam** с коллегами (Египет). В последние годы широко обсуждается вопрос о месте полиненасыщенных жирных кислот, особенно омега-3 жирных кислот, в генезе СДВГ и в стратегиях комплексной терапии. Целью исследования, проведенного в Каире, явилось сравнение уровня омега-3 жирных кислот у детей с СДВГ и без него и эффективность их назначения детям с симптомами СДВГ. Оказалось, что дети с

СДВГ имеют значительно более низкий, чем их здоровые сверстники, уровень омега-3 кислот в крови, а их использование способствует улучшению разных показателей СДВГ (в первую очередь внимания). К сожалению, небольшая выборка (40 детей с СДВГ) пока ограничивает использование результатов данного исследования в практике и требует дальнейшего изучения.

В работе **M. Konstenius** с соавторами (Швеция) проанализирована эффективность краткосрочного приема **метилфенидата** (8 недель) у **курящих девчонок-подростков** с диагнозами **СДВГ** и пограничное расстройство личности. К концу терапии у них наблюдалось статистически достоверное снижение выраженности симптомов СДВГ (по Шкале ADHD-RS, $p=0,0001$) и числа выкуриваемых сигарет (по тесту FTND, $p=0,0019$), но не симптомов пограничного расстройства личности.

Вопросы клиники и терапии психических расстройств у детей и подростков. Эффективности использования антидепрессантов и психотерапии у детей и подростков с симптомами тревоги и депрессии был посвящен доклад **C. Moreno** (Испания). Как правило, у детей, в отличие от взрослых, тревога предшествует депрессии, и оба расстройства, которые начались в раннем возрасте, не только приводят к тяжелым психиатрическим и соматическим проблемам в дальнейшем, но и к сложностям получения образования и социальным проблемам. Основные рекомендации по лечению этих расстройств, к сожалению, касаются в основном взрослого населения. Небольшое число работ по изучению эффективности лечения депрессии и тревоги у детей и подростков свидетельствует о том, что общие результаты терапии в целом хуже, чем у взрослых, что, по-видимому, связано с менее выраженным у детей эффектом плацебо. Лечение тревоги и депрессии у них невозможно без привлечения психотерапевтических методов, а в 20 % случаев они являются единственным подходом. Призыв к индивидуализации терапии особенно актуален в отношении данного контингента больных.

Эффективности **когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ)** у детей и подростков с **тревожными состояниями** посвящен доклад **K. Fjermestad** (Норвегия). О том, что КБТ эффективна при тревожных расстройствах у детей известно давно, но большая часть доказательств была получена в условиях небольших психиатрических клиник с жесткими критериями отбора и на небольших выборках. При этом не ясно, насколько результаты применимы для лечения пациентов в общепсихиатрической практике. В ходе исследования, представленного автором, 182 пациента с различными тревожными расстройства (возраст 8—15 лет) были случайным образом рандомизированы и вошли в 3 группы: получающие сеансы групповой КБТ, получающие сеансы индивидуальной КБТ и те, кто не получал никакой терапии (те, кто находился в листе ожидания). Оба вида КБТ были эффективнее, чем отсутствие лечения, хотя значимых различий между ними получено не было.

Лечение было более эффективным при преобладании в клинической картине симптомов ГТР, чем социальной фобии. В целом полученные результаты оказались хуже, чем в тех исследованиях, которые проводились на базе университетских клиник. Были выделены три показателя, которые могут влиять на результаты психотерапии в целом: мотивация, терапевтический альянс и уровень доверия терапии. Наибольшее значение при терапии тревожных расстройств, по-видимому, имеют взаимоотношения между терапевтом и клиентом. Другим показателем, который мог оказать влияние на эффективность терапии, явился высокий уровень коморбидных расстройств. Учет последнего фактора требовал дополнительных усилий для вовлечения детей в психотерапию.

Большое внимание у участников конгресса привлек симпозиум «**Последствия психических травм детства**». Доклад профессора **М. Agius** (Великобритания) был посвящен влиянию войны на психику ребенка. Было показано, что длительное пребывание в зоне боевых действий ассоциируется с нарушением нейробиологических механизмов, что в дальнейшем может приводить к повышенному риску развития ПТСР, большой депрессии и психотических расстройств. Наиболее стрессогенное воздействие на психику ребенка имеет ведение боевых действий в больших городах. Доктор **Р. Pregelj** (Словения) посвятил свой доклад проблеме связи стрессов в детстве и уровню суицидов во взрослой жизни. Ранее неоднократно описывалась связь между физическим насилием, в том числе сексуальным, и высокой частотой завершённых суицидов. В ходе исследования, проведенного под руководством Р. Pregelj, были проанализированы сведения о людях, совершивших суицид (90 человек), и контрольная группа лиц (90 человек), сравнимая по полу, возрасту и месту проживания. Оказалось, что у лиц, совершивших суициды, в детстве достоверно чаще, чем в контрольной группе, встречались различные психические травмы (33,3 и 10,0 %, $p < 0,001$), также чаще один или оба родителя страдали алкогольной зависимостью (45,6 и 16,7 %, $p < 0,001$). В то же время статистически значимых различий в отношении других параметров, таких, например, как разлука или смерть одного или обоих родителей или разводы, получено не было. **М. Hasanovich** (Босния) сравнил уровень невротизации среди подростков из тех районов Боснии и Герцеговины, где в период с 1992 по 1995 год прошлого века велись военные действия. Семьи лиц, принявших участие в исследовании, были беженцами или вынужденными переселенцами. Сбор данных происходил в 1999 г. Распространенность ПТСР через 3,5 года после окончания боевых действий была достаточно высокой (60,7 %). Были обнаружены положительные корреляции между возникновением ПТСР и высокими показателями таких параметров, как нейротизм, интроверсия и потеря отца.

Заключение. Вопросы детской и подростковой психиатрии на XXI Конгрессе ЕПА были представлены достаточно широко. Особое место в материалах и представленных сообщениях отводилось разнообразным аспектам проблемы СДВГ. Как уже было отмечено, в последние годы намечается тенденция изучать многие вопросы детской психиатрии в сравнительно-возрастном аспекте. Кроме того, заметно стремление проводить мультицентровые исследования с привлечением ученых разных стран. Так же как во взрослой психиатрии, на повестке дня стоят вопросы идентификации генетических маркеров психических расстройств у детей и взрослых. С учетом сложных взаимоотношений между мозговыми коррелятами и факторами окружающей среды, а также многих этических вопросов, проблемы лечения, в том числе и лекарственного, детей и подростков требуют индивидуализации диагноза и проводимой терапии. По-видимому, решение актуальных проблем современной детской психиатрии требует привлечения внимания не только врачей многих специальностей и ученых смежных областей, но также общественных институтов и чиновников федерального уровня.

Л и т е р а т у р а

1. Asherson P. Treatment effects on mood instability in Adult ADHD // European Psychiatry. – 21st European Congress of Psychiatry. – Article 2952.
2. Azzam H. ADHD symptoms: relation to omega 3 serum levels before and after supplementation // European Psychiatry. – 21st European Congress of Psychiatry. – Article 670.
3. Fjermestad K. CBT in children and adolescents // EPA Congress News. – 7 Apr. 2013. – P. 11.
4. Kooji J. Pharmacological treatment of ADHD in adults // European Psychiatry. – 21st European Congress of Psychiatry. – Article 1308.
5. Moreno C. Efficacy of antidepressant and psychotherapeutic treatments in child and adult depression and anxiety // European Psychiatry. – 21st European Congress of Psychiatry. – Article 3034.
6. Seretti A. The use of genetics in pharmacological and psychotherapeutic treatments anxiety // European Psychiatry. – 21st European Congress of Psychiatry. – Article 2098.
7. Taylor E. Changes in DSM-5: child and adolescent conditions // European Psychiatry. – 21st European Congress of Psychiatry. – Article 2974.
8. Zalsman G. Taking a step back in ADHD // EPA Congress News. – 7 Apr. 2013. – P. 2, 18.

УДК 616.895:616.45-001.1/.3
ББК Р64-31

ПРОБЛЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ В МАТЕРИАЛАХ XXI ЕВРОПЕЙ- СКОГО КОНГРЕССА ПО ПСИХИАТРИИ

¹Павличенко А. В. *, ²Денисенко М. М.,
³Читлова В. В.

¹ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
Москва, Островитянова, д. 1

²ГУ «Институт неврологии, психиатрии
и наркологии НАМН Украины»
Харьков, Украина

³ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН
115522, Москва, Каширское шоссе, 34

Настоящая публикация представляет собой обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации (6—9 апреля 2013 г., Ницца, Франция), посвященных проблемам систематики расстройств аффективного спектра, расстройств личности, заболеваний, связанных со стрессом и шизотипического расстройства в свете предстоящих ревизий DSM-5 и МКБ-11. Обсуждается роль функционального снижения как важного компонента психиатрического диагноза. **Ключевые слова:** DSM-5, МКБ-11, аффективные расстройства, расстройства личности, заболевания, связанные со стрессом, функциональное снижение, Конгресс ЕПА 2013.

FUTURE CLASSIFICATIONS OF MENTAL DISORDERS (ACCORDING TO THE PROCEEDINGS OF THE 21ST EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY). ¹Pavlichenko A. V., ²Denisenko M. M., ³Chitlova V. V. ¹N. I. Pirogov Russian National research Medical University (Moscow). ²Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of UAMS (Kharkiv). ³Mental Health Research Center of RAMS (Moscow). This publication provides an overview of plenary sessions, symposia and Pro&Con Debates of the 21st European Congress of Psychiatry (6—9 April 2013, Nice, France) that cover contemporary problems of classification of affective disorders, personality disorders, stress-related disorders and schizotypal disorder. It also discussed some advantages and disadvantages of proposed inclusion in the definition of schizophrenia of such criterion as functional impairment. **Keywords:** DSM-V, ICD-11, affective disorders, personality disorders, stress-related disorders, schizotypal disorder, functional impairment, EPA Congress 2013.

В связи с предстоящим пересмотром двух основных классификаций (DSM-5 и МКБ-11) большое место в программах ведущих психиатрических форумов уделяется вопросам систематики психических заболеваний. В рамках XXI Европейского Конгресса по психиатрии, который состоялся 6—9 апреля в Ницце (Франция), вопросы классификации активно обсуждались на ключевых симпозиумах, пленарных лекциях, дебатах «за»

и «против» и в рамках образовательных семинаров для молодых психиатров. Настоящая публикация представляет собой расширенный обзор и анализ основных докладов Конгресса, посвященных предстоящей ревизии некоторых глав DSM-5 и МКБ-11 (аффективные расстройства, личностная патологии, болезни, связанные со стрессом, расстройства шизофренического спектра). Кроме того, отдельно обсуждается роль функционального снижения как важного компонента психиатрического диагноза.

Аффективные расстройства. Бывший президент Всемирной психиатрической ассоциации **M. Maj** (Италия) в своем докладе остановился на ревизии главы, посвященной расстройствам аффективного спектра. К сожалению, многочисленные исследования, направленные на поиск различий между **депрессивными расстройствами и обычной грустью**, не увенчались успехом, и в настоящее время большинство ученых склонны рассматривать депрессивные состояния в рамках концепции аффективного континуума. В соответствии с критериями DSM-IV, вне зависимости от того, насколько психологически понятной и адекватной является реакция на психотравмирующее событие, диагноз большой депрессии рекомендуется устанавливать при достижении необходимого порога (оцениваются такие показатели, как степень тяжести, длительность и уровень функционального снижения). Единственным исключением из этого правила является реакция утраты (bereavement) при потере любимого человека. В частности большую депрессию у таких больных рекомендуют диагностировать лишь в тех случаях, когда симптомы сохраняются не менее 2 месяцев или в случае выраженной социальной дезадаптации, патологических идей самоуничтожения, суицидальных тенденций и психотических симптомов. В DSM-IV содержится дополнительное уточнение, согласно которому «депрессивный синдром представляет собой ожидаемую и одобренную обществом» реакцию на смерть близкого человека и таким образом не может интерпретироваться как психическое заболевание.

В последние годы было показано, что нет значительных различий между реакциями утраты и другими психогенными депрессиями в отношении клинических, анамнестических и социально-демографических показателей (Wakefield, 2012). Таким образом, эксперты столкнулись с необходимостью сделать выбор в пользу расширения группы депрессий, связанных с утратой, путем включения в нее всех психогенных состояний или удаления критерия утраты из признаков депрессивного эпизода. В первой версии DSM-5, выпущенной в 2010 г., рекомендовано исключить этот критерий. Позже было показано, что лица, перенесшие депрессию, связанную с утратой, в дальнейшем имеют меньший риск повторного рецидива, чем перенесшие аутохтонную депрессию (Mojtabaj, 2011). Вероятность развития у них повторной депрессии оказалась не выше, чем у лиц без аффективных расстройств в анамнезе.

* Павличенко А. В., к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии. apavlichenko76@gmail.com +7(963)7109217

Денисенко М. М., к.м.н., с.н.с. отдела неотложной психиатрии и наркологии. mdenisenko@ukr.net

Читлова В. В., аспирант отд. по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств. zoigrek@mail.ru

В ходе развернувшейся дискуссии, в которой также приняли участие представители СМИ, активно обсуждались возможные последствия решения экспертов оставить критерий утраты в будущей классификации, такие, например, как высокая вероятность ложноположительных диагнозов и потенциальный риск вульгаризации концепции депрессии и психических расстройств в целом. В окончательной версии DSM-5 все же было решено исключить критерий утраты, однако непосредственно в тексте было помещено указание на необходимость проводить дифференциальную диагностику между большой депрессией и «нормальной» реакцией горя. По мнению экспертов, это замечание должно ослабить расхождения между классификациями, так как в МКБ-11, также как и в МКБ-10, планируется исключить из диагноза депрессивного эпизода «обычные для данной культуры нормальные реакции утраты».

Диагноз пролонгированной реакции утраты (горя) в МКБ-11 рекомендуется использовать лишь в тех случаях, когда с момента смерти близкого человека прошло более 6 месяцев и в клинической картине существенное место занимают такие симптомы, как чувство тоски, постоянные навязчивые воспоминания об умершем, трудности концентрации внимания и нарушение самоидентичности (ощущение, что часть личности умерла). Кроме того, эти симптомы должны сопровождаться значительным снижением функционирования в разных сферах жизни.

Несмотря на многочисленные предложения уменьшить временной критерий для диагностики **гипоманиакальных состояний**, обе группы экспертов посчитали это преждевременным. В обеих классификациях было решено включить в качестве облигатного признака гипомании и мании критерий «повышенная активность или энергия». Если эпизод мании (гипомании) возникает во время лечения антидепрессантами и сохраняется после их отмены, то следует диагностировать собственно маниакальное (гипоманиакальное) состояние в рамках биполярного расстройства.

Современные исследования, посвященные изучению **смешанных аффективных эпизодов**, показали, что диагностические критерии аффективных расстройств часто одновременно включают полярные по своей сути симптомы, что может иметь важные прогностические и терапевтические последствия. В соответствии с критериями DSM-IV для диагностики смешанного эпизода необходимо одновременное существование очерченного маниакального и очерченного депрессивного синдрома, что, тем самым, игнорирует многочисленные случаи, когда доминирует один из синдромов. В DSM-V решили полностью отказаться от диагноза «смешанного эпизода» и включить в критерии депрессивных и маниакальных эпизодов отдельную дименсию (спецификатор) «со смешанными чертами», которая требует наличия не менее трех полярных аффективных симптомов. Дефиниция «большая депрессия со смешанными чертами» включает такие классические маниа-

кальные симптомы, как повышенное настроение и самооценка, снижение потребности во сне и чрезмерная вовлеченность в деятельность, которая может привести к пагубным последствиям. В то же время другие маниакальные и гипоманиакальные симптомы (раздражительность, психомоторное возбуждение и отвлекаемость), которые, по данным литературы, значительно чаще встречаются в структуре смешанного эпизода, не были включены в признаки данного расстройства. По мнению ряда исследователей, здесь видится противоречие между описанием смешанного эпизода в классической и современной литературе, с одной стороны, и его описанием в DSM-5, с другой. Кроме того, в соответствии с критериями DSM-V нельзя диагностировать смешанный эпизод при быстрой смене аффекта. В МКБ-11 предполагается сохранить рубрику «смешанный аффективный эпизод», которая будет включать стабильные и нестабильные смешанные состояния, случаи с выраженностью обоих синдромов или состояния, когда доминирует один из них, а другой сохраняется на субсиндромальном уровне.

Несмотря на то что коморбидность тревоги и депрессии превышает 50 %, ни в МКБ-10, ни в DSM-IV **тревожные симптомы** не фигурируют в критериях депрессивных расстройств. В то же время их присутствие ассоциируется с более высоким суицидальным риском и длительностью аффективного эпизода. Хотя в первой версии DSM-5 (2011) была предложена новая категория «смешанная тревога/депрессия», в последующие версии, также как и в окончательный вариант DSM-5, она не вошла. В то же время обе классификации допускают существование субсиндромальной (подпороговой) тревоги в структуре депрессии: в DSM-5 предложено использовать для этих целей дименсию (спецификатор) «с тревожным дистрессом», а в МКБ-11 – «с выраженными тревожными симптомами». Если в клинической картине тревожные симптомы выражены значительно, то обе группы экспертов рекомендуют диагностировать коморбидное депрессии тревожное расстройство. В тех же случаях, когда диагностический порог преодолен лишь для тревожного, но не для депрессивного состояния в МКБ-11 рекомендуется использовать дименсию «с выраженными депрессивными симптомами» в рамках тревожного расстройства. Наконец, если и депрессивные, и тревожные симптомы сохраняются на субсиндромальном уровне, то в МКБ-11, также как и МКБ-10, рекомендуется диагностировать «смешанное тревожно-депрессивное расстройство». В DSM-V этому соответствует рубрика «депрессивное расстройство БДУ».

Расстройства личности. В докладе профессора Гейдельбергского университета **S. Herperts** были представлены будущие изменения главы, посвященной патологии личности. Были названы несколько причин, побудивших экспертов пересмотреть соответствующие главы международных классификаций: высокий уровень коморбидности (более 50 % лиц с расстройствами личности име-

ют в среднем еще 3 других расстройства), частое использование в клинической практике рубрики «расстройства личности БДУ», нестабильность диагнозов во времени, гетерогенность критериев и нечеткость диагностических порогов расстройств. По мнению экспертов, подходы к классификации личностных расстройств должны быть менее стигматизированными, следует рассматривать уровень функционирования и дисфункции отдельно от клинических критериев, дополнительно выделять патологические личностные стили, использование которых должно повысить стабильность диагнозов во времени.

Критерии диагностики личностных расстройств, приведенные в секции II DSM-V, существенно не изменились. Новые подходы были представлены лишь в секции III, куда помещаются состояния, требующие дальнейшего изучения.

Первый критерий (критерий А) личностных расстройств по DSM-V (дезадаптация) проявляется в нескольких сферах: а) нарушение идентичности (нестабильный образ себя, часто связанный с чрезмерной самокритикой, чувство опустошенности); б) нарушение ориентации в жизни (нестабильность целей, ожиданий, ценностей или планов карьеры); в) снижение эмпатии (низкая способность распознавать чувства других); г) нарушения интимности (нестабильные и конфликтные отношения с близкими, страх быть покинутым). Критерий «А» было предложено оценивать по Шкале личностного функционирования, где «0» соответствует нормальному уровню, «1» – небольшому снижению, «2» – умеренному, «3» – серьезному, а «5» – «экстремально» выраженному снижению социального функционирования.

Второй критерий личностных расстройств (критерий «В») включает 5 личностных стилей (доменов), каждый из которых включает полярные признаки: 1) негативная аффективность или стабильность (лабильность, враждебность, подозрительность, тревожность); 2) отрешенность или экстравертированность (изоляция, ангедония, депрессивность); 3) антагонизм или конформность (манипулятивность, поиск внимания, бездушность); 4) расторможенность или добросовестность (безответственность, импульсивность, поиск риска); 5) психотицизм или осознанность (эксцентричность, необычные идеи). В работах последних лет была продемонстрирована связь личностных стилей и даже симптомов с отдельными нейрональными сетями и участками мозга. В частности эмпатия и межличностные отношения связаны с префронтальной корой, регуляция аффекта – с миндалевидным телом, экстраверсия и склонность к уединению – с областью поясной борозды, а дифференциация «Я – Другие» – с париетальной зоной.

В окончательной версии DSM-V было оставлено лишь 7 личностных типов (антисоциальное, пограничное, шизотипическое, избегающее, обсессивно-компульсивное, нарциссическое, смешанное). Диагностика каждого из них базируется на четких операциональных критериях.

Понятие «расстройство личности» в DSM-5 будет включать не только определение личностного типа (категориальный диагноз) и уровня снижения функционирования, но, если это будет необходимо, выделение личностных сфер (доменов), в которых преимущественно проявляется дезадаптация (дименсиональный диагноз). При определении стратегии лечения рекомендуется описывать отдельные симптомы, которые занимают в клинической картине существенное место. Основная критика подхода к оценке личностных расстройств, предложенная в DSM-V, заключается в отсутствии единой модели, которая могла бы объяснить связь дименсий и категорий, сложность использования в клинической практике и необоснованность удаления многих личностных типов, что в будущем может привести к негативным последствиям. Кроме того, до сих пор не представлено убедительных эмпирических данных о преимуществах данного подхода над другими (Pull Ch., 2013).

В проекте МКБ-11 предполагается иной принцип диагностики расстройств личности. Эксперты ВОЗ предлагают убрать из классификации отдельные личностные типы как таковые (т. е. категориальный диагноз), а в рамках преобладающего дименсионального подхода ввести двухэтапный диагноз. Вначале (I этап) рекомендуется оценить степень тяжести межличностной дисфункции, включая подпороговые состояния (личностные реакции в понимании отечественных психиатров). Было предложено 5 степеней тяжести: (1) нет личностных нарушений, (2) личностные проблемы трудно квалифицировать как расстройство, (3) личностное расстройство, (4) умеренно-тяжелая степень выраженности расстройства, (5) тяжелое личностное расстройство. В принципе, врач в своей работе может ограничиться этим этапом, констатируя лишь факт дисфункции и степень ее снижения. Но возможно пойти далее II этапа и постараться оценить 5 личностных стилей (доменов): асоциальный/шизоидный, диссоциальный/антисоциальный, обсессивный/ананкастный, тревожный/зависимый и эмоционально неустойчивый. В отличие от DSM-V, где каждый домен содержит несколько внешних признаков (facets), в МКБ-11 он будет включать лишь один основной симптом. В то же время у многих исследователей существуют опасения, что ограничивая функционирование лишь сферой межличностных отношений, данный подход может затормозить развитие дальнейших научных исследований и будет иметь негативные последствия для всей службы психического здоровья.

В обеих классификациях главный акцент в диагностике расстройств личности делается на оценке степени выраженности личностной дисфункции (дезадаптации), причем если в DSM-V принимаются как сфера межличностных отношений, так и субъективного опыта (self), то в МКБ-11 подлежит оценке лишь специфика взаимоотношений с другими. Использование нескольких личностных стилей (доменов), по-видимому, поможет

врачам выработать тактику лечения для конкретного пациента и характер психообразовательной работы. Кроме того, распространение дименсиональных принципов будет иметь дестигматизирующий эффект, а сами расстройства будут чаще выявляться в клинической практике. Однако подход к диагностике личностной патологии, предложенный в DSM-V, где врачи должны будут оценить сразу три параметра (личностный тип, личностные стили и глубину дисфункции), по-видимому, встретит сложности его реализации на практике.

Расстройства, связанные со стрессом. Председатель соответствующей рабочей группы МКБ-11 **A. Maercher** (Швейцария) отметил, что в МКБ-10 состояния, связанные с разными стрессовыми факторами, можно встретить в разных главах (F43.0, F62.0, F94.0, Z63.4). Основным нововведением обеих классификаций станет выделение новой группы (спектра) расстройств – психических расстройств, преимущественно ассоциированных со стрессом.

В МКБ-10 диагностика **ПТСР** основывалась на двух критериях: наличие психической травмы и характерной клинической картины. Описывая особенности психической травмы, эксперты рабочей группы МКБ-11 рекомендуют учитывать не столько ее исключительно угрожающий и катастрофический характер (как в МКБ-10), сколько ее экстремальность. В частности суммарный эффект от воздействия психической травмы может приводить к высокой угрозе жизни (например, во время продолжающегося голода или длительных бомбардировок). В DSM-V этот критерий понимается более широко и включает не только события, которые представляют непосредственную опасность для данного человека, но и те ситуации, когда он являлся свидетелем угрозы жизни или смерти другого человека или знал, что экстремальное событие случилось с близким родственником. В отличие от МКБ-10, где все критерии ПТСР имеют равное диагностическое значение, в проекте МКБ-11 предполагается опустить малоспецифичные симптомы, а наиболее важные поместить в три группы (дименсии): 1) повторное переживание травмы «здесь и сейчас», когда события не только сохраняются в памяти, но и вновь «оживают» как в реальной жизни, так и в повторяющихся ночных кошмарах; 2) избегание всяких напоминаний о травме, которые могут вызвать повторное переживание травматических событий в мыслях (ощущениях) и в ситуациях; 3) повышенная возбудимость (hyperarousal) в виде реакций испуга или чрезмерной настороженности при угрожающих в настоящий момент стимулах. В DSM-V, однако, содержится еще один (четвертый) критерий – «негативные изменения в когнитивной сфере и нарушения настроения». Таким образом, в МКБ-11, в отличие от DSM-V, преобладает более узкое понимание ПТСР, что, по мнению экспертов, не позволит размыть границы между трагическими событиями жизни, с одной стороны, и психическими расстройствами – с другой.

Вместо рубрики МКБ-10 «стойкие личностные изменения, обусловленные катастрофическим событием» (F62.0), в МКБ-11 предлагают ввести категорию **«комплексное ПТСР»**, которая, помимо общих симптомов ПТСР, будет включать изменения в трех сферах: 1) аффективное функционирование (эмоциональная лабильность, вспышки агрессии, склонность к диссоциативным реакциям); 2) отношение к самому себе (восприятие себя как уродливого и никчемного человека, выраженное чувство стыда и вины); 3) межличностные отношения (сложность поддерживать отношения с другими людьми, избегание близких отношений).

В МКБ-11 предполагается введение новой категории **«продолжительная реакция горя»**, которую следует использовать в тех случаях, когда спустя 6 и более месяцев после смерти близкого человека сохраняется чувство тяжелой и глубокой тоски или преследуют неотступные мысли об этом событии. Кроме того, человек не может смириться с утратой, избегает всяких упоминаний об усопшем. Может также наблюдаться нарушение идентичности (чувство того, что часть личности умерла). Продолжительная реакция горя выходит за рамки социальных или культуральных норм и вызывает значительные нарушения функционирования. Как правило, симптомы этого расстройства не поддаются лечению ни психотропными средствами, ни психотерапевтическими техниками, используемыми при депрессии.

Как известно, категория МКБ-10 **«расстройство адаптации»** использовалась врачами при невозможности диагностировать конкретное депрессивное или тревожное состояние, а также как предварительный диагноз в тех случаях, когда было неясно, какое из расстройств (ПТСР или расстройство настроения) разовьется в дальнейшем. Перед экспертами ВОЗ стояла задача уточнить дифференциально-диагностические критерии данного состояния и описать роль стрессовых факторов в его развитии. Согласно определению, расстройство адаптации – это транзиторное расстройство, которое обычно развивается в течение месяца в условиях действия стрессовых факторов и разрешается в течение полугода. При этом глубина стресса не принимается во внимание, а симптомы не отвечают критериям ПТСР. Предложены три группы симптомов (дименсии): 1) чрезмерное беспокойство в виде волнения, постоянных неприятных мыслей; 2) неспособность адаптироваться в виде утраты интереса к работе, социальной жизни, заботе о других и проведению досуга, а также проблем со сном и снижении концентрации внимания; 3) *разнообразные другие клинические симптомы*, включая тревогу, депрессию и контроль за своим поведением.

Категория **«острая стрессовая реакция»** должна подвергнуться реорганизации. С одной стороны, понятие «реакция» подразумевает, что здесь речь не идет о психическом расстройстве в узком смысле.

С другой стороны, эксперты соответствующей рабочей группы DSM указывают на то, что это состояние, симптомы которого напоминают ПТСР и являются его предиктором (Bryant, 2011), следует оставить в DSM-5 по просьбе страховых компаний. В частности различные службы по оказанию помощи населению рекомендуют включить в классификацию категорию, которую можно будет использовать при обращении к ним лиц с различными эмоциональными и соматическими симптомами, возникающими сразу после воздействия какого-либо события. Использование кода «Z» для диагностики острой стрессовой реакции позволит работникам сферы психического здоровья лучше распознавать эти состояния.

В настоящее время рабочая группа МКБ-11 инициировала стадию полевых исследований с участием разных международных центров, направленную на уточнение диагностических критериев стрессовых состояний. Кроме того, любой желающий может оставить свои комментарии и предложения по улучшению диагностики стрессовых расстройств на сайте ВОЗ, посвященном развитию МКБ-11 (www.who.int/classifications/icd11).

Расстройства шизофренического спектра. Анализ различных аспектов будущих классификаций психотических расстройств был сделан одним из соавторов ранее (1). В настоящем сообщении нам хотелось бы остановиться на двух частных проблемах диагностики расстройств шизофренического спектра, которые подробно обсуждались на различных сессиях Конгресса и представляют большой практический интерес: целесообразность включения в диагностические признаки шизофрении критерия «снижение социального функционирования» и возможные изменения в диагностике шизотипического расстройства.

Первый из этих вопросов обсуждался во время симпозиума **«Дебаты: должно ли функциональное снижение быть диагностическим критерием шизофрении?»** Как известно, в DSM-IV обязательным критерием диагностики шизофрении является наличие значимого функционального снижения, которое прогрессирует после манифестации заболевания и проявляется в одной или более сферах (работа, межличностные отношения, самообслуживание). Эксперты рабочей группы по психотическим расстройствам DSM-V после некоторых сомнений также решили оставить данный критерий. В то же время в МКБ-10 он не упоминается, а в МКБ-11, которая должна выйти в свет только в 2015 г., у экспертов нет единодушного мнения по этому вопросу.

Основные аргументы в пользу включения критерия «снижение социального функционирования» в качестве обязательного признака шизофрении представила **S. Galderisi** (Италия). Было отмечено, что во многом этот принципиальный спор возвращает к разному пониманию шизофрении Крепелиным и Блейлером: является или не является шизофрения болезнью с плохим прогнозом?

Если ответить утвердительно, то функциональное снижение является устойчивым признаком. Если принять точку зрения Блейлера, то требование функционального снижения необязательно. К сожалению, до сих пор у нас нет однозначного ответа, что во многом связано с отсутствием четких внешних критериев оценки. Так, о дистрессе часто говорят лишь на основании того факта, что пациент ищет помощь, в то время как использование количественных (дименсиональных) шкал оценки уровня функционирования требует специальной подготовки. В DSM критерий «функциональное снижение» оценивают по бинарной шкале (наличие или отсутствие) при наблюдении за течением болезни. Практические врачи при этом не испытывают каких-либо затруднений.

По мнению ВОЗ, одна из целей ревизии международной классификации болезней состоит в разделении диагноза как такового и функционального статуса. Последний рассматривается не только как исход заболевания, но и как результат многих других причин (влияние внешней среды, личностных факторов, стрессовых воздействий). С другой же стороны, признается, что дифференциально-диагностические критерии некоторых психических расстройств далеко не идеальны, в отдельных случаях мы вынуждены принимать во внимание функциональное снижение как признак, позволяющий отличить психическое расстройство как таковое от непатологического состояния. В недавно опубликованном обзоре (Reed, 2012) приводятся данные опроса большого числа психиатров по этому вопросу. Так, более 2/3 из них считали, что функциональное состояние следует учитывать при постановке диагноза большинства или всех психических расстройств. Более 40 % специалистов полагали, что он должен быть обязательным диагностическим критерием в тех случаях, когда нужно сделать вывод о существовании психического расстройства. Кроме того, более трети из них заявили, что в отсутствие функционального снижения вообще нельзя диагностировать заболевание. Таким образом, включение функционирования в различные опросники и рекомендации не встречает возражений в профессиональном сообществе.

Недавно было показано (Linscott, 2012), что распространенность психотических симптомов в популяции (бредовые идеи и галлюцинации) составляет 8 % и не зависит от возраста и культуры. В то же время, по данным многочисленных эпидемиологических исследований, уровень распространенности психотических расстройств в целом не превышает 3 %. Было предложено несколько причин, объясняющих эти расхождения. Во-первых, возможно, что результаты эпидемиологических исследований ошибочны, а встречающиеся в популяции бредовые идеи и галлюцинации должны интерпретироваться как психотические заболевания. Во-вторых, по-видимому, психотические симптомы в популяции кардинальным образом отличаются от тех, которые встречаются

при психотических расстройствах. В-третьих, психотические симптомы могут быть одни и те же, но при психических расстройствах также присутствуют и другие признаки (например, функциональное снижение или дистресс). Принимая во внимание эти факты, эксперты внесли в один из разделов проекта МКБ-11 следующее примечание: важнейшим отличием непатологических психотических симптомов от психических заболеваний является наличие функционального снижения. Существование этого признака является кардинальной чертой психотических расстройств в целом и позволяет оказывать этим больным квалифицированную психиатрическую помощь.

Было предложено внести в определение психического расстройства следующий диагностический критерий: оно должно сопровождаться значительным дистрессом и/или снижением социального функционирования в нескольких сферах (работа, межличностные отношения или уровень самостоятельного проживания и ведения хозяйства). Если же состояние не сопровождается дистрессом и/или функциональным снижением, то диагноз не может быть поставлен (критерий исключения).

Аргументы против включения функционального снижения в диагностические критерии шизофрении представил председатель рабочей комиссии по психотическим расстройствам МКБ-11 **W. Gaebel** (Германия). Он, в частности, отметил, что в последнем издании Оксфордского психологического словаря функциональное снижение определено как любое снижение качества или стабильности (strength) физического или психологического функционирования, которое проявляется в нескольких сферах: основные жизненные навыки (прием пищи, ванны, одевание); инструментальные навыки (поддержание жилья в надлежащем состоянии, управление деньгами); функционирование в контексте семьи, общества, системы образования и т. д. В соответствии с этим определением данный критерий нельзя использовать в классификации психических заболеваний. Кроме того, помимо собственно позитивных и негативных симптомов шизофрении, на уровень функционального снижения могут влиять еще и целый ряд других факторов, таких, например, как когнитивное функционирование, личностные особенности, факторы внешней среды и качество жизни. Было показано, что наличие семьи и друзей у больных шизофренией ассоциируется с меньшим уровнем безработицы и лучшими инструментальными навыками, а вмешательства, направленные на улучшение социальных связей, также положительно сказываются на трудоустройстве и навыках самообслуживания.

К сожалению, среди практических врачей недостаточно известна предложенная ВОЗ уже около 20 лет назад Международная классификация по функционированию, инвалидности и здоровью (ICF), которая предлагает значительно более широкое определение функционирования и не ограничивается лишь констатацией его снижения.

В частности в классификации ICF предлагается отдельно оценивать уровень снижения нетрудоспособности, которая может проявляться на уровне телесных функций (их снижение), личности (ограничение активности) и социума (ограниченное участие). Таким образом, ВОЗ предлагает оценивать уровень функционирования и нетрудоспособности вне рамок существующих диагностических критериев МКБ-10 с помощью дополнительной классификации ICF.

Как уже отмечалось, в DSM-IV функциональное снижение является обязательным компонентом диагноза шизофрении. В то же время как оценивать критерий «клинически выраженное снижение» не совсем понятно, хотя в ней и есть два практических указания: во-первых, это дистресс (озабоченность и страдания, связанные с болезнью); во-вторых, ограничение функционирования («ограничения, связанные с выполнением социальных функций и трудовой занятостью»). Степень этого снижения важна для определения тяжести расстройства («легкое», «среднее» или «тяжелое»), которое, в свою очередь, определяют врачи-психиатры на основании своего клинического опыта.

Решение оставить в DSM-V функциональное снижение в качестве обязательного критерия шизофрении встретило много возражений. С одной стороны, психотические симптомы сами по себе могут сопровождаться снижением функционирования, с другой – функциональное снижение далеко не всегда отмечается при шизофрении, а его наличие у здоровых лиц с психотическими симптомами необязательно говорит о шизофрении. Кроме того, снижение социального функционирования отмечается у 40 % больных шизофренией, находящихся в состоянии симптоматической ремиссии (Karow, 2011). Уровень функционирования при шизофрении не является величиной неизменной, но подвержен динамическим изменениям: как уже отмечалось выше, его можно улучшить при проведении адекватной психосоциальной терапии. Все эти данные свидетельствуют о том, что уровень функционирования как исход шизофрении следует рассматривать отдельно от клинико-динамических характеристик заболевания.

Американская психиатрическая ассоциация до сих пор не предложила стандартизованный, валидный и надежный инструмент для измерения уровня функционирования. Широко используемую для этих целей Шкалу GAF (Global Assessment of Functioning) трудно считать таковой, так как в ней смешиваются понятия «болезнь» и «нетрудоспособность», ее показатели больше коррелируют с клиническими симптомами, чем с уровнем функционирования, а уровень патологических значений Шкалы устанавливается произвольно. Вопрос можно ставить шире: насколько вообще использование шкал, опросников и самоопросников позволяет надежно оценить функционирование? Критические оценки в первую очередь касаются сложностей их использования в разных странах и культурах, а также нецелесообразность применения

во время острых психотических состояний (Sabbag, 2011). Кроме того, многие рейтинговые опросники требуют специальной подготовки, а полученные данные об уровне функционирования могут сильно отличаться от того, кто непосредственно был респондером (пациент, родственники, друзья или врачи).

В определении шизофрении в МКБ-11 (проект) есть упоминание о том, что расстройством *может быть* связано со значительным дистрессом и/или функциональным снижением в нескольких областях (работа, межличностные отношения, самообслуживание), хотя в качестве *обязательных критериев* для диагностики эти признаки не значатся. Как уже отмечалось, функциональное снижение подразумевает ограничения, связанные с симптомами болезни («дисфункция»), а дистресс связывается с беспокойством и волнениями из-за самого состояния, что больше напоминает концепцию «нетрудоспособности» в том виде, как она представлена в классификации ICF. Ее использование в качестве дополнительного инструмента позволит понять связь между болезнью как таковой и особенностями снижения как независимыми переменными. В то же время включение в МКБ-11 функционального снижения как обязательного критерия приведет к смешению симптомов заболевания, тяжести расстройства и уровня функционирования. Кроме того, ICF позволит разработать терапевтические стратегии, которые будут прицельно воздействовать на отдельные компоненты функционирования.

Возможные **изменения в диагностике шизотипического расстройства** обсуждались в докладе президента Немецкой психиатрической ассоциации **P. Falkai**. Было отмечено, что дефиниция расстройства не претерпела существенных изменений. Оно, в частности, характеризуется устойчивыми странностями поведения, необычной речью, идеями (beliefs), нарушениями восприятия, интенсивность которых не достигает типичных диагностических критериев шизофрении и может проявляться разнообразными позитивными и негативными симптомами. Позитивная шизотипия включает следующие симптомы: подозрительность и параноидные идеи; нарушения восприятия (телесные иллюзии, деперсонализация, дереализация, слуховые галлюцинации), магические и бредоподобные идеи, а также другие странные идеи, которые не согласуются с культуральными нормами и не достигают критериев психотических расстройств; обсессии дисморфофобического, сексуального и агрессивного содержания, не сопровождающиеся внутренней борьбой. Негативная шизотипия сопровождается ограниченной эмоциональностью, чувством отрешенности и отчужденности, необычным внешним видом и эксцентричным поведением.

Дифференцировать шизотипическое расстройство необходимо от других заболеваний шизофренического спектра и личностной патологии. От продромальной и резидуальной стадий шизофрении оно отличается большей стабильностью сим-

птоматики и отсутствием отчетливых психотических эпизодов в анамнезе. С шизоидным расстройством личности его сближает структура межличностных особенностей, а различает частое наличие эксцентричного поведения и отдельные психотические симптомы. Негативная шизотипия и расстройства аутистического спектра (например, синдром Аспергера) также имеют много общих черт (малоконтактность, социальная отгороженность), что может привести, особенно при отсутствии продуктивных симптомов, к значительным дифференциально-диагностическим сложностям.

Еще одним важным изменением в МКБ-11 будет введение в критерии показателей функционирования и культуральных факторов. У лиц с шизотипическим расстройством часто наблюдается снижение функционирования, которое, как и у больных шизофренией, эксперты рекомендуют измерять дополнительно с помощью классификации ICF. Шизотипическое расстройство встречается во всех культурах, но большая распространенность наблюдается в некоторых этнических группах. Следует принимать во внимание, что в некоторых странах отдельные симптомы позитивной и негативной шизотипии могут быть связаны не столько с психической болезнью, сколько с той позицией, которую они занимают в обществе.

В последние годы было выполнено несколько исследований, направленных на выявление генетических маркеров шизотипического расстройства (Raine A., 2006). В частности была выявлена связь между геном COMT-val и негативной шизотипией, между делециями гена 22q11 и высокими показателями по самоопроснику KSQ, направленному на выявление шизотипии, а также ассоциация между мутациями гена FMR-1 и формальными расстройствами мышления, сниженной эмоциональностью и характерными межличностными особенностями у лиц с шизотипическим расстройством. В нескольких работах, правда, выполненных уже достаточно давно и охватывающих небольшое число больных, показана эффективность при шизотипическом расстройстве галоперидола и тиотиксена при психотических, деперсонализационных симптомах и социальной изоляции, а также флуоксетина при обсессивных симптомах (Hymovitz, 1986; Markovitz, 1991).

В литературе обсуждается вопрос, который, скорее всего, пока не найдет отражение в МКБ-11, о двух независимых клинических подтипах шизотипического расстройства (Raine A., 2006). Истинная шизотипия, связанная с развитием мозга (neurodevelopmental), базируется на генетических, пренатальных и постнатальных факторах, имеет достаточно стабильную симптоматику, сродство с шизофренией, при ней целесообразно рассматривать вопрос о фармакотерапии. При псевдошизотипии, ассоциированной с психосоциальными факторами, симптомы неустойчивы во времени, не имеют отношения к шизофрении, и в качестве предпочтительной стратегии лечения рассматривается психотерапия.

В перечень признаков шизотипического расстройства в МКБ-11, по всей видимости, войдет деление на подтипы (позитивная и негативная), указание на необходимость оценивать культуральные особенности пациентов и уровень функционирования. Также будет добавлено уточнение, что расстройство может являться продромальной фазой шизофрении.

Заключение. Анализ докладов XXI Европейского Конгресса по психиатрии, посвященных предстоящим изменениям двух основных классификаций психических расстройств (DSM-V и МКБ-11), позволяет заметить, что в официальных систематиках прослеживается стремление сделать диагностику более простой и доступной для использования в разных странах, дестигматизировать и индивидуализировать диагноз, а также исключить из критериев малоспецифичные и нестойкие симптомы, что должно предупредить гипердиагностику одних психопатологических синдромов и гиподиагностику других. Что же касается содержательных сторон обеих классификаций, то здесь следует отметить доминирование смешанного (категориально-дименсионального) подхода, повышение значимости функционирования как важного дифференциально-диагностического признака расстройств, а также разрешение во многом искусственной проблемы коморбидности.

Несмотря на желание сблизить между собой DSM-V и МКБ-11, чему в немалой степени способствует и участие одних и тех же исследователей в разработке обеих систематик, их разные цели во многом обуславливают и различия (Maj M., 2013). Американская классификация будет использоваться преимущественно специалистами в области психиатрии и должна предоставить тщательно проработанный инструмент, который окажет помощь в выборе наилучшей терапевтической стратегии, которая обычно доступна в развитых странах. В отличие от этого, классификация ВОЗ обращается к более широкой аудитории, включая врачей общей практики из развивающихся стран. Ее цель – сделать диагностику психических расстройств простой и доступной для использования в разных медицинских учреждениях.

Л и т е р а т у р а

1. Павличенко А. В. Будущие классификации психотических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – Т. 15, № 1. – С. 67–72.
2. Bryant Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a review // J. Clin. Psychiatry. – 2011. – Vol. 72. – P. 233–249.
3. Evert H. et al. The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis // Soc. Psychiatry Psychiat. Epidem. – 2003. – Vol. 38 (4). – P. 180–188.
4. Karow A. Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists // Eur. Psychiatry. – 2012. – Vol. 27 (6). – P. 426–431.
5. Linscott R. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders // Psychol. Med. – 2013. – Vol. 43 (6). – P. 1133–1149.
6. Maj M. What changes will DSM-5 and ICD-11 bring? // EPA Congress News. – 7 Apr. 2013. – P. 12–14.
7. Mojtabaj R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5 // Arch. Gen. Psychiatry. – 2011. – Vol. 68 (9). – P. 920–928.
8. Pull C. Too few or too many? Reactions to removing versus retaining specific personality disorders in DSM-5 // Curr. Opin. Psychiatry. – 2013. – Vol. 26 (1). – P. 73–78.
9. Raine A. Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories // Annu. Rev. Clin. Psychol. – 2006. – Vol. 2. – P. 291–326.
10. Reed G. et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification // World Psychiatry. – 2011. – Vol. 10 (2). – P. 118–131.
11. Sabbag S et al. Assessing everyday functioning in schizophrenia: not all informants seem equally informative // Schizophr. Res. – 2011. – Vol. 131 (1–3). – P. 250–255.
12. Wakefield J. et al. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? // World Psychiatry. – 2012. – Vol. 11 (1). – P. 3–10.

Транслитерация русских источников

1. Pavlichenko A.V. [Future classifications of psychotic disorders]. *Psichiatrija i psihofarmakoterapija* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2013; 15(1): 67–72. (In Russ.).

УДК 616.895.4
ББК Р64-1

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ «ГЕН-СРЕДА» ПРИ ПСИХИЧЕ- СКИХ РАССТРОЙСТВАХ: ТРАНСЛЯЦИЯ ПРОГРЕССА НЕЙРОНАУК В ПЕРСОНИФИЦИ- РОВАННУЮ МЕДИЦИНУ (ПО МАТЕРИАЛАМ XXI КОН- ГРЕССА ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ)

Сюняков Т. С.*

ФГБУ «НИИ фармакологии им. В. В. Закусова» РАМН
125315, Москва, Балтийская ул., д. 8

Данная статья является одной из серии публикаций, посвященных материалам XXI конгресса Европейской ассоциации психиатров, прошедшего 6—9 апреля в Ницце (Франция). Приведен обзор наиболее важных сообщений, посвященных последним достижениям в области понимания взаимоотношений «ген-среда» при психических расстройствах и их значению с позиций трансляционной психиатрии и персонализированной медицины. **Ключевые слова:** взаимоотношения «ген-среда», депрессия, тревожные расстройства, шизофрения, конгресс EPA

GENE-ENVIRONMENT INTERACTIONS IN PSYCHIATRIC DISORDERS: TRANSLATION OF NEUROSCIENTIFIC DEVELOPMENTS INTO PERSONALIZED MEDICINE. Syunya-
kov T. S. V.V. Zakusov Pharmacology Research Institute of RAMSci. Baltiyskaya Street 8, 125315, Moscow, Russia. This paper is the one of the series of papers devoted to materials, presented at the XXIst Congress of European Psychiatric Association which took place in Nice (France). Here we discuss major presentations on neuroscientific developments in the field of gene-environment interactions in psychiatric disorders and their application to the translational psychiatry and personalized medicine. **Keywords:** gene-environment interactions, depression, anxiety disorders, schizophrenia, EPA congress.

Во французской Ницце с 6 по 9 апреля 2013 г. прошел XXI конгресс психиатрии под эгидой Европейского общества психиатров (EPA).

Противоречия между доказательной и персонализированной медициной являются предметом широких дискуссий. Потенциалом к достижению компромисса между этими направлениями обладают исследования в области нейронаук ввиду того, что они на доказательном уровне предоставляют более тонкий подход, учитывающий состояние отдельного пациента, особенности его заболевания, генетической предрасположенности, факторов, сопутствующих развитию, состояние биологических систем организма, стрессовых факторов и условий окружающей среды. Обсуждение этих вопросов стало одной из основных тем конгресса, а ключевое место при их освещении заняла теоретическая лекция проф. Джулио Лицинио (Julio Licinio) из Южно-австралийского исследова-

тельского института здоровья и медицины (Аделаида, Австралия) «От взаимодействий между генетическими и средовыми факторами к терапии и профилактике», отразившая результаты многолетних работ и наметившая дальнейшие перспективы исследований.

В начале сообщения Лицинио указал, что экономическое бремя психических расстройств велико (800 млрд евро в год для стран Европы), а для фармакологических компаний рынок психотропных препаратов является крайне прибыльным (оборот около 80,5 млрд долларов только в США). Парадокс в том, что прагматичные фармакологические компании закрывают подразделения, занимающиеся разработкой психотропных лекарственных средств. Комментируя данную проблему, докладчик отметил, что это связано с трудностями, возникающими «при наведении мостов между фундаментальной наукой и клиническими дисциплинами», т. е. перед трансляционными нейронауками. Наиболее красноречивой иллюстрацией данного тезиса является тот факт, что на сегодняшний день широко используемые антидепрессанты опираются на механизмы, выявленные 60 лет назад Джулиусом Аксельродом, а открытия позднего периода практически не внедрены в практическую сферу. Это связано с тем, что осуществление комплекса процесса трансляции (научная идея/открытие → апробирование на людях → клинические исследования → внедрение результатов в руководство и политику здравоохранения → отслеживание долгосрочных эффектов (позитивных и негативных) → распространение новых данных по миру и окончательное понимание значимости открытия для глобального здравоохранения) является затратным по ресурсам и времени. В этой связи Лицинио предлагает фокусировать усилия на устранении пробелов между научной гипотезой, доказательными данными и эмпирическими свидетельствами. Таких слабых мест, по мнению докладчика, три: 1) может возникнуть расхождение на уровне знаний, когда эмпирические наблюдения не имеют под собой ни доказательной базы, ни гипотезы, в этом случае необходимо направить усилия на поиск лежащих в основе эмпирических наблюдений причин и механизмов; 2) может наблюдаться ситуация, когда пробел между эмпирическими данными и научной гипотезой заключается в отсутствии доказательной базы, данный пробел должен быть устранен путем повышения «транслируемости» научных данных; 3) эмпирический опыт может не соответствовать ожиданиям, основанным на научном открытии, подтвержденном на доказательном уровне. Рациональным объяснением подобного рода разногласий может служить несоблюдение рекомендаций. Решением проблемы может быть только приведение действий и поведения больных и врачей в соответствие рекомендациям. По ходу доклада подчеркивается значимость правильного выбора объекта и методологии исследований для более эффективного переноса научных данных в практическую деятельность.

* Сюняков Т. С., старший научный сотрудник

В качестве иллюстрации автор привлек результаты собственных исследований депрессий и ожирения. Предпосылками для рассмотрения этих патологических состояний в одной связке явились также примерно одинаковая распространенность (порядка 25 %) ожирения и аффективных / тревожных (родственных генетической основой, механизмами и терапией) расстройств и их частое сосуществование. Оба заболевания обусловлены генетическими механизмами и средовыми влияниями (стрессами). Они взаимно повышают риск возникновения друг друга, имеют пересекающийся круг осложнений и коморбидных состояний. При депрессивных расстройствах нарушается функционирование основных органов и систем, что наряду с суицидальным поведением является причиной высокой смертности при данном расстройстве. Так, большое депрессивное расстройство в 2 раза повышает риск ишемической болезни сердца и на 60 % вероятность возникновения сахарного диабета второго типа, которые также являются осложнением ожирения. Депрессивным нарушениям в долгосрочной перспективе часто сопутствуют кардиометаболические расстройства и увеличение веса, а при сосуществовании депрессивных нарушений и сахарного диабета увеличение веса даже на 5 кг в 1,5 раза повышает риск возникновения ИБС. Предпосылками фактически начавшейся эпидемии ожирения считаются снижение физической активности и повышенное потребление пищи, которые часто встречаются при депрессивных состояниях. Важно, что некоторые нейропептидные и нейротрансмиттерные системы, в том числе кортиколиберин, нейропептид Y, серотонин и норадреналин, вовлечены в контроль и настроения, и веса тела. При этом препараты, применяемые при лечении ожирения (механизм их действия заключается во влиянии на содержание серотонина и норадреналина в ЦНС), часто приводят к формированию пониженного настроения, а терапия депрессивных расстройств осуществляется антидепрессантами (главным образом, влияющими на обратный захват серотонина и норадреналина), которые часто приводят к увеличению веса в долгосрочной перспективе, а также повышают риск сахарного диабета, независимо от исходного индекса массы тела. В свою очередь, с увеличением веса также связан повышенный риск и других болезней, в частности онкологических (на 60 %). На актуальность изучения данной проблемы также указывает то, что все указанные последствия в клинической практике недооцениваются и должным образом не лечатся. Таким образом, депрессия и ожирение значительно больше связаны друг с другом, чем представлялось раньше. При этом существуют биологические системы, значение которых для этих двух заболеваний не вполне ясно – это нейропептиды стресса, медиаторы иммунитета, адипокины и нейрокины. И хотя постановка данной проблемы отнюдь не заслуга последних достижений, новые науки (фармакогеномика и геномика) позволяют взглянуть на нее с иной стороны.

В связи с указанными фактами правомерны следующие вопросы. Совпадение ли это или следствие общих биологических механизмов? Каков характер взаимоотношений между депрессией и ожирением, каково место стрессовой системы в этих взаимоотношениях? Любое ли из этих состояний может являться отправной точкой для других? Какие взаимодействия возникают у людей, склонных к ожирению, на фоне приема антидепрессантов? Отличается ли ожирение в контексте приема антидепрессантов от ожирения вследствие нарушений энергетического обмена?

Пытаясь ответить на часть поставленных вопросов, Джулио Лицинио продемонстрировал результаты эксперимента, направленного на выявление взаимодействий между стрессом, средовыми и фармакологическими факторами. В рамках этого исследования крыс подвергали воздействию краткосрочного (на протяжении 1 недели) стрессового воздействия (ограничение активности). При этом части животных в этот период давали антидепрессанты, а части – вводили физиологический раствор. После завершения этого этапа животным в течение длительного времени давалась пища, обогащенная жирами. Оказалось, что животные, которым назначались антидепрессанты, не только компенсировали снизившийся на фоне стресса вес, но и прибавили в весе значительно больше, чем крысы из контрольной группы. Таким образом, даже краткосрочный прием антидепрессантов вызывает длительно существующую сенситизацию к повышению веса. При этом антидепрессанты в условиях стрессового воздействия оказывали на животных и благоприятное («антидепрессивное») действие. Оказалось, что у животных опытной группы повышена экспрессия ряда факторов роста: мозгового нейротрофного фактора (BDNF), фактора роста нервов (NGF) и, что важнее всего, инсулиноподобного фактора роста (IGF-1), который и мог обусловить увеличение веса животных. Таким образом, данный эксперимент (парадигма стресс-диета-антидепрессанты), с одной стороны, продемонстрировал влияние даже краткосрочного приема антидепрессантов на вес (и это при том, что антидепрессанты занимают в мире второе место по продажам, а многие больные принимают их бесконтрольно). С другой стороны, показана важность стрессовой реакции – координированного ответа нейроэндокринной системы на неблагоприятные внешние или внутренние факторы – в повышении веса в долгосрочном периоде.

В патогенезе ожирения играют роль взаимодействия генетической предрасположенности и средовых факторов (обнаружена взаимосвязь ожирения с доступностью пищи, снижением физической активности, инфекционными заболеваниями, возрастом матери, высокой плодовитостью и ассортативностью браков, содержанием в окружающей среде химических веществ, вызывающих эндокринные расстройства, малыми перепадами температуры окружающей среды, внутриутробными факторами, приемом препаратов).

Таким образом, складывается континуум в ряду влияния на вес внешних и генетических факторов: у части людей большую роль играют алиментарные факторы, у части – повышенное потребление пищи возникает в связи со стрессами и эмоциональными проблемами, а еще одна часть людей страдает избытком веса в связи с генетической предрасположенностью. При ожирении, в отличие от депрессии, генетический фактор может играть колоссальную роль. Несмотря на то что контроль веса тела также вовлекает множество генетически детерминированных систем (моноамины, нейропептид Y – NPY, гормоны и прогормоны гипоталамуса и гипофиза, галанин, орехины, холецистокинин, бомбезин), настоящим прорывом в области знаний об ожирении является выявление роли лептина при данной патологии. Лептин является передаточным звеном между жировой тканью и головным мозгом, а МРТ-исследования показали, что лептин регулирует активность островковой зоны головного мозга в ответ на предоставление пищи. Видимо, при ожирении играет роль также другой нейропептид – грелин, который вызывает активацию в тех же областях, что и лептин. Похоже, что влияния содержания грелина и лептина на повышение аппетита находятся в реципрокных взаимоотношениях. Также автор приводит данные собственных исследований, показавших, что терапия лептином при тяжелых семейных формах ожирения, при которых выявляются дефекты гена, кодирующего лептин, терапия данным нейропептидом приводит к драматическому снижению веса, появлению контроля за приемом пищи и увеличению продолжительности жизни.

Переходя к следующей части доклада, проф. Лицинио указал, что сложность анализа депрессивных расстройств с позиций взаимодействия генетических и средовых факторов заключается в разнообразии их фенотипических проявлений, которые могут различаться по течению, его этапу, периодичности, синдромальной картине, тяжести, причинам и времени возникновения в течении жизни. И это поднимает вопрос о нозологическом единстве депрессивных нарушений. Является ли депрессивный фенотип проявлением эквивалентности разных патогенетических процессов, какие причины лежат в основе болезни и сколько их, могут ли они быть связаны со специфическим генетическим фактором или с влиянием на генетическую уязвимость других факторов, не являющихся причинными, насколько состояние обусловлено несколькими большими генетическими факторами, а на сколько – множеством генетических факторов с небольшим эффектом, и какова роль внешней среды, особенностей развития и эпигенетических факторов?

Депрессивные расстройства являются следствием сложной констелляции генетических и средовых факторов (пренатальных стрессов, стрессов, связанных с потерями близких, горем, лишениями, естественными катастрофами, войной, а также с социальным окружением и поддержкой,

питанием, заболеваниями и применяемыми препаратами). При этом давно известно, что депрессивные расстройства носят полигенный характер и не выделено какого-либо одного генетического фактора, который бы по значимости для патогенеза намного превосходил другие.

В этих условиях Джулио Лицинио предлагает для оптимальной оценки взаимоотношений между генетическими и средовыми факторами проводить систематическую оценку социальных и средовых влияний (особенно в перинатальном периоде) и изучать состояние биологических систем-кандидатов на хорошо охарактеризованных группах больных, а поиск новых механизмов, с его точки зрения, должен осуществляться без оглядки на предварительно сформулированные концепции, которые могут внести искажение при интерпретации новых данных. Докладчик указывает, что одним из наиболее жестко детерминированных фенотипов при рассмотрении депрессий является терапевтический ответ на антидепрессивную терапию, в связи с чем он наилучшим образом подходит для оценки взаимоотношений между генетикой и внешней средой. И уже с учетом разделения депрессивных фенотипов по наличию или отсутствию антидепрессивного ответа должна осуществляться оценка генотипа, рассмотрение вовлеченных систем-кандидатов (как специфических, так и выявляемых на всех этапах патогенетических путей с использованием биоинформационного подхода по поиску однонуклеотидных полиморфизмов), поиск новых мишеней (на основе данных по экспрессии генов с последующим геномным или полногеномным секвенированием, генотипированием экзона – совокупности несущих информацию участков генов), оценки применимости этих данных в практической сфере.

Учитывая, что в патогенезе как депрессивных расстройств, так и ожирения существенная роль принадлежит стрессовой системе¹, как системе, опосредующей взаимосвязь между средовыми и генетическими факторами, и, основываясь на позитивном опыте выявления связи между терапевтическим ответом и вариантами генов, кодирующих рецепторы к кортиколиберину (CRHR1), при бронхиальной астме, Лицинио предположил, что такого рода взаимосвязи могут быть выявлены и при депрессивных расстройствах. В исследовании по тестированию данной гипотезы вошли 80 пациентов с депрессивными расстройствами (американские мексиканцы). У больных генотипированы гаплотипы CRHR1 и выявлены их частоты и варианты. Гаплотип-1 (GAG-гаплотип для вариантов rs1876828, rs242939 и rs242941) встречался у большинства больных (63 %), но у некоторых он

¹ Что касается влияния стресса с позиций связи «депрессия – ожирение», то могут наблюдаться следующие ситуации: наступление депрессии и снижение веса, возникновение депрессии и повышение веса, рост веса без возникновения депрессии. Впоследствии при сохранении неблагоприятных условий возможна трансформация этих состояний. Также важны условия приема пищи, обогащенной жирами.

находился в гомозиготном, а у некоторых в гетерозиготном состоянии. Оказалось, что у больных с высокими степенями тревоги на фоне депрессии, у которых гаплотип-1 находился в гомозиготном состоянии, терапевтический ответ на флуоксетин и дезипрамин (а для этих препаратов получены данные об их влиянии на кортиколиберин) был достоверно более выраженным. Данный пример является показательным, и с использованием данного подхода (с поэтапным смещением акцента исследований от патогенеза через однонуклеотидный полиморфизм к гаплотипам и геному) группой Лицинио выявлено 1 500 однонуклеотидных полиморфизмов в генах, имеющих значение для терапевтического ответа на антидепрессанты.

Принимая во внимание, что стрессовый ответ в целом и кортиколиберин в частности связан с иммунным ответом, состояние иммунной системы, цитокинов и нейрокинов является другой потенциальной мишенью для изучения взаимодействия генетических и средовых факторов при депрессиях. Автор отметил значительные сходства между течением аутоиммунных заболеваний и депрессий в контексте вариантов течения – хронического, периодического с усилением и ослаблением симптоматики, эпизодического. Применение цитокинов в качестве терапевтических средств приводит к возникновению депрессивных расстройств. Все это указывает на возможность участия дисфункции медиаторов иммунитета при депрессии (при этом эта дисфункция может быть первичной, генетически детерминированной либо вторичной, вследствие инфекционных заболеваний или стрессовых воздействий).

Рассматривая цитокиновую теорию депрессии с позиций молекулярной биологии, экспериментальных моделей, клинических, генетических и фармакогенетических исследований, Лицинио сформулировал рабочую гипотезу о том, что нейрокины являются синтезируемыми в головном мозге цитокинами, но их регуляция в головном мозге отличается от регуляции на периферии; нейрокины участвуют в биологии настроения, когнитивных функций и поведения; регулирование нейрокинов в головном мозге не обязательно требует присутствия инфекционных агентов или аутоиммунного процесса. В поддержку высказанной гипотезы Лицинио привел данные, полученные на той же группе американских мексиканцев. В этом исследовании продемонстрирована взаимосвязь между большим депрессивным расстройством и полиморфизмом генов PSMB4 (β 4-субъединица протеосомы, играющая роль в презентации антигена) и TBX21 (кодирует одноименный белок, играющий роль в пролиферации Т-лимфоцитов). На долю их полиморфизмов rs2296840 и rs17244587 приходится 47,8 % риска, а их объединенный эффект (взаимодействие ген-ген) на 26 % выше, чем можно ожидать от простого суммирования рисков. У лиц с аллелями 1, 2 и 3 этих вариантов генов риск депрессивных расстройств возрастает в 2,3, 3,2 и 9,8 раза, что свидетельствует о значительном эффекте дозы генов.

Представляет интерес, что экспрессия гена цитокина CXCL10/IP-10 при депрессии повышена, а при реализации антидепрессивного эффекта снижается. Выявлена ассоциация других факторов, указывающих на роль Т-клеточного иммунитета (CD3E, PRKCH, PSMD9, STAT3) и функций гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (UCN3) при реализации антидепрессивного ответа. Эти результаты согласуются с данными о преобладании при депрессии Т-хелперной активности 1-го (провоспалительного) типа над активностью 2-го (противовоспалительного) типа. Подтверждена роль интерлейкина-6 в механизмах депрессий. Эти данные подтверждены в другом исследовании – при угнетении Т-ростка иммунитета животные демонстрировали повышенную устойчивость в тестах на формирование депрессивного поведения.

Следуя намеченной последовательности изучения, Лицинио приводит результаты секвенирования генов на всех этапах реализации эффектов антидепрессантов (начиная от печеночного метаболизма, способности проникать через гематоэнцефалический барьер, взаимодействовать с первичными рецепторами, влиять на внутриклеточные мишени с отслеживанием дальнейшего каскада изменений) флуоксетина и дезипрамина для выявления ассоциированных с депрессией однонуклеотидных полиморфизмов. Только в отношении мозгового нейротрофного фактора (BDNF) выявлено 47 ранее идентифицированных и 83 новых однонуклеотидных полиморфизмов. В отношении других звеньев в цепи реализации механизмов терапевтического ответа (транспортёры серотонина, норадреналина, дофамина, ген CREB1, ген рецепторов к CRH и BDNF) выявлено 419 однонуклеотидных полиморфизмов, ассоциирующихся с ответом на антидепрессанты. Таким образом, существует множество свидетельств того, что терапевтический ответ на антидепрессивную терапию во многом детерминирован генетически.

Под конец данного фрагмента своего сообщения докладчик анонсировал, что с появлением новых технологических решений становятся возможны исследования экзозом, которые в настоящее время проводятся его научной группой. Кроме того, он очертил будущие направления исследований и сформулировал новый подход: поиск новых генов-кандидатов, бинарная оценка их значимости для определенной патологии с последующей их группировкой при помощи древовидного анализа в соответствии с местом, занимаемым в патогенезе, и выяснением суммарного вклада того или иного пути в предрасположенность к болезни. Таким образом, в данном разделе доклада продемонстрировано успешное использование нового подхода на примере выявления факторов, в том числе опосредующих взаимодействие генетических и средовых влияний через систему стресса и связанных с ней функций иммунитета, ассоциирующихся с риском депрессивных расстройств и фармакологическим ответом на антидепрессанты.

Переходя к завершающей стадии сообщения, Дж. Лицинио вернулся к роли стрессовой системы в генезе как депрессивных расстройств, так и ожирения с позиций теории о персистирующей патологической сигнализации. Суть этого явления заключается в том, что в ходе эволюции человека система ответа на стресс приспосабливалась к взаимодействию с краткосрочными периодическими стрессорами, в ситуации когда немедленное реагирование повышало вероятность сохранить жизнь. В условиях же современного мира, по мнению докладчика, стрессовые воздействия изменили характер, стали персистирующими, а «роль хищника принадлежит начальнику на работе, от которого не убежать». С этих позиций хронические стрессы настоящего времени могут запускать нейроэндокринные механизмы, ассоциирующиеся с эндокринным и цитокиновым ответом, провоспалительной реакцией и внутриклеточным стрессом, постоянные влияния которых и составляют суть персистирующей патологической сигнализации, выливающейся в формирование депрессивных расстройств, ожирения, диабета, гипертонии, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Таким образом, если сделать вывод из всего сказанного проф. Лицинио, то необходимо отметить, что на сегодняшний день существуют значительные пробелы между результатами нейронаучных исследований и клинической практикой, однако появление новых технологических решений и предлагаемые автором методология и новые подходы к изучению данного вопроса могут позволить их решить. В этом направлении уже сделаны существенные шаги. На примере взаимоотношений двух тесно связанных друг с другом заболеваний – депрессии и ожирения – получены новые данные об их генетической природе, участии генов, имеющих «большое» и «малое» значение», открыты многочисленные новые однонуклеотидные полиморфизмы, имеющие функциональное значение. На примере парадигмы «стресс-диета-ожирение» продемонстрировано взаимодействие патологического процесса, внешних средовых факторов и фактора применения антидепрессантов, которые в сочетании запускают внутренние механизмы, приводящие к повышению веса, показана опасность бесконтрольного применения антидепрессантов. Выявлены дополнительные доказательства генетической детерминированности антидепрессивного ответа и роли состояния иммунной системы в генезе и терапии депрессивных нарушений. С учетом новых разработок вновь осуществляется активное изучение роли стрессовой системы и, как ее части, системы иммунитета в формировании комплексных расстройств, при которых велико значение и генетических, и средовых факторов.

Переходя от общих вопросов к частным, логическим продолжением доклада Дж. Лицинио явилась исследовательская сессия «Краткосрочные и долгосрочные эффекты иммунного стресса в пренатальном и перинатальном периоде: от основ к клинике», проводившаяся под председа-

тельством Ай Му Минт (AyeMuMyint) из Университетской клиники Мюнхена (Германия) ввиду отсутствия проф. Маркуса Шварца (Marcus Schwarz). Как следует из названия сессии, здесь изучались нейроиммунологические гипотезы разных психических расстройств: депрессий и шизофрении, в том числе послеродовых депрессий и психозов. В этой связи следует еще раз указать на тесные взаимоотношения между иммунной системой и нейроэндокринной системой ответа на стресс, определяющими реактивность организма к внешним факторам, а также вспомнить, что некоторые авторы рассматривают иммунную систему в качестве шестого «некогнитивного» органа чувств, а в соответствии с цитокиновой гипотезой Брайана Леонарда активация иммунитета играет важную роль в патогенезе депрессивных расстройств.

Среди представленных на сессии 4 докладов наибольший интерес представляли 2 экспериментальных исследования, данные гипотезы в них рассматривались с позиций роли нарушений нормального развития головного мозга в генезе депрессивных нарушений и шизофрении и с точки зрения взаимодействия «гены-среда». Предпосылками к проведению этих работ послужили данные литературы, что инфекционные заболевания, возникающие у матери в ходе беременности, могут влиять на ход развития головного мозга у потомства, ввиду облегченного проникновения медиаторов воспаления через несформированный гематоэнцефалический барьер, последующей активации микроглии, в том числе перекисного окисления, это приводит к истощению запасов ионов железа и цинка, составляющих активные центры многих ферментов, участвующих в окислительно-восстановительных процессах, что приводит к изменению траектории развития ЦНС, формируя дополнительную уязвимость (наряду с генетической) к психическим заболеваниям.

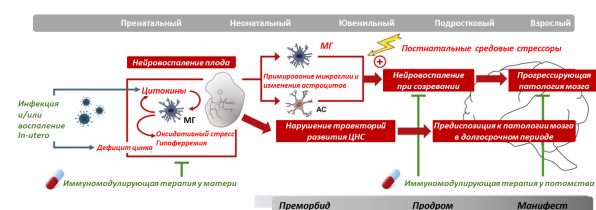


Рис. 1. Современная модель обусловленного нейровоспалительным процессом нарушения развития головного мозга, вовлеченного в патогенез шизофрении

Наряду с этим пренатальное воспаление запускает патологическую сенсibilизацию микроглии и астроцитов, что по времени совпадает с возникновением первых нарушений (мягких неврологических знаков и психомоторного дефицита). Сенсibilизированные клетки глии либо сами по себе, либо после дополнительной активации средовыми стрессорами в постнатальном периоде запускают воспалительные процессы в развивающемся головном мозге, вызывая нарастание патологических изменений, способствуя, таким образом, манифестации заболевания (рис. 1).

Для оценки влияния пренатального иммунного стресса на предрасположенность психическим заболеваниям (шизофрении) предложена экспериментальная модель с использованием иммунологической провокации. Ее суть в том, что самкам мышей на разных сроках беременности вводились антигены, провоцировавшие иммунный ответ при отсутствии инфекционного возбудителя. Затем у потомства при использовании валидных методик регистрировались поведенческие нарушения. На основании литературных данных иммунная провокация вирусным антигеном, полирибоинозидовой полирибоцитозидовой кислотой (PolyL:C – синтетический аналог двуцепочечной ДНК), в отличие от липополисахарида² (бактериального антигена) и интерлейкина-6 (провоспалительного цитокина, хронически повышенные уровни которого вызывают нейродегенерацию) приводила к возникновению у потомства широкого круга поведенческих расстройств и изменений, характерных для шизофрении. У них отмечалось снижение преимпульсного и латентного торможения,³ социального поведения, исследовательской активности, рабочей памяти, повышение чувствительности к агонистам дофаминовых и NMDA рецепторов. Валидность данного моделирования шизофрении, с точки зрения патологии развития, подтверждает также время возникновения поведенческих расстройств у мышей, соответствующее раннему зрелому возрасту (то есть возрасту, характерному для манифестации шизофрении), и то, что они купировались применением антипсихотиков. В экспериментальных исследованиях было показано, что при такого рода моделировании роль играет время проведения провокации: в частности угнетение преимпульсного торможения у потомства наблюдалось при введении PolyL:C на 9-й день беременности, но не на 17-й день.

Такое полноценное моделирование особенностей шизофрении, на первый взгляд, идет вразрез с расчетами об относительно малом вкладе вирусных инфекций в этиологию шизофрении. Однако в работе Clarke et al. (2009) приводятся сведения о том, что влияние пренатальных инфекций у лиц с наследственным отягощением психотическими расстройствами в 4 раза больше в сравнении с лицами без отягощения, что указывает на взаимодействие инфекционных заболеваний с генетической предрасположенностью. Данное положение подтверждено в некоторых работах: у мышей с мутантной аллелью гена *mhDISC1* (*mutant human disrupted in schizophrenia-1*) пренаталь-

ная иммунная стимуляция приводила к повышенной тревожности, «депрессивному» поведению, нарушениям «социального поведения», снижению стресс-реактивности, а также ассоциировалась с рядом структурных изменений головного мозга. Синергичное усиление дофаминергических нарушений наблюдалось и при комбинировании модели с гетерозиготной делецией гена *Nurr1* (генетический фактор) с моделью PolyL:C-провокации (средовой фактор).

В своей работе Сандра Джованьоли (Sandra S. Giovanoli, Цюрих, Швейцария) предлагает использовать модель «двойного удара» средовых факторов: после проведения иммунной вирусной провокации PolyL:C на 9-й день беременности («первый удар») на 30–40-й дни жизни потомство (опытная группа) подвергали ряду субхронических стрессовых воздействий («второй удар»: удары электрическим током по лапам, ограничение активности, плавательный стресс, животным не давали пить, повторно меняли клетки). Через 1 месяц после завершения «второго удара» у животных отслеживались отдаленные эффекты.

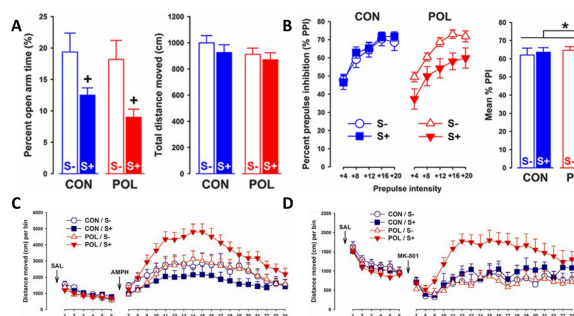


Рис. 2. Долгосрочные эффекты пренатального иммунного стресса и стрессовых воздействий в пубертатном возрасте и их взаимодействие у мышей

Животные опытной группы, подвергавшиеся стрессу (на рисунках – POL и S+), демонстрировали повышенную тревожность (рис. 2A), угнетение препульсового торможения (рис. 2B), а также повышенную чувствительность к агонистам дофаминовых рецепторов и антагонистам глутаматергических NMDA-рецепторов (рис. 2C и 2D) в сравнении с потомством животных, у которых не проводилось иммунологической провокации (контрольная группа, на рисунках – CON, S+ и S-), и с животными опытной группы, не подвергавшимися стрессовым воздействиям в пубертатном возрасте (POL и S-). При изучении нейрохимических изменений выявлялось увеличение содержания дофамина в прилежащем ядре (обусловленное иммунной провокацией) и гиппокампе (как результат взаимодействия двух средовых влияний).

Ай Мю Минт представила результаты своего исследования, в котором она, используя модель пренатальной иммунной провокации на более поздних сроках гестации (17-й день) с липополисахаридным (бактериальным) антигеном, смоделировала нарушения нормального развития головного мозга при депрессивных расстройствах.

² Острая фаза иммунного ответа на бактериальные и вирусные антигены отличается: в ответ на введение вирусного антигена характерна индукция интерферонов.

³ Преимпульсное ингибирование (препульсовое торможение) – феномен, заключающийся в том, что реакция (стартлинг, вздрагивание) на сильный сигнал уменьшается, если ему непосредственно предшествует более слабый сигнал. Латентное торможение – способность не фокусировать внимание на знакомом стимуле (предметах, явлениях), не затрагивающем потребности индивида. При шизофрении оба вида торможения выражены слабее.

На 13-й неделе жизни у мышей из экспериментальной группы выявлялось «депрессивное» поведение при проведении теста с принудительным плаванием, выражающееся в достоверном увеличении частоты и продолжительности периодов прекращения двигательной активности и зависаний в воде. Наблюдалось усиление процессов эпигенетических изменений в тканях головного мозга, что выражалось в снижении активности гистон-деацетилазы, повышении активности ДНК-метилтрансферазы, изменении экспрессии генов, определяющих соотношение нейротоксических (гены *Cideb*, *Txnip*, *Drd2*, *Nostrin*, *Tacr1*) и нейропротективных (*Nrg1*, *Ngrf*, *Il1r1*) процессов в сторону увеличения первых и снижения вторых, что может свидетельствовать об участии данного механизма в формировании депрессивных расстройств.

Таким образом, в этих двух сообщениях представлен обзор научных работ, демонстрирующих роль пренатального воспаления в формировании уязвимости к таким заболеваниям, как шизофрения и депрессивное расстройство, для которых в последние годы показана связь с состоянием иммунной системы и с нарушением нормального процесса развития головного мозга. Эти данные легли в основу создания экспериментальной модели пренатальной иммунной провокации, обладающей превосходной конструктивной валидностью в отношении шизофрении, в некоторой степени депрессивного расстройства, которая позволяет объяснить не только особенности клинической картины и течения заболеваний, но и особенности их формирования в условиях сложного взаимодействия генетической предрасположенности и внешних воздействий (иммунологических и стрессовых). Более того, работы, выполняемые в этом направлении, открывают широкие перспективы для дальнейшего изучения природы психических расстройств и создания принципиально новых подходов к их терапии и профилактике.

Конечно же, не могли обойти стороной проблему взаимодействия генетических и средовых факторов на сателлитном симпозиуме компании Pfizer «Генерализованное тревожное расстройство: почему люди беспокоятся?», проводимом под председательством профессора Кристера Аллгуландера (Christer Allgulander) из института Каролинска в Швеции. Доклад «Патологическая генетика тревоги» представила молодая профессор Катарина Домшке (Katharina Domshke) из Университетской психосоматической и психотерапевтической клиники Вюрцберга (Германия).

Свой доклад Катрина Домшке начала с того, что, как и при многих других психических заболеваниях, в этиологии тревожных расстройств значимы и биологические, и средовые факторы. Среди биологических ключевое место занимают генетические. На это указывают результаты семейно-генетических исследований, выявивших 1,5–3-кратное увеличение риска тревожных расстройств у родственников первой степени родства больных, что приводит к накоплению в подверженных семьях

случаев тревожных расстройств, указывая на их генетическую обусловленность. Эти результаты не снимают всех вопросов о наследственной основе, поскольку в семьях «наследуется» и генетический материал, и «атмосфера». Близнецовые исследования, позволяющие исключить данные влияния, свидетельствуют, что в случае генерализованного тревожного расстройства конкордантность составляет 20–40 %, при паническом расстройстве – 48 %, в отношении одновременно-го возникновения обоих заболеваний – 23 %. У ГТР есть общая генетическая основа с большим депрессивным расстройством. О чем же могут говорить эти цифры? С одной стороны, они подводят черту под доказательствами наследуемости тревожных расстройств, с другой – свидетельствуют, что в 50–80 % случаев роль в возникновении тревожных расстройств играют внешние, негенетические факторы, а также указывают на значимость взаимоотношений «ген-среда».

Однако семейно-генетические и близнецовые исследования не решают вопросов о том, какие гены играют ключевую роль в предрасположении. К ним адресованы молекулярно-генетические исследования, анализ сцепленных генов и изучение генетических ассоциаций. В этих исследованиях выявлены общие для спектра тревожных расстройств (паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и тревожная депрессия) гены риска, прежде всего гены серотонинового 5-HT_{1A} рецептора, транспортера серотонина и моноаминоксидазы типа А (MAO-A), вовлеченной в метаболизм серотонина и норадреналина, подтверждая, таким образом, на генном уровне нейрхимические гипотезы о вовлечении серотонинергической и норадренергической систем нейротрансмиссии в генез тревожных расстройств. За последнее десятилетие открыт ряд новых генов-кандидатов, вовлеченных в контроль тревоги: ген рецептора к нейропептиду S (NPS), нейропептид Y (NPY), ген небольшого пептида RGS2, участвующего в качестве сигнальной молекулы в каскадах основных нейротрансмиссивных систем.⁴ В докладе приведено незначительное число из рассматриваемых в настоящее время генов-кандидатов. В 2011 г. в журнале *Translational Psychiatry* вышла экспериментальная работа, показавшая, что с тревожными состояниями ассоциировано порядка нескольких сотен генов.

Переходя к анализу взаимоотношений генетических и средовых факторов, проф. Домшке ссылается на исследование о влиянии полиморфизма гена NPY (NPY 399C/T) на возникновение тревожных расстройств среди жертв урагана. Носители гомозиготной аллели NPY 399C/C имели наибольшую подверженность по сравнению с носителями C/T и T/T аллелей, причем в сравнении с гомозиготами по T варианту гена риск тревожных расстройств возрастал в 8 раз.

⁴ Эти нейропептиды и короткие пептиды модифицируют работу основных вовлеченных в патогенез тревоги систем передачи.

Этиологическую мозаику тревожных расстройств осложняют эпигенетические влияния: процессы метилирования ДНК и ацетилирования гистонов. Суть их в следующем: ацетилирование гистонов вызывает активацию процессов транскрипции на определенном участке ДНК, который может содержать патологический ген, а при соединении метильной группы с промотором гена, наоборот, происходит «выключение» гена. Особенностью подобных эпигенетических процессов является их нестабильность и динамичность. Таким образом, даже наличие генетического предрасположения может не проявляться в случае, например, если экспрессия патологических генов не осуществляется ввиду их инактивации. Однако процессы метилирования и деметилирования обратимы, что привело к гипотезе об индукции эпигенетических процессов стрессорами, которая получила подтверждение. Так, у больных паническим расстройством отмечается недостаточное метилирование гена MAO-A. Показано, что негативно окрашенные события в течение года, предшествовавшего возникновению заболевания, усиливали процессы деметилирования гена MAO-A, тогда как позитивные события вызывали его метилирование (инактивацию) (рис. 3).

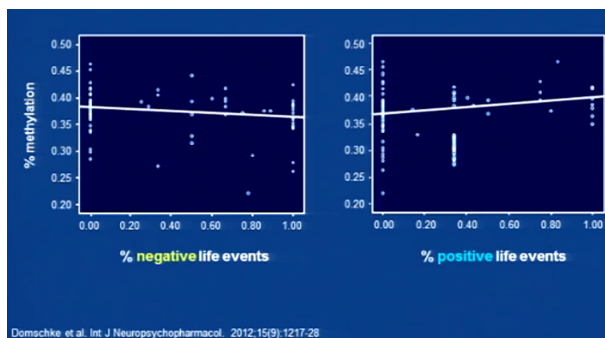


Рис. 3. Влияние позитивного и негативного опыта на процессы метилирования гена MAO-A

Другим аспектом патогенетики тревожных расстройств, затронутым в данном сообщении, явилось то, что гены оказывают свое влияние не только в рамках одной клетки, но и на уровне нейрональных систем. Раскрыть данную сторону проблемы позволяют нейровизуализационные исследования. Ключевыми структурами в системе тревоги-страха являются миндалевидные тела. У больных ГТР выявляется их повышенная активация в ответ на предоставление негативно или нейтрально окрашенных стимулов, а применение анксиолитиков (бензодиазепинов, СИОЗС и прегабалина) снижало активность этих структур. Другой важной анатомической структурой, имеющей значение при тревожных расстройствах, является дорсолатеральная префронтальная кора (DLPFC), представляющая собой зону, отвечающую за когнитивный контроль – ингибирующие влияния на гиперактивные лимбические области. Ее активность при тревожных расстройствах (ГТР и паническом расстройстве) снижена, что указывает на

нарушение кортикально-лимбических связей, лежащее в основе нарушений регулирования эмоций. Важно, что в исследованиях у больных тревожными расстройствами показаны эффекты генетического предрасположения на активность этих структур. Так, у носителей короткой аллели полиморфизма гена транспортера серотонина (5HTTLPRs/l) и патологического С-полиморфизма гена NPY выявляется повышенная активность миндалевидных тел. Пониженная же активация DLPFC ассоциируется с G-полиморфизмом гена 5-HT1A рецептора и с TT-полиморфизмом гена рецептора к нейропептиду S.

Наконец, профессор Домшке продемонстрировала, что генетические факторы опосредуют и анксиолитическую эффективность противотревожных препаратов. Больные ГТР, гомозиготные по А-варианту гена 5-HT2A рецепторов, демонстрировали менее выраженный ответ на терапию венлафаксином. Аналогичные результаты продемонстрированы в отношении S/аллели гена транспортера серотонина при изучении терапии эсциталопрамом больных ГТР и в исследованиях эффективности пароксетина при паническом расстройстве и тревожных депрессиях. Таким образом, докладчик очертила основные достижения в понимании взаимоотношений между генетическими и средовыми факторами в этиопатогенезе тревожных расстройств, которые необходимо учитывать при терапии анксиолитиками.

В заключение вернемся к основному назначению трансляционной психиатрии – переносу научных данных в практическую плоскость. Какова же область применения этих представленных на XXI Конгрессе ЕРА данных? Эта информация может быть полезна при проведении психообразования пациентов, она может позволить снизить ассоциирующуюся с заболеванием самостигматизацию, дать надежду и настроить больных на соблюдение терапевтических предписаний. Обнаружение новых звеньев этиопатогенеза от генетических до средовых факторов может помочь в определении новых мишеней для терапевтического воздействия и являться точкой приложения усилий, направленных на поиск перспективных лекарственных средств. В-третьих, углубленное понимание нюансов заболевания может позволить более точно осуществлять выбор терапевтических подходов – лечить больного, а не болезнь, а в глобальном плане – навести мосты между экспериментальной и клинической психиатрией, устранить противоречия между персонифицированной и доказательной медициной, расширив их возможности.

УДК 616.89-008
ББК Р64-8

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ – ЕВРОПЕЙСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Денисенко М. М.*

ГУ «Институт неврологии, психиатрии
и наркологии НАМН Украины»
Харьков, Украина

Настоящая публикация представляет собой обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации (6–9 апреля 2013 г., Ницца, Франция), посвященных проблемам профилактики психических расстройств в Европе и дальнейшим перспективам. **Ключевые слова:** психические расстройства, зависимости, профилактика, Конгресс ЕПА 2013.

PREVENTION OF MENTAL DISORDERS – EUROPEAN PERSPECTIVES. Denisenko M. M. Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of UAMS (Kharkiv). This publication provides an overview of plenary sessions, symposia and Pro&Con Debates of the 21st European Congress of Psychiatry (6–9 April 2013, Nice, France) that cover problems of prevention of mental disorders in Europe and further perspectives. **Keywords:** mental disorders, addiction, prevention, EPA Congress 2013.

6–9 апреля 2013 г. в Ницце (Франция) состоялся XXI Европейский Конгресс психиатров, приуроченный к 30-летней годовщине ЕПА (Европейская ассоциация психиатров). В работе Конгресса приняли участие 3 500 участников. Научная программа Конгресса включала широкий спектр симпозиумов, пленарных лекций, дебатов «за» и «против», сессий молодых специалистов, постерных и спонсируемых сессий, которые содержали всеобъемлющие и информативные представления о последних достижениях в области психиатрии и смежных специальностей.

Большое внимание на Конгрессе было уделено проблемам превенции психических расстройств. Фундаментальный доклад по данной проблеме сделал проф. J. Samrion (Великобритания). Излагая рекомендации ЕПА в этой сфере, проф. J. Samrion отметил, что показатель DALY для онкологических заболеваний составляет 15,9, для кардиоваскулярных – 16,2, для психических и поведенческих расстройств – 22,8. При этом 50 % психических расстройств развиваются в возрасте 14 лет.

Общий вклад психических расстройств и заболеваний мозга составляет 26,6 % от всего бремени заболеваний в Европе (Wittchen H. U. et al., 2011). Влияние психических расстройств на общество определяется их распространенностью, ранним началом и устойчивостью, а также спектром психопатологических эффектов. В качестве примера были представлены показатели распространенности психических расстройств в Европе.

46,4 % населения Европы переживают психическое расстройство на протяжении своей жизни (Kessler R. C. et al., 2005); 38 % населения Европы переносят, по крайней мере, одно психическое расстройство ежегодно (Wittchen H. U. et al., 2011).

Было отмечено, что в Великобритании регистрируется значительная распространенность психических расстройств. Психические расстройства выявляются у 10 % детей и молодежи (Green H. et al., 2005); 17,6 % взрослого населения имеет, по крайней мере, одно психическое расстройство (McManus S. et al., 2009); у 0,4 % взрослых выявлен психоз; 6 % населения имеет алкогольную зависимость, 3 % – наркотическую; 21 % – никотиновую; 5,4 % мужчин и 3,4 % женщин имеют подлежащие диагностике расстройства личности (Singleton N. et al., 2001); 5 % людей старше 65 лет и 20 % старше 80 лет страдают деменцией. Среди населения распространены не только клинически очерченные формы психических расстройств, но и подпороговые нарушения.

По результатам проведенных исследований, 18 % детей 5–16 лет имеют подпороговое расстройство поведения (Colman I. et al., 2009); 17 % взрослых имеют подпороговое психическое расстройство (McManus S. et al., 2009); 5 % взрослых имеют подпороговый психоз (van Os et al., 2009); 24 % имеют угрозу злоупотребления алкоголем (McManus S. et al., 2009). Подпороговые расстройства имеют социальные риски, а также повышают риск порогового расстройства.

По мнению докладчика, в клиническом и социальном плане важен возраст начала психического расстройства, который во многом определяет его выраженность: 50 % психических расстройств в течение жизни (исключая деменцию) начинаются к 14-летнему возрасту (Kim-Cohen J. et al., 2003; Kessler R. C. et al., 2005); 75 % – в возрасте около 25 лет (Kessler R. C. et al., 2007).

Психические и поведенческие расстройства в детском и подростковом возрастах имеют многочисленные негативные медико-психологические и социальные последствия в виде самоповреждений и суицидов, асоциального и оскорбительного поведения, курения, употребления алкоголя и наркотиков, сексуальных рисков, которые приводят к нарушению формирования социальных навыков и физической активности, нарушают образование детей и подростков.

В плане профилактики принципиально важным является рассмотрение психических расстройств с точки зрения базы, на которой развивается поведение, обуславливающее риск для здоровья. В качестве примера проф. J. Samrion привел курение, которое является одной из основных причин смертности: 42 % взрослых потребителей табака в Великобритании – лица с психическим расстройством (McManus S. et al., 2010); 43 % курильщиков в возрасте до 17 лет имеют либо эмоциональное расстройство, либо расстройство поведения (Green H. et al., 2005).

* Денисенко М. М., к.м.н., с.н.с. отд. неотложной психиатрии и наркологии. mdenisenko@ukr.net

Представленные данные важны с точки зрения профилактики соматических заболеваний и ранней смертности. В связи с вышеизложенным проф. J. Campion подчеркнул, что психические расстройства повышают риск соматических заболеваний и связанной с ними ранней смертности. Проведенные исследования показали, что депрессия связана с 50 %-ным увеличением смертности от всех заболеваний (Mukletun A. et al., 2009), шизофрения обуславливает снижение ожидаемой продолжительности жизни на 2,5 года у мужчин и на 16,4 года у женщин (Brown A. S. et al., 2010). В докладе отмечено, что психическое здоровье представляет собой не просто отсутствие психического расстройства, оно является фактором профилактики психических расстройств и повышает сопротивляемость индивида к широкому спектру неблагоприятных воздействий.

Психическое здоровье (благополучие) способствует укреплению здоровья, что обусловлено предупреждением психических расстройств у детей, подростков и взрослых, суицидального поведения, соматических заболеваний. Психическое здоровье приводит к уменьшению использования медицинской помощи и снижению смертности. Преимущества, обусловленные психическим здоровьем, касаются не только вопросов здоровья. Психическое здоровье (благополучие) способствует улучшению результатов образования, повышению продуктивности на производстве (работе), сокращению численности пропущенных рабочих дней, получению более высоких доходов, улучшению социальных отношений, снижению асоциального поведения, преступлений и насилия, а также уменьшению потребления психоактивных веществ. За счет снижения поведения риска формируется более здоровый образ жизни.

Большое внимание в докладе уделено факторам риска психических расстройств в детстве, к которым относятся: 1) факторы беременности и родов (курение, алкоголь, недоношенность) (Nosarti C. et al., 2012); 2) социально-экономические факторы (дети из семей с низкими доходами имеют больший риск развития психических расстройств) (Green H. et al., 2005); 3) факторы неполной семьи (в семьях с одним родителем риск психического расстройства в 2 раза выше); 4) факторы наличия психических расстройств у родителей; 5) факторы отношений с родителями; 6) факторы, связанные с самими детьми (пол, возраст, этничность, время наблюдения). Подчеркнуто, что факторы риска в детстве оказывают более значительное влияние по сравнению с факторами риска во взрослом возрасте. Факторами риска психических расстройств являются неблагоприятные события в детстве, к которым относятся насилие, прежде всего сексуальное. Сексуальное насилие в детстве повышает риск развития во взрослом возрасте депрессивных расстройств, ПТСР, алкогольной зависимости, расстройств приема пищи, суицидальных попыток, вероятного психоза (Bebbington P. et al., 2009; Jonas S. et al., 2011).

К факторам риска психических расстройств относятся социально-экономическое неравенство, безработица (повышение риска психических расстройств в 2,7 раза), долги (повышение риска психических расстройств в 3 раза), насилие и злоупотребления, стрессогенные события жизни, неадекватные жилищные условия, бедность (повышение риска психических расстройств в 1,7 раза).

Характеризуя группы высокого риска развития психических расстройств, проф. J. Campion сказал, что показатели распространенности шизофрении у негроидных карибских групп в 5,6 раза выше, у негроидных африканских групп в 4,7 раза выше, а у азиатских групп в 2,4 раза выше, чем у белого британского населения. К этим группам также относятся заключенные (риск психозов у них выше в 20 раз, а зависимостей – в 130 раз (Stewart R., 2008; NICE, 2009). Лесбиянки, гомосексуалисты и бисексуалы имеют повышенный риск суицидального поведения и вероятного психоза (Chakraborty A. et al., 2011). У бездомных в 11,3 раза выше риск вероятного психоза и в 5,5 раза выше риск алкогольной зависимости. Хронические, соматические состояния в 2—3 раза повышают риск депрессии (NICE, 2009).

Обобщая представленные данные, автор назвал факторы, влияющие на психическое здоровье (благополучие), к которым относятся: 1) генетический фон, материнская (антенатальная и постнатальная) забота, раннее воспитание и ранний жизненный опыт; 2) демография – возраст, пол и семейное положение; 3) социально-экономические факторы, включая доступ к ресурсам и неравенство; 4) эмоциональная и социальная грамотность; 5) вовлечение в целенаправленную деятельность, такую как работа; 6) социальная поддержка, сети, отношения; 7) общественные факторы, такие как доверие и участие; 8) самооценка, самостоятельность, ценности, такие как альтруизм; 9) духовность/осмысленность; 10) физическое здоровье.

В заключении доклада проф. J. Campion остановился на экономическом аспекте психического здоровья. Ежегодная стоимость психических расстройств в Великобритании составляет 124 млрд € (СМН, 2010). Стоимость в Англии и Уэльсе преступлений, совершаемых взрослыми, имевшими проблемы поведения в детстве и подростковом возрасте, составляет 71 млрд € ежегодно. Работодателям Великобритании эти расходы обходятся в 33 млрд € ежегодно (NICE, 2009).

Какие средства выделяются государством на лечение психических расстройств и их профилактику? Ответ на этот вопрос был озвучен в цифровом выражении; 14 млрд € или 11,1 % ежегодного бюджета, выделяемого на здравоохранение в Великобритании в 2009—2010 гг. (DH, 2012); 6,8 % бюджета психического здоровья затрачивается на детские и подростковые службы; в 2009—2010 гг. национальные затраты на развитие психического здоровья у взрослых составили 3,5 млн € (DH, 2011).

Характеризуя экономический эффект психического благополучия, отмечено, что оно является предиктором продуктивной работы, увеличения доходов, улучшения качества психического и соматического здоровья, а также увеличения ожидаемой продолжительности жизни.

Основными направлениями улучшения ситуации в сфере психического здоровья является раннее вмешательство и профилактическое вмешательство, направленные на минимизацию факторов риска.

Первое направление обусловлено неоспоримым тезисом о том, что раннее лечение психического расстройства улучшает его исход и позволяет предотвратить значительную часть психических расстройств во взрослом возрасте (Kim-Cohen J. et al., 2003). Особое значение имеет раннее вмешательство в продромальной стадии психоза, позволяющее предотвратить его развитие, а раннее содействие по трудоустройству, решению бытовых и финансовых проблем способствует раннему восстановлению социального функционирования. Мероприятия по профилактике соматических расстройств у лиц с психической патологией являются неотъемлемой частью этого направления работы.

Касаясь второго направления, проф. J. Campion отметил, что оно базируется на профилактике форм поведения, обуславливающих риск для здоровья (курение, употребление алкоголя и наркотиков); неравенства, дискриминации и стигматизации; суицидов и злоупотреблений. Раннее распознавание психических расстройств требует улучшения их выявления и лечения на первичном уровне, а также повышения грамотности в области психического здоровья среди населения для обеспечения быстрого обращения за психиатрической помощью. Завершая свое выступление, докладчик подчеркнул, что действенная профилактика психических расстройств может реализоваться лишь на основе взаимодействия и партнерства органов власти с неправительственными организациями и общинами.

Проф. C. Samele (Великобритания) огласил данные о том, что распространенность психических расстройств в Европе составляет 38,2 %, а затраты на их лечение – 798 миллиардов €. Основными целями, изложенными в европейском соглашении по психическому здоровью и благополучию (2008), являются: промоция психического здоровья и превенция психических расстройств; борьба со стигмой; эффективная помощь в сообществе. Профилактика психического здоровья приносит потенциальную экономическую и социальную прибыль. Большое значение имеют экономические факторы, которые существенно отличаются в странах ЕС. На профилактику и лечение психических расстройств на 1 год в Литве выделяется 7 €, в Нидерландах – 160 €. На проблемы психического здоровья выделяется более 12 % бюджета здравоохранения во Франции, Великобритании и Люксембурге.

Проблеме улучшения исходов шизофрении (вопросам третичной профилактики) посвятила лекцию проф. S. Galderisi (Италия), отметившая, что в последнее десятилетие произошли значительные изменения в отношении представлений об исходах шизофрении. Пессимистические представления о том, что шизофрения является прогрессирующим заболеванием с неблагоприятным исходом, уступают место более оптимистическим оценкам, ориентированным на восстановление социального функционирования. Факторы, влияющие на функционирование пациентов, являются разнородной группой, в которую входят: факторы, связанные с болезнью; факторы индивидуального ресурса; факторы социального окружения. К факторам болезни относятся негативные и когнитивные нарушения, зависимости от психоактивных веществ. По мнению проф. S. Galderisi, позитивные симптомы лечатся эффективно, а соответствующих методов воздействия на стойкие негативные и когнитивные расстройства существует совсем немного. В этом отношении в качестве перспективных стратегий следует рассматривать противовоспалительные агенты (омега-3 жирные кислоты, ингибиторы ЦОГ-2), антиоксиданты (глутатион), которые позитивно влияют на негативные симптомы. В качестве нефармакологических вмешательств следует рассматривать тренинги когнитивных функций и социальных навыков, транскраниальную магнитную стимуляцию.

К индивидуальным ресурсам автор относит копинги, стиль выздоровления, гибкость и физические здоровье. Наиболее частыми проявлениями соматического неблагополучия являются гипертоническая болезнь, ожирение, респираторные, кардиальные и желудочно-кишечные расстройства. Укрепление индивидуальных ресурсов и уменьшение уровня соматических расстройств ведет к восстановлению социального функционирования.

Комплекс факторов социального окружения включает социальные сети, экономический статус семьи, стигму, социальную поддержку и занятость. Ведущими стратегиями в данном направлении являются антистигматизационные и психообразовательные мероприятия. Обобщая представленные данные, проф. S. Galderisi сказала, что функциональное выздоровление является оптимистической перспективой исходов шизофрении.

Большой интерес вызвал доклад проф. D. Wasserman (Швеция), посвященный программе EPA по превенции суицидов. Начиная с обсуждения связи между самоубийством и лежащими в его основе психическими расстройствами, проф. D. Wasserman отметила аффективные расстройства, шизофрению, злоупотребление психоактивными веществами и расстройства личности как некоторые из основных заболеваний, которые связаны с повышенным риском самоубийства. Несмотря на тот факт, что большинство пациентов могли бы контактировать с врачами общей практики до совершения попытки самоубийства, такие пациенты получают недостаточное лечение.

Проф. D. Wasserman подчеркнула, что существует несколько характерных черт у пациентов, которые нужно изучать с целью определения суицидального риска. К ним относятся предыдущие случаи суицидального поведения (включая семейный анамнез), выражение намерения совершения суицида, психиатрические и хронические соматические расстройства, импульсивные, нарцисстические или агрессивные черты и нарушение стратегии выживания (преодоления трудности).

Докладчик добавила, что генетические исследования могут оказаться в будущем полезными диагностическими инструментами, но в настоящее время они нуждаются в дальнейшем изучении. Руководящий документ Европейской психиатрической ассоциации сам определяет ряд подходов и стратегий, которые важны для лечения и профилактики суицида.

Рекомендуется лечение антидепрессантами для уменьшения риска самоубийства среди взрослых пациентов с депрессией, если используется тщательный мониторинг для наблюдения за опасным периодом в первые 10—14 дней лечения (можно также присоединить транквилизаторы и снотворные, если присутствуют тревога и бессонница). Использование антидепрессантов у детей и подростков должно осуществляться только под наблюдением специалиста.

Другие рекомендации включают антипсихотические препараты, такие как клозапин (эффективен в снижении суицидального поведения у больных шизофренией) и литий, который показал свою эффективность в предотвращении как самоубийств, так и попыток самоубийства у больных униполярной и биполярной депрессией.

Однако проф. D. Wasserman подчеркнула, что фармакологические аспекты предотвращения самоубийств являются только частью стратегии, и существует несколько других факторов, которые имеют большое значение в лечении больных. Во-первых, включение постоянной многопрофильной бригады специалистов (например, психологов, социальных работников и специалистов по трудотерапии), которые в свою очередь предложат биологические, психологические и социальные подходы в лечении этих больных. Многопрофильная команда может принять надлежащее решение по оценке семейных условий, социальной поддержке и возможностям реабилитации совершивших суицид после выписки из больницы.

Действительно, предоставление знаний врачами-психиатрами для врачей общей практики и других медицинских работников является эффективным методом для снижения риска суицида. Когда это реализуется, то происходит улучшение общего качества ухода за пациентами, уменьшение депрессии, тревоги, а также прививается лучшая модель решения соответствующих правовых, этических вопросов.

В заключении проф. D. Wasserman подчеркнула: «Ясно одно, существует огромный потенциал для существенного улучшения профилактики и лечения суицида с помощью предоставления непрерывного образования медицинским работникам, а также критической оценки и поэтапного совершенствования работы уже имеющегося в наличии медицинского и другого персонала».

Обобщая представленную на Конгрессе информацию, следует подчеркнуть, что все выступающие были едины во мнении, что основой успешной промоции психического здоровья являются: наличие законодательной базы, политика и план действий в сфере психического здоровья, а также координация всех секторов и служб, имеющих отношение к психическому здоровью.

Л и т е р а т у р а

1. Gustavsson A. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010 // *European Neuropsychopharmacology*. – 2011. – Vol. 21. – P. 718—779.
2. Green H., McGinnity A., Meltzer H. et al. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. – ONS, 2005
3. Wittchen H. U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2005. – Vol. 15. – P. 357—376.
4. Mykletun et al. 2009 Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study // *The British Journal of Psychiatry*. – 2009. – Vol. 195. – P. 118—125.

УДК 616.89-008.441.44
ББК Р64-324-8

ОТЧЕТ ПО ДОКЛАДАМ ЕРА НА ТЕМЫ: СУИЦИДЫ, ИХ ДИ- АГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА СО СТИГМАТИЗАЦИЕЙ

Краснова П.

Республиканский НПЦ психиатрии, психотерапии
и наркологии, Республика Казахстан
Алматы, ул. Амангельды, 88

ISSUES OF SUICIDAL BEHAVIOR (DIAGNOSIS, PREVENTION, STIGMA) IN THE PROCEEDINGS OF THE 21ST EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY. *Krasnova Polina. Kazakh Scientific and Practical Center of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology (Almaty).*

На XXI Европейском конгрессе психиатров, проводившемся в Ницце с 6 по 9 апреля 2013 г., одной из активно обсуждаемых тем был возросший уровень суицидов в мире. По данным Josef Isung (Karolinska Institutes), ежегодно причиной одного миллиона смертей в мире является заверченный суицид. Конечно же, это является огромной проблемой, особенно если учесть, что, по данным того же источника, преобладающее число суицидов совершается в возрасте от 10 до 24 лет. Многие авторы в своих работах обращали внимание на то, что уровень суицидальных попыток почти в 20 раз выше, чем завершеного суицида.

На конференции было представлено несколько докладов, рассматривающих предикторы развития суицидального поведения. Alberto Forte Boston (MA, USA) в докладе «Бессонница как предиктор высокой летальности суицидальных попыток» отметил, что в ходе множества исследований выявлено, что пациенты с расстройствами сна находятся в группе риска по развитию суицидальных мыслей и попыток. Основными расстройствами сна, приводящими к развитию суицидальных тенденций, являются гиперсомния, бессонница, кошмарные сновидения и ночные панические атаки.

В презентации А. Apter (Israel) представлены предикторы и личностные особенности, которые могут приводить к суицидальным тенденциям. К таким факторам отнесены: психические расстройства в анамнезе, демографические, семейные, психологические факторы, личностные особенности. По данным Apter, более 80 % совершивших суицидальную попытку и 90 % с завершенным суицидом имели тревожное расстройство. У большинства были расстройства настроения, особенно высок риск у лиц с биполярными аффективными расстройствами, в том числе при смешанном типе и при осложнении данных расстройств употреблением алкоголя и наркотических средств. Описаны личностные особенности, в том числе истерическое расстройство личности, пограничные личностные расстройства, невротическая булимия, невротическая анорексия, нарциссическое расстройство, социофобия, обсессивно-

компульсивные расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, диссоциативные, поведенческие расстройства. К семейным и социальным факторам отнесены: наследственность, отягощенная в плане психических расстройств и суицидального поведения, частые наказания в детстве или, наоборот, отсутствие внимания, частые разногласия в семье, разрыв межличностных отношений. Как предикторы суицидального поведения у подростков отмечены: детско-родительская взаимосвязь, высокие родительские ожидания, родительское внимание и их открытость и доступность к контакту с детьми, связь со школой, присоединение к религии и активная групповая позиция.

Один из важных моментов, по А. Apter и D. Wasserman, это доступность орудий самоубийств и многочисленные описания способов совершения суицида в интернете. А. Apter предложил принять законодательные меры по контролю за оборотом огнестрельного оружия, обучением стрельбе, уточнил необходимость выяснения мотиваций при приобретении оружия, внес предложение блистерной упаковки транквилизаторов и т. д.

В докладе описаны личностные характеристики склонных к развитию суицидального поведения пациентов: 1) ощущение безнадежности, эмоциональное выгорание, большое количество личной ответственности, наличие суицидальных попыток в анамнезе; 2) импульсивность, агрессивность, эпизодически возникающие острые приступы, характеризующиеся желанием совершить суицидальные и парасуицидальные действия, особенно при наличии расстройств поведения в анамнезе, наследственный компонент; 3) слабые навыки социального общения, межличностные проблемы; 4) гомосексуализм и бисексуализм (запугивание, негативная реакция семьи); 5) «негибкость» или сложная приспособляемость к новым условиям в старших возрастных группах.

Основными личностными чертами совершивших суицидальную попытку А. Apter назвал нарциссизм, перфекционизм, неспособность к стойкому переживанию неудач; «безрадостность», часто приводящую к депрессиям; импульсивные и агрессивные личностные характеристики, особенно в сочетании с повышенной чувствительностью.

По данным Danuta Wasserman (Karolinska Institutes, Stockholm, Sweden), мужчины, пожилые, одинокие, безработные, злоупотребляющие алкоголем, страдающие психическим заболеванием или расстройством личности, пережившие неблагоприятные события в жизни подвержены высокому суицидальному риску, особенно если они уже имеют подготовленный план самоубийства или ранее предпринимали попытку. Возобновившиеся приступы депрессии, маниакально-депрессивного психоза или других психотических состояний в контексте негативных событий жизни и обращения суицидальной личности к алкоголю могут легко переместить их из группы с незначительным или средним риском в группу с очень высоким риском суицида.

Интересным моментом в диагностике суицидального поведения можно рассматривать анализ спинномозговой жидкости, в котором исследовался уровень цитокинов и факторов роста. Данное исследование проводилось Josef Isung (Karolinska Institutes, Stockholm, Sweden). В нем участвовали 43 пациента (15 мужчин от 22 до 69 лет, средний возраст 45 лет, 28 женщин от 18 до 68 лет, средний возраст 36 лет), совершивших суицидальную попытку, и контрольная группа из 20 добровольцев. Гипотеза предполагает, что нарушение фактора роста играет важную роль в патогенезе психоневрологических расстройств, таких как депрессия. Регуляции иммунной системы влияют на уровень цитокинов и экскрецию фактора роста, на метаболические пути управления моноаминов. Есть несколько исследований, мониторировавших уровни цитокинов и факторов роста при депрессии и суицидальном поведении, хотя результаты противоречивы, что отражает сложность и неоднородность вероятных нарушений. Есть несколько долгосрочных исследований по нарушению регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и их связи с риском самоубийства, очень немногие исследования были сосредоточены на факторе роста и провоспалительных цитокинах в спинномозговой жидкости (ликворе). Существует настоятельная потребность в надежных биомаркерах в отношении суицидального риска как для более точного прогнозирования, так и для новых терапевтических возможностей.

В этом исследовании проанализированы CSF цитокинов и факторы роста эндотелия-А (VEGF) у совершивших немедикаментозную суицидальную попытку и показатели здоровых добровольцев. Выдвинуто предположение, что уровни фактора роста и провоспалительных цитокинов можно было бы выделить в спинномозговой жидкости пациентов с недавней попыткой самоубийства в сравнении со здоровой контрольной группой.

CSF VEGF и IL-8 уровней значительно ниже в ликворе лиц, пытавшихся совершить суицидальную попытку (VEGF означает $3,7 \text{ мкг/мл}^{-1}$, IL-8 означает $17,1 \text{ пг/мл}^{-1}$) в сравнении с контрольной группой (VEGF означает $5,0 \text{ пг/мл}^{-1}$, IL-8 означает $25,6 \text{ пг/мл}^{-1}$) (Т-коэффициент = $-3,76$, $p=0,0004$; Т-коэффициент = $-5,82$, $p<0,0001$, с учетом возраста). CSF уровни VEGF показали значительную отрицательную корреляцию с выраженностью депрессии, измеренную с MADRS ($R=-0,31$; $p=0,049$). Корреляционный анализ показал, что связь между CSF IL-8 уровней и MADRS не была значительной ($R=-0,13$, $p=0,40$).

VEGF концентрации в спинномозговой жидкости лиц с суицидальной попыткой против здоровых измерена с MSD иммуноанализа. Горизонтальные линии показывают средние концентрации, приведена стандартная ошибка средней (SEM). VEGF уровень значительно снизился по сравнению с контрольной группой ($p<0,01$).

Рис. 1.

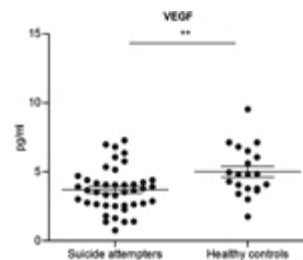
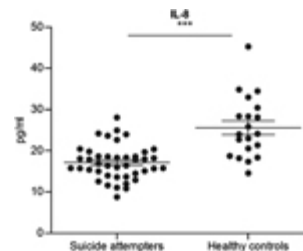


Рис. 2.



IL-8 концентраций в спинномозговой жидкости уровень совершивших суицидальную попытку против здоровых измерен с MSD иммуноанализа. Горизонтальные линии показывают средние концентрации, приведена стандартная ошибка средней (SEM). Значение IL-8 существенно снизилось по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$).

В анализах лиц, совершивших суицидальную попытку, VEGF показал тенденцию к положительной корреляции с IL-8 уровнями ($R=0,29$, $p=0,066$). Интересно, что уровни VEGF, CSF и IL-8 не коррелировали с плазменными уровнями VEGF и IL-8 у совершивших суицидальную попытку (коэффициент Спирмена $Po=0,04$, $p=0,80$; Спирмена $Po=0,06$, $p=0,70$). CSF уровни ИЛ-6 не отличаются у пытавшихся совершить суицидальную попытку (среднее значение $1,1 \text{ мкг/мл}^{-1}$) по сравнению с контрольной группой ($0,9 \text{ мкг/мл}^{-1}$) (Т-коэффициент = $0,91$, $p=0,37$, с учетом возраста).

К отдельному разделу презентаций следует отнести доклады, отражающие влияние факторов окружающей среды на уровень суицидов. Одним из них является сообщение Н. Oskarsson, S. Bjarnadottir о влиянии экономического кризиса на уровень суицидов в Исландии. Было показано влияние девальвации валюты, выросшего государственного долга, увеличения цен на потребительские товары, рост инфляции, что в свою очередь привело к росту безработицы и как результат – к увеличению уровня суицидов в стране. Но в ходе мониторинга было выявлено, что риск суицидов в целом вырос незначительно и слабо колебался с 2002 по 2011 г. Но при рассмотрении суицидального поведения среди безработных ситуация была совсем иной, рост уровня суицидов был очевидным. В заключении все вышеописанное дало основание говорить о необходимости рассмотрения сдвига уровня суицидов в отдельных взятых группах, в частности среди безработных, недостаточности подсчетов уровня суицидов в целом среди популяции. Было предложено проведение профилактических мероприятий среди конкретных групп населения.

Следует отметить работу Т. J. Krause (Magdeburg, Germany) по уровню суицидов в период до и после объединения Германии. В работе описан круг факторов, таких как объединение семей, улучшение материального уровня жизни, рост качества и количества оказываемых медицинских услуг, снижение уровня безработицы, которые позволили снизить уровень суицидов по стране в целом.

Еще одной аналогичной работой в этой области является исследование уровня суицидов после войны в Косово в период с 2008 по 2012 г. и выявление социальных факторов, влияющих на этот показатель, F. Drevinja (Prishtina, Kosovo, Tirana, Albania). В данной работе отражен рост уровня суицидов, особенно среди безработных, лиц с тревожными и посттравматическими стрессовыми расстройствами. К другим перечисленным факторам можно отнести слабое развитие психиатрии, потерю родственников, сложности в обеспечении достойного образования и лечения для своих детей. За этот период в Косово совершено 270 завершенных суицидов: 44,9 % по причине безработицы. Отмечалось преобладание завершенных суицидов среди мужчин (181 против 89 у женщин), 109 суицидов совершено в возрасте от 21 до 30 лет, наибольшее число совершивших суицид (165 чел.) не состояли в браке, 60 % были безработными, 62 % даже получали медицинскую помощь в той или иной форме по поводу расстройств настроения или суицидальных мыслей. Вышеописанное рассмотрено докладчиками как необходимость пересмотра способов оказания психиатрической помощи пациентам с высоким риском суицидального поведения.

Конечно же, нельзя обойти вниманием работы по профилактике суицидов и борьбе со стигматизацией. Как отмечала в своих докладах Danuta Wasserman (Karolinska Institutes, Stockholm, Sweden), медикаментозное лечение антидепрессантами, а при необходимости снотворными и транквилизаторами в первые 10—14 дней является только частью «пазла», который необходимо сложить для успешного предотвращения суицидальной попытки у каждого отдельного индивида. В работе с каждым пациентом должна участвовать мультидисциплинарная команда, состоящая из психолога, социального работника и психиатра во главе. В данную работу должно включаться все окружение пациента как во время нахождения его в стационаре, так и после выписки.

Danuta Wasserman поделилась опытом организации работы по профилактике суицидов в Швеции, где в данное время уже существуют отличные междисциплинарные команды специалистов (в психиатрии, здравоохранении, статистике, психологии, социологии, социальной работе), которые работают в рамках укрепления психического здоровья, развития исследований и профилактики самоубийств в сотрудничестве с местными и международными партнерами.

Благодаря активной работе по профилактике суицидов и индивидуальному подходу к каждому пациенту, борьбе со стигматизацией на уровне масс-медиа можно отметить, что уровень самоубийств в Эстонии постоянно снижается с 1995 г. В настоящее время является самым низким среди стран Балтии и России, хотя ранее показатели данных стран были абсолютно одинаковыми.

Интересная работа по профилактике суицидов и их стигматизации в школах представлена Vladimir Carli (Karolinska Institutes, Stockholm, Sweden), который работает над программой по развитию и прогрессированию внедрения интернета, систематическому пересмотру интернет базы обучения, идентификации и систематизации существующих сайтов, направленных на развитие движений против суицидов. Его активная работа в данном направлении ставит перед собой 3 основные цели: дать знания о суицидах и соответственно предотвратить стигматизацию; оказание помощи: как прямое предложение оказания профессиональной помощи отдельным лицам, так и организация рассылки с указанием организаций, способных оказывать специализированную помощь; стимулирование молодежи для участия в движении за развитие психического здоровья.

Группой исследователей под руководством Vladimir Carli были проведены интервью со школьниками и их родителями с целью установления наиболее приемлемых форм информирования о психическом здоровье, выявления приемлемой терминологии и способах подачи информации. Задавались вопросы о способах решения психологических проблем среди молодежи и их родителей, о частоте обращения к профессионалам. Проведен и краткий опрос среди учителей, выявивший их потребность в обладании большими знаниями по вопросу психического здоровья и способах оказания психологической поддержки.

Представлены объемные статистические исследования, проведенные среди учащихся старших классов школ Австрии, Эстонии, Германии, Ирландии, Израиля, Румынии, Словении и Испании. Проведен опрос учащихся 289 рандомизированных школ, 246 были специально отобраны, количество опрошенных составило около 72,4 %. Данное исследование выявило низкий уровень психологического контакта и доверия учителям, максимальный уровень обращения учащихся к преподавателям составил 12 % по вопросам угроз и запугиваний в стенах школы и в семье. Наибольшее доверие ученики оказывают друзьям: 57,8 % обсуждают с ними темы депрессии, 49,6 % поговорили бы с друзьями при появлении суицидальных мыслей. Наиболее частыми обсуждаемыми с родителями проблемами оказались расстройства пищевого поведения (55,1 %) и нарушение сна (55,7 %). Данные исследования показали необходимость большей информированности среди молодежи и формирование более активной позиции школы в целом и учителей в частности в профилактике суицидального поведения у подростков.

На основе полученных результатов Vladimir Carli предложены новые формы функционирования вебсайтов, которые могут давать соответствующую информацию для молодежи, определена необходимость создания чатов, форумов и скуреконсультирования.

Интересны предложения, внесенные в презентации A. Nawka, Croatia и T. Niederkrotenthaler (Vienna, Austria). В этих сообщениях предложено активное взаимодействие со средствами массовой информации в борьбе со стигматизацией и по профилактике суицидов. Докладчики призывают активно взаимодействовать с журналистами, включать в информацию большее количество ссылок на организации, оказывающие профессиональную помощь при расстройствах настроения и психологическую помощь в кризисных ситуациях. Внесено предложение активно обсуждать форму подачи информации о совершенных суицидальных попытках. Так было предложено сократить кратность употребления слова «суицид» в статьях до двух раз и большую часть сообщения посвящать личным качествам человека, совершившего суицидальную попытку. А при завершённом суициде следует уделить внимание возможностям, которые были у этого человека в жизни, незаконченным делам и т. д. Выступающие предлагали подключить к движению против стигматизации кумиров молодежи, которые могли бы делиться собственным опытом в преодолении депрессивных состояний и обращения к специалистам.

В заключении хотелось бы повторить о крайней актуальности данной темы, о чем свидетельствуют количество представленных сообщений на данную тему, их разнообразие и активность обсуждения каждой презентации. Каждый докладчик отмечал необходимость более полного изучения представленной им темы, внедрения новых подходов, создания новых организаций, сообществ, подключения специалистов других областей и активную просветительскую работу, что, конечно же, прогнозирует еще большую активность в изучении и распространении данной темы на последующих конференциях и конгрессах.

Л и т е р а т у р а

1. Wasserman D. Paving the way for better suicide, treatment and prevention // The official daily newsletter of 21st European Congress of Psychiatry, Sunday 7 april, day 1. p. 10. Karolinska Institutes, Stockholm, Sweden.
2. Forte A. Sleep disorders and suicidal behavior in patients admitted to the emergency department, Boston, MA, USA.
3. Isung J. Low vascular endothelial growth factor and interleukin – 8 in cerebrospinal fluid of suicide attempters, Stockholm, Sweden.
4. Wasserman D. Suicide prevention: from the evaluation of suicidal risk to diagnosis and treatment. Karolinska Institutes, Stockholm, Sweden.
5. Apter A. Psychological treatment of suicidal behavior. Petah Tikva, Israel.
6. Oskarsson H., Bjarnadattir S. Suicides and the economic crisis: the Icelandic experience. Reykjavik, Iceland.
7. Carli V. Attitudes towards suicide and stigma in school based suicide prevention. Stockholm, Sweden.
8. Niederkrotenthaler T. Talking about suicide in the mass media, from harmful to protective effects. Vienna, Austria.
9. Nawka A. How media influence stigma towards psychiatric disorders. Prague, Czech Republic, Zagreb, Croatia.

НЕКРОЛОГ



Светлой памяти профессора Е. Н. Кривулина

27 августа 2014 г. на 53-м году жизни скоропостижно скончался наш коллега доктор медицинских наук КРИВУЛИН Евгений Николаевич.

Доктор медицинских наук, психотерапевт, психиатр-нарколог высшей квалификационной категории, психиатр, мастер практик НЛП. Профессор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Челябинской государственной медицинской академии» Минздрава России.

Научный консультант региональных и федеральных СМИ.

Научный руководитель реабилитационного отделения для детей и подростков, употребляющих наркотические вещества, Областного центра диагностики и консультирования.

Главный координатор и научный консультант программы реабилитации и ресоциализации наркозависимых Европейского реабилитационного центра (Чехия).

Главный координатор и научный консультант программы реабилитации и ресоциализации лиц с зависимостью от психоактивных веществ в реабилитационных центрах Челябинска и Чехии.

Автор более 200 печатных работ, 3 монографий, 7 учебных пособий.

С 1989 г. организатор межрегиональных конференций и семинаров-тренингов по психотерапии, практической психологии и инновационных технологий.

С 1999 г. организатор ежегодных интенсивов по психотерапии, практической психологии и организационным инновациям (Челябинск).

Область научных интересов: изучение аффективной патологии и пенитенциарной дезадаптации у несовершеннолетних, возрастные особенности аддитивных состояний, вопросы реабилитационно-профилактической помощи лицам с зависимостью.

Член правления «Национального Наркологического Общества» и «Национальной Наркологической Лиги» по Челябинской области.

Награжден почетными грамотами Главного управления здравоохранения Курганской области, Министерства образования и науки Челябинской области, Законодательным собранием Челябинской области, Управлением ФСКН России по Челябинской области, Администрациями ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, ГОУ ОЦДИК и ОГУЗ ЧОКСПНБ № 1, Общественным советом при Управлении ФСКН России по Челябинской области. Награжден премией «Золотой орел» (2011).

Евгений Николаевич Кривулин в 1978 г. поступил на педиатрический факультет Томского государственного медицинского института, который закончил в 1984 г., пройдя затем интернатуру по педиатрии. В последующие годы работал врачом-психиатром в психиатрической больнице Новокузнецка Кемеровской области, заведующим наркологическим отделением Шумихинской ЦРБ Курганской области. С 1989 по 1991 г. проходил обучение в клинической ординатуре по специальности «Психиатрия» на кафедре общей и судебной психиатрии Харьковского института усовершенствования врачей. Там же с 1991 по 1994 г. проходил обучение в очной аспирантуре, по окончании которой в 1994 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Возрастные особенности депрессий у подростков». В 1996 г. был избран по конкурсу ассистентом кафедры детской, подростковой психиатрии, медицинской психологии с курсом наркологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования (УГМАДО), а в 2003 г. – на должность доцента той же кафедры. В 2005 г. успешно защитил докторскую диссертацию по теме: «Клиническая типология и динамика депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации подростков (факторы риска, психиатрическая и наркологическая коморбидность, профилактика)» по двум специальностям (психиатрия и наркология) в НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН. С сентября 2011 г. профессор кафедры психиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «ЧелГМА Минздрава России».

Областью научных интересов Евгения Николаевича являлось изучение аффективных расстройств и пенитенциарной дезадаптации у подростков, проблемы психодезадаптационных состояний при ассоциированной психической и наркологической патологии, возрастные особенности аддитивных состояний и вопросы реабилитационно-профилактической помощи лицам с зависимостью. Он автор свыше 200 научных работ, 3 монографий, 7 учебных пособий, 2 методических рекомендаций. Под его научным руководством подготовлено 2 кандидата медицинских наук. Евгений Николаевич являлся научным консультантом реабилитационно-профилактического отделения для детей и подростков, употребляющих наркотические вещества, ГОУ «Областной центр диагностики и консультирования».

Евгений Николаевич на пике расцвета творческих сил ушел из жизни. Горько сознавать, что остались нереализованными задуманные планы, не осуществились мечты, которыми был полон этот яркий и талантливый человек. Мы навсегда сохраним светлую память об Евгении Николаевиче Кривулине. Разделяем печаль и боль невосполнимой утраты с родными, близкими, коллегами, учениками.

*Редколлегия Сибирского вестника
психиатрии и наркологии*

**Научно-практический
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник
психиатрии и наркологии.
2014. № 3 (84).**

Оригинал-макет СВПН 2014. № 3 (84) подготовлен
в ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
выпускающим редактором И. А. Зеленской

Подписано к печати 1.09.2014 г.
Формат 60x84_{1/8}. Печать офсетная.
Бумага мелованная. Гарнитура «Arial».
Печ. л.15,25; усл. печ. л. 14,18; уч.-изд. л. 14,34.
Тираж 1000 экз. Заказ № 14607.
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