

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 2 0 1 4 . № 4 (8 5).

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

член-корр. РАН **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 РАН **Л. И. Афтанас**
проф. **Т. П. Ветлугина**
проф. **Э. В. Галажинский**
член-корр. РАН **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 РАН **А. Б. Смулевич**
проф. **Е. Д. Счастный**
академик РАН **А. С. Тиганов**
член-корр. РАН **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
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. **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
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

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

SCIENTIFIC-PRACTICAL
REVIEWED JOURNAL
2014. № 4 (85).

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

EDITORIAL BOARD

| | |
|---|---------------------|
| Corr. member of RASci 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 RASci L. I. Aftanas | Novosibirsk |
| Prof. T. P. Vetlugina | Tomsk |
| Prof. E. V. Galazhinsky | Tomsk |
| Corr. member of RASci N. N. Ivanets | Moscow |
| Prof. Z. I. Kekelidze | Moscow |
| Prof. V. N. Krasnov | Moscow |
| Prof. I. E. Kupriyanova | Tomsk |
| Prof. A. I. Mandel | Tomsk |
| Prof. N. G. Neznanov | S-Petersburg |
| Prof. L. D. Rakhmazova | Tomsk |
| Prof. Yu. P. Sivolap | Moscow |
| Academician of RASci A. B. Smulevich | Moscow |
| Prof. E. D. Schastnyy | Tomsk |
| Academician of RASci A. S. Tiganov | Moscow |
| Corr. member of RASci 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. 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: tomskinstitut.mental-health.ru

Website of journal: svpin.org

СОДЕРЖАНИЕ

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Невидимова Т. И., Батухтина Е. И., Савочкина Д. Н., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Бохан Н. А., Афтанас Л. И. (Томск, Новосибирск) ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОДУКЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 С НОЦИЦЕПЦИЕЙ В ПОСТАБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОД ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ 5

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Терешкина В. А., Новиков В. В. (Рязань) КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ 7
- Колчев С. А., Ихсанова Д. Т. (Санкт-Петербург) СОЧЕТАНИЕ НЕГАТИВИЗМА И ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ОБОСТРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КАТАТОНИЧЕСКОЙ И РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ 11

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

- Стрижев В. А. (Краснодар) ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА 15
- Дудин И. И., Нестеренко А. Б., Рыбальченко Л. Б. (Благовещенск) МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, СОЧЕТАННЫМ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАННАБИНОИДОВ 20

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Бухаров В. Г., Семин И. Р. (Томск) СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ) У ПРИЗЫВНИКОВ В 1998 И 2003 ГГ. 27
- Уразбахтина А. О., Култышев Д. В., Приленский Б. Ю., Михайлова С. А., Абатурова Ю. С. (Тюмень) КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ 31

ПСИХОСОМАТИКА

- Костин А. К., Рудницкий В. А., Аксенов М. М., Гарганеева Н. П., Иванова А. А., Цыбульская Е. В. (Томск) ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ 35
- Матвеева М. В., Самойлова Ю. Г., Жукова Н. Г. (Томск) ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА 40

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Симбирцев А. А., Макушкина О. А. (Москва) ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ 45

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Колмогорова В. В. (Челябинск) ОРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, У ПОСТРАДАВШИХ ЛИЦ СТАРШЕГО, ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАДИАЦИОННЫХ ИНЦИДЕНТОВ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ 51
- Буртова Е. Ю., Кантина Т. Э., Белова М. В., Аксеев А. В. (Челябинск) ПСИХИЧЕСКИЙ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В ПЕРИОД АНТЕНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ 57

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

- Балашов П. П., Сульдин А. М., Савченко М. Е. (Томск, Сургут) ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КОРЕННЫХ НАРОДОВ И ЕВРОПЕЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА 61

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

- Савин А. И., Володин Б. Ю. (Рязань) ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТЕЛА МАТКИ 65
- Куприянова И. Е., Лисовская М. Я., Ротова И. А. (Томск, Красноярск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЕСТОЗОМ 68
- Кочеткова Е. П., Бохан Т. Г. (Барнаул, Томск) ДИНАМИКА СМЫСЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ И АГРЕССИВНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ СПЕЦИАЛЬНОГО ТИПА 72
- Гизатуллин Т. Р., Исхаков Э. Р. (Уфа) ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СОТРУДНИКОВ СПЕЦПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПОЛИЦИИ ДО И ПОСЛЕ СЛУЖЕБНЫХ КОМАНДИРОВОК 78

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

- Овсепян А. А., Алфимов П. В., Сюняков Т. С. (Ереван, Москва) СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ НЕГАТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ СИМПТОМОВ И ИСХОДНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ (Обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации) 82
- Читлова В. В., Боброва М. А. (Москва) РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ (по материалам XXI Конгресса ЕПА) 88
- Алфимов П. В. (Москва) ДОФАМИНЕРГИЧЕСКИЙ ДИСБАЛАНС, ДИЗРЕГУЛЯЦИЯ САЛИЕНСА И СИСТЕМА ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ (Обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации) 92
- Читлова В. В. (Москва) ДЕПРЕССИЯ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ – АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (Обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации) 100
- Куприянова И. Е., Бохан Н. А., Лебедева В. Ф. (Томск) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ (по материалам XVI конгресса ВПА) 102

НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ 105

НЕКРОЛОГ 106

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ СВПН за 2014 г. 107

C O N T E N T S

BIOLOGICAL RESEARCH

| | |
|---|---|
| Nevidimova T. I., Batukhtina E. I., Savochkina D. N., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Bokhan N. A., Aftanas L. I. (Tomsk, Novosibirsk) INTERLEUKIN-6 AND NOCICEPTION IN OPIOID ADDICTS..... | 5 |
|---|---|

CLINICAL PSYCHIATRY

| | |
|--|----|
| Tereshkina V. A., Novikov V. V. (Ryazan) QUALITY OF LIFE AND POST-STROKE DEPRESSION..... | 7 |
| Kolchev S. A., Ikhsanova D. T. (Saint-Petersburg) COMBINATION OF NEGATIVISM AND MOVEMENT DISORDERS IN EXACERBATION PROGRESS OF CATATONIC AND RECURRENT SCHIZOPHRENIA | 11 |

CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

| | |
|---|----|
| Strizhev V. A. (Krasnodar) FEATURES OF DISTRIBUTION OF TOBACCO AND ALCOHOL ABUSE AMONG FIRST-YEAR STUDENTS OF THE MEDICAL SCHOOL | 15 |
| Dudin I. I., Nesterenko A. B., Rybalchenko L. B. (Blagoveshchensk) THE MODEL OF INTEGRATED APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDER ASSOCIATED WITH CANNABINOIDS ABUSE | 20 |

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

| | |
|--|----|
| Bukharov V. G., Semin I. R. (Tomsk) COMPARATIVE ANALYSIS OF DIAGNOSTICS OF PERSONALITY DISORDERS (PSYCHOPATHIES) IN CONSCRIPTS IN 1998 AND 2003 | 27 |
| Urazbakhtina A. O., Kultyshev D. V., Prilensky B. Yu., Mikhailova S. A., Abaturova Yu. S. (Tyumen) COMPREHENSIVE THERAPEUTIC-REHABILITATIVE MODEL OF TREATMENT OF CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDERS | 31 |

PSYCHOSOMATICS

| | |
|---|----|
| Kostin A. K., Rudnitsky V. A., Axenov M. M., Garganeeva N. P., Ivanova A. A., Tsybul'skaya E. V. (Tomsk) FEATURES OF CLINIC OF PSYCHOSOMATIC AND SOMATOFORM DISORDERS IN HARD-TO-TREAT PATIENTS | 35 |
| Matveeva M. V., Samoilo Yu. G., Zhukova N. G. (Tomsk) ANALYSIS OF PSYCHOSOMATIC FEATURES IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES | 40 |

PENAL PSYCHIATRY

| | |
|--|----|
| Simbirtsev A. A., Makushkina O. A. (Moscow) CHANGE OF CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF MENTAL PATIENTS WHO HAVE COMMITTED DANGEROUS ACTS | 45 |
|--|----|

ECOLOGICAL PSYCHIATRY

| | |
|---|----|
| Kolmogorova V. V. (Chelyabinsk) ORGANIC INCLUDING SYMPTOMATIC DISORDERS IN PERSONS OVER MIDDLE AND OLD AGE EXPOSED TO RADIATION INCIDENTS IN SOUTH URAL..... | 51 |
| Burtovaya E. Yu., Kantina T. E., Belova M. V., Akleev A. V. (Chelyabinsk) MENTAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL STATUS OF PERSONS EXPOSED TO RADIATION DURING ANTENATAL DEVELOPMENT | 57 |

ETHNOPSYCHIATRY AND ETHNOADDICTOLOGY

| | |
|---|----|
| Balashov P. P., Sul'din A. M., Savchenko M. E. (Tomsk, Surgut) FORMATION AND COURSE OF ALCOHOL DEPENDENCE AMONG THE REPRESENTATIVES OF INDIGENOUS PEOPLES AND EUROPEAN POPULATION OF THE YAMAL-NENETS AUTONOMOUS DISTRICT | 61 |
|---|----|

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

| | |
|---|----|
| Savin A. I., Volodin B. Yu. (Ryazan) TYPES OF ATTITUDE TOWARD THE DISEASE IN WOMEN WITH MALIGNANT AND BENIGN TUMOR OF THE CORPUS UTERI | 65 |
| Kupriyanova I. E., Lisovskaya M. Ya., Rotova I. A. (Tomsk, Krasnoyarsk) PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN SUFFERING FROM GESTOSIS | 68 |
| Kochetkova E. P., Bokhan T. G. (Barnaul, Tomsk) DYNAMICS OF MEANING FORMATIONS AND AGGRESSIVENESS IN THE PROCESS OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS UNDER CONDITIONS OF COERCIVE TREATMENT AT THE WARD OF SPECIAL TYPE | 72 |
| Gizatullin T. R., Iskhakov E. R. (Ufa) CHANGES IN PSYCHOLOGICAL PROFILE OF POLICE OFFICERS BEFORE AND AFTER THE OFFICIAL JOURNEYS | 78 |

LECTURES. REVIEWS

| | |
|---|-----|
| Ovsepyan A. A., Alfimov P. V., Syunyakov T. S. (Erevan, Moscow) CONTEMPORARY PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND THERAPY OF NEGATIVE SYMPTOMS AND OUTCOMES IN SCHIZOPHRENIA (Review of the materials of the XXI st EPA Congress) | 82 |
| Chitlova V. V., Bobrova M. A. (Moscow) AFFECTIVE SPECTRUM DISORDERS: RELEVANT ISSUES OF PSYCHOPATHOLOGY AND THERAPY (according to materials of the XXI st EPA Congress) | 88 |
| Alfimov P. V. (Moscow) DOPAMINERGIC IMBALANCE, SALIENCE DYSREGULATION AND REWARD SYSTEM IN SCHIZOPHRENIA: a report on symposium held at the XXI st EPA Congress | 92 |
| Chitlova V. V. (Moscow) DEPRESSION IN GENERAL MEDICINE NETWORK – ASPECTS OF THE PROBLEM AT THE MODERN STAGE (Review of materials of the XXI st Congress of the European Psychiatric Association) | 100 |
| Kupriyanova I. E., Bokhan N. A., Lebedeva V. F. (Tomsk) MENTAL HEALTH IN THE EURASIAN REGION (proceedings of the XVI th Congress of the WPA) | 102 |
| NEWS OF PSYCHIATRY | 105 |
| OBITUARY | 106 |
| AUTHOR INDEX FOR 2014 | 107 |

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89:612.86

ББК Р645.021.1-25

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПРОДУКЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 С НОЦИЦЕПЦИЕЙ В ПОСТ- АБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОД ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Невидимова Т. И.^{1*}, Батухтина Е. И.¹,
Савочкина Д. Н.¹, Ветлугина Т. П.¹,
Иванова С. А.¹, Бохан Н. А.¹,
Афтанас Л. И.²

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

² ФГБУ «НИИ физиологии и фундаментальной
медицины» СО РАМН
630117, Новосибирск, ул. Тимакова, 4

Эмоциональный и физиологический компоненты ноцицепции по-разному связаны с продукцией интерлейкина-6 у пациентов с опиоидной зависимостью. **Ключевые слова:** ноцицепция, цитокины, аддикция.

INTERLEUKIN-6 AND NOCICEPTION IN OPIOID ADDICTS. Nevidimova T. I., Batukhtina E. I., Savochkina D. N., Vetlugina T. P., Bokhan N. A. Mental Health Research Institute SB RAMSci. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. Emotional and physiological components of nociception differently are associated with the production of interleukin-6 in patients with opioid dependence. **Keywords:** nociception, cytokines, addiction.

Введение. Психоактивные вещества влияют практически на все органы и системы организма, приводят к структурно-функциональной дезорганизации биологических мембран, нарушению иммуноэндокринных, нейромедиаторных регулирующих механизмов [2, 3, 9]. Опосредованная системой эндогенных или экзогенных опиоидов взаимосвязь анальгезии и эйфории представляется совершенно очевидной, но не находит прямых клинических доказательств при оценке влечения к психоактивным веществам. В последние годы появились новые сведения об участии иммунорегуляторных механизмов в этих процессах, позволяющие по-новому интерпретировать имеющиеся противоречия [1, 6, 7, 10].

Роль интерлейкинов в ноцицепции пересматривается: степень их аллогенности зависит от множества факторов [8—11, 13]. В эксперименте зарегистрированы обратные корреляционные взаимосвязи между содержанием противовоспалительных цитокинов и ноцицепцией — как эмоционального, так и перцептуального ее компонентов. Однако в разгар иммунного ответа аналогичная отрицательная корреляционная взаимосвязь наблюдается между уровнем противовоспалительного цитокина ФНО- α и перцептуальным компонентом ноцицепции [5]. Необходимо учитывать и специфику изучаемой патологии, в развитии которой между ноцицепцией, опиоидами, глияльными и периферическим цитокинами складываются особые отношения. Нейровоспалительные процессы, которые могут лежать в основе повышения толерантности к опиоидам, возникновения зависимости от них и влияния на дофамин-опосредованную систему награды, инициируются самими опиоидами. Снижение опиоидной анальгезии и возрастание нейропатической боли происходят за счет взаимодействия опиоидов как ксенобиотиков с toll-подобными рецепторами глияльных клеток и продукции этими клетками аллогенов — в том числе цитокинов [7]. Тем не менее в эксперименте предпринимаются попытки использования цитокинов для снижения уровня влечения к психоактивным веществам [4]. Перенос таких попыток в клинику нуждается во всестороннем экспертном анализе.

Целью исследования было изучение сопряженности болевой чувствительности с уровнем продукции интерлейкина-6 в постабстинентный период наркотической зависимости.

Материалы и методы. С помощью тензоаллометрии, визуально-аналоговой шкалы, иммуноферментного анализа супернатантов культур крови, стимулированных липополисахаридом, обследованы лица мужского пола в возрасте от 20 до 24 лет (26 лиц с опиоидной зависимостью и 12 контрольных лиц).

Результаты. В целом продукция интерлейкина-6 у пациентов с зависимостью была достоверно выше, чем в контроле: значения Median (LQ, UQ) составили 2380,7 (1905,0; 3133,0) и 3166,0 (2450,8; 3745,0) соответственно ($p < 0,05$). Уровень болевой чувствительности у пациентов в среднем существенно не отличался от контрольного. Для дальнейшего анализа пациенты были разделены на две группы, различающиеся по уровню интерлейкина-6. В постабстинентном состоянии лица с высоким уровнем продукции интерлейкина-6 (группа 1 на рисунке) обнаруживают парадоксальное снижение чувствительности к боли в тензоаллометрическом тесте на фоне высокого уровня значимости болевых переживаний в жизни пациентов (рис.).

* Невидимова Татьяна Ивановна, д. м. н., в. н. с. лаборатории клинической психонейроиммунологии. Телефон: (83822)724415. nevidimova@yandex.ru

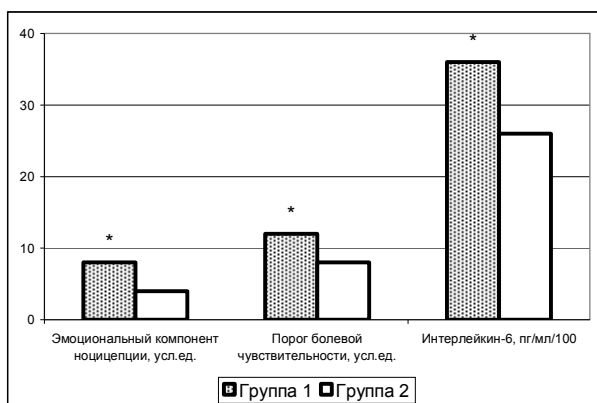


Рис. Компоненты ноцицепции у лиц с опиоидной зависимостью, характеризующихся высоким (группа 1) и средним (группа 2) уровнями продукции интерлейкина-6

Заключение. Источником таких результатов могут быть сложные взаимодействия между ноцицептивной и нейропатической болью, ноцицептивной и антиноцицептивной системами, центральным и периферическим отделами эндогенной опиоидной системы, перцептуальным и эмоциональным компонентами ноцицептивной реакции, формирующими конкретный уровень толерантности к боли. Участие иммунорегуляторных механизмов в этих взаимоотношениях также заведомо несет противоречивый характер. В постабстинентный период не исключено циклическое снижение интенсивности опиоидно-индуцированных нейровоспалительных процессов.

Л и т е р а т у р а

- Борисова Е. В., Смирновская М. С., Мещеряков А. Ф. Цитокины (интерлейкин-1 β , интерлейкин-2) в механизмах развития зависимости от психоактивных веществ // Научные труды II съезда физиологов. – Кишинев, 2008. – С. 74–75.
 - Бохан Н. А., Прокопьева В. Д. Молекулярные механизмы влияния этанола и его метаболитов на эритроциты in vitro и in vivo. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2004. – 166 с.
 - Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Невидимова Т. И. Клиническая иммунология в психиатрии и наркологии. – Томск: МГП «Раско». 2001. – 91 с.
 - Зубарева О. Е., Симбирцев А. С., Клименко В. М. Модуляция интерлейкином-1 β потребления этанола у крыс с разным уровнем его предпочтения // Психофармакол. биол. наркол. – 2007. – Т. 7, № 1. – С. 1444–1447.
 - Козлов А. Ю., Абрамова А. Ю., Перцов А. С. Корреляция между ноцицептивными порогами и содержанием цитокинов в периферической крови крыс на фоне антигенной стимуляции // Российский журнал боли. – 2014. – № 1. – С. 16–17.
 - Коконова Д. Н., Батухтина Е. И., Невидимова Т. И. и др. Особенности продукции цитокинов при формировании психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 10–13.
 - Hutchinson M. R., Maier S. F., Watkins L. R. Exploring the Neuroimmunopharmacology of Opioids: An Integrative Review of Mechanisms of Central Immune Signaling and Their Implications for Opioid Analgesia // Pharmacological Reviews. – Vol. 63 (3). – P. 772–810.
 - Oliveira C. M. B., Sakata R. K., Issy A. M. Cytokines and Pain // Rev. Bras. Anesthesiol. – 2011. – Vol. 61, No 2. – P. 255–265.
 - Prokopieva V. D., Bohan N. A., Johnson P., Abe H., Boldyrev A. A. Effects of carnosine and related compounds on the stability and morphology of erythrocytes from alcoholics // Alcohol and Alcoholism. – 2000. – Т. 35, № 1. – С. 44.
 - Scholz J., Woolf C. J. The neuropathic pain triad: neurons, immune cells and glia // Nature Neuroscience. – 2007. – Vol. 10 – P. 1361–1368.
 - Sommer C., White F. Cytokines, Chemokines, and Pain // Beaulieu P, Lussier D, Porreca F et al. Pharmacology of Pain. – 1st Ed. – Seattle, IASP Press, 2010. – P. 279–302.
 - Yamada K. Pro-addictive and anti-addictive factors for drug dependence // Nagoya J. Med. Sci. – 2008. – Vol. 70. – P. 67–72.
 - Zhang J. M., An J. Cytokines, inflammation, and pain // Int. Anesthesiol. Clin. – 2007. – Vol. 45. – P. 27–37.
- Транслитерация русских источников*
- Borisova E. V., Smirnovskaya M. S., Meshcheryakov A. F. [Cytokines (interleukin-1 β , interleukin-2) in mechanisms of development of substance dependence]. *Nauchnye trudy II s'ezda fiziologov* [Scientific papers of the IInd Meeting of physiologists]. Kishinev, 2008; 74–75. (In Russ.).
 - Bokhan N. A., Prokopyeva V. D. [Molecular mechanisms of influence of ethanol and its metabolites on erythrocytes in vitro and in vivo]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2004; 166 p. (In Russ.).
 - Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Nevidimova T. I. [Clinical immunology in psychiatry and addiction psychiatry]. Small State Editorial and Publishing Company "Rasko", Tomsk, 2001; 91 p. (In Russ.).
 - Zubareva O. E., Simbirtsev A. S., Klimenko V. M. [Modulation with interleukin-1 β of ethanol use in rats with different level of its preference]. *Psihofarmakol. biol. narkol.* [Psychopharmacology and biological addiction psychiatry]. 2007; 7(1): 1444–1447. (In Russ.).
 - Kozlov A. Yu., Abramova A. Yu., Pertsov A. S. [Correlation between nociceptive thresholds and content of cytokines in peripheral blood of rats against the background of antigenic stimulation]. *Rossiyskiy zhurnal boli* [Russian journal of pain]. 2014; 1: 16–17. (In Russ.).
 - Kokonova D. N., Batukhtina E. I., Nevidimova T. I. et al. [Features of production of cytokines during formation of mental and behavioral disorders provoked by substance use]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3: 10–13. (In Russ.).
- Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (проект № 14-15-00183).*

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.895.4-02:616.831-005.1
ББК Р64-324+Р410

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИН- СУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Терешкина В. А.^{*}, Новиков В. В.

ГБОУ ВПО «Рязанский ГМУ
им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России
390026, Рязань, ул. Высоковольтная, 9

В статье представлены результаты исследования качества жизни больных в остром периоде ишемического инсульта. Диагноз во всех случаях был подтвержден томографическим исследованием. Для изучения изменений параметров качества жизни пациенты были разделены на 2 группы, достоверно не различающиеся по возрасту и полу: больные с постинсультной депрессией и без нарушений настроения. В контрольную группу включались условно здоровые люди. В ходе исследования выявлено, что более низкие показатели по шкалам жизнеспособность, эмоциональное функционирование и психологическое здоровье отмечаются у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с развившейся постинсультной депрессией. Падение показателей по этим шкалам свидетельствует об уменьшении возможности приспособления к новым условиям жизни, возникшим вследствие мозговой катастрофы. Нарушение адаптации возникает в результате мотивационного и эмоционального снижения. Полученные результаты могут свидетельствовать о необходимости начала лечения постинсультной депрессии уже в остром периоде инсульта. **Ключевые слова:** качество жизни, постинсультная депрессия.

QUALITY OF LIFE AND POST-STROKE DEPRESSION. Tereshkina V. A., Novikov V. V. Ryazan State Medical University of Ministry of Healthcare of Russian Federation. *Vysokovolt'naya Street 9, 390026, Ryazan, Russia.* In the article you can find the results of the research on quality of life of the patients with acute ischemic stroke. Their diagnosis was confirmed tomographically. In order to study the changes of quality of life characteristics of the patients they were divided into two groups without any difference concerning gender or age. One group included patients with post-stroke depression, the other one included patients without it. The control group included conditionally healthy people. It was ascertained that the patients with post-stroke depression scored lower on Vitality, Role Emotional and Mental Health scales. This score proves the difficulty to adjust to life after stroke. The reasons of adjustment disorder are motivational and emotional. These results prove the necessity of starting post-stroke depression treatment at the acute stage of stroke. **Key-words:** quality of life, post-stroke depression..

^{*} Терешкина В. А., аспирант кафедры психиатрии и психотерапии ФДПО, toria-85@mail.ru
Новиков Владимир Владимирович, к. м. н., доцент кафедры психиатрии и психотерапии ФДПО.

Введение. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о том, что ишемические инсульты (ИИ) продолжают занимать ведущее место в структуре цереброваскулярных расстройств [1—3]. На основании рекомендаций ВОЗ в настоящее время главным смыслом работы врача является продление жизни больному и улучшение ее качества. Таким образом, задача реабилитации больных ИИ остается одной из важнейших медико-социальных проблем. Роль биопсихосоциальных факторов в генезе психических расстройств подчеркивалась многими исследователями [4]. В соответствии с данными независимых исследований наиболее высокий реабилитационный потенциал отмечается в остром и раннем восстановительном периодах инсульта [5].

Качество жизни (КЖ) является категорией, отражающей удовлетворенность своей жизнью людей и факторы, с ней связанные (уровень притязаний, адаптационные механизмы, систему ценностей и др.). Исследование КЖ в медицине является подходом, принципиально изменившим взгляд на проблемы болезни и больного. Связь между тяжестью патологии и уровнем КЖ, зависящим во многом от субъективных представлений пациента о своем недуге, зачастую не прямая [6]. Данные о КЖ больного дают возможность врачу как лучше изучить влияние заболевания на жизнь пациента, так и определить его субъективную реакцию на болезнь. Эта информация предоставляет возможность выявить проблемные области жизни больного, найти ключ к решению вопроса о тактике избавления больного от негативных переживаний, выработке позитивного отношения к лечению. КЖ, являющийся комплексным показателем, помогает определить перспективы больного, тактику его ведения.

Одним из наиболее часто развивающихся осложнений острого нарушения мозгового кровообращения является постинсультная депрессия (ПД). По мнению ряда авторов, самой важной причиной ухудшения КЖ являются депрессивные нарушения [2; 7—9]. Установлена взаимосвязь между негативным восприятием болезни и более высоким уровнем депрессии, что ухудшает КЖ пациентов [8]. Падение эффективности восстановительного лечения является результатом сниженной мотивации пациента [10]. Отмечено негативное влияние ПД на приверженность пациента лечению, вследствие чего результативность лечения и реабилитационных мероприятий уменьшается,отягощая течение заболевания. При этом КЖ пациентов снижается. В свою очередь, отсутствие положительной динамики, ухудшение КЖ приводят к нарушениям настроения. Формируется порочный круг. Кроме того, депрессия представляет собой независимый фактор риска развития инсульта и ИБС [11—13]. Высказывается мнение, что лечение ПД является одним из методов улучшения КЖ [14].

Однако до настоящего времени вопрос, какой из критериев качества жизни подвергается наибольшему негативному воздействию, остается неясным. С точки зрения определения выбора подхода к лечению, этот аспект представляется интересным для изучения.

Цель исследования. Целью работы явилось изучение качества жизни и его основных показателей у пациентов с ИИ с ПД и без неё. Эти данные в дальнейшем могут использоваться при составлении лечебно-реабилитационных программ.

Материалы и методы исследования. Произведена оценка качества жизни по опроснику «SF-36 Health Status Survey» 120 обследованным в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст $62,55 \pm 8,49$ года), проживающим в семье либо проживающим отдельно, но имеющим хорошие отношения с родственниками. Когорта испытуемых состоит из 3 групп по 40 человек, в каждой из которых число мужчин и женщин было равным.

Таким образом, группы достоверно не отличались по возрасту и по полу. В первую группу отобраны пациенты, перенесшие ИИ без симптомов ПД, во вторую группу – больные с ИИ с ПД. Перенесшие мозговую катастрофу больные обследовались в остром периоде: на 15–21-й день. Больные осмотрены специалистами в составе мультидисциплинарной бригады.

Диагноз острого нарушения мозгового кровообращения, тяжесть состояния устанавливались неврологом на основании данных анамнеза, клинической оценки неврологического статуса с использованием шкалы NIHSS для определения тяжести инсульта, компьютерной томографии.

Критериями исключения для обследуемых первой и второй групп стали отсутствие психозов и хронического психического заболевания, грубых интеллектуально-мнестических нарушений, сенсорной, амнестической или выраженной моторной афазии, соматических заболеваний в стадии декомпенсации. Из исследования были исключены больные с тяжелыми инсультами, поскольку выраженная общемозговая симптоматика, грубый мозговой дефект делали проведение тестов невозможным.

Оценка когнитивных функций проводилась нейропсихологом с использованием краткой шкалы психического статуса (MMSE).

В третью группу (контрольную) были включены 40 условно здоровых человек. Критериями исключения для контрольной группы стало наличие соматического заболевания в стадии декомпенсации, последствий перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, психического заболевания, деменции, депрессии.

Диагностика депрессии осуществлялась клинически в соответствии с критериями МКБ-10, также использовалась шкала депрессии Гамильтона (HDRS), согласно которой показатели от 7 баллов расценивались как депрессивный эпизод.

Статистическая обработка результатов выполнена по программе STATISTICA 6.0 с использованием непараметрических методов, поскольку распределение не было равномерным. Признаки охарактеризованы медианой, верхней и нижней квартилью. Для сравнения двух независимых количественных признаков использовался критерий Манна-Уитни. Для определения силы корреляционной связи применяли коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Средние показатели КЖ обследованных пациентов по шкалам опросника SF-36 представлены в таблице 1.

Таблица 1
Показатели качества жизни больных групп 1, 2 основной группы и группы сравнения, Ме (Q1, Q3)

| Показатель качества жизни | | | | | | | | |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | GH | PF | RP | RE | SF | BP | VT | MH |
| 1 | 66 (58;84) | 69 (62;86) | 64 (56;82) | 70 (58;84) | 68 (62;80) | 76 (54;90) | 62 (54;76) | 64 (59;86) |
| 2 | 57 (48;72) | 35 (25;65) | 0 (0;25) | 34 (34;67) | 38 (25;63) | 74 (41;80) | 60 (40;70) | 70 (60;80) |
| 3 | 40 (30;55) | 5 (0;25) | 0 (0;0) | 0 (0;34) | 50 (25;50) | 22 (12;41) | 25 (15;35) | 34 (20;48) |

Примечание. В 1-м столбце приведены обозначения: 1 – контрольная группа; 2 – больные с ИИ без ПИД (группа 1); 3 – больные ИИ с ПИД (группа 2).

При сопоставлении показателей КЖ больных, перенесших ИИ без ПД, и пациентов, перенесших ИИ с ПД, выявлено статистически достоверное ($p < 0,001$) и клинически значимое снижение по шкалам физического здоровья, что совпадает с выводами других исследователей. Достоверно сниженным ($p < 0,001$) у обследуемых группы 2 по сравнению с испытуемыми группы 1 является КЖ по шкалам эмоциональное функционирование, жизнеспособность, психологическое здоровье, отражающим соответственно возникновение затруднений из-за эмоционального состояния; ощущения себя чаще обессиленным, чем бодрым и полным энергии; степень невротизации и фон настроения.

Данные по параметру ролевое физическое функционирование сопоставимы, что свидетельствует о неспособности к исполнению обычно выполняемой работы вследствие значимого ограничения повседневной деятельности на фоне моторного дефицита, присущего в остром периоде инсульта как больным с депрессией, так и без таковой.

Наиболее низкими ($p < 0,001$) у пациентов с депрессивными расстройствами оказались показатели по шкалам физическое функционирование и эмоциональное функционирование, что является признаком ограничения двигательной способности в результате возникшего неврологического дефицита и сокращения повседневной деятельности за счет пониженного настроения. Параметр социальное функционирование показывает способность к общению с родственниками и друзьями, к профессиональным коммуникациям. Показатель социальное функционирование у постинсультных больных с ПД достоверно выше как статистически ($p < 0,001$), так и клинически, чем у пациентов без депрессивных расстройств. Возможным объяснением этому факту может служить, с одной стороны, нежелание пациента общаться с людьми из-за сниженного настроения; с другой стороны, повышенное внимание к больному ухаживающих и навещающих знакомых. Таким образом, ограниченное общение воспринимается как полноценное.

При сравнении соответствующих параметров КЖ контрольной группы и пациентов, перенесших ИИ с ПД, отмечено статистически достоверное ($p < 0,001$) и клинически значимое снижение по всем шкалам, что совпадает с результатами других исследований. Наибольшее различие выявлено по шкалам эмоциональное функционирование, ролевое физическое функционирование, физическое функционирование, телесная боль и жизнеспособность, а наименьшее различие по параметру социальное функционирование.

При сравнении показателей КЖ контрольной группы и больных, перенесших ИИ без симптомов депрессии, оказалось, что достоверное снижение отмечается по шкалам физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, эмоциональное функционирование, социальное функционирование ($p < 0,001$), общее здоровье ($p < 0,05$). При этом наименьшим было снижение показателя общее здоровье. Данный параметр характеризует восприятие пациентом общего состояния своего здоровья. У пациентов без депрессии в ходе беседы отмечается надежда на восстановление и даже излечение за счет оценки своего здоровья до мозговой катастрофы как хорошего. Объяснением низкого значения показателя социальное функционирование у больных может служить физическое ограничение нормальной социальной активности, обусловленное как моторным дефицитом, так и самим пребыванием в больнице. По шкалам телесная боль и жизнеспособность данные сопоставимы и достоверных различий между ними не выявлено.

Отсутствие клинически значимой разницы между показателем телесная боль группы 1 и контрольной группы и достоверных различий по данному параметру группы 2 и контрольной группы может быть объяснено тем, что на фоне депрессии телесная боль субъективно ощущается сильнее. Следует отметить, что при описании болевого синдрома пациенты чаще указывают на боли, непосредственно не связанные с острым нарушением мозгового кровообращения, а возникающие как следствие неподвижности или малоподвижности пациента. Причиной появления подобных болей является отек тканей из-за малой моторной активности, вследствие накопления в тканях недоокисленных продуктов обмена и недостаточного кровообращения. Как правило, пациенты с подобным болевым синдромом по несколько часов лежат в одной позе, не делая попыток совершить даже физически возможные для них движения, ссылаясь на усталость, измученность либо просто нежелание, апатию.

Ощущение себя бодрым, полным сил или, напротив, усталым и измученным характеризуется параметром жизнеспособность. Отмечена прямая корреляционная связь между показателями телесная боль и жизнеспособность ($r_s > 0,7$, $p < 0,05$). Также имеется прямая корреляционная связь между значениями по шкалам эмоциональное функционирование и телесная боль ($r_s > 0,7$, $p < 0,05$). Показатель КЖ по шкале психологическое здоровье был выше у больных, чем у обследуемых контрольной группы, но это различие хотя и является статистически значимым ($p < 0,05$), однако не представляется клинически достоверным. Возможным объяснением этих данных могут служить завышенные ожидания и запуск целенаправленной активности (хотя бы и идеаторной), ориентированной на адаптацию к новым условиям жизни.

Выводы. Нами была выявлена неоднородность изменений показателей КЖ в остром периоде у постинсультных больных с ПД и без данного осложнения; при этом наибольшие изменения отмечались не только по шкале физическое функционирование, но и по параметрам эмоциональное функционирование, жизнеспособность, телесная боль и психологическое здоровье, что свидетельствует о влиянии ПД.

Статистически и клинически достоверное снижение по шкалам жизнеспособность, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье свидетельствует об уменьшении возможности адаптации к возникшим вследствие инсульта условиям жизни в результате мотивационного и эмоционального снижения. Отсутствие клинически значимой разницы между показателем телесная боль в группах сравнения может быть объяснено тем, что на фоне депрессии боль субъективно ощущается сильнее.

Полученные результаты дают возможность не только оценить разницу по показателям качества жизни у постинсультных больных с ПД, но и обозначить стратегию улучшения КЖ. Одной из предпосылок для более успешного функционального восстановления и реабилитации является начало лечения ПД в остром периоде.

Л и т е р а т у р а

1. Гусев Е. И., Скворцова В. И., Стаховская Л. В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107, № 8. – С. 4–10.
2. Грищенко Ю. С., Дудин И. И. Терапия постинсультной депрессии как фактор улучшения качества жизни пациентов на реабилитационном этапе // Якутский медицинский журнал. – 2013. – Т. 43, № 3. – С. 46–49.
3. Постинсультная депрессия. Распространенность, диагностика и лечение / В. В. Ковальчук, А. А. Скоромец, М. Л. Высоцкая, Е. В. Мелихова и др. // Журн. неврологии и психиатрии (Инсульт). – 2007. – Спецвыпуск. – С. 350.
4. Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф. Клинические шкалы и психодиагностические тесты в диагностике сосудистых заболеваний головного мозга // Новости медицины и фармации. – 2009. – № 277. – С. 62–74.
5. Семке В. Я., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г. Аффективные расстройства. Региональный аспект. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2004. – 234 с.
6. Depression and health-related quality of life in ethnic minorities seeking care in general medical settings / M. E. Jackson-Triche, J. Greee Sullivan, K. B. Wells et al. // Affect. Disord. – 2000. – V. 58, № 2. – P. 89–97.
7. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / под ред. Ю. Л. Шевченко. – М.: ОЛМА Медиагрупп, 2007. – 314 с.
8. Dafer R. M., Rao M., Shareef A., Sharma A. Poststroke depression // Top Stroke Rehabil. – 2008. – V. 15, № 1. – P. 13–21.
9. Teoh V., Sims J., Milgrom J. Psychosocial predictors of quality of life in a sample of community-dwelling stroke survivors: a longitudinal study // Top. Stroke Rehabil. – 2009. – V. 6, № 2. – P. 157–166.
10. Landreville P., Desrosiers J., Vincent C., Verreault R. et al. The role of activity restriction in poststroke depressive symptoms // Rehabilitation Psychology. – 2009. – V. 54, № 3. – P. 15–22.
11. Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С., Кашина Е. М. Эмоционально-волевые нарушения после инсульта, связь с латерализацией очага поражения (к вопросу о функциональной асимметрии мозга) // Структурно-функциональные, нейрохимические и иммунохимические закономерности асимметрии и пластичности мозга: материалы Всерос. конф. с международным участием. – М., 2007. – С. 692–696.
12. Сорокина И. Б. Депрессия у больных с ишемическим инсультом: автореф. дис. ... к.м.н. – М., 2006.
13. Лебедева Е. В., Гуткевич Е. В., Иванова С. А., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Семке В. Я., Сергиенко Т. Н., Шмиголь М. В., Рядовая Л. А., Репин А. Н. Феномен коморбидности депрессии и коронарной болезни в свете современных достижений генетики (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 41–47.
14. Счастный Е. Д. Влияние нейротрофических факторов на терапевтические возможности у пациентов с аффективными расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 4. – С. 63–68.
15. Мордвинова Е. Р. Постинсультная депрессия: клинические аспекты диагностики и подходы к лечению: автореф. дис. ... к.м.н. – Новосибирск, 2008. – 24 с.
16. Bilge C., Kocer E., Kocer A., Turk Boru U. Depression and functional outcome after stroke: the effect of antidepressant therapy on functional recovery // Eur. J. Phys Rehabil. Med. – 2008. – V. 44, № 1. – P. 13–18.

Транслитерация русских источников

1. Gusev E. I., Skvortsova V. I., Stakhovskaya L. V. [Problem of stroke in the Russian Federation: time of active joint actions]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2007; 107(8): 4–10. (In Russ.).
2. Grishchenko Yu. S., Dudin I. I. [Therapy of post-stroke depression as a factor of improvement of quality of life of patients at rehabilitative stage]. Yakutskij medicinskij zhurnal [Yakut Medical Journal]. 2013; 43(3): 46–49. (In Russ.).
3. Koval'chuk V. V., Skoromets A. A., Vysotskaya M. L., Melikhova E. V. et al. [Post-stroke depression. Prevalence, diagnostics and treatment]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii [Journal of Neurology and Psychiatry (Stroke)]. 2007; Special issue: 350. (In Russ.).
4. Mishchenko T. S., Shestopalova L. F. [Clinical scales and psychodiagnostic tests in diagnostics of vascular brain diseases]. Novosti mediciny i farmacii [News of Medicine and Pharmacy]. 2009; 277: 62–74. (In Russ.).
5. Semke V. Ya., Schastnyy E. D., Simutkin G. G. [Affective disorders. Regional aspect]. Publishing House of Tomsk State University, Tomsk, 2004; 234 p. (In Russ.).
7. Novik A. A., Ionova T. I. [Guide on investigation of quality of life in medicine]. The 2nd issue, edited by Yu. L. Shevchenko. Publishing House "OLMA MEDIA GRUPP", Moscow, 2007; 314 p. (In Russ.).
11. Shakhparonova N. V., Kadykov A. S., Kashina E. M. [Emotional-volitional disturbances after stroke, association with lateralization of locus of impairment (to problem of functional brain asymmetry)]. Strukturno-funktsional'nye, neirohimicheskie i immunohimicheskie zakonomernosti asimmetrii i plastichnosti mozga: materialy Vseros. konf. s mezhdunarodnym uchastiem [Structural-functional, neurochemical and immunochemical regularities of brain asymmetry and plasticity: materials of Russian Conference with international participation]. Moscow, 2007; 692–696. (In Russ.).
12. Sorokina I. B. [Depression in patients with ischemic stroke]. Avtoref. dis. ... k.m.n. [Abstract of Ph.D. thesis]. Moscow, 2006. (In Russ.).
13. Lebedeva E. V., Gutkevich E. V., Ivanova S. A., Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Semke V. Ya., Sergienko T. N., Shmigol M. V., Ryadovaya L. A., Repin A. N. [Phenomenon of comorbidity of depression and coronary disease within modern achievements of genetics (literature review)]. Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 6(75): 41–47. (In Russ.).
14. 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.).
15. Mordvintseva E. R. [Post-stroke depression: clinical aspects of diagnostics and approaches to treatment]. Avtoref. dis. ... k.m.n. [Abstract of Ph.D. thesis]. Novosibirsk, 2008; 24 p. (In Russ.).

УДК 616.895-008.84
ББК Р645.090-353-359

СОЧЕТАНИЕ НЕГАТИВИЗМА И ДВИГАТЕЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ОБОСТРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КАТАТОНИЧЕСКОЙ И РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Колчев С. А.^{*}, Ихсанова Д. Т.

СПБ ГБУЗ «Городской Психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)»
190005, Санкт-Петербург, р. Фонтанки наб., 132

Негативизм является облигатным симптомом как в структуре обострения кататонической шизофрении, так и при утяжелении приступа рекуррентной шизофрении. Проявляясь на начальном этапе развития обострения в сочетании с аффективными расстройствами, негативизм в дальнейшем затрагивает речевую и двигательную сферы. Такая закономерность поступательного развития психопатологической симптоматики позволяет выдвинуть предположение о наличии «пускового биологического механизма», клиническим отражением которого является феномен негативизма. В статье проанализировано сочетание негативизма с двигательными нарушениями в структуре обострения шизофрении. Согласно полученным данным негативизм прослеживается в аффективной, речевой и моторной сферах и является предиктором развития кататонического синдрома. **Ключевые слова:** кататоническая шизофрения, рекуррентная, негативизм, моторные нарушения.

COMBINATION OF NEGATIVISM AND MOVEMENT DISORDERS IN EXACERBATION PROGRESS OF CATATONIC AND RECURRENT SCHIZOPHRENIA. Kolchev S. A., Ikhsanova D. T. City Psychoneurological Dispensary № 7 (with Hospital). River Fontanka's Embankment 132, 190005, Saint-Petersburg, Russia. Negativism is an obligatory symptom in the structure of the exacerbation of catatonic schizophrenia as well as during the worsening of attack of recurrent schizophrenia. Being evident at the initial stage of exacerbation progress in the combination with affective disorder, later on negativism influences verbal and motion activities. Such a consistency of progressive development in psychopathological semiotics allows supposing the existence of «biological starter», the clinical reflection of which is negativism phenomenon. The combination of negativism and movement disorders within the structure of exacerbation of schizophrenia is analyzed in the article. According to the obtained data, negativism is observed in affective, verbal and motor areas and appears to be a predictor of catatonic syndrome. **Keywords:** catatonic schizophrenia; recurrent schizophrenia; negativism; motor disturbances.

Введение. Комплекс двигательно-волевых нарушений, нередко возникающих в структуре обострения шизофрении, отличается разнообразием, способностью к спонтанному редуцированию либо к переходу от одного вида двигательных нарушений к другому. Особенности динамики симптомов моторных нарушений при обострении шизофрении, как и наблюдаемая

при этом их нивелировка симптомами других регистров, может затруднять квалификацию состояния больного. Двигательные нарушения, по-видимому, патогенетически не отделимы от продуктивных и аффективных симптомов. Зачастую сочетающиеся с аффективными расстройствами, псевдогаллюцинациями или бредом, двигательные нарушения развиваются либо позже, либо параллельно, нередко определяя тяжесть состояния [2, 4—7, 20], являясь, вероятно, отражением единого патогенетического процесса.

В течение длительного времени исследователи, используя клинко-психопатологический метод, который, по сути, является описательным, давали характеристику двигательно-волевым нарушениям, пытались определить их место в структуре острого психотического расстройства [3-7, 20]. При этом систематизировались любые двигательные проявления при обострении кататонической и параноидной шизофрении, осуществлялись попытки поиска причины этих нарушений [4—7, 14, 15, 20].

В зависимости от представленности, выраженности, типологии двигательных нарушений им приписывалась либо второстепенная роль с констатацией «включений» в структуру психоза, либо ведущая роль, что в итоге привело к выделению кататонической формы шизофрении, проявляющейся полярными двигательными нарушениями – возбуждением и ступором [2, 4, 6—8].

На сегодняшний день нет единой теории, описывающей патогенез двигательно-волевых нарушений, нередко наблюдаемых при обострении шизофрении. Существующие воззрения можно разделить на две группы. Согласно первой группе теорий, двигательные нарушения развиваются самостоятельно, изолированно, с затрагиванием стриопаллидарной системы с параллельным вовлечением коры головного мозга [10, 19]. Большинство научных публикаций, напротив, постулируют вторичность развития моторных нарушений, при этом констатируется их прямая или опосредованная связь с эмоционально-волевой сферой. Согласно этим теориям, существенную роль в этом процессе играют лобные отделы головного мозга, в частности медиальная орбито-фронтальная кора, связанная с нижележащими подкорковыми структурами, такими как таламус, бледный шар и стриатум, посредством медиальной таламо-кортикальной петли [11, 12—16, 18].

Феномен негативизма, как проявление патологии волевой сферы, многими исследователями описывался лишь на этапе развернутого кататонического синдрома [1, 4, 6, 7]. Зачастую проявляясь в начале психоза, в сочетании с аффективными расстройствами или со слабо-выраженной продуктивной симптоматикой, не-

^{*} Колчев Сергей Александрович – к.м.н., врач-психиатр 8-го отделения. E-mail: s.kolchev@me.com

Ихсанова Дина Тахировна – врач-психиатр, заведующая 7-м отделением. E-mail: idina2006@yandex.ru

гативизм становится тем самым «признаком», определяющим характер и динамику наступающего обострения. Опыт практической работы подталкивает к предположению о наличии зависимости между симптомом негативизма и моторными нарушениями в структуре обострения шизофрении.

Цель исследования заключалась в изучении негативизма, двигательного-волевого нарушений и их взаимного сочетания при обострении кататонической и параноидной шизофрении с ремитирующим течением.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе стационара СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)» в период с 2010 по 2013 г. Сплошным методом были отобраны 42 пациента с последующим разделением их на две группы. В первую группу были отобраны 26 пациентов, удовлетворяющих диагностическим критериям рубрики F20.2 (кататоническая шизофрения). Во вторую группу было включено 16 пациентов, удовлетворяющих критериям рубрики F20.03 (шизофрения параноидная, ремитирующий тип течения) согласно МКБ-10.

Критериями отбора были следующие: 1) отсутствие верифицированных органических психических расстройств, соответствующих диагностическим рубриками F00–F09; 2) отсутствие выраженной соматической патологии; 3) отсутствие сопутствующих психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, соответствующих диагностическим рубрикам F10–F19; 4) возраст от 18 до 35 лет; 5) соответствие критериям скрининговой шкалы BFCRSI, 6) количество имевшихся обострений – не более 5; 7) продолжительность заболевания менее 10 лет.

Основными методами исследования были клиничко-психопатологический, клиничко-кататонический, статистический, методы шкальной оценки.

Всем больным при поступлении проводилось клиничко-психопатологическое обследование с оценкой по шкале кататонических расстройств Буша-Френсиса (BFCRS) [9].

С целью исключения провоцирования утяжеления психического состояния нерациональным использованием нейролептиков учитывался характер назначенной психофармакотерапии на амбулаторном этапе, на этапе скорой психиатрической помощи и в приемном отделении при поступлении пациента.

Кроме того, нами детально изучался догоспитальный период развития обострения шизофрении, проводился тщательный анализ сопроводительной медицинской документации и объективных сведений, полученных от родственников.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программ «Statistica 10.0» и «Microsoft Excel 2003».

Результаты и обсуждение. Больные, отнесенные к первой группе, страдающие кататонической шизофренией, имели более длительный период нелеченного психоза, со средней продолжительностью 7 ± 3 дня ($p < 0,05$). Во всех случаях клиничко-динамические особенности развития обострения подчинялись классическим догмам, т. е. начинаясь со слабо выраженных расстройств аффективного уровня, представленных немотивированной тревогой либо аффективной напряженностью с чувством нарастающей угрозы и явлением отгораживания от окружающего с отказом от еды и стремлением к оппозиционности в поведении.

В дальнейшем, по мере нарастания ригидности в мышцах шеи и верхнего плечевого пояса, все четче проявлялись двигательные нарушения кататонического характера. В 5 случаях переход с аффективного уровня на кататонический уровень сопровождался появлением идеаторных нарушений по типу «эхо-мыслей» с неразвернутыми бредовыми идеями преследования, в 1 случае – с идеаторными и двигательными автоматизмами, сопровождаемыми псевдогаллюцинациями. Во всех 6 случаях симптомы галлюцинаторно-параноидных состояний не были клиничко-выражены и не имели законченного развития. Нивелированные нарастающим мутизмом и мышечной ригидностью, эти симптомы постепенно, по мере развития кататонии, утратили клиничко-значимость. При этом феномен негативизма, затрагивая моторную составляющую речевой сферы, распространялся и на двигательную сферу, в части случаев со значительным усугублением мышечной ригидности и формированием негативистического ступора либо ступора с оцепенением. В другой части случаев переход от слабо выраженной ригидности к мышечной пластичности сопровождался пассивным негативизмом, что явилось почвой для развития каталепсии или ступора с восковой гибкостью. В 2 случаях наблюдался вялый ступор, проявляющийся так называемым симптомом сломанной шеи.

Больные первой группы имели более высокий показатель по шкале BFCRS25 ($\pm 2,5$) при первом обследовании в отделении, чем больные второй группы. ($p < 0,05$). При этом у больных первой группы феномен негативизма прослеживался более отчетливо на всех этапах развития психоза ($p < 0,05$), в частности на аффективном уровне в виде стремления к оппозиционности с выполнением противоположных действий и в последующем, а на уровне галлюцинаторно-параноидных и кататонических состояний проявлялся мутизмом и двигательными нарушениями по типу ступора.

Больные второй группы имели среднюю продолжительность нелеченного периода 4 ± 2 дня; у всех больных этой группы обострение на начальном этапе носило выраженный аффективный характер с преобладанием страха и тревоги, что сопровождалось двигательным возбуждением с утратой сна. При этом на инициальном этапе развития психоза также отмечался феномен негативизма в виде выполнения действий, диаметрально противоположных запрашиваемым. Эти действия были обусловлены отрицательным отношением к просьбам окружающих. По мере прогрессирования психоза затрагивалась речевая сфера с утратой способности к диалогу и превалированием монологической речи, изобилующей стереотипиями и клишированными высказываниями. В последующем, по мере нарастания мышечной ригидности, развивались вспышки немотивированной агрессии к окружающим с импульсивным и хаотичным двигательным возбуждением, сменяемым эпизодами кататонического субступора. По мере увеличения количества эпизодов возбуждения нарастала мышечная ригидность с постепенным формированием негативистического ступора. В 4 случаях наблюдался транзиторный галлюцинаторно-параноидный эпизод, проявляющийся сочетанием псевдогаллюцинаций с бредом преследования и воздействия. Феномен негативизма у больных этой группы прослеживался менее отчетливо по сравнению с больными первой группы ($p < 0,05$). Общий показатель по шкале BFCRS составлял 21 ± 2 , что достоверно ниже по сравнению с больными первой группы ($p < 0,05$).

Согласно полученным данным, негативизм как феномен практически всегда предшествовал развитию моторных нарушений у больных обеих групп, являясь, с одной стороны, предвестником утяжеления состояния, с другой – структурным элементом, психопатологическим явлением, определяющим дальнейшее развитие психоза. Негативизм как явление выражался в отгораживании от окружающих со стремлением к автономности.

Можно проследить общую закономерность, характерную не только для больных с обострением кататонической шизофрении, но и для больных, переносящих психотический приступ в рамках параноидной шизофрении с ремитирующим течением. Практически во всех случаях негативизм на инициальном этапе обострения сочетался с аффективными расстройствами, постепенно охватывал речевую сферу и в последующем – двигательную сферу.

Выводы. Таким образом, вышеописанные клинико-психопатологические особенности развёртывания кататонического синдрома можно экстраполировать на гипотетическую модель «сверху-вниз» [17], согласно которой на на-

чальном этапе затрагиваются лобные отделы коры головного мозга, ответственные за эмоции и волю, а в дальнейшем, по мере прогрессирования патологического процесса, вовлекаются подкорковые образования, ответственные за регулирование двигательного акта.

Феномен негативизма, являясь осевым, затрагивает как речевую функцию, принимая участие в формировании мутизма, так и двигательную сферу, принимая непосредственное участие в развитии всего комплекса моторных нарушений – от кататонического возбуждения до ступора. Являясь отражением пускового патогенетического механизма, феномен негативизма представляет особый интерес для пристального и всестороннего исследования.

Л и т е р а т у р а

1. Жмуров В. А. Общая психопатология. – Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1986. – 280 с.
2. Носачев Г. Н., Баранов В. С., Романов Д. В. Семиотика психических заболеваний (общая психопатология) // Офорт, 2010.
3. Лебединский В. В. Нарушение психического развития у детей. – М., 1985.
4. Молохов А. Н. О кататонической форме шизофрении и ее проблематике // Клиника шизофрении. – Кишинев, 1967. – С. 21–35.
5. Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. – М.: Медицина, 1975. – 192 с.
6. Abrams R., Taylor M. A. Catatonia. A prospective clinical study // Archives of General Psychiatry. – 1976. – Vol. 33. – P. 579–581.
7. Abrams R., Taylor M. A. Stolorow K. C. Catatonia and mania: patterns of cerebral dysfunction // Biol Psychiatry. – 1979. – Vol. 14. – P. 111–117.
8. Barnes M. P., Saunders M., Walls T. J. et al. The syndrome of Karl Ludwig Kahlbaum // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 1986. – Vol. 49. – P. 991–996.
9. Bush G., Fink M., Petrides G. et al. Catatonia I: rating scale and standardized examination // Acta Psychiatr. Scand. – 1996. – Vol. 93. – P. 129–136.
10. Carroll B. T., Goforth H. W. Medical catatonia, in Catatonia: From Psychopathology to Neurobiology / Ed. by S.N. Caroff, S.C. Mann, A. Francis et al. – Washington: DC, American Psychiatric Publishing, 2004. – P. 123–125.
11. Fink M., Taylor M. A. Catatonia is measurable and common, in Catatonia: A Clinician's Guide to Diagnosis and Treatment. – New York: Cambridge University Press, 2003. – P. 129–130.
12. Lee J. W. Cycloid psychosis, catatonia and periodic catatonia // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – Vol. 38. – P. 975–976.
13. Lund C. E., Mortimer A. M., Rogers D. et al. Motor, volitional and behavioural disorders in schizophrenia. 1: Assessment using the Modified Rogers Scale // British Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 158. – P. 323–327.
14. Mega M. S., Cummings J. L. Frontal-subcortical circuits and neuropsychiatric disorders // J. Neuropsychiatry Clin Neurosci. – 1994. – Vol. 6. – P. 358–370.
15. Northoff G., Kotter R., Baumgart F. et al. Orbitofrontal cortical dysfunction in akinetic catatonia: a functional magnetic resonance imaging study during negative emotional stimulation // Schizophr Bull. – 2004. – Vol. 30 (2). – P. 405–427.
16. Northoff G., Richter A., Gessner M. et al. Functional dissociation between medial and lateral prefrontal cortical spatiotemporal activation in negative and positive emotions: a combined fMRI/MEG study // Cereb. Cortex. – 2000. – Vol. 10. – P. 93–107.

17. Northoff G. What catatonia can tell us about 'top-down modulation': a neuropsychiatric hypothesis // Behavioral and Brain Sciences. – 2002. – Vol. 25. – P. 555—577.
 18. Northoff G., Steinke R., Czervinka C. et al. Decreased density of GABA-A receptors in the left sensorimotor cortex in akinetic catatonia: investigation of in vivo benzodiazepine receptor binding // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 1999. – Vol. 67. – p. 445—450.
 19. Rosebush P. I., Mazurek M. F. Pharmacotherapy, in Catatonia: From Psychopathology to Neurobiology / Ed. by S. N. Caroff, S. C. Mann, A. Francis et al. – Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004. – P. 145.
 20. Stober G. Genetic predisposition and environmental causes in periodic and systematic catatonia // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2001. – Vol. 251 (Suppl. 1). – P. 121—124.
-
1. *Транслитерация русских источников*
Zhmurow V. A. [General psychopathology]. Publishing House of Irkutsk University, Irkutsk, 1986; 280 p. (In Russ.).
 2. Nosachev G. N., Baranov V. S., Romanov D. V. [Semiotics of mental diseases (general psychopathology)]. Publishing House "Ofort", 2010. (In Russ.).
 3. Lebedinsky V. V. [Disturbance of mental development in children]. Moscow, 1985. (In Russ.).
 4. Molokhov A. N. [About catatonic form of schizophrenia and its problematics]. *Klinika shizofrenii* [Clinics of schizophrenia]. Kishinev, 1967; 21—35. (In Russ.).
 5. Papadopolus T. F. [Acute endogenous psychoses]. Publishing House «Meditsina», Moscow, 1975; 192 p. (In Russ.).

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13-071

ББК Р645.021.11-9

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Стрижев В. А.*

ГБОУ ВПО «Кубанский ГМУ» Минздрава России
350007, Краснодар, ул. Красная, 1

Настоящая статья посвящена анализу распространенности злоупотребления алкоголем и табакокурения среди студентов первого курса Кубанского государственного медицинского университета. Исследование проведено среди 517 человек. Показано, что 15,5 % учащихся продолжают курить с той или иной степенью регулярности, 93,4 % студентов имеют опыт хотя бы разовой пробы алкоголя, у 9,7 % студентов отмечаются признаки первичного патологического влечения к алкоголю, у 3,9 % – вторичного патологического влечения к алкоголю в структуре алкогольного абстинентного синдрома. Результаты мониторинга могут быть применены при разработке и проведении целенаправленных комплексных профилактических мероприятий по снижению уровня распространенности табакокурения и злоупотребления алкоголем в студенческой среде, начиная с первого курса. **Ключевые слова:** табакокурение, злоупотребление алкоголем, распространенность, молодежь, профилактика.

FEATURES OF DISTRIBUTION OF TOBACCO AND ALCOHOL ABUSE AMONG FIRST-YEAR STUDENTS OF THE MEDICAL SCHOOL. Strizhev V. A. «Kuban State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation. Krasnaya Street 1, 350007, Krasnodar, Russia. This article analyzes the prevalence of alcohol abuse and smoking among first-year students of the Kuban State Medical University. The study was conducted among 517 people. It is shown that 15,5 % of students continue to smoke with some degree of regularity, 93,4 % of the students have experience of at least one test of alcohol, 9,7 % of the students show signs of primary pathological inclination for alcohol in the structure of alcohol withdrawal syndrome. The monitoring results can be used in designing and implementing complex targeted preventive measures to reduce the prevalence of smoking and alcohol abuse among college students, starting with the first year. **Keywords:** smoking, alcohol abuse, prevalence, youth, prevention.

Введение. Сегодня главным направлением молодежной политики в Российской Федерации является формирование здорового образа жизни. Злоупотребление алкоголем и табакокурение являются одной из ключевых молодежных проблем современности. По некоторым данным, за период обучения в вузе здоровье студентов не только не улучшается, но нередко и ухудшается [1]. Кроме того, учеба в вузе относится к критическому периоду в плане приобщения человека к употреблению психоактивных веществ [13]. Причинами ухудшения здоровья студентов, в том числе психического, являются не только факторы внешней среды, но и факторы риска, имеющие поведенческую основу [6]. В РФ проблема табакокурения и злоупотребления алкоголем среди студентов-медиков изучена недостаточно, немногочисленные исследования не систематизированы, предпринимаемые меры малоэффективны, поэтому подобные исследования остаются особо актуальными до настоящего времени.

Цель исследования – изучение особенностей распространения табакокурения и злоупотребления алкоголем среди студентов первого курса Кубанского государственного медицинского университета.

Материал и методы исследования. Проведено одномоментное эпидемиологическое исследование среди студентов медицинского вуза с помощью специально разработанной анонимной анкеты, включающей в себя вопросы, касающиеся образа жизни студентов, статуса табакокурения и употребления алкоголя. Кроме того, были включены вопросы, посвященные мотивации к началу и отказу от курения и злоупотребления алкоголем, информированности студентов о вреде употребления указанных психоактивных веществ. В выборку были включены 517 человек: студенты первого курса лечебного и педиатрического факультетов, из них 28,4 % юношей ($n=147$) и 71,6 % девушек ($n=370$). Средний возраст составил $17,64 \pm 0,04$ года. Обработка полученных результатов производилась с помощью редактора электронных таблиц MS Excel 7.0 и методов статистического анализа SPSS.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ социально-демографических характеристик позволил сделать выводы о структуре проведения досуга (работа вне учебы, занятия спортом и т. д.). Выяснилось, что только 7,5 % опрошенных студентов первого курса совмещают работу с учебой в медицинском вузе, большинство (92,5 %) – не работают. Почти три четверти студентов (73,9 %) занимаются физической культурой и спортом. Большая часть анкетированных (93,0 %) никогда не состояли в браке, 5,8 % студентов состоят в браке, 1,2 % – разведены. 29,2 % студентов проживают до-

* Стрижев Вячеслав Александрович, аспирант кафедры психиатрии. Телефон мобильный: 8(861)9444533, телефон/факс: 8(861)2685545. Эл. почта: strizhev@mail.ru

ма, 28,4 % – в общежитии, 42,4 % – снимают квартиру. Свои жилищно-коммунальные условия очень хорошими считают 7,8 % студентов, хорошими – 48,7 %, удовлетворительными – 37,5 %, недовольны местом проживания и оценивают жилищно-коммунальные условия как неудовлетворительные – 6 % студентов. Таким образом, социальный уровень студентов можно охарактеризовать как благополучный.

Оценивая такие медико-социальные показатели, как регулярность питания, качество сна, уровень оценки своего здоровья, выяснилось, что 21,9 % опрошенных студентов питаются лишь 2 раза в день, 20,9 % – 3 раза в день, 20,3 % – 4 раза в день, 36,9 % респондентов – нерегулярно. Подавляющее большинство респондентов спит 6–7 часов в сутки (34,2 %), 24,8 % – 8 часов. Небольшое количество студентов спят 4–5 часов в сутки (0,4 и 4,1 % соответственно). Большинство студентов спят спокойно (88,0 %), беспокойный сон отмечен у 3,1 % опрошенных, трудности засыпания у себя выявляют 8,3 % респондентов, бессонница отмечается у 0,6 % студентов, что свидетельствует о недостаточной частоте и регулярности питания большинства студентов, 11,4 % студентов испытывают проблемы с качеством сна. Состояние своего здоровья студенты оценивают следующим образом: очень хорошее – 18,0 %, в основном хорошее – 68,6 %, удовлетворительное – 13,0 %, неудовлетворительное – 0,4 %. На вопрос «Как вы оцениваете свое здоровье по сравнению с другими студентами вашей группы?» получены следующие ответы: лучше – 24,0 %, такое же – 63,4 %, хуже – 1,4 %, не знают – 11,2 %. Хронические заболевания отмечают у себя 3,1 % студентов, 78,1 % опрошенных учащихся уверяют, что их не имеют, 18,8 % о них не знают.

Отечественные и зарубежные исследования свидетельствуют о том, что приобщение к потреблению психоактивных веществ начинается с табакокурения [6, 8, 14]. Для определения статуса курения использовались рекомендации ВОЗ, согласно которым курильщики – это лица, выкуривающие хотя бы 1 сигарету за сутки, бросившие курить – это лица, которые курили в прошлом и не курят в течение 30 и более дней [7].

Результаты исследования показали, что 81,6 % (n=422) опрошенных студентов никогда не прибегали к употреблению никотина, однако 11,0 % (n=57) из них являются пассивными курильщиками. Курили раньше, но бросили курить 2,9 % (n=15) респондентов, курят иногда – 7,0 % (n=36) студентов, 8,5 % (n=44) – курят регулярно (рис. 1). В целом выявлено, что в течение жизни курили табак 17,4 % студентов первого курса медицинского вуза. Из них 56,8 % юношей и 43,2 % девушек.

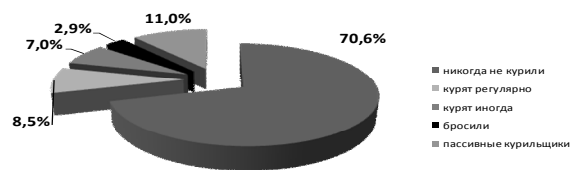


Рис. 1. Распространенность потребления никотина среди студентов, %

Причины курения среди студентов медицинского вуза распределились следующим образом: «курение сигарет снимает напряжение» – 26,8 %, «нравится» – 22,0 % «привычка» – 20,7 %. Указанные ответы говорят об уже имеющейся табачной зависимости. «За компанию» курят 15,9 % студентов, курение табака «помогает скоротать свободное время» – 6,1 %, «улучшает работоспособность» – 3,7 %, «курение – это модно» – 2,4 %, не знают, почему курят – 2,4 %.

Кроме того, исследование показало неблагоприятную ситуацию в семьях студентов, потребляющих табачные изделия. У регулярно курящих студентов в 95,5 % случаев родители употребляют табак (в 77,3 % – отец, в 15,9 % – отец и мать, в 2,3 % – мать). У студентов, употребляющих табак от случая к случаю, родители курят в 75,0 % случаев (в 63,9 % – отец, в 11,1 % – мать и отец). Среди бросивших курить студентов родители курят в 93,3 % случаев (в 53,3 % – отец, в 20,0 % – мать и отец, в 20,0 % – мать). В то же время число курящих родителей среди студентов, никогда не куривших табак, в несколько раз меньше, чем у курящих, и составило лишь 9,9 %.

Возраст первой пробы в среднем составил $14,5 \pm 2,49$ года. В возрасте 10–12 лет свою первую сигарету выкурили примерно 17 % респондентов. Средний возраст начала регулярного курения студентов составляет $16,75 \pm 1,72$ года, что ещё раз подтверждает утверждение о необходимости универсальной профилактики именно в этом возрастном периоде.

Любопытство стало основным мотивом первой пробы половины (50,0 %) курящих студентов, ответ о курении «за компанию» вышел на второе место и составил 26,8 %. Далее следуют ответы: «модно» – 7,3 %, «легче было общаться» – 6,1 %, «потому что было запрещено» – 6,1 %, «в подражание кумиру» – 3,7 %.

Степень табачной зависимости у респондентов представлена следующими показателями: ежедневно выкуривают 1 сигарету 23,5 % студентов, от 2 до 4 сигарет – 22,2 %, от 5 до 7 сигарет – 19,5 %, от 8 до 10 сигарет – 12,7 %, от 11 до 15 сигарет – 12,2 %, от 16 до 20 сигарет в день выкуривают 9,9 % респондентов (рис. 2).

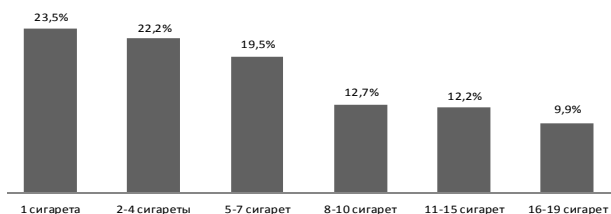


Рис. 2. Распределение студентов по количеству выкуриваемых сигарет в день, %

Таким образом, четверть курящих табак студентов (24,9 %) выкуривают в день от 8 до 15 сигарет, что может свидетельствовать о наличии у них начальной стадии синдрома зависимости от табака, а у 10,0 % респондентов толерантность держится на более высоких показателях (16—19 сигарет в сутки), на этом основании мы можем предположить у них среднюю стадию никотиновой зависимости.

Проведенный опрос показал, что бросить курить пытались 58,5 % студентов, а отказаться от курения на время удалось 50,0 % из них (половина студентов вновь закурили). Начинали курить в среднем через 5—6 месяцев. Каковы же причины отказа от курения? Ответы на этот вопрос распределились следующим образом: 64,6 % — «по собственному желанию», 10,8 % — по совету близких, 9,2 % — по состоянию здоровья, 7,7 % — под влиянием средств массовой информации, 6,2 % — по совету врача, 1,5 % — «за компанию» (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Причины отказа от курения, %

| По собственному желанию | По состоянию здоровья | По совету близких | Под влиянием СМИ | По совету врача | За компанию |
|-------------------------|-----------------------|-------------------|------------------|-----------------|-------------|
| 64,6 | 9,2 | 10,8 | 7,7 | 6,2 | 1,5 |

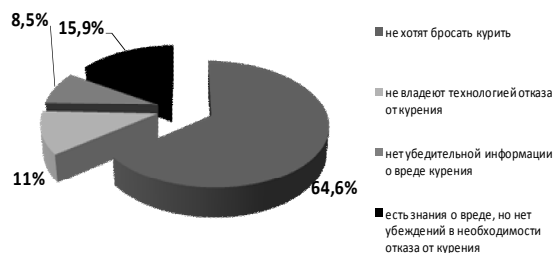


Рис. 3. Распределение студентов по причине неспособности отказа от курения, %

Более половины курящих студентов первого курса медицинского вуза (64,6 %) не хотят отказываться от потребления табака. У 15,9 % респондентов, несмотря на имеющиеся знания о вреде курения, нет убеждений в необходимости отказа от курения, 11,0 % — не имеют представления о методах лечения табачной зависимости, 8,5 % студентам недостаточно

убедительной информации о вреде курения (рис. 3).

Тем не менее подавляющее большинство опрошенных студентов (95,0 %) уверены, что через 5 лет они не будут курить, лишь 5 % останутся в будущем потребителями табака. Курение достаточно широко распространено среди студентов медицинского вуза, что не может остаться без внимания при составлении профилактических мероприятий в учреждениях высшего профессионального образования.

Следует отметить, что употребление табака часто является первым этапом периода поискового полинаркотизма, предвещающим потребление других психоактивных веществ, например, самого распространенного из них — алкоголя, приобщение к которому начинается с детского-подросткового возраста. Чаще всего употребление спиртных напитков в молодом возрасте встречается в кругу сверстников [2, 3, 4].

Исследование показало, что у большинства студентов первого курса (65,4 %) не выявлено наследственной отягощенности алкоголизмом. У 13,7 % респондентов отмечено злоупотребление алкоголем по отцовской, у 0,2 % — материнской линии, у 1,0 % студентов злоупотребляют алкоголем оба родителя, у 19,7 % — другие родственники. Таким образом, у трети респондентов наследственность алкоголизмом психопатологически отягощена.

Об отрицательном отношении своих родителей к употреблению алкоголя студентами сообщили 64,8 % молодых людей. Ответ «родителям все равно» выбрали 15,9 % респондентов, родители 13,5 % студентов не знают об употреблении ими алкоголя, о положительном отношении родителей к употреблению алкоголя студентами сообщили 5,0 % опрошенных.

Установлено, что большая часть студентов (93,4 %) в течение жизни употребляла алкогольные напитки (среди девушек — 91,6 %, среди юношей — 98,0 %). Никогда не употребляли спиртные напитки лишь 6,6 % студентов.

Средний возраст первой пробы алкоголя составил $15,5 \pm 1,6$ года. В возрасте 13 лет попробовали спиртные напитки 13,0 % респондентов, в 14 лет — 8,9 %, в 15 лет — 22,2 %, в 16 лет — 33,7 %, в 17 лет — 15,5 %, в 18 лет — 6,0 %, в 19 лет — 0,6 %.

Обстоятельства первой пробы алкоголя среди опрошенных были следующими: поддержание компании — 54,9 %, в присутствии родителей — 35,4 %, «снятие эмоционального напряжения» — 3,5 %, облегчение контактов — 5,0 %, проблемы в семье — 1,0 %, утрата значимого близкого — 0,2 %. Таким образом, у большей части опрошенных первые пробы алкоголя произошли в компании. Половина студентов (53,2 %) в состоянии острой интоксикации алкоголем испытывали состояние дискомфорта.

Частота употребления алкогольных напитков студентами в течение месяца наиболее показательна и свидетельствует о регулярном употреблении. Результаты опроса показали, что реже 1 раза в месяц алкоголь употребляют 32,0 % студентов, 1—2 раза – 44,7 %, 3—4 раза (1 раз в неделю) – 16,3 %, 5—6 раз – 5,8 %, 7—10 раз (каждые 3—4 дня) – 0,9 %, более 10 раз в месяц употребляют алкогольные напитки 0,3 % опрошенных молодых людей (табл. 2).

Таблица 2

Частота употребления алкогольных напитков студентами в течение месяца, %

| Частота употребления алкоголя в 1 месяц | | | | | |
|---|----------|----------|---------|----------|--------------|
| Реже 1 раза | 1—2 раза | 3—4 раза | 5—6 раз | 7—10 раз | Более 10 раз |
| 32 | 44,7 | 16,3 | 5,8 | 0,9 | 0,3 |

Анализ структуры употребляемых спиртных напитков показывает следующее: примерно третья часть студентов (28,1 %) предпочитает крепкие спиртные напитки: 17,9 % опрошенных употребляют коньяк или водку, 10,2 % – виски. Четверть опрошенных студентов (26,1 %) предпочитают вино, 25,5 % – пиво, 12,0 % – алкогольные коктейли, 7,8 % – шампанское и мартини, 0,3 % – продукты домашнего приготовления. У 0,2 % респондентов отсутствуют предпочтения. Из лиц, употребляющих крепкий алкоголь (водка, коньяк, виски), в день алкоголизации 25 мл напитка употребляют 1,5 % респондентов, 50 мл – 10 %, 100 мл – 23,3 % студентов, 200 мл – 41,9 %, 300—400 мл – 21,7 %, 500 мл – 0,8 %, более 500 мл – 0,8 %. Вино употребляют в следующих количествах: 25 мл употребляют 1,7 % респондентов, 50 мл – 9,2 %, 100 мл – 28,3 % студентов, 200 мл – 40 %, 300—400 мл – 20,8 %.

Больше половины учащихся (63,1 %) употребляют спиртные напитки с друзьями, 22,5 % – с родственниками, 13,2 % – с однокурсниками, 0,7 % – с соседями, 0,5 % – с малознакомыми людьми. Опрос показал, что употребляют алкоголь с гедонистической мотивацией половина студентов (48,3 %).

Были изучены ожидаемые эффекты от употребления алкоголя. На вопрос: «Что Вам дают алкогольные напитки?» студенты ответили следующим образом: улучшают настроение – 29,6 %, снимают напряжение – 23,7 %, облегчают установление контакта – 13,5 %, отвлекают от неприятностей – 12,2 %, обретение уверенности – 9,4 %, улучшение сна – 8,3 %, красноречие и остроумие – 3,3 %.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о росте толерантности у 3,5 % студентов. Среди причин употребления алкоголя на первое место вышло неумение отказываться от предложения употребить алкоголь (38,7 %).

Далее в порядке убывания следуют следующие причины: чувство одиночества – 18,3 %, недовольство собой – 13,3 %, проблемы в семье и в общении с лицами противоположного пола – по 11,7 %, отсутствие учебной перспективы – 4,1 %, материальные проблемы – 2,2 %. Лишь 6,0 % респондентов отметили, что у них возникало ощущение, что следует сократить употребление спиртных напитков. 20,3 % испытывали чувство вины, связанное с употреблением алкоголя. 3,9 % сообщили о симптомах алкогольного абстинентного синдрома; 10,0 % – об утрате количественного контроля; 4,6 % – о повышении количества поводов для употребления спиртных напитков в последнее время. 9,7 % студентов радует перспектива предстоящего употребления алкоголя, что свидетельствует о первичном патологическом влечении к алкоголю. Лишь 1,0 % опрошенных студентов отметили, что нуждаются в помощи психиатра-нарколога и психолога. 36,0 % считают, что студенты медицинского вуза имеют высокий риск заболевания алкоголизмом.

Закключение. На основании результатов исследования особенности распространения табакокурения и злоупотребления алкоголем среди студентов первого курса медицинского вуза можно описать следующим образом. Проблема табакокурения в данной молодежной среде остается актуальной, так как в течение жизни употребляли табак 17,4 % студентов, 15,5 % продолжают курить с той или иной степенью регулярности. У четверти из них обнаруживаются признаки начальной, а у 10,0 % – второй стадии никотиновой зависимости. Уровень распространенности опыта алкоголизации в исследуемой группе достаточно высок: 93,4 % студентов имеют опыт хотя бы разовой пробы алкоголя, причем статистически значимых гендерных различий в уровне употребления алкоголя не выявлено. Наиболее распространенными алкогольными напитками в данной группе явились пиво и вино. У 9,7 % студентов отмечаются признаки первичного, у 3,9 % – вторичного патологического влечения к алкоголю в структуре алкогольного абстинентного синдрома. Результаты анонимного анкетирования студентов согласуются с подобными исследованиями, проведенными в медицинских вузах других регионов страны [3, 7, 8, 9, 10]. Проведенное исследование способствует накоплению статистических данных о распространенности рискованных форм поведения среди студентов медицинских высших учебных заведений; его результаты могут быть применены при разработке и проведении целенаправленных комплексных профилактических мероприятий по снижению уровня распространенности табакокурения и злоупотребления алкоголем в студенческой среде, начиная с первого курса.

Л и т е р а т у р а

1. Батрымбетова С. А. Здоровье и социально-гигиеническая характеристика современного студента // Гуманитарные методы исследования в медицине: состояние и перспективы. – Саратов, 2007. – С. 165—179.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11—15.
3. Бохан Н. А., Воеводин И. В., Асланбекова Н. В. Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности её отражения в программах по психопрофилактике // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – № 5. – С. 29—32.
4. Голеньков А. В., Андреева А. П. Скрининг злоупотребления алкоголем студентов в медицинском вузе // Наркология. – 2010. – № 2. – С. 71—74.
5. Голеньков А. В., Андреева А. П., Булыгина И. Е. Частотно-количественные показатели и мотивы потребления алкогольных напитков студентами медиками // Наркология. – 2009. – № 10. – С. 25—29.
6. Демчева Н. К., Касимова Л. Н., Лацплес П. Р. Социальные и клинико-психопатологические факторы, влияющие на формирование зависимого поведения от психоактивных веществ у молодежи // Психическое здоровье. – 2012. – № 6. – С. 48—54.
7. Европейская стратегия борьбы против табака. – Копенгаген: ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2002. – 43 с.
8. Клинические и организационные вопросы наркологии / под ред. Е. А. Кошкиной. – М.: Гениус Медиа, 2011. – 580 с.
9. Королев М. С., Точиллов В. А., Соловьева С. Л. Изучение распространенности употребления студентами медицинского вуза психоактивных веществ на основе социологического опроса // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии им. И. И. Мечникова. – 2006. – № 2 (7). – С. 129—132.
10. Корчагина Г. А., Фадеева Е. В., Огурцов П. П. и др. Изучение распространенности потребления психоактивных веществ в студенческой среде // Наркология. – 2012. – № 12. – С. 37—43.
11. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. – С. 45.
12. Петрова Т. Н., Красноруцкая О. Н., Зуйкова А. А. Распространенность табакокурения у студентов медицинского вуза // Перспективы науки. – 2011. – № 7 (22). – С. 42—44.
13. Файтельсон-Левина Т. В., Дзизинский А. А., Краснова Ю. Н. Распространенность табакокурения среди студентов Иркутского государственного медицинского университета // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 94—96.
14. Implementation of tobacco central policies proves hard to do // Lancet. – 2007. – № 9580. – P. 2133.
15. Kendler K. S., Myers J. M., Prescott C. A. The specificity of genetic and environmental risk factors for symptoms of cannabis, cocaine, alcohol, caffeine and nicotine dependence // Archives of General Psychiatry. – 2009. – Vol. 64. – P. 1313—1320.
16. Smith D. R., Leggat P. A. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974—2004 // BMC Public Health. – 2007. – Jun. – V. 20, N 7. – P. 115.

Транслитерация русских источников

1. Batrymbetova S. A. [Health and social-hygienic characteristics of the modern student]. *Gumanitarnye metody issledovaniya v medicine: sostoyanie i perspektivy* [Humanitarian methods of research in medicine: state and perspectives]. Saratov, 2007. 165—179. (In Russ.).
2. Bokhan N. A., Mandel A. I., Trefilova L. L. [Regional profile of adolescent narcotism: state-of-the-art, monitoring, and relevant patterns of formation]. *Psihicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2006; 10: 11—15. (In Russ.).
3. Bokhan N. A., Voevodin I. V., Aslanbekova N. V. [Dynamic of addictive disorders in students and possibilities of its reflection in programmes on psychoprevention]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 5: 29—32. (In Russ.).
4. Golenkov A. V., Andreeva A. P. [Screening of alcohol abuse of students at medical high school]. *Narkologiya* [Narcology]. 2010; 2: 71—74. (In Russ.).
5. Golenkov A. V., Andreeva A. P., Bulygina I. E. [Frequency-quantitative indices and motifs of alcohol use by medical students]. *Narkologiya* [Narcology]. 2009; 10: 25—29. (In Russ.).
6. Demcheva N. K., Kasimova L. N., Latsples P. R. [Social and clinical-psychopathologic factors influencing on formation of substance dependent behavior in youth]. *Psihicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2012; 6: 48—54. (In Russ.).
7. European strategy for Tobacco Control. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002; 43 p. (In Russ.).
8. [Clinical and organizing issues of addiction psychiatry]. Edited by E. A. Koshkina. Publishing House "Genius Media", Moscow, 2011; 580 p. (In Russ.).
9. Korolev M. S., Tochilov V. A., Solovyeva S. L. [Study of prevalence of substance use by medical students based on sociological poll]. *Vestnik Sankt-Peterburgskoj medicinskoj akademii im. I. I. Mechnikova* [Bulletin of Saint-Petersburg Medical Academy named of I. I. Mechnikov]. 2006; 2(7): 129—132. (In Russ.).
10. Korchagina G. A., Fadeeva E. V., Ogurtsov P. P. et al. [Study of prevalence of substance use in students' environment]. *Narkologiya* [Narcology]. 2012; 12: 37—43. (In Russ.).
11. Lisitsyn Yu. P. [Public health and healthcare]. Publishing House "GEOTAR-Media", Moscow, 2010; 45. (In Russ.).
12. Petrova T. N., Krasnorutskaya O. N., Zuykova A. A. [Prevalence of tobacco smoking in medical students]. *Perspektivy nauki* [Perspectives of science]. 2011; 7(22): 42—44. (In Russ.).
13. Feitelsohn-Levina T. V., Dzizinsky A. A., Krasnova Yu. N. [Prevalence of tobacco smoking among students of Irkutsk State Medical University]. *Sibirskij medicinskij zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2009; 2: 94—96. (In Russ.).

УДК 616.89-02-085

ББК Р64-327-52+Р645.021.1+Р357

МОДЕЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ОРГАНИЧЕСКИМ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, СОЧЕТАННЫМ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАННАБИНОИДОВ

Дудин И. И.^{1*}, Нестеренко А. Б.², Рыбальченко Л. Б.²

¹ ООО «Центр психического здоровья»
675000, Благовещенск, ул. Горького, 158

² ГБУЗ АО «Амурский областной наркологический диспансер»
675000, Благовещенск, ул. Больничная, 32

Предложена модель лечебно-реабилитационных мероприятий на основе индивидуального подхода, учета региональных особенностей Амурской области, а также комплексной поэтапной терапии, сочетающей медикаментозные, физиотерапевтические, функциональные, психотерапевтические и иные методы воздействия. Модель комплексного подхода позволила эффективно купировать проявления острых психотических, интоксикационных, абстинентных расстройств, длительно и на высоком уровне обеспечивать дальнейшее поддержание физического, психического и социального благополучия у пациентов, страдающих органическим психическим расстройством, сочетанным с зависимостью от каннабиноидов. **Ключевые слова:** органическое психическое расстройство, синдром зависимости от каннабиноидов, модель лечебно-реабилитационных мероприятий.

THE MODEL OF INTEGRATED APPROACH TO TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDER ASSOCIATED WITH CANNABINOIDS ABUSE. Dudin I. I.¹, Nesterenko A. B.², Rybalchenko L. B.² ¹Limited Liability Company «Center for Mental Health». Gorky's Street 158, 675000, Blagoveshchensk, Russia. ²Amur Regional Narcological Dispensary. Bolnichnaya Street, 32, 675000, Blagoveshchensk, Russia. Model of treatment and rehabilitation activities based on individual approach, regional peculiarities of the Amur Region and comprehensive gradual treatment, combining medication, physiotherapy, functional, psychological and other methods of influence has been proposed. These activities helped to decrease manifestations of acute psychotic, intoxication, abstinence disorders, keep and provide physical, mental and social well-being of patients with organic mental disorder associated with cannabinoids abuse. **Keywords:** organic mental disorder, cannabinoids abuse, model of treatment and rehabilitation activities.

Введение. В настоящее время наиболее актуальными в психиатрии и наркологии являются проблемы коморбидности патологий [1, 2]. Для Амурской области это все более распространенное сочетание органического психического расстройства и синдрома зависимости от каннабиноидов. Высокий удельный вес синдрома зависимости от каннабиноидов в структуре наркологической патологии Амурской области в разы превышает аналогичный среднероссийский показатель [4, 9]. Кроме того, стабильно высокий уровень заболеваемости органической психической патологией в Амурской области также имеет тенденцию к увеличению [6].

Выборочное обследование больных в отделениях для лечения душевно больных показало, что около 15—20 % пациентов имеют зависимость от различных ПАВ. Однако лечения по поводу наркологического заболевания, даже при его диагностической верификации, психически больные в психиатрических отделениях не получают. В наркологических стационарах, наоборот, психиатры-наркологи в постановке диагноза и тактике лечения ориентируются лишь на поперечный срез заболевания. Это приводит к деформации клинико-динамического подхода и низкой эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий. В целом необходимо отметить, что на сегодняшний день ни врачи-психиатры, ни врачи-наркологи не готовы к курации пациентов с «двойным» диагнозом [3, 4, 8].

Сообщения о подходах к терапии данного контингента единичны [6, 7, 10].

Учитывая прогрессивное течение органического психического расстройства на фоне каннабиноидной зависимости, взаимное отягощение нозологий с усугублением расстройств ассоциативного процесса, расстройств мнестико-интеллектуальной и эмоциональной сфер, с шаржированием личностных особенностей и нарушением социального функционирования, необходим комплексный подход к терапии таких пациентов, адаптированный к территориальным особенностям области.

Материалы и методы. С целью создания модели лечебно-реабилитационных мероприятий была сформирована и комплексно обследована группа из 58 пациентов мужского пола, страдающих органическим психическим расстройством, сочетанным с синдромом зависимости от каннабиноидов.

Средний возраст участников исследования составил 27,4±0,7 года, при средней длительности катмнеза органического психического расстройства 10,3±0,7 года, с периодом злоупотребления каннабиноидами от 1 года до 32 лет. У большинства пациентов чаще всего диагностировалось органическое расстройство личности. Достоверно реже (p<0,05) определя-

* Дудин Иван Иванович, д.м.н., заслуженный врач РФ, главный врач. 8(4162)548811. dudin-center@mail.ru

Нестеренко Анна Борисовна, зав. наркологическим отд., врач психиатр, психиатр-нарколог, психотерапевт. 8(4162)523550, 89622851873. anna.mac.nester@mail.ru

Рыбальченко Лидия Борисовна, главный внештатный специалист нарколога МЗ Амурской области, главный врач, 8(4162)526810. amurond@yandex.ru

лись органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство, органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство и деменция в связи со смешанными заболеваниями (табл. 1).

Т а б л и ц а 1
Характер органического психического расстройства исследуемого контингента

| F07.0 | F06.2 | F06.6 | F02.8 |
|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 29 чел. (50 %) | 18 чел. (31 %) | 5 чел. (8,6 %) | 6 чел. (10,4 %) |

Среднее количество госпитализаций в психиатрические или наркологические стационары составило 4,2 (F07.0 – 2,3 госпитализации; F06.2 – 6,7 госпитализации; F06.6 – 1,4 госпитализации; F02.8 – 8,5 госпитализации).

Среди исследуемого контингента в большинстве нозологий преобладала вторая стадия зависимости от каннабиноидов. Только у пациентов с органическим эмоционально лабильным расстройством преобладала I стадия зависимости (80 %) и выявлен наименьший средний стаж злоупотребления наркотиком ($1,7 \pm 0,4$ года). Также характерной особенностью данной нозологической группы являлось отсутствие пациентов с III стадией синдрома зависимости от каннабиноидов. Данный факт, возможно, объясняется усугублением и видоизменением органического симптомокомплекса в результате длительного и мощного токсического влияния наркотика на ЦНС и, как следствие, переводом таких пациентов в другие нозологические группы органического психического расстройства.

Среди пациентов с деменцией в группе исследования отсутствовала первая (начальная) стадия синдрома зависимости от каннабиноидов, что, по-видимому, обусловлено сложностью возникновения и поэтапного формирования наркомании на фоне выраженных мнестико-интеллектуальных и ассоциативных расстройств. Многие пациенты данной нозологической группы ранее наблюдались у психиатра по поводу органического расстройства личности и поведения, а также органического эмоционально лабильного расстройства, сочетанного с синдромом зависимости от каннабиноидов, и были переведены в данную нозологическую группу в связи с усугублением психоорганической симптоматики (табл. 2).

Т а б л и ц а 2
Распределение пациентов согласно стадиям синдрома зависимости от каннабиноидов и нозологии органического психического расстройства

| Нозология | I стадия | II стадия | III стадия |
|-----------|----------|-----------|------------|
| F07.0 | 13,8 % | 82,8 % | 3,4 % |
| F06.2 | 5,6 % | 88,8 % | 5,6 % |
| F06.6 | 80 % | 20 % | - |
| F02.8 | - | 66,7 % | 33,3 % |

Результаты и обсуждение. В Амурской области пациенты данного профиля получали медицинскую помощь в ГБУЗ АО «Амурская обла-

стная психиатрическая больница», ГБУЗАО «Амурский областной наркологический диспансер». Терапевтические мероприятия условно были подразделены на следующие этапы:

- терапия острых состояний, включающая купирование психотической симптоматики, психопатологических и соматических расстройств, интоксикационного и абстинентного синдромов;
- мероприятия, направленные на стабилизацию ментальных функций, поддержание физического благополучия, подавление патологического влечения к каннабиноидам;
- реабилитация и ресоциализация с использованием клинических и амбулаторных программ, привлечением волонтерских организаций и сообществ само- и взаимопомощи.

Терапия первого этапа осуществлялась преимущественно в стационарных условиях, за редким исключением – в условиях дневного стационара. Целью данного этапа являлось купирование острых состояний с учетом характеристик сочетанной нозологии, сопутствующих соматических заболеваний, а также индивидуальных особенностей пациента. Мишенями терапии служили: декомпенсация органического психического расстройства, психотические состояния, абстинентный синдром и интоксикация каннабиноидами.

С целью купирования психотических расстройств, в большинстве случаев вызванных употреблением каннабиноидов и протекающих с помрачением сознания, а также расстройств психотического регистра, диагностируемых, как правило, в нозологической подгруппе F06.2, пациентам назначались нейролептики.

Следует отметить сниженную толерантность данного контингента лиц к препаратам группы антипсихотиков при высокой вероятности возникновения побочных экстрапиримидных расстройств. В связи с чем пациентам, нуждающимся в длительном приеме антипсихотиков, а также с целью оптимизации переносимости, минимизации риска возникновения побочных явлений, негативной симптоматики и нейрокогнитивного дефицита назначались атипичные формы нейролептиков. Хороший эффект был отмечен при использовании рисперидона, оланзапина, кветиапина. Пациентам, склонным к нарушению режима приема антипсихотиков, при необходимости длительной терапии назначались пролонгированные формы препаратов: флуфеназин деканоат, флупентиксол деканоат, зуклопентиксол деканоат, рисперидон в форме микрогранул пролонгированного высвобождения.

Анксиолитики применялись в случае инсомнических расстройств, а также при состояниях, сопровождающихся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью, напряженностью, эмоциональной лабильностью.

Всем пациентам проводилась метаболическая и дезинтоксикационная терапия, коррекция реологических свойств крови, стабилизация ионного баланса. Назначались изотонический раствор натрия хлорида, растворы натрия ацетата, калия хлорида, натрия гидрокарбоната, декстрана, гидроксиэтилкрахмала, кальция хлорида, магния хлорида, декстрозы. Комплексообразующие препараты, содержащие в своем составе сульфгидрильные группы, применялись с целью восстановления ферментных систем организма, улучшения состояния периферической нервной системы и нормализации проницаемости капилляров.

Среди лекарственных средств, улучшающих мозговой и коронарный кровоток, предпочтение отдавалось препаратам, стимулирующим клеточное дыхание и энергообразование, активирующим внутриклеточный синтез белка, оказывающим позитивное влияние на биоэлектрическую активность. Применялись витамины групп В, С, РР, участвующие в синтетических процессах организма, улучшающие синаптическую передачу, обладающие дезинтоксикационным действием.

В период абстиненции, наряду с терапией ангиолитиками и коррекцией водно-электролитного баланса, широко применялись препараты с антиоксидантным и антигипоксическим действием. Высокая эффективность в терапии данного контингента была отмечена при использовании полифункционального метаболического и энергетического корректора – меглюмина натрия сукцината. Кроме того, пациентам вводили 7 % раствор полидигидроксифенилентиосульфоната натрия до 6 мл ежедневно с целью снижения образования токсичных продуктов перекисного окисления липидов и освобождения клеток от недоокисленных продуктов обмена. Широко использовался 0,25 % раствор цитохрома С, стимулирующий окислительно-восстановительные процессы тканей организма, ускоряющий утилизацию кислорода. Токоферол ацетат назначался в общей суточной дозе до 0,4 г. Инозин применялся в виде 2 % раствора до 20 мл ежедневно на протяжении 10—15 дней; являясь стимулятором синтеза нуклеотидов, он усиливал активность ферментов цикла Кребса.

Выбор аминокислот и их производных осуществлялся с учетом тропности к нейротрофическому действию. Применялись 10 и 20 % растворы и капсулы карнитина и левокарнитина, глутаминовая кислота в форме 1 % раствора или таблеток в средней суточной дозе 2 г, глицин 0,3 г ежедневно.

С целью стабилизации соматического состояния в период абстиненции назначались ионные растворы. Широко применялись инъекционные и пероральные формы гепатопротек-

торов с мембраностабилизирующим и антиоксидантным действием: фосфолипиды в сочетании с глицирризиновой кислотой, адеметионин.

Поскольку у большинства пациентов диагностировали гипертензионный синдром как следствие перенесенной в прошлом ЧМТ, проводили дегидратационную терапию. В случае возникновения иных дисфункциональных нарушений органов и систем применяли средства симптоматической терапии (кардиотропные средства, дыхательные analeптики и пр.).

В интоксикации каннабиноидами в дополнение к вышеперечисленным приемам и методам детоксикации назначались адсорбенты, при необходимости проводилось промывание желудка (при пероральном приеме наркотика), экстракорпоральные методы. Преимущество процедуры плазмафереза в данном случае заключалось не только в прямом удалении из организма токсических веществ и устранении химического субстрата аддикции, но и в стимулировании работы собственных органов и систем, направленной на дезинтоксикацию организма.

Следующий этап включал в себя мероприятия, направленные на стабилизацию ментальных функций, поддержание физического благополучия, подавление патологического влечения к каннабиноидам. Данные мероприятия проводились преимущественно в условиях дневного стационара и амбулаторно-поликлинического звена лечебных учреждений, в некоторых случаях в стационарных условиях. Целью этапа являлась компенсация резидуальных расстройств сфер психической деятельности, а также формирование стойкой ремиссии в отношении синдрома зависимости от каннабиноидов. Мишенями терапии служили: остаточные проявления декомпенсации органического психического расстройства, постпсихотические и постабстинентные состояния, актуализация патологического влечения, анозогнозия, а также созависимое социальное окружение.

С целью создания специфического позитивного влияния на высшие интегративные функции мозга применялись различные виды ноотропных препаратов. Выбор одной из подгрупп ноотропов был обусловлен необходимостью достижения определенных эффектов (мнеотропного, нейропластического, антиастенического), повышения уровня общей устойчивости организма к действию экстремальных факторов, влияния на психическую инертность, психомоторную заторможенность, эмоциональную возбудимость, устойчивое функционирование вегетативной нервной системы. Стойкий положительный эффект был отмечен в случае применения производных диметиламиноэтанола, нейропептидов и их аналогов, производных ГАМК, органических композитов, а также производных пирролидина.

С целью купирования депрессивных расстройств применялись различные виды тимоаналептиков. Серотонинергические антидепрессанты одновременно с коррекцией эмоционального состояния, уменьшением уровня тревожности влияли и на патологическое влечение к наркотику. Трициклические антидепрессанты проявляли анксиолитический и седативный эффекты. Бициклический тразодон широко использовался при лечении больных пожилого возраста, ослабленных пациентов, страдающих сопутствующими соматическими заболеваниями, благодаря хорошей переносимости препарата и отсутствию холинолитического действия. С успехом применялся пирлиндол, являясь тетрациклическим антидепрессивным средством и ингибитором моноаминоксидазы, сочетая тимолептический эффект с ноотропным (стимуляция процессов синаптической передачи) и регулирующим влиянием на ЦНС (активирующее действие у больных апатическими депрессиями и седативное действие у пациентов с ажитированными состояниями).

Многие пациенты нуждались в коррекции проявлений токсической полинейропатии. С этой целью назначались тиоктовая кислота, винпоцетин, депротеинизированный гемодериват крови телят, специфические поливитаминные средства.

Курсовая терапия выраженной астении, адинамии с использованием таких адаптогенов, как лимонник китайский, аралия, элеутерококк, женьшень, левзея сафлоровидная, оказывала общеукрепляющий эффект, стимулируя основной обмен в большинстве органов и тканей. С успехом использовались антиоксиданты растительного происхождения – препараты на основе биофлавоноида дигидрохверцетина.

Для воздействия на патологическое влечение к каннабиноидам использовались нейролептики пролонгированного и короткого действия. Кроме того, острые периоды актуализации патологического влечения, аналогичные рудиментам пароксизмов судорожных состояний, объясняли целесообразность применения противосудорожных лекарственных препаратов.

В дополнение к вышеизложенному на данном этапе лечения с учетом жалоб и объективных данных использовались анксиолитики, корректоры поведения, ионные растворы, а также средства симптоматической терапии с целью минимизации поведенческих нарушений, инсомнии, расстройств сердечно-сосудистой, мочевыделительной, дыхательной и других систем организма.

В комплексной коррекции хронических гипоксических состояний с целью повышения напряжения кислорода в альвеолярном воздухе и плазме крови, увеличения концентрации оксигемоглобина и, как следствие, снижения мета-

болического ацидоза применялась оксигенотерапия. Увлажненная кислородная смесь, содержащая 40–60 % кислорода, подавалась через носовые катетеры сеансами продолжительностью 30–60 минут.

Применяемые методики кинезитерапии предполагали сочетание аэробных и неаэробных видов двигательной активности при учете тяжести органического психического расстройства, стажа наркотизации, а также индивидуальных особенностей личности пациента. Был синтезирован комплекс наиболее оптимальных рекомендаций – характеристик физических упражнений, оказывающих максимальный положительный эффект на психику лиц, страдающих органическим психическим расстройством, сочетанным с зависимостью от каннабиноидов.

Общие положения: 1) использование умеренных и постепенно возрастающих по интенсивности преимущественно аэробных нагрузок; 2) обязательное включение в комплекс упражнений дыхательной направленности, которые способны в значительной степени компенсировать явления энергодефицита; 3) использование в комплексе физических упражнений на развитие гибкости, равновесия, статико-кинетической устойчивости с целью их влияния на такие психические качества, как уверенность в себе, спокойствие, а также на личностную самооценку; 4) применение комплексов релаксационных упражнений, медитативных поз, упражнений для коррекции осанки для нормализации процессов кортико-висцеральной регуляции и нивелирования расстройств эмоциональной сферы; 5) отсутствие в системе упражнений жестких соревновательных элементов, способных усугубить аффективную неустойчивость, а также спектр депрессивных расстройств, в случае индивидуальной неудачи; как альтернатива рекомендуются командные игровые варианты; 6) конкретизация и точное определение пространственных и временных характеристик упражнений, являющихся умеренными по интенсивности, временной продолжительности (20–30 минут), при этом регулярно включенных в недельный график; 7) выделение и предоставление приоритета упражнениям, приносящим удовольствие занимающимся с целью сохранения устойчивой мотивации к физическим упражнениям как альтернативе аддикции.

Высокая терапевтическая эффективность была отмечена на фоне проведения процедуры ультрафиолетового облучения крови в виде интракорпорального воздействия на кровь квантами оптического излучения ультрафиолетовой части спектра. Пациентам проводился курс из 3–5 сеансов УФОК с частотой проведения через день. Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) назначалось с целью влияния на нижний (клеточный) уровень регулиро-

вания и поддержания гомеостаза: перевод гемоглобина в более выгодное конформационное состояние для транспорта кислорода, повышение энергообразования в клетках, увеличение содержания в организме биологически активных веществ, активация ферментных систем, изменение активности иммунокомпетентных клеток. Процедуры ВЛОК проводились ежедневно или через день, курсом от 3 до 10 сеансов. Применение световода длиной менее 20 см обеспечивало проникновение лазерного излучения практически без нарушения своей пространственно-временной организации.

Для поддерживающей терапии между курсами основного лечения использовались мягкодействующие комплексные растительные препараты как дополнительное средство, повышающее эффективность химиопрепаратов и уменьшающее их побочные явления, корректирующее нарушенные функции организма, смягчающее клиническую картину заболевания. В процессе гастроинтестинальной фитотерапии (нативной и преформированной) чаще всего использовались настои и отвары лекарственных растений. Проводился индивидуальный подбор растительных компонентов, подходящих для конкретного больного. Чаще всего фитокомпозиции содержали 2 растения основного действия, 1 или 2 растения дополнительного, корректирующего действия, 1 растение для коррекции вкуса, 1 – для повышения иммунитета, 1 – для стабилизации витаминного баланса.

Широко применялась терапия электросном. Число процедур варьировало от 7–15 до 25–30 в зависимости от эффекта и переносимости. При необходимости проводились повторные курсы. Выраженный положительный результат регистрировался при использовании местной дарсонвализации, контактной и дистантной её форм, проводимых стабильным и лабильным способами. Чаще всего проводилось воздействие на шейно-воротниковую зону, область конечностей, головы, зоны сегментарной иннервации с использованием грибовидного и гребешкового электродов, длительностью воздействия 7–10 минут, общим курсом до 20 процедур. Стойкий терапевтический эффект был отмечен при использовании транскраниальной электростимуляции, в ходе проведения которой сочеталось воздействие постоянным импульсным током частотой 77,5 Гц в соотношении 1:1, при длительности импульса 3,5–4 мс, силе тока 4–7 мА с аудиальным сопровождением. Длительность воздействия составляла 30 минут, средний курс лечения – 10 процедур.

Коррекционные стабилметрические методики с анализом колебаний проекции центра масс в сагиттальной и фронтальной плоскостях (стабилограмма), скорости колебаний и траекторий (статокинезограмма), а также их корре-

ляции с пульсом, дыханием, мышечным тонусом использовались в комплексной коррекции проявлений полинейропатии, токсикометаболической энцефалопатии, экстрапирамидных нарушений, аффективных расстройств, опосредованно стимулируя волевую и мнестическую деятельность, улучшая концентрацию внимания, стимулируя синергизм функционирования основных систем организма.

Этап реабилитации и ресоциализации с использованием клинических и амбулаторных программ, привлечением волонтерских организаций и сообществ само- и взаимопомощи осуществлялся амбулаторно и в реабилитационном отделении ГБУЗ АО АОНД «Ковчег», открытом в 2010 г. в пос. Дубовка Свободненского района Амурской области. Реабилитационный процесс включал три категории принципов: 1) объективных (личностных, присущих больному): согласие, ответственность, аксиологичность; 2) объект-субъективных: партнерство, доверие, открытость, легитимность; 3) субъективных (характеризующих исполнителей лечебно-реабилитационного процесса, материальную базу, реабилитационные программы): мультидисциплинарность, единство медицинских, психологических и социальных методов работы, дифференцированность по уровням реабилитационного потенциала, возрасту, тяжести соматической патологии, преемственность периодов и этапов лечебно-реабилитационного процесса, долгосрочность, антипатернализм, интегрированность. В данном случае принцип мультидисциплинарности нашел выражение в бригадном методе работы: в единой «команде» взаимодействуют врач психиатр-нарколог, медицинский психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе, социальный работник.

Целью этапа было восстановление или формирование нормативного личностного и социального статуса больного, позволяющего реинтегрироваться в общество, и проведение противорецидивных мероприятий в отношении возможной декомпенсации психоорганических и аддиктивных расстройств. Основные задачи этого этапа: повышение осознанности, преодоление анозогнозии, формирование навыков благополучного функционирования в социальной среде, выработка навыков самодиагностики, предупреждение эпизодов рецидива заболевания, коррекция сопутствующих партнёрских, семейных и прочих системных проблем, прояснение основных экзистенциальных и духовных установок пациента, формирование условий для его личностного роста. Мишенями терапии данного этапа служили: резидуальные психопатологические проявления, возможный рецидив, а также социальное окружение и социальный маршрут пациента.

Медикаментозная терапия этого периода была направлена на поддержание физического и эмоционального благополучия. Исходя из показаний и темпов восстановления, а также индивидуальных особенностей состояния пациентов, продолжалась курсовая терапия ноотропными препаратами, тимоаналептиками, препаратами, подавляющими патологическое влечение к каннабиноидам, симптоматическими средствами.

Физиотерапевтические процедуры дополнялись психотерапевтической интервенцией, в некоторых случаях реализуемой уже на втором этапе терапии. Применялись следующие методы психотерапии: экзистенциальная, гештальттерапия, когнитивно-поведенческая, системная семейная, позитивная, трансактный анализ. Активно использовались техники символадрамы, нейролингвистического программирования и гипнотерапия. Прорабатывались механизмы изменения привычного образа жизни, проводилась работа по расстановке жизненных приоритетов с пошаговым планированием, использованием ресурсных техник, воздействием на составляющие патологического влечения к каннабиноидам, выработкой альтернативных употреблению каннабиноидов механизмов снятия стресса, получения удовольствия, улучшения коммуникативного взаимодействия, обучение навыкам релаксации и адекватного эмоционального реагирования. Помимо индивидуальной психотерапевтической работы, с успехом применялась групповая психотерапия в формате фиксированных и открытых групп с привлечением обществ само- и взаимопомощи, а также волонтерских организаций. Средняя длительность индивидуальных и групповых сеансов варьировала от 50 до 120 минут. Семейное консультирование, а также групповая работа с родственниками пациентов средней длительностью 40–60 минут проводилась еженедельно.

В дополнение к психотерапевтической работе использовалась терапия методом биологической обратной связи. Основной задачей метода в данном случае являлось обучение пациентов саморегуляции при помощи обратной связи, облегчающей процесс обучения физиологического контроля, делающей доступной для пациента информацию, в обычных условиях им не воспринимаемую. Процедуры проводились ежедневно или через день, средняя длительность составляла 40–50 минут. В зависимости от поставленной цели, а также темпов восстановления количество коррекционных процедур варьировало от 7 до 20.

Ресоциализация пациентов при участии специалистов по социальной работе проводилась по трем основным направлениям: помощь в выработке навыков благополучного социаль-

ного функционирования, налаживание контактов с ближайшим окружением, социальная поддержка в сфере обучения и трудовой занятости, а также содействие в решении социальных вопросов юридического характера (восстановление документов, жилищные проблемы).

Выводы. Таким образом, в результате индивидуального подхода с учетом качества, условий возникновения, темпа прогрессивности психических и соматических расстройств, а также комплексной поэтапной терапии, сочетающей медикаментозные, физиотерапевтические, функциональные, психотерапевтические и иные методы воздействия, у пациентов, страдающих органическим психическим расстройством, сочетанным с зависимостью от каннабиноидов, эффективно купировались проявления острых психотических, интоксикационных и абстинентных расстройств, длительно и на должном уровне обеспечивалось дальнейшее поддержание физического, психического и социального благополучия.

Л и т е р а т у р а

1. Благоев Л. Н., Кургак Д. И. О понятии коморбидности в клинической наркологии // Наркология. – 2006. – № 5. – С. 58–63.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Ветлугина Т. П. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддиктивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 3. – С. 28–33.
3. Бохан Н. А., Мандель А. И., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Иванова С. А., Невидимова Т. И. Эпидемиология, патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3 (42). – С. 25–32.
4. Дудин И. И. Зависимость от каннабиноидов в структуре сочетанной психической патологии по данным отдаленного катамнеза (клинический, клинко-эпидемиологический и социодемографический аспекты): Дис. ... д.м.н. – М., 2009. – 347 с.
5. Кардаш С. В. Медико-социальный анализ роста органических психических расстройств Амурской области: Материалы областной научно-практ. конф., посвящ. 55-летию кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии – Благовещенск, 2011. С. 20–25.
6. Клименко Т. В., Филиппов В. Е., Махтумова М. Х. Особенности формирования наркоманий в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы // Проблемы наркологии-90. – М., 1990. – С. 57–62.
7. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. – М: Медпресс-информ, 2003. – 327 с.
8. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30–35.
9. Щепина Е. А., Сырыгина О. Л., Рыбальченко Л. Б., Мусницкая З. Н. Распространенность употребления продуктов конопли и особенности химикотоксикологического анализа на территории Амурской области // Наркология. – 2012. – № 12. – С. 44–46.
10. Bogenschutz M. P., Siegfried S. L. Factors affecting engagement of dual diagnosis patients in outpatient treatment // Psychiatric services. – 1998. – Vol. 49. – P. 1350–1356.

Транслитерация русских источников

1. Blagov L. N., Kurgak D. I. [About concept of comorbidity in clinical addiction psychiatry]. *Narkologija* [Narcology]. 2006; 5: 58—63. (In Russ.).
2. Bokhan N. A., Mandel A. I., Vetlugina T. P. [Comorbidity and problem of clinical heterogeneity of addictive states: pathobiological regularities and possibilities of prevention]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2001; 3: 28—33. (In Russ.).
3. Bokhan N. A., Mandel A. I., Artemyev I. A., Vetlugina T. P., Solonsky A. V., Prokopyeva V. D., Ivanova S. A., Nevidimova T. I. [Epidemiology, pathobiological regularities and prevention of mental and behavioral disorders in result of substance abuse (regional aspect)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3(42): 25—32. (In Russ.).
4. Dudin I. I. [Cannabinoids dependence in structure of combined mental pathology according to data of follow-up (clinical, clinical-epidemiologic and sociodemographic aspects)]. M.D. thesis, Moscow, 2009; 347 p. (In Russ.).
5. Kardash S. V. [Medico-social analysis of growth of organic mental disorders of the Amur Region]. *Materialy oblastnoj nauchno-prakt. konf., posvjashh. 55-letiju kafedry psikiatrii, narkologii i klinicheskoy psihologii* [Materials of regional scientific-practical conference devoted to the 55th anniversary of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Clinical Psychology Department]. Blagoveshchensk, 2011; 20—25. (In Russ.).
6. Klimenko T. V., Philipskikh V. E., Makhtumova M. Kh. [Features of formation of drug addictions in long-term period of craniocerebral injury]. *Problemy narkologii-90* [Issues of narcology-90]. Moscow, 1990; 57—62. (In Russ.).
7. Mendelevich V. D. [Drug dependence and comorbid behavioral disorders]. Publishing House "Medpress-inform", Moscow, 2003; 327 p. (In Russ.).
8. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. [Clinical-dynamic approach to systematics of addictions]. *Narkologija* [Narcology]. 2005; 4(12): 30—35. (In Russ.).
9. Shchepina E. A., Syrygina O. L., Rybal'chenko L. B., Musnitskaya Z. N. [Prevalence of cannabinoids use and features of chemical-toxicological analysis in the territory of Amur Region]. *Narkologija* [Narcology]. 2012; 12: 44—46. (In Russ.).

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616,89-008.19:159.9-053

ББК Р645.094-31

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ) У ПРИЗЫВНИКОВ В 1998 И 2003 ГГ.

Бухаров В. Г.^{1*}, Семин И. Р.²

¹ ОГБУЗ «Томская КПБ»

634014, Томск, ул. Алеутская, 4

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

Выполнен сравнительный анализ диагностики психопатий (расстройств личности) во время проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы в Томской областной клинической психиатрической больнице в 1998 и 2003 гг. Юноши, которым был выставлен этот диагноз, составили 28,3 % от всех призывников с психическими расстройствами в 1998 г. и 62,1 % в 2003 г. Рост произошел, главным образом, за счет новых диагностических рубрик – транзиторные и инфантильное расстройства личности, которых нет в МКБ-10 и в отечественных академических руководствах. Разработанная военными медиками концепция транзиторных расстройств личности противоречит общепринятым основам выявления психопатий (расстройств личности) и ведет к гипердиагностике этой патологии у призывников. Критерии диагностики инфантильного расстройства личности у призывников и годности их к военной службе вообще не определены. **Ключевые слова:** военно-психиатрическая экспертиза, гипердиагностика расстройств личности, транзиторные и инфантильное расстройства личности.

COMPARATIVE ANALYSIS OF DIAGNOSTICS OF PERSONALITY DISORDERS (PSYCHOPATHIES) IN CONSCRIPTS IN 1998 AND 2003. Bukharov V. G.¹, Semin I. R.²

¹ Tomsk Clinical Psychiatric Hospital. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. ² «Siberian State Medical University» of Ministry of Healthcare of Russia. Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia. A comparative analysis of the diagnostics of psychopathies (personality disorders) during the inpatient military-psychiatric expertise in the Tomsk Regional Clinical Psychiatric Hospital in 1998 and 2003. Young men who were diagnosed with psychopathies constituted 28,3 % of all conscripts with mental disorders in 1998 and 62,1 % in 2003, this increase was mainly due to new diagnostic groups – transient and infantile personality disorder, which is not present in ICD-10 and domestic academic guidelines. Concept of transient personality disorder developed by military physicians contradicts generally accepted bases of identification of psychopa-

thies (personality disorders), and leads to over-diagnosis of this disease in conscripts. Criteria for the diagnosis of infantile personality disorder in conscripts and their fitness to military service in general have not been defined. **Keywords:** military-psychiatric expertise, over-diagnosis of personality disorders, transient and infantile personality disorders.

Введение. Как было показано в наших предыдущих публикациях [7, 8], в результате стационарной военно-психиатрической экспертизы в Томской клинической психиатрической больнице в 1998 г. среди признанных негодными к воинской службе призывники с диагнозом психопатия составили 28,3 %, а в 2003 г. – 62,1 %. Столь значительный рост удельного веса расстройств личности произошел, главным образом, за счет таких клинических форм этой патологии, которые отсутствуют в Международной классификации психических расстройств 10-го пересмотра и противоречат академической точке зрения, сложившейся в отечественной психиатрии. Речь идет о транзиторных расстройствах личности и инфантильном расстройстве личности, составивших 38,4 % от всех диагностированных расстройств личности. Несложно вычислить, что если бы этих случаев не было, то различия между удельным весом психопатий (расстройств личности) в 1998 и 2003 гг. не были столь большими, хотя все равно остались бы статистически значимыми: 28,3 и 38,3 % ($p < 0,05$). Широкая распространенность двух вышеуказанных нозологических дефиниций при проведении обследования для военно-психиатрической экспертизы (до 42 %) отмечена еще в ряде исследований томских авторов [1, 17, 18].

В монографии В. Я. Семке «Клиническая персонология» (2001) [19] транзиторное и инфантильное расстройства личности даже не упоминаются. Такая же точка зрения отражена в монографии А. Б. Смулевича «Расстройства личности» [20]. Откуда же взялись диагнозы транзиторного и инфантильного расстройств личности?

Формирование представлений о транзиторных расстройствах личности. Еще в 80-е гг. прошлого века в отечественной психиатрии высказывалось мнение, что «некоторые формы психопатий в молодом возрасте (18–24 года) носят временный характер» [6]. В дальнейшем в литературе появился термин «депсихопатизация», предложенный Ю. В. Поповым [16]. Были описаны такие формы психопатий, при которых «в перечне диагнозов не вызывает сомнения, а в длиннике не подтверждается жизнью» [13]. Что такое «диагноз в перечне» мы не представляем, но не вызывает сомнений открыто декларируемый отказ от общепризнанной концепции П. Б. Ганнушкина [9], согласно которой диагноз психопатии выставляется при наличии трех критериев: выраженности, тотальности и стабильности патохарактерологических проявлений.

* Бухаров Василий Геннадьевич, заведующий приемным отделением. Тел.: 89138601175. E-mail: bvg_tomsk@mail.ru
Семин Игорь Рэмович, д-р мед. наук, проф. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС

Последствия применения в практике военно-психиатрической экспертизы диагнозов транзиторные и инфантильное расстройство личности. В методическом пособии для врачей «Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы» [13], подготовленном В. В. Куликовым с соавторами, сказано: «Ввиду отсутствия четких критериев стабильности и парциальности дисгармонии личности правильнее пользоваться динамическим (этапным) диагнозом «транзиторное расстройство личности». Непонятно, почему авторы остановились только на стабильности. Если следовать их точке зрения, для квалификации выраженности и тотальности тоже нет «четких критериев». Далее они пишут: «Очевидно, достаточно 3—5 лет стойкой социальной адаптации, чтобы необходимость психиатрического наблюдения отпала». Иными словами, личности с психопатией выздоравливают. Это категорически противоречит клинике психопатий, где еще П. Б. Ганнушкин описывал многолетние компенсации психопатических черт, которые могут смениться декомпенсацией.

Во введении к указанному выше пособию для врачей авторы [13] говорят о «высоком проценте ошибок», «гипердиагностике психопатий». Неужели они не понимают, что отказ от классических критериев диагностики, появление многочисленных новых диагностических рубрик (транзиторное эмоционально неустойчивое, транзиторное истерическое, транзиторное зависимое и другие транзиторные расстройства личности) — это, как раз, прямой путь к гипердиагностике, что и подтвердило наше исследование. Например, в 1998 г. среди призывников был только один юноша, которому выставлен диагноз «парциальный дисгармоничный психический инфантилизм». В 2003 г. диагноз «инфантильное расстройство личности» выставлен 137 призывникам (!).

И еще один момент. Авторы пособия рекомендуют при призыве на военную службу использовать диагноз транзиторного расстройства личности как временный (этапный). Окончательную диагностику и определение годности к воинской службе следует, по их мнению, «осуществлять по достижении пациентами 25-летнего возраста». Как показало катamnестическое изучение призывников, ни в одном из 294 случаев, когда призывникам в 2003 г. был выставлен диагноз транзиторного расстройства личности, повторное освидетельствование не проводилось.

В другом методическом пособии, подготовленном тем же коллективом военных врачей [12], прямо говорится, что к расстройствам личности относятся «психопатии и транзиторные расстройства личности». А в тексте есть такая фраза: «К пункту «б» относятся: умеренно вы-

раженные формы личностных расстройств, проявляющиеся аффективными срывами, реактивными состояниями, выраженностью вегетативных реакций; транзиторные расстройства личности, не достигающие уровня психопатии».

Очевидно, что появление противоречащего клиническим традициям и логике диагноза «личностные расстройства, не достигающие уровня психопатий» обусловлено стремлением военных медиков максимально обезопасить военнослужащих от чрезвычайных происшествий в частях, которые широко обсуждались в обществе в 90-е гг. прошлого века. Казалось бы, такой подход можно только приветствовать, но, на наш взгляд, при этом страдают и призывники, получившие сомнительный психиатрический диагноз, и общество, в частности армия. Поясним, что мы имеем в виду. Молодые люди с диагнозом транзиторного расстройства личности во всех случаях были освобождены от призыва, но ни одному из них не было назначено лечение. Между тем давно известно, что жестко регламентированное поведение в воинской части, дисциплинарные воздействия, преодоление трудностей совместно с сослуживцами могут способствовать исправлению характерологических девиаций юношей. Как тут не вспомнить кинофильм «Иван Бровкин», отражающий становление полноценной личности молодого парня, не отличавшегося до призыва примерным поведением. Армия, в свою очередь, в результате гипердиагностики расстройств личности недополучает призывников, которые могли бы стать обученными и проверенными солдатами.

Остается только сожалеть, что приведенное выше определение транзиторного расстройства личности вошло в Постановление Правительства РФ от 25.02.2003 г № 123 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» [15]. О масштабе проблемы свидетельствует такая цифра: от призыва в армию в связи с расстройствами личности в 2001 г. в России были освобождены 22,4 тысячи человек [11].

Есть еще один аспект обсуждаемой проблемы — диагностика транзиторных расстройств личности у военнослужащих. В кандидатской диссертации С. А. Королева [11] сказано, что у военнослужащих Северного флота «клинические особенности транзиторных расстройств личности характеризовались: связью с ситуационными психотравмирующими факторами, кратковременностью и полиморфностью симптоматики». Чем тогда отличаются транзиторные расстройства личности от невротических расстройств? Если верить автору, то такие неблагоприятные факторы, как «тяжелые климатогеографические условия службы, изменение ритма жизни, трудности адаптации к военной службе, неуставные отношения» не вызывают у призванных на службу молодых людей невро-

тических расстройств. Транзиторные расстройства личности составляют 86,2 % всех психических расстройств, выявленных у военнослужащих Северного флота. Это находится в прямом противоречии с текстом цитированных выше методических рекомендаций для врачей [13], где говорится: «личностные аномалии составляют существенную часть пограничных нервно-психических расстройств и занимают второе место после неврозов».

Что касается инфантильного расстройства личности, то ни в одном из упомянутых выше методических рекомендаций и пособий по проведению военно-психиатрической экспертизы для врачей эта отсутствующая в МКБ-10 диагностическая рубрика даже не упоминается. В руководстве для врачей и судебно-психиатрических экспертов «Клиническая и судебная подростковая психиатрия» под редакцией В. А. Гурьевой [10] в разделе «Дизонтогенез: клинические формы» приводится описание различных видов инфантилизма, но ни слова не сказано об определении годности таких лиц к военной службе. И еще одно обстоятельство, которое затрудняет однозначную трактовку клинических признаков инфантильного расстройства личности: в переводе на русский язык «Лексикона психиатрии Всемирной организации здравоохранения» (Киев, 2001) при описании истерического (гистрионного) расстройства личности в примечаниях сказано, что в эту рубрику «включено инфантильное расстройство личности».

Таким образом, сравнительный анализ диагностики расстройств личности во время стационарной военно-психиатрической экспертизы призывников в Томской клинической психиатрической больнице в 1998 и 2003 гг. выявил значительные различия. Диагноз психопатии в 1998 г. был установлен в 128 случаях, что составляет 28,3 % от общего числа призывников с психическими расстройствами. В 2003 г. диагноз расстройств личности зафиксирован в 766 случаях, что составляет 62,1 % от общего числа призывников с психическими расстройствами. Различия экстенсивных показателей 1998 и 2003 гг. высоко достоверны ($p < 0,01$). Статистически достоверный рост числа случаев расстройств личности среди призывников 2003 г. произошел, главным образом, за счет диагностических рубрик, которых не было в МКБ-9 и нет в МКБ-10 – транзиторные расстройства личности и инфантильное расстройство личности. На них приходится 38,4 % от всех расстройств личности, выявленных в 2003 г. Все призывники с этими диагнозами были освобождены от призыва.

Разработанная военными медиками концепция транзиторных расстройств личности противоречит общепринятым основам выявления

психопатий (расстройств личности) и ведет к гипердиагностике этой патологии у призывников. Критерии диагностики инфантильного расстройства личности у призывников и определения их годности к военной службе вообще не описаны.

Ни в одном случае лица, которым во время стационарной военно-психиатрической экспертизы в 2003 г. был установлен диагноз транзиторных расстройств личности и инфантильного расстройства личности, не получали лечения и в дальнейшем не наблюдались психиатрами.

Использование в практике военно-психиатрической экспертизы диагнозов транзиторных расстройств личности и инфантильного расстройства личности ведет к негативным последствиям для лиц, получивших этот психиатрический диагноз, и для общества, в том числе для армии.

Л и т е р а т у р а

1. Азарков А. П., Варанкова Л. В., Титаренко Л. И. Сравнительная характеристика результатов медицинского обследования призывников // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 64–65.
2. Азарков А. А. Психические расстройства у лиц допризывного и призывного возрастов в контексте психического здоровья детского-подросткового населения: автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 2010.
3. Азарков А. П., Азарков А. А., Логунцова О. Н. Научно-организационные проблемы оказания психоневрологической помощи в детско-подростковом возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 37–40.
4. Азарков А. А., Глушко Т. В., Погорелова Т. В. Социальная адаптация лиц допризывного и призывного возрастов, страдающих умственной отсталостью // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2006. – № 5 (67). – С. 72.
5. 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 (67). – С. 61–64.
6. Антонян Ю. М., Бородин С. В. Преступность и психические аномалии. – М.: Наука, 1987. – 208 с.
7. Бухаров В. Г., Семин И. Р. Расстройства личности и военно-психиатрическая экспертиза // XV съезд психиатров России. – М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 93.
8. Бухаров В. Г., Семин И. Р. Сравнительная клиническая характеристика призывников с расстройствами личности (по материалам стационарной военно-психиатрической экспертизы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 4. – С. 142–145.
9. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – М.: «Север», 1933. – 143 с.
10. Гурьева В. А. (ред). Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 488 с.
11. Королев С. А. Транзиторные расстройства личности у военнослужащих Северного флота: дис. ... к.м.н. – СПб., 2005. – 173 с.
12. Куликов В. В. и др. Клинические и организационно-методические аспекты военно-врачебной экспертизы граждан, страдающих психическими расстройствами: Пособие для врачей. – М., 2004. – 55 с.
13. Куликов В. В. и др. Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы: Методическое пособие. – М., 2003. – 32 с.

14. Лексикон психиатрии Всемирной организации здравоохранения / пер. с англ. — Киев. Изд-во «Сфера», 2001. — 395 с.
 15. Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе / Постановление Правительства РФ от 25.02.2003 № 123 (ред. от 28.07.2008).
 16. Попов Ю. В. Новый подход к диагностике психопатий (расстройств личности) // Обзор психиатрии и мед. психологии. — 1991. — № 2. — С. 5—14.
 17. Семке А. В., Агарков А. А., Глушко Т. В., Погорелова Т. В. Анализ типологической структуры личности и нарушений интеллекта юношей допризывного и призывного возрастов, проходивших военно-врачебную комиссию // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2006. — № 3 — С. 66—68.
 18. Семке А. В., Агарков А. А., Глушко Т. В., Погорелова Т. В. Характеристика расстройств личности у подростков допризывного и призывного возрастов в Томской области // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2006. — № 2. — С. 48—50.
 19. Семке В. Я. Клиническая персонология. — Томск: МГП «РАСКО», 2001. — 375 с.
 20. Смуглевич А. Б. Расстройства личности. — М., 2007. — 192 с.
 12. Kulikov V. V. et al. [Clinical and organizing-methodical aspects of military-medical expertise of citizens suffering from mental disorders: Manual for doctors]. Moscow, 2004; 55 p. (In Russ.).
 13. Kulikov V. V. et al. [Personality disorders (psychopathies) in practice of military-medical expertise: Methodical manual]. Moscow, 2003; 32 p. (In Russ.).
 14. [Vocabulary of psychiatry of World Healthcare Organization]. Translated from English. Publishing House "Sfera", Kiev, 2001; 395 p. (In Russ.).
 15. {About approval of status of military-medical expertise: Resolution of the Government of Russian Federation from 25.02.2003 No. 123 (version from 28.07.2008)}. (In Russ.).
 16. Popov Yu. V. [New approach to diagnostics of psychopathies (personality disorders)]. *Obozrenie psikiatrii i med. psikhologii* [Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 1991; 2: 5—14. (In Russ.).
 17. Semke A. V., Agarkov A. A., Glushko T. V., Pogorelova T. V. [Analysis of typological structure of the personality and disturbances of intelligence of boys of pre-conscription and call-up age, being under military-medical commission]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 66—68. (In Russ.).
 18. Semke A. V., Agarkov A. A., Glushko T. V., Pogorelova T. V. [Characteristics of personality disorders in adolescents of pre-conscription and call-up age in the Tomsk Region]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 2: 48—50. (In Russ.).
 19. Semke V. Ya. [Clinical personology]. Publishing House SSE "Rasko", Tomsk, 2001; 375 p. (In Russ.).
 20. Smulevich A. B. [Personality disorders]. Moscow, 2007; 192 p. (In Russ.).
- Транслитерация русских источников*
1. Agarkov A. P., Varankova L. V., Titarenko L. I. [Comparative characteristics of results of medical examination of conscripts]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 64—65. (In Russ.).
 2. Agarkov A. A. [Mental disorders in persons of pre-conscription and call-up age in context of mental health of child-adolescent population]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2010. (In Russ.).
 3. Agarkov A. P., Agarkov A. A., Loguntsova O. N. [Scientific-organizing problems of rendering the psychoneurological help in childhood-adolescence]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004; 3: 37—40. (In Russ.).
 4. Agarkov A. A., Glushko T. V., Pogorelova T. V. [Social adaptation of persons of pre-conscription and call-up age suffering from mental retardation]. *Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk)*. [Siberian Medical Journal (Irkutsk)]. 2006; 5(67):. 72. (In Russ.).
 5. 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(67): 61—64. (In Russ.).
 6. Antonyan Yu. M., Borodin S. V. [Delinquency and mental abnormalities]. Publishing House "Nauka", Moscow, 1987; 208 p. (In Russ.).
 7. Bukharov V. G., Semin I. R. [Personality disorders and military-psychiatric expertise. The XVth Congress of Psychiatrists of Russia]. Publishing House "Medpraktika-M", Moscow, 2010; 93. (In Russ.).
 8. Bukharov V. G., Semin I. R. [Comparative clinical characteristics of conscripts with personality disorders (according to materials of inpatient military-psychiatric expertise)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 4: 142—145. (In Russ.).
 9. Gannushkin P. B. [Clinic of psychopathies, their statics, dynamics, systematics]. Publishing House "Sever", Moscow, 1933; 143 p. (In Russ.).
 10. Guryeva V. A. (Editor) [Clinical and forensic adolescent psychiatry]. Publishing House LLC "Medicinskoe informacionnoe agentstvo", Moscow, 2007; 488 p. (In Russ.).
 11. Korolev S. A. [Transient personality disorders in servicemen of Northern navy]. *Dis. ... k.m.n.* [Ph.D. thesis]. Saint-Petersburg, 2005; 173 p. (In Russ.).

УДК 616.891-053.7
ББК Р64-5,2-57+Р62-323

КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Уразбахтина А. О., Култышев Д. В. *,
Приленский Б. Ю., Михайлова С. А.,
Абатурова Ю. С.

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

Исследование проводилось на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС и Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая психиатрическая больница» детского психотерапевтического отделения в период с 2004 г. по 2014 г. В основу данной работы были положены результаты комплексного исследования 3500 детей с гиперкинетическими нарушениями. Своевременный диагноз и назначенное комплексное лечение позволяют успешно компенсировать детям с гиперкинетическими нарушениями поведенческие, эмоциональные и когнитивные расстройства, что способствует социальной и учебной реализации. Современная терапия непсихотических расстройств использует огромный арсенал средств, преимущественно в виде фармакотерапии и физиотерапии, при этом незаслуженно мало внимания уделено вопросам реабилитации. **Ключевые слова:** дети, гиперактивность, импульсивность, реабилитация.

COMPREHENSIVE THERAPEUTIC-REHABILITATIVE MODEL OF TREATMENT OF CHILDREN WITH HYPERKINETIC DISORDERS. Urazbakhtina A. O., Kultyshev D. V., Prilensky B. Yu., Mikhailova S. A., Abaturova Yu. S. «Thumen State Medical Academy» of Ministry of Healthcare of Russia. Odesskaya Street 54, Tyumen, Russia. The study was conducted by us on base of child psychotherapy department in the period from 2004 to 2014, where assistance was provided to 3500 children with ADHD. Timely diagnosis and comprehensive treatment can successfully compensate for hyperactive children behavioral problems, and promote social and educational realization, correct behavioral and emotional disorders, attention, memory, and thinking. Modern therapy of non-psychotic disorders in children and adolescents uses a huge arsenal of tools, mainly in the form of a combination of medication and physiotherapy, but little attention is paid to rehabilitation. **Keywords:** children, hyperactivity, impulsiveness, rehabilitation.

* Култышев Денис Владимирович – зав. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС. 89224837462 kultyshev-denis@yandex.ru

Приленский Борис Юрьевич – проф., д. м. н., зав. каф. мед. психологии и психотерапии с общей психологией и педагогикой. 89222622162.

Михайлова Софья Андреевна – аспирант каф. психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС. 89222622406.

Уразбахтина Анна Олеговна – аспирант каф. психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС. 89292476418.

Абатурова Юлия Сергеевна – аспирант каф. психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС. 89224833093.

Введение. Гиперкинетические расстройства – это группа расстройств, объединенных по феноменологическому принципу на основании слабо модулированного поведения с не соответствующими возрасту гиперактивностью, дефицитом внимания, импульсивностью и отсутствием устойчивой мотивации к деятельности, требующей волевых усилий (код по МКБ-10 F90). Этиология гиперкинетических нарушений до конца не установлена. Выделяют три группы факторов, служащих причинами развития синдрома: медико-биологические или церебрально-органические, генетические и психосоциальные [1].

В семьях детей с гиперкинетическими нарушениями нередко имеются близкие родственники, имевшие в детстве аналогичные нарушения. В подобных случаях риск развития гиперкинетических нарушений составляет примерно 30 %. Ведущую роль в возникновении гиперкинетических нарушений играют неблагоприятные факторы в течение беременности и родов. Также факторами риска является наличие у новорожденных поражений ЦНС различной степени выраженности [2].

Нейропсихологический анализ показал, что дети с гиперкинетическими нарушениями с различными типами незрелости регуляторных систем мозга существенно отличаются друг от друга по показателям произвольной регуляции. Этим в значительной степени определяются различия в эффективности методов немедикаментозной коррекции в выделенных двух группах больных [3].

Цель настоящей работы: разработать комплексную лечебно-реабилитационную модель лечения детей с гиперкинетическими нарушениями.

Материалы и методы. Исследование проводилось на кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС и на базе ГБУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница» в детско-подростковом психотерапевтическом отделении в период с 2004 по 2014 г., где помощь была оказана 3 500 детям с гиперкинетическими нарушениями.

Возраст обследованных детей варьировал от 3 до 12 лет, из них 2 900 мальчиков и 600 девочек.

Отбор детей с гиперкинетическими нарушениями для исследования осуществлялся одновременно из нескольких потоков, формировавшихся из: 1) детей, направленных психиатрами или обратившихся самостоятельно в амбулаторное детско-подростковое психотерапевтическое отделение ГБУЗ ТО «ОКПБ»; 2) детей, направленных на консультацию различными специалистами лечебных учреждений Тюмени в амбулаторное детско-подростковое психотерапевтическое отделение ГБУЗ ТО «ОКПБ».

Для подтверждения полученных клиническим методом данных и в целях психометрической оценки личностных характеристик был использован специально составленный нами комплекс тестов, включающий исследование интеллекта: тест Векслера (исключение 4-го лишнего); исследование памяти (запоминание 10 слов); исследование мышления: классификация предметов (детский вариант). Для диагностики гиперкинетических нарушений у детей старшего дошкольного возраста (с 6 лет) использовали один из вариантов «Корректирующей пробы» – тест Тулуз-Пьерона, имеющий двоякую направленность: с одной стороны, изучение различных свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости и психомоторного темпа); с другой стороны, выявление и оценивание динамики и индивидуальных характеристик работоспособности, а также волевой регуляции деятельности.

Для диагностики идеомоторной координации мы использовали рисуночные техники «Дом. Дерево. Человек», в которые были внесены изменения и дополнения, связанные со спецификой работы с детьми с гиперкинетическими нарушениями [6].

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью электронного пакета прикладных программ «SPSS» (версия 11.0 для «Windows»).

Результаты и обсуждения. Анализ результатов экспериментально-психологического изучения обследуемого контингента (3 500 детей) до проведения лечебно-реабилитационных мероприятий выявил преобладание патологических стилей воспитания: гипоопека отмечалась в 40 % случаев (1 600 детей); тип воспитания в атмосфере семейных скандалов – 35 % (1 100 детей); бессистемное воспитание – 20 % (730 детей); воспитание в неполной семье – 15 % (46 детей); появление в семье отчима – 10 % (24 ребенка).

В зависимости от синдромальной характеристики были выделены синдромы: астенический (57,7 %), дистимический (21,2 %), тревожно-депрессивный (21,1 %).

В ходе исследования было выявлено, что нарушение внимания наблюдается у 92 % детей с гиперкинетическими нарушениями, нарушение памяти – у 68 %, нарушение интеллекта – у 74 %, импульсивность – у 87 %, нарушение мышления отмечено в 78 % случаев.

В процессе диагностики выявили следующие симптомокомплексы: чувство незащищенности (87 %), тревожность (76 %), неуверенность в себе (89 %), наличие конфликтной ситуации в жизни ребенка (83 %), трудности в общении и установлении контактов (94 %), депрессивные тенденции (62 %) ($p < 0,01$).

После проведенных комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с гиперкинетическими нарушениями отмечалось достоверное ($p < 0,01$) снижение выявленных синдромов: чувство незащищенности – на 76 %, тревожность – на 58 %, неуверенность в себе – на 74 %, наличие конфликтной ситуации в жизни ребенка – на 52 %, трудности в общении и установлении контактов – на 68 %, депрессивные тенденции на 51 %, внимание – на 53 %, память – на 56 %, интеллект – на 55 %, импульсивность – на 53 %, мышление – на 56 %.

На кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС лечение детей с гиперкинетическими нарушениями подбирается индивидуально для каждого конкретного ребенка и включает в себя медикаментозную терапию, физиолечение, работу с психотерапевтом, психологом, логопедом. Основываясь на выделенных уровнях психотерапевтического воздействия (поведенческий, эмоциональный, когнитивный и семейный) и принимая во внимание четыре основных измерения человеческой экзистенции (физический, социальный, психологический и духовный), была разработана концепция комплексной лечебно-реабилитационной модели.

I этап. Психотерапия детей с гиперкинетическими нарушениями. Известно, что каждое расстройство характеризуется клинически определенной группой синдромов, симптомов или поведенческих признаков. Подобное многомерное представление о расстройстве (биологический, психосоматический и психосоциальный аспекты) сопряжено с многосторонним (эксцентрическим) подходом к терапии, в котором наряду с биологическим (прежде всего психотерапевтическим) воздействием приоритетность отдается психотерапевтическим и социальным мероприятиям. При лечении гиперкинетических нарушений у детей использовались препараты ноотропного ряда. Их применение патогенетически обосновано, поскольку ноотропные препараты оказывают стимулирующее действие на недостаточно сформированные у детей с гиперкинетическими нарушениями когнитивные функции (внимания, памяти, организации, программирования и контроля психической деятельности, речевой функции, праксиса).

II этап. Поведенческая психотерапия детей с гиперкинетическими нарушениями. Нами использовался нейропсихологический подход, который практикует коррекцию поведения ребенка через специальные упражнения. Цель этих упражнений – скорректировать неправильно сформированные навыки и создать новые, эффективные модели поведения. Нейропсихологическая коррекция решает следующие задачи: 1) позволяет развивать когнитивные спо-

собности у детей с гиперкинетическими нарушениями; 2) помогает реконструировать поведение через работу с личностными особенностями ребенка; 3) способствует научению особенностям межличностных взаимодействий и коммуникативным навыкам; 4) помогает провести коррекцию первичного опыта семьи (гармонизировать детско-родительские взаимоотношения). В процессе поведенческой психотерапии с ребенком устанавливали эмоциональный контакт, выясняли его потребности, увлечения, изучали систему знаний и ценностей ребенка. Занятия длились по 45 минут в течение 30 сессий и были направлены на гармонизацию психического функционирования и личности ребенка, коррекцию деструктивного поведения.

III этап. Телесно-ориентированная психотерапия детей с гиперкинетическими нарушениями. Психотерапевтическая проработка невротических проблем в рамках телесно-ориентированной психотерапии оказалась наиболее эффективной. Высвобождение аккумулярованной энергии из зажатых мышечных групп и эмоциональное отреагирование позволяло освободиться детям с гиперкинетическими нарушениями от импульсивного поведения, ситуационной тревоги и мышечного напряжения. Двухчасовые занятия длительностью до 12 сессий групповой телесно-ориентированной психотерапии были направлены на формирование адекватного отношения к себе, принятие собственной телесности, развитие навыков более свободного, искреннего общения со сверстниками и родителями.

IV этап. Семейная психотерапия детей с гиперкинетическими нарушениями. Современная медицина для реабилитации детей с гиперкинетическими нарушениями предусматривает обязательную семейную психотерапию, на сеансах которой родители начинают осознавать, что здоровье их ребенка в значительной мере зависит от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему взрослых. На сессиях семейной психотерапии проходит реконструкция стиля семейного воспитания. Родители обучаются отказываться от проявления чрезмерной жалости, вседозволенности, завышенных требований в сочетании с излишней пунктуальностью и агрессивного поведения по отношению к ребенку; получают инструкции, что частое изменение указаний и колебания их настроения оказывают на детей с гиперкинетическими нарушениями гораздо более глубокое негативное воздействие, чем на других. Занятия проходили 1 раз в неделю по 60 минут в течение 5 сессий, где создавались условия для совместного решения внутрисемейного конфликта.

Выводы. При анализе результатов экспериментально-психологического исследования 3 500 детей с гиперкинетическими нарушениями до проведения лечебно-реабилитационных мероприятий выявлено преобладание патологических стилей воспитания: гипоопека отмечалась в 40 % случаев (1600 детей), воспитание в атмосфере семейных скандалов – 35 % (1 100 детей), бессистемное воспитание – 20 % (730 детей), воспитание в неполной семье – 15 % (46 детей), появление в семье отчима – 10 % (24 ребенка).

В зависимости от синдромальной характеристики выделены: астенический (57,7 %), дистимический (21,2 %), тревожно-депрессивный (21,1 %) синдромы. У детей с гиперкинетическими нарушениями выявлены различные нарушения: внимания (92 %), памяти (68 %), интеллекта (74 %), мышления (78 %), импульсивность (87 %) ($p < 0,01$). В исследуемой группе детей с гиперкинетическими нарушениями полное выздоровление (ремиссия «А») зафиксировано у 53 %, практическое выздоровление (ремиссия «Б») – у 28 %, неполная редукция психопатологических расстройств (ремиссия «С») – у 12 %, незначительное выздоровление (ремиссия «Д») – у 7 %.

Таким образом, проведенная клинικο-динамическая оценка эффективности лечения детей с гиперкинетическими нарушениями показала значительное уменьшение выявленных расстройств. Катамнестическое наблюдение выявило достоверное ($p < 0,01$) снижение частоты обострений после проведения комплексной лечебно-реабилитационной модели лечения в течение 2—3 лет.

Л и т е р а т у р а

1. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1998. – 528 с.
2. Безруких М. М., Ефимова С. П. Знаете ли вы своего ребенка? – М.: Просвещение, 1991. – 176 с.
3. Валлон А. Психическое развитие ребенка / пер. с франц. – М.: Просвещение, 1997. – 196 с.
4. Агарков А. П., Агарков А. А., Логунцова О. Н. Научно-организационные проблемы оказания психоневрологической помощи в детско-подростковом возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 37–40.
5. Варанкова Л. В., Агарков А. П., Агарков А. А. Клинисоциальный аспект психиатрической помощи детям и подросткам в Томской области // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 68–70.
6. Култышев Д. В., Иванова И. Н., Уманский С. М. Тревожно-фобические расстройства в детской и подростковой практике. Клинисоциальные аспекты, психотерапия. – Тюмень, 2012. – 87 с.
7. Култышев Д. В., Приленский Б. Ю. Нарушение пищевого поведения у подростков (клинисоциальный и лечебно-реабилитационный аспекты): Пособие для врачей, ординаторов, интернов и пациентов. – Тюмень, 2011. – 52 с.

8. Приленский Б. Ю., Приленская А. В., Федорова И. И., Култышев Д. В. Принципиальные подходы в реабилитации пищевого зависимого поведения // Академ. журн. Западной Сибири. – 2006. – № 3. – С. 39–40.
 9. Култышев Д. В., Иванова И. Н., Уразбахтина А. О. Лечебно-реабилитационная модель гиперкинетических нарушений на базе детско-подросткового отделения психотерапии ГБУЗ ТО «ОКПБ» // Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: Миф или реальность? Тез. докл. – СПб., 2014 – 756 с.
- Транслитерация русских источников*
1. Avrutsky G. Ya., Neduva A. A. [Treatment of mental patients: Guidance for doctors]. Publishing House "Medicina", Moscow, 1998; 528 p. (In Russ.).
 2. Bezrukikh M. M., Efimova S. P. [Do you know your child?]. Publishing House "Prosveshhenie", Moscow, 1991; 176 p. (In Russ.).
 3. Vallon A. [Mental development of the child]. Translated from French. Publishing House "Prosveshhenie", Moscow, 1997; 196 p. (In Russ.).
 4. Agarkov A. P., Agarkov A. A., Loguntsova O. N. [Scientific-organizing problems of rendering the psychoneurological help in childhood-adolescence]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004; 3: 37–40. (In Russ.).
 5. Varankova L. V., Agarkov A. P., Agarkov A. A. [Clinical-social aspect of psychiatric support of children and adolescents in the Tomsk Region]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 68–70. (In Russ.).
 6. Kultyshev D. V., Ivanova I. N., Umansky S. M. [Anxiety-phobic disorders in child and adolescent practice. Clinical-dynamic aspects, psychotherapy]. Tyumen, 2012; 87 p. (In Russ.).
 7. Kultyshev D. V., Prilensky B. Yu. [Eating disorder in adolescents (clinical-dynamic and therapeutic-rehabilitative aspects): Manual for doctors, residents, interns and patients]. Tyumen, 2011; 52 p. (In Russ.).
 8. Prilensky B. Yu., Prilenskaya A. V., Fedorova I. I., Kultyshev D. V. [Principal approaches in rehabilitation of eating dependent behavior]. *Akadem. zhurn. Zapadnoj Sibiri* [Academic Journal of West Siberia]. 2006; 3: 39–40. (In Russ.).
 9. Kultyshev D. V., Ivanova I. N., Urazbakhtina A. O. [Therapeutic-rehabilitative model of hyperkinetic disturbances on base of child-adolescent psychotherapy department of Regional Clinical Psychiatric Hospital]. *Mezhdisciplinarnyj podhod v ponimanii i lechenii psichicheskikh rasstrojstv: Mif ili real'nost'? Tez. dokl.* [Interdisciplinary approach in understanding and treatment of mental disorders: Myth or reality? Book of abstracts]. Saint-Petersburg, 2014; 756 p. (In Russ.).

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.891:615.851

ББК Р64-3-37

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Костин А. К.^{1*}, Рудницкий В. А.¹,
Аксенов М. М.¹, Гарганеева Н. П.²,
Иванова А. А.¹, Цыбульская Е. В.¹

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

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

В статье рассматриваются особенности клинической картины у пациентов, страдающих психосоматическими и соматоформными расстройствами, обуславливающие проблемы в приверженности терапии, меньший эффект терапевтических, реабилитационных и превентивных мероприятий, потребность в длительной поддерживающей терапии. Описываются возможные пути их преодоления с использованием психотерапии и психокоррекции. **Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, дезадаптация, психосоматика, труднокурабельные пациенты, психотерапия, психокоррекция.

FEATURES OF CLINIC OF PSYCHOSOMATIC AND SOMATOFORM DISORDERS IN HARD-TO-TREAT PATIENTS. Kostin A. K.¹, Rudnitsky V. A.¹, Axenov M. M.¹, Garganeeva N. P.², Ivanova A. A.¹, Tsibul'skaya E. V.¹ ¹ Mental Health Research Institute SB RAMSci. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. Siberian State Medical University. Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia. The article discusses the features of the clinical picture in patients with psychosomatic and somatoform disorders causing problems in medication adherence, lesser effect of therapeutic, rehabilitative and preventive measures, the need for long-term maintenance therapy appointments. Possible ways to overcome with the use of psychotherapy and psychocorrection are described. **Keywords:** non-psychotic mental disorders, maladjustment, psychosomatics, hard-to-treat patients, psychotherapy, psychocorrection.

Каждый врач в своей практике сталкивается с пациентами, представляющими определенные сложности в лечении. Это могут быть пациенты с тяжелыми психическими и соматическими расстройствами, но значительно чаще

* Костин Алексей Константинович, к.м.н., н.с. отд. пограничных состояний. Тел. раб.: (3822)723221. E-mail: arex79@sibmail.com

Рудницкий Владислав Александрович, д.м.н., с.н.с. отд. пограничных состояний.

Аксенов Михаил Михайлович, д.м.н., проф., рук. отд. пограничных состояний.

Гарганеева Наталья Петровна, д.м.н., проф. кафедры поликлинической терапии

Иванова Алла Алимомедовна, к.п.н., мед. психолог

Цыбульская Елена Владимировна, мед. психолог

это пациенты с наличием множества различных расстройств. Наличие психосоматической или соматопсихической симптоматики существенным образом видоизменяет клиническую картину, затрудняя диагностику, формирование комплаенса, терапию и реабилитацию пациентов, наличие соматоформной симптоматики ориентирует пациента на поиск соматических причин своего заболевания с использованием болезни как патологического способа адаптации [1].

Важным аспектом превентивной психиатрии является изучение условий формирования стрессоустойчивости личности и факторов, определяющих личностную уязвимость. Роль психологических особенностей, психогенных и семейных факторов в генезе психических и психосоматических расстройств подчеркивалась многими исследователями [2—11]. В нашем исследовании мы решили уделить им существенное внимание, поскольку психосоматический процесс возникает, протекает и видоизменяется в тесной взаимосвязи с личностью пациента [12].

Цель исследования: изучить влияние различных факторов, обуславливающих меньший терапевтический ответ пациентов с психосоматическими и соматоформными расстройствами.

Материал и методы. На базе отделения пограничных состояний ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН обследовано 150 больных (53 мужчины, 97 женщин), средний возраст 40,4±4,5 года, наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки. Использовались клинический, клинко-психопатологический методы исследования. Верификация диагноза язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки основывалась на данных эндоскопического обследования, синдрома раздраженной толстой кишки согласно Римским критериям II. Квалификация пограничных психических расстройств проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Результаты. У всех 150 пациентов с психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта были обнаружены пограничные нервно-психические и аффективные расстройства. Удельный вес невротических, связанных со стрессом, расстройств составил 45,3 % (продолжительная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций, соматизированное, ипохондрическое, паническое и генерализованное тревожное расстройство); аффективных — 25,3 % (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство); личностных — 18,7 % (зависимое, истерическое расстройство личности); органических — 10,7 % (органическое астеническое) расстройств. Следует обратить

внимание на коморбидное протекание аффективных расстройств и расстройств личности, характеризующееся неблагоприятным прогнозом течения заболевания и установления адекватного терапевтического взаимодействия врача с пациентом [13].

Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи. При сопоставлении клинических групп наиболее острые психогенные моменты семейных психотравмирующих ситуаций выявлены у пациентов с сочетанием язвенной болезни (ЯБ) и синдрома раздраженной толстой кишки (СРТК). В первой группе пациентов (СРТК), особенно с преобладанием истерических черт, наблюдалось доминирование социальных психотравмирующих ситуаций. На психогении пациенты реагировали, как правило, появлением «привычных» симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, тревоги, беспокойства, напряженности, раздражительности, слабости, что указывает на формирование определенных, «психосоматических» паттернов поведения и образа жизни. Характерным являлся высокий уровень семейной дезадаптации во всех патогенетических подгруппах психосоматических расстройств пищеварительного тракта.

Следует подчеркнуть значимость психогенных ятрогенных воздействий, которые встречаются значительно реже, чем семейные психогении, но зачастую приобретают катастрофический характер, провоцируя возникновение или обострение психического расстройства, препятствуя формированию комплаенса.

Различные патогенные факторы (в том числе психогенные воздействия – 95,4 %, соматогении – 63,4 %, дополнительные экзогенно-органические вредности – 16,8 %) часто выступали в роли «триггера» в возникновении пограничной патологии либо декомпенсировали уже имеющиеся расстройства. Их вклад в происхождение и течение психосоматических заболеваний со временем менялся: нарастало влияние личностных факторов в процессе углубления социальной, семейной, профессиональной дезадаптации.

Аномальные формы воспитания имели место у 92,7 % пациентов с психосоматической патологией пищеварительного тракта: преобладающим типом для истерических личностей оказались условия воспитания в виде «кумира семьи» и «золушки» (39,0 и 15,9 %; $p < 0,05$). При иной структуре личности более частыми были ситуации гипопеки (37,8 %) и комбинации неправильного типа воспитания (18,9 %), ($p < 0,01$). При исследовании структуры «ядерной» семьи выявлено, что в 62,0 % имела полная семья. Развод отмечен у 25,3 % пациентов; в 10,0 % семей воспитанием занимался один из родите-

лей; в 2,7 % семей дети воспитывались другими членами семьи. Семья с измененной структурой зафиксирована в 6,0 % случаев. Характерным являлся высокий уровень семейной дезадаптации во всех патогенетических группах психосоматических расстройств пищеварительного тракта. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) по сравнению с полной и неполной семейной адаптацией отмечены при сочетании ЯБ+СРТК. Наличие подобных данных в анамнезе соотносилось с ранним началом психосоматического процесса, выраженностью клинической картины и затяжным течением.

У пациентов отмечался феномен семейного накопления, при котором несколько членов семьи страдают от одного и того же заболевания, он был отмечен у пациентов с СРТК, что согласуется с данными зарубежных исследователей (Levy R. L., Jones K. R., Whitehead W. E., 2001; Pace F., Zuin G., Di Giacomo S., 2006). По данным других исследователей (Mohammed I., Cherkas L. F., Riley S. A., 2005), это социально детерминированное обучение гастроинтестинальным симптомам под давлением внешних обстоятельств, передача патологических паттернов поведения от родителей к их детям. В семьях отмечаются повышенный уровень тревоги и алекситимии, накопление патохарактерологических черт.

Особое внимание необходимо обратить на формирование симбиотических отношений в нуклеарной семье пациента, мифологизацию, идеализацию и интроекцию образа родителя, формирующие психосоматические, зависимые паттерны поведения, где болезнь зачастую являлась единственным «разрешенным» способом снятия внутреннего напряжения, конфликта, а пациенты были беззащитными перед лицом агрессии со стороны родителей [2, 3].

Необходимо подчеркнуть значение семейного окружения при формировании комплаентных отношений с пациентом, особенно на этапе поддерживающей терапии, когда родственники пациента, зачастую получающие определенную вторичную выгоду от его болезненного состояния, инициируют прекращение лечения, конкурируя с врачом за «власть» над пациентом.

Важным для формирования клинической картины является получение пациентом вторичной выгоды от своего болезненного состояния. Особенно ярко это можно проследить у пациентов, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. С течением времени фактор экспозиции ионизирующего излучения теряет свою значимость, преломляясь сквозь призму индивидуальных и социальных представлений и мифов, и на первый план выходят психогенные и социальные воздействия, приводящие к формированию психосоматиче-

ской и соматоформной симптоматики и далее к деформации личности в сторону ипохондризации с формированием стойких рентных установок.

Данная ситуация усугубляется мощным социальным прессингом, когда получаемые льготы и выгода от них (выплаты по пособиям значительно превышали уровень средней заработной платы) способствуют формированию характерных паттернов поведения. Исходя из концепции душевных кризисов, предложенной В. Я. Семке и разрабатываемой нами в отношении пациентов с сочетанным воздействием экологических и психосоматических факторов, можно говорить о формировании у данных пациентов как экологического, так и психосоматического кризиса. Сформировавшееся и нарастающее социально-медицинское неблагополучие, обусловленное сложной сочетанной психической и соматической патологией, явилось основой массивного социального стресса, накладывающегося на экологический стресс.

Все пациенты были обследованы по шкале Спилбергера-Ханина. Были изучены позиции личностной и ситуативной тревожности в различных патогенетических подгруппах психосоматических расстройств гастроинтестинальной системы. Уровень личностной тревожности имел высокие показатели (20,7 %) у пациентов третьей подгруппы (ЯБ+СРТК) ($p < 0,05$). В первой (СРТК) и второй (ЯБ) подгруппах преобладали умеренные показатели тревожности (23,3 и 26,7 %), низкие показатели тревожности выделены только в этих патогенетической подгруппах (8,0 и 6,0 %). По результатам обследования с помощью теста Спилбергера-Ханина по шкале ситуативной тревоги выделены лица с низким (15,4 %), умеренным (60,0 %) и высоким (24,6 %) уровнями тревоги. В третьей подгруппе (ЯБ+СРТК) наиболее часто встречалась умеренная ситуативная тревога (18,7 %). Во второй подгруппе (ЯБ) ситуативная тревога распределялась относительно равномерно: низкий уровень – 8,7 % случаев, умеренный – 16,0 %, высокий – 13,3 %. В первой группе (СРТК) чаще выявлялся умеренный уровень ситуативной тревоги ($p < 0,05$).

Сопоставление уровня тревожности показало следующие закономерности: в третьей подгруппе (ЯБ+СРТК) зафиксирован высокий уровень личностной тревоги при умеренных показателях ситуативной тревоги; в первой (СРТК) и второй (ЯБ) подгруппах чаще встречается умеренный уровень личностной тревоги, ситуативная тревога может проявляться как в виде высоких и умеренных, так и в низких показателях. В первой подгруппе как личностная, так и ситуативная тревога находится на высоком или умеренном уровне.

Одним из распространенных психологиче-

ских качеств пациентов с психосоматическими расстройствами системы пищеварения являлась алекситимичность. В нашем исследовании она исследовалась с помощью Торонтской шкалы алекситимии. Выявлено, что среди обследованных алекситимией не страдали 13,4 % пациентов; 41,3 % относились к пограничной группе; у 45,3 % была обнаружена собственно алекситимия. Во второй (ЯБ) и третьей (ЯБ+СРТК) подгруппах отмечено преобладание алекситимии (20,0 и 17,3 %), в третьей подгруппе отсутствовали лица, не имевшие признаков алекситимии, что соотносилось с худшим прогнозом в плане течения и терапии психосоматических заболеваний данной локализации. При этом зачастую описание пациентом своего состояния, его динамики, выздоровления производилось с использованием терминов, обозначающих наличие или отсутствие боли, тогда как иные ощущения описывались с трудом. Даже после «выздоровления» пациенты подробно описывали болевые ощущения, приведшие их в клинику, упуская из виду физиологические телесные ощущения, что являлось критерием для продолжения терапии.

При истолковании полученных данных о копинг-механизмах по тесту Е. Нейн (1988) в модификации И. Я. Стояновой были обнаружены следующие параллели: 1) сфера контактов недостаточно развита – пациенты чаще выбирали отвлечение и активное избегание, а 44,0 % отрицали сотрудничество как таковое; 2) озлобленность, гнев и протест не выражаются открыто, отвергаются агрессивность и протест; 3) недостаточная психическая гибкость отражается как в сфере общения, так и в эмоциональной и когнитивной сферах.

Анализ личностных особенностей свидетельствовал о том, что ЯБ встречалась у женщин со смешанными чертами личности (истероэпилептоидными, истероэпилептоидными, истероэпилептоидными, истероэпилептоидными). Для женщин с синдромом раздраженной толстой кишки обнаружена зависимость с истерическими и тормозимыми чертами характера. Анализ личностных особенностей у мужчин показал, что ЯБ чаще встречалась у лиц с психастеническим и тормозимым типами личности. В переживаниях, обусловленных конфликтными ситуациями, преобладали аутоагрессивные тенденции, они долго сохраняли негативные эмоции. Мужчины с СРТК отличались возбудимыми, истероэпилептоидными, истерическими и истероэпилептоидными чертами личности.

В психологическом «портрете» пациентов с психосоматическими заболеваниями пищеварительного тракта в ходе обследования обнаружен высокий удельный вес значимости таких патохарактерологических качеств, как ригидность (75,3 %), тревожность (71,3 %), мнитель-

ность, (67,3 %), «ипохондрический эгоцентризм» (66,0 %), астеничность (65,3 %), раздражительность и дистимичность (63,3 %), сенситивность (52,0 %), демонстративность и «жажда внимания» (48,7 %), алекситимичность (45,3 %). Отмечено большое количество сочетаний патохарактерологических черт, совместно создававших «фасад» пациента, с которым приходилось сталкиваться в первую очередь врачам соматического профиля и лишь затем, чаще через несколько лет, пациент попадал к психиатру. Переплетение «фасадных» черт чрезвычайно затрудняло формирование комплаентных отношений в диаде «врач – больной», понимание пациентом сути своего страдания, выявление и разграничение психических и соматических симптомов и расстройств утяжеляло течение и ухудшало прогноз реабилитационных мероприятий.

Центральным звеном терапевтического воздействия на пограничные нервно-психические расстройства при психосоматических заболеваниях желудочно-кишечного тракта являлись психотерапевтические воздействия. Основным принцип психотерапевтического лечения определялся как направленность на личность больного, а не на больной орган или систему. Психотерапия была ориентирована на решение следующих задач: устранение недостатка информации о соматическом и психическом состоянии пациента, нейтрализация ятрогенных воздействий, имевших место на предшествующих этапах лечения (до обращения к психиатру), исправление когнитивных ошибок, выработка новых поведенческих паттернов, интеграция аффектов и повышение толерантности к фрустрации, коррекция семейных взаимоотношений [14].

Психотерапевтический комплекс включал различные модификации аутогенной тренировки, позволяющей снизить уровень тревожности пациентов, обучить их самостоятельно стабилизировать вегетативные показатели, в ряде случаев ей предшествовало ознакомление человека с ощущениями, возникающими в теле, научение их вербализации (преодоление алекситимичности), рациональной, когнитивной психотерапии (работа с личностными и средовыми ресурсами для повышения уровня адаптации и самоактуализации пациента в социуме, семейной и производственной сферах, анализ и коррекция копинг-стратегий), элементы бихевиоральной терапии (обучение анализу типичных стрессовых ситуаций, составлению планов деятельности с использованием правил составления аффирмации и наработка навыков поведения в них, обучение методикам отреагирования агрессивных побуждений, эмоций), элементы НЛП (фиксация соматических состояний, утилизация трансов). В ходе психо-

терапевтического процесса необходимо учитывать возрастную регрессию пациентов как типичную реакцию на болезненное состояние на течение психотерапевтического процесса, что предполагало заведомо пассивную позицию пациента и требовало использования проективных методик и техник арттерапии.

Также использовались групповая и семейная психотерапия. Групповая психотерапия давала пациентам возможность избавиться от ощущения уникальности собственных проблем, что было важным шагом на пути к преодолению социальной изоляции [2, 15]. Групповая сплоченность позволяла им ощутить поддержку других людей, способствовала развитию «базовых навыков общения». Во время групповой психотерапии получалось значимо снизить уровень ситуационной тревожности, однако личностная тревожность снижалась в меньшей степени, что требовало пролонгирования психотерапии.

Семейная психотерапия оптимизировала взаимоотношения в семье пациента, устраняя один из важнейших патогенетических факторов возникновения и развития психосоматической патологии, снимала связанные с этим напряжение, тревогу, беспокойство, что позволяло предотвратить повторные обострения. Особое внимание необходимо было обращать на формирование симбиотических отношений в нуклеарной семье пациента, мифологизацию, идеализацию и интроекцию образа родителя, формирующие психосоматические, зависимые паттерны поведения, где болезнь зачастую являлась единственным «разрешенным» способом снятия внутреннего напряжения, конфликта, а пациенты были беззащитными перед лицом агрессии со стороны родителей.

Принятие и эмоциональная поддержка пациента, индивидуализированность эмоциональных реакций, их свободное и искреннее проявление служили основой для установления более глубоких неформальных межличностных контактов. После окончания стационарного этапа лечения большая часть пациентов нуждалась в продолжении психотерапии (когнитивная, поведенческая или психоаналитическая).

Выводы. В генезе изучаемой патологии большую значимость имеет информационный фактор, участвующий в формировании искаженного отношения к болезни и лечебному процессу, способствующий возникновению трудностей при формировании и поддержании терапевтического альянса. Таким образом, перспективной представляется разработка специфических образовательных программ, учитывающих особенности клинических проявлений болезни, личностные и социальные характеристики пациентов, а также внутреннее отношение к болезни и лечению.

Психологические, личностные особенности пациентов, особенности их семейного воспитания и функционирования вносят существенный вклад в психическую дезадаптацию, оказывают существенное влияние на формирование психосоматической predisposition, клинической картины заболевания и определяют показания для длительного психотерапевтического сопровождения пациентов. Необходима разработка превентивных мероприятий, направленных на предотвращение «передачи по наследству» паттернов психосоматического реагирования.

Л и т е р а т у р а

1. Семке В. Я., Платонов Д. Г., Новиков В. Э. Трудноурабатываемые больные в пограничной психиатрии. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. – 196 с.
2. Авдеенко Л. Н., Аксенов М. М., Скрипачева Е. Н. Психокоррекционная работа с женщинами находящимися в ситуации семейного кризиса // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2009. – № 5. – С. 117–119.
3. Белокрылова М. Ф. Семке В. Я. Привязанность, зависимость, симбиоз. – Томск: МГП «РАСКО», 2001. – 104 с.
4. Семке В. Я., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г. Аффективные расстройства. Региональный аспект. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2004. – 234 с.
5. Глумова И. В., Хвостова О. И., Счастный Е. Д. Медико-психологические и социально-психологические условия, факторы и механизмы формирования расстройств адаптации у сотрудников ОМОНа // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 49–53.
6. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Полова 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.
7. Гарганеева Н. П., Шахурова Н. И., Счастный Е. Д. Расстройства депрессивного спектра в позднем возрасте: общая проблема в терапевтической и психиатрической практике // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 78–83.
8. Лебедева Е. В., Розин А. И., Счастный Е. Д., Сергиенко Т. Н., Скоробогатко М. В., Цицура Т. Н., Репин А. Н., Перчаткин В. А., Телкова И. Л., Гарганеева Н. П. Эффективность биопсихосоциальной реабилитации пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, коморбидными с ишемической болезнью сердца: подходы и проблемы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 48–50.
9. Розин А. И., Счастный Е. Д., Гарганеева Н. П. Механизмы взаимосвязи депрессии и ишемической болезни сердца (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 117–120.
10. Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Рахматова 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 клинко-социальные механизмы развития шизофрении (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 18–26.
11. Счастный Е. Д., Семке В. Я., 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 клинко-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.
12. Семке В. Я., Стоянова И. Я. Личность пациентов с невротическими расстройствами в пространстве концепции клинической персонологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 9–12.
13. Симуткин Г. Г., Яковлева А. Л., Бохан Н. А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 2. – С. 92–98.
14. Белокрылова М. Ф., Гарганеева Н. П., Лебедева В. Ф., Епанчинцева Е. М., Редчиц О. А., Костин А. К., Лукьянова Е. В. Алгоритм интегративной медицинской помощи и реабилитации лиц с сочетанной соматической и пограничной психической патологией (на модели заболеваний сердечно-сосудистой системы). : Медицинская технология. – Томск: «Иван Федоров», 2013. – 26 с.
15. Иванова А. А., Аксенов М. М., Стоянова И. Я. Психологическая помощь пациентам с невротическими расстройствами // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2013. – № 11. – С. 93–98.

Транслитерация русских источников

1. Semke V. Ya., Platonov D. G., Novikov V. E. [Hard-to-treat patients in borderline psychiatry]. Publishing House «Ivan Fedorov», Tomsk, 2010; 196 p. (In Russ.).
2. Avdeenok L. N., Axenov M. M., Sripacheva E. N. [Psychocorrectional work with women being in situation of family crisis]. Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University]. 2009; 5: 117–119. (In Russ.).
3. Belokrylova M. F., Semke V. Ya. [Attachment, dependence, symbiosis]. Publishing House SSE «RASKO», Moscow, 2001; 104 p. (In Russ.).
4. Semke V. Ya., Schastnyy E. D., Simutkin G. G. [Affective disorders. Regional aspect]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2004; 234 p. (In Russ.).
5. Glumova I. V., Khvostova O. I., Schastnyy E. D. [Medico-psychological and social-psychological conditions, factors and mechanisms of formation of adjustment disorders in workers of special purpose police force]. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004; 2: 49–53. (In Russ.).
6. 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 psihiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2005; 4: 25–29. (In Russ.).
7. Garganeeva N. P., Shakhurova N. I., Schastnyy E. D. [Depressive spectrum disorders in later life: common problem in therapeutic and psychiatric practice]. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3: 78–83. (In Russ.).
8. Lebedeva E. V., Rozin A. I., Schastnyy E. D., Sergienko T. N., Skorobogatko M. V., Tsytsuro T. N., Repin A. N., Perchatkin V. A., Telkova I. L., Garganeeva N. P. [Efficacy of biopsychosocial rehabilitation of patients with anxiety-depressive disorders comorbid with ischemic heart disease: approaches and problems]. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3: 48–50. (In Russ.).
9. Rozin A. I., Schastnyy E. D., Garganeeva N. P. [Mechanisms of interrelationship of depression and ischemic heart disease (literature review)]. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 2: 117–120. (In Russ.).
10. 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 FSBI «MHR» SB RAMS, 2009–2012)]. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4: 18–26. (In Russ.).

11. 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 FSBI «MHR») SB RAMSci, 2009—2012)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 5: 18—28. (In Russ.).
12. Semke V. Ya., Stoyanova I. Ya. [Personality of patients with neurotic disorders in space of concept of clinical personology]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 2(59): 9—12. (In Russ.).
13. Simutkin G. G., Yakovleva A. L., Bokhan N. A. [Problem of comorbidity of affective disorders and personality disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psikiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014; 24(2): 92—98. (In Russ.).
14. Belokrylova M. F., Garganeeva N. P., Lebedeva V. F., Epanchintseva E. M., Redchits O. A., Kostin A. K., Lukyanova E. V. [Algorithm of integrative medical help and rehabilitation of persons with combined somatic and borderline mental pathology (on the model of diseases of cardiovascular system): Medical technology]. Publishing House «Ivan Fedorov», Tomsk, 2013; 26 p. (In Russ.).
15. Ivanova A. A., Axenov M. M., Stoyanova I. Ya. [Psychological help to patients with neurotic disorders]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University]. 2013; 11: 93—98. (In Russ.).

УДК 616.379-008.64

ББК Р415+Р64-321

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Матвеева М. В. *, Самойлова Ю. Г., Жукова Н. Г.

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

Медицинскую и экономическую значимость проблемы нарушения когнитивной функции у больных сахарным диабетом I типа трудно переоценить с учетом распространенности заболевания, частоты инвалидизации, снижения качества жизни и социальной адаптации пациентов, приводящих к колоссальным материальным затратам на лечение и социальное обеспечение. Целью исследования был анализ влияния когнитивной дисфункции на качество жизни пациентов с сахарным диабетом I типа. Проводилось стандартное клинико-метаболическое обследование, нейропсихологическое тестирование, которое включало исследование когнитивной функции с помощью Монреальской шкалы (MoCA теста), оценку качества жизни с помощью общего опросника MOS SF-36 и специального опросника «Аудит-зависимого качества жизни» по лицензии Prof. Clare Bradley. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием прикладного программного пакета R-system. В результате исследования было выявлено, что у пациентов с СД I типа когнитивная дисфункция значительно снижала качество жизни в условиях гипергликемии. **Ключевые слова:** сахарный диабет I типа, когнитивная дисфункция, качество жизни.

ANALYSIS OF PSYCHOSOMATIC FEATURES IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES. Matveeva M. V., Samoilova J. G., Zhukova N. G. *Siberian State Medical University. 634050, Tomsk, Moskovsky Trakt, 2.* Medical and economic importance of the problem of cognitive impairment in patients with type 1 diabetes mellitus is difficult to overestimate considering the prevalence, frequency of disability, reduced quality of life and social adaptation of patients, leading to huge material costs for the treatment and social services. The aim of this study was to analyze the influence of cognitive dysfunction on the quality of life in patients with type 1 diabetes mellitus. Neuropsychological testing was carried out with standard clinical and metabolic examination, which included the study of cognitive function using Montreal Scale (MoCA test), assessment of quality of life – with common questionnaire MOS SF-36 and special «Audit-dependent quality of life» under license Prof. ClareBradley. Statistical data processing was carried out using application software package R-system. The study found that in patients with type 1 diabetes mellitus, cognitive dysfunction was significantly reduced quality of life under conditions of hyperglycemia. **Keywords:** type I diabetes mellitus, cognitive dysfunction, quality of life.

* Матвеева Мария Владимировна, врач-эндокринолог, соискатель каф. эндокринологии и диабетологии, тел.: (918)2581552, e-mail: novoselova mariia@yandex.ru

Самойлова Юлия Геннадьевна, д.м.н., проф. каф. эндокринологии и диабетологии, тел.: 9138267424, e-mail: samoilova_y@inbox.ru

Жукова Наталья Григорьевна, д.м.н., проф. каф. неврологии и нейрохирургии, тел.: (913)8246202, e-mail: znatali@yandex.ru

Введение. Легкие нарушения когнитивной сферы у пациентов с сахарным диабетом (СД) I типа приводят к бытовой дезадаптации, что снижает комплаенс по выполнению врачебных рекомендаций и качество жизни (КЖ) больных и их семей. Как отмечают российские и зарубежные авторы, КЖ является более низким у людей с СД по сравнению с общей популяцией [1]. Так, в исследованиях В. Klein и Р. Trief выявлена зависимость КЖ от компенсации СД I типа, наличия острых и хронических осложнений, психосоциальной адаптации [2, 3, 4]. Параметры КЖ имеют социальную значимость, так как они могут стать определяющими факторами в способности индивида управлять своим заболеванием и обеспечивать самоконтроль в дальнейшем. Важным является то, что многие аспекты поддаются модификации в процессе лечения, и это позволяет улучшить КЖ больных.

Цель исследования – анализ влияния когнитивной дисфункции на КЖ пациентов с СД I типа.

Материалы и методы. Основную группу составили 116 пациентов с СД I типа (средний возраст – $22,5 \pm 6,3$ года), 58 мужчин и 58 женщин, с длительностью заболевания в среднем $6,6 \pm 3,9$ года; 56,9 % из них – школьники старших классов или студенты, 43,1 % – работающие. Группу контроля составили 29 здоровых людей (средний возраст – $22,4 \pm 4,7$ года), 14 мужчин и 15 женщин, не имеющих на момент обследования хронических и острых заболеваний. У 18 пациентов была диагностирована тревога средней степени тяжести, что явилось причиной их исключения из исследования и направления на консультацию к психиатру.

Исследование проводилось на клинических базах кафедры эндокринологии и диабетологии ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России. Протокол исследования был утвержден комитетом по Этике ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России, больными было подписано информированное согласие участия в исследовании. Проводилось стандартное клинико-метаболическое обследование, нейропсихологическое тестирование, которое включало исследование когнитивной функции с помощью Монреальской шкалы (MoCA теста). Диагноз СД I типа верифицировали с учетом диагностических критериев ВОЗ 1999-2006 гг. (ISPAD 2009 г.), алгоритмов специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2011 г. и 2013 г. [7, 8, 9]. Глюкозу плазмы крови исследовали с помощью биохимического анализатора Hitachi 912 (Hoffmann LaRoche Ltd / Roche Diagnostics GmbH). Уровень HbA1c оценивали методом жидкостной хроматографии на анализаторе гликозилированного гемоглобина DS5 Glycomat (фирма Drew Scientific, Нидерланды).

Оценка качества жизни осуществлялась с помощью общего опросника MOS SF-36 [12] и специфического опросника «Аудит-зависимого качества жизни» (AdDQoI) по лицензии Prof. Clare Bradley, который представляет собой перечень вопросов, относящихся к тем сферам жизни, на которые может влиять СД I типа: работа/карьера, общественная жизнь, семейные взаимоотношения, дружба, половая жизнь, возможность проведения досуга, свобода путешествий, беспокойство за свое будущее, мотивация достижения целей, физическая активность, возможность потенциальной потери независимости и удовольствие от еды [13].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием прикладного программного пакета R-system. Проверка на нормальность распределения признака определялась с помощью W-теста Шапиро-Уилка. Описательный анализ включал определение среднего арифметического значения (X), ошибки среднего значения (m), а также расчет квартилей (Me, Q1-Q3) для ненормально и несимметрично распределенных параметров. Сравнительный анализ основывался на определении достоверности разницы показателей по t-критерию Стьюдента для нормально распределенных и по Z-критерию Манна-Уитни для ненормально распределенных параметров. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05. Оценка качественных данных проводилась с помощью частотного анализа, для определения достоверности различий использовался критерий Хи квадрата Пирсона, с поправкой Ейтса, если плечо выборки было меньше 5 – точный критерий Фишера. Для анализа зависимых данных применялся Хи квадрат МакНимара. Для оценки корреляционной зависимости показателей использовался поиск коэффициента Спирмена [14, 15].

Результаты. Анализ параметров углеводного обмена показал, что пациенты с СД I типа не достигли целевых значений углеводного обмена. Средний уровень HbA1c у больных с СД I типа был $8,5 \pm 1,8$ %, гликемии натощак соответствовал $10,0 \pm 4,9$ ммоль/л. В рамках классификации Международного общества по изучению диабета у детей и подростков (ISPAD, 2009), подростки были разделены на группы по уровню HbA1c – компенсация, субкомпенсация и декомпенсация. В результате выявлено, что 75 % пациентов не достигли целевых значений HbA1c, который для подростков составляет менее 7,5 %. Взрослые пациенты с СД I типа были разделены на группы по классификации (ФГБУ ЭНЦ, 2013), учитывающей не только уровень HbA1c, но и наличие тяжелых осложнений и риска гипогликемий.

Получено, что 77,2 % пациентов в возрасте 19—30 лет при отсутствии тяжелых осложнений или риска тяжелых гипогликемий не достигли уровня HbA1c менее 6,5 %, а при наличии таковых – не достигли HbA1c менее 7 %.

При исследовании качества жизни по общему опроснику MOS SF-36 было отмечено достоверно значимое снижение показателей шкал, оценивающих физическое и ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, общее состояние и психическое здоровье, физический и психологический компоненты здоровья у пациентов с СД I типа также снижаются по сравнению с группой контроля (рис. 1).

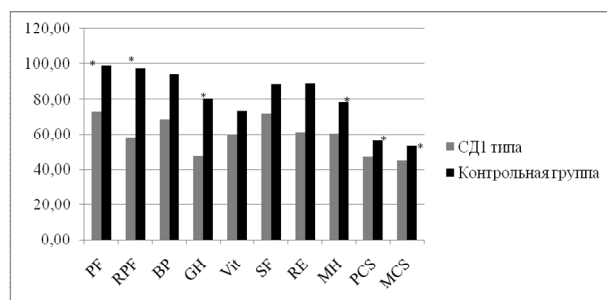


Рис. 1. Оценка параметров качества жизни опросника MOS SF-36 у пациентов с сахарным диабетом I типа и контрольной группы

Примечание. Значимость различий между контрольной группой и пациентами с СД I типа: * – $p < 0,01$.

PF – физическое функционирование, RPF – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – интенсивность боли; GH – общее состояние здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – психическое здоровье; PCS – физический компонент здоровья; MCS – психологический компонент здоровья.

Кроме того, выявлены гендерные особенности. У мужчин КЖ страдало больше в отношении показателя «общее здоровье» ($\chi^2=30,913$, $p=0,029$), а у женщин – такого показателя, как ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($\chi^2=19,30$, $p=0,004$).

Для оценки влияния СД I типа как нозологической формы на КЖ пациентов с СД I типа использовался специфический опросник КЖ «Аудит-зависимое качество жизни», по результатам которого выявлено отрицательное влияние заболевания на все анализируемые сферы. В наибольшей степени качество жизни страдало вследствие ограничения свободы выбора пищи и напитков, зависимости от окружающих, а также по таким параметрам, как уверенность в будущем, отпуск и досуг. Необходимо отметить, что в целом отрицательное влияние СД I типа достоверно выше было выражено у женщин. Для них наиболее отягощающие сферы жизни – выбор пищи, уверенность в будущем и в себе, зависимость от окружающих, в наименьшей степени – половая жизнь, мотивация,

бытовые условия и отношение людей. У мужчин шкала, оценивающая мотивацию, имела высокий балл. В остальном, как и в группе женщин, мало беспокоила сфера бытовых условий, отношения людей, семейная и личная жизнь. Наибольшее негативное влияние на КЖ мужчин оказывали такие параметры, как выбор пищи и напитков, отпуск, физические возможности, зависимость от окружающих (рис. 2).

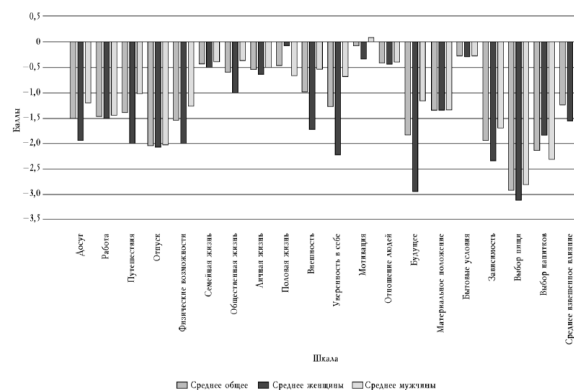


Рис. 2. Показатели опросника «Аудит-зависимое качество жизни» у пациентов с СД I типа в зависимости от пола

При исследовании когнитивной функции с помощью Монреальской шкалы (MoCA теста) по результатам выполнения отдельных заданий пациентами зарегистрировано статистически значимое снижение параметров, оценивающих кратковременную память (табл. 1). Упражнение включало запоминание 5 слов и повторение их после последующих заданий примерно через 5 минут.

Таблица 1
Показатели MoCA-теста у пациентов с сахарным диабетом I типа и контрольной группы

| Параметр MoCA-теста | Пациенты с СД I типа | | | | | | Контроль- ная группа (n=29) | |
|------------------------------------|----------------------|-----|-------------------|-----|-------------------|-----|-----------------------------------|-----|
| | всего (n=98) | | женщины (n=49) | | мужчины (n=49) | | | |
| | m | SD | m | SD | m | SD | m | SD |
| Альтернирующий путь (рисование) | 1,00 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 1,0 | 0,1 |
| Куб (рисование) | 1,0 | 0,4 | 1,0 | 0,6 | 1,0 | 0,4 | 1,0 | 0,2 |
| Часы (рисование) | 3,0 | 0,4 | 3,0 | 0,3 | 3,0 | 0,5 | 3,0 | 0,1 |
| Называние | 3,0 | 0,8 | 3,0 | 0,0 | 3,0 | 0,2 | 3,0 | 0,1 |
| Память | 3,0* | 1,3 | 3,0* | 1,3 | 3,0* | 1,4 | 5,0* | 0,2 |
| Числовой ряд | 2,0* | 0,6 | 1,0** | 0,6 | 2,0* | 0,6 | 2,0* | 0,1 |
| Реакция выбора | 1,0 | 0,9 | 1,0 | 0,2 | 1,0 | 0,2 | 1,0 | 0,1 |
| Серийное вычитание | 2,0* | 0,8 | 2,0* | 0,8 | 2,0* | 0,8 | 3,0* | 0,1 |
| Повторение предложений | 2,0 | 0,4 | 2,0 | 0,3 | 2,0 | 0,5 | 1,8 | 0,4 |
| Беглость речи | 1,0 | 0,8 | 1,0 | 0,8 | 1,0 | 0,8 | 0,8 | 0,3 |
| Абстракция | 2,0 | 0,4 | 2,0 | 0,5 | 2,0 | 0,4 | 2,0 | 0,1 |
| Ориентация | 6,0 | 0,2 | 6,0 | 0,0 | 6,0 | 0,3 | 6,0 | 0,1 |
| Сумма баллов | 25,0* | 0,8 | 25,0* | 1,8 | 25,0* | 2,3 | 30* | 0,4 |

Примечание. Значимость различий между контрольной группой и пациентами с СД I типа на уровне: * – $p < 0,001$, ** – $p < 0,01$; m – медиана, SD – стандартное отклонение.

Пациенты с СД I типа испытывали затруднения в воспроизведении слов, путали и придумывали новые слова. При этом данное задание выполнялось неудовлетворительно как мужчинами, так и женщинами. Функция внимания оценивалась с помощью 2 заданий. Первое задание включало числовой ряд, т. е. повторение названных чисел; с этим заданием хуже справлялись мужчины. Второе задание, оценивающее внимание, – серийное вычитание 7, трудности с которым были найдены в обеих группах. Анализ результатов показал, что 72,2 % пациентов с СД I типа имели когнитивную дисфункцию, в то время как в контрольной группе такие результаты зарегистрированы не были.

Обсуждение. Оценивая взаимосвязь показателей углеводного обмена и параметров КЖ по результатам общего опросника SF-36, зарегистрировано их влияние на большинство показателей, за исключением шкал физического и социального функционирования (табл. 2).

Таблица 2
Взаимосвязь показателей качества жизни по шкале SF-36 и показателей углеводного обмена у пациентов с сахарным диабетом I типа

| | | Опросник MOS SF-36 | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| | | PF | RPF | BP | GH | VT | SF | RE | MH | PHS | MHS |
| 1 | HbA _{1c} , % | -0,2 | -0,3* | -0,3* | -0,4* | -0,2* | -0,2 | -0,2 | -0,3* | -0,3* | -0,3* |
| 2 | гликемия натощак, ммоль/л | -0,12 | 0,1* | -0,3* | -0,4* | -0,2* | -0,2 | -0,2* | -0,3* | -0,3* | -0,2 |

Примечание. В 1-м столбце приведены показатели: 1 – HbA_{1c}, %; 2 – гликемия натощак, ммоль/л. Значимость корреляции * – $p < 0,05$. PF – физическое функционирование, RPF – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – интенсивность боли; GH – общее состояние здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – психическое здоровье; PHS – физический компонент здоровья; MHS – психологический компонент здоровья.

В исследовании специфического опросника ADdQoL HbA_{1c} имел отрицательную корреляционную связь с единственным индикатором КЖ – выбором напитков ($r = -0,323$, $p = 0,013$), что само по себе понятно, так как постоянный контроль течения заболевания требует жесткого мониторинга употребляемых напитков и продуктов.

Исследование корреляционных связей когнитивных функций по MoCA тесту и КЖ по опроснику SF-36 выявило, что функции памяти, внимания, абстракции и конструктивные навыки, в том числе суммарный балл, опосредуют свое влияние на КЖ пациентов с СД I типа, одновременно снижая все исследуемые шкалы (табл. 3).

При анализе влияния нарушения когнитивной функции на КЖ по данным теста ADdQoL и MoCA теста обнаружил, что наибольшее влияние на КЖ оказывает функция памяти и внимания; незначительное – ориентация во времени и пространстве на следующие сферы жизни: семейная и личная жизнь, половая жизнь, отношение людей, материальное положение, зависимость, выбор пищи и напитков (табл. 4).

Таблица 3
Взаимосвязь показателей качества жизни по шкале SF-36 и когнитивной функции по данным MoCA-теста

| | Тест MoCA | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----------|-------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| PF | -0,1 | -0,12 | 0,2* | 0,1 | 0,4* | 0,2 | 0,1 | 0,4* | 0,2* | 0,2* | 0,3* | -0,1 | 0,4* |
| RPF | -0,1 | -0,1 | 0,3 | 0,1 | 0,4* | 0,3* | 0,1 | 0,4* | 0,2* | 0,3* | 0,3* | 0,1 | 0,5* |
| BP | -0,1 | -0,1 | 0,2* | 0,1 | 0,4* | 0,2* | 0,1 | 0,3* | 0,2* | 0,3* | 0,3* | -0,1 | 0,1* |
| GH | 0,1 | 0,2 | 0,5* | 0,1 | 0,5* | 0,4* | 0,1 | 0,4* | 0,2* | 0,3* | 0,4* | 0,1 | 0,1* |
| VT | -0,1 | -0,1 | 0,3* | 0,1 | 0,3* | 0,2* | 0,1 | 0,4* | 0,1 | 0,1 | 0,3* | -0,1 | 0,1* |
| SF | -0,2 | -0,1 | 0,2* | -0,1 | 0,3* | 0,3* | 0,1 | 0,3* | 0,2 | 0,1 | 0,3* | -0,1 | 0,1* |
| RE | -0,1 | -0,1 | 0,3* | -0,1 | 0,3* | 0,3* | 0,1 | 0,4* | 0,2* | 0,2 | 0,2* | -0,1 | 0,1* |
| MH | -0,1 | -0,1 | 0,3* | 0,003 | 0,3* | 0,3* | 0,1 | 0,4* | 0,2 | 0,2 | 0,3* | -0,1 | 0,1* |
| PHS | -0,1 | 0,1 | 0,3* | 0,084 | 0,3* | 0,2 | 0,4* | 0,1 | 0,2 | 0,4* | 0,1 | -0,1 | 0,1* |
| MHS | -0,1 | -0,1 | 0,3* | 0,014 | 0,2* | 0,3* | 0,1 | 0,3* | 0,1 | 0,1 | 0,2* | -0,1 | 0,1* |

Примечание. В 1-м столбце обозначены параметры шкалы SF-36: PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – интенсивность боли; GH – общее состояние здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – психическое здоровье; PHS – физический компонент здоровья; MHS – психологический компонент здоровья. Значимость корреляции * – $p < 0,05$. MoCa: 1 – альтернирующий путь, 2 – куб, 3 – часы, 4 – название, 5 – память, 6 – числовой ряд, 7 – буква A, 8 – серийное вычитание числа 7, 9 – повторение предложений, 10 – беглость речи, 11 – абстракция, 12 – ориентация.

Таблица 4
Взаимосвязь показателей качества жизни по опроснику «Аудит-зависимое качество жизни» и когнитивной функции согласно данным MoCA-теста

| ADdQoL | Тест MoCA | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,2 | 0,2 | -0,1 | -0,1 | 0,2 | 0,1 |
| 2 | -0,1 | 0,3 | -0,1 | 0,2 | 0,1 | -0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | -0,2 | 0,1 | -0,1 |
| 3 | -0,1 | -0,2 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 |
| 4 | 0,1 | -0,1 | -0,2 | 0,2 | 0,1 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 |
| 5 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,2 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,1 |
| 6 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,4* | 0,4* | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 |
| 7 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,2 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 |
| 8 | -0,1 | 0,2 | -0,1 | 0,5* | 0,3* | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 |
| 9 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,4* | 0,4* | -0,2 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 |
| 10 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | -0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | -0,1 | 0,1 | -0,1 |
| 11 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | -0,2 | 0,1 | 0,1 | -0,1 |
| 12 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | -0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 |
| 13 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | 0,4* | 0,3* | -0,2 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 |
| 14 | 0,1 | -0,1 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,2 | 0,1 | 0,2 | -0,1 | -0,1 |
| 15 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | -0,1 | 0,3* | 0,3* | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,3* |
| 16 | -0,2 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,1 |
| 17 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,3* | -0,1 | -0,2 | 0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,2 | 0,1 |
| 18 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,3* | -0,1 | 0,2 | 0,1 | -0,1 | 0,1 | -0,1 | 0,1 |
| 19 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,1 | 0,3* | -0,1 | 0,1 | 0,1 | -0,2 | 0,1 | -0,1 | 0,1 |
| 20 | -0,1 | -0,1 | -0,1 | 0,2 | 0,3 | -0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |

Примечание. В 1-м столбце обозначены параметры опросника ADdQoL: 1 – досуг, 2 – работа, 3 – путешествие, 4 – отпуск, 5 – физические возможности, 6 – семейная жизнь, 7 – общественная жизнь, 8 – личная жизнь, 9 – половая жизнь, 10 – внешность, 11 – уверенность в себе, 12 – мотивация, 13 – отношение людей, 14 – будущее, 15 – материальное положение, 16 – бытовые условия, 17 – зависимость, 18 – выбор пищи, 19 – выбор напитков, 20 – среднее взвешенное. Значимость корреляции: * – $p < 0,05$. MoCA: 1 – альтернирующий путь, 2 – куб, 3 – часы, 4 – название, 5 – память, 6 – числовой ряд, 7 – буква A, 8 – серийное вычитание числа 7, 9 – повторение предложений, 10 – беглость речи, 11 – абстракция, 12 – ориентация.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование позволило сделать выводы о том, что у пациентов с СД I типа сниженное качество жизни ассоциировано с когнитивной дисфункцией и гипергликемией. Вследствие чего рекомендуется оценка когнитивной дисфункции и КЖ пациентов с СД I типа, у которых не достигнуты целевые значения углеводного обмена, с целью улучшения качества превентивных и лечебно-диагностических мероприятий.

Литература

1. Jacobson A. M. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes // *Diabetes Care*. – 1994. – Vol. 17, N 4. – P. 267–274.
2. Cox D. J., Kovatchev B. P., Gonder-Frederick L. A. Relationships between hyperglycemia and cognitive performance among adults with type 1 and type 2 diabetes // *Diabetes Care*. – 2005. – Vol. 28. – P. 71–77.
3. Brands J. Diabetes and the brain: Cognitive performance in type 1 and type 2 diabetes mellitus. – N. : GildeprintDrukkerijen B. V., 2007. – 223 p.
4. Ryan C. M., Geckle M. O., Orchard T. J. Cognitive efficiency declines over time in adults with Type 1 diabetes: effects of micro- and macrovascular complications // *Diabetologia*. – 2003. – Vol. 46. – P. 940–994.
5. Андрющенко А. В., Дробизhev М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // *Журн. неврологии и психиатрии*. – 2003. – № 5. – С. 34–39.
6. Мошняга Е. Н. Особенности течения сахарного диабета при тревожных состояниях [Электронный ресурс] // *Международный эндокринологический журнал*. – 2011. – Т. 8, № 40. – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/25200>
7. Дедов И. И., Шестакова М. В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. – 6-е изд. – М., 2013. – 120 с.
8. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia. Report of WHO/IDF Consultation, 2006.
9. ISPAD Clinical Practice Consensus guidelines. 2009.
10. Исследование тревожности (Ч. Д. Спилбергер, адаптация Ю. Л. Ханина) / Диагностика эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. Дерманова И. Б. – СПб., 2002. – С. 124–126.
11. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – С. 228–233.
12. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
13. ADDQoL. Лицензия Prof. Clare Bradley: 24.2.1994. Russian for Russia 12.8.10 (from Standard UK English rev. 1.3.06).
14. Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. – М. : Практика, 1998. – 459 с.
15. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология: Основы доказательной медицины. – М. : Медиа Сфера, 1998. – 352 с.

Транслитерация русских источников

5. Andryushchenko A. V., Drobizhev M. Yu., Dobrovolsky A. V. [Comparative assessment of scales CES-D, BDI and HADS(d) in diagnostics of depressions in general medical practice]. *Zhurn. nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2003; 5: 34–39. (In Russ.).
6. Moshnyaga E. N. [Features of course of diabetes mellitus in anxiety states]. *Mezhdunarodnyj endokrinologicheskij zhurnal* [International Endocrinological Journal]. 2011; 8(40): <http://www.mif-ua.com/archive/article/25200> (In Russ.).
7. Dedov I. I., Shestakova M. V. [Algorithms of specialized medical help to patients with diabetes mellitus]. The 6th edition. Moscow, 2013; 120 p. (In Russ.).
10. [Investigation of anxiety (Ch.D. Spielberger, adaptation by Yu. L. Khanin) Diagnostics of emotional-moral development]. Edited by Dermanova I. B. Saint-Petersburg, 2002; 124–126. (In Russ.).
11. Malkina-Pykh I. G. [Extreme situations]. Publishing House Eksmo, Moscow, 2005; 228–233. (In Russ.).
12. Novik A. A., Ionova T. I. [Guideline on investigation of quality of life in medicine]. Publishing House OLMA Media Grupp, Moscow, 2007; 320 p. (In Russ.).
13. ADDQoL. License Prof. Clare Bradley: 24.2.1994. Russian for Russia 12.8.10 (from Standard UK English rev. 1.3.06).
14. Glantz S. [Medico-biological statistics]. Translated from English. Publishing House Praktika, Moscow, 1998; 459 p. (In Russ.).
15. Fletcher R., Fletcher S., Wagner E. [Clinical epidemiology: Bases of evidence-based medicine]. Publishing House Media Sfera, Moscow, 1998; 352 p. (In Russ.).

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.486

ББК Р648.1-14-17-18

ИЗМЕНЕНИЕ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Симбирцев А. А.^{*1}, Макушкина О. А.²

¹ ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5» Департамента здравоохранения г. Москвы 142370, Московская обл., Чеховский р-н, с. Троицкое, 5

² ФГБУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» Минздрава России 119992, Москва, Кропоткинский пер., 23

Статья посвящена проблеме превенции опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами. Представлены данные о социально-демографических, клинических и криминологических характеристиках психически больных, совершивших общественно опасные действия. Установлено ухудшение их социальной адаптации за 25-летний период, высокий уровень распространенности коморбидности тяжелых психических расстройств со злоупотреблением и зависимостью от психоактивных веществ, что в значительной степени повышает риск общественной опасности. Определено существенное изменение характеристики клинко-психопатологических факторов, значимых в генезе опасного поведения психически больных. Полученные результаты дают важную информацию о факторах формирования опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, и могут способствовать повышению эффективности деятельности психиатрических учреждений по его профилактике. **Ключевые слова:** лица, страдающие психическими расстройствами; опасные действия, факторы риска опасного поведения; профилактика общественной опасности.

CHANGE OF CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF MENTAL PATIENTS WHO HAVE COMMITTED DANGEROUS ACTS. Simbirtsev A. A., Makushkina O. A. State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry named of V. P. Serbsky of Ministry of Healthcare of Russia. Kropotkinsky Lane, 23, 119992, Moscow, Russia. «Psychiatric Hospital No. 5» of Department of Healthcare of Moscow. V. Troitskoye, 5, 142370, Chekhovsky District, Moscow Region, Russia. The article concerns the problem of prevention of risky behaviour of persons suffering from mental disorders. It presents data on the sociodemographic, clinical, and criminological characteristics of mental patients who have committed socially dangerous acts. The deterioration of their social adaptation is identified for 25-year period, which is characterized by high prevalence of comorbid severe mental disorders, drug abuse and dependence on psychoactive substances, which

significantly increases the risk of societal danger. Significant change in the characteristics of clinical and psychopathological factors important in the genesis of dangerous behaviour of mentally ill was identified. The results provide important information on predictors of formation of dangerous behaviour of mentally ill and may enhance the effectiveness of psychiatric institutions for its prevention. **Keywords:** persons suffering from mental disorders; dangerous acts, risk factors, dangerous behaviour; prevention of societal danger.

Введение. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, и методы ее медицинской профилактики являются одной из актуальных проблем и задач общей и судебной психиатрии, что обусловлено высоким риском совершения такими больными противоправных деяний, большая часть из которых связана с насилием, а также высокой частотой их повторности (3, 6, 8, 17). Важным аспектом научного анализа является изучение комплекса факторов, участвующих в формировании общественно опасного поведения, их взаимосвязи с патоморфозом заболеваний и происходящими социальными изменениями (4, 9, 11, 19).

Общепризнанно, что общественные преобразования, с одной стороны, видоизменяют нормы социального поведения, что отражается на жизни и адаптационных возможностях психических больных, с другой стороны – изменяют доступность специализированной помощи для данной группы пациентов и возможности получения эффективной психофармакотерапии (2, 7). Меняются и социальные предпосылки, которые являются потенциальными факторами риска общественно опасного поведения – семейный и трудовой статус пациентов, распространенность среди них аддиктивного поведения и другие факторы (12, 15, 18). Всё это определяет высокую актуальность исследований, включающих комплексный сравнительный анализ социально-демографических и клинических характеристик пациентов, механизмов общественно опасных действий (ООД) и способов их реализации в различные периоды развития общества (10, 12). Такого рода данные позволяют совершенствовать систему организационно-медицинских мероприятий по предупреждению общественной опасности данной группы лиц.

В связи с этим проведение комплексного сравнительного анализа клинической характеристики психических расстройств, социально-демографических данных о пациентах, механизмов ООД и способов их реализации в различные периоды развития общества является актуальным с позиций комплексного подхода к предупреждению общественной опасности.

Цель исследования – совершенствование стационарного принудительного лечения с учетом изменения клинко-социальных характеристик психически больных, совершивших опасные действия, находившихся на принудительном лечении в 1987 и 2012 гг.

^{*} Симбирцев Андрей Андреевич, врач-психиатр, зав. отд.-м № 14. E-mail: and24121980@gmail.com

Макушкина Оксана Анатольевна, д.м.н., руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики. E-mail: makushkina@serbsky.ru

Материал и методы исследования. Объектом исследования являлись 400 больных, совершивших общественно опасные деяния и находившихся на стационарном принудительном лечении в ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5» ДЗ г. Москвы. В соответствии с целью исследования было выделено две группы. В первую группу вошло 200 больных, поступивших на принудительное лечение в 1987 г. Ко второй группе были отнесены 200 пациентов, находившихся на принудительном лечении в 2012 г.

Отбор больных проводился методом сплошной выборки в соответствии с критериями включения: мужской пол (установление гендерных различий не входило в задачи исследования); верифицированный диагноз психического расстройства; решение судебно-психиатрической экспертной комиссии о невменяемости пациента на момент совершения ООД; направление судом на принудительное лечение в психиатрический стационар; возраст старше 18 лет. Критериями исключения были: начало заболевания после совершенного ООД; подростковый возраст.

В качестве основных методов исследования в работе использованы следующие методы: клинико-психопатологический с учетом данных патопсихологического обследования, катamnестический и клинико-статистический.

Диагноз психического расстройства в исследуемых группах выставлялся в соответствии с критериями МКБ-10 согласно «таблице примерного соответствия кодов и диагностических категорий раздела V МКБ-9 и раздела F МКБ-10». В связи с тем, что в рассматриваемые промежутки времени существовала разная систематика болезней (в 1987 г. действующей была МКБ-9, а в 2012 г. – МКБ-10), диагноз заболевания подтверждался имеющимися катamnестическими данными и клиническими признаками заболевания, отраженными в медицинской документации.

Первичные научные данные структурированы при помощи специально разработанной под задачи исследования эпидемиологической карты.

Статистическая обработка результатов выполнена на персональном компьютере при помощи пакета программ для статистической обработки данных STATISTICA for Windows 8,0 (StatSoft, США). Определение достоверности различий между качественными показателями сравнимых групп проводилась с помощью критерия χ^2 (хи-квадрат) с учетом поправки Йетса для сравнения частот бинарного признака в двух несвязанных группах парных сравнений. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Преимущественное большинство больных были лицами трудоспособного возраста с доминированием возрастной категории лиц от 20 до 39 лет (60,5 % пациентов в 1987 г., 65,0 % в 2012 г.).

Преобладали жители города с некоторым снижением их удельного веса в 2012 г. (84,5 %), по сравнению с 1987 г. (92,5 %). Отмечено существенное увеличение ($p < 0,01$) за 25-летний период количества больных, относившихся к категории БОМЖ. В 2012 г. их удельный вес составил 10,0 % (для сравнения: 1987 г. – 3,5 %), что, очевидно, является проявлением возросшей социальной дезадаптации лиц, страдающих психическими расстройствами, которые в ряде случаев становятся жертвами мошеннических действий по завладению их квартирами.

Оценка сфер профессиональной деятельности обследованных продемонстрировала динамику, обусловленную социально-экономическими изменениями, происходившими в стране в течение последних десятилетий. Выявлено существенное увеличение (с 51,0 до 64,5 %; $p < 0,01$) доли не работавших. Количество пациентов, выполнявших низкоквалифицированные виды труда, снизилось с 27,5 % в 1987 г. до 18,0 % в 2012 г. Соответственно число занятых на высококвалифицированных работах также сократилось (с 5,0 до 0,5 %). Возросла доля больных, не удерживавшихся на одном рабочем месте.

Анализ данных о трудоспособности в период совершения ООД показал значительное число инвалидов по психическому заболеванию (41,0 % в 1987 г., 43,0 % в 2012 г.). При этом обращает на себя внимание возросший удельный вес больных с неоформленной инвалидностью при нарушенной трудоспособности (с 29,0 до 42,0 %), что является проявлением роста уровня трудовой дезадаптации данной категории пациентов и требует анализа качества деятельности внебольничных подразделений психиатрической службы.

Сравнение показателей, характеризующих семейное положение обследуемых, выявило значимое ($p < 0,05$) увеличение доли холостых лиц (с 59,5 % в 1987 г. до 69,0 % в 2012 г.) и находившихся в гражданском браке (с 1,0 % в 1987 г. до 3,5 % в 2012 г.). В то же время существенно ($p < 0,01$) уменьшилась доля лиц, состоящих в официальном браке. Количество разведенных и вдовцов среди обследуемых практически не изменилось.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что лица, совершившие ООД, имеют высокие показатели трудовой и семейной социальной дезадаптации. Их динамика была негативной в последние десятилетия, что, вероятно, стало дополнительным фактором риска общественной опасности.

Нозологическая структура больных, находившихся на стационарном принудительном лечении в различные временные периоды, не претерпела достоверно значимых изменений. Наиболее распространенными являлись расстройства шизофренического спектра, удельный вес которых в 1987 г. и 2012 г. составил 64,5 и 64,0 % соответственно. На втором месте по частоте встречаемости находились органические психические расстройства, наблюдавшиеся в 24,0 и 23,0 % случаев. Удельный вес умственной отсталости был равен 4,0 % в 1987 г. и 6,0 % в 2012 г., эпилепсии – 0,5 и 1,5 %.

Установлен высокий уровень распространенности у больных злоупотребления и зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) с изменением соотношения их видов в сравниваемые периоды времени – снижением удельного веса злоупотребления и зависимости от алкоголя (с 80,0 % в 1987 г. до 68,0 % в 2012 г.) и ростом злоупотребления наркотическими средствами (с 10,5 до 31,0 %). При этом большая доля пациентов (29,5 % в 1987 г. и 44,5 % в 2012 г.) имела наследственную отягощенность алкоголизмом одного или обоих родителей.

Известно, что злоупотребление ПАВ – значимый фактор риска общественной опасности. Рост распространенности у больных зависимости от наркотических средств требует коррекции лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе с использованием специальных методик по преодолению зависимости (12).

Анализ социальных факторов риска в период, предшествующий совершению ООД, показал, что как в 1987 г., так и в 2012 г. превалировал такой фактор, как неблагоприятное социальное положение (91,5 и 88,5 % соответственно). Кроме того, более чем у половины пациентов имело место наличие антисоциального окружения (51,5 % в 1987 г., 57,0 % в 2012 г.). Вместе с тем в 2012 г. чаще отмечались такие факторы риска, как неблагоприятные жилищные условия ($p < 0,01$), вынужденная смена места жительства ($p < 0,01$), утрата работы, угроза безработицы ($p < 0,01$), отсутствие перспектив на будущее ($p < 0,01$), конфликтные отношения в семье ($p < 0,05$).

Выявлены существенные различия криминологической характеристики общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, находившихся на принудительном лечении в стационаре в 1987 г. и 2012 г. (табл. 1).

Установлен существенный рост (с 2,0 до 13,5 %) частоты правонарушений, связанных с приемом и/или распространением наркотических средств, и корыстных правонарушений, связанных с насилием (с 8,5 до 20,5 %). В 2,5 раза увеличился в структуре ООД удельный вес убийств (с 10,0 до 25,0 %). Возросла доля агрессивных правонарушений, направленных против

личности (с 12,0 до 17,5 %). При этом снизилась ($p < 0,05$) доля хулиганства (с 23,0 до 4,5 %) и имущественных правонарушений (с 32,5 до 18,0 %).

Таблица 1

Криминологическая характеристика общественной опасности больных в 1987 и 2012 г.

| Характер ООД | Пациенты, обследованные | | | |
|--|-------------------------|------|----------------------|-------|
| | в 1987 г. (n=200) | | в 2012 г. (n=200) | |
| | абс. | % | абс. | % |
| Связанное с наркотиками | 4 | 2 | 27 | 13,3* |
| Хулиганство | 46 | 23 | 9 | 4,5* |
| Сексуальное | 20 | 10 | 14 | 7 |
| Имущественное (кражи) | 65 | 32,5 | 36 | 18* |
| Корыстное с насилием (разбой, грабеж) | 17 | 8,5 | 41 | 20,5* |
| Агрессивное против личности | 24 | 12 | 35 | 17,5 |
| Убийство | 20 | 10 | 50 | 25* |
| Иное | 27 | 13,5 | - | - |

Примечание. * – Различия достоверны (при $p < 0,05$) при сравнении с соответствующими значениями в группе больных, обследованных в 1987 г., по критерию χ^2 .

Оценка особенностей психического состояния больных в период совершения противоправных деяний проводилась нами с использованием принятой в судебной психиатрии научной концепции психопатологических механизмов ООД (13, 14). Установлено, что в оба временных периода преобладали негативно-личностные механизмы ООД. При этом выявлено значительное снижение их удельного веса – с 77,5 % в 1987 г. до 62,0 % в 2012 г. ($p < 0,05$). Динамика распространенности продуктивно-психотических механизмов имела обратный характер – в 2012 г. они были выявлены практически у каждого третьего пациента (38,0 %) из числа обследованных.

При проведении анализа характеристики психопатологических механизмов ООД возникла сложность дифференцировки их вариантов с использованием выбранной нами классификации. Данное затруднение было связано с невозможностью в большей части случаев выделения четкой связи ООД только с одним из описанных вариантов психопатологических механизмов. Распространенным было сочетание «интеллектуальной несостоятельности» с «повышенной внушаемостью и подчиняемостью», а в ряде случаев – с «эмоциональной бесконтрольностью» (табл. 2).

В целом анализ характеристики негативно-личностных механизмов ООД выявил наличие определенных различий. По сравнению с 1987 г. в 2012 г. уменьшился удельный вес ООД, совершенных вследствие «интеллектуальной несостоятельности» ($p < 0,05$), а также связанных с «эмоциональной бесконтрольностью» ($p < 0,05$). Был отмечен рост распространенности психопатологических механизмов, связанных с «извращенностью и расторможенностью влечений» и обусловленных «псевдосоциальной гиперактивностью» ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика негативно-личностных механизмов ООД (1987 и 2012 гг.) по классификации М. М. Мальцевой, В. П. Котова [1995]

| Вариант негативно-личностных механизмов ООД | Пациенты, обследованные | | | |
|---|-------------------------|------|-------------------|-------|
| | в 1987 г. (n=200) | | в 2012 г. (n=200) | |
| | абс. | % | абс. | % |
| Эмоциональная бесконтрольность | 151 | 75,5 | 127 | 63,5* |
| Интеллектуальная несостоятельность | 121 | 60,5 | 65 | 32,5* |
| Повышенная внушаемость и подчиняемость | 42 | 21,0 | 46 | 23,0 |
| Извращенность и расторможенность влечений | 22 | 11,0 | 56 | 28,0* |
| Псевдосоциальная гиперактивность | 34 | 17,0 | 91 | 45,5* |
| Дефицит высших эмоций | 26 | 13,0 | 10 | 5,0 |
| Негативно-личностные механизмы отсутствуют | 45 | 22,5 | 76 | 38,0* |

Примечание. * – Различия достоверны (при $p < 0,05$) при сравнении с соответствующими значениями в группе больных, обследованных в 1987 г., по критерию χ^2 .

Сравнение данных, характеризующих варианты продуктивно-психотических механизмов ООД, показало значимое ($p < 0,05$) увеличение распространенности правонарушений по мотивам «бредовой мести». Несколько повысилась частота ООД, совершенных в связи с «дисфорической агрессивностью», а также импульсивных действий, однако значимых отличий этих и других вариантов продуктивно-психотических механизмов ООД отмечено не было (табл. 3).

Таблица 3

Характеристика продуктивно-психотических механизмов ООД (1987 и 2012 гг.) по классификации М. М. Мальцевой, В. П. Котова [1995]

| Вариант продуктивно-психотических механизмов ООД | Пациенты, обследованные | | | |
|--|-------------------------|------|-------------------|-------|
| | в 1987 г. (n=200) | | в 2012 г. (n=200) | |
| | абс. | % | абс. | % |
| Бредовая защита | 10 | 5,0 | 9 | 4,5 |
| Бредовая месть | 14 | 7,0 | 36 | 18,0* |
| Реализация бредовых проектов | 7 | 3,5 | 10 | 5,0 |
| Бредовая демонстрация | 1 | 0,5 | 0 | 0 |
| Искушение мнимой (бредовой) вины | 0 | 0 | 1 | 0,5 |
| Бредовое самоутверждение | 8 | 4,0 | 9 | 4,5 |
| Косвенная бредовая мотивация | 6 | 3,0 | 5 | 2,5 |
| Императивные галлюцинации и автоматизмы | 5 | 2,5 | 5 | 2,5 |
| Дисфорическая агрессивность | 2 | 1,0 | 6 | 3,0 |
| Импульсивные действия | 3 | 1,5 | 5 | 2,5 |
| Продуктивно-психотические механизмы отсутствуют | 155 | 77,5 | 124 | 62,0* |

Клинический анализ психопатологических синдромов на момент проведения судебно-психиатрической экспертизы показал, что наиболее распространенным был галлюцинаторно-параноидный синдром, но если в 1987 г. его удельный вес составлял 24,0 %, то в 2012 г. он увеличился в 1,5 раза – до 37,0 % ($p < 0,05$). Частота выявления психоорганического синдрома практически не изменилась (26,5 и 23,5 %), проявления психопатоподобного синдрома отмечались в 17,5 % случаев в 1987 г. и в 12,0 % – в 2012 г., значимых различий показателей при этом выявлено не было.

Повысился удельный вес ООД, совершенных больными в состоянии опьянения. При этом распространенность правонарушений в алкогольном опьянении снизилась с 71,0 % в 1987 г. до 44,0 % в 2012 г. Однако значимо ($p < 0,01$) увеличилась частота совершения ООД в состоянии наркотического опьянения (с 2,0 до 16,0 %). Полученные данные коррелируют с установленным ростом коморбидности психических расстройств с зависимостью от наркотических веществ (12).

Данные о повторности совершенных правонарушений показали, что более 50 % обследованных (52,0 % в 1987 г. и 56,0 % в 2012 г.) ранее привлекались к уголовной ответственности, порядка 20,0 % пациентов – 3 и более раз (22,5 % в 1987 г. и 18,5 % в 2012 г.).

Частью исследования был анализ лечебно-реабилитационной работы, проводимой в отношении больных до совершения ими ООД. Было установлено существенное ($p < 0,05$) увеличение доли пациентов, не находившихся под наблюдением в психиатрической службе – с 13,5 % в 1987 г. до 23,5 % в 2012 г. При этом удельный вес пациентов, охваченных диспансерным наблюдением, уменьшился с 51,5 до 46,5 %; охваченных активным диспансерным наблюдением – с 26,5 до 20,0 %.

В процессе исследования выявлено значительное (с 12,5 % в 1987 г. до 24,5 % в 2012 г., $p < 0,05$) увеличение доли лиц, ранее не проходивших лечение в психиатрическом стационаре. При этом более чем в 2 раза возросла частота госпитализации вследствие неадекватного поведения с гетероагрессией (с 22,5 до 48,5 %, $p < 0,05$).

Полученные данные указывают на наличие проблем в организации и обеспечения качества системы мер, направленных на профилактику общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, необходимость их дальнейшего научного анализа с систематизацией существующего опыта работы, разработкой и внедрением ее новых форм в подразделениях психиатрической службы.

Заключение. Признанным является факт зависимости общественной опасности пациентов от условий социальной среды, однако определение ее содержания и значения представляет значительный интерес на современном этапе развития судебной психиатрии. Результаты проведенного нами исследования указывают на произошедшее за 25-летний период ухудшение социальной адаптации пациентов, находившихся на стационарном принудительном лечении. Установлен рост числа больных, не имеющих постоянного места жительства, не имеющих семьи, не работавших. Также повысилось число пациентов с не оформленной инвалидностью при нарушенной

трудоспособности. Неблагоприятные жилищные условия, вынужденная смена места жительства, утрата работы, отсутствие перспектив на будущее, конфликтные отношения в семье стали распространенными факторами социального риска в период, предшествующий совершению ООД.

Общепризнанной тенденцией последних десятилетий является значительная наркотизация российского общества, поэтому закономерным представляется установленный в рамках нашего исследования факт высокой распространенности коморбидности имеющих у больных тяжелых психических расстройств со злоупотреблением и зависимостью от наркотических средств, что в значительной степени повышает риск общественной опасности.

За 25-летний период изменилась криминологическая характеристика лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре. В структуре ООД этой категории больных выявлен рост удельного веса корыстных правонарушений, связанных с насилием, убийств, иных агрессивных деликтов, направленных против личности.

Обобщенное понятие «психопатологических механизмов ООД» (11, 12) позволяет рассматривать совершение противоправного деяния психически больного как явление динамичное, возникающее в результате взаимодействия различных клинко-психопатологических, социально-психологических и ситуационных факторов. Проведенный с использованием принятой в судебной психиатрии научной концепции психопатологических механизмов ООД анализ особенностей психического состояния больных в период совершения противоправных деяний показал преобладание негативно-личностных механизмов. Вместе с тем выявлен значительный рост распространенности продуктивно-психотических механизмов ООД, особенно по мотивам «бредовой мести». Установлено изменение характеристики негативно-личностных механизмов ООД с увеличением распространенности «извращенности и расторможенности влечений», а также случаев «псевдосоциальной гиперактивности». Полученные данные относительно характеристики механизмов ООД и их изменения должны быть учтены при формировании индивидуальных программ реабилитации пациентов как в период исполнения принудительных мер медицинского характера, так и в процессе последующей курации в амбулаторных условиях.

В заключение следует отметить, что к настоящему времени в стране сформирована и функционирует многоступенчатая система судебно-психиатрической профилактики, базирующаяся на принципе преемственности стационарных и амбулаторных психиатрических

учреждений, имеющая четкое методическое обеспечение и нормативно-правовую регламентацию. Результаты настоящего исследования свидетельствуют о том, что дальнейшее совершенствование данной системы должно учитывать происходящие в обществе социально-экономические преобразования, возможные изменения социально-адаптационных и клинических характеристик больных, механизмов общественно опасных действий и способов их реализации.

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – №2. – С. 31–37.
2. Гаврилова А. С. Принципы терапии больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, с учетом их адаптации и качества жизни // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 4 (73). – С. 37–42.
3. Дмитриева Т. Б., Горинов В. В., Печерникова Т. П. и др. Судебная психиатрия: Учебник. – М., 1997. – 386 с.
4. Дмитриева Т. Б., Шостакович Б. В. Психопатологические аспекты агрессивного поведения // Серийные убийства и социальная агрессия. – Ростов-на-Дону, 1998. – С. 81–83.
5. 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.
6. Кальченко И. А., Семин И. Р. Клинические и социальные характеристики психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении (сообщение I) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62). – С. 21–24.
7. Ковалев В. В. Патоморфоз психических болезней: его типы и причины // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1989. – Т. 89, № 12. – С. 51–55.
8. Кондратьев Ф. В. Теоретические аспекты причин социально опасного поведения психически больных // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 33–42.
9. Кондратьев Ф. В. Значение качества жизни больных шизофренией в профилактике агрессивных опасных действий (аналитический обзор). – М., 2005. – 48 с.
10. Кулдыркаева Е. В. К вопросу воздействия на механизмы опасного поведения психически больных, представляющих наибольшую социальную опасность // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2006. – Вып. 3–4. С. 66–69.
11. Макушкина О. А., Яхимович Л. А. Основные принципы деятельности медицинских служб по внебольничной профилактике общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 35–41.
12. Макушкина О. А., Симбирцев А. А. Тенденции видоизменения клинко-социальных характеристик лиц, страдающих психическими расстройствами, значимые для организации принудительного лечения // Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность? : Тез. Всерос. научно-практ. конф. с международным участием / под общ. ред. Н. Г. Незнанова). – СПб., 2014. Ч. 2. – С. 169–171.
13. Мальцева М. М. Систематика психопатологических механизмов общественно опасных действий психически больных // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – Рига, 1985. – Т. 1. – С. 402–405.

14. Мальцева М. М., Котов Б. П. Опасные действия психически больных. — М., 1995. — 256 с.
15. Семке В. Я., Гусев С. И., Снигирева Г. Я. Пенитенциарная психология и психопатология: рук-во в 2-х т. / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Я. Семке, А. С. Кононца. — М.; Томск; Кемерово, 2007. — Т. 1. — 576 с.
16. Семке А. В., Рахматова 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 (62). — С. 17—21.
17. Судебно-психиатрическая профилактика в Российской Федерации: Аналитический обзор / под ред. Б. А. Казаковцева, О. А. Макушкиной. — М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В. П. Сербского» МЗ РФ, 2012. — 356 с.
18. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. — 2-е изд. — М., 2009. — 544 с.
19. Усов Г. М. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (клинико-патогенетический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2008. — 34 с.
8. Kondratyev F. V. [Theoretic aspects of causes of socially dangerous behavior of mental patients]. *Problemy sudebno-psihiatricheskoj profilaktiki* [Problems of forensic-psychiatric prevention]. Moscow, 1994; 33—42. (In Russ.).
9. Kondratyev F. V. [Significance of quality of life of schizophrenic patients in prevention of aggressive dangerous acts (analytic review)]. Moscow, 2005; 48 p. (In Russ.).
10. Kuldyrkayeva E. V. [To issue of influence on mechanisms of dangerous behaviour of mental patients representing the greatest social danger]. *Nevrologicheskij vestnik im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev's Neurological Bulletin]. 2006; 3—4: 66—69. (In Russ.).
11. Makushkina O. A., Yakimovich L. A. [Basic principles of activity of medical services in extramural prevention of socially dangerous acts of persons suffering from mental disorders]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 6(75): 35—41. (In Russ.).
12. Makushkina O. A., Simbirtsev A. A. [Tendencies of alteration of clinical-social characteristics of persons suffering from mental disorders, significant for organization of compulsory treatment]. *Mezhdisciplinarnyj podhod v ponimanii i lechenii psichicheskikh rasstrojstv: mif ili real'nost'? : Tez. Vseros. nauchno-prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem / pod obshh. red. N. G. Neznanova* [Interdisciplinary approach in understanding and treatment of mental disorders: myth or reality?: Abstracts of Russian scientific-practical conference with international participation. Edited by N. G. Neznanov]. Saint-Petersburg, 2014; 2: 169—171. (In Russ.).
13. Mal'tseva M. M. [Systematics of psychopathologic mechanisms of socially dangerous acts of mental patients]. *Aktual'nye voprosy nevrologii, psikiatrii i neirohirurgii* [Relevant Issues of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. Riga, 1985; 1: 402—405. (In Russ.).
14. Mal'tseva M. M., Koto B. P. [Dangerous acts of mental patients]. Moscow, 1995; 256 p. (In Russ.).
15. Semke V. Ya., Gusev S. I., Snigireva G. Ya. [Penal psychology and psychopathology: guideline in 2 volumes]. Editors: Dmitrieva T. B., Semke V. Ya., Kononets A. S. Tomsk, Kemerovo, 2007; 1: 576 p. (In Russ.).
16. 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(62): 17—21. (In Russ.).
17. [Forensic-psychiatric prevention in Russian Federation: Analytic review]. Editors: Kazakovtsev B. A., Makushkina O. A. Publishing House of State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry named of V. P. Serbsky, Moscow, 2012; 356 p. (In Russ.).
18. [Guideline on social psychiatry]. Editors: Dmitrieva T. B., Polozhy B. S. The 2nd edition. Moscow, 2009; 544 p. (In Russ.).
19. Usov G. M. [Societal danger of persons suffering from mental disorders (clinical-pathogenetic and rehabilitative aspects)]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2008; 34 p. (In Russ.).

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N. A. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial conjugation of problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 2: 31—37. (In Russ.).
2. Gavrilova A. S. [Principles of therapy of schizophrenic patients representing special societal danger with account for their adaptation and quality of life]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 4(73): 37—42. (In Russ.).
3. Dmitrieva T. B., Gorinov V. V., Pechernikova T. P. et al. [Forensic psychiatry: manual]. Moscow, 1997; 386 p. (In Russ.).
4. Dmitrieva T. B., Shostakovich B. V. [Psychopathologic aspects of aggressive behavior]. *Serijnye ubijstva i social'naja agressija* [Serial murders and social aggression]. Rostov-on-Don, 1998; 81—83. (In Russ.).
5. 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.).
6. Kal'chenko I. A., Semin I. R. [Clinical and social characteristics of mental patients being on active dispensary observation (report I)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 5(62): 21—24. (In Russ.).
7. Kovalev V. V. [Pathomorphosis of mental illnesses: its types and causes]. *Zhurn. nevropatologii i psikiatrii* [Journal of Neuropathology and Psychiatry]. 1989; 89(12): 51—55. (In Russ.).

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.831/470.55/57

ББК Р645.10

ОРГАНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВКЛЮЧАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ, У ПОСТРАДАВШИХ ЛИЦ СТАРШЕГО, ЗРЕЛОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАДИАЦИОННЫХ ИНЦИДЕНТОВ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ

Колмогорова В. В.*

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

Органические расстройства у пострадавших лиц старшего, зрелого и пожилого возрастов в результате радиационных инцидентов характеризуются умеренными когнитивными расстройствами, различными аффективными проявлениями и иной симптоматикой, обусловленной соответствующими этиологическими факторами. Было обследовано 4 группы пациентов (348 чел.), пострадавших в пойме р. Теча и зоне Восточно-Уральского радиационного следа (ВУРС). Отмечено, что с возрастом у этих больных нарастала когнитивная симптоматика, которая от доклинических форм, умеренных когнитивных проявлений углублялась до тех или иных дементных состояний. **Ключевые слова:** органические расстройства головного мозга, радиационные факторы, когнитивные нарушения, аффективные проявления, астенические расстройства.

ORGANIC INCLUDING SYMPTOMATIC DISORDERS IN PERSONS OVER MIDDLE AND OLD AGE EXPOSED TO RADIATION INCIDENTS IN SOUTH URAL. Kolmogorova V. V. South Ural State Medical University. Vorovsky's Street 64, 454092, Chelyabinsk, Russia. Organic disorders of persons of senior mature and elder age exposed to radiation incidents are characterized by mild cognitive disorders, various affective manifestations and other symptoms caused by the relevant etiological factors. Four subgroups of patients have been examined (348 people) having suffered near Techa River and the East Ural radioactive trace (VURS). It was noted that cognitive symptoms increased, which forms from pre-clinical, mild cognitive manifestations deepened as dementia or other conditions of these patients while the patients ageing. **Keywords:** brain organic disorders, radiation factors, cognitive impairment, affective manifestations, asthenic disorders.

Введение. Органические психические расстройства (МКБ-10) целым рядом авторов рассматриваются как экзогенно-органические заболевания головного мозга или психоорганические синдромы [3, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 19, 21, 22]. Неврологами и патопсихологами эти патологические состояния диагностируются как энцефалопатии различной этиологии и степени

выраженности или нейропсихологические синдромы с теми или иными локальными поражениями головного мозга [8, 15, 16, 17]. Нами на протяжении целого ряда лет было изучено влияние малых доз радиационных факторов на лиц, длительно проживающих на радиоактивно загрязненных территориях Южного Урала, с формированием у них органических психических расстройств, которые наиболее отчетливо проявлялись в пожилом возрасте. У целой категории этой группы больных на определенных возрастных этапах обнаруживались доклинические, а затем и очерченные симптомы дементных проявлений.

Органические психические расстройства (во всех 4 группах пациентов) не являлись, таким образом, постоянными клиническими состояниями, а имели тенденцию к сравнительно быстрому утяжелению и видоизменению за счет интеллектуально-мнестических и иных психотических расстройств. Однако наиболее часто отмечались умеренные («мягкие») когнитивные расстройства, под которыми принято понимать нарушение памяти и других высших мозговых функций, которые выходят за рамки возрастной нормы [1, 4, 20, 21, 25], но не приводят к полной социальной дезадаптации и не достигают характерных проявлений для выраженных дементных состояний [4, 8, 12, 13, 19, 27].

Материалы и методы. В основу исследования было положено клиническое изучение больных с «органическими эмоционально лабильными (астеническими) расстройствами» – 137 пациентов (F06.6), «с органическими тревожными расстройствами» – 95 (F06.4), «с органическими (аффективными) расстройствами настроения» – 84 (F06.3), с «органическими расстройствами личности и поведения вследствие заболевания, повреждения головного мозга» – 32 больных (F07.9). Все пациенты (348 чел., среди них 211 мужчин, 137 женщин) были в возрасте 54–68 лет. Из них 161 пациент получил облучение в пойме р. Теча и 187 пострадали на территории Восточно-Уральского радиационного следа. Подавляющее большинство обследованных практически всю жизнь проживали на радиационно загрязненных территориях.

Группу сравнения составили 100 респондентов, в анамнезе которых не обнаруживалось патогенное воздействие радиационных факторов. Они проживали на радиоактивно чистых территориях, но имели аналогичные основной группе пациентов социальные, половозрастные и иные характеристики.

Для оценки состояния когнитивных функций использовали следующие психометрические тесты и шкалы: шкала общего ухудшения когнитивных функций (GDS), шкала тяжести деменции (CDR), шкала Гамильтона для оценки депрессии, кратная шкала оценки когнитивных

* Влада Владимировна Колмогорова, к.м.н., доцент каф. психиатрии факультета ДПО. E-mail: psy_kafedra@mail.ru

функций (MMSE), субтесты шкалы Векслера (WAIS), тесты немедленного и отсроченного воспроизведения 10 слов.

При статистической обработке для сравнения количественных признаков использовался *t*-критерий Стьюдента, связь количественных признаков оценивалась коэффициентом корреляции, для сравнения качественных признаков использовался метод χ^2 для анализа таблиц сопряженности.

Результаты исследования. Распространенность органических (психоорганических, дементных, «мягких» деменций и др.) расстройств различной этиологии. по данным ВОЗ, составляет в общей популяции населения от 0,72 до 17,9 % на 1000 чел. По нашим данным, эта категория пациентов (сведения получены из стационаров психиатрических больниц Челябинской области и клиники Уральского Центра радиационной медицины РФ) составляет 12,4 % от общего числа обследованного населения, пострадавшего в пойме р. Теча и зоне ВУРСа.

Психопатологическая симптоматика, отражающая деструкцию или нарушения обмена в мозговых структурах, характеризовалась нарушением когнитивных функций, эмоций, мотиваций поведения. Когнитивный дефицит в целом считается признаком органического расстройства [6, 14, 16, 17, 24].

Проведенные клинические исследования позволяют прийти к заключению об органической (соматоорганической) природе непсихотических психических заболеваний у обследованных пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации, с включением в патогенез прогрессивного сосудистого процесса и специфических иммунологических нарушений.

Были выявлены непсихотические психические нарушения в широком диапазоне: в континууме от «здоровья к тяжелым формам органической психической патологии, со значительным количеством промежуточных и взаимопереходящих форм психических расстройств» [6, 7, 9, 11, 18, 21]. Установлено, что это сложные по структуре состояния, преимущественно непсихотического уровня, когда отмечается частое сочетание астенических, соматоформных, аффективных и интеллектуально-мнестических нарушений, не достигающих уровня выраженной деменции. В клинической картине часто присутствуют вегетативно-сосудистые и нейроэндокринные дисфункции, а также неврологические изменения по типу дисциркуляторной энцефалопатии [3, 4, 5, 9, 11, 15, 18, 21, 27].

Обследованные больные подверглись комбинированному внешнему и внутреннему гамма-облучению за счет инкорпорированных радионуклидов. У всех пациентов отмечался нестохастический эффект длительного тотального облучения в малых дозах ионизирующего излучения.

Методология ретроспективного восстановления динамики уровня доз внутреннего облучения состоит в использовании метаболизма основных (с радиологической точки зрения) радионуклидов, в которых учтены возрастные особенности формирования дозы облученного человека в условиях его проживания на побережье р. Теча и в зоне ВУРСа [1, 2, 5, 13, 22, 24]. В качестве основной исходной информации указанные модели используют данные о пероральном поступлении в организм человека радиоактивных веществ с питьевой водой и продуктами питания.

Оценку мощности поглощенной дозы у лиц, проживающих в пойме р. Теча, внутреннего облучения в тканях и мышцах (Ti), обусловленной ^{90}Sr , инкорпорированном в ткани – источнике Si , производим по формуле:

$$D_{Ti}(t) = \sum dSi \rightarrow Ti(t) \frac{Qj(t)}{Mj(t)}, \text{ где}$$

$D_{Ti}(t)$ – мощность поглощенной дозы в i -й степени от всех источников в возрасте t ;

$dSi \rightarrow Ti(t)$ – дозовый коэффициент для j -м источника в возрасте t ;

$Mj(t)$ – масса j -го источника в возрасте t .

Оценки накопленной дозы, обусловленной хроническим пероральным поступлением смеси радионуклидов с пищевым рационом в зоне ВУРСа, осуществлялось по формуле:

$$E_{ing}(T, j) = \sum r \sum j Q20 \cdot i_r(T, j) \cdot ek_{inh}(T + j),$$

в половину величины, где

$E_{ing}(T, j)$ – накопленная эффективная доза внутреннего облучения от непрерывного поступления r радионуклидов с пищевым рационом на протяжении j лет после аварии на ПО «Маяк» при возрасте человека T лет на момент аварии;

$i_r(T, j)$ – среднее для T -й возрастной группы годовое поступление r -го радионуклида с пищевым рационом в каждый j -й год после аварии в расчете на единичную плотность загрязнения территории ^{90}Sr ;

$ek_{inh}(T + j)$ – дозовый коэффициент для накопленной эффективной дозы от разового поступления r -го радионуклида с пищевым рационом в организм человека в возрасте $T + j$ лет.

Как было сказано выше, все обследованные больные подразделялись на следующие группы.

1-я группа. Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство. Основу этого вида органических расстройств (137 пациентов) составляет церебрастенический радикал в форме физической и психической слабости, истощаемости, гиперестезии, раздражительности. При органической астении у обследованных пациентов в той или иной степени нивелируется реакция личности на саму болезнь. Однако проявления симптомов асте-

нии становятся более грубыми. Вместо раздражительности чаще выступают злоба, дисфория, вместо подавленности – тоскливый аффект и т. д. Степень выраженности патологических проявлений была различна – от клинически «простых» астений до дементных вариантов с умеренно выраженными когнитивными нарушениями. Наиболее часто астеническая симптоматика у обследованных больных была тесно связана с различными соматическими заболеваниями, в том числе с эндокринными, сердечно-сосудистыми, патологией органов пищеварения [5, 13, 15]. Во всех случаях наблюдались те или иные вазовегетативные расстройства и перепады артериального давления со склонностью к гипотонии, лабильности пульса, гипергидроз, сосудистая лабильность и т. д. Часто предъявлялись пациентами многочисленные жалобы, характерные для церебрально-органической патологии, в первую очередь на головные боли и головокружения, рассеянность, забывчивость на недавние события, трудность сосредоточения внимания.

Отмечались следующие результаты дискриминантного анализа: выраженная метеотропность ($k=10,2$), плохая переносимость душных помещений ($k=10,8$), чрезвычайно плохая переносимость алкоголя ($k=11,9$) и т. д. [5, 10, 12, 13, 17]. У подавляющего числа обследованных больных отмечался гипостенический вариант астении. У этих больных кроме основной симптоматики, обусловленной астенией, отмечались различной степени выраженности когнитивные расстройства, при этом в письменной речи наблюдались ошибки, описки, пропуски букв и слов. Воспроизведение ранее усвоенных терминов, понятий, формул требовало большого напряжения и усилий [5, 10, 13, 22, 23, 27].

При дальнейшем формировании дементных состояний (хотя и умеренного характера) отмечалось выпадение приобретенной ранее информации и знаний. Речь у них становилась замедленного темпа, они подчас с трудом подбирали слова при изложении простейшего материала. Нередко с утра не в состоянии были приступить к любой работе. Характерны были постоянная сонливость днем и затруднения засыпания, частые пробуждения в ночное время. Периодически клиника органического астенического расстройства сочеталась с депрессивной симптоматикой, сенестопатиями, тревогой, дереализациями, ипохондрическими проявлениями [4, 5, 9, 11, 13].

Специфических клинических проявлений в зависимости от зоны проживания у обследованных пациентов выявлено не было, но следует отметить, что фактически все пациенты связывали начало своего заболевания с действием радиационных факторов. В клинике заболевания часто звучали психотравмирующие

моменты, спровоцированные радиационными инцидентами и неблагоприятной экологической обстановкой в зоне проживания, что согласуется с данными литературы [1, 3, 4, 5, 12, 13, 18, 21, 22, 25, 26].

Следует отметить, что органические астенические расстройства наиболее часто формировались в связи с цереброваскулярными заболеваниями, гипертонической болезнью, различными соматогениями, церебральным атеросклерозом и т. д.

В группе сравнения было выявлено 13 больных (2,1 %) с диагнозом «астеническое расстройство». У этих больных органические астенические расстройства часто были обусловлены ЧМТ и соматическими заболеваниями.

2-я группа. Органическое тревожное расстройство. Группа «тревожное органическое расстройство» (95 обследованных) характеризовалась выраженными наступающими периодическими приступами панического страха, генерализованной тревогой или обсессивно-фобическими состояниями, которые формировались на фоне органического поражения головного мозга. Характер тревожных проявлений на всем протяжении болезненного состояния отличался динамичностью, волнообразностью, изменениями степени выраженности и резистентностью. У этих пациентов в формировании психоорганических проявлений обнаруживалась полиэтиологичность факторов (радиационный, психогенный, преморбидный и др.) [3, 4, 5, 12, 13, 21, 22, 25, 26]. Наличие тревожных расстройств и органической психосимптоматики приводило к низким показателям по когнитивным тестам, направленным на необходимое исследование памяти, понимания, устойчивости внимания и др., что клинически в целом выражалось синдромом мягкого когнитивного снижения и могло быть продромом, доклиническим проявлением сформировавшейся в дальнейшем деменции [8, 10, 16]. Эта группа была единственной, выявившая преобладание женского пола над мужским (50,9 %) и значительное ($p<0,05$) отличие от группы сравнения. Среди лиц с «органическими тревожными расстройствами» было значимо ($p<0,05$) меньше переселенных лиц (28,3 против 40,3 %) и больных с тюркоязычной когортой (41,5 и 47,8 % соответственно). Постоянное чувство тревоги в сочетании с органической психосимптоматикой было субъективно крайне тяжелым, выводящим из строя больных во всех областях социальной и профессиональной деятельности. В группе контроля «органическое тревожное расстройство» было малочисленным (9 респондентов) и обусловлено полиэтиологическими факторами (ЧМТ, сердечно-сосудистые заболевания, дисфункция щитовидной железы и др.). Особенности тревожных расстройств

в контрольной группе по сравнению с основной группой являются их относительная непродолжительность, лучшая подверженность терапевтическому воздействию, меньшая выраженность когнитивных и иных нарушений.

3-я группа. Органические (аффективные) расстройства настроения. Группа «органических (аффективных) расстройств настроения» (84 больных) характеризуется сочетанием хронических расстройств настроения с достаточно убедительными клиническими данными, подтверждающими органическую патологию головного мозга. Анализируя клинику органических расстройств настроения (F06.3), следует отметить, что критерием для включения больных в эту группу является их прямая обусловленность церебральными расстройствами, наличие которых достоверно подтверждается различными инструментальными, патопсихологическими, лабораторными и иными методами, в том числе и клинико-психологическим. Изучая клинику этой обследованной группы больных, обнаружено влияние доминантных (радиационного и психотравмирующего), а также предрасполагающих (социальных, преморбидно-личностных и иных) и провоцирующих (ЧМТ, дополнительные стрессовые ситуации, острые соматические заболевания) факторов, приводящих к формированию экзогенно-органической симптоматики [3, 4, 5, 9, 11, 17, 22, 26].

Аффективные расстройства (депрессии, тревога и т. д.) в той или иной степени выраженности появляются вслед за формированием органической патологии. Аффективные расстройства тесно переплетены с симптомами органической природы, на основе их формируются и из них вытекают. На протяжении всего периода заболевания этим пациентам был свойствен широкий спектр аффективных проявлений (субдепрессивный, депрессивный, гипоманиакальный и другие расстройства) [11, 12] и дистимические и дисфорические нарушения [5, 11, 13]. Органическая симптоматика обычно проявлялась различными когнитивными нарушениями, степень выраженности которых у большинства обследованных этой группы была более низкой, чем в предыдущих группах, но стойкой и терапевтически резистентной.

Следует особо отметить, что у исследуемого контингента этой группы обнаруживались также повышенная истощаемость психических процессов, быстрая утомляемость, снижение устойчивости внимания, ригидность установок и т. д., т. е. то, что было свойственно в какой-то степени и первым двум группам. Эта симптоматика отчетливо и ярко начинала прослеживаться в период некоторого послабления аффективной патологии и была как бы «зашторенной» на высоте эмоциональных расстройств.

Следует также отметить, что выраженность аффективной патологии усиливалась с возрастом пациентов, как и с нарастанием когнитивных проявлений.

4-я группа. Органическое расстройство личности и поведения вследствие заболевания, повреждения головного мозга. Группа «органическое расстройство личности и поведения вследствие заболевания, повреждения головного мозга» (32 больных) охватывает круг лиц с преимущественно резидуальными органическими заболеваниями мозга и с нарушением высших корковых функций. При выраженных изменениях в клинической картине выступают на передний план признаки дефицита функции соответственно топике органического поражения мозга: гиподинамия, апатоабулические расстройства, нарушения поведения, речевые расстройства, нарушения функции письма, чтения и др. [4, 5, 12, 13]. Познавательная деятельность у пациентов, относящихся к этому виду расстройств личности, в основном была снижена или изменена в сфере планирования и предвидения последствий для себя и общества. Обычно причиной этой симптоматики являются структурные повреждения мозга, однако характер нарушений не достигает степени выраженной деменции. Чаще диагностировались эксплозивные, апатические и смешанные варианты органического синдрома. Наряду с отмеченной выше симптоматикой практически у всех обследованных больных этой группы встречались те или иные расстройства личности и поведения. Следует отметить, что со старением порой было трудно остановиться на том или ином варианте, так как нарастающие дементные проявления как бы затушевывали клинику личностных расстройств.

Выводы. Итогом тщательного изучения особенностей клиники органических расстройств у пострадавших лиц старшего, зрелого и пожилого возрастов в результате радиационных инцидентов на Южном Урале являются адекватные терапевтические подходы в зависимости от особенностей клинических проявлений отдельных групп и решения значимых для них социальных вопросов. Требовалось и дифференцированное применение тех или иных ноотропов, ангиопротекторов, корректоров мозгового кровообращения и др. Решение социальных вопросов является также чрезвычайно важным моментом в геронтологической практике и работе врачей, курирующих пациентов преклонного и пожилого возрастов. В лечебном подходе к этой категории больных должно учитываться и воздействие радиационных факторов, психотравмирующих моментов и сопутствующих заболеваний в преморбиде.

Л и т е р а т у р а

1. Аклев А. В., Косенко М. М., Крестинина Л. Ю., Шалагинов С. А., Фегтева М. О., Старцев Н. В. Здоровье населения, проживающего на радиоактивно загрязнённых территориях Уральского региона. – М., 2001. – 96 с.
2. Аклев А. В., Гриценко В. Г., Марченко Т. А. Социально-психологические последствия аварийного облучения населения Уральского региона. – М., 2008. – 351 с.
3. Аксенов М. М., Гычев А. В., Белокрылова М. Ф., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б., Перчаткина О. Э., Рудницкий В. А., Левчук Л. А., Костин А. К. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 (79). – С. 11–17.
4. Балашов П. П., Колмогорова В. В., Буйков В. А., 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 (64). – С. 92–95.
5. Буйков В. А., Балашов П. П., Колмогорова В. В., Аклев А. В. Психическое здоровье населения Южного Урала, подвергшегося радиационному облучению (клинико-динамический, реабилитационный, превентивный аспекты). – М., 2007. – 302 с.
6. Буйков В. А., Колмогорова В. В. ЭЭГ-исследования и клинические особенности у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – (41). – С. 55–57.
7. Буйков В. А., Колмогорова В. В., Буртова Е. Ю. Превентивные лечебные меры в осенне-весенний период у облученного населения на Южном Урале // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2007. – № 2. – С. 48–51.
8. Буйков В. А., Сметанников П. Г. К вопросу классификации органических психических расстройств у облученного населения в результате Южно-Уральских аварий // Психоневрология пожилого возраста: Материалы Всерос. конф. – СПб., 2008. – С. 125–126.
9. 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.
10. Белоконов О. В. Приоритеты проблем пожилых: мнение экспертов и населения // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14, № 5. – С. 11–18.
11. Буртова Е. Ю., Буйков В. А., Аклев А. В., Колмогорова В. В. Особенности аффективных расстройств на органической «почве» у населения в отдалённые периоды в зоне радиационных инцидентов на Южном Урале // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2006. – № 1–3. – С. 35–36.
12. Буртова Е. Ю., Буйков В. А., Аклев А. В., Колмогорова В. В. Депрессивные расстройства у облученного населения Южного Урала в отдалённые периоды после радиационных инцидентов. – М., 2008. – 203 с.
13. Колмогорова В. В., Буйков В. А., Аклев А. В. Отдалённые психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов на Чернобыльской АЭС. – М., 2006. – 155 с.
14. Колмогорова В. В., Буйков В. А. Психическая дезадаптация у населения, подвергшегося облучению в результате радиационных инцидентов на Южном Урале // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 5–6.
15. Незнамов Г. Г., Телешова Е. С. Результаты сравнительного изучения ноопепта и пирацетама при лечении больных с легкими когнитивными нарушениями при органических заболеваниях головного мозга сосудистого и травматического генеза // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – Т. 108, № 3. – С. 33–42.
16. Одинак М. М., Кашин А. В., Емелин А. Ю., Лупанов И. А. Коррекция не достигающих степени деменции когнитивных нарушений у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, № 5. – С. 25–30.
17. Пивень Б. Н. К диагностике экзогенно-органических психических расстройств // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 6. – С. 18–22.
18. Рудницкий В. А. Клинические особенности непсихотических психических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 95–99.
19. Рудницкий В. А. Экологические факторы, влияющие на психическое здоровье: региональный аспект // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 26–29.
20. 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. 34–41.
21. Рудницкий В. А. Клинические и реабилитационные проблемы экологической психиатрии: автореф... дис. д.м.н – Томск, 2011. – 46 с.
22. Румянцева Г. М., Чинкина О. В., Бежина Л. Н. Радиационные инциденты и психическое здоровье населения. – М., 2009. – 288 с.
23. Полецкий В. М., Колмогорова В. В. Варианты непсихотических нейропатических синдромов органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 4. – С. 83.
24. Полецкий В. М., Колмогорова В. В. Современная концепция резидуально-органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9, № 2. – С. 35–36.
25. Семке В. Я., Рудницкий В. А., Гуткевич Е. В. Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинические и социальные аспекты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4 (55). – С. 83–87.
26. Семке В. Я., Рудницкий В. А., Епанчинцева Е. М., Ошавеев С. А., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б. Сравнительная характеристика влияния интенсивных психотравм различной природы (на примере экологической катастрофы и боевого стресса) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6 (57). – С. 89–93.
27. Семке В. Я., Рудницкий В. А. Клинические и реабилитационные аспекты экологической психиатрии // Экология человека. – 2010. – № 6. – С. 46–51.

Транслитерация русских источников

1. Aklev A. V., Kosenko M. M., Krestinina L. Yu., Shalaginov S. A., Fegteva M. O., Startsev N. V. [Health of the population living in radioactively polluted territories of Ural region]. Moscow, 2001; 96 p. (In Russ.).
2. Aklev A. V., Gritsenko V. G., Marchenko T. A. [Social-psychological consequences of emergency exposure of the population of Ural region]. Moscow, 2008; 351 p. (In Russ.).
3. Axenov 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]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4(79): 11–17. (In Russ.).
4. Balashov P. P., Kolmogorova V. V., Buykov V. A., Burtova E. Yu. [Clinical variants of organic disorders with depressive manifestations in population exposed to radiation in zone of radiation accidents in South Ural]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3(64): 92–95. (In Russ.).

5. Buykov V. A., Balashov P. P., Kolmogorova V. V., Akleev A. V. [Mental health of population of South Ural exposed to radiation (clinical-dynamic, rehabilitative, preventive aspects)]. Moscow, 2007; 302 p. (In Russ.).
6. Buykov V. A., Kolmogorova V. V. [EEG-investigations and clinical features in exposed to radiation incidents in South Ural]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 41: 55–57. (In Russ.).
7. Buykov V. A., Kolmogorova V. V., Burtovaya E. Yu. [Preventive therapeutic methods in autumn-spring period in population exposed to radiation in South Ural]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of South-Ural State University]. 2007; 2: 48–51. (In Russ.).
8. Buykov V. A., Smetannikov P. G. [To issue of classification of organic mental disorders in population exposed to radiation in result of South-Ural accidents]. *Psichonevrologija pozhilogo vozrasta: Materialy Vseros. konf.* [Psychoneurology of the elderly: Materials of Russian conference]. Saint-Petersburg, 2008; 125–126. (In Russ.).
9. 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.).
10. Belokon' O. V. [Priorities of problems of the elderly: opinion of experts and population]. *Klinicheskaja gerontologija* [Clinical Gerontology]. 2008; 14(5): 11–18. (In Russ.).
11. 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 the zone of radiation incidents in South Ural]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of South-Ural State University]. 2006; 1–3: 35–36. (In Russ.).
12. Burtovaya E. Yu., Buykov V. A., Akleev A. V., Kolmogorova V. V. [Depressive disorders in population of South Ural exposed to radiation in long-term periods after radiation incidents]. Moscow, 2008; 203 p. (In Russ.).
13. Kolmogorova V. V., Buykov V. A., Akleev A. V. [Long-term mental disorders in exposed to radiation incidents in South Ural and in liquidators on Chernobyl APS]. Moscow, 2006; 155 p. (In Russ.).
14. Kolmogorova V. V., Buykov V. A. [Mental disadaptation in population exposed to radiation in result of radiation incidents in South Ural]. *Tjumenskij medicinskij zhurnal* [Tyumen Medical Journal]. 2012; 3: 5–6. (In Russ.).
15. Neznamov G. G., Telezhova E. S. [Results of comparative study of Noopept and Piracetam in treatment of patients with mild cognitive disturbances in organic brain diseases of vascular and traumatic origin]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2008; 108(3): 33–42. (In Russ.).
16. Odinak M. M., Kashin A. V., Emelin A. Yu., Lupanov I. A. [Correction of not reaching degree of dementia cognitive disturbances in patients with discirculatory encephalopathy]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2013; 113(5): 25–30. (In Russ.).
17. Piven' B. N. [To diagnostics of exogenous-organic mental disorders]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2002; 6: 18–22. (In Russ.).
18. Rudnitsky V. A. [Clinical features of non-psychotic mental disorders in patients exposed to influence of small doses of radiation]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5: 95–99. (In Russ.).
19. Rudnitsky V. A. [Ecological factors affecting mental health: regional aspect]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2009; 2: 26 – 29. (In Russ.).
20. Rudnitsky V. A., Semke V. Ya., Garganeeva N. P. [Non-psychotic mental disorders in combination with physical diseases in liquidators of the accident on ChAPS]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2010; 6: 34–41. (In Russ.).
21. Rudnitsky V. A. [Clinical and rehabilitative problems of ecological psychiatry]. *Avtoref... dis. d.m.n* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2011; 46 p. (In Russ.).
22. Rumyantseva G. M., Chinkina O. V., Bezhina L. N. [Radiation incidents and mental health of the population]. Moscow, 2009; 288 p. (In Russ.).
23. Poletsky V. M., Kolmogorova V. V. [Variants of non-psychotic neuropathic syndromes of organic disorders]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri* [Academic Journal of West Siberia]. 2013; 9(4): 83. (In Russ.).
24. Poletsky V. M., Kolmogorova V. V. [Modern concept of residual-organic disorders]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri* [Academic Journal of West Siberia]. 2013; 9(2): 35–36. (In Russ.).
25. Semke V. Ya., Rudnitsky V. A., Gutkevich E. V. [Mental health of patients exposed to radiation. Clinical and social aspects]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 4(55): 83–87. (In Russ.).
26. Semke V. Ya., Rudnitsky V. A., Epanchintseva E. M., Oshaev S. A., Vetlugina T. P., Nikitina V. B. [Comparative characteristics of influence of intensive psychotraumas of various nature (on example of ecological catastrophe and combat stress)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 6(57): 89–93. (In Russ.).
27. Semke V. Ya., Rudnitsky V. A. [Clinical and rehabilitative aspects of ecological psychiatry]. *Jekologija cheloveka* [Ecology of the Individual]. 2010; 6: 46–51. (In Russ.).

УДК 616.89+616-007:612.014.482

ББК Р64-11

ПСИХИЧЕСКИЙ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ В ПЕРИОД АНТЕНАТАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Буртовая Е. Ю.^{*}, Кантина Т. Э.,
Белова М. В., Аклев А. В.

ФГБУН Уральский НПЦ радиационной медицины
ФМБА России

454076, Челябинск, ул. Воровского, 68 А

Проведена оценка психического и нейрофизиологического статуса лиц, подвергшихся радиационному воздействию в период антенатального развития. Обследовано 150 человек с применением клинического и инструментального (оценка ЭЭГ, когнитивных вызванных потенциалов головного мозга) методов. Выявлено преобладание психических нарушений у облученных лиц ($p=0,03$) с ведущими астеническими и когнитивными расстройствами, определены более грубые изменения со стороны биоэлектрической активности головного мозга. Полученные результаты могут быть использованы в практической деятельности при проведении диагностических и лечебных мероприятий у лиц, подвергшихся радиационному воздействию, а также обосновывают необходимость превентивного лечения облученных лиц. **Ключевые слова:** радиационное воздействие, река Теча, антенатальное облучение, головной мозг, психическое здоровье, нейрофизиология, когнитивные вызванные потенциалы.

MENTAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL STATUS OF PERSONS EXPOSED TO RADIATION DURING ANTENATAL DEVELOPMENT. Burtovaya E. Yu., Kantina T. E., Belova M. V., Akleev A. V. Ural Research Center for Radiation Medicine of FMBA of Russia. Vorovsky's Street 68 A, 454076, Chelyabinsk, Russia. Evaluation of mental and neurophysiological status was conducted for persons in utero exposed to radiation. A group of 150 persons was examined using clinical and instrumental methods (EEG, cognitive evoked brain potentials). The results of the test included prevalence of mental disorders in exposed persons ($p=0,03$), leading asthenic and cognitive disorders, manifest changes in the bioelectric activity of the brain. The results obtained can be used in the everyday medical practice when carrying out diagnostic and therapeutic procedures for patients affected by radiation, and also they can help justify the need for preventive treatment of in utero exposed persons. **Key words:** radiation exposure, Techa River, antenatal exposure, brain, mental health, neurophysiology, cognitive evoked potentials.

Введение. История становления атомной промышленности на Южном Урале сопровождалась развитием радиационных аварий и инцидентов. Вследствие сброса радиоактивных отходов в р. Теча и аварии на ПО «Маяк» в 1957 г. жители пострадавших территорий подверглись хроническому радиационному воздействию в пределах малых доз [1, 8]. Последствия радиоактивного воздействия не только не уменьшаются с годами, но и происходят их

трансформация с преобладанием социально-психологических изменений личности и психических нарушений [2—4]. Значимыми факторами, определяющими отдаленные психические последствия радиационного воздействия, стали собственно воздействие ионизирующего излучения, выполнение защитных мероприятий (переселение жителей), введение санитарно-охранного режима и т. д. [4, 8]. Психические расстройства, наблюдаемые у населения радиоактивно загрязненных территорий в отдаленные периоды после радиационного воздействия, характеризуются преобладанием патологии непереходного уровня в виде депрессивных, астенических нарушений и когнитивных расстройств [4, 12—13]. Не исследованными до настоящего времени являются показатели биоэлектрической активности головного мозга лиц, подвергшихся радиационному воздействию в период внутриутробного развития. Имеющиеся научные данные в основном касаются изучения последствий лучевой терапии онкологических заболеваний головного мозга у детей и взрослых [11, 14].

В литературных данных обсуждается вопрос о влиянии ионизирующего излучения на развивающийся головной мозг. Наибольшие опасения вызывают ситуации, когда мать подвергается облучению в критические периоды органогенеза плода. Неблагоприятные воздействия на плод в период от 3 до 10 недель развития могут быть причинами формирования грубых пороков развития нервной системы. Если нарушения возникают на более поздних этапах развития, выраженность дефекта может варьировать в разной степени: от грубого нарушения функции или ее полного отсутствия до легкой задержки темпа развития. В одной из зарубежных публикаций отмечено, что развивающийся головной мозг человека отличается особенной радиочувствительностью на 8—15-й и 16—25-й неделях внутриутробного развития, когда осуществляется миграция нейронов к местам окончательного расположения в коре, в период формирования цитоархитектоники мозга и синаптогенеза [14].

Целью настоящей работы было исследование психических и нейрофизиологических проявлений деятельности центральной нервной системы у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в период внутриутробного развития.

Материалы и методы. В течение 2011—2013 гг. проведено исследование 150 человек. Основную группу составили 77 человек, которые подверглись радиационному воздействию в период антенатального развития. Это были лица 1950—1952 годов рождения, матери которых в период беременности проживали в населенных пунктах бассейна р. Теча, преимущественно верховья реки, где дозы радиационного

^{*} Буртовая Елена Юрьевна, к.м.н. E-mail: burt@urcrn.ru
Тел.: (8-351)2327928

воздействия были максимальными. Дозовая нагрузка составила $0,09 \pm 0,06$ Гр на красный костный мозг плода и $0,009 \pm 0,009$ Гр на желудок плода (аналог мягкие ткани). Группу сравнения составили 73 человека, рожденные в эти же годы, но проживавшие на радиоактивно не загрязненных территориях Челябинской области. Сравнимые группы были однородны и сопоставимы по гендерному, социальному, образовательному и возрастному критериям.

В работе использованы клинический метод (осмотры психиатра, невролога), инструментальный метод (ЭЭГ, исследование когнитивных вызванных потенциалов головного мозга), метод статистической обработки материалов. Клинический осмотр врача-психиатра включал оценку анамнеза, жалоб, психического статуса, выявление психических нарушений (эмоциональные, поведенческие, когнитивные) в рамках МКБ-10. Неврологический статус оценивался в стандартном объеме: жалобы, анамнез, наличие органической микросимптоматики и неврологических синдромов, свидетельствующих о признаках недостаточности кровообращения.

Проведено исследование биоэлектрической активности головного мозга – регистрация электроэнцефалограммы (ЭЭГ). ЭЭГ проводили по общепринятой методике «10—20» в 19 стандартных отведениях относительно ипсилатерального аурикулярного электрода А1 или А2 с проведением функциональных проб (фоно- и фотостимуляция) и гипервентиляции. Оценивалась фоновая биоэлектрическая активность головного мозга, выявлялась пароксизмальная активность при нагрузках [5—7].

Исследование вызванных потенциалов производилось на энцефалографе-анализаторе ЭЭГА-21/26 «Энцефалан-131-03» модификация 10с ПО «ЭЭГ-исследования», версия 6.4-10 (11) «Элитная» (НПКФ «Медиком МТД», Таганрог). Скальповые электроды устанавливались на F3, F4, Fz, Cz по международной системе «10—20»; отведение относительно и псилатерального mastoидного электрода М1 или М2 (на оцениваемый вход подаются электроды Cz); заземляющий электрод – Fpz. Чувствительность при записи – 20 мкВ/дел, поле усреднения – до 5—10 мкВ/дел, частотная полоса – от 0,1 (0,5) до 30 Гц, переходное сопротивление электродов – не выше 5 кОм.

В методике использовалась стимуляция в ситуации случайно возникающего события («odd-ball paradigm») на слуховые и зрительные стимулы. Проводились пробы на распознавание и запоминание (счет) слуховых стимулов, распознавание и реакция (нажатие на кнопку) на слуховые стимулы и распознавание и реакция на визуальные стимулы (слайды). Предварительно пациентам давалась инструкция считать число предъявленных значимых стимулов

или нажимать при каждом значимом стимуле на кнопку. При регистрации когнитивных вызванных потенциалов (Р300) осуществлялось усреднение редких (значимых стимулов) и частых (незначимых) событий [5, 6].

Для обработки полученных результатов использованы общепринятые методы вариационной статистики с вычислением средней арифметической величины и ее стандартного отклонения ($M \pm \delta$). Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета прикладных программ Statistica, версия 7.0. При оценке достоверности полученных результатов был принят 5 % уровень значимости (p).

Результаты исследования. Проведение клинического осмотра психиатра (психотерапевта) позволило оценить психический статус обследованных лиц и выявить характерные психические нарушения. В обеих группах наиболее часто встречались жалобы на головные боли, головокружение, нарушение сна, снижение памяти на текущие события. При этом в группе сравнения достоверно преобладали проявления органического и тревожного регистров (шум в голове, ушах, плохая переносимость жары и духоты, тревога, потливость, сердцебиение).

В соответствии с критериями МКБ-10 были определены основные нозологические группы (табл. 1). Выявлено, что в основной группе преобладали пациенты с органическими психическими расстройствами (60,0 % против 50,5 % в группе сравнения), в основном органическое легкое когнитивное расстройство и органическое астеническое расстройство. В группе сравнения достоверно преобладали психически здоровые лица ($p=0,03$) и пациенты с органическим тревожным расстройством ($p=0,02$).

Таблица 1
Характеристика психической патологии по МКБ-10

| Диагноз | Шифр | Основная группа (n=77) | | Группа сравнения (n=73) | |
|--|--------|------------------------|------|-------------------------|------|
| | | абс. | % | абс. | % |
| Психически здоров | F00.00 | 22 | 28,6 | 33 | 45,2 |
| Органическое тревожное р-во | F06.4 | 0 | 0 | 5 | 6,8 |
| Органическое астеническое р-во | F06.6 | 19 | 24,7 | 12 | 16,4 |
| Органическое лёгкое когнитивное р-во | F06.7 | 28 | 36,4 | 17 | 23,3 |
| Органическое р-во личности | F07.0 | 1 | 1,3 | 0 | 0 |
| Органическое р-во личности (психоорганический синдром) | F07.9 | 2 | 2,6 | 3 | 4 |
| Другие хронические аффективные р-ва | F34.8 | 0 | 0 | 1 | 1,4 |
| Пролонгированная депрессивная реакция | F43.21 | 5 | 6,5 | 0 | 0 |

Примечание. p – Достоверность отличий между группами.

В таблице 2 представлена синдромальная характеристика выявленных нарушений.

Т а б л и ц а 2
Синдромальная структура психических нарушений

| Синдром | Основная группа (n=77) | | Группа сравнения (n=73) | |
|-------------------------------|------------------------|------|-------------------------|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Синдром когнитивных нарушений | 28 | 36,4 | 17 | 23,3 |
| Депрессивный | 5 | 6,5 | 1 | 1,4 |
| Тревожно-депрессивный | 2 | 2,6 | 0 | 0 |
| Ипохондрический | 2 | 2,6 | 0 | 0 |
| Агрипнический | 32 | 41,5 | 26 | 35,6 |
| Синдром аффективных колебаний | 1 | 1,3 | 4 | 5,5 |
| Тревожный | 0 | 0 | 5 p=0,02 | 6,8 |
| Астенический | 23 p=0,03 | 29,8 | 11 | 15 |
| Психоорганический | 2 | 2,6 | 4 | 5,5 |

Примечание. p – Достоверность отличий между группами.

В группе облученных в антенатальном периоде развития патология была представлена синдромом когнитивных нарушений (36,4 %) и астеническим синдромом (29,8 %, p=0,03), закономерно сопровождающим когнитивные расстройства. В группе сравнения достоверно преобладал тревожный синдром (p=0,02).

В результате неврологического осмотра у всех пациентов обеих групп выявлены признаки хронической цереброваскулярной недостаточности. Так, в основной (52,1 %) и в контрольной (53,7 %) группах диагностировалась дисциркуляторная энцефалопатия I степени, соответственно в 47,9 % случаев (34 человека) в основной группе и в 46,3 % случаев (31 человек) в контрольной группе – II степени. В большинстве случаев этиология хронической недостаточности кровообращения отводилась двум факторам: атеросклеротическому и гипертоническому: в основной группе – 77,5 %, в контрольной группе – 79,1 % обследованных. Клинически преобладала недостаточность кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне (38,0 % – в основной группе, 44,8 % – в контрольной группе).

Умеренные нарушения биоэлектрической активности головного мозга обнаружены в основной группе у 73,5 % обследованных, в контрольной группе – у 62,1 %. Легкие изменения БЭА свойственны 10,3 и 24,3 % соответственно (p≤0,05). Дисфункция стволовых структур выявлена в 57,4 % случаев в основной группе, в 60,6 % в контрольной группе. Соответственно дисфункция срединных структур головного мозга у 42,6 и 39,4 % осмотренных. У пациентов основной группы реже отмечалось преобладание альфа-ритма (60,3 % – 41 чел.) по сравнению с контрольной группой (75,8 %), в 5,9 % случаев в основной группе отмечалось преобладание тета-ритма.

Кроме того, в основной группе чаще выявлено наличие патологических ритмов (тета-, дельта-волн и их сочетание) – 79,4 %, в то время как в контрольной группе этот показатель составил 59,1 %.

При исследовании когнитивных вызванных потенциалов (Р300) осуществлялись усреднения редких (значимых стимулов) и частых (незначимых) событий. Было проведено 3 вида проб, как минимум по 2–3 повтора, из которых выбирался лучший результат латентности Р300. Учитывая, что линии регрессии на зрительный и слуховой стимулы являются аналогичными и представляют собой увеличение латентности Р300 со скоростью 1,25 мс/год, расчет средних показателей нормы производился по формуле:

$$P300 = 1,25 \cdot \text{возраст} + 285 \text{ мс}$$

В результате оценки полученных результатов латентности пика Р300 от индивидуальных норм (табл. 3) достоверно значимые изменения (+3 сигмы) хотя бы по одной из трех видов проб выявлены у 62,8 % человек в основной группе и у 47,2 % в контрольной группе.

Т а б л и ц а 3
Оценка показателей ВП Р300 в исследуемых группах, %

| Трактовка результата Р300 | Оцениваемый показатель | Группа | |
|-----------------------------------|---|----------|----------------|
| | | основная | контрольная |
| Патология (необратимые изменения) | Патологическое увеличение ЛП Р300 (3 сигмы) | 62,8 | 47,2 |
| Выше нормы (обратимые изменения) | Значимое увеличение ЛП Р300 (1 сигма) | 14,3 | 39,6 p=0,01 |
| Норма, соответствующая возрасту | Выше средних возрастных значений ЛП Р300 | 2,9 | 3,8 |
| | Ниже средних возрастных значений ЛП Р300 | 20,0 | 9,4 |

Остальные пациенты относятся к группе непатологических значений изменения латентности Р300, внутри которой выделяют показатели ВП в пределах нормы: в основной группе – 22,9 %, в контрольной группе – 13,2 %, выше нормы (+1 сигма) – 14,3 и 39,6 % обследованных соответственно.

Закключение. В результате проведенного исследования в отдаленные периоды после радиационного воздействия, у лиц, подвергшихся облучению в период антенатального развития, выявлено достоверное преобладание нарушений в психической сфере по сравнению с необлученными лицами (p=0,03). Доминировали органические непсихотические расстройства, в том числе астенические (p=0,03) и когнитивные нарушения. Отмечена тенденция к повышению числа случаев с клиническими признаками недостаточности кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии (правом полушарии головного мозга) в основной группе (p=0,06).

Достоверно чаще выявляли патологическую активность головного мозга ($p=0,01$), преобладание на фоновой ЭЭГ патологического тета-ритма ($p=0,04$). Отмечали увеличение процента выявления патологического ЛП Р300 в основной группе во всех возрастных категориях. Полученные данные свидетельствуют о более глубоком изменении активности головного мозга среди лиц, облученных в период антенатального развития. Полученные результаты демонстрируют необходимость проведения превентивных мероприятий, направленных на раннюю диагностику и лечение психических нарушений у лиц, подвергшихся радиационному воздействию.

Л и т е р а т у р а

1. Аклев А. В. Экологические и медицинские последствия радиационной аварии 1957 года на ПО «Маяк» / под ред. А. В. Аклева, М. Ф. Киселева. — М., 2001. — 294 с.
2. Буйков В. А., Колмогорова В. В., Буртова Е. Ю. Динамика личностных изменений у облученных в отдаленные периоды после Южно-Уральских радиационных аварий // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». — 2009. — Вып. 19, № 20 (153). — С. 133—136.
3. Буртова Е. Ю., Аклев А. В., Шалагинов С. А. Психосоциальные аспекты переселения жителей села Муслюмово Челябинской области, подвергшихся радиационному воздействию вследствие чрезвычайных ситуаций на производственном объединении «Маяк» // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2011. — № 2. — С. 105—108.
4. Буртова Е. Ю., Кузнецова Е. В., Белова М. В. Характеристика когнитивных функций у лиц, подвергшихся радиационному воздействию в период антенатального развития // Вестник ЧелГУ. Серия Биология. — 2013. — вып. 2, № 7 (298). — С. 79—81.
5. Гнездицкий В. В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике. — М.: МЕДпресс-информ, 2003.
6. Гнездицкий В. В., Корелюк О. С. Атлас по вызванным потенциалам мозга (практическое руководство, основанное на анализе конкретных клинических наблюдений). — Иваново, 2011.
7. Жирмунская Е. А. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека DJVU. — М.: Наука, 1984.
8. Здоровье населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях Уральского региона / А. В. Аклев, М. М. Косенко, Л. Ю. Крестинина и др. — М.: Издат, 2001. — 195 с.
9. Зенков Л. Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. Руководство для врачей. — 4-е изд. — М.: «МЕДпресс-информ», 2011.
10. Логановский К. Н. Влияет ли ионизирующая радиация на головной мозг человека? // Украинский медицинский журнал. — 2009. — № 3 (71). — С. 56—69.
11. Отчет МКРЗ по тканевым реакциям, ранним и отдаленным эффектам в нормальных тканях и органах — пороговые дозы для тканевых реакций в контексте радиационной защиты / Ф. А. Стюарт и др. / ред. А. В. Аклев, М. Ф. Киселев / пер. с англ.: Е. М. Жидкова, Н. С. Котова. — Челябинск: Книга, 2012. — 384 с.
12. Рудницкий В. А. Типы течения непсихотических психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и эффективность лечебно-профилактических мер // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2013. — № 6 (81). — С. 27—32.
13. Рудницкий В. А. Клинические варианты непсихотических психических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2011. — № 4. — С. 69—71.
14. Developmental effects of irradiation on the brain of the embryo and fetus. A report of a Task Group of Committee 1 of the International Commission on Radiological Protection // Ann. ICRP. — 1986. — Vol. 16, N (4). — P. 1—43. http://www.icrp.org/annals_list.asp

Транслитерация русских источников

1. Akleev A. V. [Ecological and medical consequences of radiation accident 1957 on PA "Mayak"]. Editors: Akleev A. V., Kiselev M. F. Moscow, 2001; 294 p. (In Russ.).
2. Buykov V. A., Kolmogorova V. V., Burtovaya E. Yu. [Dynamics of personality changes in exposed to radiation in long-term periods after South-Ural radiation accidents]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of South-Ural State University]. Series "Education, healthcare, physical culture". 2009; 19(20(153): 133—136. (In Russ.).
3. Burtovaya E. Yu., Akleev A. V., Shalaginov S. A. [Psychosocial aspects of relocation of inhabitants of village Muslyumovo of Chelyabinsk Region exposed to radiation as a result of extraordinary situations on production association "Mayak"]. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah* [Medico-biological and social-psychological problems of safety in extraordinary situations]. 2011; 2: 105—108. (In Russ.).
4. Burtovaya E. Yu., Kuznetsova E. V., Belova M. V. [Characteristics of cognitive functions in persons exposed to radiation in the period of antenatal development]. *Vestnik ChelGU* [Bulletin of Chelyabinsk State University]. Series Biology. 2013; 2(7(298): 79—81. (In Russ.).
5. Gnezditsky V. V. [Evoked brain potentials in clinical practice]. Publishing House MEDpress-inform, Moscow, 2003. (In Russ.).
6. Gnezditsky V. V., Korelina O. S. [Atlas on evoked brain potentials (practical guideline based on the analysis of specific clinical observations)]. Ivanovo, 2011. (In Russ.).
7. Zhirmunskaya E. A. [Systems of description and classification of human electroencephalograms DJVU]. Publishing House Nauka, Moscow, 1984. (In Russ.).
8. Akleev A. V., Kosenko M. M., Krestinina L. Yu. et al. [Health of the population living in the radioactively polluted territories of Ural region]. Moscow, 2001; 195 p. (In Russ.).
9. Zenkov L. R. [Clinical electroencephalography with elements of epileptology. Guide for doctors]. The 4th edition. Publishing House MEDpress-inform, Moscow, 2011. (In Russ.).
10. Loganovsky K. N. [Does the ionizing radiation influence on the human brain?]. *Ukrainskij medicinskij zhurnal* [Ukrainian Medical Journal]. 2009; 3(71): 56—69. (In Russ.).
11. Report of the International panel in radiation defense on tissue reactions, early and long-term effects in normal tissues and organs — threshold doses for tissue reactions in the context of radiation defense]. Stuart F. A. et al.. Editors Akleev A. V., Kiselev M. F. Translated from English: Zhidkova E. M., Kotova N. S. Publishing House Kniga, Chelyabinsk, 2012; 384 p. (In Russ.).
12. Rudnitsky V. A. [Types of course of non-psychotic mental disorders in liquidators of the consequences of the accident on ChAPS and efficacy of therapeutic-preventive activities]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 6(81): 27—32. (In Russ.).
13. Rudnitsky V. A. [Clinical variants of non-psychotic mental disorders in patients exposed to small doses of radiation]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4: 69—71. (In Russ.).

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13

ББК Р645.021.11-1-17

ФОРМИРОВАНИЕ И ТЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КОРЕННЫХ НАРОДОВ И ЕВРО- ПЕЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯМА- ЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНО- ГО ОКРУГА

**Балашов П. П.¹, Сульдин А. М.^{2*},
Савченко М. Е.³**

¹ ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России
634050, Томск, Московский тракт, 2

² ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет»
628412, Тюменская обл., ХМАО-Югра, Сургут, пр. Ленина, 1

³ Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого АО
629008, Салехард, ул. Республики, 72

Результаты исследования, представленные в настоящей статье, посвящены изучению формирования и течения алкогольной зависимости среди представителей коренных национальностей Севера, проживающих на территории Севера Сибири, позволяют выявить некоторые особенности клинического течения алкоголизма, характерные для коренных народов, проживающих на территории Ямало-Ненецкого автономного округа. **Ключевые слова:** алкоголизм, алкогольный психоз, коренные народы Ямало-Ненецкого автономного округа, этнические особенности.

FORMATION AND COURSE OF ALCOHOL DEPENDENCE AMONG THE REPRESENTATIVES OF INDIGENOUS PEOPLES AND EUROPEAN POPULATION OF THE YAMAL-NENETS AUTONOMOUS DISTRICT. Balashov P. P.¹, Sul'din A. M.², Savchenko M. E.³ ¹ Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of the Siberian State Medical University Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia. ² Pathophysiology and General Pathology Department of Surgut State University. Lenin's Avenue 1, 628412, Surgut, Russia. ³ Department of Healthcare of Yamal-Nenets Autonomous District. Republic's Street 72, 629008, Salekhard, Russia. The results of a study, represented in this article, are dedicated to the study of formation and course of alcohol dependence among indigenous nationalities of the North, which live in the territory of the North of Siberia, they make it possible to reveal some special features of clinical course of alcoholism, typical for indigenous peoples, who live in the territory of the Yamal-Nenets Autonomous District. **Keywords:** alcoholism, indigenous peoples of Yamal-Nenets Autonomous District, ethnic features.

* Сульдин Александр Михайлович, д. м. н., проф. каф. патофизиологии и общей патологии. Тел.: +79044924904. E-mail: souldine@mail.ru

Савченко Михаил Евгеньевич – заместитель директора Департамента здравоохранения ЯНАО. Тел.: +7(34922)40387. E-mail: savthenko@dpr.yamalzdav.ru

Введение. Общие закономерности клинического течения и исходов алкогольной зависимости достаточно систематизированы для населения Европейской части РФ. При этом многие факторы риска формирования алкогольной зависимости, специфичные для Крайнего Севера, недостаточно систематизированы. В то же время многими авторами отмечено, что клиническое формирование и течение у лиц, относящихся к категории коренного населения, имеет иные закономерности. Авторами отмечается развитие алкогольных психозов на 4–5-е сутки, преимущественно в виде алкогольного галлюциноза и алкогольного делирия. Содержательная часть галлюцинаций представлена обвиняющими галлюцинациями, идеями самоубийства, чувством страха и тревоги.

Исследования, посвященные изучению клинической картины алкоголизма среди представителей коренных народов Севера Сибири (Кудрявцев Ю. Д., 2000; Пантелеев В. Г., 2004; Матвеева Н. П., 2010; Кузнецов В. Н., Бохан Н. А., Мандель А. И., 2012; Бохан Н. А., Матвеева Н. П., Хоютанова и др., 2012), свидетельствуют о высокой прогрессивности заболевания среди представителей арктических популяций с утратой количественного контроля, быстрым развитием физической зависимости, алкогольного абстинентного синдрома, высокой частотой и степенью изменений личности, морально-этического и интеллектуально-мнестического снижения, социальной и профессиональной дезадаптацией.

Цель исследования. Изучить и систематизировать данные о распространенности алкогольной зависимости среди коренного населения ЯНАО, представить основные факторы и особенности клинического течения алкогольной зависимости.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование выполнено в период с 2002 по 2012 г. на базе ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер» (Салехард). Изучаемую выборку составили 135 больных из числа проходивших стационарное лечение по поводу психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления алкоголем по критериям МКБ-10. Первая группа (основная) включала 50 больных представителей коренного населения, средний возраст $41,77 \pm 7,55$ года, лечившихся по поводу психических расстройств и расстройств поведения, вызванных употреблением алкоголя; синдром зависимости (F10.21). Вторую группу (сравнения) составили 85 пациентов из числа европейского (пришлого) населения со средним возрастом $40,3 \pm 11,58$ года, лечившихся по поводу психических расстройств и расстройств поведения, вызванных употреблением алкоголя; синдром зависимости (F10.21).

Критериями включения в исследование служили возраст пациентов от 18 до 60 лет (для исключения влияния возрастных особенностей) и установленный диагноз психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя, синдром зависимости, II стадия.

Критериями исключения являлись: 1) наличие у пациентов сопутствующих психических заболеваний, таких как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, умственная отсталость; 2) случаи острого алкогольного параноида, Корсаковского психоза, энцефалопатии Гайе-Вернике в связи с тем, что в настоящее время эти расстройства встречаются достаточно редко и не могли быть набраны в количестве, достаточном для корректного сравнения и статистической обработки; 3) наличие тяжелой соматической патологии, которая могла значимо влиять на клинические проявления алкогольных психозов.

Исходя из поставленных задач, в настоящей работе в качестве основных использованы следующие методы исследования: 1) клинко-психопатологический (оценка симптомов, синдромов и состояний больных на различных этапах заболевания); 2) клинко-динамический (оценка динамики клинических проявлений наркологической патологии в процессе применения психофармакологических, психотерапевтических и физиотерапевтических методов лечения); 3) статистический (обработка результатов исследования методами многомерной статистики, корреляционный анализ, оценка достоверности полученных данных с применением t-критерия Стьюдента). Кроме того, в некоторых случаях оценка статистической достоверности проводилась методом вариационной статистики с применением z-критерия. Достоверным считались различия между сравниваемыми рядами с уровнем доверительной вероятности 95 % и выше. При динамическом анализе, сравнении независимых выборок использовали метод проверки значимости среднего значения пар.

Результаты исследования и их обсуждение. Формирование алкогольной зависимости среди представителей коренного населения (основная группа) в сравнении с европейским населением ЯНАО (контрольная группа) оценивалось в соответствии с результатами анализа сведений из амбулаторных карт и историй болезни пациентов окружного наркологического диспансера ГБУЗ «ЯНОНД» (Салехард). В таблице 1 представлены клинко-динамические параметры формирования алкоголизма в исследуемых группах.

Как следует из таблицы 1, средний возраст начала употребления алкоголя в основной группе составляет $16,26 \pm 1,75$ года, тогда как в контрольной группе $19,0 \pm 1,73$ года ($p < 0,05$). Средний возраст регулярного употребления

алкоголя в основной группе составляет $20,55 \pm 2,39$ года, средний возраст регулярного употребления алкоголя в контрольной группе – $25,3 \pm 1,56$ года ($p < 0,014$).

Т а б л и ц а 1
Клинко-динамические параметры формирования алкогольной зависимости по группам обследованных

| Показатель | Группа | | Критерий t |
|--|-------------------|--------------------|-------------|
| | основная (n=50) | контрольная (n=85) | |
| Средний возраст начала употребления спиртных напитков, лет | $16,26 \pm 1,75$ | $19,0 \pm 1,73$ | $p < 0,05$ |
| Средний возраст регулярного употребления алкоголя, лет | $20,55 \pm 2,39$ | $25,3 \pm 1,56$ | $p < 0,014$ |
| Средний возраст появления палимпсестов, лет | $25,61 \pm 1,94$ | $31,7 \pm 1,84$ | $p < 0,006$ |
| Средняя продолжительность I стадии алкоголизма, лет | $2,06 \pm 1,09^*$ | $4,8 \pm 0,98^*$ | $p < 0,001$ |
| Средний возраст появления амнезий, лет | $27,81 \pm 2,56$ | $33,5 \pm 1,82$ | $p < 0,01$ |
| Средний возраст трансформации опьянения, лет | $23,58 \pm 1,60$ | $34,3 \pm 3,84$ | $p < 0,001$ |
| Средний возраст формирования ААС, лет | $22,61 \pm 3,30$ | $30,1 \pm 2,34$ | $p < 0,001$ |
| Средний возраст появления запоев, лет | $26,94 \pm 2,95$ | $32,6 \pm 1,54$ | $p < 0,01$ |

Средняя продолжительность I стадии алкоголизма от начала систематического приёма алкоголя до формирования абстинентного синдрома составила в основной группе $2,06 \pm 1,09$ года, в контрольной группе – $4,8 \pm 0,98$ года ($p < 0,001$). Средний возраст появления палимпсестов в основной группе составил $25,61 \pm 1,94$ года, в контрольной группе – $31,7 \pm 1,84$ года ($p < 0,006$). Средний возраст появления амнезий в основной группе составил $27,81 \pm 2,56$ года, в контрольной группе – $33,5 \pm 1,82$ года ($p < 0,01$). Средний возраст трансформации опьянения в основной группе составил $23,58 \pm 1,60$ года, в контрольной группе – $34,3 \pm 3,84$ года ($p < 0,001$). Средний возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома в основной группе составлял $22,61 \pm 3,30$ года, в контрольной группе – $30,1 \pm 2,34$ года ($p < 0,01$). Средний возраст появления запоев в основной группе составил $26,94 \pm 2,95$ года, в контрольной группе – $32,6 \pm 1,54$ года ($p < 0,01$). Клинко-динамические параметры течения хронического алкоголизма по группам обследованных, включая максимальную разовую, максимальную суточную толерантность, количество запоев в месяц, а также средняя продолжительность запоев отражены в таблице 2.

Как следует из таблицы 2, у пациентов основной группы значения разовой толерантности к алкоголю составляют $0,32 \pm 0,10$ литра 40-процентного алкоголя, что несколько меньше ($p < 0,005$), чем в контрольной группе ($0,56 \pm 0,11$ литра 40-процентного алкоголя).

Т а б л и ц а 2
Клинико-динамические параметры течения хронического алкоголизма по группам обследованных

| Показатель | Группа | | Критерий t |
|---|-----------------|--------------------|------------|
| | основная (n=50) | контрольная (n=85) | |
| Время достижения максимальной толерантности, лет | 1,52±0,57 | 3,47±12,85 | p<0,05 |
| Продолжительность ААС до полного редуцирования | 8,10±2,58 | 5,2±1,58 | p<0,05 |
| Количество запоев в месяц | 3,01±1,33 | 3,7±1,60 | p<0,05 |
| Средняя продолжительность запоев, дни | 5,35±1,56 | 4,56±1,79 | p<0,05 |
| Максимальная разовая толерантность к алкоголю, литры 40 % алкоголя | 0,32±0,10 | 0,56±0,11 | p<0,005 |
| Максимальная суточная толерантность к алкоголю, литры 40 % алкоголя | 0,68±0,35 | 0,92±0,20 | p<0,005 |

Более выраженной оказалась разница при сравнении суточной толерантности к алкоголю: у пациентов основной группы этот показатель составил 0,68±0,35 литра 40-процентного алкоголя, что меньше (p<0,005), чем в контрольной группе (0,92±0,20 литра 40-процентного алкоголя). Период достижения максимальной толерантности среди представителей коренных национальностей вдвое короче и составляет в среднем 1,52±0,57 года, тогда как среди представителей пришлого населения в среднем 3,47±12,85 года (p<0,05). Среднее количество запоев в основной группе составило 3,01±1,33 в месяц, средняя продолжительность 1 запоя составляла 5,35±1,56 дня. В контрольной группе среднее количество запоев составляло 3,7±1,60 в месяц, средняя продолжительность 1 запоя составляла 4,56±1,79 дня (p<0,05). Продолжительность ААС (до полного редуцирования) в основной группе составляла 8,10±2,58 дня, в контрольной группе – 5,2±1,58 дня. Таким образом, в основной группе запои протекали продолжительнее и в среднем чаще, чем в контрольной группе. Формы злоупотребления алкоголем по группам обследованных представлены в таблице 3.

Т а б л и ц а 3
Формы злоупотребления алкоголем по группам обследованных

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

Как следует из таблицы 3, формы злоупотребления алкоголем в основной группе (92,0 %) и контрольной группе (89,5 %) представлены преимущественно псевдозапойми. Переменяющееся пьянство встречалось в основной группе в 8,0 %, в контрольной группе – в 10,5 % случаев.

Варианты алкогольного опьянения среди обследованных пациентов окружного наркологического диспансера ГБУЗ «ЯНОНД» (Салехард) представлены в таблице 4.

Т а б л и ц а 4
Варианты алкогольного опьянения по группам обследованных

| Вариант опьянения | Основная группа (n=50) | | Контрольная группа (n=85) | |
|-----------------------------|------------------------|-----|---------------------------|-------|
| | абс | % | абс | % |
| Депрессивный | 5 | 10 | 16 | 18,8 |
| Дисфорический | 17 | 34 | 11 | 12,9 |
| Истерический | 1 | 2 | 9 | 10,5 |
| Параноидный | 1 | 2 | 6 | 7,05 |
| С импульсивными действиями | 2 | 4 | 3 | 3,5 |
| С преобладанием сомноленции | 1 | 2 | 6 | 7,05 |
| Эйфорический | 5 | 10 | 18 | 21,1 |
| Эксплозивный | 14 | 28 | 15 | 17,64 |
| Эпилептоидный | 4 | 8 | 1 | 1,17 |
| всего | 50 | 100 | 85 | 100 |

Как следует из таблицы 4, доминирующими вариантами опьянения у пациентов основной группы являются дисфорический (34,0 %, p<0,05) и эксплозивный (28,0 %, p<0,05). Реже встречаются депрессивный (10,0 %), эйфорический (10,0 %) и эпилептоидный (8,0 %) варианты алкогольного опьянения. Среди пациентов контрольной группы чаще встречаются эйфорический (21,1 %), депрессивный (18,8 %, p<0,05), несколько уступают им эксплозивный (17,6 %) и дисфорический (12,9 %, p<0,05) варианты.

Таким образом, алкогольная зависимость в основной группе по сравнению с контрольной группой формируется в более раннем возрасте и приобретает форму агрессивного течения, что может являться неблагоприятным прогностическим признаком течения и исхода алкогольного заболевания среди представителей коренных национальностей.

Заключение. Таким образом, основными результатами проведенного исследования, посвященного изучению формирования и течения алкогольной зависимости среди представителей коренных народов и представителей европейского населения Ямало-Ненецкого автономного округа явились следующие.

1. Средний возраст начала употребления алкоголя в основной группе (представители коренных народов ЯНАО) 16,26±1,75 года, в контрольной группе (европейское население ЯНАО) 19,0±1,73 года (p<0,05). Средний возраст регулярного употребления алкоголя в основной группе 20,55±2,39 года, в контрольной группе 25,3±1,56 года (p<0,014). Средняя продолжительность I стадии алкоголизма в основной группе 2,06±1,09 года, в контрольной группе 4,8±0,98 года (p<0,001). Средний возраст появления палимпсестов в основной группе 25,61±1,94 года, в контрольной группе 31,7±1,84 года (p<0,006). Средний возраст появления ам-

незий в основной группе $27,81 \pm 2,56$ года, в контрольной группе $33,5 \pm 1,82$ года ($p < 0,01$). Средний возраст трансформации опьянения в основной группе $23,58 \pm 1,60$ года, в контрольной группе $34,3 \pm 3,84$ года ($p < 0,001$). Средний возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома в основной группе $22,61 \pm 3,30$ года, в контрольной группе $30,1 \pm 2,34$ года ($p < 0,01$). Средний возраст появления запоев в основной группе $26,94 \pm 2,95$ года, в контрольной группе $32,6 \pm 1,54$ года ($p < 0,01$).

2. Разовая толерантность к алкоголю в основной группе $0,32 \pm 0,10$ литра, в контрольной группе $0,56 \pm 0,11$ литра 40-процентного алкоголя). Суточная толерантность к алкоголю в основной группе $0,68 \pm 0,35$ литра, в контрольной группе $0,92 \pm 0,20$ литра 40-процентного алкоголя. Максимальная толерантность в основной группе достигается в среднем за $1,52 \pm 0,57$ года, в контрольной группе в среднем за $3,47 \pm 12,85$ года ($p < 0,05$). Среднее количество запоев в основной группе составляет $3,01 \pm 1,33$ в месяц и средняя продолжительность 1 запоя составляет $5,35 \pm 1,56$ дня. В контрольной группе среднее количество запоев $3,7 \pm 1,60$ в месяц, средняя продолжительность 1 запоя $4,56 \pm 1,79$ дня ($p < 0,05$). Продолжительность ААС (до полного редуцирования) в основной группе $8,10 \pm 2,58$ дня, в контрольной группе $5,2 \pm 1,58$ дня.

3. Формы злоупотребления алкоголем в основной группе (92,0 %) и контрольной группе (89,5 %) представлены преимущественно псевдозапоями. Перемежающееся пьянство встречалось в основной группе в 8,0 %, в контрольной группе в 10,5 % случаев.

4. Доминирующими вариантами опьянения у пациентов основной группы являются дисфорический (34,0 %, $p < 0,05$) и эксплозивный (28,0 %, $p < 0,05$). Реже встречаются депрессивный (10,0 %), эйфорический (10,0 %) и эпилептоидный (8,0 %) варианты алкогольного опьянения. Среди пациентов контрольной группы чаще встречаются эйфорический (21,1 %), депрессивный (18,8 %, $p < 0,05$), несколько уступают им эксплозивный (17,6 %), и дисфорический (12,9 %, $p < 0,05$) варианты.

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Матвеева Н. П., Хайтанова Н. В., Томский М. И., Максимова Н. Р., Степанов В. А., Марусин А. В., Олесева 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.
2. Кудрявцев Ю. Д. Клинические проявления психических расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, у коренных народов Хабаровского края: автореф. дис. ... к.м.н. – М., 2000. – 22 с.
3. Кузнецов В. Н., Бохан Н. А., Мандель А. И. Формирование алкогольной зависимости у нарымских селькупов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (72). – С. 97–99.
4. Матвеева Н. П. Распространенность, факторы риска и клиническая динамика алкоголизма и алкогольных психозов среди коренного населения Республики Саха (Якутия) (этнокультурный, реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 2010.
5. Пантелеев В. Г. Этнокультуральные особенности распространенности, клиники и профилактики алкогольных психозов в Республике Коми: автореф. дис. ... к.м.н. – М., 2004.

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N. A., Matveeva N. P., Khayutanova N. V., Tomskey M. I., Maximova N. R., Stepanov V. A., Marusin A. V., Olesova L. D., Krivoschapkina Z. N. [Clinical-pathobiological regularities of formation of alcoholism in indigenous 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.).
2. Kudryavtsev Yu. D. [Clinical manifestations of mental disorders conditioned by alcohol use in indigenous peoples of Khabarovsk Krai]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of Ph.D. thesis]. Moscow, 2000; 22 p. (In Russ.).
3. Kuznetsov V. N., Bokhan N. A., Mandel A. I. [Formation of alcohol dependence in Narym's Selkups]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3(72): 97-99. (In Russ.).
4. Matveeva N. P. [Prevalence, risk factors and clinical dynamic of alcoholism and alcoholic psychoses among indigenous population of Republic of Sakha (Yakutia) (ethnocultural, rehabilitative aspects)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of Ph.D. thesis]. Tomsk, 2010. (In Russ.).
5. Panteleev V. G. [Ethnocultural features of prevalence, clinic and prevention of alcoholic psychoses in Republic of Kom]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of Ph.D. thesis]. Moscow, 2004. (In Russ.).

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89-008+159]:618.14-006-05

ББК Ю948+Р715

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТ- ВЕННОЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕН- НОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИ- ЕЙ ТЕЛА МАТКИ

Савин А. И., Володин Б. Ю.*

ГБОУ ВПО «Рязанский ГМУ» Минздрава России
390026, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

В статье приведены результаты исследования типов отношения к болезни до и после оперативного вмешательства (удаление матки) у 70 женщин с раком тела матки и у 70 женщин с миомой матки. Выявлены особенности реагирования на заболевание, характерные для пациенток со злокачественными и доброкачественными опухолевыми образованиями тела матки: у больных с онкопатологией – эргопатический, сенситивный и тревожный, у больных с миомой – эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни. Обнаружены выраженная отрицательная корреляция эргопатического и тревожного типов у пациенток с раком тела матки и выраженная позитивная корреляция эргопатического и сенситивного типов у женщин с миомой матки. Полученные данные могут быть использованы в разработке лечебно-психотерапевтических и реабилитационных мероприятий для данного контингента пациенток. **Ключевые слова:** рак тела матки, миома матки, тип отношения к болезни.

TYPES OF ATTITUDE TOWARD THE DISEASE IN WOMEN WITH MALIGNANT AND BENIGN TUMOR OF THE CORPUS UTERI. Savin A. I., Volodin B. Yu. Ryazan State Medical University. Vysokovolt'naya Street 9, 390026, Ryazan, Russia. The present article deals with the results of research of types of attitude toward the disease before and after the surgery (hysterectomy) in 70 women with uterine carcinoma and in 70 women with hysteromyoma. The present article deals with the peculiarities of attitude toward the disease, typical for patients with malignant and benign tumor formations of the corpus uteri. They have been identified in cancer patients: ergopathic, sensitive and anxious types of attitude toward the disease, in patients with myoma: ergopathic and sensitive types of attitude toward the disease. A significant negative correlation of ergopathic and anxious types in patients with uterine carcinoma and a significant positive correlation of ergopathic and sensitive types in women with hysteromyoma have been found. The data can be used to develop measures of psychotherapeutic treatment and rehabilitative actions for these patients. **Keywords:** uterine carcinoma, hysteromyoma, type of attitude toward the disease.

* Савин Андрей Иванович, заочный аспирант кафедры психиатрии и психотерапии ФДПО, моб.: 89209554681.
E-mail: savin.andrei.iv@yandex.ru

Володин Борис Юрьевич, д. м. н., зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии, 8(4912)247708.

Опухолевые заболевания тела матки являются важной медицинской и психосоциальной проблемой. Отмечается неуклонный рост заболеваемости раком эндометрия. В нашей стране заболеваемость раком тела матки (РТМ) за последние 30 лет увеличилась в 3 раза и занимает второе место среди онкопатологии у женщин (на первом месте – рак молочной железы) и первое место среди онкологических заболеваний женской половой сферы. Фиксируется также рост удельного веса женщин молодого возраста с данным заболеванием [7].

Широко распространенной доброкачественной патологией женской половой сферы является миома матки (ММ), которая нередко служит показанием для удаления матки, а в перименопаузе является наиболее частой причиной для подобной операции [16].

Данные многих отечественных и зарубежных исследователей, занимающихся изучением психического состояния онкологических больных, свидетельствуют о широкой распространенности в данном контингенте психопатологических расстройств [3, 6, 15]. Имеются сведения о высокой распространенности данных расстройств у больных РТМ [4, 11, 12] и ММ, особенно у женщин, перенесших операцию [1, 2]. Несмотря на это, работы, посвященные изучению психики больных со злокачественной и доброкачественной опухолевой патологией тела матки, весьма немногочисленны [14].

Для описания эмоциональных реакций пациентов на соматическое заболевание, их представлений о своей болезни Р. А. Лурия (1977) ввел определение «внутренняя картина болезни» (ВКБ) [8]. ВКБ является психологическим комплексом, который может утяжелять течение болезни, снижать эффективность лечения и приводить к патологическому развитию личности. Поэтому многие авторы рассматривают ВКБ как основную психологическую структуру, на которой необходимо сосредоточить психокоррекционные мероприятия [9, 10]. Выявленные же сведения об особенностях ВКБ и личностного реагирования на заболевание могут применяться для разработки и повышения эффективности психотерапевтических методов [13]. Большое значение в образовании ВКБ имеет тип эмоциональных отношений больного к своему заболеванию, его симптомам, прогнозу и т. п. [5].

Цель исследования: изучить типы отношения к болезни и их динамику в результате оперативного лечения у пациенток с раком тела матки и миомой матки.

Материалы и методы исследования. Были обследованы две группы пациенток, поступивших на оперативное лечение. В первую группу вошли 70 женщин с РТМ (средний возраст – 55±6,5 года), во вторую группу были включены

также 70 женщин с ММ (средний возраст – 44,6±5,3 года). Больные РТМ в период нашего наблюдения проходили лечение (экстирпация матки) в Рязанском областном клиническом онкологическом диспансере, а пациентки с миомой подверглись оперативному вмешательству (удаление матки) в гинекологическом отделении Рязанской городской больницы № 8.

Обследование проводилось до и после операции. На первом этапе тестирования определялись ведущие типы отношения к болезни.

Целью исследования в послеоперационном периоде являлось изучение их динамики в результате оперативного вмешательства. Был использован Личностный Опросник Бехтеревского Института (ЛОБИ). Тест направлен на определение типов отношения к болезни: *гармоничный* (здоровая оценка своего состояния, выполнение лечебных рекомендаций), *эргопатический* (уход от болезни в трудовую деятельность, невзирая на тяжесть заболевания), *анозогнозический* (отрицание болезненных расстройств, намерение отказываться от обследования и лечения), *тревожный* (постоянное волнение и ожидание неблагоприятного исхода заболевания), *ипохондрический* (сосредоточенность на неприятных и болезненных ощущениях, преувеличение имеющихся и нахождение несуществующих болезней), *неврастенический* (плохая переносимость болезненных ощущений, нетерпеливость, вспышки раздражения с последующими угрызениями совести), *меланхолический* (депрессивные высказывания, пессимистическое отношение к лечению и возможности выздоровления), *апатический* (безразличие к себе, лечению, исходу заболевания), *сенситивный* (опасения произвести неблагоприятное впечатление на окружающих своим заболеванием, стать обузой для своих близких), *эгоцентрический* (стремление сконцентрировать внимание окружающих на своих переживаниях, на заботе о себе), *паранойяльный* (подозрительность к лечебным мероприятиям, склонность обвинять медицинский персонал в невнимательности, а то и в злом умысле) и *дисфорический* (доминирующее гневливое настроение, требование к себе особого внимания, подозрительность к лечебно-диагностическим мероприятиям, склонность обвинять других в своем заболевании).

Шкалы типов отношения распределены по трем блокам. I блок сочетает гармоничный, анозогнозический и эргопатический типы и характеризует наиболее благоприятное реагирование пациента на заболевание. II блок образован из тревожного, меланхолического, неврастенического и апатического типов и указывает на интрапсихический способ реагирования. III блок состоит из эгоцентрического, сенситивного, дисфорического и паранойяльного типов отношения к заболеванию и отражает интерпсихический стиль реагирования.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программ Excel 2010 и BioStat 2009 Professional 5. 8. 4. с помощью параметрических методов (t-критерии Стьюдента, корреляционный анализ по Пирсону). Распределение признаков на нормальность проверялось с помощью критериев Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллифорса, Шапиро-Уилка и графическим методом.

Результаты и обсуждение. При обследовании обеих групп пациенток были выявлены типы отношения к болезни, представленные средними показателями в таблице 1.

Таблица 1
Средние показатели типов отношения к болезни у больных раком тела матки и миомой матки

| Тип отношения к болезни | РТМ | ММ | T | p |
|-------------------------|-------------------|-------------------|--------|--------|
| Гармоничный | 13,43±0,97 | 15,46±1,18 | 1,3239 | 0,1878 |
| Эргопатический | 16,87±1,56 | 18,09±1,56 | 0,5512 | 0,5812 |
| Анозогнозический | 3,89±0,397 | 6,74±0,56 | 4,1636 | 0,0001 |
| Тревожный | 16,4±0,93 | 10,07±0,65 | 5,5752 | 0,0001 |
| Ипохондрический | 11,67±0,78 | 8,46±0,6 | 3,2763 | 0,0013 |
| Неврастенический | 7,91±0,61 | 6,33±0,37 | 2,2143 | 0,0288 |
| Меланхолический | 5,97±0,47 | 4,3±0,43 | 2,6437 | 0,0092 |
| Апатический | 3,6±0,36 | 2,71±0,24 | 2,0483 | 0,0427 |
| Сенситивный | 20,67±0,94 | 16,57±0,9 | 3,1492 | 0,002 |
| Эгоцентрический | 10,44±0,64 | 8,86±0,6 | 1,8142 | 0,0718 |
| Паранойяльный | 5,54±3,42 | 4,27±0,38 | 2,2851 | 0,0238 |
| Дисфорический | 3,6±0,41 | 3,11±0,32 | 0,9869 | 0,3254 |

Примечание. Жирным шрифтом выделены ведущие типы отношения к болезни.

В диагностическую зону попали: у больных РТМ – эргопатический, сенситивный и тревожный, у больных миомой матки – эргопатический и сенситивный типы отношения к болезни. Выявленные высокие показатели по сенситивному типу в обеих группах свидетельствуют о неблагоприятии в сфере межличностных отношений у пациенток и с РТМ, и ММ. Статистически достоверное превышение показателей по сенситивному ($p=0,002$) и тревожному ($p<0,0001$) типам при РТМ в сравнении с ММ (при этом у женщин с миомой тревожный тип даже не попал в диагностическую зону) говорит о более болезненном реагировании на заболевание у больных со злокачественной опухолевой патологией тела матки.

На рисунке 1 показаны более низкие показатели по I блоку в предоперационном периоде и более высокие – по II и III блокам на обоих этапах исследования у больных РТМ. При этом у пациенток с онкопатологией выявлено статистически достоверно превышение II (перед операцией $p=0,0027$, после операции $p=0,0001$) и III (до операции $p=0,0055$; после операции $p=0,0018$) блоков в сравнении с соответствующими блоками больных ММ. После оперативного лечения отмечается некоторое увеличение (статистически недостоверное) I блока у больных РТМ и снижение (также статистически недостоверное) I и II блоков у пациенток с ММ.

Таким образом, диаграмма демонстрирует большую степень дезадаптивного реагирования (превышение II и III блоков) на заболевание, сохраняющегося и после операции, у женщин с РТМ.

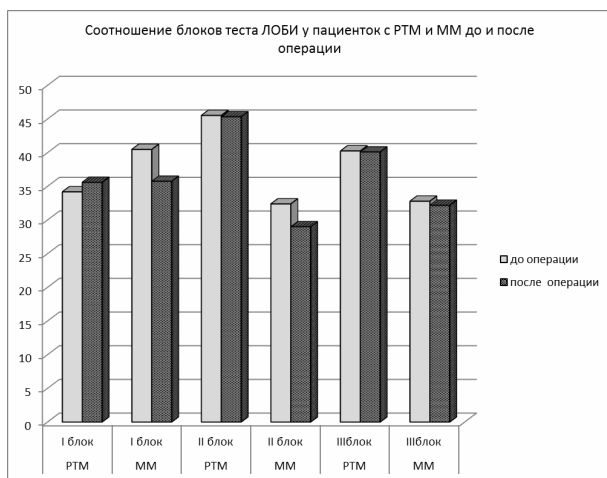


Рис. Динамика блоков теста ЛОБИ в процессе лечения

В таблице 2 представлены данные корреляционного анализа между ведущими типами отношения к болезни

Таблица 2

Корреляционные взаимоотношения между ведущими типами отношения к болезни у больных раком тела матки и миомой матки (в динамике)

| Заболевание | Сравниваемые ведущие типы отношения к болезни | До операции | | После операции | |
|-------------|---|--------------|---------------|----------------|---------------|
| | | R | P | r | P |
| РТМ | P-T | -0,39 | 0,0009 | -0,38 | 0,0013 |
| | P-C | 0,13 | 0,2839 | 0,19 | 0,1229 |
| | T-C | 0,08 | 0,4836 | 0,13 | 0,2771 |
| ММ | P-C | 0,41 | 0,0005 | 0,43 | 0,0002 |

Примечание. Р – эргопатический тип; Т – тревожный тип; С – сенситивный тип. Жирным шрифтом выделены статистически достоверные данные о корреляционной зависимости.

В пред- и послеоперационном периодах выявлены выраженная негативная зависимость между эргопатическим и тревожным типами отношения к болезни у пациенток с РТМ и выраженная позитивная зависимость между эргопатическим и сенситивным типами у женщин с ММ. Полученные результаты позволяют предложить различные психотерапевтические мероприятия в отношении каждой группы пациенток. Так, для уменьшения тревожного типа у пациенток с РТМ можно стимулировать положительную для них трудовую активность. Тогда как к женщинам с ММ применима другая тактика, в частности психотерапевтическая работа в сфере межличностных отношений для коррекции дезадаптивных способов реагирования, характерных для сенситивного типа отношения к болезни.

Выводы. Проведенное исследование обнаружило ведущие типы отношения к болезни у больных с опухолевой патологией тела матки: при раке тела матки – эргопатический, сенситивный и тревожный, при миоме – эргопатический и сенситивный. Данные результаты свидетельствуют о дезадаптивных реакциях на выявленное заболевание, сохраняющиеся и в послеоперационном периоде, как при злокачественной, так и при доброкачественной опухолевой патологии тела матки.

Выявленные более высокие показатели II и III блоков у пациенток с раком тела матки демонстрируют наиболее неблагоприятные реакции на заболевание у женщин с данной патологией.

На основании полученных результатов об особенностях реагирования на заболевание, характерных для больных злокачественными и доброкачественными опухолями тела матки, можно определить психотерапевтические мишени для повышения эффективности психокоррекционной работы с данными пациентками.

Литература

1. Азаркова Л. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н., Коломиец Л. А., Дикке Г. Б., Семке В. А., Марков А. А., Несмелова В. А. Сравнительные исследования качества жизни у женщин с доброкачественными и злокачественными опухолями гинекологической сферы // Сибирский онкологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 18–20.
2. Адамян Л. В., Аскольская С. И., Кудрякова Т. А., Горев А. С. Психозоматическое состояние женщин после гистерэктомии // Акушерство и гинекология. – 1999. – № 3. – С. 35–38.
3. Андрющенко А. В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 1. – С. 14–28.
4. Березанцев А. Ю., Монасыпова Л. И., Стражев С. В., Спиртус А. М. Клинические и психосоциальные аспекты реабилитации женщин с онкологической патологией репродуктивной системы // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 1. – С. 28–33.
5. Березовский А. Э., Крайнова Н. Н., Бондарь Н. С. Самосознание психически больных // Материалы к спецкурсу. – Самара: Изд-во «Самарский университет», 2001. – 14 с.
6. Давыдов М. И. Психонкология // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3.
7. Кулаков В. И., Савельева Г. М., Манухин И. Б. Гинекология. Национальное руководство. – М., 2009. – 503 с.
8. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – С. 37–52.
9. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: МГУ, 1987. – 88 с.
10. Семке В. Я., Куприянова И. Е. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции. Сообщение 1 (обзор материалов X конгресса Всемирной ассоциации психиатров) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1998. – № 1–2. – С. 118–123.
11. Семке В. Я., Чойнзенов Е. Л., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н. Развитие сибирской психонкологии. – Томск, 2008.
12. Семке В. Я., Чойнзенов Е. Ц., Якимова М. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н. От этиопатогенеза к терапии и психологической реабилитации онкобольных // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 2. – С. 119–121.

13. Смулевич А. Б., Иванов С. В., Бескова Д. А., Шафигуллин М. Р. Нозогенные реакции у больных раком желудка // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – 10 с.
14. Dubskiy S. V., Kupriyanova I. E., Choinzonov E. L., Balatskaya L. N. Psychological rehabilitation and life quality assessment for patients with thyroid cancer // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 17–21.
15. Grassi L., Sabato S., Rossi E., Biancosino B., Marmai L. Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research in oncology // Psychosom. Psychosom. – 2005. – Vol. 74. – N 2. – P. 100–107.
16. Vollenhoven B. Introduction: the epidemiology of uterine leiomyomas // Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol. – 1998. – Vol. 12. – № 2. – P. 169–176.

Транслитерация русских источников

1. Agarkova L. A., Kupriyanova I. E., Balatskaya L. N., Kolomiets L. A., Dikke G. B., Semke V. A., Markov A. A., Nesmelova V. A. [Comparative investigations of quality of life in women with benign and malignant tumors of gynecological sphere]. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal* [Siberian Oncological Journal]. 2004; 1: 18–20. (In Russ.).
2. Adamyan L. V., Askol'skaya S. I., Kudryakova T. A., Gorev A. S. [Psychoemotional state of women after hysterectomy]. *Akusherstvo i ginekologija* [Obstetrics and Gynecology]. 1999; 31: 35–38. (In Russ.).
3. Andryushchenko A. V. [Prevalence and structure of mental disorders in general medicine]. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine* [Mental disorders in general medicine]. 2011; 1: 14–28. (In Russ.).
4. Berezantsev A. Yu., Monasypova L. I., Strazhev S. V., Spirtus A. M. [Clinical and psychosocial aspects of rehabilitation of women with oncological pathology of reproductive system]. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine* [Mental disorders in general medicine]. 2011; 1: 28–33. (In Russ.).
5. Berezovsky A. E., Kraynova N. N., Bondar' N. S. [Self-consciousness of mental patients]. *Materialy k speckursu* [Materials for special course]. Publishing House Samara University, Samara, 2001; 14 p. (In Russ.).
6. Davydov M. I. [Psychooncology]. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine* [Mental disorders in general medicine]. 2007; 3: 3 p. (In Russ.).
7. Kulakov V. I., Savelyeva G. M., Manukhin I. B. [Gynecology: National Guide]. Moscow, 2009; 503 p. (In Russ.).
8. Luria R. A. [Internal picture of illnesses and iatrogenic diseases]. The 4th edition. Publishing House Meditsina, Moscow, 1977; 37–52. (In Russ.).
9. Nikolayeva V. V. [Influence of chronic illness on psychics]. Publishing House of Moscow State University, Moscow, 1987; 88 p. (In Russ.).
10. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E. [Psychotherapy: present and future. Tendency to integration. Report 1 (review of materials of the Xth Congress of the World Psychiatric Association)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 1998; 1–2: 118–123. (In Russ.).
11. Semke V. Ya., Choinzonov E. L., Kupriyanova I. E., Balatskaya L. N. [Development of Siberian psychooncology]. Tomsk, 2008. (In Russ.).
12. Semke V. Ya., Choinzonov E. Ts., Yakimova M. A., Kupriyanova I. E., Balatskaya L. N. [From etiopathogenesis to therapy and psychological rehabilitation of cancer patients]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2003; 2: 119–121. (In Russ.).
13. Smulevich A. B., Ivanov S. V., Beskova D. A., Shafigullin M. R. [Psychogenic reactions in patients with stomach cancer]. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine* [Mental disorders in general medicine]. 2007; 3: 10 p. (In Russ.).

УДК 615.851+159:618.3
ББК Ю948+Р715

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЕСТОЗОМ

Куприянова И. Е.^{*1}, Лисовская М. Я.², Ротова И. А.¹

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

² МУЗ «Родильный дом № 5»
Красноярск, Свободный пр., 73

Цель исследования – изучить сравнительные психологические характеристики беременных, страдающих гестозом, и здоровых женщин. **Объект исследования.** В исследовании участвовала 101 беременная женщина, страдающая гестозом. Контрольная группа состояла из 40 здоровых беременных. Срок беременности от 30 до 41 недели. Методикой исследования служила «Психологическая перинатальная карта» с применением клинического структурированного интервью для психологического обследования беременной женщины (Филиппова Г. Г., 2002). Данная методика отражает динамику психических, физических, личностных, социальных изменений у беременной женщины, субъективное отношение женщины к беременности, ребёнку и своей роли как матери, к предстоящим изменениям в будущем, готовность к материнству, мотивация рождения ребёнка. **Результаты.** Пациентки с гестозом переживают внутрисемейный конфликт, проявляющийся в неготовности к материнской позиции с одновременной достаточно высокой социальной ценностью ребёнка и материнства. Этот конфликт связан с высокой личностной тревожностью, проблемами самооценки, ригидностью отношения к нормам и правилам, замкнутостью, потребностью в социальных достижениях, нарушении контактов с другими, конфликтностью. Разработаны мишени психотерапевтического лечения и профилактики развития гестоза: мотивация рождения ребёнка, самооценка, отношение к себе как к матери, отношения с другими людьми. Внедрение данной методики в практику ведения беременных позволит улучшить как психологическое состояние беременных, так и уменьшить риск возникновения гестозов. **Ключевые слова:** беременность, психологический профиль, гестозы, мотивация беременности.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN SUFFERING FROM GESTOSIS. Kupriyanova I. E., Lisovskaya M. A.², Rotova I. A. **Mental Health Research Institute SB RAMSci.** Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. ²Maternity Hospital No. 5. Svobodnyy Avenue 73, Krasnoyarsk, Russia. **The aim** was to study the comparative psychological characteristics of pregnant women suffering from gestosis and healthy women. **The object of research:** the study involved 101 pregnant women suffering from gestosis, and the control group of 40 healthy pregnant women. Pregnancy duration was from 30 to 41 weeks. The technique of research was "Psychological Perinatal Card" with use of structured clinical interview for psychological examination of the pregnant woman (Filippova G. G., 2002). This practice reflects the dynamics of mental, physical, personality, social changes in the pregnant woman, a subjective attitude of the woman toward pregnancy, child and her role as a mother, toward forthcoming changes in the future, preparedness to motherhood, and motivation of birth of the child. **Results:** patients with gestosis experience intrapersonal conflict, manifested in unpreparedness to maternal position with concurrent sufficiently high social value of child and motherhood. This conflict is associated on one hand with high personality anxiety, problems of self-esteem,

^{*} Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., профессор.
E-mail: irinakupr@rambler.ru

rigidity of attitude toward norms and rules, reticence, the need for social achievements, breach of contact with others, potential for conflicts. Targets of psychotherapeutic treatment and prevention of gestosis development were developed: motivation of childbirth, self-esteem, attitude toward herself as a mother, relations with other people. The introduction of this technique in practice of pregnancy management improved psychological state of pregnant women and reduced the risk of gestosis.

Keywords: pregnancy, psychological profile, gestosis, motivation of pregnancy.

Среди многочисленных исследований взаимоотношений в паре «мать – дитя» существуют две основные концепции определения сути материнско-детских отношений: 1) концепция фиксированных материнских отношений, в которой в центре анализа находятся ребенок, его личность, а родители выступают в роли носителей исторических и культурно закрепленных норм, а также объектов потребностей и желаний ребенка (Фрейд З., 1989; Фрейд А., 1999; Хорни К., 1993); 2) концепция, устанавливающая связи между факторами воспитания и развития ребенка, где основным положением является предположение об отражении личности ребенка в личности матери (Земская М., 1986; Лоуренс М., Магуир М., 2003; Магденко О. В., Стоянова И. Я., 2012).

В отечественной психологии акценты исследований сосредоточены на ведущей роли взрослого (матери) в психическом развитии ребенка (Эльконин Д. Б., 1987; Выготский Л. С., 1999), изучении стилей и типов детско-родительских отношений (Овчарова Р. В., 2003), исследовании личностных особенностей матери и их представленности в детско-родительских отношениях (Спиваковская А. С., 1998; Исенина Е. И., 2001). Потребность во взаимодействии с ребенком и заботе о нем, потребность в материнстве как собственном состоянии, выступающие в определенные периоды жизни в качестве доминирующих в общей структуре потребностей, что определяет собой основную направленность всей жизнедеятельности женщины. Психологический профиль женщины во многом оказывает большое влияние на течение беременности.

Цель исследования – изучить сравнительные психологические характеристики беременных женщин, страдающих гестозом, и здоровых женщин.

Объект исследования: исследование проводилось в условиях стационарного отделения рододовой госпитализации в МБУЗ «Родильный дом № 5» г. Красноярск. В исследовании участвовала 101 беременная женщина, страдающая гестозом. В контрольную группу вошли 40 здоровых беременных, без признаков гестоза. Срок беременности от 30 до 41 недели.

Методикой исследования служила «Психологическая перинатальная карта», в форме анонимного анкетирования беременные женщины отвечали на вопросы о беременности и материнстве.

В разработке психологической перинатальной карты использовано клиническое структурированное интервью для психологического обследования беременной женщины Г. Г. Филипповой (2002). Оно направлено на диагностику материнской личностной сферы беременной и отражает динамику психических, физических, личностных, социальных изменений у беременной женщины, отражающих процесс адаптации к беременности и предстоящему материнству, субъективное отношение женщины к беременности, ребёнку и своей роли как матери, к предстоящим изменениям в будущем, готовность к материнству, мотивация рождения ребёнка.

Таблица 1
Сравнительные данные эмоциональных, мотивационно-поведенческих и когнитивных характеристик у беременных с гестозом и здоровых женщин

| Беременные, страдающие гестозом | Беременные без признаков гестоза |
|--|--|
| <i>Потребностно-эмоциональный блок (эмоциональный компонент отношений)</i> | |
| <i>Стиль переживания беременности</i> | |
| Амбивалентный СПб (48,5 %), (адекватный – 17,8 %) | Адекватный. СПб (45,2 %) (амбивалентный - 12 %) |
| <i>Идентификация беременности</i> | |
| Сопровождается ярко выраженными разнонаправленными эмоциями, резкие всплески эмоций. Отношение к соматическим и другим изменениям неустойчиво, амбивалентно, ситуативно, интерпретация своих отрицательных эмоций преимущественно выражена как страх за ребенка или исход беременности, родов; характерны ссылки на внешние обстоятельства, мешающие благополучному переживанию беременности | Сопровождается преимущественно положительными переживаниями, не слишком сильно выраженными, без сильных и длительных отрицательных эмоций; болезненных ощущений нет. Соматические ощущения отличны от состояний небеременности, интенсивность средняя, хорошо выражена. Отношение к физическим и эмоциональным переменам как к естественным, необходимым |
| <i>Отношения других людей</i> | |
| Воспринимаются с претензиями, не удовлетворяют. Чрезмерная озабоченность собственным здоровьем с одновременным нежеланием лечиться в стационаре, конфликты с врачами, не критичность оценки реального соматического состояния, упрямство, внутриличностный конфликт, аутично-ригидный модус реагирования | Воспринимаются как поддерживающие, есть потребность в помощи, нет выраженных претензий, тревоги, удовлетворенность отношением к себе других людей. Доверяют врачам, доброжелательны и мало конфликтны |
| <i>Самоотношение к себе как матери (самооценка)</i> | |
| Во время беременности выражается в отношении к изменениям своей фигуры. Наблюдаются выраженная тревога, недовольство и неприятие изменений тела | Наблюдается принятие изменений тела, с элементами незначительного недовольства и позитивной уверенностью в восстановлении прежних «форм» |
| <i>Ценностно-смысловой блок (мотивационно-поведенческий (волевой) компонент отношений)</i> | |
| <i>Мотивация рождения ребёнка</i> | |
| Определяется социальной направленностью – вырастить достойного человека, научить его справляться с трудностями жизни, дать всё, что необходимо и даже больше. | Связана с заботой и интересом к воспитанию ребёнка «помогать, любить, научить», реже встречаются категоричные и социально-напряжённые высказывания. |

| | |
|--|---|
| В определении значения ребёнка для собственной жизни – смысл жизни, ребёнок будет значить ВСЁ. В оценке своих возможностей в 31 % случаев встречаются ответы, что никакие обстоятельства не смогут помешать быть уверенной в себе и счастливой матерью | Более дифференцировано определяют значение ребёнка в зависимости от возраста – «жить не ради ребёнка, а вместе с ним». В оценке своих возможностей более реалистичные, гибкие, склонны к опоре на близких людей |
| Деструктивная мотивация рождения ребёнка | |
| Встречается в 38,6 %. Отсутствие либо аггравация симптомов токсикоза в I триместре, конфликты на работе. Во II триместре состояние не восстанавливается, характерны увольнения, госпитализации, конфликты. В III триместре скучают по работе, чувствуют себя ненужными, вычеркнутыми из жизни, им сложно без привычного рабочего режима организовать свою жизнь – «дни проходят впустую». Часто продолжают работать после 30-недельного срока (не могу бросить из-за ответственности, потерю места, много сил и хочу работать) | Встречается в 12,1 %. Характерно изменение отношения к профессиональной деятельности по триместрам беременности. В I триместре трудности выполнения из-за раннего токсикоза, утомляемости, сонливости, но считают их преодолимыми, не склонны к аггравации. Во II триместре работоспособность восстанавливается, так как стабилизируется самочувствие. В III триместре снижается интерес к работе, «работа отходит на второй план, лень», превалирует «симптом гнезда», желание заниматься подготовкой к рождению ребёнка, «женские интересы» |
| Операциональный блок (когнитивный или познавательный компонент отношений) | |
| Состояния ребенка | |
| Дифференцируются недостаточно хорошо; нечетко различает динамику и выраженность активности ребенка в разные периоды суток, не понимает зависимость активности ребенка от своего физического и эмоционального состояния, не представляет себе, что он переживает и как это выражает, возможен уклон в некритичную положительную (эйфория) или отрицательную (тревога, отвержение) интерпретацию шевелений ребенка | Дифференцируются; хорошо различает динамику и выраженность активности ребенка в разные периоды суток, в зависимости от своего физического и эмоционального состояния, представляет себе, что он переживает и как это выражает |
| Средства воздействия | |
| Частично сформированы, направлены в основном на одну из форм контакта: успокоить, либо стимулировать активность. Не умеет поддерживать общение, может инициировать контакт без крайней необходимости, не всегда адекватно реагирует на контакт ребенка с другими людьми, не всегда самостоятельно находит оптимальные способы взаимодействия, склонна к использованию способов, предлагаемых авторитетами | Сформированы, направлены на контакт, поддержку и защиту ребенка, адекватны его состояниям и особенностям; может успокоить, поддержать общение, не инициирует контакт без крайней необходимости, адекватно реагирует на контакт ребенка с другими людьми, самостоятельно находит оптимальные способы взаимодействия |
| Средства контроля состояний ребенка | |
| Частично адекватные; в понимании состояний ребенка недостаточно ориентируется на его проявления и свои ощущения, не склонна доверять интуиции, не уверена в своих знаниях и опыте | Адекватные; ориентируется как на проявления ребенка, так и на свои ощущения, доверяет интуиции, но при этом адекватно оценивает свои знания и опыт |

| | |
|--|---|
| Может действовать вопреки своим чувствам и реакциям ребенка, ориентируясь на мнение других и сведения из книг, мучаясь сомнениями, переживая неудовлетворенность | Не склонна действовать вопреки своим внутренним чувствам и реакциям ребенка |
| Представления о ребенке и знания о его развитии | |
| Фрагментарные, не всегда адекватные его возрасту и особенностям; склонна занижать или завышать способности ребенка, ориентирована на актуальное или отдаленное будущее в развитии ребенка, частично умеет взаимодействовать с ребенком и осуществлять уход, не уверена в своей компетентности, не склонна доверять ребенку и себе, ориентируется на мнения авторитетов | Адекватные его возрасту и особенностям; умеет взаимодействовать с ребенком и осуществлять уход, стремится повысить свою компетентность, одновременно доверяет ребенку и себе. Спокойно и критически относится к авторитетам |
| Рассказывая о шевелениях ребёнка | |
| Чаще говорят о своих физических ощущениях, речь мало эмоциональная, неохотно делятся своими чувствами к будущему ребёнку | По собственной инициативе эмоционально, по-матерински, женственно описывают шевеления |

Обсуждение результатов. Материнство женщин, страдающих гестозом, является фрустрирующим событием для личности женщин:

- женщины чувствуют себя социально напряженно в связи с необходимостью следовать правилам, соответствовать нормам, идеалам;
- испытывают тревожность в силу неопределённости в иерархии жизненных событий во времени;
- ощущают угрозу самореализации личности;
- переживают, что нарушается их жизненный уклад;
- беременность конфликтует с другими потребностями;
- беременность усугубляет психологические проблемы (самоотношение, тревожность, конфликтность).

Пациентки с гестозом переживают внутличностный конфликт, проявляющийся в неготовности к материнской позиции с одновременной достаточно высокой социальной ценностью ребенка и материнства. Этот конфликт связан с высокой личностной тревожностью, проблемами самооценки, ригидностью отношения к нормам и правилам, замкнутостью, потребностью в социальных достижениях, неуверенностью в собственных силах, нарушением контактов с другими, конфликтностью. Материнство «требуется» от беременной женщины спокойствия, гибкости, нерешительности, доверчивости, открытости, чувствительности, самопринятия, снижения социальных, амбициозных требований к себе и людям, психологической гибкости, способности отложить на время социальные достижения и самореализацию, умения ценить и наслаждаться настоящим.

Исходя из полученных данных, нами разработаны мишени психотерапевтического лечения и профилактики развития гестоза:

- мотивация рождения ребёнка;
- самооценка в связи с ожидаемым рождением ребёнка;
- отношение к себе как к матери;
- отношения с другими людьми – с врачами, членами семьи, с коллегами в профессиональной деятельности;
- другие потребности личности, их иерархия и конфликт с материнством.

Использование структуры данной психологической перинатальной карты позволило выявить признаки, предрасполагающие к развитию гестоза. Обсуждение с беременной женщиной её трудностей помогает ослабить или разрешить внутриличностный конфликт, уменьшить состояние тревожности и внутреннего напряжения. С целью более глубокого психотерапевтического воздействия необходимо отработать все мишени психотерапевтического преломления. Внедрение данной методики в практику ведения беременных женщин позволило улучшить как психологическое состояние беременных, так и уменьшить риск возникновения гестозов.

Л и т е р а т у р а

1. *Выготский Л. С.* Психология развития человека. – М.: Эксмо, 2005. – 1136 с.
2. *Земская М.* Семья и личность. – М.: Прогресс, 1986. – 135 с.
3. *Исенина Е. И.* О некоторых понятиях онтогенеза базовых качеств матери // Журнал практического психолога. – 2003. – № 4–5. – С. 49–63.
4. *Лоуренс М., Магуир М.* Психотерапия женщин. – М.; СПб.: «Питер», 2003. – 205 с.
5. *Магденко О. В., Стоянова И. Я.* Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности. – Новосибирск: Полиграфическая компания, ИП Малыгин А. М., 2012. – 194 с.
6. *Овчарова Р. В.* Психология родительства. – М.: Академия, 2005. – 368 с.
7. *Спиваковская А. С.* Популярная психология для родителей. – М.: Флинта, Московский психолого-социальный институт, 1998. – 400 с.
8. *Филиппова Г. Г.* Материнство и основные аспекты его исследования в психологии // Вопросы психологии. – 2001. – № 2 – С. 22–36.
9. *Фрейд А.* Теория и практика детского психоанализа. – М.: «Эксмо Пресс», 1999.
10. *Фрейд З.* Введение в психоанализ. – М.: Наука, 1991. – 455 с.
11. *Хорни К.* Женская психология. – СПб., 1993. – 221 с.
12. *Эльконин Д. Б.* Психология развития. – М., 2001. – 143 с.

Транслитерация русских источников

1. *Vygotsky L. S.* [Psychology of human development]. Publishing House Eksmo, Moscow, 2005; 1136 p. (In Russ.).
2. *Zemskaya M.* [Family and personality]. Publishing House Progress, Moscow, 1986; 135 p. (In Russ.).
3. *Isenina E. I.* [About some concepts of ontogeny of basic qualities of a mother]. *Zhurnal prakticheskogo psihologa* [Journal of Practical Psychologist]. 2003; 4–5: 49–63. (In Russ.).
4. *Lawrence M., Maguire M.* [Psychotherapy with women]. Publishing House Piter, Saint-Petersburg, 2003; 205 p. (In Russ.).
5. *Magdenko O. V., Stoyanova I. Ya.* [Psychological help for pregnant women during formation of maternal role identity]. Polygraphic Company IP Malygin A. M., Novosibirsk, 2012; 194 p. (In Russ.).
6. *Ovcharova R. V.* [Psychology of parenthood]. Publishing House Akademija, Moscow, 2005; 368 p. (In Russ.).
7. *Spivakovskaya A. S.* [Popular psychology for parents]. Publishing House Flinta, Moscow Psychological-social Institute, Moscow, 1998; 400 p. (In Russ.).
8. *Filippova G. G.* [Motherhood and basic aspects of its investigation in psychology]. *Vopr. psihologii* [Issues of Psychology]. 2001; 2: 22–36. (In Russ.).
9. *Freud A.* [Theory and practice of child psychoanalysis]. Publishing House Eksmo Press, Moscow, 1999. (In Russ.).
10. *Freud S.* [Introduction in psychoanalysis]. Publishing House Nauka, Moscow, 1991; 455 p. (In Russ.).
11. *Horney K.* [Feminine psychology]. Saint-Petersburg, 1993; 221 p. (In Russ.).
12. *Elkonin D. B.* [Psychology of development]. Moscow, 2001; 143 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008.444.9:616.895.8
ББК Р645.090-435-57

ДИНАМИКА СМЫСЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ И АГРЕССИВНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ СПЕЦИАЛЬНОГО ТИПА

Кочеткова Е. П.¹, Бохан Т. Г.^{*2}

¹ КГУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю. К. Эрдыманова»
Барнаул, пос. Силикатный, ул. Суворова, 13

ФКУ «Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю»

² Национальный исследовательский «Томский государственный университет»
634050, Томск, пр. Ленина, д. 36

В статье представлены результаты изучения связи динамических смысловых систем сознания, отраженных в индивидуальном мировоззрении, с проявлениями агрессивности и враждебности больных шизофренией, совершивших опасные общественные деяния. Обсуждаются результаты психокоррекционной работы через динамику выраженности агрессивности и враждебности, их связи с изменениями в структурных и содержательных характеристиках предельных смыслов больных шизофренией. Обосновывается возможность обращения к ценностно-смысловым образованиям жизненного мира больных шизофренией как реабилитационному и профилактическому потенциалу агрессивного поведения. **Ключевые слова:** больные шизофренией, общественно опасные деяния, агрессивность, враждебность, смысловая система, мировоззрение, психологическая коррекция, реабилитация, профилактика.

DYNAMICS OF MEANING FORMATIONS AND AGGRESSIVENESS IN THE PROCESS OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS UNDER CONDITIONS OF COERCIVE TREATMENT AT THE WARD OF SPECIAL TYPE. Kochetkova E. P.¹, Bokhan T. G.^{*2} ¹Altay Krai Clinical Psychiatric Hospital named of Yu. K. Erdman. Suvorov's Street 13, vil. Silikatnyy, Barnaul, Russia. Main Office of MSE in Altay Krai. ² National Research «Tomsk State University». Lenin's Avenue 36, 634050, Tomsk, Russia. In the article, results of study of association of dynamic meaning systems of the consciousness reflected in individual world view with manifestations of aggressiveness and hostility of schizophrenic patients having committed dangerous social acts have been presented. Results of psychocorrective work are discussed through dynamic of severity of aggressiveness and hostility, their association with changes in structural and content characteristics of utmost meanings of schizophrenic patients. Possibility of addressing the value-meaning formations of life world of schizophrenic patients as rehabilitative and preventive potential of aggressive behaviour is grounded. **Keywords:** schizophrenic patients, social dangerous acts, aggressiveness, hostility, meaning system, world view, psychological correction, rehabilitation, prevention.

Вопросы, связанные с совершением больными шизофренией агрессивных общественно опасных деяний, остаются одними из актуальных в психиатрии и требуют дальнейшего всестороннего изучения [1]. Необходимость разработки наиболее эффективных мер профилактики правонарушений обуславливает исследовательский интерес не только к выявлению причин, механизмов и условий реализации агрессивных общественно опасных действий, но и к поиску факторов, препятствующих их возникновению у больных шизофренией [2]. На сегодняшний день существуют различные точки зрения на связь шизофренического синдрома с более частыми проявлениями антисоциального поведения. Так, многими исследователями указывается на наличие не только статистически, но и клинически и социально значимых корреляций [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 25—27]. Bartels et al. [10] установили, что почти у половины больных шизофренией отмечается так называемая характерологическая враждебность, проявляющаяся в негативизме, раздражительности, вербальной и физической агрессивности. Некоторые авторы считают, что она не имеет прямого отношения к психозу [11, 12]. Paul E. Mullen [12] выносит на обсуждение проблему о том, что наличие связи агрессии и шизофрении не всегда находит широкое признание среди врачей и организаторов здравоохранения. «Психиатрическому сообществу уже пора согласиться с тем, что агрессивное и антисоциальное поведение — возможные осложнения имеющегося шизофренического синдрома. С признанием того, что проблема насилия является нашей сферой, появится возможность применения мер для устранения его причин. До тех пор пока проблема насилия минимизируется или игнорируется как «не связанная с заболеванием», невозможно достигнуть какого-либо прогресса в редуцировании риска» [12]. В то же время эпидемиологические данные указывают, что частота совершаемых больными шизофренией агрессивных общественно опасных действий в большей мере связана не с психопатологическими особенностями, а с внеклиническими. Поэтому анализ причин совершаемых больными шизофренией агрессивных действий, наряду с клиническими, психопатологическими факторами, должен включать спектр внеклинических факторов, в первую очередь личностных особенностей [13, 14, 15, 16, 17] больного и качества его жизни [1].

Развитие науки породило интерес к системным явлениям, что нашло отражение в расширении изучения внеклинических факторов. В рамках системного анализа обосновано изучение «качества жизни больного», как важного аспекта проблемы, который интегрирует особенности синдрома, социально-личностных

^{*} Бохан Татьяна Геннадьевна, д.п.н., доцент, зав. каф. психотерапии и психологического консультирования. Тел. 529566, 89138782869. E-mail: btg960@sibmail.com

ориентаций, конкретной ситуации жизни больного, с учетом его субъективного отношения к своей жизни, и может содержать в себе информацию о причинах агрессивных действий больных и условиях, способствующих их реализации в общественно опасное действие [18]. В формировании оценки качества жизни больного значительную роль играет удовлетворенность, которая формируется на уровне эмоционального восприятия своих желаний, представлений о жизни, целей, к которым он стремится, и соответствия их реальному положению вещей [19].

Поднимается проблема восполнения дефицитов, затрудняющих процесс жизнеосуществления как реабилитационного потенциала в профилактике правонарушений у больных шизофренией. К ним исследователи относили формирование трудовых навыков, улучшение навыков формирования межличностных отношений, контроля гнева, выработку конструктивной уверенности в себе, усиление сочувствия к людям, устранение или смягчение когнитивных искажений, которые поддерживают разрушительные формы поведения [19, 20, 21]. В качестве возможных факторов повышения способности к эффективному жизнеосуществлению мы рассматриваем смысловые (когнитивно-эмоциональные) образования, которые выступая детерминантами поведения, в целом определяют жизненные стремления и образ жизни человека [22, 23, 24]. Б. В. Зейгарник [13] в русле патопсихологического подхода отмечает, что особенности смысловой сферы личности могут рассматриваться не только как следствие болезненных изменений, но и как более или менее хорошая основа для компенсации заболевания (замещающей перестройки системы деятельности больного). Однако данный психокоррекционный потенциал остается не достаточно востребован в практике психологической помощи в комплексной системе реабилитации данной категории больных.

Целью исследования явилось выявление эффектов психокоррекционной работы, проявляющихся в смысловой структуре мировоззрения и враждебных реакциях больных шизофренией.

Методы исследования. Для реализации поставленной цели использовались Методика предельных смыслов Д. А. Леонтьева [22], Личностный опросник исследования агрессии и враждебности Баса-Дарки. Для статистического анализа результатов динамического исследования использовался Т-критерий Уилкоксона для связанных выборок. Для анализа достоверности различий между результатами основной и контрольной групп использовался U-критерий Уилкоксона (Манна-Уитни) для несвязанных выборок.

Материал исследования. В исследовании принимали участие лица мужского пола в возрасте от 21 до 64 лет с диагнозом «шизофрения». Основная группа испытуемых состояла из больных с диагнозом «шизофрения», признанных невменяемыми в отношении совершения инкриминируемых им деяний и проходивших лечение в отделении принудительного лечения Алтайской КПБ им. Ю. К. Эрдмана. Контрольную группу исследовательской выборки составили пациенты с тем же диагнозом (шизофрения), но не совершавшие правонарушения, находящиеся в общем психотическом отделении этой же больницы. С основной группой испытуемых проводились психокоррекционные занятия в комплексной системе лечебно-реабилитационных мероприятий.

Результаты исследования. В таблице 1 представленные результаты указывают на то, что до проведения психокоррекционных занятий в системе лечебно-реабилитационных мероприятий у многих респондентов основной группы более выраженными, по сравнению с другими показателями, оказались показатели раздражительности и вербальной агрессии, в то время как негативизм, чувство вины и обида, по сравнению с другими шкалами, имеют более низкий средний балл.

Т а б л и ц а 1
Описательные статистики выборки
основной группы до реабилитации

| Показатель | N | Минимум | Максимум | Среднее | Стд. Отклонение |
|---------------------|-------|---------|----------|---------|-----------------|
| Физическая агрессия | 40,00 | 1,00 | 8,00 | 5,23 | 1,93 |
| Косвенная агрессия | 40,00 | 1,00 | 8,00 | 5,15 | 1,85 |
| Раздражительность | 40,00 | 0,00 | 11,00 | 7,10 | 2,69 |
| Негативизм | 40,00 | 1,00 | 5,00 | 2,95 | 1,41 |
| Обида | 40,00 | 0,00 | 8,00 | 3,58 | 2,18 |
| Подозрительность | 40,00 | 2,00 | 11,00 | 5,88 | 2,31 |
| Вербальная агрессия | 40,00 | 2,00 | 11,00 | 6,35 | 2,35 |
| Чувство вины | 40,00 | 0,00 | 9,00 | 3,30 | 2,22 |

Средний показатель индекса агрессии в основной группе имел значение 16,75 балла, что по сравнению с нормой (21 ± 4 балла) указывает на низкую выраженность агрессии у многих респондентов основной группы. Средний показатель индекса враждебности, который оценивается на основании показателей обиды и подозрительности, соответствует 9,37 балла (норма 6 ± 3 балла), что указывает на некоторую склонность к враждебности у многих респондентов основной группы.

Как показано в таблице 2, в контрольной группе более выражены, по сравнению с показателями других шкал, такие параметры как раздражительность и вербальная агрессия, менее выраженными оказались негативизм и чувство вины.

Таблица 2
Описательные статистики выборки
контрольной группы до реабилитации

| Показатель | N | Минимум | Максимум | Среднее | Стд. отклонение |
|---------------------|-------|---------|----------|---------|-----------------|
| Физическая агрессия | 40,00 | 1,00 | 2,00 | 1,13 | 0,33 |
| Косвенная агрессия | 40,00 | 0,00 | 3,00 | 1,30 | 1,26 |
| Раздражительность | 40,00 | 2,00 | 20,00 | 9,43 | 5,18 |
| Негативизм | 40,00 | 0,00 | 3,00 | 0,55 | 0,88 |
| Обида | 40,00 | 0,00 | 3,00 | 1,48 | 1,18 |
| Подозрительность | 40,00 | 0,00 | 3,00 | 1,50 | 1,06 |
| Вербальная агрессия | 40,00 | 6,00 | 27,00 | 14,38 | 5,67 |
| Чувство вины | 40,00 | 1,00 | 2,00 | 1,10 | 0,30 |

В контрольной группе средний показатель индекса агрессивности равен 16,81 балла, что также соответствует нормативным показателям – низкая граница нормы. Средний показатель индекса враждебности в контрольной группе составляет 2,98 балла, что значительно ниже ($p < 0,05$), чем в основной группе. На основании этих данных мы можем говорить, что склонность к враждебности у больных шизофренией, совершивших ООД, значительно выше, чем у больных шизофренией, не совершавших ООД.

Статистический анализ достоверности различий между результатами опросника Басса-Дарки в первом и втором (после психологической коррекции) срезах (табл. 3) указывает на значимое снижение показателей по шкалам обиды, раздражительности, вербальной агрессии, чувства вины. Выявлено, что такие показатели, как физическая агрессия, косвенная агрессия, негативизм и подозрительность, значительно не меняются. Индекс агрессии после психологической коррекции составляет 15,64 балла, индекс враждебности – 8,75 балла. В сравнении с аналогичными индексами до психологической коррекции можно отметить значимое снижение.

Таблица 3
Статистический анализ результатов опросника
Басса-Дарки в основной группе (1-й и 2-й срезы)

| Показатель | 1-й срез | 2-й срез | T-критерий | p | Критерий знаков | p |
|---------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|
| Физическая агрессия | 5,225 | 4,925 | 0,00 | 0,11 | 1,15 | 0,24 |
| Косвенная агрессия | 5,15 | 5,05 | 0,00 | 0,11 | 1,15 | 0,24 |
| Раздражительность | 7,1 | 6,325 | 0,00 | 0,03 | 2,04 | 0,04 |
| Негативизм | 2,95 | 2,95 | 17,00 | 0,89 | -0,35 | 0,72 |
| Обида | 3,575 | 2,95 | 0,00 | 0,01 | 2,47 | 0,01 |
| Подозрительность | 5,8 | 5,8 | 0,00 | 0,11 | 1,15 | 0,24 |
| Вербальная агрессия | 6,35 | 5,675 | 0,00 | 0,03 | 2,04 | 0,04 |
| Чувство вины | 3,3 | 2,9 | 0,00 | 0,04 | 1,78 | 0,07 |

Анализ достоверности различий между результатами основной группы (после психологической коррекции) и контрольной группы выявляет достоверно более высокие значения по шкалам физической, косвенной и вербальной агрессии, раздражительности и достоверно более низкие показатели по шкале чувства вины в основной группе.

Таблица 4
Сравнительные результаты опросника Басса-Дарки в основной группе (после психокоррекционных мероприятий) и контрольной группе

| Группирующая | | N | Средний ранг | Сумма рангов | Среднее |
|---------------------|---------------------------------|----|--------------|--------------|---------|
| Физическая агрессия | Контрольная группа | 40 | 30,91 | 1236,50 | 3,5250 |
| | Основная группа после коррекции | 40 | 50,09 | 2003,50 | 4,9000 |
| Косвенная агрессия | Контрольная группа | 40 | 27,51 | 1100,50 | 3,0750 |
| | Основная группа после коррекции | 40 | 53,49 | 2139,50 | 5,0500 |
| Раздражительность | Контрольная группа | 40 | 23,83 | 953,00 | 2,8500 |
| | Основная группа после коррекции | 40 | 57,18 | 2287,00 | 6,3250 |
| Негативизм | Контрольная группа | 40 | 42,41 | 1696,50 | 3,1250 |
| | Основная группа после коррекции | 40 | 38,59 | 1543,50 | 2,9250 |
| Обида | Контрольная группа | 40 | 45,24 | 1809,50 | 3,7500 |
| | Основная группа после коррекции | 40 | 35,76 | 1430,50 | 2,9500 |
| Подозрительность | Контрольная группа | 40 | 38,06 | 1522,50 | 5,3000 |
| | Основная группа после коррекции | 40 | 42,94 | 1717,50 | 5,8750 |
| Вербальная агрессия | Контрольная группа | 40 | 33,00 | 1320,00 | 4,0250 |
| | Основная группа после коррекции | 40 | 48,00 | 1920,00 | 5,6750 |
| Чувство вины | Контрольная группа | 40 | 51,59 | 2063,50 | 4,7250 |
| | Основная группа после коррекции | 40 | 29,41 | 1176,50 | 2,8500 |

Таблица 5
Достоверность различий в основной группе
(после психокоррекционных мероприятий)
и контрольной группе

| | Агрессия | | | Раздражительность | Негативность | Обида | Подозрительность | Чувство вины |
|---|------------|-----------|------------|-------------------|--------------|--------|------------------|--------------|
| | физическая | косвенная | вербальная | | | | | |
| 1 | 416,50 | 280,50 | 500,00 | 133,00 | 723,50 | 610,50 | 702,50 | 356,50 |
| 2 | 1236,5 | 1100,5 | 1320,0 | 953,00 | 1543,5 | 1430,5 | 1522,5 | 1176,5 |
| 3 | -3,764 | -5,08 | -2,922 | -6,484 | -,759 | -1,863 | -,959 | -4,329 |
| 4 | 0,00 | 0,00 | 0,003 | 0,00 | 0,448 | 0,062 | 0,338 | 0,00 |

Примечание. В 1-м столбце приведены условные обозначения: 1 – статистика (U) Манна-Уитни; 2 – статистика (W) Уилкоксона; 3 – Z-критерий; 4 – Асимпт. знч. (двухсторонняя).

В результате корреляционного анализа были выявлены следующие взаимосвязи между проявлениями агрессии и показателями статистики.

Методики предельных смыслов в основной группе до начала психокоррекционных мероприятий. Число узловых категорий положительно взаимосвязано с обидой ($r=0,337$, $p=0,033$), индекс негативности обратно коррелирует с раздражительностью ($r=-0,313$, $p=0,049$) и негативизмом ($r=-0,317$, $p=0,046$). Иные корреляционные связи наблюдаются в контрольной группе: число предельных категорий отрицательно коррелирует с раздражительностью ($r=-0,338$, $p=0,033$), индекс рефлексивности положительно коррелирует с вербальной агрессией ($r=0,375$, $p=0,017$), индекс децентрации положительно связан с чувством вины ($r=0,494$, $p=0,001$).

Представляет особый интерес динамика взаимосвязей между проявлениями агрессии и результатами медико-психологического сопровождения по окончании психокоррекционной работы. Так, индекс рефлексивности положительно коррелирует с косвенной агрессией ($r=0,324$, $p=0,041$). Индекс негативности, напротив, отрицательно коррелирует с чувством вины ($r=-0,344$, при $p=0,030$). Средняя длина цепи отрицательно коррелирует с косвенной агрессией ($r=-0,551$, $p=0,000$), что подтверждает наши предположения о том, что увеличение средней длины цепи в результатах МПС является благоприятным показателем, свидетельствующим о возрастании осмысленности, способствующей снижению косвенной агрессии у респондентов основной группы. На уровне тенденций можно также говорить об отрицательной корреляции между средней длиной цепи и проявлениями раздражительности ($r=-0,296$, $p=0,064$). Таким образом, характер взаимосвязей между результатами МПС и проявлениями агрессии приобретает как количественные, так и качественные изменения в процессе психокоррекции. Возникающие взаимосвязи существенно отличаются от таковых в группе пациентов, не совершавших правонарушения.

Обсуждение. Выявленный низкий уровень агрессивности у многих респондентов обеих групп и отсутствие явного различия в показателях индекса агрессивности позволяют сделать предположения о том, что, возможно, агрессивность не является личностным свойством, характерным для многих респондентов обеих групп. С другой стороны, низкие показатели агрессивности могут быть обусловлены психологической защитой респондентов, связанной с беспокойством за сохранение инвалидности, что, на наш взгляд, требует включения в исследование проективных методов психологической диагностики.

В то же время анализ выраженности структурных компонентов агрессивности указывает на их различия в основной и контрольной группах. В основной группе средние показатели всех шкал агрессивности не различаются. В контрольной группе наблюдаются более низкие показатели физической и косвенной агрессии, при этом средний показатель вербальной агрессии значимо выше, по сравнению с другими шкалами агрессии, а также более выражен, чем у респондентов основной группы. В связи с этим мы можем предположить, что агрессивные чувства респонденты контрольной группы больше выражают словесно. Для респондентов основной группы все формы выражения агрессии являются возможными. Индекс враждебности значимо более выражен у респондентов основной группы.

В результате реабилитационных мероприятий в основной группе отмечается редукция таких характеристик, как обида, раздражительность, вербальная агрессия и чувство вины. Снижение индекса агрессии произошло за счет снижения вербальной агрессии, снижение индекса враждебности – за счет показателей обиды. В сравнении с данными контрольной группы показатели физической, косвенной, вербальной агрессии и раздражительности являются достоверно более выраженными у респондентов основной группы. При этом способность критично оценивать свои поступки, возможность руководствоваться совестью и признавать свои плохие поступки у них значимо ниже, чем у респондентов контрольной группы.

Изучение взаимосвязи структуры и содержания смысловой сферы с проявлениями агрессивности и враждебности позволяет сделать следующие предположения. Прямая связь показателей обиды с количеством узловых категорий может указывать на то, что рост количества смысловых образований связан с ростом обиды на окружающих, что, вероятно, можно объяснить переживанием собственных ограничений в плане реализации ситуативных смыслов и возложением ответственности за это на окружающих. Защитное поведение респондентов основной группы, проявляющееся в гомеостатической ориентации, стремлении избегать каких-то других действий или переживаний, склонности к ограничению всякой активности, не вызванной ситуативной необходимостью, связано со снижением раздражительности и оппозиционной манерой в поведении.

В контрольной группе выявленные корреляционные связи свидетельствуют, что у больных шизофренией, не совершавших ООД, многообразие и осознанность предельных смыслов связано со снижением раздражительности, что, на наш взгляд, подтверждает возможность рассматривать работу по осознанию, трансформации и структурированию смысловых образований в жизненном мире респондентов в качестве положительного психокоррекционного ресурса для снижения враждебности как предиктора агрессивного поведения. В отличие от основной группы мы наблюдаем положительную связь индекса рефлексивности с вербальной агрессией, что может указывать на то, что интеллектуальные и чувственные акты сознания, связанные с переживанием чувства агрессии, респонденты способны канализировать в словесную форму, а не в конкретные агрессивные действия. В содержании словесной формы агрессии можно выявить характер агрессивных переживаний и мыслей у данной категории больных, что необходимо использовать в психокоррекционной работе.

Положительная связь индекса децентрации и чувства вины у респондентов контрольной группы может свидетельствовать, что рост способности соотносить свои помыслы и действия с интересами других людей связан с самокритичным отношением к себе, с ориентиром на критерий совести, с возможностью оценки своих поступков как плохих.

Анализ корреляционных связей после реализованной программы психологической коррекции в системе реабилитационных мероприятий позволил сделать следующие предположения. Учитывая, что рост индекса рефлексивности как склонности к чрезмерной интеллектуализации действия, застревании на стадии планирования, в целом отражающий как собственно интеллектуально-рефлексивные (знать, понимать, сознавать), так и непосредственно-чувственные (чувствовать, ощущать, помнить, не забывать) акты сознания, прямо связан с косвенной агрессией, можно предположить, что косвенная агрессия отражает агрессивные тенденции в ментальном мире респондентов (как на интеллектуальном, так и на чувственном уровне). Выявленный факт может служить прогностическим критерием в плане формирования готовности к физической агрессии и противоправным нарушениям. Выявление и осознание предмета и действий, связанных с косвенной агрессией, может способствовать профилактике физической агрессии и должно учитываться в психокоррекционной работе с данной категорией больных.

Отрицательная связь индекса негативности с чувством вины позволяет предположить, что рост психологической защиты, связанный с избеганием каких-либо переживаний, вызван снижением критического отношения к себе, возможностью оценить себя как человека, совершающего плохие поступки, зло. Данный факт указывает на необходимость дальнейшей психокоррекционной работой, ориентированной на осознание психологических защит и развитие конструктивной самооценки.

В качестве позитивных изменений можно отметить отрицательную значимую связь средней длины цепи с косвенной агрессией, свидетельствующей о ее снижении при повышении осмысленности и структурированности смысловых образований респондентов. Также можно предположить, что понимание линейной последовательности смысловых категорий, обосновывающих друг друга, связано со снижением раздражительности как готовности реагировать вспыльчивостью, грубостью. В то же время высокая степень раздражительности может затруднять осмысление респондентами своих действий, поступков, жизненных стремлений.

Выводы. Полученные в исследовании данные об агрессии, как о свойстве личности, не характерном для больных шизофренией, совершивших опасные общественные деяния, требуют дополнительной проверки.

Структура агрессии у больных, не совершавших и совершивших ООД, различна. У больных шизофренией, совершивших ООД, более выражена враждебность.

Выявленные взаимосвязи между структурными, содержательными характеристиками предельных смыслов и проявлениями агрессии и враждебности позволяют сделать предположения об особенностях смысловой детерминации проявлений агрессии и враждебности в группе больных, совершивших ООД; о том, что наполненность жизненного мира смысловыми образованиями, их структурированность, осознанность связаны со снижением раздражительности как готовности к вспыльчивости и грубым действиям; о том, что возможность вербализировать собственные чувственные и интеллектуальные акты сознания способствует снижению проявлений агрессии.

К позитивным результатам психокоррекционной работы в системе лечебно-реабилитационных мероприятий можно отнести снижение вербальной агрессии и обиды, индекса враждебности, а также изменение взаимосвязей между показателями смысловой сферы и агрессивностью.

Изменение взаимосвязей структурных и содержательных характеристик предельных смыслов с проявлениями агрессии и враждебности после психологической коррекции свидетельствует о необходимости постановки новых задач для психологического сопровождения больных шизофренией, совершивших ООД, в процессе реабилитационных мероприятий.

Л и т е р а т у р а

1. Гаврилова А. С. Адаптационные возможности и качество жизни больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность: автореф. дис. канд. мед. наук. – Томск, 2013. – 24 с.
2. Агрессия и психическое здоровье / под ред. Дмитриевой Т. Б., Шостакович Б. В. – СПб.: Юрид. центр Пресс, 2002. – 464 с.
3. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort // Archives of General Psychiatry. – 1992. – Vol. 49. – P. 476–483.
4. Wallace C., Mullen P. E., Burgess P. et al. Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study // British Journal of Psychiatry. – 1998. – Vol. 172. – P. 477–484.
5. Angermeyer M. C. Schizophrenia and violence // Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum. – 2000. – Vol. 102. – P. 63–67.
6. Arseneault L., Moffitt T., Caspi A. et al. Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin Study. Archives of General Psychiatry. – 2000. – Vol. 57. – P. 979–986.
7. Angermeyer M. C. Schizophrenia and violence // Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum. – 2000. – Vol. 102. – P. 63–67.

8. Walsh E., Buchanan A., Fahy T. Violence and schizophrenia: examining the evidence // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 180. – P. 490–495.
 9. Hodgins S., Müller-Isberner R. Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services // *British Journal of Psychiatry*. – 2004. – Vol. 185. – P. 245–250.
 10. Bartels S. J., Drake R. E., Wallach M. A., Freeman D. N. Long-term course of substance use disorders: among patients, with severe mental illness // *Schizophr. Bull.* – 1991. – Vol. 17, N 1. – P. 163–171.
 11. Czobor P., Volavka J., Meibach R. C. // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 1995. – Vol. 15, N 4. – P. 243–249.
 12. Mullen P. E. Schizophrenia and violence: from correlations to preventive strategies // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2006. – Vol. 12. – P. 239–248.
 13. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М.: Изд-во Московского университета, 1986.
 14. Moran P., Walsh E., Tyrer P. et al. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. Report from the UK700 trial // *British Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 182. – P. 129–134.
 15. Nolan K. A., Volavka J., Mohr P. et al. Psychopathy and violent behaviour among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder // *Psychiatric Services*. – 1999. – Vol. 50. – P. 787–792.
 16. Moran P., Hodgins S. The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. – 2004. – Vol. 30. – P. 791–802.
 17. Tengström A., Hodgins S., Grann M. et al. Schizophrenia and criminal offending: the role of psychopathy and substance misuse // *Criminal Justice and Behaviour*. – 2004. – Vol. 31. – P. 1–25.
 18. Агафонов С. Н. Агрессивные действия больных шизофренией, сопряженные с проблемами качества их жизни: автореф. ... к.м.н. – М., 2003.
 19. De Jong A., Giel R., Slooff C. J., Wlisma D. Social disability and outcome in schizophrenic patients // *Brit. J. Psychiatry*. – 1985. – Vol. 147, N 12. – S. 631–636.
 20. Волчкова Т. Ф. Дифференцированные реабилитационные программы для пациентов дневного стационара, страдающих шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 34–39.
 21. Renwick S. J., Black L., Ramm M. et al. Anger treatment with forensic hospital patients // *Legal and Criminal Psychology*. – 1997. – Vol. 2. – P. 103–116.
 22. Леонтьев Д. А. Смысл и побудительная сила мотива // Мотивационная регуляция деятельности и поведения личности / Отв. ред. Л. И. Анцыферова. – М., 1988. – С. 47–54.
 23. Ключко В. Е. Становление многомерного мира человека как сущность онтогенеза // *Сибирский психологический журнал* (Томск). – 1998. – № 8–9. – С. 7–15.
 24. Логинова И. О. Жизненное самоосуществление человека как проявление самоорганизации психологической системы // *Вестник Томского государственного университета*. – 2010. – № 336. – С. 169–173.
 25. Семке А. В., Сторожева Т. А. Оценка уровня социального функционирования у больных шизофренией и шизотипическим расстройством после принудительного лечения // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2007. № 4. С. 16–18/
 26. 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.
 27. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Рахмазова Л. Д., Гуткевич Е. В., Лобачева О. А., Корнетова Е. Г. Биопсихосоциальные основы и адаптационно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009. № 5. С. 15–20.
- Транслитерация русских источников*
1. Gavrilova A. S. [Adaptive abilities and quality of life of schizophrenic patients representing special social danger]. *Avtoref. dis. kand. med. nauk* [Abstract of Ph.D. thesis]. Tomsk, 2013; 24 p. (In Russ.).
 2. [Aggression and mental health]. Editors: Dmitrieva T. B., Shostakovich B. V. Publishing House Jurid. centr Press, Saint-Petersburg, 2002; 464 p. (In Russ.).
 13. Zeygarnik B. V. [Pathopsychology]. Publishing House of Moscow University, Moscow, 1986. (In Russ.).
 18. Agafonov S. N. [Aggressive acts of schizophrenic patients associated with problems of their quality of life]. *Avtoref. dis. kand. med. nauk* [Abstract of Ph.D. thesis]. Moscow, 2003. (In Russ.).
 20. Volchkova T. F. [Differentiated rehabilitative programmes for schizophrenic patients of day hospital]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2011; 21(4): 34–39. (In Russ.).
 22. Leontyev D. A. [Meaning and stimulating power of motive]. *Motivatsionnaya reguljacija dejatel'nosti i povedenija lichnosti* [Motivational regulation of activity and behaviour of the personality]. Editor: Antsyferova L. I. Moscow, 1988; 47–54. (In Russ.).
 23. Klochko V. E. [Formation of multidimensional world of the individual as essence of ontogeny]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. 1998; 8–9: 7–15. (In Russ.).
 24. Loginova I. O. [Life self-fulfillment of the individual as manifestation of self-organization of psychological system]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State University]. 2010; 336: 169–173. (In Russ.).
 25. Semke A. V., Storozheva T. A. [Rating of level of social functioning in patients with schizophrenia and schizotypal disorder after coercive treatment]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2007; 4: 16–18. (In Russ.).
 26. 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.).
 27. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Rakhmazova L. D., Gutkevich E. V., Lobacheva O. A., Kornetova E. G. [Biopsychosocial bases and adaptive-compensatory mechanisms of schizophrenia in region of Siberia]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5: 15–20. (In Russ.).

УДК 616-072.87
ББК Р64-435+Ю948

ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ СОТРУДНИКОВ СПЕЦПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПОЛИЦИИ ДО И ПОСЛЕ СЛУЖЕБНЫХ КОМАНДИРОВОК

Гизатуллин Т. Р.^{*1}, Исхаков Э. Р.²

¹ ГБОУ ВПО «Башкирский ГМУ» Минздрава России
450000, Уфа, ул. Ленина, д. 3

² ФГКОУ ВПО «Уфимский юридический институт» МВД РФ
450103, Уфа, ул. Муксинова, д. 2

В статье рассматриваются результаты исследования психологических особенностей сотрудников спецподразделений органов внутренних дел по Республике Башкортостан до и после служебно-боевых командировок по методике СМИЛ. Массивы данных подвергнуты процедуре автоматической классификации – кластерному анализу по методу К-средних. Приведены результаты психологических профилей 177 полицейских. Дана оценка психологическим изменениям и устойчивости сотрудников МВД. **Ключевые слова:** психологический профиль, сотрудник спецподразделения МВД, военизированный коллектив, СМИЛ.

CHANGES IN PSYCHOLOGICAL PROFILE OF POLICE OFFICERS BEFORE AND AFTER THE OFFICIAL JOURNEYS. Gizatullin T. R.¹, Iskhakov E. R.² ¹ Bashkir State Medical University of Ministry of Healthcare of Russia. Lenin's Street 3, 450000, Ufa, Republic of Bashkortostan, Russia. ² Ufa Juridical Institute of Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation. Muksinov's Street 2, 450103, Ufa, Republic of Bashkortostan, Russia. This article discusses the results of study of psychological traits of employees and Special Forces team of the Republic of Bashkortostan before and after service and combat journeys with method of MMPI, data sets subjected to the procedure of automatic classification – cluster analysis according to the method of K-means. The results of the psychological profiles of 177 police officers have been presented. Psychological changes and resistance of co-workers of MIA have been assessed. **Keywords:** psychological profile, Special Forces officer, paramilitary team, MMPI.

Введение. Участие военнослужащих в боевых действиях, выполнение профессиональных обязанностей в повседневной работе непосредственно связаны с риском для жизни и здоровья, сопровождаются высокими физическим нагрузками и психоэмоциональным напряжением [1]. Специфика профессиональной деятельности сотрудников военизированных подразделений МВД определяется повторяющимися воздействиями различных стрессорных факторов, что является основанием для проведения полноценного медико-психологического исследования [2, 4]. Комбатанты подвержены воздействиям физических факторов и психологического стресса. При этом в ходе боевых действий к концу первого месяца более чем у 70 % военнослужащих развиваются дезадаптивные

расстройства различной степени выраженности, а частота стрессовых реакций составляет 10—25 %, что в свою очередь требует формирования системы реабилитации на основании новых знаний о психологических особенностях групп комбатантов [5].

Цель исследования: оценка изменений психологического статуса сотрудников полиции до и после выполнения оперативно-служебных и боевых задач.

Материалы и методы. Начиная с 2007 г. принята к использованию методика организации внеплановых психопрофилактических обследований сотрудников органов внутренних дел по Республике Башкортостан, выполняющих задачи в особых условиях [5, 6].

Среди многофакторного психологического исследования сотрудников военизированных коллективов, регламентированного рекомендациями, основное место занимает СМИЛ.

СМИЛ – это квантифицированный (количественный) метод оценки личности, который благодаря автоматизированному способу обработки результатов обследования исключает зависимость получаемых результатов от субъективности и опыта экспериментатора. Высокая надежность методики, наличие шкал достоверности и полифакторный характер интерпретации создали базу для широкого использования [7, 8].

Нами проведен анализ психологических профилей сотрудников спецподразделений МВД по Республике Башкортостан до и после служебно-боевых командировок на территорию Северокавказского региона по результатам тестирования по методике СМИЛ. В результате исследования выявляется психологический профиль личности, обусловленный текущей ситуацией, или структура болезненных изменений с личностными особенностями. Применение данной методики позволяет оценить мотивацию, самооценку, стиль межличностного поведения, акцентуации характера, форму реагирования на стрессовые ситуации и защитных реакций индивида, стиль мышления, приоритетные потребности, фоновое настроение, проблемы в личной сфере, склонность к суициду.

В аналитический материал вошли результаты внеплановых психопрофилактических обследований 177 сотрудников спецподразделений органов внутренних дел по Республике Башкортостан, выполняющих задачи в особых условиях по методике СМИЛ. Психодиагностические исследования проводились до и после служебных командировок продолжительностью 6 месяцев. Возраст сотрудников варьировал от 21 года до 45 лет, количество командировок от 1 до 12. Анализ полученных результатов производился пошагово, с учетом показателей каждой шкалы теста. В массиве индивидуальных профилей установлена скрытая структура.

^{*} Гизатуллин Тагир Рафаилович, к.м.н., помощник проректора по НИР. Моб. тел.: 89273369222; Эл. почта: 222_GTR@mail.ru

Для проверки этого предположения массивы СМИЛ-профилей перед отбытием субъектов обследования в спецкомандировку были подвергнуты процедуре автоматической классификации – кластерному анализу согласно методу К-средних [8].

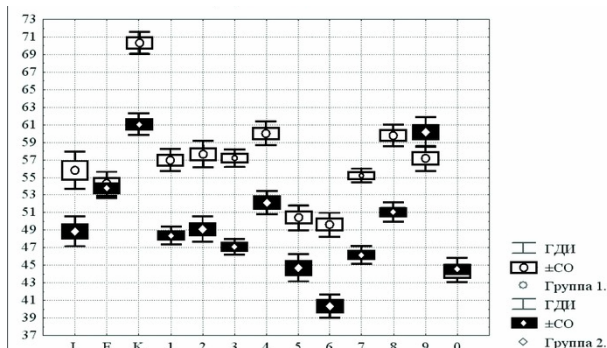


Рис. 1. Психологические профили сотрудников спецподразделений органов внутренних дел по Республике Башкортостан до служебно-боевой командировки. (Незначимые [$p > 0,66$] различия по F и 0).

Обозначения. Первая группа (95 чел.) – черным цветом, вторая группа (82 чел.) – белым цветом.

Результаты и обсуждение. Изучены психологические профили сотрудников спецподразделений органов внутренних дел по Республике Башкортостан перед отправкой в служебно-боевую командировку. Из всех обследованных сформированы две группы следующим образом: группа 1 – 95 полицейских (54 %); группа 2 – 82 сотрудника (46 %) соответственно.

В группу 1 вошли полицейские, чьи показатели занимают место у верхней границе «коридора нормы», а в группу 2 вошли полицейские, у которых показатели располагаются ближе к нижней границе коридора. Комбатанты в обеих группах проявили достоверность и искренность в ответах, что предоставляет возможность дальнейшего анализа результатов тестирования. Важным обстоятельством является нахождение всех характеристик обследуемых в так называемом коридоре нормы, то есть разброс всех выявленных показателей оставался в пределах от 30Т до 70Т. Изменения психологических характеристик в соответствии со шкалами СМИЛ с 56Т до 66Т определяли у обследуемого его ведущие психологические особенности. Высокие показатели (67—75Т и выше) определяют акцентуации, приводящие к социально-психологической дезадаптации различной степени, состоянию стресса, вызванного экстремальной ситуацией [8, 9, 11, 12].

В ходе пошагового анализа результатов, получившихся при переработке психологических профилей по методике СМИЛ сотрудников спецподразделений МВД по РБ до командировок в «горячие точки» отмечены следующие особенности.

Достоверность и социальная интроверсия (шкалы «F» и «0») в обеих группах оказались схожи по показателям и имели достоверно незначимые различия ($p > 0,66$) (рис. 1). Данные шкалы дают возможность оценить достаточную способность обследованных к самокритике, взвешенности, высокой психологической устойчивости, высокой работоспособности и удовлетворительному самочувствию. Полученные данные по шкале «0» свидетельствуют о возможности установления продуктивных социальных связей, возможности вести коллективные виды деятельности, обращенности внутреннего мира обследованных на интересы социума. Применительно к военнизованному коллективу вышеперечисленные характеристики положительно влияют на решение поставленных служебно-боевых задач перед подразделением.

Промежуточный итог анализа результатов психологического тестирования сотрудников спецподразделений МВД по РБ позволяет утверждать, что в целом коллектив, направленный в «горячую точку», характеризуется сплоченностью, доверительным и честным в отношении друг к другу, что очень важно в боевой обстановке.

Другие показатели по шкалам СМИЛ (шкалы «L», «K», «1—9») в обеих группах обследованных находились параллельно и достоверно различались ($p > 0,01$). Несмотря на сходство профилей, в целом на рисунке 1 видно, что показатели по шкалам находятся на разных уровнях, а все они находятся в «коридоре нормы».

Анализ результатов показал, что после пребывания сотрудников органов внутренних дел в служебно-боевой командировке остались практически неизменными показатели достоверности и социальной интроверсии – шкалы «F» и «0», различия между ними по-прежнему оказались достоверно незначимыми ($p > 0,16$). По количеству сотрудников в группах произошли изменения: группу 1 составили 64 (36 %) сотрудника, группа 2 состояла из 84 (48 %) человек. Отличительной особенностью военнизованного коллектива по прибытию, согласно тестированию, стало появление категории лиц в количестве 29 (16 %) человек, чьи показатели были выше, чем в группах 1 и 2, что дало нам возможность выделить их в отдельную группу 3 (рис. 2).

После проведенного дополнительного персонального анализа состава групп сделано предположение, что группа 3 сформировалась из сотрудников, ранее вошедших в группу 1. Вновь сформированная (в результате служебно-боевой командировки) группа 3 имела показатели Т-баллов в «коридоре нормы». Тем не менее профиль имеет «пики» по шкалам «K», «2» и «8».

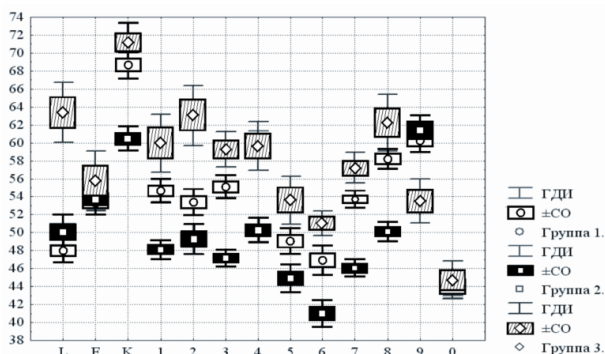


Рис. 2. Психологические профили сотрудников спецподразделений органов внутренних по Республике Башкортостан после служебно-боевой командировки. (Незначимые [$p > 0,16$] различия по F и O)
Обозначения: группа 1 (64 чел.) – черным цветом, группа 2 (84 чел.) – белым цветом, группа 3 – серым цветом (29 чел.).

Интерпретация этих шкал характеризует вошедших в нее сотрудников физической и психологической усталостью, с проявлениями пессимизма. Часто сотрудники с таким восприятием окружающего мира в результате пребывания в спецкомандировке замыкаются в себе, и негативные переживания характеризуют их в течение продолжительного времени. В целом группу полицейских с данными психологическими профилями можно охарактеризовать как лиц с трудностями адаптации.

Необходимо отметить, что из 177 обследованных сотрудников полиции наибольшее число (148 комбатантов – 84 %) сформировали психологические профили, близкие по значениям Т-баллов, что говорит о повышении психологической устойчивости и более адекватной адаптации в условиях боевой обстановки. В результате психологического исследования после возвращения из служебной командировки была выделена группа 3 в составе 29 человек (16 %). Данная группа полицейских после служебно-боевой командировки характеризуется значительной усталостью, с пессимистичностью и стремлением к одиночеству, а также у них имеются трудности адаптации. Это требует внимания психологов еще на этапе командировок и адекватной реабилитации в межкомандировочном периоде.

Закключение. Таким образом, проведенный анализ изменений психологических профилей полицейских до и после служебно-боевых командировок в Северокавказском регионе позволяет утверждать о том, что до отправления среди всех сотрудников имеются 2 основных психопрофиля и 3 вида психологических профилей после возвращения. После возвращения выделяется третий вид психологического профиля. Данная группа полицейских в результате служебно-боевой командировки характеризуется значительной усталостью, пессимистично-

стью и индивидуалистичностью, а также у них имеются трудности адаптации. Принимая во внимание тот факт, что сегодня работа полицейского многогранна и выходит за пределы только лишь охраны общественного порядка, внимание специалистов привлекают не только психологические особенности, выявляемые в ходе проведенного исследования, но и способы их реализации на практике в реабилитации сотрудников полиции и формирования системы профилактических мероприятий [12].

Л и т е р а т у р а

1. Белякин С. А., Юдин В. Ю. и др. Совершенствование системы медицинской реабилитации раненых и больных на позднем госпитальном этапе // Военно-медицинский журнал. – 2012. – № 11. – Ноябрь. – С. 4–12.
2. Аверин С. В., Аверина Н. П., Караваев Н. С. Медико-психологическая реабилитация сотрудников органов внутренних дел с применением комплексных программ физиотерапии // Медицинский вестник МВД. – 2012. – Т. 58, № 3. – С. 56–60.
3. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Лобачева О. А., Морозова О. Г., Савочкина Д. Н., Шихова М. Ф. Неспецифические адаптационные реакции организма как один из индикаторов здоровья в микросоциальных группах // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 4. – С. 93–97.
4. Котенев И. О., Андреев Н. В., Хохлова Н. Г., Долгополов С. В. Психологическое обеспечение деятельности личного состава ОВД в экстремальных условиях (на опыте психологического обеспечения в период вооруженного конфликта в Чеченской Республике). – М.: Академия МВД России, 1997. – 58 с.
5. Особенности организации внеплановых психопрофилактических обследований сотрудников органов внутренних дел по Республике Башкортостан, выполняющих задачи в особых условиях: методические рекомендации № 22/29/ЦПД-2467. – М., 2007.
6. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения. – М.: «Фолиум», 1994. – 175 с.
7. Методические рекомендации № 2/48-2406 от 31.08.2007 «Психологические приемы повышения стрессоустойчивости сотрудников органов внутренних дел» и «Психологические особенности личности сотрудников органов внутренних дел в условиях экстремальной деятельности». – Уфа: МСЧ МВД по РБ, 2007. – 112 с.
8. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММПИ): Практическое руководство. – М.: Речь, 2007. – 224 с.
9. Олдендерфер М. С., Блэшфилд Р. К. Кластерный анализ // Факторный, дискриминантный и кластерный анализ. – М., 1989. – 215 с.
10. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ (модифицированный тест ММПИ) / Автор: Собчик Л. Н. http://www.psy-files.ru/2007/09/06/standartizirovannyj_mnogofaktornyj_met.html
11. Мяких Н. И., Шутко Г. В. Основные методы профессионального психологического отбора в органах внутренних дел Российской Федерации: Методическое пособие. – Пермь: Главный центр психологической диагностики МВД России, 2003. – 265 с.
12. Шевченко Т. И., Богомаз С. А., Бохан Т. Г. Жизненные смыслы и жизнестойкость как детерминанты устойчивости специалистов ФПС МЧС России в условиях профессиональной деятельности // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6 (81). – С. 54–59.

Транслитерация русских источников

1. Belyakin S. A., Yudin V. Yu. et al. [Improvement of system of medical rehabilitation of wounded and ill persons at late hospital stage]. *Voenno-medicinskij zhurnal* [Military Medical Journal]. 2012; 11 (November): 4—12. (In Russ.).
2. Averin S. V., Averina N. P., Karavaev N. S. [Medico-psychological rehabilitation of police officers with use of complex programmes of physiotherapy]. *Medicinskij vestnik MVD* [Medical Bulletin of MIA]. 2012; 58(3): 56—60. (In Russ.).
3. Nikitina V. B., Vetlugina T. P., Lobacheva O. A., Morozova O. G., Savochkina D. N., Shikhova M. F. [Non-specific adaptive reactions of the organism as one of indicators of health in microsocial groups]. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij* [International Journal of Clinical and Basic Investigations]. 2014; 4: 93—97. (In Russ.).
4. Kotenev I. O., Andreev N. V., Khokhlova N. G., Dolgoplov S. V. [Psychological provision of activity of police officers under extreme conditions (on experience of psychological provision in the period of armed conflict in Chechen Republic)]. Publishing House of Academy of MIA of Russia, Moscow, 1997; 58 p. (In Russ.).
5. [Specifics of organization of unplanned psychopreventive examinations of police officers across the Republic of Bashkortostan, executing tasks under special conditions: Guidelines No.22/29/TsPD-2467. Moscow, 2007. (In Russ.).
6. Berezin F. B., Miroshnikov M. P., Sokolova E. D. [Technique of multi-sided investigation of the personality (TMIP): structure, bases of interpretation, and some fields of use]. Publishing House Folium, Moscow, 1994; 175 p. (In Russ.).
7. Guidelines No. 2/48-2406 of 08/31/2007 {Psychological techniques of heightening of stress resistance of police officers} and [Psychological traits of the personality of police officers under conditions of extreme activity]. Ufa, 2007; 112 p. (In Russ.).
8. Sobchik L. N. [Standardized multi-factor method of personality investigation (MMPI): Practical guideline]. Publishing House Rech', Moscow, 2007; 224 p. (In Russ.).
9. Oldenderfer M. S., Blashfield R. K. [Cluster analysis. Factor, discriminant and cluster analysis]. Moscow, 1989; 215 p. (In Russ.).
10. [Standardized multi-factor method of personality investigation (modified test MMPI)]. Author: Sobchik L. N. http://www.psy-files.ru/2007/09/06/standartizirovannyj_mnogofaktornyj_met.html (In Russ.).
11. Myagkikh N. I., Shutko G. V. [Basic methods of professional psychological selection in police of the Russian Federation: Methodical manual]. Main Center of Psychological Diagnostics of MIA of Russia, Perm', 2003; 265 p. (In Russ.).
12. Shevchenko T. I., Bogomaz S. A., Bokhan T. G. [Life meanings and hardiness as determinants of resistance of specialists of FPS of Russia under conditions of job activity]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 6(81): 54—59. (In Russ.).

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.895.8
ББК Р645.090.3-4-43-5

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ НЕГАТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ СИМПТОМОВ И ИСХОДНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕ- НИИ (Обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации)

Овсепян А. А.^{1*}, Алфимов П. В.²,
Сюняков Т. С.³

¹ Ереванский ГМУ им. Мхитара Гераци, Армения
Ереван, ул. Корюни, 2

² ФГБУ «Московский НИИ психиатрии»
Москва, ул. Потешная, д. 3

³ ФГБУ «НИИ фармакологии им. В. В. Закусова» РАМН
125315, Москва, Балтийская ул., д. 8

Настоящая публикация представляет собой обзор материалов XXI конгресса ЕПА (6—9 апреля, Ницца, Франция). Приведены краткие сообщения о пленарных лекциях, симпозиумах и постерных сообщениях, посвященных различным аспектам прогнозирования, оценки и терапии негативных и когнитивных симптомов, а также проблемам психосоциальной адаптации и стигматизации больных шизофренией. **Ключевые слова:** XXI конгресс ЕПА, шизофрения, прогноз, клинические исходы, негативные симптомы, когнитивные симптомы, социальное функционирование, стигматизация.

CONTEMPORARY PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND THERAPY OF NEGATIVE SYMPTOMS AND OUTCOMES IN SCHIZOPHRENIA. Review of the materials of the XXIst EPA Congress. Ovsepyan A. A.¹, Alfimov P. V.², Syunyakov T. S.³ ¹Yerevan State Medical University. Koryuni's Street 2, Erevan, Armenia. ² Moscow Psychiatry Research Institute. Poteshnaya Street 3, Moscow, Russia. ³ V. V. Zakusov Pharmacology Research Institute of RAMSci. Baltiyskaya Street 8, 125315, Moscow, Russia. This publication provides an overview of the materials of the XXIst EPA Congress (April 6—9, 2013, Nice, France). A brief report is given on plenary lectures, symposia and poster presentations related to various aspects of prognosis, assessment and treatment of negative and cognitive symptoms as well as psychosocial impairment, social adaptation and stigmatization of patients with schizophrenia. **Keywords:** The XXIst EPA congress, schizophrenia, prognosis, clinical outcomes, negative symptoms, cognitive symptoms, social functioning, stigma.

Проблема течения и прогноза шизофрении всегда занимала центральное место в психиатрической науке. Особую актуальность эта тема приобрела с появлением антипсихотических препаратов нового поколения, с помощью кото-

рых в некоторых случаях удается добиться улучшения даже на хроническом этапе заболевания.

На XXI Европейском психиатрическом конгрессе, состоявшемся в Ницце 6—9 апреля 2013 г., этот вопрос был освещен достаточно широко, хотя можно заметить, что в научной программе шизофрении было уделено меньше внимания, чем обычно.

Центральным событием, посвященным данной теме, стало выступление профессора S. Galderisi из Неаполитанского университета «Улучшение исхода при шизофрении», занявшее видное место в ряду самых ярких выступлений конгресса. В лекции, посвященной исходным состояниям при шизофрении, подчеркивалось, что при оценке долгосрочной динамики целесообразно в первую очередь уделить внимание улучшению повседневного функционирования, а не психопатологической симптоматике.

«Прежнее, весьма расплывчатое представление о шизофрении как о хроническом и прогрессирующем заболевании с крайне неблагоприятным исходом, основывавшиеся на наблюдениях таких авторов, как Морель и Крепелин, претерпело значительные изменения в течение последнего десятилетия», — утверждает профессор Galderisi и продолжает: «Старое представление видоизменяется. Не только исследователи, но и многие клиницисты, следящие за современными тенденциями, придерживаются более оптимистичной позиции. Не удовлетворяясь просто лечением симптомов, они ставят перед собой амбициозную цель: помочь пациентам вести приемлемую жизнь в сообществе».

Накопившиеся к сегодняшнему дню многочисленные наблюдения показали, что даже если пациенты возвращаются в общество со сравнительно слабо выраженными симптомами, ограничения в функционировании все еще оказывают значительное влияние на их качество жизни. Это заставило ученых и клиницистов задуматься над тем, что же можно считать надлежащим восстановлением (recovery). С одной стороны, позитивная психопатологическая симптоматика, несомненно, является главным фактором, который вызывает изоляцию больного от общества. С другой стороны, мы видим, что ее устранение не приводит к заметному улучшению социального статуса больного.

Как отмечает докладчик, на сегодняшний день весьма спорным является само понимание того, как следует определять уровень функционирования в сообществе. На протяжении нескольких десятков лет эти симптомы по-разному оценивались разными исследователями. Функционирование в реальной жизни, само по себе, это явление, за которым очень трудно проследить, а тем более дать ему объективную

* Арам Овсепян, Кафедра психиатрии Ереванского ГМУ. E-mail: armpsycho@mail.ru, тел. +37491117975

и стандартизированную оценку. Упомянув разные определения функционирования в реальной жизни, профессор Galderisi вкратце обрисовала основные аспекты нынешнего представления о предмете, в завершение отметив, что она поставила больше вопросов, чем дала ответов.

Улучшение функционирования зависит от ряда различных переменных, часть которых имеют отношение к собственно болезни, другие – к личностным ресурсам, а третьи зависят от условий жизни пациента. Более благоприятный функциональный прогноз требует воздействия на максимально возможное число этих переменных. Например, позитивные симптомы поддаются терапии относительно хорошо, тогда как негативные, среди которых есть крайне резистентные, и когнитивные нарушения поддаются терапии гораздо хуже. Автор подчеркивает, что в будущем целесообразно обращать большее внимание на новые методы лечения негативных и когнитивных расстройств.

Далее автор переходит к факторам, связанным с ресурсами личности. Двое больных со схожими симптомами и уровнем когнитивных нарушений могут быть очень далеки друг от друга в плане личностных возможностей. Имеются в виду такие особенности, как стратегии преодоления (копинга), индивидуальные «стили» восстановления, психическая гибкость – особенности, которые должны рассматриваться лечащим врачом в качестве важных ресурсов в терапевтическом процессе. Среди этих факторов особенно важным является физическое здоровье, которое, как известно, оказывает существенное влияние на течение заболевания.

Также профессор Гальдеризи упомянула о важности ситуационно обусловленных переменных. «Социально-экономический статус семьи, широта социального окружения и уровень стигматизации, связанный с заболеванием, также могут влиять на способность больных шизофренией вернуться к удовлетворяющей их жизни». Касательно вышеупомянутого, профессор Galderisi привела результаты исследований своей научной группы, в которых сравнивались исходные состояния у пациентов с шизофренией в североевропейских и южноевропейских населенных пунктах. В частности она отметила, что пациенты из Неаполя, находящегося в южной части Италии, чаще находили работу, притом что в данной области устроиться на работу было труднее, чем в остальных. Из этого вытекает предположение, встречавшееся ранее и у других исследователей, что на юге Европы лица с психическими заболеваниями менее подвержены стигматизации и исключению из общественной жизни (Helldin L. et al., 2012).

В отдельной презентации, посвященной нейробиологическим основам негативных симптомов при шизофрении, профессор Гальдеризи представила последние достижения в этой области, подытожив 25 наиболее значимых работ. В частности она отметила часто фиксируемое поражение префронтальной коры и увеличение боковых желудочков, причем данные нарушения более очевидны при шизофрении, протекающей с выраженной негативной симптоматикой. Однако, резюмируя сказанное, автор, как и ранее, подчеркнул ряд вопросов, которые в настоящее время остаются без ответа. К основным методологическим проблемам относится тот факт, что ни один из способов обследования не охватывает в достаточной мере одновременно клиническую и нейробиологическую картину. Суммировать все данные различных исследований практически невозможно из-за расхождений в методологии. Также слишком сильно влияние других, часто не учитываемых факторов: антипсихотической терапии, коморбидных расстройств и др. Наконец, из-за значительной перекрываемости негативных симптомов с когнитивными и аффективными нарушениями невозможно провести достоверное их разграничение, на что исследователи часто просто закрывают глаза.

Проблема перекрываемости различных доменов негативной, когнитивной и аффективной симптоматики упоминалась во многих выступлениях конгресса. В частности много внимания этой проблеме уделил профессор Н. J. Möller из Мюнхенского университета, который открыл семинар, посвященный диагностике и лечению негативных симптомов при шизофрении, материалом под названием «Концепция негативных симптомов при шизофрении». Именно дифференциальную диагностику негативных, когнитивных, депрессивных и паркинсонических симптомов он поставил в качестве ключевой задачи перед исследователями в данной области. Автор предлагает разработать математически обоснованные методы дифференциации на основе широкомасштабных проспективных исследований. Помимо того, он отметил важность взаимосвязи негативной симптоматики и потери трудоспособности. На данный момент, по его мнению, этому вопросу уделяется недостаточное внимание.

Практически те же основные положения звучали в докладе доктора Р. Czobor из Будапешта. Согласившись с предыдущими докладчиками в вопросе перекрываемости симптомов, дифференциальной диагностики и несовершенства имеющихся шкал, он перешел к вопросу об определении эффективности лечения, предложив в качестве оптимальных испытания двух типов: с добавлением или замещением препарата. Он представил обобщенные резуль-

таты метаанализа эффективности антипсихотиков второго поколения при лечении негативной симптоматики (статья в печати). Отдельно указав, что во многих работах наибольшую эффективность проявляет оланзапин, особенно если рассматривать сочетанное воздействие на негативную и позитивную симптоматику, он отметил недостаточную валидность диагностических шкал, которая мешает правильной оценке эффективности терапии, и предложил начать процесс стандартизации методов исследования. В заключение доктор Чобор в качестве препарата первого выбора при доминирующей негативной симптоматике предложил амисульпид, в качестве второго препарата выбора – оланзапин и арипипразол.

Профессор J. Bobes из Овьедского университета посвятил свой доклад проблеме качественной и количественной оценки негативной симптоматики. Рассмотрев и сравнив основные диагностические шкалы, которые применяются в настоящее время (SANS, PANSS, NSA-16, BNSS и CAINS), автор выделил два наиболее удачных, по его мнению психометрических инструмента: NSA-16 и CAINS. Эти шкалы, наряду с SANS, наиболее полно охватывают весь спектр симптомов, но при этом еще и имеют наибольшую валидность, проверенную многочисленными испытаниями.

Интерес представляет исследование испанских ученых о влиянии разных факторов на прогноз когнитивных нарушений. J. Munoz-Negro et al. выявили, что отягощенный анамнез, высокие баллы по позитивной подшкале PANSS и применение стимулирующих препаратов также неблагоприятно влияют на когнитивные функции.

Помимо негативной симптоматики, существенное влияние на течение и прогноз заболевания оказывают процессы социальной реабилитации и стигматизация больных. Реабилитационным процессам на конгрессе было уделено очень небольшое внимание. В отдельных работах были представлены данные о том, как занятость, вовлеченность в трудовые и социальные сообщества влияют на прогноз заболевания. К сожалению, большинство из них имели только локальную ценность, так как были достаточно ограничены в методах и количестве испытуемых. Внимания заслуживает проведенное в Чехии и Словакии исследование на 962 пациентах, в котором были изучены социальные и функциональные нарушения при шизофрении, а также показана взаимосвязь этих нарушений, антипсихотической терапии и демографических показателей. Пациенты были обследованы по Шкале личностного и социального функционирования (PSP), Шкале глобального клинического впечатления (CGI) и Субъективной шкале для оценки благополучия на фоне антипсихотической терапии (SWN).

Авторы (Mohr P., Rodriguez M. et al., статья в печати) приводят следующие результаты. Средний балл по шкале PSP в исследуемой популяции соответствовал умеренному нарушению функционирования. Высокий функциональный уровень положительно коррелировал с субъективной удовлетворенностью антипсихотической терапией и негативно – с тяжестью симптоматики. Не обнаружено различий по субъективной удовлетворенности среди разных антипсихотических препаратов. Наиболее высокие показатели функционирования наблюдались у пациентов, имеющих стабильные межполовые отношения и полезную социально-трудовую роль. Авторы подчеркивают, что в терапевтическом процессе в Чехии и Словакии, как правило, мало внимания уделяется оценке функциональных нарушений.

Интересную версию выдвинули исследователи из института Монпелье (Capdevielle D., Salesse R. et al.), предположившие, что на социальные взаимоотношения и развитие социophobia влияет нарушенная двигательная координация больных шизофренией, вызывающая неприятие в обществе. Предположение подтверждается исследованием, в которое вошло 20 пациентов с шизофренией и социофобией и 20 здоровых добровольцев.

Еще один немаловажный вопрос, который лишь коротко был упомянут в небольшом количестве работ – вопрос о трудовой реабилитации больных. Например, группа ученых из Мадридской университетской больницы Мараньон (Cabeza G., Vicente I. et al.) изучила воздействие клинических и нейропсихологических факторов на общее функционирование и нетрудоспособность при шизофрении. Нужно отметить, что для подобной работы, рассматривающей роль большого числа факторов, была взята неоправданно малая выборка – 40 пациентов. В качестве вывода предлагается включить в комплексное лечение больных шизофренией психологические и психосоциальные мероприятия, направленные на формирование критики к своему состоянию и улучшение в сфере негативной симптоматики, что благоприятно скажется на трудоспособности больных.

Что касается стигматизации, которая находится в центре внимания психиатров во всем мире, то она была затронута в большом числе докладов. Влияние «интернализированной» стигмы на качество жизни у больных шизофренией изучал коллектив сербских авторов (Batinic B., Lemonis E., Oracic G.). Стигматизация приводит к снижению самооценки, депрессии, более позднему обращению за медицинской помощью, увеличению длительности болезни, социальной изоляции и посредством всего этого ухудшает качество жизни. Авторы исследовали 40 амбулаторных больных шизофренией (средний возраст 40,73

года, $CO=9,168$) со средней продолжительностью заболевания 15,525 года ($CO=8,202$). Использован ряд самозаполняемых опросников, посвященных «интернализированной» стигме психического заболевания, самооценке (Шкала самооценки Розенберга), качеству жизни и депрессии. Согласно полученным результатам, уровень стигматизации обратно пропорционален уровню жизни ($r=-0,422$) и самооценке ($r=-0,318$). Исходя из этого, авторы предлагают уделять большее внимание отрицательному влиянию стигмы на течение шизофрении и разработать специальные методики, направленные на борьбу с «интернализированной» стигматизацией и формирование копинг-механизмов.

В Ираке доктор Аль Курейши (Al-Kureishi M. A.) наблюдал в течение года за 83 семьями, в составе которых были больные шизофренией. 90 % семей отметили, что подвергаются стигматизации, 50 % семей имели финансовые трудности. Наибольшие трудности испытывают семьи больных с преимущественно негативной симптоматикой.

Ученые Мельбурнского университета A. Chow и D. Melloe сравнили социальную поддержку больных шизофренией в Сингапуре и Китае и обнаружили, что одинаковый уровень социального функционирования достигается, с одной стороны, за счет высокого развития психиатрической службы (Сингапур), с другой – за счет более внимательного и лояльного отношения со стороны членов семьи и ближайшего окружения (Китай).

Под внешней (экстернализованной) стигматизацией, как правило, понимается отношение общества к больному. Однако часто больные страдают от чувства отторжения и в пределах своей семьи. Исследователи из Ширазского университета медицинской науки в Иране (Anvar Abnavi M., Mani A., Said N.) изучили внутрисемейные отношения у шизофреников и их здоровых сиблингов и пришли к выводу, что больные иначе воспринимают эти отношения, в первую очередь в аспекте эмоционального реагирования и разрешения проблем. Как путь к решению авторы предлагают разработку и проведение внутрисемейных психообразовательных программ и психотерапии.

Достаточное внимание было уделено проблемам соматической коморбидности и организации общемедицинской помощи больным шизофренией. Заслуживает внимания масштабное исследование нидерландских авторов (Swildens W. et al.). Они изучили обращаемость в службу здравоохранения 2 392 больных с неаффективными психотическими расстройствами. Как выяснилось, пациенты с хроническими психозами реже обращаются за медицинской помощью, хотя входят в группу повышенного риска сердечно-сосудистой смертности. Налицо

очевидная недооценка важности данного фактора даже в странах с развитой системой здравоохранения. Другие нидерландские авторы (Cohen D., Nugter A.) показали, что у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами ускорены процессы старения, что, в частности, приводит к значительному повышению заболеваемости сахарным диабетом и укорочению продолжительности жизни.

Помимо соматических расстройств, на смертность больных опосредованно влияют и собственно психические факторы. Совместная работа британской исследовательской группы (Hayes R., Chang C. et al.) была посвящена смертности при шизофрении. В течение 4-летнего периода наблюдения они охватили 4 270 больных шизофренией, среди которых было зарегистрировано 170 смертных случаев. Проведя ковариационный анализ, они выявили связь смертности с субклинической депрессией и ухудшением повседневного функционирования, отметив отсутствие очевидной связи между смертностью и продуктивной симптоматикой.

Влияние различных групп симптомов на течение болезни и психосоциальную реабилитацию также является популярной областью для исследований. Однако в течение последних лет эта тема была достаточно разработана и основные тенденции уже известны. В частности доказано, что успешное восстановление пациентов в большей степени зависит от тяжести негативных и когнитивных нарушений. Следует отметить метаанализ 37 публикаций, посвященных влиянию продолжительности нелеченного психоза (ПНП) на долгосрочный прогноз шизофрении, который был проведен M. Penttila, N. Hirvonen et al. из Университета Оулу (Финляндия). Полученные данные явились весьма противоречивыми. Так, была обнаружена слабая положительная корреляция между ПНП и большинством симптомов. Итоговое заключение, гласящее, что выраженность симптоматики и сниженное функционирование не требуют более интенсивного лечения, не влияют на качество жизни пациентов и уровень трудоустройства, является дискуссионным.

Психиатрическая коморбидность в случае шизофрении является вопросом достаточно спорным. Наблюдаемый при болезни широкий спектр симптомов затрудняет дифференциальную диагностику сопутствующих психических расстройств, а неясная этиология не позволяет правильно определить роль других психических нарушений в процессе развития заболевания. Так, E. Sabic et al. (Босния-Герцеговина) сообщают, что у большинства пациентов с шизофренией присутствует выраженная депрессивная симптоматика, которая, вероятно, требует лечения.

Полученные результаты основаны на анализе 30 стационарных и 30 амбулаторных случаев. В исследовании применялась шкала Гамильтона, которая не обладает достаточной валидностью для дифференциации депрессивных симптомов от негативных, когнитивных, паркинсонических расстройств при шизофрении.

Интересные данные представила группа чешских ученых во главе с J. Vevera. На основе выборки из 167 больных и контрольной группы из 211 здоровых лиц они пришли к выводу, что пациенты с шизофренией чаще становятся жертвами насилия, а возникающие по этой причине осложнения (в частности ПТСР, которое выявляется у 7 % мужчин и 14 % женщин) негативно влияют на дальнейшее течение болезни.

Большое внимание было уделено шизообсессивным расстройствам. Шизофрения возникает совместно с обсессивно-компульсивным *расстройством* в 12 % случаев, отдельные обсессивно-компульсивные *симптомы* наблюдаются у 20—30 % больных шизофренией, а по данным группы Lieuwe de Haan, изучавшей влияние обсессивно-компульсивных нарушений на течение шизофрении, симптомы этого спектра в течение 5 лет после манифестного психоза наблюдались у 50 % больных. У больных с коморбидно протекающими шизофренией и обсессивно-компульсивным расстройством выявляются более низкие уровни преморбидного функционирования и социального функционирования по результатам 5-летнего катамнеза. Обсессивно-компульсивные расстройства и симптомы при шизофрении ассоциировались с более частыми психотическими обострениями и выраженными депрессивными расстройствами. Тем не менее в когорте больных, у которых шизофрения «наслоилась» на предсуществующее обсессивно-компульсивное расстройство, не наблюдалось отличий течения от больных с «чистой» шизофренией.

Авторы из Гейдельбергского университета, Германия (Schirrmbeck F., Rausch F.) изучали нейрокогнитивное функционирование при шизообсессивных расстройствах. Они установили, что наличие обсессивно-компульсивной симптоматики при шизофрении связано с нарушениями зрительно-пространственного восприятия, зрительной памяти и гибкости когнитивных процессов, которые сохранялись в течение 12-месячного наблюдения, что свидетельствует о перекрытии когнитивных нарушений, характерных для шизофрении и обсессивно-компульсивного расстройства, и указывает на существование «истинной» коморбидности между этими двумя заболеваниями. В своем докладе F. Schirrmbeck приводит данные 3-летнего исследования N. Korver et al., которые демонстрируют, что возникновение обсессивно-

компульсивных расстройств *de novo* после манифеста шизофрении не приводило к значимому ухудшению когнитивного функционирования, тогда как исчезновение предсуществующих обсессивно-компульсивных проявлений с течением времени приводило к существенному улучшению когнитивных параметров.

Профессор M. Zink из Гейдельбергского университета обратил внимание на накопление данных фармакологических и эпидемиологических исследований о том, что прием антипсихотиков второго поколения с преимущественным антисеротонинергическим действием (клозапина и оланзапина) ассоциируется с повышенным риском возникновения у больных шизофренией обсессивно-компульсивных симптомов. Выявляются прямые корреляции между выраженностью последних и дозами/продолжительностью применения этих препаратов. По данным ряда исследований, риск клозапин-индуцированных обсессивно-компульсивных расстройств связан с генетическим полиморфизмом гена глутаматергических рецепторов. Однако пока эти взаимоотношения остаются не до конца ясными, клозапин и оланзапин – одни из наиболее эффективных атипичных антипсихотиков – следует с осторожностью назначать пациентам с шизообсессивными нарушениями, а в качестве контрмеры для их терапии предлагается усиление терапии либо другими антипсихотиками (арипипразолом, амисульпридом или zipразидоном), либо антидепрессантами с выраженным серотонинергическим действием.

Немалое внимание было уделено теме злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) при шизофрении. Среди представленных работ нужно отметить широкомасштабное совместное шведско-английское катамнестическое исследование (Manrique-Garcia E., Zammit S. et al., 2012). В этом исследовании авторы изучили данные 50 087 призывников за 35 лет наблюдения. Показано, что больные шизофренией, употреблявшие каннабис, госпитализируются более чем в 2 раза чаще, вдвое больше времени проводят в больнице в течение одной госпитализации, имеют более выраженную позитивную симптоматику. Авторы также отмечают, что риск заболеть шизофренией снижается с возрастом у лиц, умеренно потребляющих каннабис, но не у лиц с регулярным употреблением.

В вопросах терапии большое внимание уделялось пролонгированным препаратам. Ученые из клиники Сан Тельмо в Испании (Contreras Barbas M., Megia Lopez P. et al.) выявили, что долгосрочный прием депонированных препаратов имеет преимущество перед пероральным приемом в следующих четырех аспектах: уход за собой, личностные отношения, социальные отношения и недопустимое поведение.

Международная исследовательская группа во главе с L. Samalin сообщила, что только 35 % пациентов во Франции и Германии достаточно информированы о действии пролонгированных препаратов. В течение Французского конгресса психиатров в 2010 г. было опрошено 113 психиатров, которые, в общем, высказались за назначение препаратов пролонгированного действия. В качестве лимитирующих факторов они назвали риск возникновения экстрапирамидных симптомов и достаточно хороший комплаенс при пероральном приеме.

Японские авторы (Kimura H., Kanahara N. et al., 2013) обратились к теме резистентной шизофрении, выделив группу «дофамин-сверхчувствительных психозов», которые характеризуются «глубинной» позитивной симптоматикой и поздними дискинезиями. Пациенты с такими состояниями, как правило, получают большие дозы психотропных средств. Авторы исследовали 115 резистентных больных с «дофамин-сверхчувствительным психозами» в течение 12 месяцев и пришли к выводу, что наиболее целесообразным методом терапии в этой группе являются пролонгированные формы антипсихотиков, в частности рisperидона.

В совместном исследовании сотрудников Торонтского университета и компании «Sunovion Pharmaceuticals Inc» (Awad G., Hassan M. et al., 2013) было продемонстрировано положительное влияние терапии атипичным антипсихотиком лurasидоном на уровень жизни и психосоциальное функционирование у 244 пациентов с шизофренией. В других работах, посвященных указанному препарату, сообщалось о его сопоставимости по переносимости и долгосрочной эффективности с кветиапином и рisperидоном, а также о том, что он снижает уровень концентрации общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и триглицеридов.

Итальянские ученые F. Franza, K. Aquino et al. в течение 19 лет наблюдали за сменой основного нейролептического препарата у 121 пациента с шизофренией. Согласно результатам исследования, смена галоперидола на атипичный нейролептик приводила к лучшему отдаленному прогнозу, а наибольший процент ремиссий наблюдался у пациентов, получавших клозапин.

В систематическом обзоре финских и британских специалистов (Huhtaniska S., Jaaskelainen E. et al.), была предпринята попытка выявить негативное воздействие антипсихотиков на морфологию мозга. Подытожив данные 22 исследований, авторы получили множество подтверждений взаимосвязи между приемом антипсихотиков и неспецифическими морфологическими изменениями в различных об-

ластях мозга (в первую очередь речь идет об уменьшении объема тех или иных структур). Большинство корреляций не были статистически достоверными. Тем не менее ученые при назначении антипсихотиков советуют всегда помнить об их возможном неблагоприятном эффекте и использовать минимально низкие дозы в любой ситуации.

Во многих работах представлены данные, не отличающиеся новизной. Так, упоминалось о низкой комплаентности при лечении пациентов атипичными антипсихотиками в связи с увеличением веса, о гормональных нарушениях при шизофрении у пациентов обоих полов, о высоком уровне сердечно-сосудистой смертности среди больных шизофренией, а также о несомненной пользе различного рода мероприятий, направленных на улучшение когнитивных функций.

Большая часть упомянутых в обзоре работ выполнена молодыми специалистами и еще не опубликована (при подготовке обзора в основном использовались материалы конгресса).

В заключение считаем важным подчеркнуть основной посыл профессоров H. J. Möller и S. Galderisi: прогресс в сфере терапии и реабилитации больных шизофренией требует смещения акцентов в дальнейшей исследовательской деятельности. На настоящем этапе развития психиатрической науки требуется повсеместное внедрение комплексного, ориентированного на пациента мультидисциплинарного подхода, который бы учитывал все многообразие проявлений шизофрении и не ограничивался бы узкими, прикладными фармакотерапевтическими задачами.

Сокращения

| | | |
|--------|---|--|
| BNSS | – | Краткая шкала оценки негативных симптомов |
| CAINS | – | Клиническое интервью для оценки негативных симптомов |
| CGI | – | Шкала глобального клинического впечатления |
| NSA-16 | – | Шкала оценки негативных симптомов (16 пунктов) |
| PANSS | – | Шкала оценки позитивных и негативных синдромов |
| PSP | – | Шкала личностного и социального функционирования |
| SANS | – | Шкала оценки негативных симптомов |
| SWN | – | Субъективная шкала для оценки благополучия на фоне антипсихотической терапии |
| ВПА | – | Всемирная психиатрическая ассоциация |
| ЕПА | – | Европейская психиатрическая ассоциация |
| ПТСР | – | посттравматическое стрессовое расстройство |
| CO | – | стандартное отклонение |

Л и т е р а т у р а

1. Awad G., Hassan M., Loebel A., Hsu J., Pikalov A., Rajagopalan K. Evaluation of health related quality of life outcomes among patients with schizophrenia switched to lurasidone from other antipsychotics // *Value Health*. – 2013. – 3. – Vol. 16. – P. 64.
2. Galderisi S., Bucci P., Mucci A., Kirkpatrick B., Pini S., Rossi A., Vita A., Maj M. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: Focus on long-term stability and functional outcome // *Schizophr. Res.* – 2013. – 1. – Vol. 147. – P. 157–162.

3. Galderisi S., Mucci A., Bitter I., Libiger J., Bucci P., Fleischhacker W., Kahn R. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2013. – 3. – Vol. 23. – P. 196–204.
4. Helldin L., Cavallaro R., Galderisi S. A functional comparison of patients with schizophrenia between the North and South of Europe // *Eur. Psychiatry.* – 2012. – 6. – Vol. 27. – P. 442–444.
5. Kimura H., Kanahara N., Watanabe H., Iyo M. Potential treatment strategy of risperidone in long-acting injectable form for schizophrenia with dopamine supersensitivity psychosis // *Schizophr. Res.* – 2013. – Vol. 145. – P. 130–131.
6. Manrique-Garcia E., Zammit S., Dalman C., Hemmingsson T., Andreasson S., Allebeck P. Cannabis, schizophrenia and other non-affective psychoses: 35 years of follow-up of a population-based cohort // *Psychol Med.* – 2012. – 6. – Vol. 42. – P. 1321–1328.

Авторы статьи выражают благодарность компании «Сервье» в лице доктора F. Catius, секретаря V. Ribeaux и главного менеджера Д. П. Морозова, а также куратору образовательного проекта WPA-Servier, региональному представителю ВПА в Восточной Европе профессору П. В. Морозову за возможность участия в работе XXI конгресса ЕПА.

УДК 616.895.4
ББК Р64-324-43-52

РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ (по материалам XXI Конгресса ЕПА)

Читлова В. В.^{*1}, Боброва М. А.²

¹ ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

² ФПОВ ГБОУ ВПО «Первый МГМУ» Минздрава России 119048, Москва, Трубецкая улица, дом 8, стр. 2

Настоящая публикация представляет собой обзор материалов XXI конгресса ЕПА, посвященных современным проблемам диагностики расстройств аффективного спектра (пленарных сессий, симпозиумов и постерных сообщений). Приведен краткий обзор важных вопросов коморбидности, дифференциальной диагностики, прогноза и клинической картины депрессии и биполярного аффективного расстройства. **Ключевые слова:** депрессия, биполярное аффективное расстройство, агомелатин, конгресс ЕПА (2013).

AFFECTIVE SPECTRUM DISORDERS: RELEVANT ISSUES OF PSYCHOPATHOLOGY AND THERAPY (according to materials of the XXIst EPA Congress). Chitlova V. V.¹, Bobrova M. A.² ¹ Mental Health Scientific Center of RAMSci. Kashirskoe Road 34, 115522, Moscow, Russia. ² The First Moscow State Medical University of Ministry of Healthcare of Russia. Trubetskaya Street 8, Building 2, 119048, Moscow, Russia. This publication provides an overview of plenary sessions, symposia and poster presentations of the XXIst EPA Congress (6–9 April 2013, Nice, France) that cover contemporary problems of clinical diagnosis of affective spectrum disorders. A number of important issues concerning comorbidity, differential diagnosis, prognosis, clinical presentation and therapy approach of depression and bipolar disorder is reviewed. **Keywords:** depression, bipolar disorder, comorbidity, prognosis, agomelatine, EPA Congress (2013).

Депрессия: психопатология и коморбидность. В рамках симпозиума, посвященного новому эмпирическому взгляду на пациентов с депрессией и шизофренией, особый интерес вызвали два сообщения об атипичной депрессии (F. Seemüller, Германия; V. Henkel, Германия, Швейцария). В DSM-IV, как известно, этот тип депрессии характеризуется специфической симптоматикой, включающей лабильный аффект и ряд вегетативных проявлений. Авторы постулируют идею о том, что атипичная депрессия заслуживает большего внимания и должна стоять не только наравне с другими типами, но и занимать отдельное место в диагностических классификациях (Niernberg A. A. et al., 1998).

^{*} Читлова Виктория Валентиновна, к.м.н., м.н.с. отд. по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств. zoigrek@mail.ru

Боброва Мария Алексеевна, кафедра психиатрии и наркологии

В двух независимых исследованиях было изучено 1 073 и 829 случаев депрессии на предмет наличия атипичных черт (по критериям DSM-IV), при этом оценивались отдельные психопатологические симптомы на основе критерия «реактивная лабильность». Обнаружено, что большинство фаз соответствовало картине атипичной депрессии. По результатам двух работ была обозначена строгая корреляция атипичной депрессии с такими параметрами, как женский пол, соматическая симптоматика, соматизированная тревога, чувство вины, дереализация и деперсонализация, параноидные проявления (по HAM-D-21). Не выявлено различий в возрасте, выраженности депрессивного аффекта и количестве биполярных фаз. Что интересно, в обеих работах ученые не регистрировали отчетливой связи реактивной лабильности с атипичной симптоматикой. Авторами были сделаны выводы о том, что при депрессиях с признаками, отличающимися от привычной меланхолии, особое место занимает тревожная симптоматика, сочетанная со склонностью к соматизации; реактивная лабильность является далеко не ведущим симптомом; распространенность атипичных депрессий недооценивается, а сама проблема диктует необходимость проведения дальнейших исследований.

Свою лекцию «Раннее распознавание и терапия депрессии» G. Fava (Италия) посвятил вопросам нюансировки преморбидных состояний, что имеет большое значение для диагностики и прогнозирования аффективных заболеваний и в общем для дальнейшего развития клинической психиатрии.

На практике продром может быть определен по ранним признакам, отличным от проявлений развернутого расстройства. Все большее значение в современной клинической медицине получает адекватная оценка продромальных симптомов прогрессирующих тяжелых заболеваний. Инициальные этапы депрессии представлены широким разнообразием внутрииндивидуальных проявлений и лишены диагностической специфичности. Даже если в продроме ряда эпизодов у одного и того же пациента можно проследить сходные признаки, то это не означает, что они всегда будут одинаковыми. Таким образом, для подобных состояний требуется адекватная клиническая оценка. Для этого специалисту в практической деятельности не всегда бывают сподручны принципы доказательной медицины – здесь от него требуется тонкое и всестороннее клиническое изучение, при котором необходимы частые повторные исследования, базирующиеся на операциональном, но не категориальном подходе и, конечно, собственный опыт.

В свете идей G. Fava был проведен анализ научных работ, представленных на конгрессе в рамках докладов и постерных сессий. Прослеживается достаточно высокий интерес к преморбидным состояниям при депрессиях, в частности личностным девиациям. В нескольких исследованиях, выполненных с использованием разных подходов к классификации личностных девиаций, выявляются общие тенденции.

Так, по данным специалистов из Ирландии (A. Doherty) расстройства личности чаще ассоциированы с депрессией, чем с расстройством адаптации. Как утверждают представители Республики Кореи (W. Park, S. Jeong.), тип личности D (в клинической психологии определяется признаками негативной аффективности – беспокойством, раздражительностью, угрюмостью) предрасполагает к соматизации при депрессии. В ремиссиях среди пациентов с аффективным темпераментом по H. S. Akiskal (2005) часто наблюдаются признаки соматизации (A. Gentile et al., Италия), а сам аффективный темперамент является фенотипическим признаком развития биполярного расстройства I типа (A. Mechri et al., Тунис). По результатам иранского исследования (K. K. Pirkalani, Z. Talaee), пациенты с РЛ раньше заболевают аффективным расстройством, вдвое чаще имеют в анамнезе эпизоды большой депрессии, имеют фазы с большей выраженностью депрессивной симптоматики и резистентностью к терапии. Та же мысль отражена в работе Z. Sedlackova et al. (Чехия).

Таким образом, особенности преморбидной личности следует учитывать при терапии депрессии и определении прогноза аффективного заболевания.

Дефект при биполярном расстройстве.

Все большую актуальность в клинических исследованиях во всем мире приобретает вопрос стабильных изменений, развивающихся при биполярном аффективном расстройстве. По данным современной литературы, ведущее место при диагностике отводится отчетливым признакам когнитивной недостаточности.

В докладе «Проблемы когнитивного и социального функционирования среди пациентов с биполярным расстройством» A. Sobieraj (Польша) подчеркиваются четкие корреляции когнитивных нарушений с уровнем качества жизни и признаками социальной дезадаптации.

Любопытным представляется следующий факт, указанный в работе норвежских ученых (U. Kessler et al.). При лечении пациентов с резистентной формой биполярного расстройства при помощи ЭСТ когнитивное снижение оставалось эквивалентным тому уровню, которое авторы наблюдали у пациентов, продолжавших прием психофармакотерапии.

Помимо когнитивного снижения, в клинической картине ремиссий также могут проследиваться признаки эмоциональных изменений. Для больных характерны проблемы с регуляцией эмоций, при этом, если в преморбиде личности была свойственна тревожность, после ряда биполярных фаз (по данным L.-P. Celestin, Бельгия) наблюдается уплощение этого радикала. Пациенты становятся более ригидными в плане восприятия стрессовых ситуаций, гораздо реже регистрируются реакции на жизненные события. Другими авторами (N. Ioannidi et al., Греция) отмечено также снижение уровня эмпатии при межличностных контактах у таких пациентов.

Сателлитный симпозиум «Возвращение к нормальному функционированию у депрессивных пациентов, принимающих агомелатин». Профессор Сидней Кеннеди (Канада) обратил внимание аудитории на то, что депрессия ассоциирована со значительным нарушением ежедневной активности пациентов (их так называемых нормальных функций), что сохраняется, несмотря на редукцию симптомов депрессии и завершение становления ремиссии. Полное восстановление нормальных функций включает улучшение самочувствия и социального функционирования пациента (например, деятельности в профессиональной и семейной сферах). Оно затрагивает ряд параметров, таких как настроение, когнитивные, физические и нейровегетативные функции, которые в свою очередь зависят от мозговых структур и нервных процессов. Данные функциональных МРТ-исследований свидетельствуют о воздействии нарушений эмоциональной переработки информации на функционирование пациентов при депрессии.

Изучение социально-эмоциональных связей в нейробиологическом аспекте представляется перспективным в плане выявления новых психопатологических механизмов и разработки принципов лечения при большом депрессивном расстройстве.

Профессор Филипп Фоссати (Франция) представил данные о том, как «эмоциональный» и «социальный» мозг взаимодействуют между собой. Так, кора головного мозга и подкорковые структуры связаны с лимбическими структурами, играющими важную роль в формировании эмоций. Миндалевидное тело reciprocно связано с медиальной префронтальной корой головного мозга. Было показано, что наряду со своей основной функцией в процессе развития чувства страха оно также выявляет высокоамплитудные и/или персонально значимые стимулы из потока информации реципиента. Это осуществляется при взаимодействии с вентральной и дорсальной медиальной префронтальной корой больших полушарий.

Кортикальные срединные структуры головного мозга, включающие медиальную префронтальную кору, играют ключевую роль в самоидентификации у здоровых людей. Данная область изменяется при большом депрессивном эпизоде при сравнении со здоровыми испытуемыми. Тоническая вентральная активация медиальной префронтальной коры может быть связана с автоматическими мыслями депрессивных больных, негативной аффективностью. Повышенная фазовая дорсальная активация данной области может быть связана с когнитивно-поведенческими аспектами депрессии (например, сравнение себя с внутренними «стандартами»). Кроме того, при депрессии может изменяться активность передней поясной извилины и более латеральных областей префронтальной коры. Были представлены предварительные данные собственного исследования о том, что раннее применение агомелатина оказывает воздействие на мозговые структуры, которые влияют на указанные процессы и изменяются у депрессивных больных.

Профессор Кoen Деитенэр (Дания) начал презентацию с вопросов нормы и патологии в медицине и психиатрии, раскрыл разницу в подходах к оценке результатов лечения с точки зрения врача и пациента, подчеркнул значение полного «функционального» восстановления в самоотчете пациента. Автор обратил внимание на то, что, согласно J. R. Vittengl et al. (2009) именно степень нарушения ежедневного функционирования, а не выраженность депрессии коррелирует с повторным возникновением депрессивного эпизода. В конце выступления он представил ряд оценочных методик для определения функционального восстановления пациента. Кроме того, была продемонстрирована важность восстановления эмоциональной сферы при возобновлении функций пациентов с депрессией.

Профессор Геран Аяк (Германия) представил данные об эффективности агомелатина с точки зрения врача и пациента. По результатам клинических и описательных исследований агомелатин влияет не только на депрессивное настроение и ангедонию (ее редукция на фоне приема вальдоксана наблюдается уже на первой неделе), но и улучшает ежедневное и социальное функционирование. Это достигается прежде всего нормализацией циркадных ритмов. Профессор также рассказал о безопасности вальдоксана. В сравнении с венлафаксином он обладал лучшей переносимостью, в частности у пациентов реже наблюдалась тошнота.

Таким образом, на очередном ежегодном международном конгрессе Европейской психиатрической ассоциации в Ницце (Франция) обсуждалось множество вопросов диагностики, психопатологии, профилактики и адекватной

терапии расстройств аффективного спектра. Темы, поднимавшиеся на симпозиумах, вызывали оживленную дискуссию. Безусловно, упомянутые выше проблемы актуальны и перспективны в плане дальнейших исследований.

Сокращения

| | |
|---------|---|
| ЕРА | – Европейская психиатрическая ассоциация |
| DSM-IV | – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, четвертая редакция |
| НАМД-21 | – Шкала Гамильтона для оценки депрессии |
| ВПА | – Всемирная психиатрическая ассоциация |
| ЕПА | – Европейская психиатрическая ассоциация |
| ЭСТ | – электросудорожная терапия |

Л и т е р а т у р а

1. Akiskal H. S., Akiskal K. K., Radwan F. et al. TEMPS-A: progress towards validation of a self-rated clinical version of the Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego Autoquestionnaire // *Journal of Affective Disorders*. – 2005. – Vol. 85 (1–2). – P. 3–16.
2. Bryant R. A., Friedman M. J., Spiegel D. et al. A review of acute stress disorder in DSM-5 // *Depression and Anxiety*. – 2011. – Vol. 28 (9). – P. 802–817.
3. Di Giannantonio M., Martinotti G. Anhedonia and major depression: the role of agomelatine // *European Neuropsychopharmacology*. – 2012. – Vol. 22 (Suppl. 3). – S. 505–510.
4. Kasper S., Hajak G. Efficacy of the novel antidepressant agomelatine on the circadian rest-activity cycle and depressive and anxiety symptoms in patients with major depressive disorder: a randomized, double-blind comparison with sertraline // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 2010. – Vol. 71 (2). – P. 109–120.
5. Kasper S., Corruble E. Antidepressant efficacy of agomelatine versus SSRI/SNRI: results from a pooled analysis of head-to-head studies without a placebo control // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2013. – Vol. 28 (1). – P. 12–19.
6. Lam R. W. et al. Fatigue and occupational functioning in major depressive disorder // *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2013. – May 7.
7. McKnight et al. The importance of functional impairment to mental health outcomes: A case for reassessing our goals in depression treatment research // *Clin. Psychol. Rev.* – 2009. – Vol. 29 (3). – P. 243.
8. Mojtabai 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.
9. Nierenberg A. A., Alpert J. E., Pava J. et al. Course and treatment of atypical depression // *J. Clin. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 59 (Suppl. 18). – P. 5–9.
10. Norman T. R. Agomelatine, melatonin and depressive disorder // *Expert Opinion on Investigational Drugs*. – 2013. – Vol. 22 (4). – P. 407–410.
11. Pompili M., Serafini G. Agomelatine: a novel intriguing antidepressant option enhancing neuroplasticity: A critical review // *World Journal of Biological Psychiatry*. – 2013. – Mar 26.
12. Quera-Salva M. A., Hajak G. Comparison of agomelatine and escitalopram on nighttime sleep and daytime condition and efficacy in major depressive disorder patients // *International Clinical Psychopharmacology*. – 2011. – Vol. 26 (5). – P. 252–262.
13. Stein D. J., Picarel-Blanchot F. Efficacy of the novel antidepressant agomelatine for anxiety symptoms in major depression // *Human Psychopharmacology*. – 2013. – Vol. 28 (2). – P. 151–159.
14. Vaillant G. E. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? // *World Psychiatry*. – 2012. – Vol. 11. – P. 93–99.
15. Wakefield J. C., Schmitz M. F. Normal vs. disordered bereavement-related depression: are the differences real or tautological? // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2013. – Vol. 127 (2). – P. 159–168.
16. Demyttenaere K., Corruble E. A pooled analysis of six month comparative efficacy and tolerability in four randomized clinical trials: agomelatine versus escitalopram, fluoxetine, and sertraline // *CNS Spectrum*. – 2013. – Vol. 18 (3). – P. 163–170.

УДК 616.895.8
ББК Р645.090-435

ДОФАМИНЕРГИЧЕСКИЙ ДИСБАЛАНС, ДИЗРЕГУЛЯЦИЯ САЛИЕНСА И СИСТЕМА ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ (Обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации)

Алфимов П. В.*

ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» МЗ РФ
107076, Москва, ул. Потешная, 3

Настоящая публикация представляет собой обзор симпозиума «Reward, Salience and Dopamine in Schizophrenia Patients» (Вознаграждение, салиенс и дофаминергическая передача у пациентов с шизофренией), прошедшего 8 апреля 2013 г. под председательством А. Heinz (Германия) и О. Howes (Великобритания) в рамках XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации (6–9 апреля 2013 г., Ницца, Франция). Приведен краткий обзор основных дефиниций и гипотез, докладов четырех независимых научно-исследовательских групп из разных регионов Европы и соответствующих публикаций, посвященных дофаминергическому дисбалансу, нейровизуализационным находкам, нарушению салиенса и обработки сигналов в системе вознаграждения, имеющих место при шизофрении. **Ключевые слова:** шизофрения, салиенс, вознаграждение, дофаминергическая передача, негативные симптомы, нейровизуализация, вентральная область полосатого тела, конгресс ЕПА (2013).

DOPAMINERGIC IMBALANCE, SALIENCE DYSREGULATION AND REWARD SYSTEM IN SCHIZOPHRENIA: a report on symposium held at the XXIst EPA Congress. Alfimov P. V. Moscow Psychiatry Research Institute of Ministry of Healthcare of Russia. *Poteshnaya 3, 107076, Moscow, Russia.* This paper provides an overview of the symposium Reward, Salience and Dopamine in Schizophrenia Patients, which was held on April 8, 2013 under the chairmanship of A. Heinz (Germany), and O. Howes (UK) during the XXIst Congress of the European Psychiatric Association (6–9 April 2013, Nice, France). This paper provides a brief review of key definitions, reports of four independent research groups from different regions of Europe and relevant publications on dopaminergic imbalance, neuroimaging findings, salience disruption and signal processing in the reward system which occur in schizophrenic patients. **Keywords:** schizophrenia, salience, reward processing, dopaminergic transmission, neuroimaging, ventral striatum, EPA Congress (2013).

Настоящая публикация представляет собой обзор симпозиума «Reward, Salience and Dopamine in Schizophrenia Patients» (Система вознаграждения, салиенс и дофаминергическая передача у пациентов с шизофренией), прошедшего 8 апреля 2013 г. под председательством А. Heinz (Германия) и О. Howes (Великобритания) в рамках XXI конгресса Европейской

психиатрической ассоциации (6–9 апреля 2013 г., Ницца, Франция).

Ниже приводится краткий обзор основных дефиниций и гипотез, докладов четырех независимых научно-исследовательских групп из различных регионов Европы, соответствующих публикаций и неопубликованных данных, посвященных вопросам дофаминергического дисбаланса, нейровизуализационным находкам, нарушению салиенса и обработки сигналов в системе вознаграждения, которые имеют место при шизофрении.

Салиенс (salience) в широком смысле понимается как способность идентифицировать значимые стимулы и отделять их от фоновых, малозначимых стимулов. Этот феномен лежит в основе функции внимания и обеспечивает выживание и научение индивида, позволяя ему сфокусировать ограниченные перцептивные и когнитивные ресурсы на важных наборах данных, поступающих из различных сенсорных систем. Выделяют два механизма салиенса – восходящий (реактивный, не связанный с памятью), который отвечает за незамедлительное привлечение внимания организма к значимому стимулу, а также нисходящий (предвосхищающий, связанный с памятью) механизм.

Основным нейроанатомическим субстратом салиенса являются мезолимбические и лимбические структуры, а основным нейромедиатором, участвующим в формировании реакции на значимый стимул, является дофамин, который преобразует эмоционально нейтральный бит информации в эмоционально окрашенную (положительную или отрицательную) реакцию – т.е. в «салиентное событие». S. Kapur (2003) предположил, что гипердофаминергическое состояние лимбической системы, имеющее место при шизофрении, приводит к нарушению адекватного распределения салиентных событий в ответ на различные внешние и внутренние стимулы. Предполагается, что это нарушение обуславливает широкий спектр позитивных симптомов шизофрении (галлюцинаторно-бредовые симптомы, дезорганизация мышления и др.). Некоторые биологически ориентированные психиатры небезосновательно считают нарушение салиенса стержневым феноменом при шизофрении и предлагают сгруппировать расстройства шизофренического спектра в будущих классификациях в группу «синдромов дизрегуляции салиенса» (van Os J., 2009).

В качестве возможных вариантов русского перевода этого термина предложены «синдром нарушения различения (приоритизации) стимулов», «синдром сверхвключаемости объектов восприятия» и «синдром нарушения избирательной фильтрации информации» (Мосолов С. Н., 2010).

* Алфимов Павел Викторович, м.н.с. сектора терапии психических заболеваний. Тел./факс: +74959637685. pavelalfimov@yandex.ru

Важным нейрофизиологическим понятием является «побудительный салиенс» (incentive salience). Этот конструкт был разработан при изучении роли дофаминергической передачи в системе вознаграждения при аддитивных расстройствах (Berridge K. et al., 1998). Побудительный салиенс – это мотивационный атрибут «желания» (wanting), который присваивается стимулу, превосходящему вознаграждение. Этот атрибут «желания» шире, чем простое гедонистическое «влечение» (liking), которое возникает при контакте с привлекательным стимулом. Атрибут «желания» придает стимулу мотивационное безусловное качество – он перестает быть простым сенсорным переживанием, он привлекает внимание и стимулирует поисковое поведение.

В качестве примера можно привести отдаленный этап наркотической зависимости, когда у пациента давно утерян гедонистический компонент употребления ПАВ, однако стимулы, напоминающие об употреблении (например, плакат с изображением шприцев, игл и ампул), способны спровоцировать поиск и употребление наркотического вещества. Предполагается, что дофаминергическая система участвует в процессе принятия решений, влияя на приоритетность или уровень «желанности» стимула. Дофаминергическая передача усиливается, когда фактическое вознаграждающее событие по своей значимости превосходит ожидание, и наоборот, ослабляется, когда это событие качественно хуже ожидаемого.

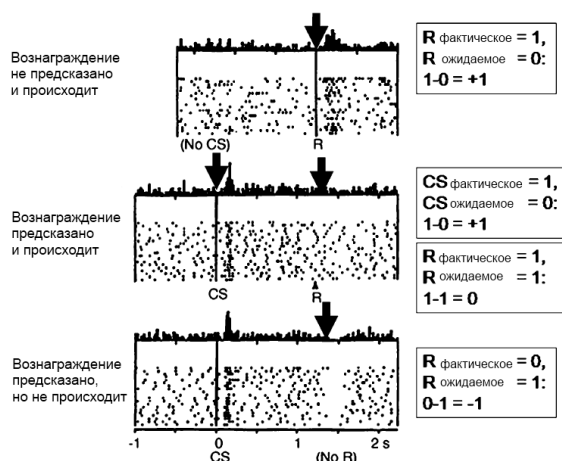


Рис. 1. Фазное усиление высвобождения дофамина, отражающее ошибку «предсказания» вознаграждения (reward prediction error). Адаптировано из публикации W. Schultz (1997).

Примечание. Вверху: вознаграждение (R) не предсказано; разница между фактическим и ожидаемым вознаграждением положительна, что приводит к краткосрочному усилению высвобождения дофамина. Посередине: условный сигнал соответствует предсказанному вознаграждению (CS), усиления выброса дофамина не происходит. Внизу: ожидаемого вознаграждения не происходит; наблюдается фазное ослабление высвобождения дофамина.

Условные сигналы, связанные с приближающимся вознаграждением, могут приводить к короткому фазному усилению дофаминергической передачи в ситуации, когда вознаграждение «не предсказано», т. е. превосходит ожидания индивида. В ситуации, когда вознаграждение соответствует ожиданиям, соответствующий стимул не приводит к фазному усилению дофаминергической передачи (Schultz W. et al., 1997) (см. рис. 1).

T. Robinson et al. (1993) предположили, что фазное усиление высвобождения дофамина отражает т. н. ошибку предсказания и связано с атрибутом «побудительного салиенса», который присваивается условным сигналам, связанным с вознаграждением. Эта гипотеза была рассмотрена несколькими научными группами в контексте расстройств шизофренического спектра (Heinz A. et al., 2002; Kapur S., 2003). Предполагается, что хаотическое (и связанное со стрессом) усиление дофаминергической передачи в афферентных путях, идущих к полосатому телу, приводит к тому, что атрибут «побудительного салиенса» присваивается нерелевантным стимулам, что может объяснить возникновение продромальных позитивных симптомов (например, бредового настроения по С. Congrad), «полноценной» галлюцинаторно-бредовой симптоматики, а также некоторых негативных симптомов (см. ниже).

В недавних исследованиях подчеркивалась важность связи между обработкой сигналов в системе вознаграждения и негативными симптомами шизофрении (Juckel G. et al., 2006a; Waltz J. et al., 2008). При шизофрении выявляется нарушение присвоения атрибута «желания», который в норме придает стимулам мотивационную окраску (Berridge K. et al., 1998). У фармакологически интактных больных шизофренией и у больных, получающих лечение антипсихотиками первого поколения (АПП), на фМРТ-картине наблюдается ослабление сигнала вентрального полосатого тела (ВПТ) при выполнении тестов с предвосхищением вознаграждения (Juckel G. et al., 2006b; Schlagenhauf F. et al., 2008). Кроме того, наблюдается отрицательная корреляция между активацией вентрального полосатого тела и общей тяжестью негативной симптоматики (Juckel G. et al., 2006a). Подробнее эта проблема рассмотрена в обзоре немецких авторов (см. далее).

В фМРТ-исследованиях, описанных ниже, для оценки психопатологической симптоматики применялись шкалы CDSS, AES, PANSS и другие распространенные психометрические инструменты (точнее, их валидизированные национальные версии) и использовался тот или иной вариант теста денежного стимулирования с задержкой (Monetary incentive delay task – Knutson B. et al., 2001; Abler B. et al., 2005).

На рисунке 2 представлены стимулы, отражающие возможные варианты вознаграждения (1 евро, 20 центов, 0 евро), а также последовательность действий теста денежного стимулирования с задержкой. Процедура теста выглядит следующим образом: сначала пациенту, находящемуся в МР-томографе, предоставляется стимул, предусматривающий то или иное вознаграждение в случае, если он примет правильное решение в ходе последующей задачи на различение (нажатие одной из двух кнопок). Оценка графических данных выполняется в периоды задержки (предвосхищения вознаграждения) и после объявления результатов, когда пациенту сообщается о том, сколько денег он «выиграл».

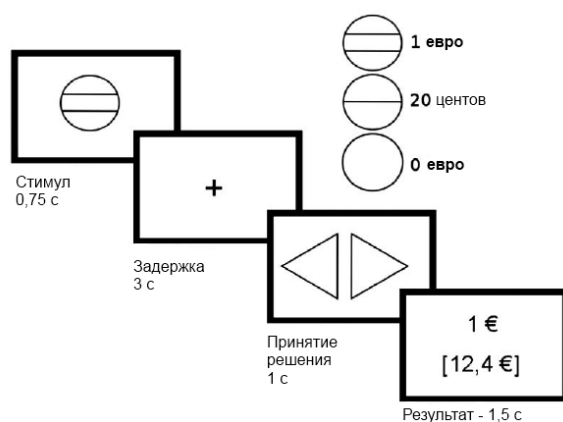


Рис. 2. Тест денежного стимулирования с задержкой по B. Abler et al. [2005]

Доклад коллектива авторов под руководством О. Howes (Институт психиатрии Лондонского Королевского колледжа, Великобритания) был посвящен раннему выявлению дофаминергической дисфункции при шизофрении, а также ее динамике при развитии психоза. Авторы подчеркивают, что время возникновения этой дисфункции неизвестно. Не менее загадочной представляется динамика этого нарушения после развития психоза. Для изучения описанной проблемы авторами было проведено лонгитудинальное исследование на небольшой когорте ($n=20$, средний возраст 25,0 года, $CO=4,1$) пациентов с «ультравысоким риском развития психоза» (Howes O. et al., 2011). Исследование включало 2 последовательных ПЭТ-сканирования с использованием ^{18}F -DOPAC промежутком в 2 года. У 8 (36 %) пациентов к моменту второго сканирования диагностировано психотическое расстройство по критериям DSM-IV-TR (шизофрения, $n=6$; шизофреноформное расстройство, $n=1$; эпизод психотической мании в рамках БАР I типа, $n=1$). У оставшихся 12 пациентов психоз не развивался ни через 2 года, ни в последующие 12 месяцев ка-тамнестического наблюдения.

В качестве показателя способности к синтезу дофамина применялась константа инфлюкса (K_i или K_i^{cer} /мин), которая рассчитывалась по результатам графического анализа. Лонгитудинальное измерение K_i^{cer} проводилось для всего полосатого тела и для его функциональных подразделений (в качестве референтной области использовался мозжечок). В ходе анализа областей интереса обнаружено, что у пациентов с продромальными симптомами, у которых в дальнейшем развился психоз, отмечается значимое увеличение значения K_i^{cer} (рис. 3) в ассоциативной области полосатого тела.

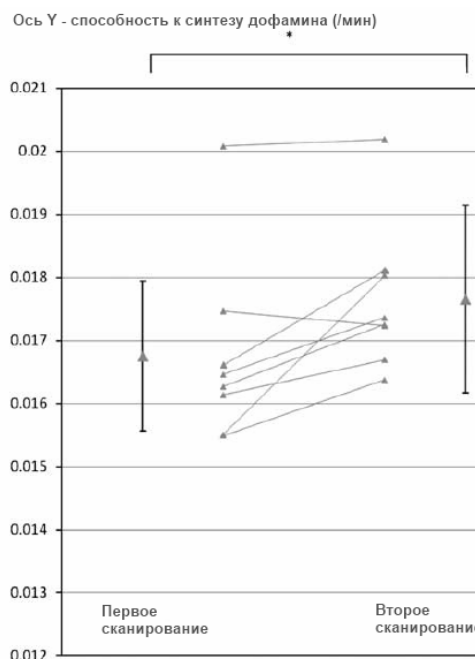


Рис. 3. Изменение способности к синтезу дофамина в сенсомоторной области полосатого тела среди пациентов, у которых развился психоз к моменту второго сканирования. Адаптировано из O. Howes et al. [2011]

Примечание. Средние значения для всей когорты показаны слева и справа для первого и второго сканирования соответственно. В качестве меры измерения способности к синтезу дофамина используется рассчитанная константа инфлюкса K_i^{cer} /мин. «Усы» на диаграмме представляют CO . *— $p<0,05$.

Эта находка подтвердилась после того, как из анализа исключили 2 пациентов, получавших антипсихотическую терапию к моменту второго сканирования. Не обнаружено значимых изменений для всего полосатого тела и других его функциональных отделов (лимбического и сенсомоторного). Проведен отдельный анализ вокселей в графических данных пациентов с психозом, у которых отмечалось увеличение K_i^{cer} в правой скорлупе (сенсомоторный отдел полосатого тела — рис. 4). Что касается пациентов, чьи продромальные симптомы не привели к развитию психоза, в анализе вокселей и в анализе областей интереса не обнаружено значимых изменений.

Авторы подчеркивают необходимость проведения подобных лонгитудинальных ПЭТ-исследований с большим числом пациентов и длительным периодом катамнестического наблюдения.

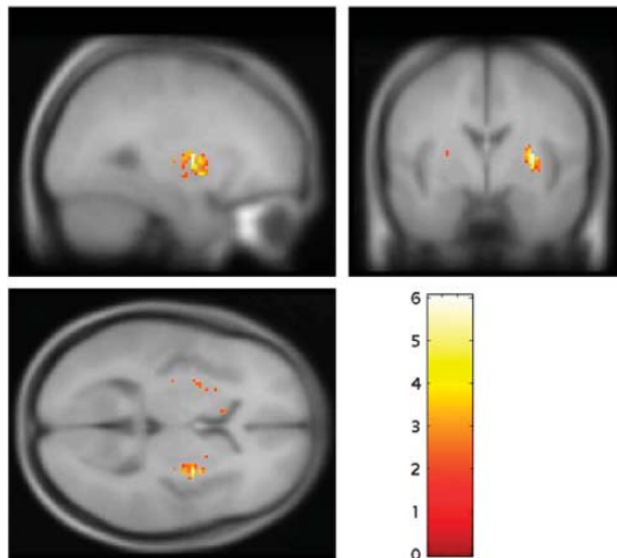


Рис. 4. ПЭТ-картина прогрессирующего усиления способности к синтезу дофамина в сенсомоторном отделе полосатого тела у пациентов с продромальными симптомами, у которых психоз развился к моменту второго сканирования. [Howes O. et al., 2011].

Примечание. Усиление способности к синтезу дофамина зарегистрировано в правой скорлупе (правом дорсолатеральном [сенсомоторном] отделе полосатого тела). Разброс кластера воксела 124. Координаты MNI пикового воксела: 30, -4, 6.

Авторами также представлены неопубликованные результаты исследования со схожим дизайном, которое было проведено в нескольких группах: двух сопоставимых когортах с высоким риском развития психоза, когорте здоровых лиц, когорте лиц, хорошо реагирующих на терапию антипсихотиками, и когорте терапевтически резистентных пациентов. Способность к синтезу дофамина была значимо повышена в двух независимых когортах пациентов с высоким риском развития психоза во всем полосатом теле, а также в ассоциативном участке полосатого тела. Этот феномен коррелировал с тяжестью позитивной симптоматики. Среди пациентов, у которых впоследствии развился психоз, отмечалось прогрессирующее увеличение способности к синтезу дофамина. Авторы делают следующие осторожные выводы. Увеличение способности к синтезу дофамина в полосатом теле: а) предвосхищает развитие психоза у лиц с продромальными симптомами (пациентов с высоким риском развития психоза); б) возрастает со временем при развитии психоза; в) коррелирует с реагированием на антипсихотическую терапию.

Пожалуй, самым важным заявлением авторов является то, что терапия антипсихотиками среди пациентов с продромальной симптоматикой способна снизить риск развития психоза за счет угнетения дофаминергической передачи в полосатом теле.

Были также доложены обнадеживающие результаты недавно опубликованного метаанализа нейровизуализационных исследований (Howes O. et al., 2012). Подчеркивается, что современные методы антипсихотической терапии, основанные, главным образом, на блокаде D₂-рецепторов, имеют ограниченную эффективность у большей части больных шизофренией. Авторы предприняли попытку уточнения природы дофаминергической дисфункции при шизофрении – проведен метаанализ нейровизуализационных (главным образом ПЭТ и ОФЭКТ) исследований *in vivo*, в которых количественно оценивалась дофаминергическая активность в полосатом теле.

В анализ вошло 44 исследования, опубликованных с 1960 по 2011 г., в которые в общей сложности было включено 618 больных шизофренией и 606 здоровых лиц. Оценивались пресинаптическая функция дофаминовых нейронов, доступность транспортера дофамина, а также доступность дофаминовых рецепторов в полосатом теле. Получены следующие результаты: при шизофрении выявляется значительное (*d* Коэна 0,79) и статистически достоверное ($p < 0,01$) усиление пресинаптической дофаминергической функции (рис. 5).

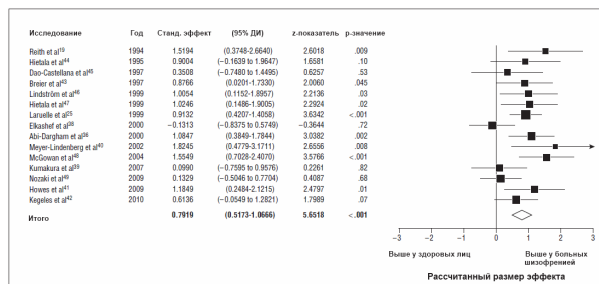


Рис. 5. Метаанализ нейровизуализационных исследований пресинаптической дофаминергической функции у больных шизофренией. Адаптировано из публикации О. Howes et al. [2012]

Примечание. На диаграмме в правой части рисунка приведены размеры эффектов и 95 % ДИ различий в размере эффекта между здоровыми лицами и пациентами с шизофренией. Суммарный размер эффекта (белый ромб внизу справа) отражает значимое усиление пресинаптической дофаминергической функции при шизофрении ($d = 0,79$).

Не обнаружено значимых изменений в доступности транспортера дофамина; выявлено незначительное (*d* Коэна 0,26) увеличение доступности D₂- и D₃-рецепторов, которое, однако, не наблюдалось у фармакологически интактных пациентов.

Авторы пришли к выводу, что наиболее важными при шизофрении являются пресинаптические дофаминергические аномалии – нарушение синтеза и высвобождения дофамина, а также изменение его исходной пресинаптической концентрации. Авторы утверждают, что дальнейшее изучение антипсихотических препаратов, чей механизм действия основан на связывании с D₂- и D₃-рецепторами, является малоперспективным. Целесообразной представляется разработка новых методов лечения, направленных на регуляцию пресинаптического синтеза и высвобождения дофамина.

Доклад коллектива под руководством S. Kaiser и J. Simon (Кафедра психиатрии Гейдельбергского университета Гейдельберга, Германия; Психиатрическая больница Цюрихского университета, Швейцария) был посвящен взаимосвязи между аномальной обработкой сигналов в системе вознаграждения и двумя доменами психопатологической симптоматики (апатией и ангедонией/депрессией). Представлены результаты одного опубликованного исследования (Simon J. et al., 2010) и одного исследования, которое готовится к публикации.

В первое исследование вошли 15 пациентов с шизофренией и 15 здоровых лиц. Все пациенты получали терапию АВП, а 5 пациентов дополнительно получали терапию антидепрессантами или нормотимиками. Все участники проходили комплексное психометрическое исследование (шкалы PANSS, CDSS, AES, шкалы Чапмана для оценки физической и социальной ангедонии – PAS и SAS), а также тест денежного вознаграждения с задержкой, совмещенного с фМРТ. При графическом анализе областей интереса не выявлено значимых межгрупповых различий в активации ВПТ в ситуациях с ожиданием и без ожидания вознаграждения, а также в ситуациях с получением и неполучением вознаграждения. Тем не менее обнаружена отрицательная корреляция между тяжестью апатии и активацией ВПТ на МР-картине (т. е. у пациентов с выраженной апатией отмечалось ослабление сигнала в ВПТ). Кроме того, выявлена отрицательная корреляция между тяжестью депрессии и изменением МР-сигнала, когда пациентам сообщали о результатах теста (у пациентов с большим баллом по шкале Калгари отмечалось снижение активации ВПТ, когда им сообщали о денежном вознаграждении).

В связи с тем, что графические данные оказались малоинформативными, в настоящем обзоре не представлены полученные авторами МР-снимки. Авторы подчеркивают свои методологические недоработки: нельзя исключить, что отсутствие значимых межгрупповых различий в анализе графических данных связано с тем, что все пациенты получали адекватную терапию АВП.

Во второе исследование, пока еще не опубликованное, вошли 24 больных шизофренией и 36 здоровых добровольцев. Обнаружена отрицательная корреляция между активацией ВПТ во время ожидания вознаграждения и тяжестью апатии. Кроме того, обнаружена отрицательная корреляция между тяжестью позитивных симптомов и изменением сигнала в ситуациях получения и неполучения денежного вознаграждения.

Взяв за основу не только собственные результаты, но и работы других исследователей, авторы составили упрощенную схему, описывающую связь между основными нейроанатомическими субстратами системы вознаграждения (ВПС и медиальной орбитофронтальной корой [МОФК]), этапами обработки сигналов в этой системе («желание» [wanting] и «влечение» [liking]), а также двумя основополагающими доменами негативной симптоматики (апатия, т. е. потеря мотивации, и ангедония/депрессия) (рис. 6).

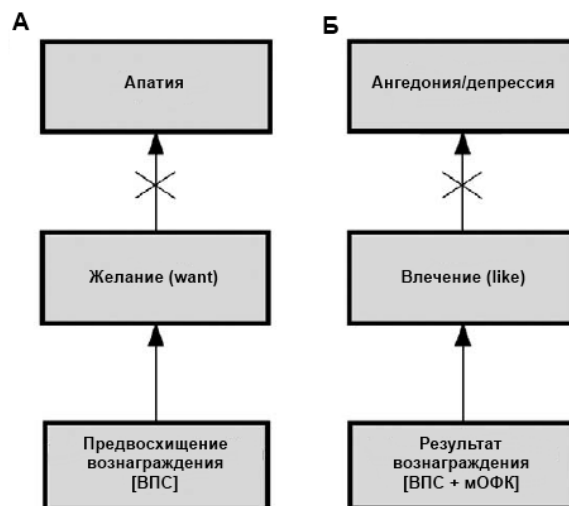


Рис. 6. Роль системы вознаграждения в возникновении «мотивационных» симптомов шизофрении. Адаптировано из J. Simon et al. [2010]

Примечание. А: дисфункциональная активация ВПС, регистрируемая во время предвосхищения ожидания, приводит к апатии (отсутствию мотивации). Б: дисфункциональная активация ВПС и (или) МОФК, регистрируемая в ходе получения вознаграждения, приводит к ангедонии и (или) депрессии.

Доклад коллектива под руководством M. Nielsen (Психиатрическая больница Копенгагенского университета, Глоструп, Дания), пожалуй, был одним из самых интересных. В нём подробно рассмотрена дисфункция системы вознаграждения у фармакологически *интактных* больных шизофренией и даны ценные терапевтические замечания. Приведены результаты двух последовательных лонгитудинальных нейровизуализационных исследований.

В первое исследование (Nielsen M. et al. 2012a) включен 31 фармакологически интактный больной шизофренией (в сопоставимую по полу, возрасту, социальному статусу и доминантному полушарию контрольную группу вошел 31 здоровый человек). Все участники прошли психометрическое обследование по шкалам PANSS и GAF. Использовался модифицированный авторами тест денежного вознаграждения с задержкой, совмещенный с фМРТ, который позволил условно разделить «общий салиенс» (побуждающие события) на «поведенческий компонент салиенса» (события, при которых получение предсказанного вознаграждения требует усилий) и «компонент предвосхищения награды».

В период предвосхищения, когда участникам представляли салиентные стимулы, у больных шизофренией отмечалось выраженное ослабление активации в вентральной покрышке, ВПТ и передней поясной извилине. Ослабление сигнала в ВПТ было связано с тяжестью позитивных симптомов и значимо коррелировало с изменением «поведенческого компонента салиенса». Кроме того, у больных шизофренией отмечалось изменение паттерна активации правой префронтальной коры в ходе оценки ими результатов теста (количества полученных денег). Авторы предполагают, что МР-картина изменений в периоде предвосхищения отражает начало болезненного процесса. Наиболее значимые изменения наблюдались для «общего салиенса», при этом в ВПТ эти изменения четко коррелировали с тяжестью позитивной симптоматики.

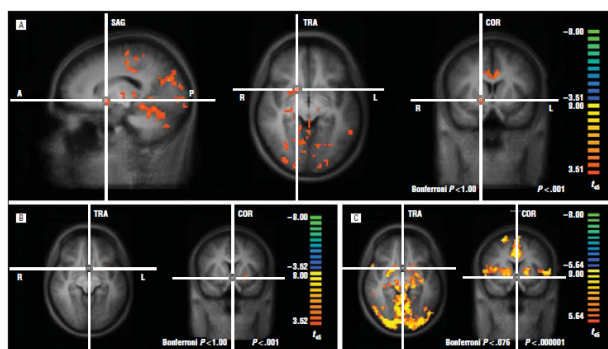


Рис. 7. МР-картина межгрупповых различий среди здоровых лиц и больных шизофренией во втором исследовании – исходный уровень (Nielsen M. et al., 2012b)

Примечание. А: полновоксельное межгрупповое сравнение различий в МР-сигнале между здоровыми лицами и больными шизофренией (обнаруженные различия обусловлены ослаблением активации у больных). В: здоровые лица; С: фармакологически интактные больные шизофренией.

Во второе исследование (Nielsen M. et al., 2012b) вошли 23 пациента и 24 здоровых добровольца из первого исследования. Ранее не леченные пациенты в течение 6 недель полу-

чали amisulpride в дозах до 500–600 мг/сут (доза подбиралась с учетом индивидуальной переносимости).

Схемы психометрического и инструментального обследований соответствовали таковым в первом исследовании. Через 6 недель терапии у больных шизофренией отмечалось усиление МР-сигнала, связанного с предвосхищением, – настолько, что терялись статистически значимые отличия от здоровых лиц. Это изменение было прямо пропорционально улучшению в сфере позитивной симптоматики.

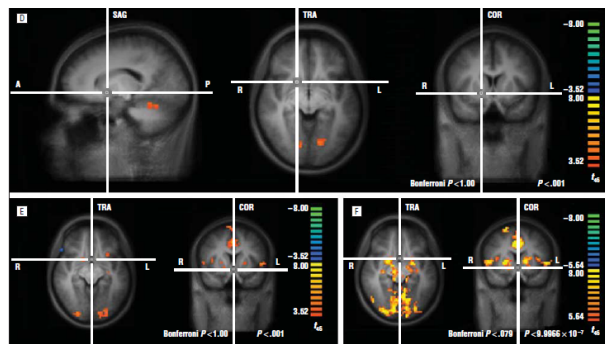


Рис. 8. МР-картина межгрупповых различий среди здоровых лиц и больных шизофренией во втором исследовании – через 6 недель терапии amisulpride (Nielsen M. et al., 2012b)

Примечание. D: полновоксельное межгрупповое сравнение различий в МР-сигнале между здоровыми лицами и больными шизофренией. E: здоровые лица. F: больные после 6 недель терапии amisulpride (статистически значимые межгрупповые различия потеряны).

Авторы приходят к следующим выводам: курс лечения антагонистом D₂-рецепторов может приводить к нормализации обработки сигналов в системе вознаграждения. Этот эффект наиболее выражен в случае выраженной фармакологической редукции позитивной симптоматики.

В докладе коллектива под руководством A. Heinz (докладчик F. Schlagenhauf) (Медицинский университетский центр Шарите, Берлин, Германия) были представлены краткие сведения о патологии системы вознаграждения и дофаминергической дисфункции при шизофрении, а также результаты двух любопытных нейровизуализационных исследований.

Первое исследование (Juckel G. et al., 2006a) по своему дизайну во многом было похоже на упомянутую выше работу M. Nielsen et al. (2012a). В него были включены 10 фармакологически интактных мужчин, соответствовавших диагностическим критериям МКБ-10 и DSM-IV-TR для шизофрении (средний возраст составил 26,8±7,8 года). 7 мужчин никогда не получали терапию антипсихотиками, 3 мужчин не получали ее в течение последних 2 лет. В контрольную группу вошли 10 здоровых добровольцев (с сопоставимым средним возрастом).

Все участники прошли психометрическое обследование по шкале PANSS, а также тест денежного вознаграждения с задержкой (в собственной модификации авторов), совмещенный с фМРТ.

По сравнению со здоровыми лицами у нелеченных больных шизофренией отмечалось статистически значимое ослабление активации ВПТ при презентации стимулов, указывающих на вознаграждение. Выявлена отрицательная корреляция этого феномена с тяжестью негативной симптоматики (R Спирмана $-0,66$; $p=0,04$) и тяжестью позитивной симптоматики (значимость на уровне статистической тенденции; R Спирмана $-0,61$; $p=0,06$). По мнению авторов, усиление дофаминового обмена в полосатом теле, наблюдаемое при шизофрении, способно создавать «шум» в системе вознаграждения и вмешиваться в нейрональную обработку соответствующих салиентных сигналов (за счет фазного усиления высвобождения дофамина). Кроме того, этот нейробиологический феномен может быть связан с тяжестью негативной симптоматики, в частности с тяжестью ангедонии и апатии.

Во втором исследовании (Juckel G. et al., 2006b) отличались лишь изучаемые когорты (методы и материалы практически соответствовали таковым в первом исследовании). В исследование были включены 10 пациентов, получающих АПП (преимущественно галоперидол), 10 пациентов, получающих АВП (оланзапин или рисперидон), а также 10 здоровых добровольцев. Выявлено усиление активации ВПТ в ответ на стимулы, указывающие на вознаграждение, у здоровых лиц и пациентов, получавших АПП (но не АВП).

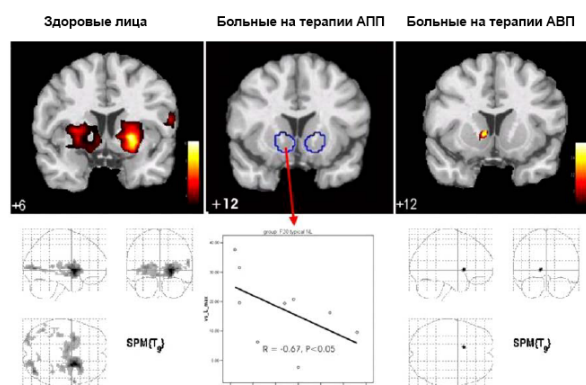


Рис. 9. МР-картина изменений в активации ВПТ у больных шизофренией, получавших АПП и АВП (Juckel G. et al., 2006b)

Примечание. На диаграмме в центре представлена корреляция между ослаблением активации ВПТ и тяжестью негативной симптоматики, которая измеряется баллом негативной подшкалы PANSS.

У пациентов, получавших АПП, ослабление активации в левом ВПТ значимо коррелировало с тяжестью негативной симптоматики (R Спирмана $-0,67$; $p<0,05$) (рис. 9).

В последующей оживленной дискуссии прозвучало мнение о глобальном преимуществе АВП перед АПП, а также приведены дополнительные доводы в пользу «атипичности» атипичных препаратов, который по своему механизму действия все же ближе к традиционным D_2 -блокаторам.

Обращают на себя внимание высокое методическое качество и валидность результатов описанных выше исследований. Работа этих четырех независимых исследовательских групп находится на переднем крае как фундаментальной, так и прикладной нейронауки. Надеемся, что в обозримом будущем эти результаты найдут применение в практической медицине и будут использованы при разработке новых методов лечения психических расстройств.

Сокращения

| | |
|-----------|---|
| 18F-DOPA | – 6-[18-фтор]-L-дигидроксифенилаланин |
| AES | – шкала оценки апатии |
| CDSS | – шкала Калгари для оценки депрессии при шизофрении |
| DSM-IV-TR | – диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, четвертая редакция, пересмотренная |
| GAF | – шкала глобальной оценки функционального статуса |
| PANSS | – шкала оценки позитивных и негативных синдромов |
| PAS | – шкала Чапмана для оценки физической ангедонии |
| SAS | – шкала Чапмана для оценки социальной ангедонии |
| АВП | – антипсихотики второго поколения |
| АПП | – антипсихотики первого поколения |
| БАР | – биполярное аффективное расстройство |
| ВПА | – Всемирная психиатрическая ассоциация |
| ВПС | – вентральная часть полосатого тела |
| ДИ | – доверительный интервал |
| ЕПА | – Европейская психиатрическая ассоциация |
| МКБ-10 | – Международная классификация болезней десятого пересмотра |
| МОФК | – медиальная орбитофронтальная кора |
| ОФЭКТ | – однофотонная эмиссионная компьютерная томография |
| ПЭТ | – позитронно-эмиссионная томография |
| СО | – стандартное отклонение |
| фМРТ | – функциональная магнитно-резонансная томография |

Литература

1. Мосолов С. Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – № 6. – С. 4–11.
2. Abler B., Walter H., Erk S. Neural correlates of frustration // Neuroreport. – 2005. – 7. – Vol. 16. – P. 669–672.
3. Berridge K., Robinson T. What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? // Brain Research Reviews. – 1998. – 3. – Vol. 28. – P. 309–369.

4. Heinz A. Dopaminergic dysfunction in alcoholism and schizophrenia – psychopathological and behavioral correlates // *Eur Psychiatry*. – 2002. – 1. – Vol. 17. – P. 9–16.
5. Heinz A., Romero B., Gallinat J., Juckel G., Weinberger D. Molecular Brain Imaging and the Neurobiology and Genetics of Schizophrenia // *Pharmacopsychiatry*. – 2003. – Suppl 3. – Vol. 36. – P. 152–157.
6. Howes O., Bose S., Turkheimer F., Valli I., Egerton E., Stahl D. et al. Progressive increase in striatal dopamine synthesis capacity as patients develop psychosis: a PET study // *Mol. Psychiatry*. – 2011. – 9. – Vol. 16. – P. 885–886.
7. Howes O., Kambeitz J., Kim E., Stahl D., Slifstein M., Abi-Dargham A., Kapur S. The Nature of Dopamine Dysfunction in Schizophrenia and What This Means for Treatment: Meta-analysis of Imaging Studies // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2012. – 8. – Vol. 69. – P. 776–786.
8. Juckel G., Schlagenhauf F., Koslowski M., Filonov D., Knutson B., Kienast T., Heinz A. et al. Dysfunction of ventral striatal reward prediction in schizophrenic patients treated with typical, not atypical, neuroleptics // *Psychopharmacology*. – 2006b. – 2. – Vol. 187. – P. 222–228.
9. Juckel G., Schlagenhauf F., Koslowski M., Filonov D., Knutson B., Kienast T., Heinz A. et al. Dysfunction of ventral striatal reward prediction in schizophrenic patients treated with typical, not atypical, neuroleptics // *Psychopharmacology*. – 2006a. – 2. – Vol. 187. – P. 222–228.
10. Juckel G., Schlagenhauf F., Koslowski M., Wüstenberg T., Villringer A., Knutson B., Wrase J., Heinz A. Dysfunction of ventral striatal reward prediction in schizophrenia // *Neuroimage*. – 2006b. – 2. – Vol. 29. – P. 409–416.
11. Kapur S. Psychosis as a State of Aberrant Salience: A Framework Linking Biology, Phenomenology, and Pharmacology in Schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. – 2003. – 1. – Vol. 160. – P. 13–23.
12. Knutson B., Adams C., Fong G., Hommer D. Anticipation of increasing monetary reward selectively recruits nucleus accumbens // *J. Neurosci*. – 2001. – 16. – Vol. 21. – P. 1–5.
13. Nielsen M., Rostrup E., Wulff S., Bak N., Broberg B., Lublin H., Kapur S. et al. Improvement of brain reward abnormalities by antipsychotic monotherapy in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2012b. – 12. – Vol. 69. – P. 1195–1204.
14. Nielsen M., Rostrup E., Wulff S., Bak N., Lublin H., Kapur S., Glenthøj B. Alterations of the brain reward system in antipsychotic naïve schizophrenia patients // *Biol. Psychiatry*. – 2012a. – Vol. 71. – 10. – P. 898–905.
15. Robinson T., Berridge K. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction // *Brain Res. Rev.* – 1993. – 3. – Vol. 18. – P. 247–291.
16. Schlagenhauf F., Juckel G., Koslowski M., Kahnt T., Knutson B., Dembler T., Kienast T., Gallinat J., Wrase J., Heinz A. Reward system activation in schizophrenic patients switched from typical neuroleptics to olanzapine // *Psychopharmacology*. – 2008. – 4. – Vol. 196. – P. 673–684.
17. Schultz W., Dayan P., Montague P. A neural substrate of prediction and reward // *Science*. – 1997. – Vol. 275. – P. 1593–1599.
18. Simon J., Biller A., Walther S., Roesch-Ely D., Stippich C., Weisbrod M., Kaiser S. Neural correlates of reward processing in schizophrenia – Relationship to apathy and depression // *Schizophrenia Research*. – 2010. – Vol. 118. – P. 154–161.
19. van Os J. A salience dysregulation syndrome // *Br. J. Psychiatry*. – 2009. – 2. – Vol. 194. – P. 101–103.
20. Waltz J., Schweitzer J., Gold J., Kurup P., Ross T., Jo Salmeron B. et al. Patients with schizophrenia have a reduced neural response to both unpredictable and predictable primary reinforcers // *Neuropsychopharmacology*. – 2008. – 6. – Vol. 34. – P. 1567–1577.

Транслитерация русских источников

1. Mosolov S. N. [Some relevant theoretic problems of diagnostics, classification, neurobiology and therapy of schizophrenia: comparison of foreign and domestic approaches]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2010; 6: 4–11. (In Russ.).

Автор выражает благодарность компании «Сервье» в лице доктора F. Camus, секретаря V. Ribeaux и главного менеджера Д. П. Морозова, а также куратору образовательного проекта WPA-Servier, региональному представителю ВПА в Восточной Европе, проф. П. В. Морозову за возможность посещения XXI конгресса ЕПА, доктору Livia J. DePicker, аспирантке Антверпенского университета (Бельгия) за помощь в обработке иллюстративного материала и ценные замечания.

УДК 616.895.4
ББК Р64-324+Р645.024

ДЕПРЕССИЯ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ – АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (Обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации)

Читлова В. В.*

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН
115522, Москва, Каширское шоссе, 34

Несмотря на то что на очередном ежегодном международном конгрессе Европейской психиатрической ассоциации (ЕПА) в Ницце (Франция) аспекты психосоматики в текущем году не являлись наиболее актуальной темой научных докладов в рамках симпозиумов, значимый интерес психиатров к этой области отчетливо отражен в работе тематических постерных сессий, тематических дискуссиях и клубах по интересам. Предваряя освещение результатов ведущих работ по депрессии в области основных направлений психосоматики, уместно обозначить следующие (наметившиеся и продолжающиеся развиваться) тенденции в этой дисциплине. Так, следует отметить склонность авторов научных работ к детализации психопатологических проявлений психических расстройств в общей медицине, чему способствует все чаще применяемый исследователями разных стран многомерный методологический подход; с развитием психиатрической помощи в соматическом звене психосоматика становится все более персонализированной, ориентированной на каждого пациента, что имеет огромное практическое значение. **Ключевые слова:** депрессивные расстройства, пациенты общесоматической сети.

DEPRESSION IN GENERAL MEDICINE NETWORK – ASPECTS OF THE PROBLEM AT THE MODERN STAGE (Review of the materials of the XXIst EPA Congress). Chitlova V. V. Mental Health Scientific Center of RAMSci. Kashirskoe Road 34, 115522, Moscow, Russia. Despite of that during ordinary annual international congress of the European Psychiatric Association (EPA) in Nice (France), aspects of psychosomatics in current year were not the most relevant topic of scientific presentations within symposiums, significant interest of psychiatrists in this field has been clearly reflected in work of thematic poster sessions, thematic discussions and interest clubs. Before covering the results of leading presentations on depression in the field of basic directions of psychosomatics it is relevant to emphasize the following (planned and continuing to develop) trends in this discipline. So, tendency of authors of scientific works to detailed description of psychopathologic manifestations of mental disorders in general medicine should be noted which is promoted by dimensional methodological approach increasingly used by researchers of different countries with development of psychiatric help in somatic link psychosomatic becomes increasingly personified, oriented at each patient that is of huge practical significance. **Keywords:** depressive disorders, patients of general medicine network.

Общие вопросы. Среди психических расстройств, наблюдаемых у больных соматическими заболеваниями, наиболее распространены депрессивные состояния. Аффективные (гипотимические) синдромы в клинике общего профиля по частоте сопоставимы лишь с нарушениями сна и варьируют, по сведениям из разных источников, от 5 до 60 % (Смулевич А. Б., 1997, 2011).

Известно, что соматическая патология может оказывать выраженное влияние на аффективные расстройства, увеличивая продолжительность и тяжесть депрессивных симптомов.

В работе V. R. Enatescu et al. (Румыния) изучались корреляции «депрессия – соматическое расстройство» с иной точки зрения. Так, депрессивное расстройство, как наиболее распространенное среди психических в общей популяции, способствует развитию соматической патологии, вплоть до хронических состояний. Вопрос недостаточно изучен и остаются мало понятными причины таких взаимосвязей. Большинство пациентов (71 %) с депрессией имели по меньшей мере одно соматическое заболевание. Авторы установили, что в структуре личности этих больных преобладали такие характеристики, как избегание вреда, застенчивость, истощаемость. Таким образом, выдвинуто предположение, что в формировании коморбидных соматических состояний немаловажную роль играют преморбидные личностные черты.

Еще один актуальный вопрос – возможность ошибочной интерпретации проявлений соматического заболевания в качестве симптомов депрессии (имитация депрессии), а также проблема, известная в мире как «загрязнения критериев» (Williams A., 1998) и связанная с квалификацией так называемых общих симптомов (астения с потерей энергии, нарушения сна, аппетита, снижение веса, различные алгии, психомоторная заторможенность и др.), принадлежащих, с одной стороны, к проявлениям телесной патологии, а с другой – выступающих как депрессивные феномены.

В работе T. Elanjithara и F. Rohricht (Великобритания), посвященной разграничению соматической симптоматики от депрессивной, ассоциированной с соматическими проявлениями, ученые коснулись этой темы. Было выдвинуто предположение о том, что в современной психосоматике диагноз «депрессивный эпизод» подменяется диагнозом «соматоформное расстройство»¹, что ведет к неадекватной клинической оценке и терапии.

* Читлова Виктория Валентиновна, к.м.н., м.н.с. отд. по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств. zoigrek@mail.ru

¹ Соматоформное расстройство относится к соматизированным психическим расстройствам конституционального и невротического регистров и реализуется в соматической сфере, не имеющей медицинского обоснования.

Оказалось (согласно результатам тестирования при помощи HAMD), что среди пациентов с диагнозом «соматоформное расстройство» этот диагноз был подтвержден только у 44 % больных, тогда как в 26 % случаев наблюдался исключительно депрессивный эпизод (по МКБ-10 рубрика F32—34), у 10 % пациентов отмечались психотические расстройства, а в 20 % случаев диагноз психической патологии был вовсе исключен. Это свидетельствует о необходимости тщательной дифференциальной диагностики (в том числе с использованием психометрических шкал) в случаях сочетания в клинике расстройства соматической и депрессивной симптоматики у пациентов общемедицинского звена.

Психоонкология. Онкопатология является ведущей причиной смертности по всему миру и часто сопровождается психической патологией (расстройства адаптации, нозогенные реакции, депрессивное расстройство, острые психотические состояния). В исследовании индийского ученого (Gopalan M.) отмечено, что психические расстройства среди пациентов с онкологической патологией встречались в 41,7 % случаев, где на долю расстройств адаптации приходилось 22,6 % больных, большое депрессивное расстройство отмечалось в 10,9 % случаев, а острое бредовое состояние – в 6,5 % случаев. Как и указанные данные, в исследовании автора показатели гипомании (1,6 %) также сопоставимы с общемировыми по коморбидности психической патологии с диагнозом «злокачественное новообразование».

По результатам другого исследования (Doherty A. M., Sheehan J. D., Ирландия), показатели депрессии и расстройств адаптации достигали равных значений (21 %). Авторы на выборке пациентов с III стадией онкологического заболевания и хроническим его течением показали, что именно пациенты с депрессией чаще обращаются за помощью к психиатрам и психологам, что позволяет повысить уровень качества жизни этих больных. Указывается на целесообразность разработки и активного внедрения в практику онкологических стационаров принципов психиатрической помощи и психологической поддержки.

Итальянскими учеными (Grazioli L. et al.) было обращено внимание на необходимость адекватной диагностики психической патологии среди пациенток с раком груди на ранних стадиях в целях ее адекватной терапии и поддержания уровня качества жизни. Авторами была обнаружена в основном тревожная (24 %) и депрессивная (16 %) симптоматика у пациенток с онкологией молочной железы на начальных этапах развития.

Представитель российской психосоматики (Shushpanova O.) представила результаты изучения нозогенных реакций при раке молочной железы с выделением 2 этапов развития реакций: I этап – манифестация, характеризующаяся острой недифференцированной («универсальной») симптоматикой (реакция мнимой смерти по E. Kretschmer); II этап – формирование клинически дифференцированной реакции одного из 4 выделенных типов (тревно-депрессивная, тревожно-диссоциативная, тревожно-фобическая и гипоманиакальная). Выявлены корреляции типов реагирования с предпочтительной личностной патологией. Тревно-диссоциативная реакция в основном формировалась у пациентов с истерическим расстройством личности (РЛ). Тревно-фобическая реакция более типична для тревожно-избегающего РЛ. Гипоманиакальная нозогения возникала у пациенток с шизоидными и шизотипическими чертами личности. В последней группе больных отмечался высокий уровень гипонозогнозии, что осложняло терапию основного заболевания и его прогноз. Знания о таком распределении реакций на онкопатологию должны способствовать разработке дифференцированных психофармакотерапевтических и реабилитационных подходов.

С этических позиций любопытной оказалась работа иранских психиатров, изучавших степень принятия больными известия о заболевании раком и их реакции на это известие. 200 госпитализированных в общий стационар пациентов с соматической патологией опрашивали на предмет того, хотели бы они быть информированными в случае диагностики у них онкологического заболевания. 93 % пациентов желали знать о подобном диагнозе. Большинство согласилось с необходимостью демонстрации им стратегий лечения, сообщения о возможных осложнениях и прогнозах. По мнению авторов, все это возможно в случае, если врач будет проводить диагностику личности, налаживать персональный контакт с больным с учетом потребностей и особенностей каждого.

Психические расстройства при сердечно-сосудистой патологии. В исследовании русских авторов (Garganeeva N. et al.) изучалась коморбидность ИБС, осложненная метаболическим синдромом, и психической патологии. Депрессивное расстройство среди таких больных было обнаружено в 30 % случаев. ИБС, осложненная метаболическим синдромом, в сочетании с депрессией имела худший прогноз. Более того, метаболические нарушения (в частности СД второго типа, нарушение толерантности к глюкозе, дислипидемия), обнаруживаемые у 65,1 % больных ИБС с коморбидной депрессией, значительно снижали эффективность терапии тимоаналептиками.

Заметен также растущий интерес к аффективным расстройствам, сопровождающим острые нарушения мозгового кровообращения. Как известно, депрессивное расстройство, развивающееся на фоне неврологической патологии, относится по МКБ-10 к органическим расстройствам настроения (F06.3), а в DSM-IV классифицируется как расстройство, формирующееся на фоне соматического заболевания (298.3). Цереброваскулярная болезнь высоко ассоциирована с риском депрессии, заболеваемость оценивается на уровне 30—40 %. Хотя частота пост-инсультных депрессий наиболее высокая в первый месяц после удара, но с течением времени депрессия остается для таких пациентов актуальной проблемой.

В работе ученых из Португалии (Ribeiro B. et al.) подробно изучалась психопатология пост-инсультных осложнений в виде депрессий как наиболее ухудшающих клинический прогноз. В работе отражены трудности дифференциальной диагностики гипотимии в виду частых неврологических нарушений ОНМК в виде афазии, анозогнозии и других проявлений когнитивной дезорганизации.

Украинские коллеги (Mykhaylov B. et al.) представили комплексную аддитивную к антидепрессивной терапии модель оптимальных психотерапевтических вмешательств при коморбидности непсихотической депрессии и сердечно-сосудистой патологии. При инфаркте миокарда авторы рекомендуют проводить рациональную и личностно-ориентированную терапию, аутогенную тренировку. Для пациентов, перенесших инсульт, показана гипносуггестивная, когнитивно-бихевиоральная, когнитивная терапия и аутогенная тренировка. Предложенная система в 80 % случаев у пациентов с ИМ и у 77 % пациентов с инсультом продемонстрировала значительное улучшение, частичными респондерами оказались 10 и 13 % пациентов с инфарктом миокарда и инсультом соответственно.

Заключение. Представленные сообщения и постерные доклады наглядно отражают состояние психосоматики как науки на сегодняшний день. Безусловно, имеется и ряд общих проблем, связанных с «дробным» изучением специфических случаев: несколько затрудняется установление цельной картины о том или ином психосоматическом расстройстве. Судя по работам участников конференции из ряда стран, далеко не везде применяется единый понятийный словарь, происходит подмена терминов.

Можно говорить о том, что психосоматика как развивающаяся, перспективная и актуальная дисциплина отражает мировые тенденции (достижение необходимого уровня доказательности данных) как психиатрии, так и современной науки в целом.

УДК 616.89-008.441.13:616.895.4

ББК Р64-3

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В ЕВРАЗИЙСКОМ РЕГИОНЕ (по материалам XVI конгресса ВПА)

Куприянова И. Е. *, Бохан Н. А., Лебедева В. Ф.

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

Представлены материалы конгресса по сопоставлению уровней психического здоровья населения стран России и Восточной Европы. Обсуждаются диагностические, эпидемиологические, клинические аспекты аффективных и тревожных расстройств. Показана динамика суицидальной активности в отдельных регионах. Проанализированы данные по реформам психического здоровья и образовательным программам. **Ключевые слова:** психическое здоровье, депрессии, тревожные состояния, алкоголизм, миграция, образовательные программы.

MENTAL HEALTH IN THE EURASIAN REGION (proceedings of the XVI Congress of the WPA). Kupriyanova I. E., Bokhan N. A., Lebedeva V. F. Mental Health Research Institute SB RAMSci. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. Presents the proceedings of the Congress on comparison of mental health of the countries of Russia and Eastern Europe. Discusses diagnostic, epidemiological, and clinical aspects of affective and anxiety disorders. Shows the dynamics of suicidal activity in some regions. Analyzed data on mental health service reform and educational programs. **Keywords:** mental health, depression, anxiety, alcoholism, migration, educational programs.

Основной девиз прошедшего 14—18 сентября 2014 г. в Мадриде (Испания) конгресса — «Доступность, качество и гуманное здравоохранение — определил общую тональность данного научного форума. Эта тема отражала деятельность всех психиатрических ассоциаций и каждого психиатра в частности. Глобальные социально-экономические перемены, жестко трансформирующие общество, в первую очередь влияют на психическое здоровье населения. Более 2 500 заседаний конгресса было посвящено этой актуальной проблеме.

Особое внимание уделялось совместным коллаборативным исследованиям, проводимым учеными разных стран. В таком формате был представлен симпозиум «Транскультуральные исследования психического здоровья в Евразийском регионе: новые вызовы старым проблемам». Были обсуждены результаты совместных проектов ученых России, Германии, Китая и Казахстана. Этнокультуральные проблемы зависимости среди малых народностей восточного региона России (N. Bokhan, Russia) показаны через призму заболеваемости алкоголизмом,

* Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., профессор. E-mail: irinakupr@rambler.ru

смертности в таких республиках, как Тува и Бурятия и т. д.

Миграция и специфические проблемы адаптации зачастую могут быть причиной нарушения функционирования системы этнической идентификации, системы «Я-идентификации» с развитием различных психических расстройств (V. Lebedeva, Russia; V. Mantler, Germany). Указанные идеи послужили основой для разработки классификации психических расстройств в популяции мигрантов, а также новой психотерапевтической программы. Проведенное исследование депрессий среди населения России и Китая (Z. Congrei, I. P. Loginov) выявило, что в китайской популяции депрессии чаще проявляются соматическими симптомами, а в российской популяции имеют в своей структуре астенодепрессивный компонент. Проблемам инновационных стратегий в решении вопросов доступности получения нуждающимися психиатрической и психологической помощи был посвящен совместный доклад исследователей из Казахстана (S. Altynbekov) и России (T. Bokhan). Томскими психиатрами представлен ряд технологий, позволяющих без дополнительных экономических затрат снизить риск возникновения пограничных психических расстройств и нарушений поведения или выявить их на раннем этапе и своевременно начать терапевтический и/или коррекционный процесс. Авторами обсуждается опыт применения дистанционного консультирования (телепсихиатрия) детей с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в отдаленных районах или сельской местности (I. Kupriyanova, B. Dashieva, I. Karaush). Разработанная организация этапов консультирования, позволяющая выделить группы детей в зависимости от объема помощи, в которой они нуждаются.

Большой объем научно-исследовательских работ был посвящен актуальной проблеме психиатрии – депрессии и тревожным расстройствам. Диагностика и оптимизация лечения депрессии на основе изучения динамики вегетативных параметров предложены московскими исследователями О. S. Antipova, V. N. Krasnov (Russia). Разработка этой проблемы необходима для реализации дифференцированного подхода к выбору терапии.

N. Maruta et al. (Ukraine) при исследовании этногенетических характеристик пациентов с невротическими расстройствами показали, что тревожные расстройства преобладали среди пациентов динарных (68,75 %) и палеоевропейских (64,29 %) антропологический фенотипов. Неврастения преимущественно была связана с альпийским фенотипическим вариантом, а соматоформные нарушения в основном были характерны для пациентов с уральским (50,0 %) фенотипическим вариантом.

D. Smirnova, E. Sloeva, N. Kuvshinova, A. Krasnov, D. Romanov, G. Nosachev (Russia) с помощью математического моделирования показали важность вербальных маркеров (98 %) для диагностики легкой депрессии. Легкая депрессия и грусть характеризуются определенными психолингвистическими особенностями языковой структуры и семантики, которая отражает познавательные дисфункции.

Особенностям аффективных расстройств в выборке мужчин было посвящено исследование N. Maruta, A. Yatsyna, O. Cherednyakova (Ukraine). Аффективное расстройство, депрессивный эпизод (F32.0—32.1) у пациентов-мужчин чаще всего проявляется в виде скуки (32,7 %) либо апатоадинамических проявлений (25,5 %) суточных колебаний настроения (54,5 %), ангедонии (41,8 %) и безразличия (36,4 %).

Комплексный план профилактики суицидов среди населения Республики Беларусь представлен S. Igumnov, A. P. Helda (Belarus). Показано, что уровень самоубийств, совершенных в Беларуси, в 2012 г. снижается во всех группах населения по сравнению с предыдущим 2011 г. (к примеру, в общей популяции на 10,6 %).

B. Polozhy (Russia) проанализировал динамику самоубийств среди населения постсоветских стран. Уровень самоубийств в этих странах (за исключением Эстонии и Латвии) превысил критический уровень ВОЗ – 20 случаев на 100 000 человек. Автором определена необходимость внедрения программ суицидальной профилактики, которые должны быть дифференцированными и принимать в расчет не только их фактические показатели, но и учитывать социально-экономическую ситуацию и этнокультурные особенности населения.

Организационная модель профилактики суицидов предложена N. Kornetov (Russia). Эта модель включает телефон экстренной помощи, амбулаторную психотерапевтическую поддержку и стационарное отделение кризисного вмешательства. Уровень самоубийств в Томске еще до 2004 г. составлял 26,5 на 100 000 населения. В период с 2008 по 2012 г. уровень самоубийств был снижен с 9,6 до 2 на 100 000 населения.

«Психиатрия в восточном регионе: проблемы и перспективы» – под таким названием прошел симпозиум под руководством ответственного ВПА по Восточно-европейским странам профессора П. В. Морозова. Данный симпозиум объединил исследования ученых из экс-республик Советского Союза. Участниками обсуждены реформы психического здоровья, проводимые в России (О. Limankin), Казахстане (S. Altynbekov), Азербайджане (N. Izmailov), Грузии (G. Geleishvili), Киргизии (N. Galako).

Мультидисциплинарные превентивные подходы к исследованию психического здоровья населения Восточной Европы представили психиатрическая ассоциация Восточной Европы и Балкан. Психологическая и психиатрическая помощь как часть превентивных программ, предложенная для студентов университета, представлена в работе М. Kuligina (Russia). Роль психообразования как часть мультипрофессиональной психиатрической помощи обсуждается в сообщении V. Korostiy (Ukraine). Психологические исследования в интегративной

превенции расстройств настроения нашли отражение в сообщении A. Ciobanu (Romania).

Прошедший конгресс позволил обмениваться достижениями в области психического здоровья представителям многих стран, интегрировать и оптимизировать усилия многих международных ассоциаций, получить новые знания психиатрам и ученым, работающим в сопряженных научных областях. Начаты новые проекты, результаты которых будут представлены на конгрессе ВПА, который пройдет в Берлине (Германия) в 2017 г.

НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ

20—21 октября 2014 г. в Томске состоялась девятая Школа молодых наркологов и аддиктологов регионов России при участии ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Казанского государственного медицинского университета, Института исследования проблем психического здоровья, Департамента здравоохранения Томской области. Программу Школы составили лекции и доклады, представленные ведущими российскими учёными и практиками в области аддиктологии — член-корр. РАН, проф. Н. А. Боханом, проф. В. Д. Менделевичем (Казань), проф. Ю. П. Сиволапом (Москва), проф. А. Ю. Егоровым (Санкт-Петербург), проф. А. А. Лопатиным (Кемерово), к.м.н. М. Л. Зобиным (Москва), с.н.с. И. В. Воеводиным (Томск), к.м.н. Д. Е. Абрамовым (Томск).

На открытии Школы с приветственным словом выступил заместитель директора ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, профессор А. В. Семке. В его докладах были освещены основные тренды региональной наркологической ситуации, затронуты вопросы коморбидности и проблемы терапии аддиктивных и эндогенных расстройств в клинической практике.

Профессор В. Д. Менделевич, директор Института исследований проблем психического здоровья, заведующий кафедрой Казанского государственного медицинского университета, посвятил свою лекцию современному состоянию проблемы развития психотических расстройств в результате употребления наркотиков.

Главный внештатный нарколог Сибирского федерального округа профессор А. А. Лопатин в своем докладе «Внедрение современных технологий реабилитации наркологических больных в Сибирском федеральном округе» рассмотрел внедренческий аспект в общей системе медицинских, психотерапевтических и психологических мер для наркологических больных.

Профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, д. м. н. Ю. П. Сиволап прочитал лекцию «Алкоголизм и рациональные подходы к его лечению».

Во второй день работы Школы была заслушана лекция директора Медицинского центра по лечению наркотической и алкогольной зависимости (Москва) М. Л. Зобина «Российская наркология: клинические противоречия и терапевтические ожидания».

А. Ю. Егоров, профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, заведующий лабораторией нейрофизиологии и патологии поведения Института эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова РАН (Санкт-Петербург) свою лек-

цию посвятил коморбидным расстройствам в наркологии — шизофрении и алкоголизму.

Старший научный сотрудник ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, доцент Национального исследовательского Томского государственного университета И. В. Воеводин выступил с докладом «Технологии копинг-профилактики аддиктивных состояний у студентов».

Интоксикационные психозы в структуре стационарной психиатрической помощи нашли своё отражение в докладе заместителя главного врача Томской областной клинической психиатрической больницы к. м. н. Д. Е. Абрамова.

Атмосфера Школы и Круглого стола «Кому и где лечить пациентов с алкогольными проблемами?» была наполнена дискуссиями, обсуждением проблем терапии аддиктивных расстройств в России, необходимости смены доминирующих трендов в диагностике и лечении, внедрения принципов доказательной медицины, изменения взаимодействия врача-нарколога и зависимого от психоактивных веществ больного, существующего противоречия между стремлениями к оздоровлению, улучшением качества жизни пациента и репрессивными последствиями в его социальном функционировании в результате системы учёта официальной наркологической службой. Присутствующие наркологи и психиатры из Томска, Новосибирска, Кемерово с интересом знакомились с точкой зрения ведущих лекторов Школы, а также выступающих практических наркологов из районов области.

На смену жёстким критериям эффективности терапии зависимости от психоактивных веществ, принятым в отечественной медицине, были озвучены подходы, существующие в мировой практике, лишённые морализаторских позиций и «нулевой толерантности» в отношении степени выраженности влечения к ПАВ как критерию успешности реабилитационного процесса (В. Д. Менделевич, М. Л. Зобин). В докладах выступавших был обозначен переход от определённой конфронтации в отношениях специалиста и пациента — к сотрудничеству по запросу. Дискуссионной осталась проблема недобровольной госпитализации наркологических больных, оказания помощи особым, совершившим правонарушения, категориям пациентов. Политика в этой области потребует дополнительного обсуждения.

Генеральным спонсором Девятой Школы молодых наркологов и аддиктологов регионов России выступила компания «Лундбек», при поддержке компаний «Центро Фармацевтико Националь», «Янссен» и санатория «Чажемто». Информационными спонсорами явились «Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева» и «Сибирский вестник психиатрии и наркологии». Техническая поддержка Школы осуществлялась Евразийской профессиональной ассоциацией аддиктивной медицины.

Участник Школы молодых наркологов и аддиктологов регионов России профессор А. И. Мандель

НЕКРОЛОГ



Светлой памяти Наталии Петровны Кокориной

Отечественная психиатрия и наркология, медицина и наука понесли невосполнимую утрату. **17 ноября 2014 г. после тяжелой болезни ушла из жизни выдающийся ученый, талантливый организатор и руководитель здравоохранения, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «КемГМА МЗ» РФ, доктор медицинских наук, главный нарколог Кемерово, руководитель по лечебной и научной работе ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» Кокорина Наталья Петровна.**

Кокорина Наталья Петровна родилась 26 июня 1941 г. в г. Прокопьевске Кемеровской области. В 1958 г. окончила школу и поступила на лечебный факультет Кемеровского государственного медицинского института, на третьем курсе перевелась в Томский государственный медицинский институт. После окончания медицинского института с 1968 по 1970 г. проходила последиplomную подготовку в ординатуре при кафедре психиатрии Кемеровского медицинского института.

Трудовую деятельность Наталья Петровна начала в ноябре 1965 г. врачом-психиатром Кемеровской областной психиатрической больницы. С 1970 г. — сотрудник кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Кемеровского государственного медицинского института. В 1974 г. защитила кандидатскую диссертацию, в 1994 г. — докторскую диссертацию, с 1995 г. была профессором кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии.

Н. П. Кокориной опубликовано в печати более 150 научных работ (среди них монографии, методические рекомендации и руководства для студентов медицинских вузов, практических врачей психиатров, наркологов и психологов), посвященных актуальным

вопросам психиатрии и наркологии. Под ее руководством защищены 7 кандидатских диссертаций по наркологической тематике, подготовлено большое количество психиатров и наркологов, работающих в различных городах России и за рубежом.

В 1993 г. Наталья Петровна выступила инициатором организации в Кемерове и Кемеровской области суицидологической службы, включающей Телефон Доверия, кабинеты социально-психологической помощи и кризисный стационар.

В 1997 г. Н. П. Кокориной совместно с коллегами в Кемерове была создана муниципальная наркологическая служба для несовершеннолетних и первый в Российской Федерации реабилитационный Центр для детей и подростков с наркотической зависимостью, особенностью которого является возможность получения несовершеннолетними наряду со специализированной наркологической помощью среднего профессионального образования и трудоустройства.

Являясь городским наркологом и членом координационного Совета при Администрации Кемерово, Наталья Петровна отвечала за организацию и оказание медицинской помощи лицам с наркологическими проблемами, СПИДом и ВИЧ-инфекциями.

Н. П. Кокорина была прекрасным, талантливым врачом, признанным специалистом в своей области, пользовалась огромным авторитетом у своих коллег, принимала самое активное участие в республиканских, региональных, областных и городских семинарах и конференциях по вопросам оказания психиатрической и наркологической помощи, профилактики наркологических заболеваний и т. д.

За безупречный многолетний труд Наталья Петровна Кокорина была награждена медалями Администрации Кемеровской области «За особый вклад в развитие Кузбасса» III степени, «За служение Кузбассу», «За веру и добро», «60 лет Кемеровской области».

Крупный ученый, уважаемый и любимый педагог, талантливый руководитель, яркая и увлекающаяся личность, Наталья Петровна на протяжении всей своей жизни демонстрировала высокий профессионализм, стремление к совершенству, самоотверженность и невероятную самоотдачу и заслуженно занимала почетное место яркого представителя интеллектуальной медицинской элиты Сибири. Ее жизненный путь является образцом служения медицинской профессии.

В наших сердцах воспоминания о Наталье Петровне всегда будут согреты восхищением, любовью, благодарностью и пронизаны болью от ее безвременного ухода.

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» МЗ РФ, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» выражают глубокие соболезнования родным и близким Натальи Петровны.

Мы навсегда сохраним светлую память о Наталье Петровне Кокориной. Разделяем печаль и боль невосполнимой утраты с родными, близкими, коллегами, учениками.

*Редколлегия Сибирского вестника
психиатрии и наркологии*

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ СВПН за 2014 г.*

Абатурова Ю. С., 4/31
Аболонин А. Ф., 1/22, 3/59
Агарков А. А., 2/9
Агаркова Л. А., 3/50
Агеев М. И., 3/23
Аклеев А. В., 4/57
Аксенов М. М., 3/27, 4/35
Алтынбеков К. С., 1/71, 2/70
Алфимов П. В., 4/82, 4/92
Анкудинова И. Э., 2/32, 2/40
Асланбекова Н. В., 1/22, 2/57
Афоница А. К., 2/46
Афтанас Л. И., 4/5
Балашов П. П., 3/34, 3/67, 4/61
Бартош О. П., 2/49
Бартош Т. П., 1/40, 2/49
Батухтина Е. И., 1/5, 4/5
Башмакова О. В., 3/15
Белобородова Э. И., 2/62
Белова М. В., 4/57
Белоусова М. В., 3/38
Бецов А. С., 2/57
Боброва М. А., 4/88
Бойко А. С., 2/5
Бохан Н. А., 1/5, 1/10, 1/36, 2/40, 3/31, 4/5, 4/102
Бохан Т. Г., 3/59, 4/72
Бочкарева И. Ю., 2/40
Букановская Т. И., 1/79
Букин В. Н., 2/35
Буртовая Е. Ю., 4/57
Бутылин Д. Ю., 3/5
Бухаров В. Г., 4/27
Васильева Н. А., 2/9
Ветлугина Т. П., 1/5, 4/5
Володин Б. Ю., 2/46, 4/65
Гаджиева Н. Р., 3/91
Галажинский Э. В., 2/40
Гамирова Р. Г., 3/38
Гарганеева Н. П., 4/35
Гизатуллин Т. Р., 4/78
Главинский Р. Н., 1/14

Говорин Н. В., 1/28, 2/13
Гранкина И. В., 3/42
Гураль Е. С., 1/55
Гуткевич Е. В., 3/18, 3/71
Даниленко О. А., 3/18
Дашиева Б. А., 3/64
Денисенко М. М., 3/96, 3/112
Дзапарова Л. К., 1/79
Дмитриева Е. Г., 3/18
Дудин И. И., 4/20
Жукова Н. Г., 4/40
Зотов П. Б., 1/18, 1/59
Зыкова А. С., 3/9
Иванова А. А., 4/35
Иванова С. А., 4/5
Иванова Т. И., 3/42
Игумнов С. А., 3/77
Ильчевский И. Н., 2/35
Исмаилова С. Ф., 3/9
Исхаков Э. Р., 4/78
Ихсанова Д. Т., 4/11
Кабоснидзе К. Е., 3/91
Казенных Т. В., 2/74
Кантина Т. Э., 4/57
Карпов А. М., 3/15
Каткова М. Н., 3/18
Киреева А. И., 1/33
Ковалева Т. А., 1/67, 2/65
Колмогорова В. В., 3/83, 4/51
Колчев С. А., 4/11
Корнетова Е. Г., 3/18
Косенко В. Г., 3/23
Косенко Н. А., 3/23
Костин А. К., 4/35
Косых Е. П., 2/35
Кочеткова Е. П., 4/72
Красильников Г. Т., 2/18, 3/23
Краснова П., 3/116
Крачко Э. А., 2/18
Кривулин Е. Н., 1/36, 2/40, 2/57
Кривулина О. Е., 1/36, 2/57
Кротенко Н. М., 2/5
Крылов В. И., 3/5
Кузнецов П. В., 1/74, 2/54
Култышев Д. В., 4/31
Куприянова И. Е., 1/55, 1/67, 2/62, 2/65, 4/68, 4/102
Лебедева В. Ф., 4/102
Лисовская М. Я., 4/68
Лобачева О. А., 3/18
Логутенко Р. М., 1/18
Лосенков И. С., 1/7
Мажирина К. Г., 2/35
Макушкина О. А., 4/45

* После фамилии и инициалов авторов через знак (/) приведены: номер журнала, в котором опубликована статья указанного автора, и номер первой страницы статьи.

- Малыгин Я. В., 3/9
 Мальчинский Ф. В., 2/18
 Матвеева М. В., 4/40
 Мельников М. Е., 2/35
 Мехтиева Л. Г., 1/85
 Михайлова С. А., 4/31
 Мычко М. В., 2/49
 Назарова И. А., 1/22, 3/59
 Наров М. Ю., 1/33
 Наумова Е. Л., 2/62
 Невидимова Т. И., 1/5, 4/5
 Нестеренко А. Б., 4/20
 Никифорова Т. В., 3/50
 Новиков А. П., 3/34
 Новиков В. В., 4/7
 Овсепян А. А., 4/82
 Овчинников А. А., 1/33
 Павличенко А. В., 3/91, 3/96
 Петрачков И. В., 2/9
 Плотников Е. В., 3/34, 3/67
 Плотникова Н. С., 1/63
 Плюснина О. Б., 2/13
 Погорелова Т. В., 2/9
 Приленский Б. Ю., 1/10, 2/32, 3/31, 4/31
 Прусаков В. Ф., 3/38
 Раева Т. В., 1/63
 Рахмазова Л. Д., 2/9
 Ротова И. А., 4/68
 Рудницкий В. А., 4/35
 Рыбальченко Л. Б., 4/20
 Рязанцева А. А., 2/5
 Савин А. И., 4/65
 Савочкина Д. Н., 4/5
 Савченко М. Е., 3/67, 4/61
 Самойлова Ю. Г., 4/40
 Сахаров А. В., 1/28, 2/13
 Семенихин Д. Г., 3/15
 Семин И. Р., 4/27
 Семке А. В., 1/71, 3/18
 Сиденкова А. П., 1/45, 1/49
 Симбирцев А. А., 4/45
 Симуткин Г. Г., 1/14, 2/26
 Соколова И. В., 1/45
 Сосновская Е. В., 3/54
 Спивак С. В., 1/67, 2/65
 Станько Э. П., 3/77
 Степанова О. П., 2/40
 Стоянова И. Я., 3/59
 Стрижев В. А., 4/15
 Сульдин А. М., 4/61
 Счастный Е. Д., 3/50
 Сюняков Т. С., 3/104, 4/82
 Тарасова О. А., 2/13
 Терешкина В. А., 4/7
 Тузиков С. А., 1/55
 Уманская П. С., 1/10, 2/32, 3/31
 Уманский М. С., 1/59
 Уразбахтина А. О., 4/31
 Урываев В. А., 3/87
 Цыбульская Е. В., 4/35
 Цыганков Б. Д., 3/9
 Чередникова Т. В., 2/22
 Чертов В. В., 3/34
 Читлова В. В., 3/96, 4/88, 4/100
 Чойнзонов Е. Ц., 1/55
 Чуйкова К. И., 1/67, 2/65
 Шубина О. С., 2/35
 Юркина Н. Ю., 2/40, 2/57
 Языкова И. М., 1/49
 Яковлева А. Л., 2/26
 Яценко К. О., 2/29, 3/27

- Abaturova Yu. S., 4/31
 Abolonin A. F., 1/22, 3/59
 Afonina A. K., 2/46
 Aftanas L. I., 4/5
 Agarkov A. A., 2/9
 Agarkova L. A., 3/50
 Ageev M. I., 3/23
 Akleev A. V., 4/57
 Alfimov P. V., 4/82, 4/92
 Altynbekov K. S., 1/71, 2/70
 Ankudinova I. E., 2/32, 2/40
 Aslanbekova N. V., 1/22, 2/57
 Axenov M. M., 3/27, 4/35
Balashov P. P., 3/34, 3/67, 4/61
 Bartosh O. P., 2/49
 Bartosh T. P., 1/40, 2/49
 Bashmakova O. V., 3/15
 Batukhtina E. I., 1/5, 4/5
 Beloborodova E. I., 2/62
 Belousova M. V., 3/38
 Belova M. V., 4/57
 Betskov A. S., 2/57
 Bobrova M. A., 4/88
 Bochkareva I. Yu., 2/40
 Boiko A. S., 2/5
 Bokhan N. A., 1/5, 1/10, 1/36, 2/40, 3/31, 4/5, 4/102
 Bokhan T. G., 3/59, 4/72
 Bukanovskaya T. I., 1/79
 Bukharov V. G., 4/27
 Bukin V. N., 2/35
 Burtovaya E. Yu., 4/57
 Butylin D. Yu., 3/5
 Cherednikova T. V., 2/22
 Chertov V. V., 3/34
 Chitlova V. V., 3/96, 4/88, 4/100
 Choinzonov E. Ts., 1/55
 Chuikova K. I., 1/67, 2/65
 Danilenko O. A., 3/18
 Dashieva B. A., 3/64
 Denisenko M. M., 3/96, 3/112
 Dmitrieva E. G., 3/18
 Dudin I. I., 4/20
 Dzaparova L. K., 1/79
 Galazhinsky E. V., 2/40
 Gamirova R. G., 3/38
 Garganeeva N. P., 4/35
 Gizatullin T. P., 4/78
 Glavinsky R. N., 1/14
 Govorin N. V., 1/28, 2/13
 Grankina I. V., 3/42
 Gural E. S., 1/55
 Gutkevich E. V., 3/18, 3/71
 Hajiyeva N. R., 3/91
 Igumnov S. A., 3/77
 Ikhsanova D. T., 4/11
 Ilchevsky I. N., 2/35
 Iskhakov E. R., 4/78
 Ismailova S. F., 3/9
 Ivanova A. A., 4/35
 Ivanova S. A., 4/5
 Ivanova T. I., 3/42
 Kabosnidze K. E., 3/91
 Kantina T. E., 4/57
 Karpov A. M., 3/15
 Katkova M. N., 3/18
 Kazennykh T. V., 2/74
 Kireeva A. I., 1/33
 Kochetkova E. P., 4/72
 Kolchev S. A., 4/11
 Kolmogorova V. V., 3/83, 4/51
 Kornetova E. G., 3/18
 Kosenko V. G., 3/23
 Kosenko N. A., 3/23
 Kostin A. K., 4/35
 Kosykh E. P., 2/35
 Kovaleva T. A., 1/67, 2/65
 Krachko E. A., 2/18
 Krasilnikov G. T., 2/18, 3/23
 Krasnova P., 3/116
 Krivulin E. N., 1/36, 2/40, 2/57
 Krivulina O. E., 1/36, 2/57
 Krotenko N. M., 2/5
 Krylov V. I., 3/5
 Kultyshev D. V., 4/31
 Kupriyanova I. E., 1/55, 1/67, 2/62, 2/65, 4/68, 4/102
 Kuznetsov P. V., 1/74, 2/54
 Lebedeva V. F., 4/102
 Lisovskaya M. Ya., 4/68
 Lobacheva O. A., 3/18
 Logutenko R. M., 1/18
 Losenkov I. S., 1/7
 Makushkina O. A., 4/45
 Malchinsky F. V., 2/18
 Malygin Ya. V., 3/9
 Matveeva M. V., 4/40
 Mazhirina K. G., 2/35
 Mekhtieva L. G., 1/85
 Melnikov M. E., 2/35
 Mikhailova S. A., 4/31
 Mychko M. V., 2/49
 Narov M. Yu., 1/33
 Naumova E. L., 2/62
 Nazarova I. A., 1/22, 3/59
 Nesterenko A. B., 4/20
 Nevidimova T. I., 1/5, 4/5
 Nikiforova T. V., 3/50

- Novikov A. P., 3/34
Novikov V. V., 4/7
Ovchinnikov A. A., 1/33
Ovsepyan A. A., 4/82
Pavlichenko A. V., 3/91, 3/96
Petrachkov I. V., 2/9
Plotnikov E. V., 3/34, 3/67
Plotnikova N. S., 1/63
Plyusnina O. B., 2/13
Pogorelova T. V., 2/9
Prilensky B. Yu., 1/10, 2/32, 3/31, 4/31
Prusakov V. F., 3/38
Raeva T. V., 1/63
Rakhmazova L. D., 2/9
Rotova I. A., 4/68
Rudnitsky V. A., 4/35
Ryazantseva A. A., 2/5
Rybalchenko L. B., 4/20
Sakharov A. V., 1/28, 2/13
Samoilova Yu. G., 4/40
Savchenko M. E., 3/67, 4/61
Savin A. I., 4/65
Savochkina D. N., 4/5
Schastnyy E. D., 3/50
Semenikhin D. G., 3/15
Semin I. R., 4/27
Semke A. V., 1/71, 3/18
Shubina O. S., 2/35
Sidenkova A. P., 1/45, 1/49
Simbirtsev A. A., 4/45
Simutkin G. G., 1/14, 2/26
Sokolova I. V., 1/45
Sosnovskaya E. V., 3/54
Spivak S. V., 1/67, 2/65
Stan'ko E. P., 3/77
Stepanova O. P., 2/40
Stoyanova I. Ya., 3/59
Strizhev V. A., 4/15
Sul'din A. M., 4/61
Syunyakov T. S., 3/104, 4/82
Tarasova O. A., 2/13
Tereshkina V. A., 4/7
Tsybul'skaya E. V., 4/35
Tsygankov B. D., 3/9
Tuzikov S. A., 1/55
Umanskaya P. S., 1/10, 2/32, 3/31
Umansky M. S., 1/59
Urazbakhtina A. O., 4/31
Uryvaev V. A., 3/87
Vasilieva N. A., 2/9
Vetlugina T. P., 1/5, 4/5
Volodin B. Yu., 2/46, 4/65
Yakovleva A. L., 2/26
Yatsenko K. O., 2/29, 3/27
Yazykova I. M., 1/49
Yurkina N. Yu., 2/40, 2/57
Zhukova N. G., 4/40
Zotov P. B., 1/18, 1/59
Zykova A. S., 3/9

**Научно-практический
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник
психиатрии и наркологии.
2014. № 4 (85).**

Оригинал-макет СВПН 2014. № 4 (85) подготовлен
в ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
выпускающим редактором И. А. Зеленской

**Подписано к печати 1.12.2014 г.
Формат 60х84_{1/8}. Печать офсетная.
Бумага мелованая. Гарнитура «Arial».
Печ. л. 14,0; усл. печ. л. 13,02; уч.-изд. л. 13,15 .
Тираж 1000 экз. Заказ № 14810 .
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**