

ISSN 1810-3111

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Клиническая психиатрия

Детско-подростковая психиатрия

Психосоматика

Психофармакотерапия

Экологическая психиатрия

Этнопсихиатрия и этнонаркология

Клиническая наркология

Психотерапия и медицинская психология

Лекции. Обзоры

Юбилеи

2015. № 1 (86).

Научно-практическое издание

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Богатство России прирастать будет Сибирью...

М. В. Ломоносов

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

П. Б. Ганнушкин

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ 2 0 1 5 . № 1 (8 6).

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)

проф. **М. М. Аксенов**
академик РАН **Л. И. Афтанас**
проф. **Т. П. Ветлугина**
академик РАО **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
Томск
Томск
Томск
Новосибирск
Томск
Томск
Москва
Москва
Москва
Томск
Томск
С-Петербург
Томск
Москва
Москва
Томск
Москва
Москва
Москва

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

проф. **С. А. Алтынбеков** Алматы
д.м.н. **И. А. Артемьев** Томск
д.м.н. **М. Ф. Белокрылова** Томск
проф. **А. С. Бобров** Иркутск
проф. **С. Вилласенор Баярдо** Мексика
проф. **Н. В. Говорин** Чита
проф. **П. Джонсон** США
проф. **В. Л. Дресвянников** Новосибирск
проф. **Г. В. Залевский** Калининград
проф. **Ц. П. Короленко** Новосибирск
проф. **Ф. Ланг** Германия
проф. **А. Лунен** Нидерланды
проф. **Н. А. Марута** Харьков
проф. **В. Д. Менделевич** Казань
проф. **П. В. Морозов** Москва
проф. **А. А. Овчинников** Новосибирск
проф. **Ю. В. Попов** С-Петербург
проф. **М. И. Рыбалко** Барнаул
проф. **Н. Сарториус** Швейцария
проф. **А. М. Селедцов** Кемерово
д.п.н. **И. Я. Стоянова** Томск
проф. **А. А. Сумароков** Красноярск
проф. **М. Г. Узбеков** Москва
проф. **И. Г. Ульянов** Владивосток
проф. **Л. Эрдэнэбаяр** 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
2015. № 1 (86).

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
Academician of RAE 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: tomskinstitute.mental-health.ru

Website of journal: svpin.org

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Цыганков Б. Д., Малыгин Я. В., Исмаилова С. Ф., Зыкова А. С. (Москва) КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК ФАКТОРЫ АКТИВНОГО ПОИСКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	5
Хритинин Д. Ф., Самохин Д. В., Гончарова Е. М. (Москва) СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	9
Бохан Н. А., Воеводин И. В. (Томск) ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ ВУЗОВ	14

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Потапова В. А. (Москва) ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ВЕКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ	18
Гранкина И. В. (Омск) КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНИЦИАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕВИАНТНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	21

ПСИХОСОМАТИКА

Хритинин Д. Ф., Новиков В. В. (Москва, Рязань) КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ	27
Ротова И. А., Ефанова Т. С. (Томск) КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРЕНЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ	31
Задорожная О. В. (Санкт-Петербург) НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ЯВЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ	34

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Яковлева А. Л. (Томск) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ	39
---	----

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Рудницкий В. А., Счастный Е. Д., Никитина В. Б., Костин А. К., Бохан Н. А., Аксенов М. М., Гребенюк О. В., Кибардина А. С., Голощанов С. И. (Томск) ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ: ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РОСТА, КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ, СВЯЗИ СО СМЕЖНЫМИ ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ (КЛИНИЧЕСКОЙ, БИОЛОГИЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИЕЙ И НАРКОЛОГИЕЙ)	43
--	----

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

Бохан Н. А., Сульдин А. М., Савченко М. Е. (Томск, Сургут, Салехард) КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КОРЕННЫХ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА	51
--	----

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Овчинников А. А., Патрикеева О. Н., Кормилина О. М. (Новосибирск) СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАННАБИНОИДЫ (СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ, ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ)	56
Говорин Н. В., Сахаров А. В., Герасимова Я. В. (Чита) АЛКОГОЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ (АНАЛИЗ ОФИЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ)	62
Кузнецов В. Н., Бохан Т. Г., Галажинская О. Н., Анкудинова И. Э. (Каргасок, Томск, Новосибирск) ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ	67
Мингазов А. Х., Анкудинова И. Э. (Челябинск, Новосибирск) КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	74

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Куфтяк Е. В. (Кострома) ПРИВЯЗАННОСТЬ РЕБЕНКА К МАТЕРИ И ОТНОШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ БЛИЗКИХ ВЗРОСЛЫХ	78
Шуклин Р. А., Кочеткова Е. Н., Бохан Т. Г. (Новосибирск, Барнаул, Томск) СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И АГРЕССИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	83

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

Куприянова И. Е., Кривоногова Т. С., Бабикина Ю. А., Шемякина Т. А. (Томск) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (обзор литературы)	88
Гуткевич Е. В. (Томск) ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, АДАПТАЦИИ И СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (II РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»)	93
ЮБИЛЕИ	101

C O N T E N T S

CLINICAL PSYCHIATRY

Tsygankov B. D., Malygin Ya. V., Ismailova S. F., Zyкова A. S. (Moscow) THE EFFECT OF CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS AND SOCIAL ADJUSTMENT ON ACTIVITY OF CARE-SEEKING IN PATIENTS SUFFERING FROM DEPRESSIVE AND NEUROTIC DISORDERS	5
Khritinin D. F., Samokhin D. V., Goncharova E. M. (Moscow) SUICIDAL BEHAVIOUR IN THE STRUCTURE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN YOUNG PEOPLE	9
Bokhan N. A., Voevodin I. V. (Tomsk) ORGANIZATIONAL BASES OF MEDICO-PSYCHOLOGICAL CARE FOR UNIVERSITY STUDENTS	14

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

Potapova V. A. (Moscow) PSYCHODYNAMIC VECTORS OF DEVELOPMENT OF MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENTS	18
Grankina I. V. (Omsk) CLINICAL FEATURES OF THE INITIAL PERIOD OF THE DEVIANT SYNDROME IN CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS	21

PSYCHOSOMATICS

Khritinin D. F., Novikov V. V. (Moscow, Ryazan) NEUROTIC DISORDERS ASSOCIATED WITH HIV-INFECTION, CLINICAL DYNAMICS	27
Rotova I. A., Efanova T. S. (Tomsk) CLINICAL-DYNAMIC CHARACTERISTICS OF PRE-NEUROTIC DISORDERS IN WOMEN WITH ABNORMAL PREGNANCY	31
Zadorozhnaya O. V. (Saint Petersburg) ADVERSE DRUG REACTIONS AS A FACTOR AFFECTING QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH CONCOMITANT CHRONIC VIRAL HEPATITIS	34

PSYCHOPHARMACOTHERAPY

Yakovleva A. L. (Tomsk) EFFICACY OF PHARMACOTHERAPY OF AFFECTIVE DISORDERS COMORBID WITH PERSONALITY DISORDER	39
--	----

ECOLOGICAL PSYCHIATRY

Rudnitsky V. A., Schastnyy E. D., Nikitina V. B., Kostin A. K., Bokhan N. A., Axenov M. M., Grebenyuk O. V., Kibardina A. S., Goloshchapov S. I. (Tomsk) ECOLOGICAL PSYCHIATRY: PROBLEMS OF FORMATION AND GROWTH, CLINICAL VARIANTS, CONNECTIONS WITH RELATED PSYCHIATRIC DISCIPLINES (CLINICAL, BIOLOGICAL, SOCIAL PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY)	43
---	----

ETHNOPSYCHIATRY AND ETHNOADDICTOLOGY

Bokhan N. A., Suldin A. M., Savchenko M. E. (Tomsk, Surgut, Salekhard) CLINICAL-DYNAMIC CHARACTERISTIC OF INCIDENCE OF ALCOHOL USE DISORDERS OF REPRESENTATIVES OF INDIGENOUS NATIONALITIES OF THE YAMAL-NENETS AUTONOMOUS OKRUG	51
---	----

CLINICAL NARCOLOGY

Ovchinnikov A. A., Patrikeeva O. N., Kormilina O. M. (Novosibirsk) SYNTHETIC CANNABINOIDS. STATE OF THE PROBLEM, THE REGIONAL ASPECTS AND SIDE EFFECTS OF CONSUMPTION	56
Govorin N. V., Sakharov A. V., Gerasimova Ya. V. (Chita) ALCOHOL MORTALITY IN TRANS-BAYKAL KRAI (THE ANALYSIS OF OFFICIAL DATA).	62
Kuznetsov V. N., Bokhan T. G., Galazhinskaya O. N., Ankudinova I. E. (Kargasok, Tomsk, Novosibirsk) FEATURES OF PERSONALITY POTENTIAL STRUCTURE DURING FORMATION OF ALCOHOL DEPENDENCE AT YOUNG AGE	67
Mingazov A. Kh., Ankudinova I. E. (Chelyabinsk, Novosibirsk) CLINICAL FEATURES OF CRAVING FOR ALCOHOL IN MEN AND WOMEN OF OLD AGE WITH ALCOHOL DEPENDENCE	74

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Kuftyak E. V. (Kostroma) CHILD'S ATTACHMENT TO HIS MOTHER AND ATTACHMENT RELATIONS IN CLOSE ADULTS.	78
Shuklin R. A., Kochetkova E. N., Bokhan T. G. (Novosibirsk, Barnaul, Tomsk) CONNECTION OF SOCIAL SUPPORT AND AGGRESSION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA	83

LECTURES. REVIEWS

Kupriyanova I. E., Krivonogova T. S., Babikova Yu. A., Shemyakina T. A. (Tomsk) MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF CHILDREN SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA (literature review).....	88
Gutkevich E. V. (Tomsk) ISSUES OF MENTAL HEALTH, ADAPTATION AND FAMILY FUNCTIONING (II RUSSIAN CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION «MENTAL HEALTH OF THE FAMILY IN THE MODERN WORLD»)	93
JUBILEES	101

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.895.4:616-082:616-003.96

ББК Р64-324+Р645.093.3

КЛИНИКО-ПСИХОПАТО- ЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИ- КИ И СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАП- ТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕ- ПРЕССИВНЫМИ И НЕВРОТИ- ЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК ФАКТОРЫ АКТИВНОГО ПОИСКА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Цыганков Б. Д.¹, Малыгин Я. В.^{*2},
Исмаилова С. Ф.¹, Зыкова А. С.¹

¹ ФПДО «Московский государственный
медико-стоматологический университет»
им. А. И. Евдокимова» Минздрава России
117419, Москва, ул. Донская, д. 43, корп. 5

² ГБОУ ВПО «Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова» Минздрава России
117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Цель исследования – изучить влияние клинико-психопатологических характеристик и субъективного значения болезни на активность поиска медицинской помощи. **Материал:** 200 стационарных пациентов, страдающих депрессивными или невротическими расстройствами, были разделены на 2 подгруппы: с активным поиском медицинской помощи (обратившиеся в течение 5 месяцев) и пассивным поиском медицинской помощи (обратившиеся позднее). **Методы:** клинико-anamnestический анализ; 4-балльная шкала для определения влияния болезни на социальную адаптацию пациента. **Результаты:** выраженное влияние на скорость обращения за медицинской помощью оказывают факторы, отражающие субъективное значение заболевания для пациента, тогда как значение клинико-психопатологических факторов носит второстепенный характер. Более выраженное влияние болезни на повседневную жизнь и работоспособность способствует активному поиску медицинской помощи. Среди клинико-психопатологических факторов необходимо выделить панические атаки, наличие которых мотивирует пациентов на обращение к врачу, а также фобиче-

скую тревогу, которая задерживает обращение к врачу. Острое начало заболевания способствует более активному поиску медицинской помощи. **Ключевые слова:** поиск медицинской помощи, невротические расстройства, депрессивные расстройства, тревожные расстройства, социальная адаптация.

THE EFFECT OF CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS AND SOCIAL ADJUSTMENT ON ACTIVITY OF CARE-SEEKING IN PATIENTS SUFFERING FROM DEPRESSIVE AND NEUROTIC DISORDERS. Tsygankov B. D.¹, Malygin Y. V.², Ismailova S. F.¹, Zyкова A. S.¹ ¹ Moscow State University of Medicine and Dentistry. Donskaya Street 43, Build. 5, 117419, Moscow, Russia. ² Pirogov Russian National Research Medical University. Ostrovitianov's Street 1, 117997, Moscow, Russia. **Objective** – to investigate the effect of clinical and psychopathological characteristics and social adjustment on activity of health care-seeking behavior. **Material:** 200 inpatients, suffering from affective disorders or neurotic, stress-related and somatoform disorders. Patients were divided into 2 groups: with active health care-seeking behavior (those who visited a doctor in less than 6 months after appearance of symptoms) and passive health care-seeking behavior (those who visited a doctor in 6 months or longer after appearance of symptoms). **Methods:** clinical status and anamnesis were analyzed; 4-point scale was used to measure the social adjustment. **Results:** social adjustment strongly affects the activity of care-seeking in contrast to clinical and psychopathological factors. Poor routine and marital social adjustment potentiate care-seeking. Panic attacks are more widespread in patients with active care-seeking and phobic anxiety – in patients with passive care-seeking. Acute type of onset is a factor of active care seeking. **Keywords:** health care-seeking behavior, neurotic disorders, depressive disorders, anxiety disorders, social adjustment.

Введение. Низкая обращаемость пациентов с психическими расстройствами за медицинской помощью является одной из важных проблем здравоохранения. Показано, что при депрессивных и тревожных расстройствах с момента первых симптомов до обращения за помощью проходит в среднем 18,7 года (для пациентов, которые никогда не обращались за помощью, данный период приравнивался к разнице между возрастом появления симптомов и возрастом на момент скрининга) [6].

На скорость обращения за медицинской помощью оказывает влияние широкий набор факторов. Значительное число работ посвящено выделению отдельных факторов, влияющих на активность поиска медицинской помощи, в том числе таких как медицинская грамотность, отношение к медицинской помощи [4, 8], возраст и образование [1, 5]. Часть работ посвящена клинико-психопатологическим факторам [2]. Быстрому обращению за медицинской помощью способствуют острое начало заболевания или начало, спровоцированное стрессовым событием [12].

^{*} Малыгин Ярослав Владимирович, к.м.н., Психолого-социальный факультет. Тел. +74992360594, malygin-y@yandex.ru

Цыганков Борис Дмитриевич, д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии и наркологии МГМСУ

Тяжелая степень выраженности заболевания является предиктором раннего обращения за медицинской помощью [9—11], однако в небольшом проценте случаев приводит к серьезным затруднениям обращения за медицинской помощью [7].

Вместе с тем в мировой литературе отсутствуют комплексные исследования, охватывающие широкий набор факторов, влияющих на скорость обращения к врачу. Выделение этих факторов в рамках комплексного исследования позволит создать алгоритм прогнозирования активности поиска медицинской помощи. Нами были описаны психологические факторы, влияющие на активность поиска медицинской помощи [3]. Настоящая статья посвящена влиянию клиничко-психопатологических характеристик и субъективного значения болезни для пациента на активность поиска медицинской помощи.

Цель исследования – изучить влияние клиничко-психопатологических характеристик и субъективного отношения пациентов к болезни на активность поиска медицинской помощи.

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

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

подгруппа пациентов с активным поиском медицинской помощи (аПМП) (99 человек) – обратившиеся к врачу в течение 5 месяцев с момента появления симптомов заболевания;

подгруппа пациентов с пассивным поиском медицинской помощи (пПМП) (101 человек) – обратившиеся к врачу через 6 и более месяцев с момента появления симптомов заболевания.

Материал. Большую часть выборки составили пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (72 %), преимущественно представленными тревожными расстройствами (55 %), среди которых превалировало смешанное тревожное и депрессивное расстройство (45 %) и паниче-

ское расстройство (9 %). Среди невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств также была высока доля ипохондрического расстройства (15 %). Аффективными расстройствами страдали 28 % пациентов, причем половина (15 %) из них – рекуррентным депрессивным расстройством (эпизод средней степени) и 11 % – депрессивным эпизодом средней степени.

Женщины составили 73,5 % от общего числа обследованных. Средний возраст всех обследованных составил $44,6 \pm 13,5$ года. У значительной доли обследованных (40,5 %) были нарушены семейные отношения. Почти половина (47,0 %) обследованных получили высшее или неполное высшее образование. При этом 55,0 % пациентов на момент обследования не работали.

Методы исследования. С помощью клиничко-anamnestического метода изучался тип начала заболевания (связь со стрессовыми событиями, острота начала), нозологическая принадлежность заболевания, психопатологические особенности.

В ходе исследования методом полуструктурированного интервью с использованием 4-балльной шкалы изучалось субъективное восприятие пациентами влияния болезни на различные сферы их функционирования – повседневную жизнь, работоспособность, семейные отношения.

Статистический анализ данных. Для сравнительного анализа порядковых данных в независимых выборках (степень влияния заболевания на функционирование пациентов) применялся критерий Манна-Уитни. Для анализа качественных данных в независимых выборках (тип начала заболевания, наличие симптомов, синдромов, диагнозов) применялись критерий χ^2 , а также критерий Фишера.

Результаты. В ходе исследования были определены *клиничко-психопатологические факторы*. В целом клиничко-психопатологические характеристики оказывали слабое влияние на активность поиска медицинской помощи.

Вопреки ожиданиям, нозологическая принадлежность также оказывала слабое влияние на активность обращения за медицинской помощью. При проведении сравнительного анализа групп аПМП и пПМП по отношению к представленным в их составе нозологическим единицам (рис. 1) значимое различие между нозологическим составом получено лишь по частоте панического расстройства (13,0 % в группе аПМП против 5,0 % в группе пПМП, $p < 0,04$).

Таким образом, наличие панических атак мотивирует пациентов на обращение к врачу, что может быть объяснено страхом за свое здоровье и выраженным субъективным дискомфортом при панических атаках.

Наши собственные результаты противоречат полученным данным А. С. Green, С. Hunt, Н. J. Stain [6], которыми в ходе исследования было показано, что среди пациентов, страдающих паническим расстройством, средняя задержка при обращении к врачу выше, чем среди пациентов, страдающих депрессией (12,75 и 10,41 года соответственно). Однако необходимо заметить, что авторами этого исследования не проводился статистический анализ данных в таком разрезе, а результаты были получены на небольшой выборке больных.

диагноз	Всего (n=200)	активный поиск (n=99) a	пассивный поиск (n=101) b	p (a Vs b)
невротические р-ва (всего)	71	75	68	p>0,24
Тревожные расстройства (всего)	55	56	57	p>0,9
СТДР	45	39	50	p>0,15
Паническое расстройство	9	13	5	p<0,044
Фобические расстройства	2	3	2	p>0,49
Ипохондрическое расстройство	14	19	10	p>0,06
депрессивные р-ва (всего)	29	24	32	p>0,24
рекуррентное (средней ст.)	15	11	16	p>0,32
депрессивный эпизод (средней ст.)	12	5	12	p>0,08

Примечание. * – В рисунках 1, 2, 3, 4 частота встречаемости указана в %.

Рис. 1. Влияние нозологического диагноза на активность поиска медицинской помощи

При исследовании влияния ведущего синдрома на активность поиска психиатрической помощи рассматривались 3 класса синдромов – тревожный, астенический и апатический. Распределение данных синдромов в группах аГМП и пГМП было сопоставимо (при тревожном синдроме – $p>0,8$; при астеническом синдроме – $p>0,21$; при апатическом синдроме – $p>0,77$).

Характер тревоги также оказывал лишь слабое влияние на активность поиска медицинской помощи (рис. 2).

	Всего (n=200)	активный поиск (n=99) a	пассивный поиск (n=101) b	p (a Vs b)
есть тревога	88	88	88	p>0,95
реактивная	31	32	30	p>0,75
генерализованная	19	22	16	p>0,25
приступообразная (всего)	39	34	43	p>0,23
продолжительные приступы	19	18	20	p>0,77
фобическая	13	8	18	p<0,041
паническая	7	8	5	p>0,36

Рис. 2. Влияние наличия тревоги и ее характера на активность поиска психиатрической помощи

Выявлено, что частота наличия тревоги не сопоставима в исследуемых группах, а ее характер значимо отличается по классу «фобическая тревога» (8,0 % в группе аГМП против

18,0 % в группе пГМП, $p<0,041$), что позволяет сделать предположение о том, что наличие фобической тревоги задерживает обращение к врачу путем формирования избегающего поведения, в том числе из-за невозможности физически добраться до медицинского учреждения при агорафобии.

Тем не менее при анализе групп аГМП и пГМП на наличие у пациентов агорафобии значимых различий между группами получено не было (5 пациентов в группе аГМП и 7 пациентов в группе пГМП, $p>0,57$). Следует добавить, что при увеличении выборки возможно появление различий между исследуемыми группами по данному показателю.

Наконец, объективная тяжесть состояния, измерявшаяся при помощи Шкалы общего клинического впечатления, была сопоставима в выделенных группах ($p>0,74$). Таким образом, поведение, направленное на поиск медицинской помощи, определяется не объективно тяжестью состояния, а субъективным значением для пациента проявлений болезни и ее негативного влияния на разные стороны жизни пациента.

Тип начала заболевания. При сравнении типов начала заболевания рассматривались 2 варианта: внезапное начало и постепенное нарастание симптомов. Внезапное начало заболевания наблюдалось в 46,0 % случаев в группе аГМП и в 32,0 % случаев в группе пГМП ($p<0,009$). Таким образом, при внезапном начале заболевания пациенты склоны быстрее искать медицинскую помощь, что может быть объяснено более ранним распознаванием заболевания или оценкой его как более тяжелого. В то же время наличие внешней причины, спровоцировавшей начало заболевания, не влияет на активность поиска медицинской помощи: выделенные группы сопоставимы по этому показателю (76,0 % в группе аГМП, 74,0 % в группе пГМП, $p>0,81$). Полученные нами результаты частично совпадают с данными L. M. Simonds, S. A. Eliot [10] о том, что острое начало заболевания и начало, спровоцированное стрессовыми событиями, могут ускорить поиск медицинской помощи.

Социальная дезадаптация пациента. При сравнении влияния болезни на такие параметры, как повседневная жизнь (рис. 3) и работоспособность (рис. 4), в группах аГМП и пГМП было получено значимое отличие: пациенты с аГМП испытывали большее влияние болезни на повседневную жизнь и работоспособность, чем пациенты в группе пГМП ($p<0,05$). Таким образом, можно предположить, что декомпенсация в повседневной жизни и снижение трудоспособности являются важными драйверами для обращения за медицинской помощью.

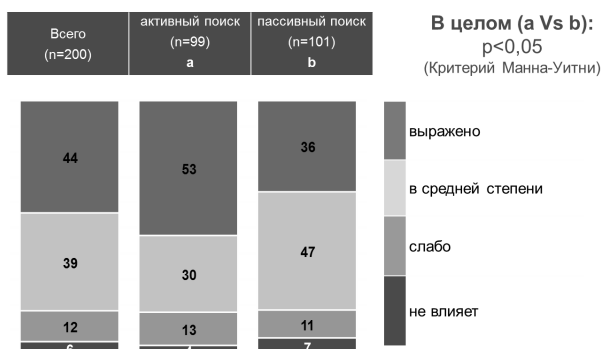


Рис. 3. Выраженность влияния болезни на повседневную жизнь в зависимости от активности поиска медицинской помощи



Рис. 4. Выраженность влияния болезни на работоспособность в зависимости от активности поиска медицинской помощи



Рис. 5. Выраженность влияния болезни на семейные отношения в зависимости от активности поиска медицинской помощи.

В то же время выраженность влияния болезни на семейные отношения была сопоставима в группах пациентов с активным и пассивным видами поиска медицинской помощи (рис. 5, $p>0,92$). Возможным объяснением этого факта является разнонаправленность механизмов влияния нарушений семейных отношений на обращение за медицинской помощью: для части пациентов это является важным стимулом для обращения за медицинской помощью. Что касается другой части пациентов, то, напротив, нарушенные семейные отношения приводят

к отсутствию поддержки со стороны семьи, в связи с чем задерживается обращение за медицинской помощью.

Закключение. Таким образом, значимое влияние на скорость обращения за медицинской помощью оказывают факторы, отражающие социальную дезадаптацию, тогда как значение клинко-психопатологических факторов носит второстепенный характер. Более выраженная социальная дезадаптация в повседневной жизни и на работе способствует активному поиску медицинской помощи. Среди клинко-психопатологических факторов необходимо выделить панические атаки, наличие которых мотивирует пациентов на обращение к врачу (что может быть объяснено страхом за свое здоровье и выраженным субъективным дискомфортом при панических атаках), а также фобическую тревогу, которая задерживает обращение к врачу (вероятно, путем формирования избегающего поведения). Также острое начало заболевания способствует более активному поиску медицинской помощи.

Л и т е р а т у р а

1. Ситдииков З. А., Куприянова И. Е. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 15–17.
2. Куприянова И. Е. Клинико-патогенетические закономерности терапии невротических состояний : автореф. дис. ... д. м. н. – Томск, 2002. – 43 с.
3. Цыганков Б. Д., Малыгин Я. В., Исмаилова С. Ф., Зыкова А. С. Психологические факторы, влияющие на активность поиска медицинской помощи пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 3 (84). – Р. 9–14.
4. Besiroglu L., Askin R. The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder // Compr. Psychiatry. – 2004. – V. 45 (2). – P. 99–108.
5. Goodwin R., Koenen K. C., Hellman F. et al. Help-seeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. – Vol. 106 (2). – P. 143–149.
6. Green A. C., Hunt C., Stain H. J. The delay between symptom onset and seeking professional treatment for anxiety and depressive disorders in a rural Australian sample // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2012. – Vol. 47 (9). – P. 1475–1487.
7. Hollander E., Stein D. J., Kwon J. H. et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder // CNS Spectrums. – 1998. – Vol. 3. – Suppl. 1. – P. 48–58.
8. Jorm A. F. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders // Br. J. Psychiatry. – 2000. – Vol. 177. – P. 396–401.

9. Mayerovitch J. I., du Fort G. G., Kakuma R. et al. Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses // *Compr. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 44 (2). – P. 162–168.
10. Rickwood D. J., Braithwaite V. A. Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems // *Soc. Sci. Med.* – 1994. – Vol. 39 (4). – P. 563–572.
11. Rickwood D. J., Deane F. P., Wilson C. J. When and how do young people seek professional help for mental health problems? // *Med. J. Aust.* – 2007. – Vol. 187. – P. 35–39.
12. Simonds L. M., Elliott S. A. OCD patients and non-patient groups reporting obsessions and compulsions: phenomenology, help-seeking, and access to treatment // *Br. J. Med. Psychol.* – 2001. – Vol. 74 (4). – P. 431–449.

Транслитерация русских источников

1. Sitdikov Z. A., Kupriyanova I. E. [Theoretical and methodological aspects of the study of quality of life and mental health in different socio-professional groups]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004; 84 (2): 15–117. (In Russ.).
2. Kupriyanova I. E. [Clinical-pathogenetic patterns of therapy of neurotic states]. *Avtoref. diss. ...d. m. n.* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2002. 43 p. (In Russ.).
3. Tsygankov B. D., Malygin Ya. V., Ismailova S. F., Zykova A. S. [Psychological factors, affecting activity of seeking health care in inpatients suffering from borderline mental disorders]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 84 (3): 9–14. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.44
ББК Р64-324-9

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СТРУКТУРЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Хритинин Д. Ф.^{*}, Самохин Д. В.,
Гончарова Е. М.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова»
Минздрава России
119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

В статье проводится анализ суицидального поведения у лиц молодого возраста на примере студентов. В исследование включено 100 человек. Выявлены основные психические болезни, при которых наиболее часто реализовались суицидальные тенденции. Среди данных заболеваний были выделены наиболее опасные для реализации истинной суицидальной попытки. Указаны некоторые профилактические мероприятия, направленные на снижение суицидальной активности у лиц молодого возраста. **Ключевые слова:** суицид среди студентов, депрессивное расстройство, профилактика суицидов.

SUICIDAL BEHAVIOR IN THE STRUCTURE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN YOUNG PEOPLE. Khritinin D. F., Samokhin D. V., Goncharova E. M. **Sechenov First Moscow Medical University. Trubetskaya Street 8—2, 119991, Moscow, Russia.** In the article, the analysis of suicidal behavior in young people on example of students is carried out. The study included 100 persons. Basic mental illnesses were revealed, which most often suicidal tendencies were realized in. Among these diseases, the most dangerous ones for the realization of true suicide attempt were distinguished. Some preventive measures aimed at reducing suicidal activity among young people were specified. **Keywords:** suicide among students, depressive disorder, suicide prevention.

Введение. В последнее десятилетие, по данным ВОЗ, регистрируется увеличение суицидов среди молодежи [15]. По мнению ряда авторов, формирование суицидального поведения представляет собой многофакторный процесс [1, 2, 3]. Изучение механизмов и предикторов возникновения суицидальных тенденций дает возможность прогнозировать вероятность совершения аутодеструктивных действий у лиц молодого возраста. В настоящее время выделяют несколько основополагающих факторов: биологические, психологические, клинические, социальные и т. д. [4, 5].

^{*} Хритинин Дмитрий Федорович – член-корр. РАН, д-р мед. наук, проф. кафедры психиатрии и наркологии.

Самохин Дмитрий Владимирович – аспирант кафедры психиатрии и наркологии. Тел. (8499)2464637. E-mail: 71dok@mail.ru

Гончарова Екатерина Михайловна – канд. мед. наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии.

Следует отметить, что наиболее интересным, на наш взгляд, является исследование психического здоровья лиц в момент подготовки и совершения действий суицидальной направленности. Значительная часть современных авторов склонна считать, что суицидальные тенденции в большей степени присущи лицам, страдающим теми или иными психическими расстройствами [6, 7, 8, 10—14]. Наиболее распространенной является симптоматика депрессивного круга. Важную роль в формировании суицидального поведения занимают личностные особенности пациентов [9]. Именно поэтому возникает острая необходимость более подробного изучения данных клинических проявлений.

Цель исследования – изучение клинических особенностей депрессивных расстройств у лиц молодого возраста для своевременного предотвращения суицидального поведения.

Материалы и методы. Настоящее исследование выполнено на базах кафедры психиатрии и наркологии, НОКЦ «психическое здоровье», ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», клиники психиатрии им. С. С. Корсакова, ГБУЗ «Научно-Исследовательский Институт Скорой Помощи им. Н. В. Склифосовского».

Объект исследования. В исследование включались студенты обоих полов, в возрасте от 18 до 35 лет, обучавшиеся в вузе на период обследования, давшие добровольное согласие на участие и динамическое наблюдение. Из исследования исключались лица, проходившие лечение с диагнозами: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (в рамках галлюцинаторно-бредовых и бредовых синдромов рубрик F20—29 по МКБ-10).

Сбор научного материала проводился в период с 2012 по 2014 г. Сплошным невыборочным методом были обследованы 160 учащихся ПМГМУ им. И. М. Сеченова. Из них был отобран 21 студент с наличием суицидальных тенденций в прошлом или на момент исследования. Кроме того, среди пациентов, проходивших лечение в клинике психиатрии им. С. С. Корсакова, а также в отделении кризисных состояний и психосоматических расстройств НИИ Скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, было обследовано 79 студентов других вузов с наличием суицидальных тенденций в прошлом или на момент исследования.

Основную группу исследования составили 100 студентов, у которых регистрировалось наличие суицидального поведения на период обследования или ретроспективно. Примечательно то, что большую часть обследованных составили лица, впервые наблюдавшиеся у врача-психиатра.

Студенты самостоятельно заполняли ряд опросников: опросник качества жизни SF-36, регистрировавший уровень различных показателей: физическое функционирование и психическое здоровье, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье и т. д. При оценке результатов заполнения характерологического опросника Леонгарда-Шмишека представилось возможным оценить влияние акцентуаций темперамента и характера студента на формирование суицидального поведения. Врачом-исследователем проводилось психопатологическое обследование и динамическое наблюдение, в ходе которого заполнялась Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (CSSRS).

Дополнительно нами была предложена карта-опросник, позволившая оценить возможные факторы формирования суицидальности у обследуемых: наследственную отягощенность психическими расстройствами, образование, семейное положение, уровень социального функционирования, адаптивное взаимодействие с окружающими, уровень материальной обеспеченности, употребление ПАВ и т. д. При заполнении карты существенное значение придавалось субъективной оценке обследуемого тех или иных жизненных условий, что позволяло наиболее точно определять их важность в формировании суицидальных тенденций.

Результаты и обсуждение. В основную группу вошли 100 студентов: 48 мужчин (48 %) и 52 женщины (52 %), средний возраст которых составил $22,4 \pm 6,5$ года. На момент исследования все обследуемые являлись учащимися московских вузов. Выраженность суицидальных тенденций оценивалась на момент исследования и за весь период обучения в вузе. Важно отметить, что клиническое наблюдение за студентами являлось динамическим и велось на протяжении всего срока проведения исследования. При анализе полученных данных у 92 студентов на момент возникновения суицидальных размышлений и реализации аутоагрессивных действий были выявлены психические расстройства различной степени тяжести.

Всем студентам, включенным в исследование, проводилось патопсихологическое обследование и велось динамическое наблюдение за их психическим состоянием. Большой вклад в картину формирования суицидальности внесло получение анамнестических данных от родственников и друзей пациентов. Данная информация позволяла более объективно оценивать пресуицидальный период. Необходимо отметить, что в исследовательской выборке было выявлено достаточное количество больных с шизофренической симптоматикой (13 мужчин и 18 женщин), однако исходя из критериев исключения данные больные не вошли в основную группу.

Тем не менее необходимо подчеркнуть, что более чем у половины данных больных (17 человек) суицидальные действия были предприняты на фоне тягостного апатического компонента, «чувства собственной измененности и неполноценности», в структуре постшизофренической депрессии.

С помощью методики Леонгарда-Шмишека оценивались личностные особенности студентов в преморбиде, способствовавшие развитию суицидальных тенденций. Нами были выделены наиболее неблагоприятные сочетания акцентуаций темперамента и характера, в том числе такие как ригидность и аффективность, педантичность и аффективность, возбудимость и циклотимичность. Надо полагать, что данные личностные особенности негативно способствовали формированию суицидального поведения при попадании студента в ситуацию стресса. При первом депрессивном эпизоде, рекуррентном депрессивном расстройстве в преморбиде обследованных студентов часто отмечались такие сочетания черт темперамента и характера, как ригидность и аффективность, педантичность и аффективность, что способствовало патологической фиксации на ситуации. Сочетание возбудимости и циклотимичности прослеживалось преимущественно в преморбиде у студентов с биполярным аффективным расстройством и при реакции на тяжелый стресс. Реже встречались сочетания акцентуаций темперамента и характера у обследуемых с расстройством адаптации. В данном случае на первый план выходили черты эмоциональной лабильности, в меньшей степени – аффективности. При истерическом расстройстве личности в преморбиде на первый план выступали такие личностные акцентуации как демонстративность и эмоциональная лабильность.

По результатам обработки данных, полученных при использовании опросника качества жизни SF-36, отмечалось значительное снижение показателей физического и психологического функционирования обследуемых. Наименьшие значения данных составляющих были зафиксированы у пациентов, страдающих аффективными расстройствами. Достаточно часто отмечалась соматовегетативная симптоматика, существенно снижавшая качество жизни обследуемых. Так, при максимальном значении в 100 баллов более чем у четверти студентов физический компонент здоровья не превысил 50, а психологический компонент здоровья – 40. Из полученных нами данных следует, что на момент возникновения суицидальных тенденций большая часть расстройств была представлена жалобами депрессивного характера (84 %).

Именно поэтому следует более подробно остановиться на депрессивных расстройствах, которые сопровождались суицидальными тенденциями (рис. 1).



Рис. 1. Распределение заболеваемости среди обследованных студентов

В наибольшем числе случаев был диагностирован депрессивный эпизод. Данное расстройство выявлялось у 30 % студентов (19 женщин и 11 мужчин). В этой же группе зафиксировано наибольшее число истинных суицидальных попыток. На основании клинической беседы и анамнестических данных выявлено, что непосредственно перед совершением суицидальной попытки многие студенты отмечали интенсивное возрастание чувства внутреннего напряжения, безысходности, тоски, усиление идей «ненужности, никчемности, вины». Значительно чаще при рекуррентном депрессивном расстройстве обследуемые говорили о чувстве тревоги, непонимании со стороны близких людей. Практически никто из студентов не обращался за помощью к специалисту в самом начале заболевания. Большинство студентов считали, что у них «получится взять себя в руки», искали понимание и сочувствие у друзей и близких, наконец, они боялись обращаться к врачу «психиатрического профиля» из-за возможного общественного порицания. Наиболее спланированные и тяжелые суицидальные попытки регистрировались при наличии в клинической картине депрессии жалоб апатического характера.

Рекуррентное депрессивное расстройство регистрировалось у 10 студентов, что соответствует 10 % обследованных (7 мужчин и 3 женщины). Большинство данных больных могли подробно рассказать об изменении психоэмоционального состояния за несколько недель или даже месяцев до совершения суицидальных действий. Студенты отмечали снижение настроения, нежелание общаться с близкими людьми, угнетение энергетического потенциала, нарушение ночного сна, идеи самообвинения. Многие обследуемые говорили, что умышленно пытались скрыть от близких тяжесть внутренних переживаний, так как не хотели показывать, что «вновь больны», пытались справиться с симптомами самостоятельно.

Следует сделать предположение, что большая часть больных данным расстройством чаще, чем в предыдущей группе, обращается за помощью к врачу на более ранней стадии формирования симптомокомплекса. Вместе с тем именно при рекуррентном депрессивном расстройстве нами были отмечены спланированные и наиболее тяжелые по последствиям суицидальные попытки, часто прерванные в связи со случайным человеческим фактором.

Биполярное аффективное расстройство регистрировалось лишь в 2 % случаев (2 мужчин) и также характеризовалось депрессивным синдромом. В структуре клинической картины данного заболевания реже встречались жалобы пациентов на тревогу и апатию. Следует акцентировать внимание на схожести в степени тяжести суицидальных попыток при рекуррентном депрессивном расстройстве и биполярном аффективном расстройстве. Часто причиной совершения суицидальных действий данные больные называли «бесперспективность будущего», «хроническое течение тяжелой болезни», «невыносимое чувство тоски».

У 4 % студентов (1 мужчина и 3 женщины) наблюдалась реакция на тяжелый стресс. Во всех случаях причиной данного расстройства являлась смерть близкого человека или резкая смена социального (семейного) статуса (например, развод). При подробном выяснении обстоятельств совершенной суицидальной попытки стало ясно, что действия суицидентов носили характер «короткого замыкания». Обследуемые указывали на то, что не думали об истинных последствиях действий, однако на тот момент это было наиболее приемлемым средством, чтобы «остановить душевную боль и чувство несправедливости». Подобный тип реагирования встречался и при эмоционально-лабильном расстройстве личности (2 %). На наш взгляд, реагирование такого типа обусловлено большей частью сниженным порогом эмоциональной восприимчивости при весьма интенсивных внешних психологических раздражителях. Многие суицидальные попытки такого типа были совершены без длительного обдумывания конкретного плана действия, часто в состоянии измененного сознания, под действием психоактивных веществ.

Значительное место (42 %) в нозологической структуре психической патологии приходилось на группу, включавшую студентов с расстройством адаптации. Доля мужчин и женщин оказалась равной между собой и составила, соответственно, по 21 обследуемому. Исходя из полученных данных, отличительной особенностью данного спектра расстройств явилось наличие в структуре синдрома депрессивных и тревожных мыслей.

У студентов с расстройством адаптации истинные суицидальные попытки регистрировались значительно реже, чем при других нозологиях (лишь в 2 % случаев). Остальная часть клинической картины суицидального поведения была представлена преимущественно отрывочными мыслями о возможном самоубийстве, редко доходящими до длительных размышлений о способе и формировании конкретного плана действий.

Следует отдельно остановиться на истерическом расстройстве личности, которое в структуре данного исследования было представлено в 2 % случаев (2 женщины). Клиническая картина демонстративно-шантажных суицидальных проявлений у данной категории больных свидетельствует о низкой вероятности летального исхода. Часто такие студенты совершали суицидальные попытки заведомо «неудачными способами», на глазах у друзей и близких. Однако не стоит недооценивать данное суицидальное поведение, так как при определенном стечении обстоятельств, а также притуплении чувства опасности у демонстративного суицидента возможен летальный исход «по неосторожности».

В исследовательской выборке было выявлено 8 студентов без видимых клинических признаков психической болезни на момент обследования. Стоит полагать, что на момент возникновения суицидальных тенденций возможно было выявить краткосрочные нарушения психической деятельности, которые быстро нивелировались после совершения суицидальной попытки или обдумывания таковой. Многие из обследуемых говорили о том, что данные мысли и действия были вызваны внутриличностными конфликтами или внешними социальными факторами на фоне употребления алкоголя или ПАВ. В таблице 1 продемонстрировано соотношение клинических форм психических расстройств и истинных суицидальных попыток.

Таблица 1
Формы суицидального поведения у обследованных студентов при разных психических заболеваниях

Заболевание	Кол-во больных	Истинная суицидальная попытка	Другие формы суицидального поведения
Депрессивный эпизод	30	25	5
Рекуррентное депрессивное расстройство	10	7	3
Биполярное аффективное расстройство	2	2	-
Реакция на тяжелый стресс	4	3	1
Расстройство адаптации	42	2	40
Расстройство личности	4	2	2
Условно здоровые	8	3	5
Всего	100	44	56

Выводы. Проведенное исследование наглядно подтвердило наличие значительной распространенности депрессивных расстройств в клинической совокупности психических заболеваний у лиц молодого возраста с суицидальным поведением. В ходе исследования выявлено, что наиболее часто суицидальное поведение регистрируется при таких клинических формах расстройств, как депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное аффективное расстройство.

Исходя из полученных результатов, не стоит пренебрегать и расстройствами шизофренического спектра, особенно это касается постшизофренических депрессий с апатическим компонентом. Большую роль в совершении суицидальных попыток играют личностные и психопатологические акцентуации, являющиеся предикторами формирования суицидальных тенденций. С учетом многофакторности формирования суицида одним из направлений профилактических мероприятий должен являться комплекс мер по раннему выявлению «негативных» личностных особенностей, способствующих формированию суицидального поведения. С этих же позиций необходимо проведение своевременного скрининга психического здоровья лиц молодого возраста. Большое значение имеет профилактическая психотерапевтическая работа не только с самими больными приступообразными аффективными заболеваниями, но и их родственниками. Необходимы также контроль и антинаркотическая просветительская работа среди молодежи.

Л и т е р а т у р а

1. Цыганков Б. Д., Ваулин С. В. Суициды и суицидальные попытки. – М., 2012. – С. 1–18.
2. Актуальные проблемы суицидологии / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко (отв. ред.). – М., 1981. – 203 с.
3. Бисалиев Р. В. Суицидальное поведение больных с аддиктивными расстройствами и созависимых родственников (клиника, лечение, реабилитация) : дис. ... д. м. н. – М., 2011. – 283 с.
4. Палатов С. Ю., Лебедев М. А., Авдеева Т. И., Афонин Б. Б. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения у призванных и военнослужащих срочной службы // Основные направления научных исследований психиатрической клиники им. С. С. Корсакова (исторический и современный аспекты): сб. науч. тр. – М., 2000. – С. 123–126.
5. Панченко Е. А. Личностно-психологические детерминанты и типология суицидального поведения лиц, совершивших покушение на самоубийство // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2010. – № 12. – С. 4–8.
6. Положий Б. С., Васильев В. В. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения больных с психическими расстройствами : пособие для врачей. – М., 2003. – 20 с.
7. Меньшиков Г. И., Никитин Л. Н. О суицидальном поведении у психически больных // Первый Съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики : тез. докл. – Чебоксары, 1995. – С. 57–58.
8. Морозова Н. М. Проблема суицидов и психические болезни // Аффективные расстройства в психиатрии и наркологии : материалы 24 областной научно-практической конференции. – Пенза, 1995. – С. 31.
9. Положий Б. С., Панченко Е. А. Суицидальные попытки у больных с аффективными расстройствами // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – № 4. – С. 11–15.
10. Arensman E., Kerkhof A. J., Hengeveld M. W. et al. Medically treated suicide attempts: a four year monitoring study of the epidemiology in the Netherlands // J. Epidemiol. Community Health. – 1995. – Jun. – V. 49, № 3. – P. 285–289.
11. Casey P. R. Personality disorder and suicide intent // Acta Psych. Scand. – 1989. – V. 79, № 3. – P. 290–295.
12. Счастный Е. Д. Распространенность и клинико-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2001. – 43 с.
13. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М. Распространенность, коморбидность и клинико-конституциональные закономерности гетерогенности аффективных расстройств и суицидального поведения с учетом хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 22–25.
14. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Горшкова Л. В., Гарганеева Н. П., Невидимова Т. И., Шахурова Н. И., Вялова Н. М., Попова Н. М., Васильева С. Н. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6. – С. 9–13.
15. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. – Geneva, 2014. – P. 14–46

Транслитерация русских источников

1. Tsygankov B. D., Vaulin S. V. [Suicides and suicide attempts]. Moscow, 2012; 1–18. (In Russ.).
2. Ambrumova A. G., Tikhonenko V. A. [Relevant problems of suicidology]. Moscow, 1981; 203 p. (In Russ.).
3. Bisaliev R. V. [Suicidal behavior in patients with addictive disorders and co-dependent relatives (clinic, treatment, rehabilitation)]. *Dissertatsiya doktora meditsinskikh nauk* [M.D. thesis]. Moscow, 2011; 283 p. (In Russ.).
4. Palatov S. Yu., Lebedev M. A., Avdeeva T. I., Afonin B. B. [Clinical-epidemiological study of suicidal behaviour in recruits and conscripts. Main directions of S. S. Korsakov psychiatric clinic]. *Sb. nauch. tr.* [Collection of scientific papers]. Moscow, 2000; 123–126. (In Russ.).
5. Panchenko E. A. [Personal-psychological determinants and types of suicidal behavior perpetrators of attempted suicide]. *Vestnik nevrologii, psichiatrii i neyrokhirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2010; 12: 4–8. (In Russ.).

6. Polozhy B. S., Vasiliev V. V. [Clinical and social ethnocultural characteristics of suicidal behavior in patients with mental disorders]. *Posobie dlya vrachev* [Handbook for doctors]. Moscow, 2003; 20 p. (In Russ.).
7. Menshikov G. I., Nikitin L. N. [About suicidal behavior in psychiatric patients]. *Pervyy S'ezd psikiatrov, narkologov i psihoterapevtov Chuvashskoy Respubliki: Tez. dokl.* [The first meeting of psychiatrists, addiction specialists and psychotherapists of the Chuvash Republic: Book of Abstracts]. Cheboksary, 1995; 57—58. (In Russ.).
8. Morozova N. M. [The problem of suicide and mental illness]. *Affektivnyye rasstroystva v psikiatrii i narkologii: Materialy 24 oblastnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Affective disorders in psychiatry and addiction psychiatry: Materials of the 24th Regional Scientific-Practical Conference]. Penza, 1995; 31. (In Russ.).
9. Polozhy B. S., Panchenko E. A. [Suicidal attempts in patients with affective disorders]. *Vestnik nevrologii, psikiatrii i neyrokhirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2011; 4: 11—15. (In Russ.).
12. Schastnyy E. D. [Prevalence and clinical-constitutional patterns of polymorphism of depressive disorders]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2001; 43 p. (In Russ.).
13. Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Popova N. M. [Prevalence, comorbidity and clinical-constitutional patterns of heterogeneity of affective disorders and suicidal behavior with account for chronobiological factors]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 22—25. (In Russ.).
14. Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Gorshkova L. V., Garganeeva N. P., Nevidimova T. I., Shakhurova N. I., Vyalova N. M., Popova N. M., Vasilieva S. N. [Clinical-pathogenetic, social-epidemiological factors of ontogeny of affective disorders (aspects of early diagnosis and prevention)]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 6: 9—13. (In Russ.).

УДК 616.895.4:159.9:613.895
ББК Р64-57+Ю948

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ ВУЗОВ

Бохан Н. А.^{1,2}, Воеводин И. В.^{1*}

¹ НИИ психического здоровья
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

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

Потребность студентов в медико-психологической помощи выявлена в 46 % случаев. Основным направлением работы с данным контингентом представляется когнитивно-поведенческая копинг-профилактика тревожности на фоне хронических психотравмирующих ситуаций, актуальная как при аффективных, так и при аддитивных состояниях. **Ключевые слова:** студенты, медико-психологическая помощь, когнитивно-поведенческий подход, копинг-профилактика, аддитивные и аффективные состояния.

ORGANIZATIONAL BASES OF MEDICO-PSYCHOLOGICAL CARE FOR UNIVERSITY STUDENTS. Bokhan N. A., Voevodin I. V. ¹ Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. ² Siberian State Medical University. Moscovski Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia. The need for medico-psychological care among university students was revealed in 46 % of cases. The main direction of the work with this contingent is represented by cognitive-behavioural coping-prevention of anxiety against the background of chronic psychotraumatic situations that is relevant both in mood disorders, and in addictive states. **Keywords:** students, medico-psychological care, cognitive-behavioural approach, coping-prevention, addictive and affective states.

Введение. Важной задачей государства в деле охраны психического здоровья является защита уязвимых групп населения [1, 2]. Одной из таких групп представляется группа высокообразованной молодежи – студентов и молодых специалистов [3, 7, 8]. Необходимость профилактики психических и поведенческих расстройств в данной группе, прежде всего связанных с потреблением психоактивных веществ, неоднократно подчеркивалась как специалистами, так и в правительственных решениях.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня потребности студентов вузов в медико-психологической помощи, с рассмотрением основных характеристик потенциальных потребителей помощи – подверженности психотравмам, аддитивного поведения, тревожно-депрессивной симптоматики, психологических особенностей.

* Воеводин Иван Валерьевич, к.м.н., с.н.с. НИИПЗ, доцент Национального исследовательского Томского государственного университета, телефон служебный +7(3822)444780, e-mail i_voevodin@list.ru

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели было обследовано 370 студентов вузов Томска, из них было 122 (33 %) юноши, 248 (67 %) девушек. Средний возраст студентов на момент исследования составил $20,4 \pm 1,7$ года. Исследование проводилось методом анонимного анкетирования, в опросник были включены следующие методики: определения уровня тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, 1983); определения копинг-поведения (Heim E., 1988) в нашей модификации [2011] [4, 5], методика J. Amirkhan в адаптации Н. А. Сирота, В. М. Ялтонского [1995]; методика определения рациональности когнитивных установок (Ellis A., 1987). При анализе полученных результатов использовались непараметрические статистические методы.

Результаты исследования. В целом наличие потребности в помощи (консультации специалиста в сфере психического здоровья – психолога, психотерапевта, психиатра, нарколога) признали 45,9 % обследованных, при этом отрицают наличие данной потребности 43,8 % студентов, затруднились с ответом 45,9 %. Среди девушек-студенток потребность в помощи оказалась выше, чем среди юношей (показатель составил 50,8 % vs 36,1 %, $p=0,004$). Изучено влияние перенесенных психотравмирующих ситуаций на уровень потребности в медико-психологической помощи (рис. 1).

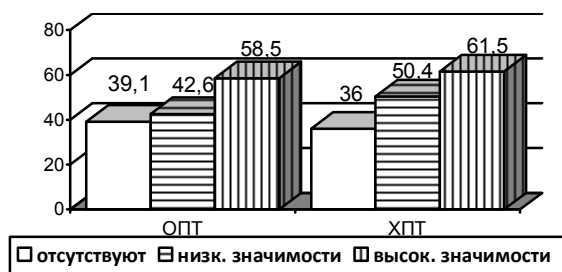
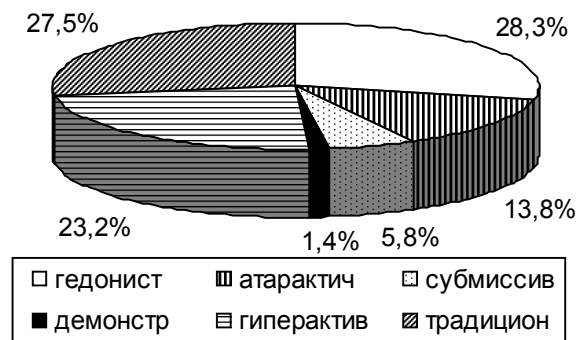


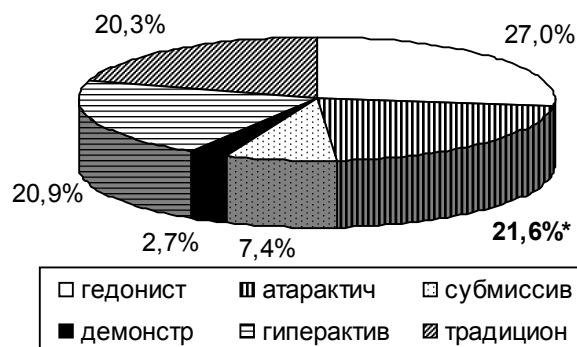
Рис. 1. Влияние острых (ОПТ) и хронических (ХПТ) психотравмирующих ситуаций на уровень (в %) потребности в медико-психологической помощи

Полученные нами результаты подтвердили выявленную в более ранних наших работах [6] закономерность – для острых психотравм характерен «тяжесть-зависимый эффект» (потребность в помощи, как и рассмотренное в предыдущем исследовании нарастание аффективной и аддиктивной симптоматики, достоверно повышается лишь при высокой субъективной значимости ОПТ). «Факт-зависимый эффект» (влияние на симптоматику и, соответственно, на потребность в помощи – не столько субъективной оценки выраженности, сколько наличия самого факта психотравмы) проявляется при хронических психотравмах.

Уровень потребления табака и алкоголя не оказывает у студентов статистически достоверного влияния на потребность в помощи. Однако в группе студентов с наличием данной потребности мы можем наблюдать достоверное повышение значимости атарактической мотивировки в общей структуре мотивировок потребления алкоголя (рис. 2).



У студентов, отрицающих потребность в помощи

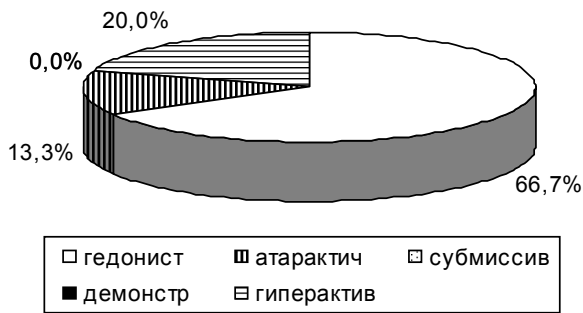


У студентов, признающих потребность в помощи

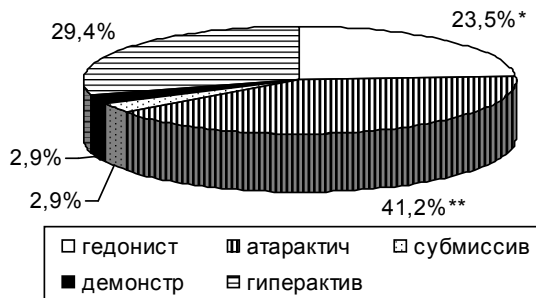
Примечание. * – Атарактическая мотивировка ($p=0,0431$).

Рис. 2. Мотивировки употребления алкоголя при отсутствии и наличии потребности в медико-психологической помощи

У студентов с наличием опыта потребления наркотиков уровень потребности в помощи достигает 60,4 % (при отсутствии наркотического опыта – 41,2 %, $p=0,0008$). Студенты-потребители наркотиков, отрицающие потребность в помощи, не имеют в структуре мотивировок потребления субмиссивную и протестно-демонстративную, употребление у них носит в основном гедонистический характер (66,7 %), существенно реже – атарактический (13,3 %). Противоположная картина отмечается у потребителей, признающих потребность в помощи, где ведущей мотивировкой употребления выступает атарактическая (41,2 %, $p=0,03$); лишь на третьем месте по частоте находится гедонистический мотив (23,5 %, $p=0,0029$) (рис. 3).



У студентов, отрицающих потребность в помощи



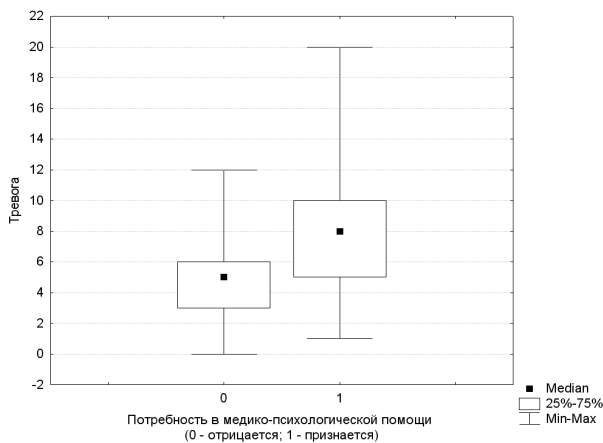
У студентов, признающих потребность в помощи

Примечание. * – Гедонистическая мотивировка ($p=0,0029$); ** – атактическая мотивировка ($p=0,0305$).

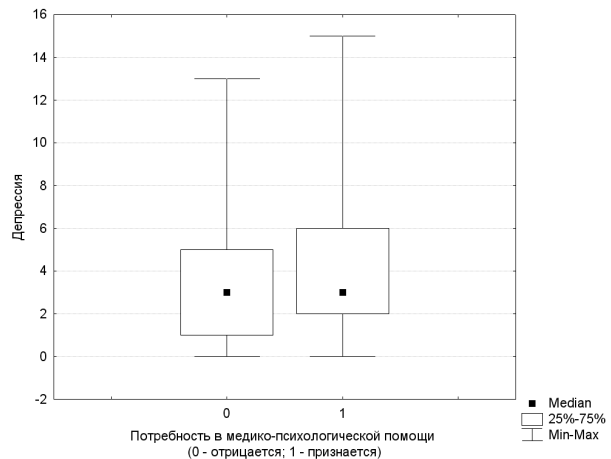
Рис. 3. Мотивировки употребления наркотиков при отсутствии и наличии потребности в медико-психологической помощи

Достаточно закономерно обнаруживается повышение уровня депрессии, особенно тревоги, в группе студентов с наличием потребности в медико-психологической помощи (рис. 4).

Из психологических особенностей, обуславливающих возникновение психодезадаптационных состояний [1], а также способствующих возникновению психических и поведенческих расстройств, служащих причиной потребности в медико-психологической помощи, были рассмотрены иррациональные когнитивные установки и особенности копинг-реагирования.



Показатели тревоги: $U=3265,000$;
 $Z=-7,35456$, $p\text{-level}=0,000000$.



Показатели депрессии: $U=5827,500$;
 $Z=-2,61222$, $p\text{-level}=0,008996$

Рис. 4. Показатели тревоги и депрессии по шкале HADS при отсутствии и наличии потребности в медико-психологической помощи

Достоверные межгрупповые различия среди студентов, отрицающих и признающих потребность в помощи, были выявлены в отношении установок низкой фрустрационной толерантности и долженствования в отношении себя.

Копинг-стиль студентов, имеющих потребность в помощи, характеризовался: 1) склонностью к бурным эмоциональным реакциям отчаяния; 2) низкими способностью и готовностью к анализу и рациональной оценке возникающих проблемных ситуаций; 3) склонностью к пессимистичному прогнозу при возникновении жизненных трудностей; 4) неготовностью активно и продуктивно действовать в сложных ситуациях.

Заключение. Таким образом, обнаружен достаточно высокий уровень потребности в медико-психологической помощи среди студентов вузов (46 %). В структуре потенциальных пациентов (клиентов) из числа высокообразованной молодежи следует ожидать выраженного преобладания девушек по сравнению с юношами. Значительный процент обращений можно ожидать в связи с психотравмирующими ситуациями хронического, затяжного характера – несмотря на их встречаемость с меньшей частотой, чем острых психотравм, они вызывают нарушения социально-психологической адаптации и потребность в помощи даже при невысокой степени выраженности.

Основной акцент работы с высокообразованной молодежью следует сделать на вторичной профилактике тревожных расстройств, связанных с иррациональностью когнитивных установок, опосредующей неэффективное стресс-реагирование. В первую очередь это относится к низкой фрустрационной толерантности и долженствованию в отношении себя, что на когнитивном уровне снижает возможности анализа,

рациональной оценки проблемной ситуации. На эмоциональном уровне это приводит к бурным реакциям отчаяния и стойкому ощущению безнадежности, отсутствию приемлемого выхода из ситуации (что, возможно, является одной из причин «хронификации» проблемных ситуаций и возникновения депрессивной симптоматики). На данном фоне блокированным оказывается и поведенческий компонент копинга – снижается возможность реализации стратегий продуктивного разрешения проблем.

Данный подход, что особенно важно, применим не только к аффективным, но и к большей части аддитивных состояний, вследствие возрастающего значения атарактического потребления психоактивных веществ среди студентов вузов по сравнению с другими мотивировками.

Л и т е р а т у р а

- 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 (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 11—18.
- Бохан Н. А., Семке В. Я., Мандель А. И. Наркологическая ситуация и психическое здоровье населения: региональные тренды десятилетия // Психическое здоровье. – 2006. – № 1. – С. 32—38.
- Бохан Н. А., Воеводин И. В. Микросоциальные факторы риска аддитивного поведения у студентов вузов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1. – С. 37—40.
- Воеводин И. В. Изучение роли копинга в формировании предболезненных состояний у студентов: новый подход // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5. – С. 77—81.
- Воеводин И. В. Модульная оценка копинга повседневного стресса (модификация методики Э. Хайма) // Психология стресса и совладающего поведения : материалы III международной научно-практической конф. – В 2-х т. – Кострома : КГУ им. Н. А. Некрасова, 2013. – Т. 2. – С. 278—280.
- Воеводин И. В. Субъективная оценка острых и хронических психотравм у студентов: дифференцированное значение для психокоррекционных вмешательств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 2. – С. 27—31.
- Жигинас Н. В. Новые научно-организационные формы медико-психологического сопровождения учебного процесса в вузе // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 93—97.
- Стоянова И. Я., Семке В. Я., Филоненко А. Л. Динамика стрессоустойчивости во время экзаменационной сессии у студентов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1. – С. 75—77.

Транслитерация русских источников

- 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 (results of complex theme of research work of FSBI «MHRI» SB RAMSci, 2009—2012)]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4: 11—18. (In Russ.).
- Bokhan N. A., Semke V. Ya., Mandel A. I. [Substance abuse situation and mental health of population; regional trends of the decade]. *Psichicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2006; 1: 32—38. (In Russ.).
- Bokhan N. A., Voevodin I. V. [Microsocial risk factors of addictive behavior in students of high schools]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 1: 37—40. (In Russ.).
- Voevodin I. V. [Study of role of coping in formation of pre-illness states in students: new approach]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 5: 77—81. (In Russ.).
- Voevodin I. V. [Module assessment of coping of everyday stress (modification of E. Heim's technique)]. *Psihologiya stressa i sovladajushhego povedenija : materialy III mezhdunar. nauchno-prakt. konf. v 2-h t.* [Psychology of stress and coping behaviour: materials of the IIIrd International Scientific-Practical Conference in two volumes]. N. A. Nekrasov Kostroma State University, Kostroma, 2013; 2: 278—280. (In Russ.).
- Voevodin I. V. [Subjective assessment of acute and chronic psychotraumas in students: differentiated value for psychocorrective interventions]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 2: 27—31. (In Russ.).
- Zhiginas N. V. [New scientific-organizing forms of medico-psychological support of educational process at a high school]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 3: 93—97. (In Russ.).
- Stoyanova I. Ya., Semke V. Ya., Filonenko A. L. [Dynamic of stress resistance during examinations period in students]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 1: 75—77. (In Russ.).

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008:613.895

ББК Р64-9+Р733

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ ВЕКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Потапова В. А.*

ФБГУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ 119002, Москва, пер. Малый Могильцевский, 3

В исследуемую выборку были включены 303 подростка с проблемами психического здоровья (81 человек составляли лица, имеющие психологические проблемы и у которых не было выявлено психических расстройств, 82 подростка имели невротические расстройства, 64 – расстройства поведения, 74 – аффективную патологию). Анализ взаимодействия выделенных психических феноменов позволил нам определить следующие основные типы организации психической структуры у подростков. Тип I – феномены, свойственные невротической структуре личности, развивающий конверсионные (псевдосоматические) симптомы (66,7 % пациентов). Тип II – был свойствен пограничным личностным структурам, развивающий тяжелые ипохондрические расстройства, навязчивые страхи заражения (18,5 % пациентов). Тип III – был характерен маломентализированным психическим структурам, с неразвитым внутрипсихическим миром, с коллапсированным психическим пространством, не способным к созданию буфера из невротического симптома или бреда, развивающий тяжелые соматопсихозы (14,8 %). **Ключевые слова:** подростки, психическое здоровье, психические структуры.

PSYCHODYNAMIC VECTORS OF DEVELOPMENT OF MENTAL DISORDERS IN ADOLESCENTS. Potapova V. A. «Federal Medical Research Center of Psychiatry and Addiction Psychiatry» of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. *Malyy Mogil'tsevsky Lane 3, 119002, Moscow, Russia.* In the studied sample there were 303 adolescents with mental health problems (81 persons were persons with psychological problems and have not been found as having mental disorders, 82 adolescents had neurotic disorders, 64 – behavioral disorders and 74 – affective pathology). The analysis of the interaction between the selected mental phenomena, has allowed us to identify the following

main types of organization of mental patterns in adolescents. Type I – the phenomena characteristic for neurotic personality structure, developing conversion (pseudosomatic) symptoms (66,7 % of patients). Type II – characteristic for borderline personality structures, and developing a severe hypochondriac disorders, obsessive fears of infection (18,5 % of patients). Type III – characteristic for mental structures with limited inner mental world, with collapsed mental space, incapable of creating a buffer of a neurotic symptom or delirium and developing severe somatopsychoses (14,8 %). **Key-words:** adolescents, mental health, mental patterns.

С точки зрения психосоциального и физиологического развития, подростковый возраст начинается с первых признаков полового созревания и завершается полным физическим развитием. Критическим периодам развития организма свойственны большая психологическая уязвимость, повышенная ранимость и функциональная нестабильность, что находит свое отражение и в состоянии психического здоровья детей и подростков (Beam M. R., 2002; De Veauh-Geiss J., 2006).

Наиболее адекватным пониманием личности является её структурно-динамическое определение как системы отношений к социальной среде и к самому себе (Дозорцева Е. Г., 2001). Концептуально оно совпадает с определением личности, принятым в американской психиатрической терминологии: «личность – устойчивые паттерны поведения, включающие восприятие и отношение к окружающему и к самому себе, и суждения о них» (American Psychiatric Glossary, 1989).

Личность человека является емким понятием, охватывающим в целом всю психологическую индивидуальность человека. Многие авторы уделяли внимание изучению общих закономерностей психической деятельности человека (номотетический подход) (Выготский Л. С., 1982). Другие исследователи обращали внимание на роль врожденных, конституционально заданных свойств в формировании личности (Семке В. Я. и др., 2011; Карауш И. С., Куприянова И. Е., 2011; Brummelte S., 2006), что значительно влияет на формирование психопатологической симптоматики.

Цель работы – исследовать развитие психических структур у подростков с психическими расстройствами в процессе личностного онтогенеза.

В исследуемую выборку вошли 303 подростка с проблемами психического здоровья, средний возраст которых составлял $15,8 \pm 2,5$ года (в том числе 139 юношей, средний возраст которых составил $16,1 \pm 2,7$ года; 164 девушки – средний возраст $15,5 \pm 2,3$ года). Критериями включения в группу исследования являлись: возраст 12–21 год; психопатологические жалобы; наличие дезадаптивного поведения.

* Потапова Виктория Анатольевна, с.н.с., к.м.н.
E-mail: victory.potapova@gmail.com

Критерии исключения из группы: психотические формы психических расстройств; эпилепсия; алкоголизм; выраженные аффективные расстройства с наличием суицидальных мыслей или суицидального поведения.

Кроме непосредственного обследования пациентов нами была изучена их амбулаторная медицинская документация, в обязательном порядке производился ретроспективный анализ психического и соматического здоровья, а также их социальной (в том числе семейной) адаптации. Анализ объективного анамнеза осуществлялся путём сбора данных бесед с пациентом и его родственниками. Состояние психического и соматического здоровья ретроспективно оценено нами как удовлетворительное. Все обследованные сообщали об отсутствии заболеваний, ограничивающих обучение или трудоспособность. У родителей и подростков были взяты информированные согласия для участия в научных исследованиях.

Клиническая систематика изучаемых психопатологических состояний проводилась в соответствии с МКБ-10 и рассматривалась в рубриках для невротических состояний (F40—48), аффективной патологии (F30—38), нарушений поведения (F91—93), так как расстройства личности (F60—F62) диагностируют только в зрелом возрасте, даже несмотря на выраженность клинических проявлений. Среди исследуемых подростков 81 человек составляли лица, имеющие психологические проблемы, но у которых не было диагностировано психических расстройств, 82 подростка имели невротические расстройства, 64 подростка – расстройства поведения и 74 подростка – аффективную патологию.

К моменту обследования наблюдалось преобладание в группе обследованных категории «учащиеся» (57,5 % – учащиеся средних школ, 24,0 % – студенты). Обращает на себя внимание высокий процент неработающих пациентов (7,7 %) и занятых неквалифицированным трудом (3,3 %).

Проведенное нами исследование с использованием клинко-психопатологического, психологического и психодинамического методов выявило основные феномены, играющие структурообразующую роль в формировании различных путей развития психосоматических расстройств в подростковый период.

1. Тип отношений с объектом.

А – зрелый, генитальный (объект-субъект сепарированы, объект символизирован и интернализирован в психический аппарат в целом, интегрированном виде).

Б – симбиотический, незрелый (объект-субъект не разделены, объект не интегрирован в своей целостности в психическом аппарате).

В – анаклитический (по типу опоры на объект, но объект психически и эмоционально недоступен для субъекта, синдром «мертвой матери»).

Г – оператуарный, безобъектный (замена объекта на суррогатный объект).

2. Барьер защиты от перевозбуждения.

А – хорошо сформирован, способен к адекватному связыванию и переработке тревоги, символизирован в психическом аппарате.

Б – не отделен от объекта, его функцию по-прежнему выполняет объект, слабый, не справляется с функцией связывания и переработывания тревоги, не символизирован).

В – не развит, не символизирован, представлен на телесно-органном уровне, то есть не способен связать и переработать тревогу, дренируя ее напрямую через тело.

3. Я как структура психического аппарата.

А – Я целостное, интегрированное, способное к зрелым защитам и переработке внешних и внутренних перевозбуждений.

Б – Я расщеплено, не интегрировано в своей амбивалентности. При перевозбуждении не способно к достаточной переработке и связыванию тревоги и влечений.

В – Я-Субъект проецировано на Я-Объект.

Г – Я-психическое равно Я-телесному.

4. Сверх-Я как структура психического аппарата.

А – Развитое, несет мораль, правила, запреты, запрет на инцест. В случае чрезмерной требовательности может вызвать переживания, запрет на реализацию влечений и невротический конфликт, сопровождающийся псевдосоматизацией по типу конверсионного расстройства.

Б – Жестокое, архаическое, запрещающее разделение.

В – Сверх-Я идентично Я-идеальному, но Я-идеальное – Я-мертвое.

Анализ взаимодействия выделенных психических феноменов позволил нам определить следующие основные типы организации психической структуры у подростков.

Тип I – феномен, свойственный невротической структуре личности, развивающий конверсионные (псевдосоматические) симптомы (66,7 % пациентов).

Тип II – феномен, присущий пограничным личностным структурам и развивающий тяжелые ипохондрические расстройства, навязчивые страхи заражения (18,5 % пациентов).

Тип III – феномен, характерный маломентализированным психическим структурам, с неразвитым внутриспсихическим миром, с коллапсированным психическим пространством, не способный к созданию буфера из невротического симптома или бреда и развивающий тяжелые соматопсихозы (14,8 %).

При попытке совместить нозологические характеристики подростков и типы, выделенные при психотерапевтической диагностике, полной аналогии не наблюдалось (табл. 1).

Таблица 1

Тип психической структуры у подростков с проблемами психического здоровья

Тип психической структуры	Здоровые		Расстройства					
			невротические		поведения		аффективные	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тип I	76	93,8	61	74,4	19	29,7	46	60,6
Тип II	5	6,2	13	15,9	22	34,4	16	21
Тип III	0	0	8	9,7	23	35,9	14	18,4
Всего	81	100	82	100	64	100	76	100

В каждой нозологической категории преобладал тип А (динамичный, активный у подростков с невротическими расстройствами и расстройствами поведения), при аффективной патологии распределение по типам психической структуры было практически равнозначным.

Таким образом, психодинамическое выделение типов психических структур может оптимизировать не только диагностический, но и реабилитационный и прогностический подходы.

Л и т е р а т у р а :

1. *Выготский Л. С.* Проблемы общей психологии // Собрание сочинений. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 2. – 417 с.
2. *Дозорцева Е. Г.* Перспективы исследования аномального развития личности у подростков с противоправным поведением // Психиатрия и общество : сборник научных трудов / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2001. – С. 244—255.
3. *Семке В. Я., Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С., Семенова Н. Ю.* Психическое здоровье детей: клиническое и социальное исследование (обзор иностранной литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 71—76.
4. *Карауш И. С., Куприянова И. Е.* Медико-психологическое сопровождение детей с нарушениями слуха // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 47—49.
5. *Beam M. R., Gil-Rias V., Greenberger E., Chen Ch.* Adolescent problem behavior and depressed mood: Risk and protection within and across social contexts // J. Youth and Adolescence. – 2002. – № 5. – P. 343—357.
6. *Brummelte S.* High post-partum levels of corticosterone given to dams influence postnatal hippocampal cell proliferation and behavior of spring : A model of post-partum stress and possible depression // J. Infect. Dis. – 2006. – Jul. – V. 194, № 2. – P 247—225.
7. *De Veaugh-Geiss J., March J., Shapiro M. et al.* Child and adolescent psychopharmacology in the new millennium : a workshop for academia, industry, and government // J. Am. Acad. Child. Adolescent Psychiatry. – 2006. – Mar. – V. 45, № 3. – P. 261—270.

Транслитерация русских источников

1. *Vygotsky L. S.* [Problems of general psychology]. Education, Moscow, 1982; 417 p. (In Russ.).
2. *Dozortseva E. G.* [The Perspectives of the study of abnormal personality development in adolescents with illegal behavior]. [Psychiatry and society: Collection of scientific articles]. Ed. T. B. Dmitrieva. GEOTAR-MED, Moscow, 2001; 244—255. (In Russ.).
3. *Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S., Semenova N. Yu.* [Children's mental health: clinical and social research (review of foreign literature)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 3: 71—76. (In Russ.).
4. *Karaush I. S., Kupriyanova I. E.* [Medico-psychological support for children with hearing impairments]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 3: 47—49. (In Russ.).

УДК 616.89-008.444.447-036.1-053.5
ББК Р64-9+Р733

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНИЦИАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕВИАНТНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гранкина И. В.*

БУЗ ОО Клиническая психиатрическая больница
им Н. Н. Солодников
Омск, ул. Куйбышева, 26

В статье рассматриваются особенности клинических проявлений девиантного синдрома у детей с психическими расстройствами 7—12 лет, находящихся на лечении в психиатрическом стационаре. Описана клиника инициального периода отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью, органическими расстройствами личности и расстройствами эндогенного спектра в разрезе эволюционно-динамических (онтогенетических) принципов. **Ключевые слова:** дети, психические расстройства, девиантный синдром, клиника.

CLINICAL FEATURES OF THE INITIAL PERIOD OF THE DEVIANT SYNDROME IN CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS. Grankina I. V. Omsk Clinical Psychiatric N. N. Solodnikov Hospital. Kuybyshev Street 26, Omsk, Russia. The article discusses the features of clinical manifestations of the deviant syndrome in children aged 7—12 years with mental disorders under in-patient psychiatric treatment. The clinical manifestations of initial period of the deviant behaviour in children with mental retardation, organic personality disorders and endogenous spectrum disorders from the point of ontogenetic (evolutionary-dynamic) principles. **Key-words:** children, mental disorders, deviant syndrome, clinical manifestations.

Актуальность исследования. Психическое здоровье детей и проблемы, связанные с его отклонениями, до настоящего времени сохраняют свою актуальность, как в клиническом, так и в социальном аспекте [1, 5—8]. При этом многочисленные исследования, проведенные исследователями в Российской Федерации, отмечают рост психической патологии в детско-подростковом контингенте населения за последнее десятилетие в 1,8—2 раза, преимущественно за счет поведенческих и эмоциональных расстройств [3, 9, 12]. Среди широкого спектра психических расстройств детско-подросткового возраста особое место занимают расстройства поведения. Так, в соответствии с приводимыми P. S. Links, D. R. Offord, M. H. Boyle (1990) данными от 20 до 60 % школьников имеют девиантные формы поведения.

Однако большая часть исследований девиантных форм поведения проводилась вне психиатрической сети, при этом нарушения поведения являются одним из наиболее частых диагнозов психического расстройства в детском возрасте [15]. Показатели их распространенности в обществе в целом варьируют от 2,6 до 15,6 %, у пациентов психиатрических стационаров — от 28 до 65 % [14]. Недавние исследования, проведенные в Израиле, выявили, что расстройство поведения является одним из трех наиболее распространенных диагнозов среди детей в возрасте младше 12 лет, именно эта группа детей преимущественно находится на лечении в психиатрической больнице с суицидальными попытками или мыслями [13].

Спектр психических расстройств, в структуре которых отмечаются симптомы нарушенного поведения, достаточно широк, однако указанные расстройства чаще отмечаются при умственной отсталости [11], органических расстройствах личности [2] и расстройствах эндогенного спектра [10].

Проведенные исследования актуализировали проблему изучения феномена отклоняющегося поведения среди детей с психическими расстройствами, проведения клинического сравнения проявлений девиантного синдрома в зависимости от нозологической принадлежности основного психического расстройства. Большой интерес представляет изучение широкого спектра «докриминальной» детско-подростковой агрессии, которая проявляется в семье, школе, среди сверстников. Такая агрессия может быть этапом формирования «криминальной» агрессии.

Известно, что мягкие формы агрессии (по Bullying, вызывающее поведение, вербальная агрессия, реляционная агрессия), получая положительное подкрепление, влекут за собой более крупные противоправные действия и завышенное поведение [16—19]. Этим обстоятельством объясняется повышенный интерес специалистов к ранним и относительно негрубым, «мягким» формам агрессии у детей. Однако до настоящего времени большая часть исследований отклоняющегося поведения в основном касалась подросткового возраста, хотя инициальные проявления девиантного синдрома возникают в детстве. Необходимость углубленного изучения особенностей отклоняющегося поведения в детском возрасте обусловлена тем, что возрастной фактор оказывает отчетливое патогенетическое и патофизиологическое влияние на закономерности синдромогенеза.

Цель исследования. Определить особенности клинической картины инициального периода девиантного синдрома у детей с психическими расстройствами в зависимости от нозологической принадлежности заболевания.

* Гранкина Ирина Валерьевна. iragralkina@yandex.ru

Материал исследования. Для реализации цели исследования проведено изучение невыборочной группы больных, включающей все случаи госпитализации в детское стационарное отделение детско-подросткового комплекса БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова» за период 20011–2013 гг. В исследовательскую выборку вошло 1 276 случаев, в том числе $n=492$ (2011 г.); $n=379$ (2012 г.); $n=405$ (2013 г.). Все дети, находящиеся на стационарном лечении, проходили первичное клиническое психопатологическое обследование, предметом которого являлось выявление детей с ведущим психопатологическим синдромом, определяемым выраженными нарушениями поведения.

Таким образом, **объектом исследования** послужили 130 детей, из них 105 мальчиков (80,7 %) и 25 девочек (19,3 %), находящихся на лечении в детском психиатрическом стационарном отделении БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова» с симптомами отклоняющегося поведения. Изучая нозологическую принадлежность выявленного психопатологического синдрома, установлено, что достоверно чаще девиантные нарушения поведения отмечались среди детей с умственной отсталостью (F70, F71) – 43,1 % ($n=56$). Практически равнозначные показатели нарушенного поведения отмечалось у детей с органическими поражениями личности (F07.0) – 30,0 % ($n=39$) и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F20.8, F21.8) – 26,9 % ($n=35$).

Проводя изучение структуры клиники отклоняющегося поведения у детей-пациентов психиатрического стационара по данным медицинской документации, сопроводительных документов и жалобам близких родственников, было выявлено, что среди всех обследованных детей 6,9 % состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, 3,8 % имели приходы в правоохранительные органы за хулиганство, кражи, драки. Регулярное употребление (симптом зависимости) психоактивных (ПАВ) веществ в виде алкоголизации, табакокурения и токсикоманических эпизодов отмечалось у 20 % детей исследуемой группы ($n=20$), эпизодическое потребление ПАВ выявлено у 73,3 % обследуемых ($n=95$). Употребление алкогольных напитков в эпизодических случаях отмечено у 53,8 % ($n=70$) обследуемых детей. Средний возраст начала употребления алкоголя составил $7,56 \pm 0,5$ года. Среди содержащих алкоголь напитков дети главным образом употребляли слабоалкогольные коктейли (ягуар, блек-рашен, казанова, джин-тоник ит. п.) и пиво. Частота потребления варьировала от 1 до 2 раз в месяц. Регулярное употребление алкоголя (синдром зависимости) было выявлено у 2,3 % обследуемых ($n=3$).

Эпизодическое табакокурение (определяемое респондентами как «пробовали», «иногда за компанию» и т. п.) отмечено у 48,5 % обследуемых ($n=63$), систематическое курение выявлено у 15,4 % детей ($n=20$). Кроме употребления алкоголя и табака в исследуемой группе обнаружено 2,3 % ($n=3$) детей с токсикоманией летучими углеводами (бензин, клей). У 9,2 % ($n=12$) детей выявлены нарушения поведения сексуального характера. При исследовании начальных проявлений сексуальных девиаций установлено, что первые сексуальные перверсии отмечались с началом обучения в школе. По форме проявления сексуальных нарушений среди исследуемой группы детей можно выделить: 1) сексуальную расторможенность в виде обостренного полового любопытства, мастурбации, циничных высказываний, жестов, рисунков сексуального содержания (4 – 33,3 %; все мальчики); 2) провоцирующее сексуальное поведение перед лицами противоположного пола (2 – 16,6 %; все девочки); 3) сексуальное насилие несовершеннолетнего, совершающееся под воздействием физической силы, агрессии, запугивания (2 – 16,6 %, в том числе 1 девочка – 8,3 %, 1 мальчик – 8,3 %); 4) сексуальное насилие, совершенное несовершеннолетним, над другим несовершеннолетним (3 – 25,0 %, все мальчики); 5) смешанный вариант (жертва – насильник), при котором несовершеннолетний, бывший в прошлом жертвой сексуального насилия, в последующем совершил сексуальное насилие над другим несовершеннолетним (1 мальчик – 8,3 %).

Всем детям с нарушениями поведения было проведено клинико-психопатологическое обследование с определением особенностей клинической структуры девиантного синдрома.

Результаты и их обсуждение. Особенности отклоняющегося поведения были изучены у 35 детей с шизофренией (26,9 % всей исследуемой группы), проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Нозологическая принадлежность основного заболевания определена в виде следующих диагнозов: шизотипическое расстройство (F21.8) – 22,8 % ($n=8$), шизофрения, детский тип (F20.80) – 77,2 % ($n=27$). Средний возраст составил $10,11 \pm 1,96$ года. Исследуемая группа детей ($n=35$) была разделена на 2 возрастных периода: детский возраст с 7 до 9 лет ($n=12$), предпубертатный возраст с 10 до 12 лет ($n=23$). На момент обследования дети данной группы не попадали в поле зрения правоохранительных органов, это объясняется тем, что проявления нарушенного поведения ограничивались ближайшим окружением. Все обследованные дети не употребляли психоактивные вещества (алкоголь, табак).

Клинические особенности нарушений поведения носили характер протестного агрессивного поведения, часто принимавшего вид беспричинного двигательного метания, физической недифференцированной агрессии. Как правило, детям была недоступна задержка собственных желаний, у них легко формировались патологические влечения. Кроме того, у них проявлялись отчетливые признаки негативизма, желание совершать недозволенное, делать «все назло». У 8,5 % детей ($n=3$) обнаружены нарушения поведения сексуального характера [4].

В возрасте 7–9 лет было обследовано 12 детей (50 % девочек), средний возраст которых в данной группе составил $7,66 \pm 0,65$ года. Все дети наблюдались с диагнозом «шизофрения, детский тип» (F20.80). В структуре отклонения поведения преобладали негативизм, агрессивность, эмоциональная лабильность с плаксивостью и тревожностью и отсутствием контакта со сверстниками. Агрессия проявлялась главным образом в виде вербальной агрессии по отношению к окружающим взрослым (использование нецензурной лексики, обвинение окружающих либо высказывание неприятных, обидных слов) или физической агрессии, в большей степени направленной по отношению к животным. Данные действия совершались на фоне угрюмо сниженного или тревожного настроения.

В возрасте 10–12 лет было обследовано 23 ребенка (в том числе 8,7 % девочек, 91,3 % мальчиков). Средний возраст детей данной группы составил $11,39 \pm 0,89$ года. Среди этих детей 34,7 % ($n=8$) находились на лечении с диагнозом «шизотипическое расстройство личности» (F21.8), 65,3 % ($n=15$) – «шизофрения, детский тип» (F20.80). В данном возрастном периоде отмечались негативизм, агрессивность, эмоциональная лабильность с плаксивостью, тревожностью, отсутствием контакта со сверстниками, к ним присоединялись драчливость, взрывчатость, колебания настроения и страхи. Детей этой группы отличали недоброжелательность, озлобленность, склонность к наговорам, мстительность, жестокость, преобладание хмурого настроения. Часть детей подвергались буллингу (от англ. «bullying» – запугивание, травля) сверстниками, на что отвечали преимущественно вербальной агрессией, с редкими вспышками в виде актов физического насилия.

Особенности отклоняющегося поведения изучались также у 56 детей с умственной отсталостью (43,1 % всей исследуемой группы) детей. Нозологическая принадлежность основного заболевания определялась следующим образом: умственная отсталость легкой степени (F70.0) – 91,1 % ($n=51$), умственная отсталость умеренной степени тяжести (F71.0) – 8,9 % ($n=5$).

Средний возраст детей с УО составил $9,75 \pm 1,59$ года. Исследуемая группа детей с УО ($n=56$) была разделена на 2 возрастных периода: детский возраст с 7 до 9 лет ($n=24$), предпубертатный возраст – с 10 до 12 лет ($n=32$). На момент обследования 14,3 % детей ($n=8$) данной группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний (кражи, хулиганство, участие в коллективных актах насилия над взрослыми и детьми, индивидуальная агрессия по отношению к сверстникам). Эпизодически курили либо пробовали курить 24 (42,8 %) ребенка с УО, из них 7 детей (12,5 %) курили систематически. Алкоголь к моменту обследования пробовали либо редко употребляли 43 ребенка (76,8 %), систематически употребляли алкогольные напитки и имели симптом зависимости 3,6 % детей ($n=2$).

Клиника отклоняющихся форм поведения у детей с УО определялась раздражительностью, неустойчивостью настроения, грубыми шалостями, склонностью к примитивным двигательным реакциям на фоне низкой психической активности. Эмоциональное реагирование отличалось поверхностностью. В предпубертатном возрасте у них отмечались грубость, раздражительность, колебания настроения становились более выраженными. Кроме того, имели место повышение сексуальных влечений, склонность к агрессивно-насильственным способам разрешения конфликтов, высокая частота рискованного поведения, стремление к быстрому получению простых удовольствий без волевого напряжения, неумение предвидеть последствия своих поступков. У 3,6 % ($n=2$) детей выявлены нарушения поведения сексуального характера [4].

В возрасте 7–9 лет в данной группе обследовано 24 ребенка (42,8 %), среди них 62,5 % ($n=15$) мальчиков и 37,5 % ($n=9$) девочек. Средний возраст этих детей составил $8,2 \pm 0,88$ года. Все дети данной группы наблюдались с диагнозом «легкая умственная отсталость» (F70.0). Клиническая картина отклоняющегося поведения детей с легкой формой УО определялась кроме непосредственно агрессивного и аддиктивного поведения еще и обидчивостью, плаксивостью. Дети не могли найти контакта со сверстниками в школе, часто избивали одноклассников, откровенно демонстративно игнорировали учителей. У них отмечались инициальные проявления симптома бродяжничества – дети, прогуливая школу, подолгу не возвращались к месту проживания, группировались с асоциальными элементами, начинали употребление алкоголя и табака.

В возрасте 10–12 лет обследовано 32 ребенка, из них 2 девочки (6,3 %) и 30 мальчиков (93,7 %), их средний возраст составил

10,54±0,65 года. С легкой степенью УО наблюдалось 27 детей (F70.0 – 84,4 %), с умеренной – 5 детей (F71.0 – 15,6 %). Клинические проявления отклоняющегося поведения определялись обидчивостью, плаксивостью с суицидальными демонстративно-шантажными высказываниями наряду со школьной дезадаптацией, конфликтностью и агрессией. По мере взросления происходило постепенное расширение спектра данных расстройств за счет хулиганства, жестокости по отношению к взрослым и детям, ранней алкоголизации, курения и бродяжничества.

Особенности отклоняющегося поведения изучены также у 39 детей с органическим расстройством личности (30 % от всей клинической выборки), находящихся на госпитализации в детском психиатрическом стационаре. Среди них 15,4 % девочек (n=6) и 84,6 % (n=33) мальчиков. Средний возраст детей данной группы составил 9,43±1,43 года. Нозологическая принадлежность основного заболевания определялась диагнозом «органическое расстройство личности» (F07.09). Исследуемая группа детей распределена на 2 возрастных периода: детский возраст с 7 до 9 лет (n=23), предпубертатный возраст – с 10 до 12 лет (n=16).

На момент обследования 12,7 % (n=5) детей данной группы состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний (кражи, хулиганство, агрессия по направлению к сверстникам). Выявлено, что все дети исследуемой группы эпизодически курили либо пробовали курить, 10 % (n=13) детей курили систематически. Алкоголь к моменту обследования пробовали либо употребляли редко все дети (100 %), систематически употребляли и имели симптом зависимости 3,6 % детей (n=1).

Клиническая картина отклоняющихся форм поведения определялась повышенной аффективной возбудимостью, импульсивностью, суетливостью, нецеленаправленным двигательным беспокойством, неумением подчиняться требованиям дисциплины, что затрудняло их адаптацию в детском коллективе. У 35,8 % (n=14) обследованных детей проявлялись симптомы буллинга, сформированные по отношению к определенным детям в коллективе. Дети высмеивали, вербально и физически унижали более слабых морально и физически сверстников на протяжении длительного времени. В предпубертатном возрасте для них были характерны реакции оппозиции, компенсации, гиперкомпенсации, группирования, что усугубляло социальную дезадаптацию. Симптомы индивидуального буллинга перемещались в структуру групповой травли запугиваемых детей с присоединением криминальных форм унижения,

У подвергаемых запугиванию детей вымогали деньги или другие материальные блага, над ними регулярно совершались действия насильственного характера. В процессе исследования у 17,9 % (n=7) детей с органическими расстройствами личности выявлены нарушения поведения сексуального характера [4].

В возрасте 7–9 лет обследовано 23 ребенка (58,9 %), среди них 86,9 % (n=20) мальчиков, 13,1 % (n=3) девочек. Средний возраст этих детей составил 8,4±0,66 года. Все дети данной группы наблюдались с диагнозом «органическое расстройство личности» (F07.09). В клинической картине кроме симптомов отклоняющегося поведения у детей данной группы преобладали проявления школьной дезадаптации в связи с трудностями в освоении школьной программы, выраженным снижением школьной успеваемости. Поведенческие девиации проявлялись в виде конфликтов с педагогами и родителями. Дети часто прогуливали занятия в школе, группировались с асоциальными компаниями, начинали употреблять ПАВ. В повседневной жизни отличались вспыльчивостью и агрессивностью по отношению к сверстникам и детям младшего возраста, были не сдержаны с родителями, в речи часто использовали ругательства, нецензурные выражения.

В предпубертатном возрасте (10–12 лет) обследовано 16 детей (41,1 %), среди которых 3 девочки (18,7 %), 13 мальчиков (81,3 %). Средний возраст детей данной группы составил 10,87±0,8 года. Все дети данной группы наблюдались с диагнозом «органическое расстройство личности» (F07.09). Клиническая картина отклоняющегося поведения данного возрастного периода усугублялась за счет еще большего снижения успеваемости в школе, что сопровождалось усилением нарушений поведения, характерных для детского возрастного периода, с присоединением вызывающего поведения в общественных местах, краж, бродяжничества, жестокости к людям и животным.

Таким образом, проведенное исследование показало, что клиническая картина девиантного синдрома у детей определяется не только нозологической принадлежностью основного психического расстройства, но и периодом развития личности ребенка. Особенностью клинического проявления отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью являлась ярко выраженная агрессия с раннего детства по отношению к сверстникам, с ранним началом употребления ПАВ и, как следствие, с ранним формированием синдрома зависимости, ранним ярко выраженным криминальным поведением, совершаемым как индивидуально, так и в группе. По мере взросления агрессивные тенденции у детей с умственной отсталостью приобретали более яркие и очерченные формы.

У детей с расстройствами поведения эндогенной этиологии степень агрессивных проявлений была значительно ниже, с преимущественным направлением её на себя или ближайшее окружение (в том числе и на животных), на фоне эмоционального снижения. По мере взросления происходило сглаживание внешних агрессивных проявлений с формированием аутоагрессивных тенденций и поведения объекта буллинга (bullying). Особенностью девиантного синдрома у детей с органическими расстройствами личности являлось формирование раннего аддиктивного поведения, распространенность ранних сексуальных девиаций, раннее формирование различных форм агрессивного поведения по отношению к сверстникам. По мере развития личности присоединялись реакции оппозиции, компенсации, гиперкомпенсации, группирования, что усугубляло социальную дезадаптацию.

Л и т е р а т у р а

1. Благинина Н. А. Смешанные специфические расстройства развития резидуально-органического генеза у детей младшего школьного возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2009. – 27 с.
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. Буторина Н. Е., Куприн И. В. Органическое расстройство личности и многоосевая классификационная система // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 5. – С. 7–11.
4. Гранкина И. В., Иванова Т. И., Крахмалева О. Е. Факторы формирования и особенности сексуальных нарушений у детей с психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 5 (74). – С. 43–47.
5. Иванова Т. И. Депрессивные нарушения у детей: формирование, клиническая динамика, лечение и реабилитация: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2008. – 50 с.
6. Карауш И. С., Куприянова И. Е. Медико-психологическое сопровождение детей с нарушениями слуха // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 47–49.
7. Крахмалева О. Е., Емельянова Е. Ю., Иванова Т. И. Психиатрический стационар на дому – новая форма оказания специализированной помощи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 55–58.
8. Куликов А. В. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107, № 8. – С. 15–23.
9. Рычкова Л. С. Клиническая типология школьной дезадаптации у детей с умственной отсталостью (клинико-психопатологические и социально-психологические аспекты): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2004. – 43 с.
10. Семке В. Я. Психотерапия и психокоррекция аддиктивного поведения // Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте / под ред. Н. А. Бохана. – Томск: Изд-во ТГУ, 2003. – С. 85–90.
11. Семке В. Я. Психическое здоровье подрастающего поколения как показатель социального благополучия общества // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 7–14.
12. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С., Семенова Н. Ю. Психическое здоровье детей: клиническое и социальное исследование (обзор иностранной литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 71–76.
13. Ben-Yehuda A., Aviram S., Govezensky J., Nitzan U., Levkovitz Y., Bloch Y. Suicidal behavior in minors – Diagnostic differences between children and adolescents // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. – 2012. – V. 33 (7). – P. 542–547.
14. Boyle K., Vaillancourt T., Boyle M., Szatmari P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder // European Child and Adolescent Psychiatry. – 2007. – V. 16 (8). – P. 484–494.
15. Kazdin A., Mazurick J., Siegel T. Treatment outcome among children with externalizing disorder who terminate prematurely versus those who complete psychotherapy // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 1994. – V. 33 (4). – P. 549–557.
16. Links P. S., Offord D. R., Boyle M. H. Correlates of emotional disorder from a community survey // Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. – 1990. – V. 35 (5). – P. 419–425.
17. McGrath H., Stanley M. A comparison of two non punitive approaches to bullying // H. McGrath and T. Noble (Eds.) Bullying Solutions: Evidence Based approaches to bullying in Australian schools. – Frenchs Forest NSW: Pearson Longman, 2005. – P. 189–201.
18. Olweus D. Bullying at school: What we know and what we can do. – Oxford: Blackwell Publishers, 1993. – 152 p.
19. Snell J. L., MacKenzie E. P., Frey K. S. Bullying prevention in elementary schools: The importance of adult leadership, peer group support, and student social-emotional skills // M. A. Shinn, H. M. Walker, & G. Stoner (Eds.) Interventions for academic and behavior problems: Preventive and remedial approaches. – 2nd ed. – Bethesda, MD: National Association of School Psychologists, 2002. – P. 351–372.

Транслитерация русских источников

1. Blaginina N. A. [Mixed specific developmental disorders of residual-organic origin in children of primary school age]. *Avtoref. dis. ...k.m.n.* (Abstract of Ph.D. thesis). Tomsk, 2009; 27. (In Russ.).
2. Bokhan N. A., Mandel A. I., Trefilov L. L. [Regional profile of adolescent drug abuse: the magnitude of the problem, monitoring, current patterns of formation]. *Psichicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2006; 10: 11–15. (In Russ.).

3. Butorina N. E., Kuprin I. V. [Organic personality disorder and multiaxial classification system]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2002; 5: 7—11. (In Russ.).
4. Grankina I. V., Ivanova T. I., Krakhmaleva O. E. [Factors of formation and characteristics of sexual dysfunction in children with mental disorders]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 5 (74): 43—47. (In Russ.).
5. Ivanova T. I. [Depressive disorders in children: formation, clinical dynamics, treatment and rehabilitation]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2008; 50. (In Russ.).
6. Karaush I. S., Kupriyanova I. E. [Medico-psychological support of children with hearing disorders]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 3: 47—49. (In Russ.).
7. Krakhmaleva O. E., Emelyanova E. Yu., Ivanova T. I. [Psychiatric hospital at home – a new form of specialized assistance]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4: 55—58. (In Russ.).
8. Kulikov A. V. [Suicidal behavior in children and adolescents with endogenous diseases]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2007; 107(8): 15—23. (In Russ.).
9. Rychkova L. S. [Clinical typology of school maladjustment in children with mental retardation (clinical-psychopathological and psychosocial aspects)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* (Abstract of Ph.D. thesis). Tomsk, 2004; 43. (In Russ.).
10. Semke V. Ya. [Psychotherapy and psychological correction of addictive behavior]. In: [Prevention of addictive states in children and adolescents]. Tomsk State University, Tomsk, 2003; 85—90. (In Russ.).
11. Semke V. Ya. [Mental health of the younger generation as an indicator of social well-being of society]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004; 3: 7—14. (In Russ.).
12. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S., Semenova N. Yu. [Children's mental health: clinical and social research (review of foreign literature)]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 3: 71—76. (In Russ.).

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.89-008.15:616-022.7

ББК Р645.093.3-3

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

Хритинин Д. Ф.^{1*}, Новиков В. В.²

¹ ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова»
Минздрава России

119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

² ФПО ГБОУ ВПО «Рязанский ГМУ»

им. акад. И. П. Павлова Минздрава России

390026, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

В статье рассматриваются клинические проявления и динамика невротических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных, их синдромальная структура, выявлена их связь с экзогенно-органическими нарушениями, обусловленными ВИЧ-инфекцией. **Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, психические расстройства, невротические расстройства.

NEUROTIC DISORDERS ASSOCIATED WITH HIV-INFECTION, CLINICAL DYNAMICS. Khritinin D. F.¹, Novikov V. V.² ¹I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of Ministry of Healthcare of Russia. Trubetskaya Street 8, Building 2, 119991, Moscow, Russia. ²I. P. Pavlov Ryazan State Medical University of Ministry of Healthcare of Russia. Vysokovol'tnaya Street 9, 390026, Ryazan, Russia. In this analytic review the authors present common features of neurotic disorders that occur in HIV-infected persons, their types and clinical manifestations, syndromes and clinical dynamics. The authors express the opinion that neurotic disorders associated with HIV-infection are clinically different and have multifactor genesis. They also stress the relationship between neurotic and exogenous-organic mental disorders occurring in HIV-infected persons. **Key-words:** HIV-infection, mental disorders, neurotic disorders.

Актуальность исследования. Согласно данным, представленным в справке Федерального научно-методического Центра МЗ РФ по профилактике и борьбе со СПИДом «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2013 г.», кумулятивное число ВИЧ-инфицированных в России в 2013 г. выросло на 10,8 %, произошло ухудшение эпидемической ситуации по ВИЧ-

инфекции. Сохранялся высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, не снижались темпы прироста новых случаев заражения, увеличивалось общее число и число смертей ВИЧ-инфицированных, активизировался выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию» [8]. О распространении эпидемии ВИЧ-инфекции «недопустимыми темпами» говорится и в проекте итогового заявления «Четвертой конференции по ВИЧ/СПИДУ в Восточной Европе и Центральной Азии» (12—13 мая 2014 г. Москва), что свидетельствует о необходимости совершенствования лечебно-профилактической помощи на основе комплексного, междисциплинарного подхода [6].

Известно, что больные, особенно на начальных стадиях ВИЧ-инфекции, подвержены воздействию целого ряда психотравмирующих факторов (сам факт инфицирования, стигматизация и пр.), которые могут способствовать развитию невротических расстройств, приводящих к еще большей социальной уязвимости и неадаптивности когорты ВИЧ-инфицированных.

Материал исследования. Нами проведено исследование смешанной по половому составу выборки 250 ВИЧ-инфицированных в возрасте от 20 до 45 лет. Группу контроля составили 50 ВИЧ-негативных ПИН в состоянии ремиссии, соответствующего возраста.

Цель исследования – изучение клинико-динамических особенностей психических расстройств при ВИЧ-инфекции с последующей разработкой наиболее значимых диагностических и прогностических критериев, улучшением качества жизни больных ВИЧ-инфекцией.

Методы исследования. Комплексное изучение клинико-динамических особенностей невротических расстройств проводилось с использованием клинического метода, на основе изучения анамнеза и ретроспективного анализа медицинской документации, лабораторных исследований и психометрических шкал (Шкала оценки депрессии Гамильтона HAMD-21 и Шкала оценки тревоги Гамильтона HAMA).

Обсуждение полученных результатов. Общая структура психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных, представлена в таблице 1.

Как показало наше исследование, все формы психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных, нозологически гетерогенны и в подавляющем большинстве мультиморбидны. При этом расстройства психогенно-реактивного характера, выявленные у 71,6 % обследованных (179 человек), в 93,8 % случаев диагностировались как невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. Их нозологическая принадлежность отражена в рисунке 1.

* Хритинин Дмитрий Федорович – член-корр. РАН, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии, д-р мед. наук

Новиков Владимир Владимирович – доцент кафедры психиатрии и психотерапии, канд. мед. наук. E-mail: novlad2006@yandex.ru Тел. : 89109024594, 8(4912)339946

Т а б л и ц а 1
Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных
($p < 0,05$)

Психическое расстройство (по МКБ-10)	Группа			
	Основная ($n=250$)		Сравнения ($n=50$)	
	абс.	%	абс.	%
Органические психические расстройства F00—F09	211	84,4	21	42
Микстовые (смешанные) формы	199	79,6	17	34
Делирий (F05.0—1), только в составе смешанной патологии	28	11,2	3	6
Деменция при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (F02.4), только в составе смешанной патологии	13	5,2	0	0
Реактивный параноид (F23.31), только в составе смешанной патологии	11	4,4	0	0
Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40—F48)	168	67,2	7	14
Микстовые (смешанные) формы	148	59,2	5	10
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60—F69)	191	76,4	29	58
Микстовые (смешанные) формы	191	76,4	19	38

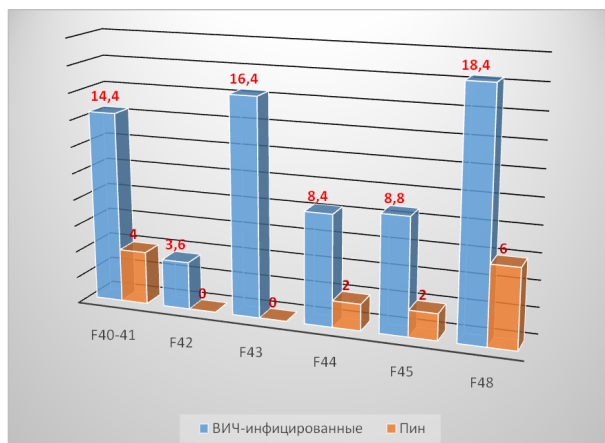


Рис. 1. Невротические расстройства при ВИЧ-инфекции (МКБ-10) (%), $p < 0,05$

В сравнении с группой контроля у ВИЧ-положительных достоверно чаще встречались все формы невротических расстройств; кроме того, они имели более широкий клинический диапазон. Так, у потребителей инъекционных наркотиков отсутствовали расстройства адаптации (F43) и обсессивно-компульсивные расстройства (F42). На наш взгляд, в первую очередь это обусловлено тем, что факт выявления серопозитивности к ВИЧ носит выраженный психотравмирующий характер [3, 4].

Обсуждая нозологическую структуру невротических расстройств, следует отметить высокий процент тревожно-фобических расстройств (суммарно 26,9 %) и расстройств адаптации (суммарно 24,3 %) и более низкие показатели соматоформных (суммарно 13,0 %) и диссоциативных (суммарно 8,4 %) расстройств.

Динамические характеристики невротических расстройств, наблюдающихся при ВИЧ-инфекции, были следующими.

1. Максимальная активность приходится на период от 0 до 3, 4 месяцев от установления серопозитивности.

2. Падение актуальности переживаний психотравматического генеза отмечается спустя $1,11 \pm 0,5$ года от установления диагноза ВИЧ-инфекция.

3. Прогрессивное падение процента невротических расстройств отмечено по мере развития ВИЧ-инфекции.

После выявления серопозитивности у ВИЧ-инфицированных наблюдались острые реакции на стресс, которые характеризовались выраженной тревогой, страхом смерти, инсомнией, снижением настроения, в том числе с суицидальными мыслями, вегетативной лабильностью. В последующем происходило присоединение астенической симптоматики в виде гиперестезии и «раздражительной слабости», с трансформацией реакции в неврастение или иное невротическое расстройство. У лиц с демонстративной, возбудимой, циклоидной акцентуациями характера, как правило, наблюдалось соматизирование тревоги с появлением соматоформных расстройств. Для соматоформной дисфункции были характерны вегетативное возбуждение (тремор, сердцебиение, гипергидроз, эритема), трудно дифференцируемые боли, неопределенной локализации, в жалобах больных присутствовали элементы демонстративности, драматичности. Диссоциативные расстройства, как правило, проявлялись нарушением чувствительности и полиморфной истерической симптоматикой и сопровождалась эмоциональным шантажом. Обсессивно-компульсивные расстройства характеризовались навязчивыми мыслями или размышлениями, касающимися страха смерти, СПИД-фобией. Неспособность справиться с ситуацией, контролировать ее вела к ипохондрической фиксации в виде тщательной регистрации малейших признаков проявления заболевания. Расстройства адаптации представляли собой кратковременные (до 1 месяца) и пролонгированные (до 2 лет) депрессивные и тревожно-депрессивные реакции, в том числе с поведенческими расстройствами в виде гнева, агрессии и асоциального поведения.

Исследование распределения пациентов с невротическими расстройствами согласно стадиям ВИЧ-инфекции, предложенным В. И. Покровским (2001) [5] (рис. 2), выявило стадию первичных проявлений (2 А, Б, В) у 51 ВИЧ-инфицированного, невротические расстройства выявлены в 100 % случаев, причем у трети из них они являлись единственным психопатологическим нарушением.

Субклиническая стадия (3) выявлена у 86 ВИЧ-инфицированных, у 61 (70,9 %) имелись невротические расстройства, а их моноформы только в 4,6 % случаев. Стадия вторичных заболеваний (4А) наблюдалась у 62 пациентов, в том числе 38 (61,3 %) из них имели невротические проявления в структуре сочетанной психической патологии, а в дальнейшем наблюдалось их прогрессивная убыль, вплоть до отсутствия у больных со стадией 4В.

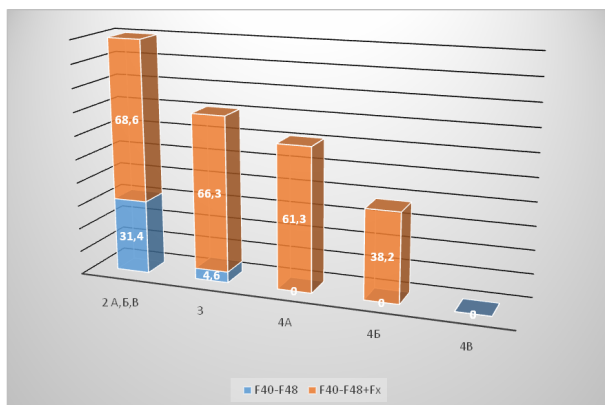


Рис. 2. Динамика моно- и коморбидных форм невротических расстройств в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции (МКБ-10) (%), $p < 0,05$

Среди всех моноформ невротических расстройств доминировали расстройства адаптации (F43.20 – 30 %, F43.22 – 10 %) и неврастения (F48.0 – 35 %).

Преимущественно психотравматический генез моноформ невротических расстройств подтверждается тем, что реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) в $\frac{3}{4}$ случаев представлены кратковременной депрессивной реакцией (F43.20), в оставшейся четверти случаев – смешанной тревожной и депрессивной реакцией (F43.22). В случае невротических расстройств, коморбидных с другими психическими нарушениями, прослеживалась следующую динамика: F43.20 – 29,4 % (только стадия первичных проявлений 2, на последующих стадиях – отсутствие). С субклинической стадией (3) связана пролонгация депрессии (F43.21 – 55,5 % (3), 100 % (4А); F43.22 – 29,4 % (стадия первичных проявлений 2), 44,4 % – субклиническая стадия (3).

По мере развития ВИЧ-инфекции срыв адаптации либо нивелируется, либо наступает его пролонгация и трансформация, происходит рост тревоги, как эмоции, направленной в будущее, что выражается в нарастании тревожно-фобических и соматоформных расстройств. У части больных наблюдается присоединение обсессивной и истерической симптоматики, психогенно-астенические расстройства изменяются, приобретая характер органической ас-

тении. Прогрессирование соматической симптоматики вызывает всплеск эмоционально-поведенческих реакций (F43.25), что свидетельствует о нарастании коморбидной «психоорганической» патологии.

Нами были найдены отрицательные корреляционные связи, свидетельствующие о том, что по мере роста экзогенно-органических психических расстройств происходит снижение доли невротических расстройств (F40–F48 с F00–F09, $r = -0,8$, $p < 0,05$).

Структурная характеристика всех форм невротических расстройств, выявленных у ВИЧ-инфицированных (рис. 3), подтверждает это положение, в частности высокий показатель астенических нарушений.

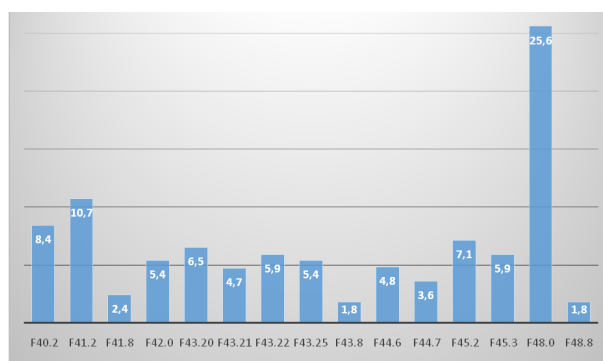


Рис. 3. Структура невротических расстройств при ВИЧ-инфекции (МКБ-10, %)

Поскольку ВИЧ-инфекция является тяжелым соматическим заболеванием, такое распределение представляется вполне естественным. Еще Б. С. Бамдас (1961) отмечал, что «астенические состояния относятся к одному из наиболее распространенных синдромов в клинике нервных заболеваний... возникают как следствие инфекционных заболеваний... и сопровождают в качестве одного из важных симптомов хронические соматические заболевания. Они являются начальной стадией многих тяжелых органических заболеваний головного мозга» [2, С. 5]. Подобного мнения придерживаются многие современные исследователи [1, 7]. Не вызывает сомнений мультифакторность воздействия ВИЧ-инфекции на организм, что в частности находит подтверждение в широком распределении психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-позитивных пациентов, и объясняет высокий процент расстройств астенического спектра, в том числе в связи с формированием астенического варианта психоорганического синдрома (в исследовании выявлен у 58,8 % от общего числа больных).

Заметим, что выборка ВИЧ-инфицированных характеризовалась уровнем депрессивных переживаний, соответствующим степени выраженности легкого и умеренного депрессивного

эпизода, а симптомы тревоги достигали степени тревожного состояния, что подтверждают показатели психометрических шкал (табл. 2).

Таблица 2

Уровень депрессивных и тревожных расстройств наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных ($p < 0,05$)

Параметры шкал (средний балл)	Больные основной группы	Больные группы сравнения
Шкала HDRS	12,4±6,1	6,2±1,1
Шкала HARS	20,9±9,2	6,3±3,8

Как показал синдромологический анализ, психогенно-реактивные расстройства среди ВИЧ-инфицированных характеризуются высоким полиморфизмом, однако облигатными являлись сложные астенические (76,8 %), тревожные (66,1 %), депрессивные (64,3 %) и ипохондрические (34,5 %) синдромы, проявления которых наблюдались в различных сочетаниях, превалировал среди них астенический синдром.

Таким образом, согласно результатам нашего исследования, невротические расстройства у ВИЧ-инфицированных характеризуются сложной полиморфной симптоматикой с развитием атипичных «микстовых» состояний, отрицательной связью с экзогенно-органическими расстройствами. По мере развития ВИЧ-инфекции и, соответственно, формирования психосоматического синдрома (сложного генеза (действие ВИЧ и сопутствующей соматической патологии, употребление ПАВ и пр.), преимущественно его астенического варианта, происходит редукция невротической симптоматики и ее замещение экзогенно-органическими психическими расстройствами.

Л и т е р а т у р а

1. Аведисова А. С. Терапия астенических состояний // Фармацевтический вестник. – 2003. – № 33 (312). – С. 15–16.
2. Бамдас Б. С. Астенические состояния. – М. : Медгиз, 1961. – 204 с.
3. Беляева В. В., Ручкина Е. В. Особенности психической деятельности заразившихся ВИЧ после сообщения об инфицированности // Независимый психиатрический журнал. – 1995. – № 3. – С. 21–23.
4. Беляева В. В., Ручкина Е. В. Кризисные состояния при установлении диагноза инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) // Неотложная психиатрическая помощь в зоне катастроф и кризисных состояний. – Владивосток; Томск, 1996. – С. 6–11.
5. Покровский В. И., Покровский В. В., Юрин О. Г. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2001. – Т. 1. – С. 7–10.
6. Четвертая конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (ЕЕСААС 2014) // «ШАГИ профессионал» 2014. – № 3 (51). – С. 28–43.

7. Шабров А. В. Астенические расстройства в терапевтической практике. Руководство по диагностике и лечению / под редакцией А. В. Шаблова, С. Л. Соловьевой. – М. : ИнформМед, 2011. – 288 с.
8. Электронный ресурс : <http://www.hivrussia.ru/files/spravka311213.doc>

Транслитерация русских источников

1. Avedisova A. S. [Therapy of asthenic states]. *Pharmaceuticheskij zhurnal* [Pharmaceutical journal]. 2003; 33(312): 15–16. (In Russ.).
2. Bamdas B. C. [Asthenic conditions]. Medgiz, Moscow, 1961; 204 p. (In Russ.).
3. Belyaeva V. V., Ruchkina E. V. [Features of mental activity of HIV-infected persons after message of infection]. *Nezavisimyj psichiatricheskij zhurnal* [Independent Psychiatric Journal]. 1995; 3: 21–23. (In Russ.).
4. Belyaeva V. V., Ruchkina E. V. Crisis states during diagnosis of infection, caused by human immunodeficiency virus (HIV). In: [Emergency mental health care in the area of disasters and crisis states]. Vladivostok, Tomsk, 1996; 6–11. (In Russ.).
5. Pokrovsky V. I. [Clinical classification of HIV]. In: V. I. Pokrovsky, V. V. Pokrovsky, O. G. Yurin [Epidemiology and infectious diseases]. 2001; 1: 7–10. (In Russ.).
6. Fourth conference on HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia (EECAAC 2014). *Shagi professional* [Steps professional]. 2014; 3(51): 28–43. (In Russ.).
7. Shabrov A. V. [Asthenic disorders in therapeutic practice. Guide for diagnosis and treatment]. Editors: A. V. Shabrov, S. L. Solovyeva. InformMed, Moscow, 2011; 288 p. (In Russ.).
8. Electronic resource <http://www.hivrussia.ru/files/spravka311213.doc> (In Russ.).

УДК 616.89-008:618.3-055.2
ББК Р64-3+Р715.016

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРЕНЕВРО- ТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Ротова И. А., Ефанова Т. С.^{2*}

¹ ОГБУЗ «Родильный дом № 1»
634050, Томск, ул. Ленина, 65

² НИИ психического здоровья
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

При обследовании 111 пациенток с патологией беременности у 42 из них были выявлены преневротические расстройства. Патология беременности у данных женщин характеризовалась предлежанием плаценты – 2 пациентки, гестозом – 18 женщин, хроническим невынашиванием беременности – 22 пациентки. Выделены возрастные группы: в возрасте от 19 до 30 лет – 24 пациентки, от 30 до 40 лет – 18. Средний возраст обследованных составил $27,6 \pm 2,8$ года. Для 19 пациенток данная беременность была первой, для 23 пациенток – повторной. Преневротические расстройства характеризовались психодезадаптивным синдромом – относительно стабильным симптомокомплексом, соответствующим регистру пограничных расстройств, формирующихся в течение длительного времени (около полугода и более) и проявляющихся в виде 4 вариантов: астенический вариант с преобладанием физической слабости; астенический вариант с преобладанием психической слабости (отклонения в сфере внимания, умственной продуктивности); дистимический и психовегетативный варианты. Астенический вариант психодезадаптивного синдрома с преобладанием физической слабости отмечен у 6 пациенток (14,3 %), из них у 4 пациенток с хроническим невынашиванием беременности и у 2 пациенток с гестозом. Астенический вариант с преобладанием психической слабости выявлен у 15 пациенток (35,7 %), из них у 8 пациенток с хроническим невынашиванием беременности и у 7 пациенток с гестозом. Дистимический вариант ПДАС определен у 9 женщин (21,4 %), из них у 6 пациенток с хроническим невынашиванием беременности и у 3 пациенток с гестозом. Психовегетативный вариант ПДАС имел место у 12 женщин (28,6 %), из них у 4 пациенток с хроническим невынашиванием беременности, у 6 пациенток с гестозом, у 2 пациенток с предлежанием плаценты. **Ключевые слова:** психическое здоровье, патология беременности, преневротические состояния.

CLINICAL-DYNAMIC CHARACTERISTICS OF PRE-NEUROTIC DISORDERS IN WOMEN WITH ABNORMAL PREGNANCY. Rotova I. A., Efanova T. S. Maternity Hospital No. 1. Lenin Street 65, 634050, Tomsk, Russia. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. When examining 111 patients with abnormal pregnancy, pre-neurotic disorders were identified in 42 patients. Pathology of pregnancy in these women was characterized by placenta previa – 2 patients, preeclampsia – 18 women and chronic miscarriage – 22 patients. Age groups: aged 19 to 30 years old – 24 patients, from 30 to 40 years – 18, mean age was $27,6 \pm 2,8$ years. For 19 patients this pregnancy was the first one, for 23 – repeated one. Pre-neurotic state was characterized by psychodisadaptive syndrome. Psychodisadaptive syndrome is a relatively stable complex, corresponding to the case of borderline disorders, having long-term formation (about six months and more) and manifesting in the form of four variants: asthenic variant with predominance of physical weakness; asthenic variant with predominance of mental weakness (deviations in attention, mental productivity); dysthymic one; psychovegetative one. Asthenic variant of psychodisadaptive syndrome was observed in 6 patients (14,3 %), including 4 patients with chronic miscarriage and 2 with preeclampsia. Asthenic variant with predominance of mental weakness was detected in 15 patients (35,7 %), including 8 patients with chronic miscarriage and 7 with preeclampsia. Dysthymic syndrome was identified in 9 women (21,4 %), including 6 patients with chronic miscarriage of pregnancy and 3 with preeclampsia. Psychovegetative syndrome was identified in 12 women (28,6 %), including 4 patients with chronic miscarriage of pregnancy, 6 with preeclampsia and 2 with placenta previa. **Keywords:** mental health, pathology of pregnancy, pre-neurotic state.

Актуальность проблемы. Патология беременности чаще всего обусловлена стрессовыми ситуациями и связанными с ними психическими травмами, которые приводят к нарушению адаптации (Семке В. Я. и др., 1998; Куприянова И. Е. и др., 2012; Perrez M. et al., 1997; Fertl K., 2009). Наличие соматических симптомов провоцирует эмоциональное напряжение у беременных и является фактором, способствующим прерыванию гестации. При этом женщины с патологией беременности в большей степени, чем здоровые, склонны к отвержению психологических симптомов и к большому напряжению в отношении соматического болевого симптома (Агаркова Л. А. и др., 2009).

На психический статус беременных влияют как социально-психологические, так и индивидуально-психологические факторы. Психологические факторы могут провоцировать запуск болезни, способствовать ее развитию либо быть реакцией на ее симптомы (Куприянова И. Е., 2002). При этом внутриличностный конфликт (конкуренция равнозначимых ценностей, например: материнство и карьера, материнство и независимость, материнство и развлечения, материнство и саморазвитие, счастливая се-

* Ротова Ирина Александровна – врач-психотерапевт. E-mail: irina-rotova@yandex.ru
Ефанова Татьяна Сергеевна – м.н.с. отделения пограничных состояний. E-mail: tenderly@ngs.ru

мейная жизнь и свобода) способствует возникновению эмоциональных нарушений в период беременности. Психозомоциональная адаптация проявляется тревожными психопатологическими проявлениями (Никифорова Т. В. и др., 2014), либо невротическими расстройствами, либо психодезадаптационными состояниями.

Цель настоящей работы – дать характеристику клинических проявлений преневротических расстройств у женщин с патологией беременности.

Материал исследования. В исследовании участвовало 111 пациенток, находящихся в сроке беременности от 30 до 41 недели беременности (III триместр). У 42 пациенток выявлены преневротические расстройства. Патология беременности у данных женщин характеризовалась предлежанием плаценты – 2 пациентки, гестозом – 18 женщин, хроническим невынашиванием беременности – 22 пациентки.

Обследованные женщины были распределены по возрастным группам: в возрасте от 19 до 30 лет – 24 пациентки, от 30 до 40 лет – 18. Средний возраст женщин составил $27,6 \pm 2,8$ года. Для 19 пациенток данная беременность была первой, для 23 женщин – повторной. Обращает на себя внимание тот факт, что из 23 повторно беременных пациенток детей имеют только 6 женщин.

Преневротические расстройства, обусловленные дезадаптацией психической деятельности, клинически проявляются двумя синдромами: психоадаптационным и дезадаптационным (Аксенов М. М., 1995). Психоадаптационный синдром (ПАС) – относительно стабильные образования психической сферы в условиях меняющейся социальной, экологической среды. При напряженных механизмах социальной адаптации нет признаков их «полома». Воздействие неблагоприятных факторов не отражается на функционировании организма благодаря сохранности адаптационных способностей. Психодезадаптационный синдром (ПДАС) – относительно стабильный симптомокомплекс, соответствующий регистру пограничных расстройств, формирующихся в течение длительного времени (около полугода и более) и проявляющихся в виде 4 вариантов: астенический с преобладанием физической слабости, астенический с преобладанием психической слабости (отклонения в сфере внимания, умственной продуктивности), дистимический и психовегетативный варианты.

Астенический вариант ПДАС с преобладанием физической слабости. Характеризовался следующими проявлениями: физическая слабость в конце дня, которую пациентки могли определять как «упадок сил, трудности в выполнении привычных нагрузок», постоянная потребность в коротком отдыхе в течение дня,

нарушения структуры и качества сна, подъем после сна без чувства отдыха, повышенная физическая и психическая утомляемость. Пациентки отмечали увеличение времени, затрачиваемого на выполнение какого-либо действия, слабость, вялость, сонливость, физическое истощение, периодически – эмоциональная лабильность. Также наблюдалась метеотропная зависимость в виде головных болей. Астенический вариант психодезадаптационного синдрома зарегистрирован у 6 пациенток (14,3 %), из них 4 пациентки с хроническим невынашиванием беременности и 2 пациентки с гестозом.

Астенический вариант ПДАС с преобладанием психической слабости. При этом виде расстройств общими для всех пациенток были жалобы на снижение концентрации внимания, забывчивость, рассеянность, ухудшение кратковременной памяти, затруднение в усвоении новой информации. Кроме того, отмечались психозомоциональное напряжение, неуверенность в своих силах, трудности при выборе поведения в жизненных ситуациях, чувство «тяжести» и боли в голове, утомляемость. Пациентки сообщали о медлительности в принятии каких-либо решений, не характерной для них до беременности. Болезненные симптомы обострялись в метеонеустойчивые дни. Астенический вариант с преобладанием психической слабости выявлен у 15 пациенток (35,7 %), из них 8 пациенток с хроническим невынашиванием беременности и 7 пациенток с гестозом.

Дистимический вариант ПДАС. Характеризовался как внутренняя напряженность, беспокойство, предчувствие и тревожное ожидание неприятностей. Женщины предъявляли жалобы на раздражительность, повышенную чувствительность и обидчивость. Просмотр эмоционально трогательного фильма или чтение книги вызывали слезливость. Любое необдуманное слово со стороны окружающих или незначительное замечание в адрес больной вызывали чувство обиды, переживания. Частые смены эмоционального фона – от внешней гиперактивности и суетливости до дисфории, безынициативности, утраты интереса к прежним делам, самоограничений, откладывания решений на более поздний срок. Сниженный или тревожный фон настроения сохранялся от нескольких часов до 1—2 суток. Часто имели место признаки физической и психической астении. Пациентки отмечали гиперестезию на ранее малозначимые стрессовые воздействия, отношения с людьми. Такие пациентки были не уверены в себе, пессимистичны, растеряны, порой озлоблены. Часто имели место головная боль, вегетативные проявления. Дистимический ПДАС выявлен у 9 женщин (21,4 %), из них 6 пациенток с хроническим невынашиванием беременности и 3 пациентки с гестозом.

Психовегетативный вариант ПДАС. Ведущим проявлением в структуре этого вида ПДАС являлись кризовые дисфункции ВНС. Пациентки предъявляли жалобы на головные или суставные боли, головокружение при перемене погоды или атмосферного давления, спазмы за грудиной, внезапное чувство страха с затруднением дыхания, проходящие так же внезапно, как и начались. Многие пациентки отмечали у себя появление черт характера во время беременности, не свойственных для них до гестации. Для таких пациенток общими были жалобы на нарушения сна, неустойчивость психоэмоциональных реакций, повышение артериального давления перед визитом к врачу. Психовегетативный вариант ПДАС встречался у 12 пациенток (28,5 %), из них 4 пациентки с хроническим невынашиванием беременности, 6 пациенток с гестозом, 2 пациентки с предлежанием плаценты.

Заключение. Психическое состояние беременных оказывало значительное влияние на течение беременности. После обучения пациенток телесно-ориентированным навыкам самопомощи у них отмечались смягчение патологических проявлений со стороны ВНС, нейтрализация эмоциональных реакций на раздражители, формирование новых моделей поведения в кризисных ситуациях. Параллельно наблюдалась нормализация психического состояния. У беременных исчезала неуверенность в себе, повышалась самооценка, укреплялась уверенность в своей материнской компетентности, снижались зависимость от окружающих и стремление к внешней помощи.

Таким образом, выявление преневротических расстройств у пациенток с патологией беременности и их адекватная психотерапевтическая коррекция способствовали более оптимальному течению беременности и подготовке беременных к родам.

Л и т е р а т у р а

1. Агаркова 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 (9). – С. 18–20.
2. Аксенов М. М. Клинико-динамический анализ пограничных нервно-психических расстройств (региональный аспект) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1995. – 50 с.
3. Куприянова И. Е. Клинико-патогенетические закономерности терапии невротических состояний : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2002.
4. Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Алексеева Е. А. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 63–65.
5. Никифорова Т. В., Агаркова Л. А., Счастный Е. Д. Эффективность когнитивной психотерапии во время беременности у женщин с потерей плода в анамнезе на основе динамической стандартизированной оценки уровня депрессии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 3 (84). – С. 50–54.
6. 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.
7. Perrez M., Laireiter A.-R., Baumann U. Stress und Coping als Einfluss-faktoren (für die Aetiologie psychischer Störungen) / U. Baumann, M. Perrez (Eds.) // Lehrbuch Klinische Psychologie Psychotherapie. – Bern : Hans Huber, 1997. – P. 277–305.
8. Fertl K. et al. Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2009. – Jan. – V. 142 (1). – P. 23–29.

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 studies of the quality of life in women with benign and malignant tumors of gynecological sphere]. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal* [Siberian Oncological Journal]. 2004; 1(9): 18–20. (In Russ.).
2. Aksenov M. M. [Clinical-dynamic analysis of borderline neuropsychiatric disorders (regional aspect)]. *Avto-ref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 1995; 50 p. (In Russ.).
3. Kupriyanova I. E. [Clinical and pathogenetic patterns of therapy of neurotic states]. *Avto-ref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of M.D. thesis]. Tomsk, 2002; 50 p. (In Russ.).
4. Kupriyanova I. E., Chuikova K. I., Kovaleva T. A., Alekseeva E. A. [Mental health and quality of life of pregnant women with chronic viral hepatitis B and C]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 6 (75): 63–65. (In Russ.).
5. Nikiforova T. V., Agarkova L. A., Schastnyy E. D. [Effectiveness of cognitive psychotherapy during pregnancy in women with loss of the fetus in obstetric history based on dynamic standardized assessment of the level of depression]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 3 (84): 50–54. (In Russ.).
6. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E. [Psychotherapy: present and future. The trend towards integration. Report 1 (proceedings of the X 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.).

УДК 616.895.8-0036.8:615.065+616.36-002.2
ББК Р645.090-52-7+Р51

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ЯВЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Задорожная О. В.*

ГБОУ ВПО «Северо-Западный ГМУ им. И. И. Мечникова» Минздрава России
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41

В статье рассматривается динамика нежелательных лекарственных явлений на фоне проводимой в стационаре психотерапии у пациентов, страдающих шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом. Выявлены корреляционные связи между развитием нежелательных лекарственных явлений и показателями качества жизни больных шизофренией, имеющих сопутствующий вирусный гепатит. **Ключевые слова:** шизофрения, гепатит, качество жизни, нежелательные лекарственные явления, психотерапия.

ADVERSE DRUG REACTIONS AS A FACTOR AFFECTING QUALITY OF LIFE IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH CONCOMITANT CHRONIC VIRAL HEPATITIS. Zadorozhnaya O. V. North-West State Medical University Named After I. I. Mechnikov of Ministry of Healthcare of Russia. Kirochnaya Street 41, 191015, Saint-Petersburg, Russia. This article deals with dynamic pattern of adverse drug reactions in the setting of hospital psychopharmacotherapy in schizophrenic patients with concomitant chronic viral hepatitis. Correlation relationships between development of adverse drug reactions and quality of life indicators in schizophrenic patients with concomitant chronic viral hepatitis have been identified. **Keywords:** schizophrenia, hepatitis, quality of life, adverse drug reactions, psychopharmacotherapy.

Введение. В ряде современных исследований отмечается, что больные шизофренией достоверно чаще страдают некоторыми соматическими и инфекционными заболеваниями [1], среди которых высокий удельный вес имеют патология сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет II типа, некоторые формы рака [2], вирусные гепатиты В и С [3]. Так, по разным оценкам, показатели распространенности вирусного гепатита В у психически больных составляют от 3,0 [4] до 32,5 % [5], а вирусного гепатита С – от 8,2 [6] до 38,0 % [7].

При этом в силу особенностей течения ряда психических заболеваний пациенты зачастую вынуждены длительно принимать поддерживающую психотерапию. По мнению многих исследователей, психотропные препараты относятся к числу наиболее опасных в отношении развития побочных явлений, выраженность которых может варьировать от сравнительно легких до более серьезных и угрожающих жизни [8]. Говоря о лекарственном поражении печени, важно подчеркнуть, что на его развитие, помимо пола, возраста больного, дозы и длительности приема препарата, большое влияние оказывает наличие фонового заболевания печени. Изменение метаболизма лекарственных препаратов вследствие нарушения детоксицирующей функции печени, а также высокая частота коморбидных состояний создают дополнительные сложности при курации психически больных, страдающих хроническим гепатитом.

На современном этапе целями психотерапии стали не только симптоматический контроль, но и обеспечение приемлемого уровня социального функционирования и улучшение качества жизни психически больных [9, 10]. Актуальной задачей, таким образом, становится изучение качества жизни психически больных с сопутствующим вирусным гепатитом в контексте проводимой в стационаре психотерапии.

Цель исследования – изучение нежелательных лекарственных явлений, возникающих на фоне психотерапии, как фактора, влияющего на качество жизни больных шизофренией, страдающих хроническим вирусным гепатитом и находящихся на стационарном лечении.

Материал исследования. Исследование проводилось на базе пяти комплексных отделений БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодников». В основную группу было включено 112 пациентов, поступивших в стационар в период с 2009 по 2011 г. У всех пациентов имелись диагнозы параноидной и приступообразной шизофрении (F20.0; F25), достоверно верифицированные на основании критериев МКБ-10. Помимо того, пациенты имели хронический вирусный гепатит В, С либо микст-гепатит (В+С). Группу сравнения составили 52 пациента с параноидной и приступообразной формами шизофрении без сопутствующего поражения печени вирусной этиологии.

Методы исследования. В исследовании применялись клинко-психопатологический метод, психометрическое шкалирование, включавшее оценку побочных эффектов по шкале UKU [11] и оценку качества жизни по опроснику С. Ю. Масловского и В. Л. Козловского (2009) [12].

* Задорожная Ольга Валерьевна, ассистент кафедры психиатрии. Телефон: (812)3035000. E-mail: ov_zador@mail.ru

Кроме того, в работе использовали клинико-лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови) методы и статистический анализ полученных данных. Все пациенты осматривались терапевтом и инфекционистом. Лабораторные показатели были проанализированы в динамике с интервалом в 10 дней. Для оценки значимости различий количественных ненормально распределенных признаков были использованы непараметрический критерий для несвязанных выборок (критерий U Вилкоксона-Манна-Уитни); критерий согласия хи-квадрат (χ^2) для расчета однородности двух независимых выборок, критерий знаков. Корреляционный анализ проводили с использованием коэффициента корреляции рангов Спирмена. Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости (p) принимался равным 0,05. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием статистических прикладных пакетов Microsoft Excel и Statistica 5.0 (StatSoft, Inc.).

Результаты и их обсуждение. Из 112 участников исследования, вошедших в основную группу, 51,0 % составляли женщины ($n=57$), 49,0 % – мужчины ($n=55$). Возраст больных составил от 22 до 67 лет (средний возраст $38,6 \pm 10,2$ года). Длительность психического заболевания варьировала от 1 года до 36 лет, в среднем составила $12,6 \pm 8,53$ года (среднее количество госпитализаций в анамнезе $8,9 \pm 6,0$). В группе сравнения из 52 участников 54,0 % составляли женщины ($n=28$), 46 % составили мужчины ($n=24$). Возраст больных составил от 18 до 64 лет (средний возраст $40,5 \pm 13,0$ года). Длительность психического заболевания варьировала от 1 года до 38 лет, в среднем составила $12,5 \pm 10,1$ года (среднее число госпитализаций в анамнезе $6,5 \pm 5,4$).

При анализе общей этиологической структуры заболеваемости установлено, что в основной группе преобладали пациенты с хроническим гепатитом С, который был верифицирован у 86 больных, что составило 77,0 % от всей выборки. Гепатит В имели 19 пациентов (17,0 %), меньший удельный вес пришелся на сочетанную форму гепатита В+С – 7 пациентов (6,0 %).

Важным фактором, определяющим удовлетворенность пациентов лечением, качество жизни, а в дальнейшем и уровень адаптации, является психофармакотерапия, проводимая в условиях стационара, и возникающие на ее фоне те или иные нежелательные лекарственные явления. У 67 (61,7 %) пациентов, страдающих шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, за период нахождения в стационаре отмечались те или иные нежелательные лекарственные явления.

В группе сравнения нежелательные лекарственные явления наблюдались у 30 больных (57,7 %), все они расценивались как легкие либо умеренно выраженные (по шкале UKU). Статистически значимых различий по общей частоте возникновения нежелательных лекарственных явлений между группами выявлено не было. Поэтому можно говорить лишь о тенденции к более частому возникновению нежелательных лекарственных явлений у пациентов с хроническим вирусным гепатитом. Различия оказались значимы лишь для психических побочных эффектов, а также для сочетания нескольких нежелательных лекарственных явлений к 30-му дню терапии.

На рисунке 1 показана структура нежелательных лекарственных явлений по шкале UKU в группе пациентов с шизофренией и сопутствующим вирусным гепатитом и в группе сравнения.

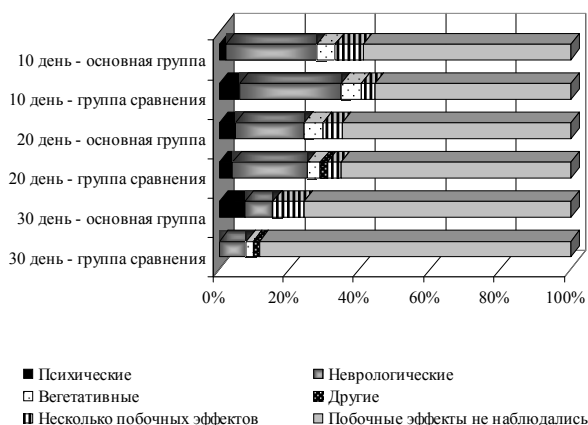


Рис. 1. Структура нежелательных лекарственных явлений (по шкале UKU) в группе пациентов с шизофренией и сопутствующим вирусным гепатитом и в группе сравнения (%)

Психические побочные эффекты на 10-й день терапии отмечались у 2 пациентов (1,8 %), на 20-й день – у 5 (4,5 %), на 30-й день – у 8 больных ($\chi^2=3,9$, $p<0,05$) основной группы. В группе сравнения аналогичные нежелательные лекарственные явления наблюдались у 3 пациентов на 10-й день (5,8 %), у 2 пациентов (3,8 %) – на 20-й день, а на 30-й день таковые не выявлялись ни у одного пациента. Наиболее часто встречался такой побочный эффект, как чрезмерная седация. Таким образом, наибольшая выраженность психических побочных эффектов психофармакотерапии у пациентов с хроническим вирусным гепатитом наблюдалась через 20 дней и 1 месяц от начала лечения. У больных шизофренией без сопутствующего поражения печени, напротив, выраженность психических побочных эффектов через месяц от начала лечения была минимальной.

Неврологические побочные эффекты в основной группе на 10-й день терапии отмечались у 29 (25,9 %), на 20-й день – у 22 (19,6 %), на 30-й день – у 12 (10,7 %) больных, являясь, таким образом, наиболее часто встречающимися нежелательными лекарственными явлениями. Наиболее часто встречались гипокинезия, тремор, акатизия. У пациентов группы сравнения наблюдалась аналогичная тенденция: неврологические побочные эффекты зарегистрированы на 10-й день терапии у 15 (28,8 %), на 20-й – у 11 (21,1 %) и на 30-й день – у 4 (7,7 %) больных.

Вегетативные побочные эффекты фиксировались значительно реже. На 10-й день терапии они отмечались у 6 (5,3 %), на 20-й – у 6 (5,4 %) больных основной группы. На 30-й день вегетативные побочные эффекты у пациентов основной группы отсутствовали. В группе сравнения они наблюдались у 3 больных (5,8 %) на 10-й день, у 2 – на 20-й (3,8 %), у 1 пациента (1,9 %) – на 30-й день лечения. Среди вегетативных побочных эффектов наиболее часто встречались сухость во рту, задержка мочеиспускания, запоры. Другие побочные эффекты (такие как аллергические реакции и т. д.) наблюдались лишь у 1 пациента из группы сравнения на 20-й и 30-й дни терапии.

Кроме того, у некоторых пациентов как в основной группе, так и в группе сравнения регистрировалось несколько нежелательных лекарственных явлений. Наиболее часто сочетались неврологические и психические либо вегетативные побочные эффекты различной степени выраженности. У пациентов с хроническим вирусным гепатитом сочетание различных побочных эффектов наблюдалось в 9 случаях (8 %) на 10-й день, в 6 (5,4 %) – на 20-й день, в 10 случаях (8,9 %) – на 30-й день терапии. В группе сравнения сочетания побочных эффектов регистрировались у 2 пациентов (3,8 %) на 10-й и на 20-й день лечения.

В целом в обеих группах наблюдалась тенденция к снижению частоты нежелательных лекарственных явлений к 30-му дню лечения, а также смягчению их выраженности. Это обусловлено подбором оптимальных препаратов в сочетании с необходимой сопутствующей терапией, включавшей в ряде случаев и гепатопротекторы. Однако психические побочные эффекты, а также сочетание нескольких нежелательных лекарственных явлений, наоборот, встречались у пациентов основной группы к 30-му дню терапии чаще, чем в группе сравнения, достигая статистически значимых различий ($p < 0,05$).

Повышение активности трансаминаз в сыворотке крови, отмечавшееся у многих пациентов в процессе лечения, в большинстве случаев оставалось на субклиническом уровне, не достигая выраженности синдрома цитолиза.

При поступлении 8 больных шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом имели место повышение АлАТ в сыворотке крови более чем в 3 раза, а у 11 пациентов отмечено повышение АсАТ более чем в 3 раза. В дальнейшем на фоне лечения повышение АлАТ в 3 раза и более у 9 пациентов обнаружено на 10-й день, у 10 – на 20-й день, у 9 – на 30-й день терапии. Повышение АсАТ в 3 раза и более наблюдалось у 3 пациентов на 10-й день терапии, у 5 – на 20-й день, у 4 – на 30-й день.

При этом данные изменения лабораторных показателей были наиболее выражены и сопровождались клиническими проявлениями у 8 пациентов на 10-й день терапии, что потребовало отмены психотропных препаратов и назначения гепатопротекторов. В период с 20-го по 30-й день терапии в стационаре отменялось основное лечение и назначались гепатопротекторы 5 пациентам. После 30-го дня лечения лишь 3 пациентам дополнительно назначались гепатопротекторы без отмены психофармакотерапии. Следует отметить, что среди пациентов с шизофренией без сопутствующего гепатита также отмечался трехкратный и более подъем АлАТ: при поступлении – у 1 больного, на 10-й день терапии – у 1, на 20-й день – у 2, на 30-й день эти изменения сохранялись у 1 пациента. Активность АсАТ в сыворотке крови повышалась более чем в 3 раза у 2 пациентов группы сравнения при поступлении и у 2 пациентов на 10-й день терапии. Дополнительные мероприятия в виде отмены психофармакотерапии и назначения гепатопротекторов требовались 2 больным с 10-го по 20-й день стационарного лечения, с 20-го по 30-й день – 1 пациенту.

В процессе проведения сравнительного анализа в группе больных шизофренией с сопутствующим вирусным гепатитом и группе сравнения с использованием критерия Манна-Уитни выявлены статистически значимые различия по следующим критериям: уровень АлАТ и АсАТ при поступлении ($U=2115,5$; $Z=2,81$; $p=0,004$; $U=2142$; $Z=2,72$; $p=0,006$), уровень АлАТ на 20-й ($U=2331$; $Z=2,05$; $p=0,04$) и на 30-й ($U=2351,5$; $Z=1,98$; $p=0,04$) дни госпитализации. Данные показатели оказались достоверно выше в основной группе.

С целью выявления связей между развитием тех или иных нежелательных лекарственных реакций, уровнем трансаминаз в сыворотке крови и качеством жизни больных был проведен корреляционный анализ. При расчете коэффициента корреляции Спирмена в основной группе были найдены отрицательные корреляционные связи между нежелательными лекарственными явлениями, наблюдавшимися в течение госпитализации, и некоторыми субсферами качества жизни (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Значения коэффициента корреляции (r) при проведении корреляционного анализа в основной группе, отражающие связи между показателями качества жизни и побочными эффектами

Побочные эффекты	Субсфера качества жизни		
	Познавательные функции	Способность к работе	Возможность отдыха и развлечений
Вегетативные побочные эффекты на 10-й день терапии	-0,19	-0,29**	-0,20
Неврологические побочные эффекты на 20-й день терапии	-0,07	-0,17	-0,33**
Психические побочные эффекты на 30-й день терапии	-0,27**	-0,31**	-0,10

Примечание. ** – Достоверность различий $p < 0,01$.

Данные, представленные в таблице 1, свидетельствуют о том, что отрицательные корреляционные связи установлены между вегетативными побочными эффектами на 10-й день терапии и субсферой «способность к работе» ($r = -0,29$), между неврологическими побочными эффектами на 20-й день и субсферой «возможности для отдыха и развлечений» ($r = -0,33$), между психическими побочными эффектами на 30-й день терапии и субсферами «познавательные функции» ($r = -0,27$) и «способность к работе» ($r = -0,31$).

Заключение. Таким образом, анализ современных литературных источников, посвященных вопросам качества жизни больных шизофренией, сочетанной с соматическими заболеваниями, в частности с хроническим вирусным гепатитом, позволил нам выявить ряд положений, требующих дальнейшего комплексного исследования. Следует констатировать, что необходимо детальное рассмотрение таких аспектов, как особенности адаптационных возможностей и качества жизни больных шизофренией, страдающих хроническим вирусным гепатитом, а также уточнение взаимосвязи качества жизни и наличия нежелательных явлений.

Результаты проведенного собственного исследования позволили выявить отрицательное влияние на показатели качества жизни пациентов, страдающих шизофренией в сочетании с хроническим вирусным гепатитом, ряда побочных эффектов, наблюдающихся на фоне терапии в стационаре. Выявленные закономерности подтверждают мнение о сложности курации данной группы пациентов, а также указывают на необходимость разработки индивидуальных реабилитационных программ с целью улучшения качества жизни пациентов с шизофренией, имеющих сопутствующий хронический вирусный гепатит.

Л и т е р а т у р а

1. Семке А. В., Мальцева Ю. Л. Соматические расстройства при шизофрении. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 180 с.
2. Robson D., Gray R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper // Int. J. Nurs. Stud. – 2007. – Vol. 44 (3). – P. 457–466.
3. Campos L. N., Guimaraes M. D., Carmo R. A. et al. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature // Cad. Saude Publica. – 2008. – Vol. 24. – Suppl. 4. – P. 607–620.
4. Carey M., Ravi V., Chandra P. et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, syphilis, and Chlamydia among adults seeking treatment for a mental disorder in Southern India // AIDS Behav. – 2007. – Vol. 11. – P. 289–297.
5. Klinkenberg W. D., Caslyn R. J., Morse G. A. et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B, and hepatitis C among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders // Compr. Psychiatry. – 2003. – Vol. 44 (4). – P. 293–302.
6. Freudenreich O., Gandhi R. T., Walsh J. P. et al. Hepatitis C in schizophrenia: screening experience in a community-dwelling clozapine cohort // Psychosomatics. – 2007. – Vol. 48 (5). – P. 405–411.
7. Tabibian J. H., Wirshing D. A., Pierre J. M. et al. Hepatitis B and C among veterans on a psychiatric ward // Dig. Dis. Sci. – 2008. – Vol. 53, № 6. – P. 1693–1698.
8. Smith F. A., Wittmann C. W., Stern T. A. Medical complications of psychiatric treatment // Crit. Care. Clin. – 2008. – V. 24 (4). – P. 635–656.
9. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Рахмазова Л. Д., Гуткевич Е. В., Кусков М. В. Клинико-биологические и социально-психологические основы адаптации у больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 3. – С. 16–20.
10. Семке В. Я., Костин А. К. Психическое и соматическое в развитии представлений о природе болезни // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения : тезисы докладов II Региональной конференции молодых ученых и специалистов. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 5–11.
11. Lingjaerde O., Ahlfors U. G., Bech P. et al. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients // Acta. Psychiatr. Scand. Suppl. – 1987. – № 334. – P. 1–100.
12. Масловский С. Ю., Козловский В. Л. Измерение качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей терапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2009. – № 3. – С. 29–32.

Транслитерация русских источников

1. Semke A. V., Maltseva Yu. L. [Somatic disorders in schizophrenic patients]. Publishing House Ivan Fedorov, Tomsk, 2009; 180 p. (In Russ.).
9. Semke A. V., Vetlugina T. P., Rakhmazova L. D., Gutkevich E. V., Kuskov M. V. [Clinical-biological and social-psychological bases of adaptation in schizophrenic patients]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2003; 3: 16—20. (In Russ.).
10. Semke V. Ya., Kostin A. K. [The mental and somatic in development of conceptions of disease nature]. In: [Modern problems of mental and somatic disorders: common grounds: abstracts from the IInd Regional Conference of young scientists and specialists]. Publishing House Ivan Fedorov, Tomsk, 2010; 5—11. (In Russ.).
12. Maslovsky S. Yu., Kozlovsky V. L. [Assessment of quality of life in schizophrenic patients in the setting of maintenance therapy]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoy psihologii im. V. M. Bekhtereva* [V. M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2009; 3: 29—32. (In Russ.).

ПСИХОФАРМАКО- ТЕРАПИЯ

УДК 616.895-008.085.486

ББК Р64-324-57+Р645.093.3

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕ- РАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАС- СТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Яковлева А. Л.*

НИИ психического здоровья
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Настоящее исследование посвящено изучению эффективности проводимой психофармакотерапии в случае коморбидности аффективных и личностных расстройств. Общая выборка пациентов с текущим депрессивным эпизодом была разделена на основную группу (n=60) – с наличием коморбидного расстройства личности и группу сравнения (n=60) – без коморбидного расстройства личности. В качестве психометрических инструментов использовались шкалы SIGH-SAD, CGI-S, CGI-I и шкала оценки побочных эффектов UKU. Наличие коморбидного расстройства личности определяло большую тяжесть текущего депрессивного эпизода, более медленную редукцию тяжести текущего депрессивного эпизода в ходе терапии, необходимость применения комбинированной терапии и большую выраженность побочных эффектов. **Ключевые слова:** аффективные расстройства, расстройства личности, коморбидность, комбинированная терапия.

EFFICACY OF PHARMACOTHERAPY OF AFFECTIVE DISORDERS COMORBID WITH PERSONALITY DISORDER. Yakovleva A. L. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. Abstract. The present study investigates the effectiveness of pharmacotherapy in the case of comorbidity of affective and personality disorders. The total group of patients with a current depressive episode was divided into main subgroup (n=60) – with the presence of comorbid personality disorders and subgroup of comparison (n=60) – without comorbid personality disorders. As psychometric instruments scales SIGH-SAD, CGI-S, CGI-I and UKU were used. The presence of a comorbid personality disorder determined the greater severity of the current depressive episode, a slower reduction of the severity of the current depressive episode during therapy, the need for combination therapy and greater severity of side effects. **Keywords:** affective disorders, personality disorders, comorbidity, combined therapy.

* Яковлева Альбина Леонтьевна, врач-психиатр 3-го клинического психиатрического отделения. Тел. мобильный: +79050899857. E-mail: yakovlev.tomsk@mail.ru

Проблема изучения клинического полиморфизма, а также коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ), влияния данной коморбидности на клиническую симптоматику, течение АР, терапевтический ответ и возможности социальной адаптации соответствующих пациентов в последние годы приобрела особую актуальность в свете новых эпидемиологических данных как в отношении АР, так и РЛ, а также высокой частоты их сочетания в реальной клинической практике [1–6].

Исследования, проведенные в клинических выборках пациентов с АР, подтверждают высокую частоту коморбидности АР и РЛ [8, 13]. Результаты крупного эпидемиологического исследования the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions – NESARC (США, 43 093 взрослых в возрасте 18 лет и старше) показали, что при распространенности большого депрессивного расстройства (БДР) в течение жизни на уровне 13,23 % наиболее высокой являлась частота коморбидности БДР с РЛ (30,8 % случаев) [10]. Высокая частота коморбидности БАР и РЛ (до 62 %) констатирована в ряде работ с указанием, что при униполярной депрессии чаще встречаются пограничное (31,6 %), зависимое (25,2 %), а также обсессивно-компульсивное (14,2 %) РЛ, а среди стационарных больных с биполярным аффективным расстройством (БАР) чаще выявляются пограничное (41 %), нарциссическое (20,5 %), зависимое (12,8 %) и гистрионное (10,3 %) РЛ [14].

Отдельные отечественные исследования [4] выявили, что среди пациентов с АР (n=85) преобладают РЛ кластера С (26 %). При этом пациенты с сопутствующим РЛ были моложе, у них отмечалось более раннее начало заболевания. У лиц с сопутствующим РЛ из кластера С отмечалось достоверно более длительное течение депрессивной фазы. По общему клиническому впечатлению больные с сопутствующей личностной патологией данного типа хуже реагировали на лечение, им назначалось больше препаратов, у них чаще сохранялась и была более выражена остаточная симптоматика. Наличие личностной патологии отражалось также в более высоком уровне тревоги и субъективно более высокой оценке тяжести депрессии у соответствующих пациентов.

Согласно данным последнего метааналитического обзора [9] 122 исследований, посвященных проблеме коморбидности АР и РЛ, проведенных за период с 1988 по 2010 г., чаще всего встречается коморбидность дистимии и РЛ, причем расстройства личности кластера С доминировали в случае униполярной депрессии, в то время как при биполярных расстройствах чаще встречалась личностная патология кластеров В и С.

В рутинной клинической практике широко распространено предположение, что депрессивные пациенты с РЛ являются менее чувствительными к терапии антидепрессантами, хуже отвечают на терапию и имеют худший прогноз в плане долгосрочного результата, чем пациенты без РЛ [17]. Существуют данные, что РЛ или определенные личностные черты способствуют развитию терапевтически резистентной депрессии [7,16]. Имеющиеся на данный момент метааналитические обзоры подтверждают, что РЛ, как правило, оказывают негативное влияние на результат лечения АР, как униполярных, так и биполярных. Шансы иметь плохой результат в лечении текущей депрессии при коморбидности АР с РЛ в среднем в 2—2,3 раза больше, чем в случае «чистого» АР [13], что позволяет рассматривать РЛ как важный предиктор хронификации аффективной патологии. Тем не менее имеются определенные эмпирические данные, которые не столь однозначны в оценке негативного влияния на терапию АР в случае их коморбидности с РЛ и даже прямо показывают, что личностная патология не являлась модератором эффекта терапии АР [11].

Имеющиеся доказательные данные об эффективности фармакотерапии при коморбидности РЛ с другими психическими расстройствами вообще и с АР в частности являются относительно слабыми и пока не совсем ясны последствия лечения коморбидных расстройств [15].

Цель исследования – изучение эффективности фармакотерапии у пациентов в случае коморбидности АР и РЛ по сравнению с пациентами без указанной коморбидности.

Материал и методы. В исследование было включено 120 пациентов (80 женщин в среднем возрасте $44,4 \pm 10,2$ года и 40 мужчин в среднем возрасте $40,6 \pm 11,0$ года) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках единственного ДЭ – 42 человека, рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – 39 человек и БАР – 39 человек.

Общая выборка пациентов была разделена на две группы. Первая группа включала 60 человек, из них 38 женщин (63,3 %), 22 мужчины (36,7 %) и состояла из пациентов с АР, коморбидными с РЛ – основная группа. Вторая группа также состояла из 60 человек, в том числе 42 женщин (70 %) и 18 мужчин (30 %) с АР без коморбидного РЛ – группа сравнения.

Выделенные группы были сопоставимы по полу, возрасту и диагностической структуре ($p > 0,05$). РЛ в первой группе были представлены в 88,3 % ($n=53$) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 6,7 % ($n=4$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 5,0 % ($n=3$) – истерическое расстройство личности (F60.4).

В исследуемых группах была проведена сравнительная оценка динамики тяжести депрессии в процессе фармакотерапии (на 0-й, 14-й и 28-й дни) с помощью сокращенной версии шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version), включающей в себя 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов по оценке атипичных депрессивных симптомов: социальный отход, увеличение веса, увеличение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость [18]. Кроме того, была проведена оценка тяжести расстройства до начала лечения, на 14-й и 28-й дни фармакотерапии при помощи шкалы CGI-S (The Clinical Global Impression – Severity scale), а также оценка улучшения психического состояния по шкале CGI-I (Clinical Global Impression) на 14-й и 28-й дни фармакотерапии. Выраженность побочных эффектов проводимой фармакотерапии оценивалась с помощью шкалы оценки побочного действия – UKU (Udvalg for Kliniske Undersogelser Scale) [12]. Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v. 8.0.

Обсуждение полученных результатов исследования. В большинстве случаев в качестве базисной антидепрессивной терапии пациенты основной группы и группы сравнения получали антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (56,6 и 61,6 % соответственно, $p < 0,05$). Достаточно редко назначались препараты из группы трициклических антидепрессантов (ТЦА), антагонисты/ингибиторы обратного захвата серотонина АИОЗС (тразодон). В целом по частоте назначения различных антидепрессантов при межгрупповом сравнении статистически значимых различий обнаружено не было, за исключением того факта, что в основной группе чаще ($p < 0,05$) использовались антидепрессанты двойного действия: селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина (СИОЗСН) (табл. 1).

Таблица 1
Используемые антидепрессанты в исследуемых группах

Антидепрессанты	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
СИОЗС	34	56,6 [#]	37	61,6 [#]
СИОЗСН	10	16,6*	3	5
АИОЗС	3	5	3	5
ТЦА	3	5	5	8,3
Прочие	3	5	3	5
Не применялись	7	11,8	9	15,1
Всего	60	100	60	100

Примечание. * – Межгрупповое различие ($p < 0,05$), # – внутригрупповое различие ($p < 0,05$).

Достаточно часто в ходе терапии текущего ДЭ использовалась комбинированная терапия (статистически чаще в основной группе при сопоставлении с группой сравнения, соответственно 96,8 и 86,7 %, $p < 0,05$), представленная различными вариантами сочетания психотропных препаратов: антидепрессантов, нормотимиков, нейролептиков, транквилизаторов. При межгрупповом сравнении статистически значимо в основной группе более часто, чем в группе сравнения, назначалась комбинированная терапия (антидепрессант, нормотимик и нейролептик (соответственно 30,0 и 13,3 %, $p < 0,001$). Применение данного сочетания препаратов в основной группе способствовало снижению уровня эмоциональной нестабильности, показало эффективность в отношении поведенческих реакций, способствовало снижению уровня агрессивности, но было сопряжено с большей выраженностью побочных эффектов ($p < 0,001$).

Результаты психометрической оценки эффективности терапии текущего ДЭ и динамики выраженности побочных эффектов с помощью шкал SIGH-SAD, CGI-S, CGI-I, UKU представлены в соответствующих группах пациентов (табл. 2).

Таблица 2
Эффективность терапии текущего депрессивного эпизода и динамики выраженности побочных эффектов в исследуемых группах

Шкала	Основная группа			Контрольная группа		
	Неделя терапии					
	0-я	2-я	4-я	0-я	2-я	4-я
SIGH-SAD	30,6± 8,1**	20,9± 6,6***	10,7± 3,8	24,7± 8,5	15,7± 6,7	7,6± 3,4
HDRS-17	24,6± 6,6*	16,4± 5,3	7,9± 3,0	20,9± 7,1	13,4± 1,2	6,2± 2,9
Атипичные симптомы	6,0± 2,9**	4,6± 2,3*	2,8± 1,6*	3,7± 2,9	2,4± 1,7	1,9± 0,3
CGI-S	4,4± 0,7*	3,8± 0,6***	3,3± 0,7***	4,2± 0,5	3,2± 0,5	2,4± 0,6
CGI-I		3,5± 0,8***	2,5± 0,6***		2,5± 0,7	1,7± 0,7
UKU	3,1 ± 0,3***	1,8± 0,2*	1,0± 0,1*	1,2± 0,2	0,7± 0,1	0,2± 0,1

Примечание. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ (межгрупповое сравнение).

Статистически значимая ($p < 0,001$) редукция степени тяжести текущего ДЭ (включая типичные и атипичные депрессивные симптомы), оцененная по шкале SIGH-SAD, фиксировалась уже на 2-ю неделю терапии в обеих группах, но к 14-му и 28-му дням фармакотерапии в основной группе пациентов наблюдалась более выраженная тяжесть депрессии (за счет выраженности атипичных депрессивных симптомов), чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Межгрупповая оценка тяжести психических расстройств по шкале CGI-S к 14-му и 28-му дням терапии выявила статистически значимую ($p < 0,001$) большую выраженность тяжести заболевания у пациентов основной группы, чем в группе сравнения.

Согласно полученным данным оценки степени улучшения психического состояния по шкале CGI-I, к 14-му и 28-му дням фармакотерапии также были выявлены статистические различия при сравнении исследуемых групп, что свидетельствует о том, что степень улучшения психического состояния в ходе проводимой терапии была хуже в основной группе, чем в группе сравнения.

В основной группе пациентов средний общий балл по шкале UKU к 14-му дню психофармакотерапии составил $1,8 \pm 0,2$ балла, в группе сравнения – $0,7 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). К 28-му дню фармакотерапии средний общий балл по UKU составил в основной группе пациентов $1,0 \pm 0,1$ балла, а в группе сравнения – $0,2 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о большей представленности побочных эффектов терапии и меньшей скорости их редукции в ходе терапии в группе пациентов с наличием коморбидности АР и РЛ, чем в группе сравнения.

Заключение и выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что наличие РЛ обуславливает большую тяжесть текущего ДЭ, большую выраженность как типичных, так и атипичных депрессивных симптомов. Полученные данные указывают на то, что в случае коморбидности АР и РЛ по сравнению с пациентами, страдающими только АР, более часто возникает необходимость применения комбинированной психофармакотерапии, отмечается более медленная редукция депрессивных симптомов (преимущественно за счет атипичных депрессивных симптомов) в ходе проводимой фармакотерапии, большая выраженность побочных эффектов терапии и более медленное их обратное развитие.

Кроме того, коморбидность АР с РЛ определяет дополнительные сложности в отношении выбора оптимального вида и алгоритма лечения, учитывающего наличие данной коморбидности, что требует дальнейших клинических исследований.

Л и т е р а т у р а

1. Гаранян Н. Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований, часть I // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 1. – С. 79–89.
2. Семке В. Я., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г. Аффективные расстройства. Региональный аспект: Научно-практическое издание. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2004. – 234 с.
3. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Читлова В. В. Расстройства личности и депрессия // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – Т. 112, вып. 9. – С. 4–11.
4. Степанов И. Л., Ваксман А. В. Особенности течения циркулярных депрессий у больных с сопутствующим личностным расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 4. – С. 32–36.

5. Счастный Е. Д., Семке А. В., Размазова Л. Д., Симуткин Г. Г., Лебедева Е. В., Неvidимова 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 (80). — С. 18—27.
6. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М., Кудякова Т. А., Потапкина Е. В., Ермаков А. В., Rogozina T. A. Распространенность и закономерности клинической гетерогенности аффективных расстройств с учетом конституциональных и хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — № 4. — С. 25—29.
7. Bagby R. M., Psych C., Quilty L. C., Ryder A. C. Personality and depression // Can. J. Psychiatr. — 2008. — Vol. 53 (1). — P. 14—25.
8. Brieger P., Ehrt U., Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders // Source Compr. Psychiatr. — 2003. — Vol. 44 (1). — P. 28—34.
9. Friborg O., Martinsen E. W., Martinussen M. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010 // J. Affect. Disord. — 2014. — P. 152—154.
10. Hasin D. S., Goodwin R. D., Stinson F. S., Grant B. F. Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions // Arch. Gen. Psychiatr. — 2005. — Vol. 62. — P. 1097—1106.
11. Levenson J. C., Wallace M. L., Fournier J. C., Rucci P., Frank E. The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy // J. Consult. Clin. Psychol. — 2012. — Vol. 80, № 5. — P. 719—729.
12. Lingjaerde O. et al. Udvald for Kliniske Undersogelser Scale. — UKU., 1987.
13. Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies // Br. J. Psychiatr. — 2006. — Vol. 188. — P. 13—20.
14. Schiavone P., Dorz S., Conforti D. et al. Comorbidity of DSM-IV Personality Disorders in unipolar and bipolar affective disorders: a comparative study // Psychol. Rep. — 2004. — Vol. 95 (1). — P. 121—128.
15. Stoffers J., Völm B. A., Rücker G. et al. Pharmacological interventions for borderline personality disorder // Cochrane Database Syst. Rev. — 2010. — Jun. — Vol. 16 (6). CD005653.doi:10.1002/14651858. CD005653.pub2.
16. Takahashi M., Shirayama Y., Muneoka K. et al. Personality Traits as Risk Factors for Treatment-Resistant Depression // PLoS ONE. — 2013. — Vol. 8 (5). — e63756.doi:10.1371/journal.pone.0063756.
17. Thase M. E. The role of axis II comorbidity in the management of patients with treatment-resistant depression // Psychiatr. Clin. North Am. — 1996. — Vol 19 (2). — P. 287—309.
18. Williams J., Link M., Rosenthal N. E. et al. Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Seasonal Affective Disorder Version (SIGH-SAD). — New York : New York Psychiatric Institute, 1992.

Транслитерация русских источников

1. Garanyan N. G. [Depression and personality: review of foreign investigations. Part I]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2009; 1: 79—89. (In Russ.).
2. Semke V. Ya., Schastnyy E. D., Simutkin G. G. [Affective disorder. The regional dimension: scientific and practical edition]. Publishing House of Tomsk State University, Tomsk, 2004; 234. (In Russ.).
3. Smulevich A. B., Dubnitskaya Ye. B., Chitlova V. V. [Personality disorders and depression]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012; 112 (9): 4—11. (In Russ.).
4. Stepanov I. L., Vaksman A. V. [The course of cyclic depressions in patients with comorbid personality disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. [Social and Clinical Psychiatry]. 2013; 23 (4): 32—36. (In Russ.).
5. 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 «MHRI» SB RAMSci, 2009—2012)]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 5: 18—28. (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.).

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.441.13:616058:577.4

ББК Р64-1-3

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ: ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РОСТА, КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ, СВЯЗИ СО СМЕЖНЫМИ ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ (КЛИНИЧЕСКОЙ, БИОЛОГИЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИЕЙ И НАРКОЛОГИЕЙ)

Рудницкий В. А.^{1,2*}, Счастный Е. Д.¹,
Никитина В. Б.¹, Костин А. К.¹,
Бохан Н. А.^{1,2}, Аксенов М. М.¹,
Гребенюк О. В.², Кибардина А. С.²,
Голощапов С. И.²

¹ НИИ психического здоровья
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

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

Экологическая психиатрия – достаточно новая психиатрическая дисциплина, вышедшая из границ радиационной медицины, унаследовавшая ее методологические подходы и проблемы, сформировавшаяся и активно развивающаяся после Чернобыльской аварии и под ее влиянием. На материале многолетнего комплексного изучения психического здоровья ликвидаторов последствий радиационной катастрофы рассматриваются клинические вопросы, природа и нозологическая характеристика заболеваний, изучаются особенности медико-социальной ситуации, определяется воздействие биологических факторов, обсуждается реабилитационная тактика, взаимосвязи экологической психиатрии со смежными психиатрическими дисциплинами: клинической, биологической, социальной психиатрией и наркологией. **Ключевые слова:** экологическая психиатрия, методология исследований, непсихотические психические расстройства, малые дозы радиации, авария на ЧАЭС, клинические проявления, полиморфизм симптоматики, радиационный стресс, социальные, биологические, соматические факторы, аддикции, нозологические формы.

* Рудницкий Владислав Александрович, д.м.н., с.н.с. отделения пограничных состояний; профессор кафедры социальной работы, социальной и клинической психологии. Т-mail: rudnizki9@mail.ru rudnizki9-a@sibmail.com Телефоны: +79138703524; +79234187579, раб. тел.: (83822)738754

ECOLOGICAL PSYCHIATRY: PROBLEMS OF FORMATION AND GROWTH, CLINICAL VARIANTS, CONNECTIONS WITH RELATED PSYCHIATRIC DISCIPLINES (CLINICAL, BIOLOGICAL, SOCIAL PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY). Rudnitsky V. A.^{1,2}, Schastnyy E. D.¹, Nikitina V. B.¹, Axenov M. M.¹, Bokhan N. A.^{1,2}, Grebenyuk O. V.², Kostin A. K.¹, Kibardina A. S.², Goloshchapov A. I.²
¹ Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. ² Siberian State Medical University. Moscovski Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia. Ecological psychiatry is a new psychiatric discipline which exceeded the bounds of radiation medicine, inherited its methodological approaches and problems, was formed and is actively developing after Chernobyl accident and under its influence. On example of liquidators of consequences of radiation accident, on material of many-year complex study of mental health of these patients, clinical issues, nature and nosological characteristics of diseases, specifics of medico-social situation, influence of biological factors, rehabilitative range of problems, interconnections of Ecological psychiatry with related psychiatric disciplines: clinical, biological, social psychiatry and addiction psychiatry are considered. **Keywords:** ecological psychiatry, methodology of research, non-psychotic mental disorders, small doses of radiation, ChAPS accident, clinical manifestations, polymorphism of symptoms, radiation stress; social, biological, somatic factors; addictions, nosological forms.

Экологическая психиатрия – достаточно новая психиатрическая дисциплина, вышедшая из границ радиационной медицины, сформировавшаяся и активно развивающаяся после чернобыльской катастрофы и во многом под влиянием ее последствий [1, 13, 15]. Являясь в первоначальном виде частью радиационной медицины, она унаследовала ее принципы и методологические подходы и проблемы. Массовый характер тяжелых поражений после применения американцами ядерной бомбардировки японских городов привел к тому, что критерием выздоровления от лучевой болезни было не восстановление здоровья, которое никогда не бывает полным, а выживание пострадавших. В результате психиатрические проблемы пострадавших часто оказывались вне поля зрения исследователей. Данный подход автоматически распространился и на малые дозы радиации, и на другие экологические вредности, когда соматические последствия негативных воздействий считались приоритетными. Тяжелые психиатрические последствия чернобыльской катастрофы были неожиданными, вскоре они превзошли ее биологический ущерб [14, 15] и послужили мощным катализатором развития экологической психиатрии.

Большинство исследователей [1, 8, 11, 13, 14, 15, 17] отмечают продолжающееся ухудшение состояния психического и соматического здоровья данной категории пациентов, низкую эффективность реабилитационных мер. Авторы отмечают, что формирование и течение психи-

ческой патологии сопровождается сложными изменениями, как в биологическом, так и в психосоциальном контексте [3, 7, 12, 13, 17].

Ввиду наличия сложных этиопатогенетических взаимодействий, типовых клинических, этиопатогенетических взаимосвязей, существования многолетней информационной научно-исследовательской базы непсихотические психические расстройства у ликвидаторов последствий радиационных катастроф мы рассматриваем как своеобразную модель экологически спровоцированных психических расстройств, изучение которых имеет высокое научное, практическое и социальное значение [13]. Изучение экологически спровоцированных психических расстройств и повышение эффективности мер профилактики и реабилитации требует совершенствования методологических подходов к реализации данных задач, затрагивает интересы смежных разделов психиатрии – клинической (непсихотические, аффективные психические расстройства, психосоматические и аддитивные нарушения), социальной, биологической психиатрии и т. д.).

Цель исследования. Анализ особенностей непсихотических психических расстройств у ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы; выявление факторов, влияющих на их формирование и течение (клинических, социально-психологических, иммунологических, соматических и т. д.).

Проанализированы научные данные о влиянии малых доз радиации и сочетанных с ней факторов на психическое здоровье ликвидаторов аварии на ЧАЭС за 25-летний период.

Материал исследования. Исследование и лечебно-профилактическая работа проводились на базе клиники НИИ психического здоровья сотрудниками данного института совместно с организационно-методическим и реабилитационным центром (ОМРЦ) «Чернобыль», а также при участии преподавателей и студентов кафедры социальной работы, социальной и клинической психологии ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России.

Материал исследования. В исследование вошло 602 ликвидатора аварии на Чернобыльской АЭС с непсихотическими психическими расстройствами, мужчин, в возрасте (на момент обследования) от 26 до 70 лет (средний возраст $46 \pm 0,5$ года). Из общей исследовательской выборки было сформировано 4 группы пациентов со схожими социальными и половозрастными характеристиками. Из них 3 группы ликвидаторов; основная группа (464 чел.) состояла из жителей Томска, не имеющих специальной подготовки к работе с источниками радиации; 2 группы сравнения состояли из ликвидаторов, имеющих данную профессиональную подготовку и работающих в условиях предприятий ядер-

ной энергетики (в первую группу вошло 74 ликвидатора, работника основного производства СХК, во вторую группу – 64 работника аналогичных производств западных регионов России, данная группа сформирована во время прохождения ими санаторного этапа реабилитации). Группа сравнения 3 (148 пациентов) состояла из пациентов отделения пограничных состояний клиники НИИ психического здоровья с психическими расстройствами органического регистра. Критерии исключения при наборе в группы: аддитивные, эндогенные расстройства, тяжелые декомпенсированные соматические заболевания, лучевая болезнь.

Методы исследования: клинико-психопатологический, эпидемиологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, лабораторно-иммунологический, экспериментально-психологический, медицинская статистика и т. д.

Обсуждение результатов. У всех ликвидаторов обследованных групп выявлялись непсихотические психические расстройства со сложной полиморфной симптоматикой: от нестойких астенических нарушений до выраженных аффективных, патохарактерологических нарушений и дементного варианта психоорганического синдрома (подробно описано нами ранее [13]).

В качестве основной нозологической категории у всех обследованных (по критериям МКБ-10) диагностированы непсихотические психические расстройства органического регистра (соматогенно-органические), связанные со смешанными заболеваниями (интоксикационно-радиационные, сосудистые, соматогенные), сложные хронические комбинированные соматические заболевания и иммунологические нарушения. Церебрально-органическая природа ведущей психиатрической патологии неврологически подтверждена с использованием нейрофизиологических методов (ЭЭГ), компьютерной томографии, МРТ головного мозга и т. д. (данные получены совместно с О. В. Гребенюком). Данные заболевания представлены органическими эмоционально лабильными, органическими аффективными, органическими тревожными и органическими расстройствами личности. В первое десятилетие после аварии структура органических расстройств в группах ликвидаторов была схожей, отличаясь большей прогрессивностью и тяжестью клинических проявлений в основной группе, затем в основной группе отмечалась устойчивая закономерность к росту удельного веса органических расстройств личности (патохарактерологический вариант) с соответствующим ухудшением основных медико-социальных показателей. В настоящее время у ликвидаторов групп сравнения по-прежнему обнаружено преобладание удельного веса органических эмоционально лабильных расстройств.

Так, органические эмоционально-лабильные расстройства выявлены в 75,68 % случаев в группе сравнения 1; в 79,69 % – в группе сравнения 2, в 21,34 % – в основной группе. Органические расстройства личности доминируют в основной группе и выявлены соответственно в 61,85, 9,46 и 4,69 % случаев; органическое аффективное расстройство – в 10,78, 10,81 и 14,06 % случаев. Наименее часто встречалось органическое тревожное расстройство (6,03, 4,05 и 1,56 % наблюдений соответственно). В основной группе обнаружены более тяжелые органические расстройства (органические расстройства личности и энцефалопатический вариант психорганического синдрома встречались в 6–10 раз чаще, чем у ликвидаторов обеих групп сравнения). Во всех группах в отдаленные сроки после катастрофы достоверных различий тяжести психической патологии в зависимости от года пребывания в Чернобыле и официально зафиксированных лучевых нагрузок обнаружено не было, при сохранении прямой корреляции тяжести иммунологических расстройств с данными показателями.

В качестве сопутствующих (реже коморбидных) нарушений диагностировались расстройства личности, невротические и связанные со стрессом, психосоматические и социально-стрессовые расстройства. В наших наблюдениях не выявлены эндогенные психозы и аффективные расстройства (кроме органических), в литературных данных также отсутствуют сведения по профилю данной патологии, которая теоретически должна присутствовать, попадая под критерии исключения. Можно предположить, что данные нозологические группы ввиду стертости их клинических проявлений были поглощены органической патологией.

Проанализировав клинические данные и результаты кластерного и факторного анализа, мы выделили клинические типологические варианты, учитывающие характер сопутствующих и коморбидных заболеваний и особенности их течения. Данные варианты соответствовали основным группам факторов, негативно влияющих на психическое и соматическое здоровье ликвидаторов.

Патохарактерологический вариант был представлен расстройствами личности (психопатии) и органическими расстройствами личности (61,85 % в основной группе). У части пациентов в отдаленные сроки после чернобыльских событий диагностировались хронические изменения личности после перенесенной катастрофы, однако мы рассматриваем их в социально-психологическом разделе. В динамике отмечается значительное уменьшение числа расстройств личности. В первые годы после катастрофы у 18,1 % обследованных (84 пациента) регистрировалась данная нозологическая еди-

ница, в отдаленном периоде – у 5,39 %. В группах сравнения выраженной динамики данных показателей не прослеживалось. Уменьшение числа расстройств личности в основной группе по сравнению с исходным состоянием определяется несколькими причинами. Во-первых, за счет неблагоприятной динамики заболевания с изменением преморбидной патохарактерологической структуры личности большая часть данных пациентов перешла в разряд лиц с органическими расстройствами личности. Во-вторых, в небольшой части случаев наблюдалась депсихопатизация вследствие возрастной динамики психопатий или сглаживающего влияния церебрально-органического процесса. Данные расстройства подробно описаны нами в диссертационном исследовании и предшествовавших работах [13]. Изменение личностных позиций пациентов влияет на трансформацию паттернов их поведения, что прослеживается не только у ликвидаторов, но и у пациентов с аддиктивной патологией [4], в связи с чем необходим анализ и оперативное изменение реабилитационных подходов. Персонологический принцип активно разрабатывался В. Я. Семке, в том числе и в отношении экологического стресса и других интенсивных психических травм [16, 17], предложенные им принципы легли в основу наших методологических и реабилитационных подходов. В психиатрической практике с переходом на стандарты оказания психиатрической помощи роль персонологического подхода стала ослабляться, но реальная медицинская действительность требует противоположного движения.

Аффективный вариант. В настоящее время отмечается неуклонный рост распространенности аффективных расстройств во всем мире. Оценка распространенности депрессивных расстройств колеблется в пределах от 5 до 20 % населения. Этот факт подтверждается многочисленными исследованиями во всем мире [8, 18]. По современным оценкам, депрессивные расстройства по доле потерянных для полноценной жизни лет опережают все прочие психические расстройства. По эпидемиологическим прогнозам, проблема депрессивных расстройств к 2020 г. выйдет на второе место после ишемической болезни сердца [20] в качестве социально-экономического бремени и гуманитарных последствий для человечества. Аффективные нарушения в сочетании с органическими и патохарактерологическими проявлениями формируют внутреннее пространство, в котором блокируются саногенная активность и внутренние ресурсы пациентов, создаются основные условия для возможностей саногенеза и патопластики психических и соматических заболеваний, определяются возможности реабилитационной среды

На наш взгляд, при диагностике в качестве основных нозологических форм заболеваний неаффективного регистра влияние данных процессов на психическое здоровье пациентов (не только ликвидаторов, но и других больных с хроническим течением психической патологии) недооценивается еще в большей степени, чем личностно-персоналогический подход.

В ряде литературных источников у ликвидаторов Чернобыльской аварии авторами [11, 15] отмечается достаточно высокий удельный вес психических расстройств. Т. В. Дворкина [7] диагностирует аффективную патологию, преимущественно органического регистра, у большинства обследованных ей ликвидаторов. Приводятся данные [10], что среди длительно работающих либо живущих в ситуации экологического неблагополучия отмечается повышение распространенности эндогенных расстройств (рекуррентное, биполярное аффективное расстройство и заболевания шизофренического спектра), приводящее к повышению болезненности, по сравнению с экологически благополучными субпопуляциями в 2,5—3 раза. О подобной тенденции, но в значительно меньшей степени выраженной, пишет Г. М. Румянцева [14], при этом она указывает на возможные внутренние психологические механизмы, заставляющие использовать либо психотические варианты взаимодействия с источником внешней радиационной угрозы, либо уходить в деструктивное поведение.

В полученных нами данных отмечается широкая представленность депрессивной симптоматики (91,94 %), однако редко достигавшей достаточной интенсивности и нозологического значения. Клинически средний уровень выраженности депрессивных проявлений был незначительным, с соответствующими средними показателями депрессивных шкал ($12,2 \pm 5,1$ балла по шкале Гамильтона) и шкал MMPI (шкала D $76,47 \pm 9,6$) в основной группе и с еще меньшими показателями в группах сравнения.

Чаще всего данные проявления носили симптоматический характер, не имели самостоятельного значения и поглощались другими психопатологическими проявлениями. В целом они представлены органическим аффективным расстройством (8,44 %) либо сопутствующими и коморбидными заболеваниями — депрессивными эпизодами (2,47 %), неврозами (22,41 % расстройства адаптации и соматоформные вегетативные дисфункции с депрессивной симптоматикой и др.).

Социально-стрессовый вариант выявлен у 111 пациентов (23,92 % основной группы), в группах сравнения не зафиксирован. Многие авторы [1, 9, 11, 17] отмечали, что при анализе психических нарушений у ликвидаторов выполняются все основные критерии, необходимые

для диагностики посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). По нашим наблюдениям, у ликвидаторов основной группы (в группах сравнения ПТСР не зафиксированы) выявлялась симптоматика, свидетельствующая о наличии интенсивных переживаний, соответствующая критериям ПТСР. Наиболее часто они выявлялись в начальном периоде после катастрофы (15,45 %), значительно снижались в отдаленные сроки (1,94 % через 20 лет и более после аварии). Данные нарушения постепенно редуцировались, но чаще они со временем трансформировались в клинические проявления другой тяжелой нозологической категории: «Стойкого изменения личности после переживания катастрофы» (у 21,98 % обследованных основной группы в отдаленном периоде катастрофы как коморбидный диагноз; отдельные признаки, не имеющие нозологического значения — до 2/3 пациентов).

Анализ типологических вариантов показал, что основой формирования данной нозологической группы был не экологический, а затяжной социальный стресс, связанный с тремя параллельно протекающими процессами — искажением или разрушением социальной сферы (профессионально-производственной и семейной); нарастанием затяжных проблем со здоровьем; неадекватным внутренним представлением о болезни и рентными установками, приводящими к сложностям в терапевтическом альянсе и реабилитации. Высокий удельный вес значения социальной проблематики и ее нарастающее значение по ходу прогрессирования заболеваний значительно повышает значение своевременной оценки меняющихся психосоциальных факторов.

Нами проанализировано состояние социальной среды пациентов исследованных групп. При нарастающем социальном неблагополучии на первый план выходят рентные тенденции, протестное поведение и изнуряющая борьба с государством, микро- и макросоциумом за льготы и ресурсы; происходит обесценивание пациентами своего социального микроокружения. Семья, профессиональная деятельность и любая не направленная на личные интересы социальная активность в системе жизненных приоритетов отступают на второй план и становятся формальными категориями.

Реально существующий дефицит социальной поддержки усугубляется, становится трудно преодолимым за счет недоброжелательно отношения пациентов, как потребителей социальной помощи, к структурам ее оказывающим, а внутренние саногенные ресурсы частично истощаются, а частично спонтанно блокируются рентными и психопатическими тенденциями. Социальное неблагополучие выступает как мощный повреждающий фактор, его механизмы

и последствия напоминают аналогичные при длительном и нарастающем социальном неблагополучии, разрушающем привычные социальные сферы жизни [4, 6].

Аддитивный вариант обнаруживался у 123 пациентов основной группы (26,51 %). В группах сравнения встречался почти в 2 раза реже. Изучение зависимостей первоначально не входило в задачи исследования. Более того, их наличие было критерием исключения при наборе в группы. Однако при катамнестическом наблюдении у значительного числа пациентов всех групп наблюдалось формирование алкогольной аддикции.

Отмечается определенный разброс показателей, они были наиболее распространены в первые годы после катастрофы (до 51,82 % пациентов основной группы в 1986—1992 гг. ежедневно и длительно употребляли алкоголь с целью «выведения радиации», 10,91 % — с негативными медико-социальными последствиями). К 2010—2012 гг. число алкоголизаций значительно уменьшилось (до 35,2 %), с формированием ремиссий, но у оставшейся части повышается удельный вес негативного влияния на здоровье и социальную сферу, что привело к росту численности данной подгруппы (28,25 % пациентов). Ремиссии связаны преимущественно с ипохондрической мотивацией, параллельно отмечалась склонность этой категории пациентов (вероятно, склонных к аддикции) к злоупотреблению лекарственными препаратами (в основном транквилизаторами и анальгетиками). Обращает на себя внимание сходство с течением алкоголизма у пациентов более старших возрастных групп [13, 15]. Кроме того, у пациентов с аддикциями и у ликвидаторов аварии на ЧАЭС были схожие результаты применения препаратов, сочетающих психотропное и иммуностимулирующее действие, например галавита и цитофлавина [3]. Не исключено, что можно говорить в понятийном (терминологическом) смысле не только об «Экологической психиатрии», но и об «Экологической аддиктологии». Данные материалы носят предварительный характер, наркологическая проблематика требует специального дальнейшего изучения.

Психосоматический и соматоформный варианты. С учетом важного вклада в формирование социально-стрессового фактора соматического неблагополучия (воспринимается пациентами как постоянная интенсивная неясная угроза, со смещением с телесной сферы в социальную) необходимо остановиться на состоянии соматической сферы и психосоматических нарушениях, которые были представлены заболеваниями, традиционно считающимися психосоматическими, а также нозогенными реакциями.

При формировании нозогенных реакций основное значение имели сердечно-сосудистые заболевания, болезни ЖКТ, дыхательной системы (особенно сопровождающиеся нарушением дыхания, в том числе гипервентиляционным синдромом) и эндокринной системы. Соматические заболевания носили множественный характер (в среднем 6,8 нозологии на 1 пациента); опережали возрастные рамки данной патологии (обычно подобные нарушения встречаются у пациентов более старших возрастных групп) и в большинстве случаев оценивались как сопутствующие. Пациенты считали соматические проблемы следствием воздействия радиации, проявлением «лучевой болезни», игнорируя их истинные причины, считали сомнительными перспективы лечения, а окружающую социальную и медицинскую среду недоброжелательной и ущемляющей их права и интересы, что сказывалось на терапевтическом альянсе, непрерывности и последовательности лечебно-профилактических мероприятий. При коморбидном варианте (84,27 % — 391 пациент) отличительной особенностью было наличие своеобразного психосоматического цикла, когда заболевания (психические и соматические) протекали относительно независимо друг от друга, декомпенсации не совпадали по времени и фактически сменяли друг друга.

Наличие коморбидной патологии видоизменяло как соматическую, так и психическую клиническую картину заболевания, с возникновением более частых обострений психосоматических заболеваний, с явной связью с неспецифическими индивидуально значимыми психогениями, на которые пациенты реагировали, как правило, появлением «привычных» симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, с преобладанием тревоги, беспокойства, напряженности, раздражительности, слабости [2, 5].

В психологическом «портрете» пациентов с психосоматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы преобладали тревожность (71,3 %) и мнительность, (67,3 %); при болезнях пищеварительного тракта обнаружен более высокий удельный вес значимости таких патохарактерологических качеств, как ригидность (75,3 %), «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 число сочетаний патохарактерологических черт, совместно создававших «фасад» пациента, с которым на ранних этапах течения заболеваний приходилось сталкиваться в основном врачам соматического профиля, лишь через несколько лет, пациент попадал к психиатру.

Переплетение «фасадных» черт затрудняло формирование комплаентных терапевтических отношений в паре «врач – больной», понимание пациентом сути своего страдания, выявление и разграничение психических и соматических симптомов и расстройств, утяжеляло течение и ухудшало прогноз реабилитационных мероприятий.

Течение заболевания определялось взаимодействием психосоматических и соматопсихических факторов, соотношение которых во многом было индивидуальным. Различные патогенные факторы у ликвидаторов аварии на ЧАЭС (в том числе психогенные воздействия – 95,4 %, соматогении – 63,4 %, дополнительные экзогенно-органические вредности – 16,8 %) часто декомпенсировали уже имеющиеся органические психические расстройства, носившие до этого скрытый характер. Их вклад в происхождение и течение психосоматических заболеваний со временем менялся: нарастало влияние личностных факторов в процессе углубления социальной, семейной, профессиональной дезадаптации.

У пациентов, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, важным фактором формирования клинической картины заболевания является получение пациентом вторичной выгоды от своего болезненного состояния. С течением времени фактор экспозиции ионизирующего излучения утрачивал свою значимость, преломляясь сквозь призму индивидуальных и социальных представлений и мифов. На первый план выходили психогенные и социальные воздействия, приводящие к формированию психосоматической и соматоформной симптоматики и далее к деформации личности в сторону ипохондризации с формированием и усложнением стойких рентных установок. Данная ситуация усугубляется мощным социальным прессингом, когда получаемые льготы и выгода от них (выплаты по пособиям превышали уровень средней заработной платы в стране) детерминировали формирование характерных паттернов поведения. Исходя из концепции душевных кризисов В. Я. Семке [16], есть все основания говорить о формировании у данной категории пациентов комбинированного экологического и психосоматического кризиса. Сформировавшееся и постепенно нарастающее социально-медицинское неблагополучие (обусловленное сложной сочетанной психиатрической и соматической патологией) явилось основой массивного социального стресса, накладывающегося на экологический стресс и усугубляющего его воздействие.

У всех ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС с непсихотическими психическими расстройствами были выявлены устойчивые к терапевтической коррекции иммунологические

нарушения, в основном нарушения в системе Т-лимфоцитов со снижением фагоцитарной активности лимфоцитов, повышением количества циркулирующих иммунных комплексов, что по выраженности соответствовало тяжести выявленной психической и соматической патологии. Иммунологические нарушения сохранялись на всех этапах течения психических заболеваний; корреляция иммунологических нарушений и выраженности радиационных факторов сохраняется и в настоящее время. Наиболее тяжелыми они были у ликвидаторов, командированных в Чернобыль в 1986 г., у которых были зафиксированы дозы облучения более 10 Бэр.

Отличительной особенностью непсихотических расстройств в группе ликвидаторов аварии на ЧАЭС была нестойкость иерархии ведущих синдромов и нозологических форм (аффективных, патохарактерологических, социально-стрессовых, неврозоподобных и т. д.), когда основные и сопутствующие варианты сменяли друг друга. Особенно часто отмечалось наличие соматического (психосоматического) и органического циклов, обострения которых во времени сменяли друг друга и были относительно независимы (по типу коморбидных нарушений, к примеру, при относительной стабилизации органического процесса ведущее значение часто имели соматические проблемы), а также аддитивные нарушения. Более редкими были патохарактерологические или аффективные фазы в состоянии данной категории больных. У пациентов основной группы отмечались также социально-стрессовые циклы (ПТСР – Социально-стрессовое расстройство) в динамике заболеваний с соответствующим облигатным и факультативным синдромогенезом, сглаженные массивным органическим процессом, активация которых чаще носила социогенный характер.

Данные клинические проявления, сформировавшись, в дальнейшем становились достаточно устойчивыми, при сочетании патохарактерологической и социальной проблематики пациенты были склонны к протестному, диссоциальному и аутодеструктивному поведению, что приводило к блокировке саногенной и позитивной социальной активности, фактическому отказу от участия в лечебном процессе. Практически это проявлялось либо в росте социальной изоляции и пассивности, либо, напротив, в повторяющихся вспышках агрессии, склонности вступать в длительные ситуации противостояния с микросоциумом, медицинскими, социальными работниками и государством, сутяжничестве, акциях протеста с выдвижением невыполнимых требований и т. д. Данные явления требуют дальнейшего изучения и анализа.

Выводы. Таким образом, психическая патология у ликвидаторов последствий радиационной катастрофы на Чернобыльской АЭС обладает выраженным полиморфизмом, широким спектром клинических проявлений и этиопатогенетически связана с воздействием различных комбинированных факторов – радиационных, психогенных, социальных, соматогенных, экзогенно-органических, конституционально-биологических и т. д. У ликвидаторов Чернобыльской аварии в отдаленные сроки устойчиво наблюдались хронические и нарастающие во времени, взаимно усугубляющие друг друга патологические изменения в биологической и социальной сферах.

На наш взгляд [13], экологическая психиатрия занимает клиническое пространство в границах клинического (пограничная, аффективная патология), социального и биологического разделов психиатрии. Нарастающее по мере прогрессирования психических нарушений медико-социальное неблагополучие часто способствует формированию и прогрессированию патохарактерологических нарушений и психосоматических заболеваний, что прослеживается и в полученных нами научных данных. Психогенные механизмы обычно выполняли роль «триггера» в возникновении пограничной психической патологии, а в дальнейшем, по мере прогрессирования заболевания, ведущую роль приобретали экзогенные и конституционально-биологические факторы, т. е. по мере перехода пограничных психических состояний у ликвидаторов аварии на ЧАЭС к затяжному течению роль психогенного фактора в патогенезе заболевания постепенно снижалась, основное значение имели уже биологические, соматические и психосоциальные факторы, с параллельным повышением значения внутренних (саногенных) механизмов. Влияние сложных медицинских и социальных проблем сопровождалось использованием пациентами неадаптивных психологических защит и малоэффективных копинг-стратегий, что способствовало развитию аффективной патологии и аддикций.

В связи с наличием сложных этиопатогенетических взаимодействий, типовых клинических, теоретико-методологических взаимосвязей, существованием многолетней информационной научно-исследовательской базы непсихотические психические расстройства у ликвидаторов последствий радиационных катастроф мы рассматриваем как своеобразную модель экологически спровоцированных психических расстройств, своего рода «экологическую психическую болезнь», дальнейшее изучение которой имеет высокое научное, практическое и социальное значение.

Л и т е р а т у р а

1. Александровский Ю. А. Динамика психогенных постстрессовых расстройств, развившихся при стихийных бедствиях и катастрофах // Руководство по реабилитации лиц, подвергшихся стрессорным нагрузкам. – М.: Медицина, 2004. – С. 400–422.
2. 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 психической патологией: мед. технология. – Томск, 2013. – 26 с.
3. Ветлузина Т. П., Бохан Н. А. Механизмы реализации терапевтического эффекта иммуномодулятора галавита при комплексной терапии алкоголизма // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 10. – С. 40–44.
4. Воеводин И. В. Копинг-поведение при аддитивных состояниях: относительность критериев адаптации // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2004. – № 4. – С. 7–12.
5. Гарганеева Н. П., Карташова И. Г., Семке В. Я., Костин А. К. Полиморфизм психопатологических расстройств в соответствии с клинико-эндоскопической характеристикой течения язвенной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. XVII, № 5. – С. 138.
6. Гычев А. В., Рахмазова Л. Д., Кононова М. Е. Психическое здоровье и безработица: Социокультуральные аспекты причинно-следственных соотношений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 88–90.
7. Дворкина Т. В. Коррекция аффективных органических расстройств у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС психотропными средствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2005. – 28 с.
8. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
9. Куприянова И. Е. Клинико-патогенетические закономерности терапии невротических состояний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2002. – 43 с.
10. Максимов А. В. Распространенность, клиника и профилактика психических расстройств в районах с различным экологическим состоянием: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 213 с.
11. Малыгин В. Л., Цыганков Б. Д. Психические нарушения радиационного генеза (клиника, патофизиология, терапия). – М., 2005. – 236 с.
12. Пороховский Я. В., Ветлузина Т. П., Тетенев Ф. Ф. Состояние гемомикроциркуляции и некоторых компонентов иммунитета у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Иммунология. – 2009. – Т. 30, № 4. – С. 227–230.
13. Рудницкий В. А. Клинические и реабилитационные проблемы экологической психиатрии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2011. – 46 с.
14. Румянцева Г. М., Чинкина О. В., Бежина Л. Н. Радиационные инциденты и психическое здоровье населения. – М., 2009. – 285 с.

15. Сединина Н. С. Динамика психических нарушений у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: клинические, иммунологические, социальные и реабилитационные аспекты : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 43 с.
 16. Семке В. Я., Стоянова И. Я., Ошаев С. А. Психологическая модель травматического стресса на примере посттравматических стрессовых расстройств // Вестник Томского государственного университета. – 2005. – № 286. – С. 123–129.
 17. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Шушпанова Т. В. Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107, вып. 3. – С. 78.
 18. Angst J., Gamma A., Rössler W. et al. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample // J. Affect. Disord. – 2009. – May. – V. 115 (1–2). – P 112–121.
 19. Murray C. J., Lopez A. D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 // Global Burden of disease and Injury Series. – Cambridge : Harvard University Press, 1996. – Vol. 1.
- Транслитерация русских источников*
1. Alexandrovsky Yu. A. [Dynamics of psychogenic post-stress disorders developed during natural disasters and catastrophes. Handbook on rehabilitation of persons exposed to stressor loads]. Medicina, Moscow, 2004; 400–422. (In Russ.).
 2. Belokrylova M. F., Garganeeva N. P., Lebedeva V. F., Epanchintseva E. M., Redchits O. A., Kostin A. K., Lukiyanova E. V. [Algorithm of integrative medical care and rehabilitation of persons with combined physical and mental pathology: Medical technology]. Tomsk, 2013; 26 p. (In Russ.).
 3. Vetlugina T. P., Bokhan N. A. [Realization mechanisms of therapeutic effect of immunomodulator Galavit in the process of complex alcoholism therapy]. *Narkologija* [Narcology]. 2005; 4, 10: 40–45. (In Russ.).
 4. Voevodin I. V. [Coping-behaviour in addictive states: relativity of criteria of adaptation]. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psichologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2004; 4: 7–12. (In Russ.).
 5. Garganeeva N. P., Kartashova I. G., Semke V. Ya., Kostin A. K. [Polymorphism of psychopathological disorders according to clinical-endoscopic characteristics of course of peptic ulcer]. *Rossiiskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology]. 2007; XVII (5): 138. (In Russ.).
 6. Gychev A. V., Rakhmazova L. D., Kononova M. E. [Mental health and unemployment: Sociocultural aspects of cause-effect correlations]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 88–90. (In Russ.).
 7. Dvorkina T. V. Correction of affective organic disorders in liquidators of the accident on Chernobyl APS with psychotropic agents]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 2005; 28 p. (In Russ.).
 8. Krasnov V. N. [Affective spectrum disorders]. *Prakticheskaja medicina*, Moscow, 2011; 432 p. (In Russ.).
 9. Kupriyanova I. E. [Clinical-pathogenetic patterns of therapy of neurotic states]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 2002; 43 p. (In Russ.).
 10. Maximov A. V. [Prevalence, clinic and prevention of mental disorders in districts with different ecological state]. *Dis. ... kand. med. nauk* [PhD thesis]. Moscow, 2006; 213 p. (In Russ.).
 11. Malygin V. L., Tsygankov B. D. [Mental disturbances of radiation origin (clinic, pathophysiology, therapy)]. Moscow, 2005; 236 p. (In Russ.).
 12. Porovsky Ya. V., Vetlugina T. P., Tetenev F. F. [State of hemomicrocirculation and some components of the immunity in liquidators of the accident on Chernobyl APS]. *Immunologija* [Immunology]. 2009; 30 (4): 227–230. (In Russ.).
 13. Rudnitsky V. A. [Clinical and rehabilitative problems of ecological psychiatry]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 2011; 46 p. (In Russ.).
 14. Rumyantseva G. M., Chinkina O. V., Bezhina L. N. [Radiation incidents and public mental health]. Moscow, 2009; 285 p. (In Russ.).
 15. Sedinina N. S. [Dynamic of mental disturbances in participants of liquidation of the consequences of the accident on Chernobyl APS: clinical, immunological, social and rehabilitative aspects]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of MD thesis]. Moscow, 2009; 43 p. (In Russ.).
 16. Semke V. Ya., Stoyanova I. Ya., Oshaev S. A. [Psychological model of traumatic stress on example of posttraumatic stress disorders]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State University]. 2005; 286: 123–129. (In Russ.).
 17. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Shushpanova T. V. [Mental health of population of Siberia and Far East]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2007; 107 (3): 78. (In Russ.).

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13

ББК Р645.021.11-1-17

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕН- НОСТИ АЛКОГОЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРЕДСТА- ВИТЕЛЕЙ КОРЕННЫХ НАЦИО- НАЛЬНОСТЕЙ ЯМАЛО-НЕНЕЦ- КОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА

Бохан Н. А.^{1,2}, Сульдин А. М.^{3*},
Савченко М. Е.⁴

¹ НИИ психического здоровья

634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России

634050, Томск, Московский тракт, 2

³ ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет»

628412, Тюменская обл., ХМАО-Югра, Сургут, пр. Ленина, 1

⁴ Департамент здравоохранения Ямало-Ненецкого АО
629008, Салехард, ул. Республики, 72

В статье рассматриваются данные статистического учета пораженности алкоголизмом представителей коренного населения Ямало-Ненецкого автономного округа. Выявлены основные показатели, характеризующие динамику постановки и снятия с учета с диагнозами «алкоголизм» и «алкогольные психозы». **Ключевые слова:** алкоголизм, коренные народы Ямало-Ненецкого автономного округа, этнические особенности.

CLINICAL-DYNAMIC CHARACTERISTIC OF INCIDENCE OF ALCOHOL USE DISORDERS OF REPRESENTATIVES OF INDIGENOUS NATIONALITIES OF THE YAMAL-NENETS AUTONOMOUS OKRUG. Bokhan N. A.¹, Sul'din A. M.², Savchenko M. E.^{3,1} Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. ²Siberian State Medical University. Moscovski Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia. ³Pathophysiology and General Pathology Department of Surgut State University. Lenin Avenue 1, 628412, Surgut, Russia. ⁴Department of Healthcare of Yamal-Nenets Autonomous Okrug. Republic Street 72, 629008, Salekhard, Russia. In the article, the data of statistical calculation of incidence of alcoholism of representatives of indigenous population of Yamal-Nenets Autonomous Okrug is investigated. Basic indices are

revealed, which characterize the dynamics of registration and removal from account with diagnosed chronic alcoholism and alcoholic psychoses. **Keywords:** alcoholism, indigenous peoples of Yamal-Nenets Autonomous Okrug, ethnic features.

Введение. Длительное психоэмоциональное напряжение вследствие воздействия аккультуризационного стресса с последующим формированием психической зависимости от алкоголя, согласно мнению Н. Л. Бочкаревой, Ц. П. Короленко, А. И. Зининой, В. В. Кудриной, О. П. Стукалиной [4] явились результатом перехода аборигенов Севера на оседлый образ жизни и нетрадиционные виды труда в середине XX столетия. В литературных источниках встречаются указания на вполне определенные различия клинико-динамического течения алкоголизма в различных этнических группах. Исследованиями Н. Л. Бочкаревой [3], Ц. П. Короленко, Н. Л. Бочкаревой [7], В. Segal, В. Saylor [12], J. P. Seale [11] и в работах других авторов установлена значительная частота зависимости от алкоголя среди коренных жителей Таймыра, Канады и Аляски.

Цель исследования. Изучить и систематизировать данные о распространенности алкогольной зависимости среди представителей коренных этносов Ямало-Ненецкого автономного округа, представить показатели, характеризующие динамику постановки и снятия с учета лиц с диагнозами «алкоголизм» и «алкогольные психозы».

Материал исследования. Настоящее исследование выполнено в период с 2002 по 2012 г. на базе ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной психоневрологический диспансер» (Салехард). В соответствии с поставленной целью материалом исследования были определены:

– данные официальной статистической отчетности «Ямало-Ненецкого окружного психоневрологического диспансера» по распространенности и заболеваемости алкоголизмом и наркоманиями среди населения ЯНАО в период с 2002 по 2012 г. по форме № 37 «Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями»; по форме № 11 «Сведения о заболеваемости наркологическими расстройствами»;

– данные официальной статистической отчетности по форме № 49 «Статистическая карта вышедшего из наркологического стационара»;

– данные официальной статистической отчетности по форме 030-2/у «Статистический талон на больного, снятого с диспансерного учета»; форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», форма № 003/у «Медицинская карта стационарного больного», «Статистический талон на больного, снятого с диспансерного учета», форма № 030-1у «Контрольная карта диспансерного наблюдения...»;

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

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

– данные государственной статистики за период 2002—2012 гг. по причинам смерти лиц, находившихся на диспансерном учете в связи с употреблением ПАВ (всего 50 случаев);

– амбулаторные карты и истории болезни пациентов, состоящих на диспансерном учете и проходивших лечение по поводу зависимости от алкоголя в ГБУЗ «ЯНОНД» за 2002—2012 гг.

Методы исследования. При проведении исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-динамический и статистический (обработка результатов исследования методами многомерной статистики, корреляционный анализ, оценка достоверности полученных данных с применением t-критерия Стьюдента).

Результаты исследования и их обсуждение. К числу представителей коренных малочисленных народов севера (КМНС), проживающих на территории Ямало-Ненецкого автономного округа, относятся ненцы, ханты и селькупы. По материалам Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Ямало-Ненецкому автономному округу на территории ЯНАО на 01.01.2013 г. проживало 56 108 представителей народа ненцы, 40 034 представителей народа ханты, 5 890 представителей народа селькупы. Ненцы занимают территории Ямальского, Тазовского, Надымского районов. К территориям проживания хантов относятся Приуральский и Шурышкарский районы. В Пуровском районе преимущественную популяцию представляют ханты (на 01.01.2013 г. – 20 284 чел.), которые делят территорию района с ненцами (на 01.01.2013 г. – 12 432 чел.). Селькупы занимают территорию Красноселькупского района (на 01.01.2013 г. – 5 890 чел.). Суммарно в автономном округе проживает 102 032 человека, из числа представителей коренных малочисленных народов Севера. Общая численность всего населения ЯНАО на 01.01.2013 г. составляет 536 558 человек.

Сведения о численности КМНС, проживающих на территории Ямало-Ненецкого автономного округа, по годам за период 2002—2012 гг. представлены в таблице 1.

Численность КМНС в Ямало-Ненецком автономном округе имела положительную динамику за период 2002—2012 гг., однако такие показатели, как наблюдаемое снижение удельного веса детей в возрасте до 14 лет с 29,9 % в 2002 г. до 25,4 % в 2012 г., а также рост удельного веса взрослого населения за этот же период с 60,9 % в 2002 г. до 67,9 % в 2012 г., свидетельствуют о появлении признаков демографического старения, происходящего среди представителей коренных этносов Ямало-Ненецкого автономного округа.

Таблица 1
Численность населения КМНС Ямало-Ненецкого автономного округа за 2002—2012 гг.

Год	Дети (0—14 лет)		Подростки (15—17 лет)		Взрослые		Всего
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
2002	24673	29,9	7598	9,2	50422	60,9	82695
2003	26011	29,1	7357	8,3	55953	62,6	89323
2004	26006	29,1	7361	8,3	55940	62,6	89307
2005	22107	25,1	9304	10,6	56677	64,3	88090
2006	25535	28,0	7799	8,6	57847	63,4	91182
2007	22412	24,8	8748	9,7	58990	65,5	90150
2008	22864	24,1	8639	9,2	63270	66,7	94772
2009	23060	24,0	8370	8,7	64606	67,2	96036
2010	23736	25,3	6542	6,9	65538	69,8	93816
2011	25322	24,9	6895	6,9	69310	68,2	101527
2012	25931	25,4	6801	6,7	69300	67,9	102032

Проблема алкоголизации коренных этносов Сибири, по мнению В. Н. Кузнецова, Н. А. Бохана, А. И. Мандель [9], заключается в совершении ими противоправных деяний в состоянии алкогольного опьянения и низком уровне социальной адаптации. В настоящее время появились широкие возможности комплексного изучения психического здоровья малочисленных народов Севера Сибири, но при этом остаются «недостаточно изученными вопросы распространенности, клиники и профилактики алкоголизма и алкогольных психозов в восточных регионах страны» [5].

Необходимо отметить, что в настоящем исследовании мы не ставили задачи по проведению сравнительного анализа пораженности алкоголизмом между различными этническими группами населения Ямало-Ненецкого автономного округа, принимая во внимание мнение И. А. Артемьева [1] относительно нецелесообразности выявления «этнического предпочтения к алкоголизации на основании популяционно-статистического анализа» в связи с малочисленностью изучаемых этнических групп, а также точку зрения Н. А. Бохана [2] о том, что течение алкогольного процесса в меньшей степени определяется этногенетическими связями и в гораздо большей степени связано с культурными традициями. Поэтому сведения о динамике состоящих и вновь взятых на учет с диагнозами «алкоголизм» и «алкогольные психозы», представленные в таблице 2, и сведения о динамике состоящих на учете и вновь взятых на учет лиц с диагнозом «алкогольные психозы» за период с 2002 по 2012 г., представленные в таблице 3, содержат данные по трем этническим группам населения (ненцы, ханты, селькупы), обозначаемым далее как коренные малочисленные народы Севера (КМНС), проживающие на территории Ямало-Ненецкого автономного округа.

Таблица 2

Динамика состоящих и вновь взятых на учет лиц с диагнозами «алкоголизм» и «алкогольные психозы» (КМНС) за 2002–2012 гг. (на 100 тысяч населения)

Год	Взято под наблюдение		Снято с наблюдения			Состоит под наблюдением на конец года
	в течение года	с впервые установленным диагнозом	в течение года	в связи с выздоровлением / длительным воздержанием	в связи со смертностью	
2002	293,3	265,5	182,9	46,3	60,2	2117,8
2003	187,4	185,9	178,9	60,4	76,7	1735,5
2004	237,0	224,6	220,0	76,7	68,9	1379,5
2005	194,5	175,6	276,8	137,2	85,5	1921,0
2006	199,2	187,0	296,5	105,7	108,0	2416,3
2007	273,3	263,2	311,1	134,3	114,2	2707,2
2008	275,9	232,1	371,5	182,5	111,7	2952,7
2009	243,9	203,2	515,3	117,6	143,7	2760,2
2010	333,1	279,0	327,9	102,1	99,2	2834,8
2011	328,3	275,6	361,1	108,6	124,6	3061,1
2012	244,1	214,7	316,4	93,0	107,3	2990,0

Количество взятых под наблюдение в течение года больных с диагнозами «алкоголизм» и «алкогольные психозы» за период с 2002 по 2012 г. снизилось на 16,8 % (в 2002 г. – 293,3 случая, в 2012 г. – 244,1 случая на 100 тысяч населения, $p < 0,05$). Из них число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом снизилось на 19,2 % (в 2002 г. – 265,5 случая, в 2012 г. – 214,7 случая на 100 тысяч населения, $p < 0,05$). Число снятых с наблюдения лиц в отчетном году увеличилось на 73,0 % (в 2002 г. – 182,9 случая, в 2012 г. – 316,4 случая на 100 тысяч населения, $p < 0,05$). Количество снятых с наблюдения в связи с выздоровлением увеличилось вдвое (в 2002 г. – 46,3 случая, в 2012 г. – 93,0 случая на 100 тысяч населения, $p < 0,05$). Число снятых с наблюдения в связи со смертностью увеличилось в 1,8 раза (в 2002 г. – 60,2 случая, в 2012 г. – 107,3 случая на 100 тысяч населения, $p < 0,05$). Количество состоящих под наблюдением возросло в 1,4 раза (в 2002 г. – 2117,8 случая, в 2012 г. – 2990,0 случая на 100 тысяч населения, $p < 0,05$).

Динамика состоящих на учете и вновь взятых на учет лиц с диагнозом «алкогольные психозы» (коренные национальности) за период с 2002 по 2012 г. отражена в таблице 3.

Как следует из таблицы 3, количество взятых под наблюдение в течение года больных с диагнозом «алкогольные психозы» за период с 2002 г. по 2010 г. повысилось в 1,7 раза (в 2002 г. – 43,2 случая, в 2010 г. – 72,5 случая на 100 тысяч населения). Начиная с 2011 г. произошло значительное снижение (в 1,4 раза) количества взятых под наблюдение (в 2010 – 72,5 случая, в 2011 г. – 67,9 случая, в 2012 г. – 51,7 случая на 100 тысяч населения).

Таблица 3

Динамика состоящих на учете и вновь взятых на учет с впервые установленным диагнозом «алкогольные психозы» (КМНС) с 2002 по 2012 г.

Год	Взято под наблюдение		Снято с наблюдения			Состоит под наблюдением на конец года
	в течение года	с впервые установленным диагнозом	в течение года	в связи с выздоровлением / длительным воздержанием	в связи со смертностью	
2002	43,2	43,2	10,8	-	3,1	50,2
2003	29,4	29,4	5,4	-	1,5	56,5
2004	44,2	43,4	6,2	-	4,6	76,7
2005	39,2	39,2	5,5	-	3,1	79,2
2006	47,9	46,4	6,8	-	3,8	89,0
2007	67,9	64,8	7,7	-	6,2	109,6
2008	63,5	59,1	19,0	-	15,3	145,3
2009	67,5	59,5	15,2	-	9,4	136,4
2010	72,5	66,6	9,6	-	5,9	142,1
2011	67,9	63,1	12,0	-	5,6	131,8
2012	51,7	45,3	9,5	-	6,4	124,0

Аналогичная ситуация наблюдается в группе больных с впервые в жизни установленным диагнозом «алкогольные психозы». За период с 2002 по 2010 г. количество больных увеличилось в 1,5 раза (в 2002 г. – 43,2 случая, в 2010 г. – 66,6 случая на 100 тысяч населения). Начиная с 2010 по 2012 г. произошло снижение (в 1,4 раза) числа взятых под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом (в 2010 г. – 66,6 случая, в 2011 г. – 63,1 случая, в 2012 г. – 45,3 случая на 100 тысяч населения).

Процесс снятия с наблюдения за период с 2002 по 2012 г. характеризуется неравномерной направленностью, но все же с тенденцией к снижению на 11,7 % (в 2002 г. – 10,8 случая, в 2012 г. – 9,5 случая на 100 тысяч населения). Число снятых с наблюдения в связи со смертностью повысилось вдвое (в 2002 г. – 3,1 случая, в 2012 г. – 6,4 случая на 100 тысяч населения). Количество состоящих под наблюдением увеличилось с 50,2 случая в 2002 г. до 124,0 случая в 2012 г. (на 100 тысяч населения).

Очевидно, что наркологическая ситуация в Ямало-Ненецком автономном округе связана с отреагированием на меры, принятые правительством автономного округа, общественными и медицинскими организациями. В рамках организации мероприятий по профилактике алкоголизма в Ямало-Ненецком автономном округе сформирована система мониторинга потребления алкоголя представителями коренных народов Севера Сибири при участии ряда общественных организаций («Ямальское общество врачей», «Общество врачей центров здоровья», «Российское общество развития школьной и университетской медицины и здоровья»),

молодежных объединений, органов обеспечения правопорядка и надзорных ведомств, представителей депутатского корпуса, бизнес-сообщества и работодателей, средств массовой информации и волонтеров. Создана сеть кабинетов и отделений медицинской профилактики медицинской помощи потребителям алкоголя из числа коренных народов Севера Сибири. Контроль за выполнением мероприятий по профилактике потребления алкоголя лицами из числа представителей коренных народов Севера Сибири возложен на координационный совет по внутриведомственному и межведомственному взаимодействию по вопросам здорового образа жизни и профилактики заболеваний среди населения Ямало-Ненецкого автономного округа.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование пораженности алкогольными расстройствами представителей коренных национальностей Ямало-Ненецкого автономного округа выявило следующее.

1. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом и алкогольными психозами коренного населения Ямало-Ненецкого автономного округа за период с 2002 по 2012 г. характеризуется снижением (на 16,8 %) числа взятых под наблюдение в течение года больных с диагнозами «алкоголизм» и «алкогольные психозы»; ростом (на 73,0 %) числа больных, снятых с наблюдения, в том числе увеличением вдвое численности снятых с наблюдения больных в связи с выздоровлением.

2. Заболеваемость и болезненность алкогольными психозами коренного населения Ямало-Ненецкого автономного округа за период с 2002 по 2012 г. характеризуется увеличением в 1,7 раза количества взятых под наблюдение в течение года больных с диагнозом «алкогольные психозы» за период с 2002 по 2010 г. (в 2002 г. — 43,2 случая, в 2010 г. — 72,5 случая на 100 тысяч населения); последующим снижением в 1,4 раза числа взятых под наблюдение в течение года больных с диагнозом «алкогольные психозы» за период с 2010 по 2012 г. (в 2010 г. — 66,6 случая, в 2012 г. — 51,7 случая на 100 тысяч населения).

3. Для улучшения наркологической ситуации среди коренных малочисленных народов Севера, проживающих на территории Ямало-Ненецкого автономного округа разработаны мероприятия, принятые правительством автономного округа, общественными организациями и медицинскими организациями по профилактике алкоголизма в автономном округе. В Ямало-Ненецком автономном округе сформирована система мониторинга потребления алкоголя представителями коренных малочисленных народов Севера.

Контрольные функции возложены на координационный совет по внутриведомственному и межведомственному взаимодействию по вопросам здорового образа жизни и профилактики заболеваний среди населения Ямало-Ненецкого автономного округа.

Л и т е р а т у р а

1. *Артемьев И. А.* Алкоголизм в полиэтнических субпопуляциях циркумполярной зоны северо-восточных регионов России // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. — 2012. — № 3 (72). — С. 32—35.
2. *Бохан Н. А., Эрдэнэбаяр Л.* Этнокультуральные закономерности клинической динамики алкоголизма у жителей Монголии // *Этнопсихиатрия и этнонаркология на рубеже веков: Материалы научно-практической конференции с международным участием*. — Томск, 2002. — С. 14—17.
3. *Бочкарева Н. Л.* Особенности острых алкогольных психозов в условиях Крайнего Севера: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1974.
4. *Бочкарева Н. Л., Короленко Ц. П., Зинина А. И., Кудрина В. В., Стукалина О. П.* Особенности зависимости от алкоголя у коренных жителей Таймыра // *Этнопсихиатрия и этнонаркология на рубеже веков: Материалы научно-практической конференции с международным участием*. — Томск, 2002. — С. 17—21.
5. *Бохан Н. А., Кургак Д. И.* Этнокультуральные особенности алкоголизма у коренного населения Камчатского края, проживающего в условиях Крайнего Севера // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. — 2012. — № 3 (72). — С. 100—105.
6. *Колотилин Г. Ф., Кудрявцев Ю. Д.* Клиника алкоголизма у аборигенов Дальнего Востока // *Современные проблемы пограничных и аддитивных состояний: Материалы конференции*. — Томск, 1996. — С. 113—114.
7. *Короленко Ц. П., Бочкарева Н. Л.* Особенности некоторых экзогенных интоксикаций в условиях Севера. — Новосибирск: Наука, Сибирское отделение, 1982. — 120 с.
8. *Кудрявцев Ю. Д.* Клинические проявления психических расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, у коренных народов Хабаровского края: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 22 с.
9. *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—100.
10. *Матвеева Н. П.* Распространенность, факторы риска и клиническая динамика алкоголизма и алкогольных психозов среди коренного населения Республики Саха (Якутия) (этнокультурный, реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2010.
11. *Seale J. P., Shellenberger S., Spence J.* Alcohol problems in Alaska Natives lessons from the Inuit // *Am. Indian. Alsk. Native. Mental Health Res.* — 2006. — V. 13 (1). — P. 1—31.
12. *Segal B., Saylor B.* Social transition in the north: comparisons of drug taking behavior among Alaska and Russian natives // *Int. J. Circumpolar. Health.* — 2007. — Feb. — V. 66 (1). — P. 1—6.

Транслитерация русских источников

1. Artemyev I. A. [Alcoholism in polyethnic subpopulations of circumpolar zone of north-eastern regions of Russia]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3 (72): 32—35. (In Russ.).
2. Bokhan N. A., Erdenebayar L. [Ethnotranscultural patterns of clinical dynamic of alcoholism in population of Mongolia]. *Jetnopsihiatrija i jetnonarkologija na rubezhe vekov: Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem* [Ethnopsychiatry and ethnoaddictology at the turn of the century: Materials of Scientific-Practical Conference with international participation]. Tomsk, 2002; 14—17. (In Russ.).
3. Bochkareva N. L. [Features of acute alcoholic psychoses under conditions of Far North]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of Ph.D. thesis]. Novosibirsk, 1974. (In Russ.).
4. Bochkareva N. L., Korolenko C. P., Zinina A. I., Kudrina V. V., Stukalina O. P. [Features of alcohol dependence in indigenous population of Taymyr]. *Jetnopsihiatrija i jetnonarkologija na rubezhe vekov: Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem* [Ethnopsychiatry and ethnoaddictology at the turn of the century: Materials of Scientific-Practical Conference with international participation]. Tomsk, 2002; 17—21. (In Russ.).
5. Bokhan N. A., Kurgak D. I. [Ethnocultural features of alcoholism in indigenous population of Kamchatka Krai living under conditions of the Far North]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3(72): 100—105. (In Russ.).
6. Kolotilin G. F., Kudryavtsev Yu. D. [Clinic of alcoholism in aborigines of the Far East]. *Sovremennye problemy pogranichnyh i addiktivnyh sostojanij: Materialy konferencii* [Modern problems of borderline and addictive states: Materials of the Conference]. Tomsk, 1996; 113—114. (In Russ.).
7. Korolenko C. P., Bochkareva N. L. [Features of some exogenous intoxications under conditions of the North]. Publishing house Nauka, Novosibirsk, 1982; 120 p. (In Russ.).
8. Kudryavtsev Yu. D. [Clinical manifestations of mental disorders conditioned by alcohol use in indigenous peoples of Khabarovsk Krai]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of Ph.D. thesis]. Moscow, 2000; 22 p. (In Russ.).
9. Kuznetsov V. N., Bokhan N. A., Mandel A. I. [Formation of alcohol dependence in Narym Selkups]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3(72): 97—100. (In Russ.).
10. Matveeva N. P. [Prevalence, risk factors and clinical dynamic of alcoholism and alcoholic psychoses among indigenous population of the Republic of Sakha (Yakutia) (ethnocultural, rehabilitative aspects)]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of Ph.D. thesis]. Tomsk, 2010. (In Russ.).

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13-613.83

ББК Р645.021.13-52

СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАННАБИНОИДЫ (СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ, ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ)

Овчинников А. А.^{1*}, Патрикеева О. Н.²,
Кормилина О. М.²

¹ ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» Минздрава РФ
630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

² ГБУЗ НСО «Новосибирский ОНД»
630007, Новосибирск, ул. Каинская, 21а

Синтетические каннабиноиды (СК), предлагаемые на нелегальном рынке в составе травяных смесей для курения, получают все большее распространение среди потребителей психоактивных веществ в России и за рубежом. В работе обсуждаются распространенность, аддиктивный потенциал, медико-биологические последствия, вызванные употреблением описываемых психоактивных веществ. **Ключевые слова:** дизайнерские наркотики, зависимость, интоксикационный психоз, психоактивные вещества, распространенность, синтетические каннабиноиды.

SYNTHETIC CANNABINOID. STATE OF THE PROBLEM, THE REGIONAL ASPECTS AND SIDE EFFECTS OF CONSUMPTION. Ovchinnikov A. A.¹, Patrikeeva O. N.², Kormilina O. M.² ¹Novosibirsk State Medical University. Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russia. ²Novosibirsk Regional Narcological Dispensary. Kainskaya Street 21a, 630007, Novosibirsk, Russia. Synthetic cannabinoids, offered on the illegal drug market in the composition of herbal smoking blends, are becoming more common among substance users in Russia and abroad. In this paper, prevalence, addictive potential, biomedical effects caused by the use of the described psychoactive substances are discussed. **Keywords:** designer drugs, dependence, substance-induced psychosis, psychoactive substances, prevalence, synthetic cannabinoids.

* Анатолий Александрович Овчинников – д. м. н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета социальной работы и клинической психологии. E-mail: anat1958@mail.ru

Ольга Николаевна Патрикеева – зам. гл. врача по медицинской части ГБУЗ НСО «Новосибирский ОНД», аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета социальной работы и клинической психологии. E-mail: oli74@mail.ru. Телефон: 891394484-30.

Ольга Михайловна Кормилина – к. м. н., главный врач ГБУЗ НСО «Новосибирский ОНД». E-mail: narcologia@inbox.ru

Введение. Синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов впервые синтезированы в фармацевтических или академических лабораториях для проведения научных исследований (при изучении эндоканнабиноидных нейромедиаторных систем) или разработки новых лекарственных средств для лечения различного вида нейродегенеративных, онкологических, иммунных заболеваний и, возможно, химических зависимостей [15, 27].

Значительная часть синтетических каннабиноидов (СК) синтезирована под руководством профессоров J. W. Huffman и A. Makriyannis, что нашло отражение в аббревиатурах этих веществ: «JWH» и «AM» [14].

Распространенность синтетических каннабиноидов. Новые психоактивные субстанции, содержащие СК, появились в Европе приблизительно в 2005 г. [20]; масштаб их проникновения на территорию РФ и соответственно научный интерес к их клинко-динамической систематике в те годы не являлись еще актуальной проблемой [12]. N. Hohmann et al. (2014) указывают, что количество новых психоактивных веществ в странах Европы в настоящее время достигло исторического максимума [20]. Так, 41 психоактивное вещество было доведено до сведения Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании (EMCDDA) в 2010 г., 49 веществ – в 2011 г., рекордная цифра (73 вещества) – в 2012 г. Среди определяемых веществ наиболее распространенными являются СК (39,3 %).

Согласно проведенным исследованиям об уровне распространенности СК, в Германии в 2012 г. распространенность «Spice» определяется на уровне 7 % для лиц в возрасте от 15 до 18 лет. При этом 16 % опрошенных заявили, что они лично знакомы с потребителями данных психоактивных веществ [20]. Кроме того, публикации из Германии включают описания серии случаев выявления лиц, управляющих автотранспортом под воздействием СК [22] и описание проявлений синдрома отмены после потребления данного вида ПАВ [28].

Американская Ассоциация Центров Контроля за Ядами сообщает о 112 вызовах, связанных с употреблением СК, в токсикологические центры в 15 штатах в 2009 г. и выражает обеспокоенность быстрым увеличением числа подобных вызовов. За 9 месяцев из 49 штатов и округа Колумбия было зарегистрировано 2 700 вызовов, а к 2011 г. их число возросло до 6 549. В 2012 г. отмечалось в среднем 580 звонков в месяц [17].

В России курительные смеси начали быстро распространяться приблизительно с 2007–2008 гг. [1, 6]. Например, С. А. Корякин отмечает, что на территории Самарской области курительная смесь «Спайс» появилась в 2008 г. Указанная смесь реализовалась под разными торговыми наименованиями «Dream», «Spaice gold», «Zoom» и др. [8].

С 2008—2009 г. СК появились и получили широкое распространение на территории Новосибирской области. Так, с 2010 г. врачами отделения наркотических экспертиз Новосибирского областного наркологического диспансера стали проводиться экспертизы по уголовным делам, связанным с незаконным оборотом СК: в 2011 г. было направлено 54 материала уголовных дел, в то время как в 2010 г. — всего 6 [13]. В 2012—2013 гг. отмечалось дальнейшее увеличение данного показателя (на 70 % по сравнению с 2011 г.).

Правоохранительными органами СФО за период с января по июль 2014 г. из незаконного оборота было изъято 508,3 кг синтетических наркотиков, что на 81 % больше по сравнению с АППГ (в целом по РФ произошел рост на 122,2 %). Синтетические ПАВ изымались во всех регионах округа, при этом наибольший объем изъятия приходится на Новосибирскую область (282,2 кг), Красноярский край (99,4 кг) и Омскую область (50,1 кг). При этом суммарные объемы изъятий синтетических наркотиков в СФО превышают объемы изъятий героина (453,8 кг) [2].

Основным местом производства СК является Китай. Органами ФСКН России СФО только за 6 месяцев 2014 г. выявлено 40 фактов контрабанды синтетических наркотических средств, 20 из которых поступило из Китая, остальные — из стран Евросоюза и Северной Америки [2].

Особую опасность оборота СК представляет тот факт, что за несколько недель до внесения новых видов наркотиков в Перечень наркотических средств и психотропных веществ, подлежащих контролю в Российской Федерации, на нелегальных предприятиях Китая изменяют химическую формулу и начинают производство новых, неподконтрольных наркотических средств. По приблизительным оценкам, срок от создания новой формулы психоактивного вещества до изготовления его первой партии составляет 1 месяц [2].

Факторами, способствующими незаконному обороту новых видов ПАВ, в том числе СК, являются следующие.

Психологический фактор — формирование в среде потребителей ложных стереотипов о легальности (на сленге потребителей так и звучит — «легалка»), а также якобы о безвредности и безопасности их употребления, об отсутствии формирования зависимости от этих веществ. Немаловажную роль также играет способ употребления — путем курения, что обеспечивает отсутствие как некоторых внешних признаков употребления ПАВ (следы от инъекций), так и риска заражения ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами.

Диагностический фактор — отсутствие реакции при проведении стандартных экспресс-тестов на наркотические вещества, необходимость применения высокочувствительных методов при проведении лабораторной диагностики.

Наркогенный фактор — быстрое формирование при употреблении синдрома психической, а впоследствии и физической зависимости.

Территориальный фактор — наличие протяженных приграничных территорий со странами, где развит бизнес нелегального производства СК (Китай).

Логистический фактор — высокая концентрация активного вещества, минимальная подверженность воздействию окружающей среды, а также возможность бесконтактных способов оплаты и приобретения ПАВ [2].

Технологический фактор — возможность изменения формул существующих СК с целью синтеза новых, не внесенных в Перечень наркотических средств без применения дорогостоящего химического оборудования [2].

Юридический фактор — время, необходимое для внесения новых синтетических средств в Перечень наркотических средств и психотропных веществ, подлежащих контролю в РФ (от 6 месяцев до 1 года), значительно превышает время, необходимое для их синтеза и запуска в оборот. Изготовление на территории Китая в больших объемах синтетических аналогов тетрагидроканнабинола, не отнесенных к перечню запрещенных на территории данного государства [2].

Финансовый фактор — получение сверхприбыли от денежных средств, вложенных в изготовление и распространение СК при минимальных затратах [2].

Значимым аспектом противодействия незаконному обороту СК является работа территориальных органов ФСКН России по блокированию сайтов, содержащих противоправный контент.

Субъективные эффекты в опьянении СК имеют сходство с действием гашиша и марихуаны [14, 26], однако более короткие по времени и более выраженные по интенсивности опьянения. СК при однократном употреблении способны вызывать эйфорию, а при систематическом приеме — психическую и физическую зависимость [3, 15, 26, 28]. Нередко использование этих препаратов сопровождается одновременным или чередующимся приемом других психоактивных веществ — алкоголя, марихуны, психостимуляторов.

Механизмы токсического действия СК на организм человека определяются в основном активацией эндоканнабиноидных систем через СВ1-рецепторы [5]. СК являются высокоафинными агонистами каннабиноидных рецепторов:

средство JWH-018 для рецептора CB1 в несколько раз выше, чем ТКГ [16]. Потребители сообщают, что курительные смеси, содержащие синтетические каннабиноиды, имеют более сильное психотропное действие, чем марихуана.

До 2012—2013 г. синтетические каннабиноиды продавались на нелегальном рынке в составе сухой рассыпчатой травяной смеси, реализуемой под разными меняющимися названиями («Спайс», «Спайс Голд», «Юкатан», «Ромашка» и др.) и употребляемой путем курения через папиросу, стеклянную трубочку либо пластиковую бутылку. Начиная с 2013 г. в Новосибирске распространена продажа описываемых агентов в виде кристаллов белого порошка, называемых на языке потребителей «реагент», «реактив», растворяемых в органических растворителях. Полученным составом опрыскивается нейтральная высушенная травяная смесь (травы мяты, ромашки), которая в дальнейшем и употребляется путем курения.

Неблагоприятные последствия употребления, побочные эффекты. Употребление синтетических психоактивных веществ может приводить к острой интоксикации, развитию зависимости, передозировкам, а также вызывать преходящие психотические нарушения. На это указывают многочисленные клинические наблюдения отечественных [1, 3, 6, 10, 15] и зарубежных [20, 21, 24, 25, 28] исследователей.

Для острой интоксикации СК характерны нарушения речи и двигательной сферы, соматовегетативные расстройства в виде покраснения склер, тахикардии и повышения артериального давления [3].

Передозировки при употреблении СК описаны авторами как в нашей стране [1, 10], так и за рубежом [21]. В. Т. Лекомцев и др. (2011) описывают 9 случаев наблюдения передозировок СК. Пациенты были доставлены скорой медицинской помощью в городской токсикологический центр Ижевска. Во всех случаях у них наблюдались общая заторможенность, оглушение сознания, сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. В 3 случаях (33 %) встречались галлюцинаторные переживания и гиперкинезы [10].

Другие авторы в ряде случаев острых отравлений данными веществами среди основных симптомов описывают тахикардию, агитацию, тревожность, спутанность сознания, мидриаз, галлюцинации, парестезии, обмороки, головокружения, клонические и хореоатетозные подергивания, гипер- или гипотензию, диспноэ, кому, судорожные припадки [21].

По-прежнему актуальной остается проблема отравлений химическими веществами и на территории Новосибирской области.

По данным ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области», отравления наркотическими средствами составляли 15,2 % в структуре всех отравлений (4 901 случай) в 2013 г. В то же время среди острых отравлений наркотическими веществами доля отравлений «курительными смесями» и «солями» составила 70,1 %.

При систематическом употреблении курительных смесей, содержащих СК, наблюдается формирование синдрома зависимости [3, 16, 28]. Н. А. Бохан и др. (2014) обследовали группу подростков (41 чел.) в возрасте от 13 до 17 лет, в анамнезе и клинике которых были выявлены психические и поведенческие расстройства вследствие употребления СК. При изучении преморбидных личностных особенностей подростков с наличием или отсутствием суицидального поведения установлено, что для подростков с зависимостью от СК и аутоагрессивными тенденциями характерны личностные особенности эпилептоидного, истероэпилептоидного или неустойчивого типа, с преморбидной психической патологией в виде органических и невротических нарушений, у части лиц — сумственной отсталостью и расстройствами поведения. Для подростков с зависимостью от синтетических каннабиноидов без суицидального поведения типичны доминирование в преморбиде органических психических или невротических расстройств, а также личностные особенности истероидного, истеронеустойчивого, эпилептоидного или гипертимного типа [3].

Формирование синдрома физической зависимости от СК происходит в гораздо более короткие сроки, чем при гашишной наркомании. Zimmermann et al. (2009) описывают формирование синдрома физической зависимости у пациента после 8 месяцев регулярного употребления «Spaice Gold» [28]. Н. А. Бохан и др. (2014) отмечают формирование у подростков абстинентного синдрома через 5–6 месяцев от начала употребления (из них приблизительно 2 месяца приходилось на эпизодическое употребление) [3].

В состоянии отмены пациенты предъявляют жалобы на нарушения сна, раздражительность, подавленное настроение, снижение аппетита, потливость, перемежающееся чувство жара и холода [15]. В клинике абстинентного синдрома описаны обильное потоотделение, головная боль, тошнота, повышение систолического давления от 140 мм рт. ст. до 180 мм рт. ст., боли в мышцах [3, 15, 28], психопатологическая симптоматика — тревога, эмоциональная лабильность [3, 26, 28]. В нашей практике мы также наблюдали проявления абстинентного синдрома у потребителей СК. При этом пациенты предъявляли жалобы на психический и физический дискомфорт, нарушения сна, тревогу,

сниженное настроение, влечение к приему вещества, боли в мышцах, чувство выраженного озноба (невозможность согреться даже в ванне с горячей водой). В объективном статусе обращали на себя внимание эмоциональная лабильность, аффективная неустойчивость, раздражительность, тремор рук, век. Длительность абстинентного синдрома составляет 2—4 недели [15, 28].

Одним из неблагоприятных побочных эффектов, вызванных употреблением СК, является развитие интоксикационных психозов. Психотические состояния возникают у пациентов, не имевших в анамнезе психических заболеваний, а также у психиатрических пациентов в состоянии ремиссии.

N. Van der Veen и J. Friday (2011) описывают психотические состояния, развившиеся после интенсивного употребления курительных смесей, в составе которых содержались СК у нескольких пациентов в возрасте 20—30 лет. В клинической картине психического состояния выявлялись элементы бреда (отношения и преследования), обманы восприятия [25].

На возможность развития интоксикационных психозов при употреблении веществ данного класса указывают зарубежные и российские исследователи – N. Hohmann et al. (2014), J. Simmons et al. (2011), А. Д. Гагин, Д. А. Южакова (2011).

На территории Российской Федерации за последние годы наблюдается увеличение числа интоксикационных психозов. Так, в 2009—2013 гг. отмечается рост госпитализации больных психозами, связанными с употреблением наркотических средств; их абсолютное число увеличилось с 782 человек в 2009 г. до 4 868 человек в 2013 г., а относительный показатель вырос с 0,55 на 100 тысяч населения в 2009 г. до 3,4 в 2013 г. [11]. Очевидно, что большую роль в увеличение этого показателя может внести появление новых наркотиков с выраженным влиянием на психическую сферу человека, приводящую к развитию психозов [9].

В Новосибирской области количество обращений в медицинские организации психиатрического и наркологического профиля с психотическими расстройствами, возникшими вследствие употребления наркотиков и ненаркотических ПАВ, с 2011 г. по 2013 г. увеличилось на 211,7 %.

Возникновение интоксикационных психозов можно наблюдать как в контингенте начинающих потребителей «дизайнерских наркотиков», так и у потребителей со сформированной зависимостью (в таком случае наблюдается, как правило, превышение разовой или суточной дозировки, неоднократное употребление ПАВ в течение суток – до 10—15 эпизодов).

У начинающих потребителей развитие психоза возможно и на фоне однократного употребления агента. В то же время, согласно нашим собственным наблюдениям, у некоторых пациентов даже многократное в течение суток употребление курительной смеси, содержащей СК, не приводило к развитию психотического состояния.

Указанные психотические состояния дают рецидивы, возникающие при возобновлении употребления наркотика. Мы наблюдали пациентов с 2—3 и более повторными психотическими состояниями.

Интоксикационные психозы возникают при употреблении курительных смесей, содержащих СК, а также при сочетанном их употреблении с другими ПАВ (чаще с алкоголем, психостимуляторами).

Помимо возникновения преходящих психотических эпизодов, многими авторами предполагается возможность иницирующей роли употребления синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов в развитии шизофрении [3, 6, 7]. Так, А. Д. Гагин, Д. А. Южакова (2011) исследовали группу пациентов, проходивших обследование и лечение с дебютами эндогенных психических заболеваний, у которых острому началу эндогенного психоза непосредственно предшествовало употребление курительных смесей и каннабиноидов. Авторы отмечают развитие психоза у подавляющего большинства больных уже после первого употребления курительных смесей типа «Спайс» и марихуаны. Клиническая картина дебютирует острым, четким началом: уже в течение ближайших часов, реже – последующих суток, вслед за употреблением курительных смесей и каннабиноидов развиваются явления острого психотического состояния [4].

Помимо влияния на психическую сферу, СК могут вызывать и другие серьезные побочные эффекты в соматической и неврологической сферах. Так, в США широкое использование синтетического каннабиноида XLR-11 было связано с целой серией случаев острой почечной недостаточности у пользователей в 2012 г. В анамнезе пациентов отсутствовали сведения о ранее существовавшей почечной дисфункции или приеме лекарственных средств, которые могли бы вызвать поражение почек [18]. В ряде зарубежных публикаций авторами описывается развитие судорожных припадков [23, 24] после употребления СК. А. В. Schneir, Т. Baumbacher (2012) показано развитие генерализованного судорожного припадка у 19-летнего пациента после употребления курительной смеси, в остатках которой впоследствии при лабораторном исследовании были обнаружены JWH-018, JWH-081, JWH-250 и AM-2201 [23].

Риски от вдыхания дыма, образующегося при курении описываемых агентов, мало изучены. Авторами предполагается определенный потенциал канцерогенности некоторых СК.

Заключение. Суммируя вышесказанное, можно констатировать, что синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов способны вызывать в организме человека многочисленные нарушения, выраженные в таких клинических проявлениях, как передозировки, развитие психотических состояний, формирование синдрома зависимости, неврологические и соматические осложнения. Наркогенный потенциал СК (учитывая скорость формирования синдрома зависимости) превышает таковой у ТГК. Биологическая активность, аддиктивный потенциал и клинические проявления воздействия СК требуют дальнейшего изучения.

Учитывая множественность факторов, способствующих распространению новых синтетических ПАВ, вероятно появление на нелегальном рынке новых видов СК. Возможной эффективной мерой противодействия их распространения может быть наделение ФСКН полномочиями приостановления сроком на 1 год или более оборота на территории Российской Федерации веществ, в отношении которых законодательством не введены ограничения и запреты, но обладающих воздействием на организм человека, схожим с наркотическими средствами и психотропными веществами.

Л и т е р а т у р а

1. Алексеева Д. Н., Дюкова Е. Е., Пальчиков М. А., Фленкина Е. Д. Распространенность употребления Спайса и других синтетических каннабиноидов в молодежной среде // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17, № 1. – С. 3—7.
2. Аналитический обзор о синтетических психоактивных веществах (подконтрольных и неподконтрольных), получивших распространение в Сибирском федеральном округе с 2010 года по первое полугодие 2014 года // Информационно-аналитические материалы к семинару-совещанию секретарей (представителей) антинаркотических комиссий субъектов Российской Федерации, расположенных в пределах СФО (22—23 октября 2014 г.). – С. 46—49.
3. Бохан Н. А., Кривулина О. Е., Кривулин Е. Н. Клинико-динамические особенности зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1. – С. 36—39.
4. Гагин А. Д., Южакова Д. А. Особенности эндогенных психозов, спровоцированных употреблением курительных смесей и каннабиноидов // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 34—35.
5. Головкин А. И., Леонтьева Л. В., Головкин С. И. и др. Токсикологическая характеристика синтетических каннабиноидов // Наркология. – 2014. – № 5. – С. 83—86.
6. Иванюженко Н. Д., Волчкова А. Н. Нарушения психики при употреблении курительных смесей // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 24—25.
7. Камалиева Л. А. Опасные для жизни или здоровья потребителей «Спайсы» // Актуальные проблемы экономики и права. – 2010. – № 2. – С. 161—164.
8. Корякин С. А. Выявление лиц, употребляющих курительные смеси, в условиях современного законодательства // Проблемы управления в здравоохранении. – 2010. – № 4. – С. 69—71.
9. Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Гусева О. И., Григорова Н. И., Мутанцева Л. А. Оказание наркологической помощи населению Российской Федерации в 2012 г. // Вопросы наркологии – 2013. – № 4. – С. 14.
10. Леконцев В. Т., Поздеев А. Р., Перевозчиков А. П., Бандурин Д. В. Случай экспертной оценки употребления курительных смесей // Проблемы экспертизы в медицине. – 2011. – Т. 11, № 1—2. – С. 50—51.
11. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2012—2013 годах // Статистический сборник. – М., 2014. – С. 14.
12. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30—35.
13. Соснина В. С., Букин В. Н., Калиниченко А. В. и др. Диагностика потребителей новых групп психоактивных веществ в практике работы отделения наркологических экспертиз // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 2. – С. 73. http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=700
14. Софронов Г. А., Головкин А. И., Баринков В. А. и др. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы // Наркология. – 2012. – № 10. – С. 97—106.
15. Тетенова Е. Ю., Надеждин А. В., Савчук С. А. Синдром отмены синтетических каннабиноидов // Наркология. – 2014. – № 8. – С. 66—68.
16. Atwood B. K., Huffman J., Striker A., Mackie K. JWH018, a common constituent of 'Spice' herbal blends, is a potent and efficacious cannabinoid CB receptor agonist // Br. J. Pharmacol. – 2010. – V. 160. – P. 585—593.
17. Bridgit O. Synthetic Cannabinoids. The Challenges of Testing for Designer Drugs // Clinical Laboratory News. – 2013. – Feb. – V. 39, № 2.
18. Centers for Disease Control and Prevention: Acute kidney injury associated with synthetic cannabinoid use-multiple states 2012 // Morb. Mortal. Wkly Rep. – 2013. – V. 62. – P. 93—98.
19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Action on new drugs briefing paper: understanding the 'Spice' phenomenon (a report from an EMCDDA expert meeting. : Lisbon, 2009. – 6 March. – Updated version : 2009, November. URL: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/spice>
20. Hohmann N., Mikus G., Czock D. Effects and Risks Associated with Novel Psychoactive Substances: Mislabeling and Sale as Bath Salts, Spice, and Research Chemical // Dtsch. Arztebl. Int. – 2014. – V. 111 (9). – P. 139—147.

21. Locatelly C. A., Lonati D., Giampreti A. New synthetic cannabinoids intoxications in Italy: clinical identification and analytical confirmation of // *The J. Emerg. Med.* – 2011. – Vol. 41, № 2. – P. 220.
 22. Musshoff F., Madea B., Kernbach-Wighton G. et al. Driving under the influence of synthetic cannabinoids («Spice»): a case series // *Int. J. Legal. Med.* – 2014. – V. 128. – P. 59–64.
 23. Schneir A. B., Baumbacher T. Convulsions associated with the use of a synthetic cannabinoid product // *J. Med. Toxicol.* – 2012. – Mar. – V. 8 (1). – P. 62–64.
 24. Simmons J., Cookman L., Kang C., Skinner C. Three cases of «spice» exposure// *Clinical Toxicology.* – 2011. – V. 49. – P. 431–433.
 25. Van der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of Spice // *Shizophr. Res.* – 2011 – Vol. 130, № 1–3. – P. 285–286.
 26. Vandrey R., Dunn K. E., Fry J. A., Girling E. R. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids) // *Drug Alcohol Depend.* – 2012. – Vol. 120, № 1–3. – P. 238–241.
 27. Vandrey R., Johnson M. W., Johnson P. S., Khalil M. A. Novel Drugs of Abuse: A Snapshot of an Evolving Marketplace // *Adolesc. Psychiatry (Hilversum).* – 2013. – Apr. – V. 3 (2). – P. 123–134.
 28. Zimmermann U. S., Winkelmann P. R., Pilhatsch M., Nees J. A., Spanagel R., Schulz K. Withdrawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of «spice gold» // *Dtsch. Arztebl. Int.* – 2009. – V. 106. – P. 464–467.
 5. Golovko A. I., Sofronov A. G., Sofronov G. A. [New forbidden cannabinoids. Neurochemistry and neurobiology]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal* [Tyumen Medical Journal]. 2011; 1: 34–35. (In Russ.).
 6. Ivanyuzhenko N. D., Volchkova A. N. [Mental disorders in the use of smoking mixtures]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal* [Tyumen Medical Journal]. 2010; 1: 24–25. (In Russ.).
 7. Kamaliyeva L. A. [Dangerous to life or health of consumers «Spice»]. *Aktual'nyye problemy ekonomiki i prava* [Relevant Problems of Economics and Law]. 2010; 2: 161–164. (In Russ.).
 8. Koryakin S. A. [Identification of drug smoking blends in the modern legislation]. *Problemy upravleniya v zdravookhraneni* [Problems of management in healthcare]. 2010; 4: 69–71. (In Russ.).
 9. Koshkina E. A., Kirzhanova V. V., Guseva O. I., Grigorova N. I., Mutantseva L. A. [Provision of drug treatment to the population of the Russian Federation in 2012]. *Voprosy narkologii* [Issues of Narcology]. 2013; 4: 14. (In Russ.).
 10. Lekomtsev V. T., Pozdeev A. R., Perevozchikov A. P., Bandurin D. V. [Case Defect use smoking mixtures]. *Problemy ekspertizy v meditsine* [Problems of Expertise in Medicine]. 2011; 11 (1–2): 50–51. (In Russ.).
 11. [Basic indices of activity of substance abuse service in the Russian Federation in 2012–2013]. National Scientific Center of Addiction Psychiatry of Ministry of Healthcare of Russia, Moscow, 2014; 1. (In Russ.).
 12. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. [Clinical-dynamic approach toward addictions' systematic]. *Narkologiya* [Narcology]. 2005; 4, 12: 30–35. (In Russ.).
 13. Sosnina V. S., Bukin V. N., Kalinichenko A. V. et al. [Diagnosis of new consumer groups of psychoactive substances in the practice of unit of substance abuse examinations]. *Meditsina i obrazovaniye v Sibiri* [Medicine and Education in Siberia]. 2012; 2: 73. http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=700 (In Russ.).
 14. Sofronov G. A., Golovko A. I., Barinov V. A. et al. [Synthetic cannabinoids. State of the problem]. *Narkologiya* [Narcology]. 2012; 10: 97–106. (In Russ.).
 15. Tetenova E. Yu., Nadezhdin A. V., Savchuk S. A. [Synthetic cannabinoids withdrawal syndrome]. *Narkologiya* [Narcology]. 2014; 8: 66–68. (In Russ.).
- Транслитерация русских источников*
1. Alekseeva D. N., Dyukova E. E., Pal'chikov M. A., Flenkina E. D. [Prevalence of Spice and other synthetic cannabinoids among youth]. *Prikladnyye informatsionnyye aspekty meditsiny* [Applied Informational Aspects of Medicine]. 2014; 17(1): 3–7. (In Russ.).
 2. [Analytical review of synthetic psychoactive substances (controlled and uncontrolled), widely prevalent in the Siberian Federal Okrug from 2010 to the first half of 2014]. *Informatsionno-analiticheskie materialy k seminaru-soveshaniyu sekretarey (predstaviteley) antinarkoticheskikh komissiy sub'ektov Rossiyskoy Federatsii, raspolozhennykh v predelakh SFO (22–23 oktyabrya 2014 g.)* [Informational-analytic materials to workshop-meeting of secretaries (representatives) of anti-drug commissions of regions of the Russian Federation situated within Siberian Federal Okrug (22–23 October, 2014)]. 46–49. (In Russ.).
 3. Bokhan N. A., Krivulina O. E., Krivulin E. N. [Clinical-dynamic traits of synthetic cannabinoids dependence in adolescents]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 1: 36–39. (In Russ.).
 4. Gagin A. D., Yuzhakova D. A. [Features of endogenous psychoses, induced by use of smoking blends and cannabinoids]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal* [Tyumen Medical Journal]. 2011; 1: 34–35. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.13
ББК Р645.021.11

АЛКОГОЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ (АНАЛИЗ ОФИЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ)

Говорин Н. В.^{*}, Сахаров А. В.,
Герасимова Я. В.

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

В статье представлен анализ официальной алкогольной смертности в Забайкальском крае за 2005—2013 гг. Установлено, что алкогольная смертность составила 5,9 % от всей смертности населения. При этом расчеты демонстрируют отчетливое снижение показателя алкогольной смертности в 2,4 раза за 9 лет, которое произошло за счет уменьшения количества отравлений алкоголем и умерших по причине алкогольной кардиомиопатии. Полученные данные объективно свидетельствуют об улучшении алкогольной ситуации. **Ключевые слова:** алкоголь, смертность, алкогольная смертность, алкоголизм, отравления алкоголем, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная болезнь печени.

ALCOHOL MORTALITY IN TRANS-BAYKAL KRAI (THE ANALYSIS OF OFFICIAL DATA). Govorin N. V., Sakharov A. V., Gerasimova Ya. V. Chita State Medical Academy. Gorky Street, 39-a, 672090, Chita, Russia. The article presents the analysis of official mortality from alcohol in the Trans-Baykal Krai for 2005-2013 years. It amounted to 5,9 % of the total mortality. The calculations demonstrate a clear decrease in mortality from alcohol 2,4 times for nine years, which occurred at the expense of reducing the number of alcohol poisoning and deaths due to alcoholic cardiomyopathy. The data obtained show an improvement of the alcohol situation. **Keywords:** alcohol, mortality, alcohol mortality, alcoholism, alcohol poisoning, alcoholic cardiomyopathy, alcoholic liver disease.

В последние десятилетия в научной отечественной литературе широко обсуждается возможность существенного влияния алкоголя на высокие показатели смертности населения [1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 20]. Действительно, в Российской Федерации уровень смертности является по-прежнему высоким [9]

– в 2014 г. умерло более 1 млн 913 тысяч человек, что соответствует показателю 13,1 случая на 1000 населения. При этом справедливо отметить значительное улучшение демографической ситуации в нашей стране: рождаемость выросла, а смертность снижается (ведь еще 10 лет назад в России умирало более 2 млн 300 тысяч человек в год, показатель составил 19,5 на 1000 жителей). В то же время вопрос о связи потребления алкоголя и смертности является до конца не исследованным, в том числе ввиду отсутствия единых подходов к изучению этой проблемы и отсутствия соответствующего учета алкогольно-ассоциированных заболеваний [2, 3, 7, 8, 11, 15, 16, 19, 20—22].

Многие авторы в своих работах ранее приводили очень высокие показатели алкогольной смертности: так, по данным А. В. Немцова (2003), около трети всех смертей в России в большей или меньшей степени были связаны с алкоголем [12, 13]. По мнению других авторов [20], алкогольная смертность вместе с жертвами сильно пьющих и больных алкоголизмом в сумме не превышает 25 % смертности взрослого населения. Такой широкий разброс данных можно объяснить несколькими обстоятельствами.

Во-первых, часто в данных работах при анализе использовались математические расчеты, которые игнорировали совокупное влияние других факторов, например, курения, неправильного питания и т. д.

Во-вторых, этому способствовал тот факт, что на протяжении длительного времени органы статистики учитывали лишь три нозологии алкогольной этиологии – смертность по причине алкоголизма, алкогольной болезни печени, отравлений алкоголем или его суррогатами. Только с 2005 г. дополнительно стали собирать данные по летальным случаям в результате алкогольной кардиомиопатии, алкогольного панкреатита и алкогольной дегенерации нервной системы [6, 9, 17]. Хотя нозологий, в возникновении которых алкоголь имеет ведущее значение, гораздо больше.

В-третьих, вызывает вопросы достоверность уже имеющихся в отчетах Государственной статистики данных [11, 19], особенно это касается присутствия заниженных показателей обнаружения алкоголя в биологических жидкостях на момент смерти, даже при насильственных причинах смертности [7, 16].

Поэтому, по нашему мнению, для получения достоверной информации был необходим анализ первичной документации патолого-анатомической службы и бюро судебно-медицинской экспертизы. Такая работа нами была проведена в 2008—2011 гг. на территории Забайкальского края [6, 7, 8, 9, 17, 18], что позволило разработать методологические основы для оценки

^{*} Говорин Николай Васильевич, заслуженный врач РФ, д. м. н., проф., зав. каф. психиатрии, наркологии и мед. психологии. Телефон: 89145207145. E-mail: Govorin-Nik@yandex.ru

Сахаров Анатолий Васильевич, д. м. н., доцент, проф. каф. психиатрии, наркологии и мед. психологии. Телефон: 89144796543. E-mail: sawt@list.ru

Герасимова Яна Владимировна, студентка 4-го курса, член молодежного научного общества каф. психиатрии, наркологии и мед. психологии. Телефон: 89143641582. E-mail: dec.12202014@gmail.com

алкогольной смертности населения, были выделены прямые и косвенные алкогольные потери. В совокупности прямые потери, непосредственно вызванные алкоголем, составили в среднем за 2005—2009 гг. 6,5 % от всей смертности населения за указанный период. Косвенно связанная с приемом алкоголя смертность в общей смертности населения составила 9,0 %. Конечно, аналогичные показатели были существенно выше в трудоспособном возрасте.

Целью настоящей работы стал анализ в Забайкалье современной ситуации с алкогольной смертностью, непосредственно связанной с алкоголем (анализ прямых алкогольных потерь).

Материал и методы. Для изучения алкогольно-ассоциированной смертности населения Забайкальского края были проанализированы данные, полученные из документов, хранящихся в ГУ «Государственный архив» Забайкальского края (с 1975 по 1994 г.), Территориальном органе Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (с 1995 по 2013 г.). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. По нашему мнению, смертность, непосредственно связанная с алкоголем, включает две основные группы причин – это отравления алкоголем и алкогольно-ассоциированные соматические заболевания, выступающие в качестве основной причины смерти. Конечно, этому способствуют высокое потребление алкоголя и низкое его качество.

Случайные отравления алкоголем со смертельным исходом выступают объективным показателем тяжести алкогольной ситуации в стране: в России в 2014 г. умерло по этой причине 9 722 человека. Показатель смертности составил в 2014 г. 6,7 на 100 тысяч человек населения. Максимальной частота смертельных отравлений в стране была в 1994 г. – 37,8 на 100 тысяч населения.

В 2014 г. распространенность смертельных отравлений алкоголем в Забайкальском крае составила 17,8 на 100 тысяч человек населения (в 2013 г. – 22,8 на 100 тысяч), по величине этого показателя регион в прошлом году оказался на 13-м месте в Российской Федерации; максимальной она была в 2003 г. – 68,8 на 100 тысяч. Частота таких случаев в нашем регионе по-прежнему в 2,7 раза выше, чем в среднем по России, и в 2,1 раза выше, чем в СибФО (рис. 1), хотя в последнее десятилетие отмечается существенное снижение этого вида смертности.

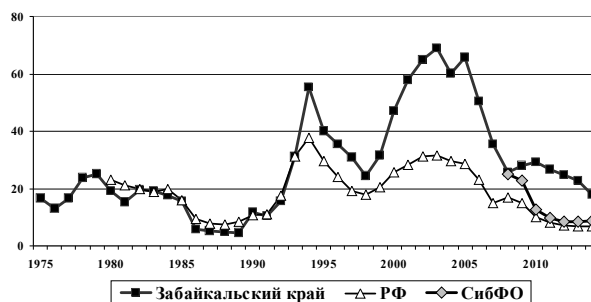


Рис. 1. Смертность по причине случайных отравлений алкоголем в Забайкальском крае, РФ и СибФО (на 100 тысяч человек населения)

В 2013 г. показатель отравлений алкоголем в сельской местности составил 23,8 на 100 тысяч человек населения, в городской – 22,2 на 100 тысяч. Высокая смертность по этой причине регистрируется в трудоспособном возрасте – 26,0 на 100 тысяч населения в 2013 г. Среди умерших от случайных отравлений алкоголем преобладают мужчины; так, в 2013 г. в Забайкалье «мужских» отравлений было 70,7 % (176), «женских» – 29,3 % (73); соотношение составило 2,4:1. Показатель этого вида смертности в мужской популяции региона составил 33,6 на 100 тысяч населения в 2013 г., в женской – 12,8 на 100 тысяч соответствующего пола.

Наши расчеты показали, что на смертность от случайных отравлений алкоголем в Забайкальском крае в среднем за 2005—2013 гг. пришлось 2,4 % (3 468) от всей смертности населения края (142 395) и 12,0 % от смертности по причине внешних факторов (28 849). При этом доля смертности по этой причине в структуре общей смертности существенно снизилась за последнее десятилетие (с 3,8 % в 2005 до 1,8 % в 2014 г.).

Что касается смертности в связи с алкогольно-ассоциированными заболеваниями согласно МКБ-10, не вызывает сомнений смертельный исход у человека в результате следующих соматических причин алкогольной смерти: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем; алкогольная полиневропатия; алкогольная миопатия; алкогольная кардиомиопатия; алкогольная болезнь печени; панкреатит алкогольной этиологии. Большую часть этих причин с 2005 г. учитывают органы государственной статистики.

Показатель смертности от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в 2013 г. в Забайкалье составил 6,8 на 100 тысяч населения (в 1975 г. – 0,49 на 100 тысяч населения) (рис. 2). В трудоспособном возрасте показатель смертности от данной причины в 2013 г. был равен 7,3 на 100 тысяч.

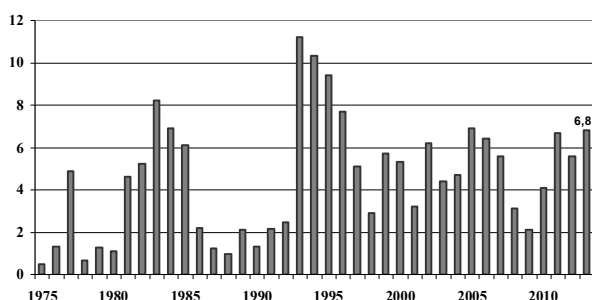


Рис. 2. Смертность от алкоголизма и алкогольных психозов в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

При этом в мужской популяции региона показатель смертности был в 3,5 раза выше, чем в женской (10,7 и 3,1 на 100 тысяч населения соответствующего пола в 2013 г.). Существенной разницы между показателями смертности от алкоголизма в сельской местности и городских поселениях не установлено: 6,3 и 6,9 на 100 тысяч населения в 2013 г.

Смертность от алкогольной болезни печени в регионе существенно выросла за последние 15 лет (с 0,5 на 100 тысяч населения в 1998 г. до 10,7 в 2013 г.) (рис. 3).

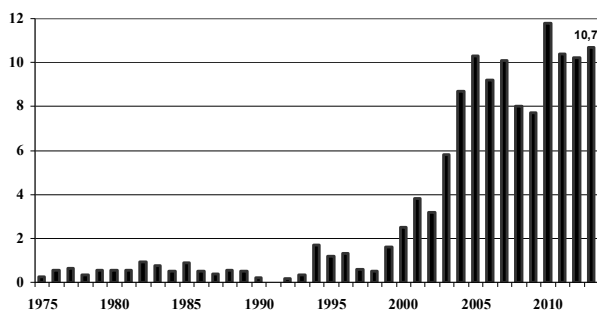


Рис. 3. Смертность от алкогольной болезни печени в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

У лиц в трудоспособном возрасте показатель смертности составил 10,8 на 100 тысяч в 2013 г. Среди умерших по причине алкогольной болезни печени закономерно преобладают мужчины. Так, в 2013 г. в Забайкальском крае «мужских» смертей было 60,7 % (71), «женских» – 39,3 % (46); соотношение составило 1,5:1. Показатель в мужской популяции составил 13,5 на 100 тысяч мужчин, в женской – 8,0 на 100 тысяч женщин. В городских и сельских поселениях показатели смертности населения от алкогольных гепатитов и циррозов практически не отличались. Смертность по причине панкреатита алкогольной этиологии в нашем регионе за 6 последних лет остается стабильной, показатель в 2013 г. составил 0,3 на 100 тысяч населения (рис. 4).

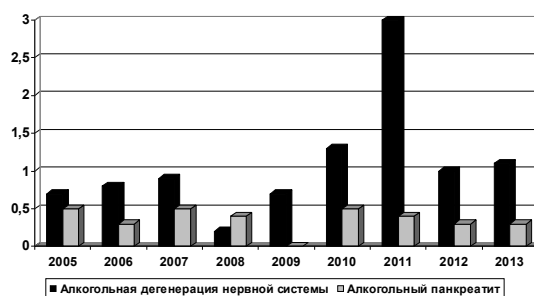


Рис. 4. Смертность от алкогольного панкреатита и алкогольной дегенерации нервной системы в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

Немногом выше оказался показатель смертности в результате алкогольной дегенерации нервной системы – 1,1 на 100 тысяч населения в 2013 г. (рис. 4).

Смертность по причине алкогольного панкреатита и алкогольной болезни печени в структуре летальности от болезней органов пищеварения составила в Забайкальском крае в среднем за 2005—2013 гг. 17,3 %. Это свидетельствует о том, что каждый шестой житель, умерший от болезней органов пищеварения, имел алкогольную этиологию заболевания.

Показатель смертности по причине алкогольной кардиомиопатии, начиная с момента учета, имеет тенденцию к снижению в Забайкальском крае: с 59,1 на 100 тысяч населения в 2005 г. до 19,0 на 100 тысяч в 2013 г. (рис. 5).

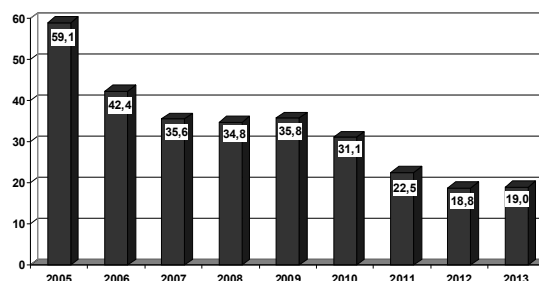


Рис. 5. Смертность от алкогольной кардиомиопатии в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

При этом данный вид смертности у лиц в трудоспособном возрасте несколько выше, чем в общей популяции – 23,1 на 100 тысяч человек населения в 2013 г. Выявлено, что среди умерших по причине алкогольной кардиомиопатии значительно преобладают мужчины. В 2013 г. в Забайкальском крае в данной группе было 74,5 % мужчин (155) и 25,5 % женщин (53); соотношение 2,9:1. Показатель в мужской популяции составил 29,6 на 100 тысяч мужчин, в женской – 9,3 на 100 тысяч женщин. В сельской местности показатель смертности населения от данной причины существенно выше, чем в городских поселениях: 26,0 и 15,5 на 100 тысяч населения в 2013 г.

Алкогольная кардиомиопатия в структуре смертности населения от болезней системы кровообращения составила в среднем за 9 последних лет 4,9 % (3 346).

В структуре смертности от учитываемых статистикой алкогольно-ассоциированных соматических заболеваний за 9 последних лет 66,9 % пришлось на алкогольную кардиомиопатию, 19,6 % – на алкогольную болезнь печени, 10,5 % – на алкоголизм, 2,2 % – на алкогольную дегенерацию нервной системы, 0,8 % – на алкогольный панкреатит.

Если суммировать показатели приведенных причин смертности, то в среднем за 2005—2013 гг. алкогольная смертность от соматических заболеваний составила в Забайкальском крае 3,5 % (5 002) от всей смертности населения (142 395) за указанный период, при этом она имеет тенденцию к снижению – с 4,5 % в 2005 до 3,0 % в 2013 г.

Таким образом, при анализе полученных данных установлено, что прямые алкогольные потери (случайные отравления алкоголем и алкогольно-ассоциированная соматическая патология) в среднем в регионе за 2005—2013 гг. составили 5,9 % (8 470) от всей смертности населения. За 9 последних лет учитываемая алкогольная смертность снизилась в 1,7 раза (с 8,3 % в 2005 г. до 4,9 % в 2013), что наглядно демонстрирует улучшение алкогольной ситуации в нашем субъекте. Динамика показателей алкогольной смертности, непосредственно связанной с алкоголем, представлена на рисунке 6; в 2005 г. показатель составлял 143,2 на 100 тысяч, в 2013 г. – 60,9 на 100 тысяч человек населения (рис. 6).

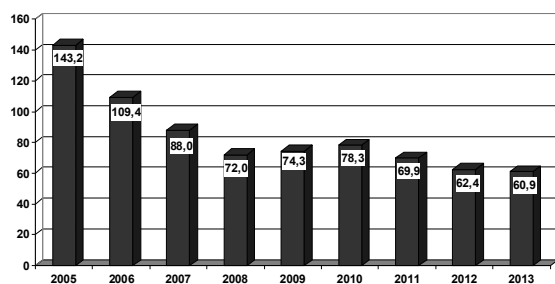


Рис. 6. Прямые алкогольные потери в Забайкальском крае (на 100 тысяч человек населения)

У мужчин прямые алкогольные потери существенно выше, чем у женщин (в 2,8 раза в 2005 г. и в 2,6 раза в 2013 г.). Среди лиц трудоспособного возраста данный показатель смертности также является высоким (рис. 6). При этом за 9 последних лет прослеживается отчетливая динамика снижения официальной алкогольно-ассоциированной смертности во всех группах населения в 2—2,5 раза.

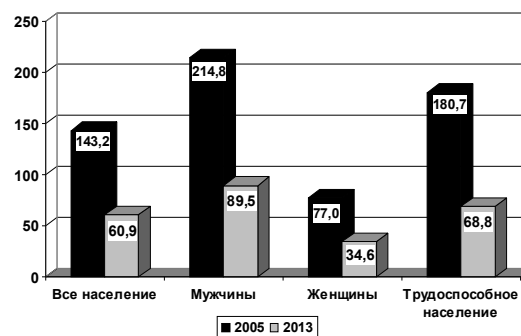


Рис. 7. Показатели учитываемой алкогольной смертности населения Забайкальского края (в динамике в 2005 и 2013 гг.)

В структуре уменьшение показателей произошло за счет снижения смертности по причине случайных отравлений алкоголем и смертности от алкогольной кардиомиопатии.

Конечно, приведенные расчеты алкогольной смертности на основе официальных данных являются неполными и несколько заниженными, так как не учитывают косвенную связь определенных причин смертности с алкоголизацией населения. В первую очередь это касается насильственных причин смертности, при которых роль алкогольного фактора часто мы можем оценивать только по факту обнаружения алкоголя при проведении экспертизы (что составляет не прямые алкогольные потери).

Заключение. Таким образом, официальная алкогольно-ассоциированная смертность в Забайкальском крае составила за 9 последних лет 5,9 % от всей смертности населения региона. При этом расчеты, произведенные на основе учитываемых службой статистики данных, демонстрируют отчетливое снижение показателя алкогольной смертности в 2,4 раза (с 143,2 до 60,9 на 100 тысяч населения), которое произошло за счет уменьшения количества случайных отравлений алкоголем и числа умерших по причине алкогольной кардиомиопатии.

Полученные данные объективно свидетельствуют об улучшении алкогольной ситуации в нашем регионе, хотя ряд показателей остается еще существенно выше общероссийских. Особую озабоченность вызывает количество случаев алкогольной смертности у мужчин трудоспособного возраста.

Л и т е р а т у р а

1. Андреев Е. М. Злоупотребление алкоголем и преждевременная смертность в России на примере Ижевска // Наркология. – 2008. – № 7. – С. 38—52.
2. Бохан Н. А., Коробицина Т. В. Ассоциированные формы алкоголизма в общесоматической сети. – Томск, 2000. – 232 с.
3. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31—37.

4. Бохан Н. А., Мандель А. И., Максименко Н. Н., Михалева Л. Д. Смертельные исходы при алкогольной зависимости // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 37–40.
 5. Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири // Наркология. – 2011. – № 9. – С. 43–47.
 6. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Мониторинг алкогольной ситуации (методология и организация): методические рекомендации. – Чита: РИЦ ЧГМА., 2011. – 79 с.
 7. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Методологические подходы к изучению алкогольной смертности населения (региональный аспект) // Вопросы наркологии. – 2011. – № 2. – С. 7–13.
 8. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Социально-экономические потери в результате алкогольной смертности населения // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 5. – С. 80–82.
 9. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Алкогольная смертность. – Томск: Издательство «Иван Федоров», 2012. – 164 с.
 10. Кошкина Е. А., Павловская Н. И., Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Усенко К. Ю., Земскова Н. А. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России // Наркология. – 2009. – № 11. – С. 24–31.
 11. Мордовский Э. А., Вязьмин А. М., Соловьев А. Г. Алкоголь-атрибутивная смертность и организационные подходы к ее учету в России и за рубежом // Наркология. – 2012. – № 11. – С. 60–69.
 12. Немцов А. В. Алкогольный урон регионов России. – М.: Nalex, 2003. – 136 с.
 13. Немцов А. В., Терехин А. Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России // Наркология. – 2007. – № 12. – С. 29–36.
 14. Разводовский Ю. Е., Прокопчик Н. И. Алкоголь как причина смертности населения // Наркология. – 2010. – № 1. – С. 76–79.
 15. Сахаров А. В., Говорин Н. В. Алкогольобусловленная обращаемость в соматический многопрофильный городской стационар // Наркология. – 2010. – № 12. – С. 52–56.
 16. Сахаров А. В. Организационная модель мониторинга алкогольной ситуации в отдельном субъекте Российской Федерации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 80–82.
 17. Сахаров А. В. Алкоголизация населения и смертность от соматических заболеваний в Забайкальском крае // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2012. – Т. XLIV, № 2. – С. 95–97.
 18. Сахаров А. В., Говорин Н. В., Тарасова О. А. Смертность по причине острых отравлений алкоголем в Забайкальском крае // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 40–41.
 19. Соловьев А. Г., Вязьмин А. М., Мордовский Э. А., Кузин С. Г., Красильников С. В. Анализ достоверности статистики смертности по причинам на примере случаев смерти от алкоголь-атрибутивных состояний // Вопросы наркологии. – 2014. – № 6. – С. 10–26.
 20. Харченко В. И., Какорина Е. П., Мишнев О. Д. Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовки, регистрации, количественной оценки) // Алкогольная болезнь. – 2004. – № 2. – С. 1–20.
 21. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – T. 49, № 2. – Suppl. – C. 251–254.
 22. Bokhan N. Clinical-ethnocultural peculiarities of alcoholism among aboriginal population of Kamchatka // World Cultural Psychiatry Research Review. – Supplement S1 (2009). – P. 119–122.
 23. Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S. Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // Cent. Eur. J. Public Health. – 2010. – V. 18 (3). – P. 132–138.
- Транслитерация русских источников*
1. Andreev E. M. [Alcohol abuse and untimely mortality in Russia on example of Izhevsk]. *Narkologija* [Narcology]. 2008; 7: 38–52. (In Russ.).
 2. Bokhan N. A., Korobitsina T. V. [Associated forms of alcoholism in general medicine network]. Tomsk, 2000; 232 p. (In Russ.).
 3. Bokhan N. A. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multi-axial conjugation of problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 2: 31–37. (In Russ.).
 4. Bokhan N. A., Mandel A. I., Maximenko N. N., Mikhaleva L. D. [Fatal outcomes in alcohol dependence]. *Narkologija* [Narcology]. 2007; 12: 37–40. (In Russ.).
 5. Bokhan N. A., Mandel A. I., Kuznetsov V. N. [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. *Narkologija* [Narcology]. 2011; 9: 43–47. (In Russ.).
 6. Govorin N. V., Sakharov A. V. [Monitoring of alcohol situation (methodology and organization): guidelines]. RIC ChGMA, Chita, 2011; 79 p. (In Russ.).
 7. Govorin N. V., Sakharov A. V. [Methodological approaches to the study of mortality associated with alcohol abuse among the population (a regional aspect)]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2011; 2: 7–13. (In Russ.).
 8. Govorin N. V., Sakharov A. V. [Social-economic losses as a result of alcohol mortality of population]. *Sibirskij medicinskij zhurnal* [The Siberian Medical Journal]. 2011; 5: 80–82. (In Russ.).
 9. Govorin N. V., Sakharov A. V. [Alcohol mortality]. Publishing House: «Ivan Fedorov», Tomsk, 2012; 164 p. (In Russ.).
 10. Koshkina E. A., Pavlovskaya N. I., Yagudina R. I., Kulikov A. Yu., Usenko K. Yu., Zemskova N. A. [Medico-social and economic consequences of alcohol abuse in Russia]. *Narkologija* [Narcology]. 2009; 11: 24–31. (In Russ.).
 11. Mordovsky E. A., Vyazmin A. M., Solovyev A. G. [Alcohol-attributive mortality and organizational approaches to its consideration in Russia and abroad]. *Narkologija* [Narcology]. 2012; 11: 60–69. (In Russ.).
 12. Nemtsov A. V. [Alcohol losses of regions of Russia]. Nalex, Moscow, 2003; 136 p. (In Russ.).
 13. Nemtsov A. V., Terekhin A. T. [Sizes and diagnostic composition of alcohol mortality in Russia]. *Narkologija* [Narcology]. 2007; 12: 29–36. (In Russ.).
 14. Razvodovsky Yu. E., Prokopchik N. I. [Alcohol as a cause of death of population]. *Narkologija* [Narcology]. 2010; 1: 76–79. (In Russ.).
 15. Sakharov A. V., Govorin N. V. [Connected to reception of alcohol of the reference in the somatic versatile city hospital]. *Narkologija* [Narcology]. 2010; 12: 52–56. (In Russ.).

16. Sakharov A. V. [Organizational model of monitoring of alcohol situation in the separate subject of Russian Federation]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 1: 80—82. (In Russ.).
17. Sakharov A. V. [Alcoholism among the population and mortality from somatic diseases in Trans-Baykal Krai]. *Nevrologicheskij vestnik. Zhurnal im. V. M. Bekhtereva* [Neurological Bulletin. V. M. Bekhterev Journal]. 2012; 44(2): 95—97. (In Russ.).
18. Sakharov A. V., Govorin N. V., Tarasova O. A. [Mortality due to acute poisonings with alcohol in Trans-Baykal Krai]. *Tjumenskij medicinskij zhurnal* [Tyumen Medical Journal]. 2013; 1: 40—41. (In Russ.).
19. Solovyev A. G., Vyazmin A. M., Mordovsky E. A., Kuzin S. G., Krasilnikov S. V. [Analysis of reliability of mortality statistics due to death from alcohol-attributable states]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2014; 6: 10—26. (In Russ.).
20. Kharchenko V. I., Kakorina E. P., Mishnev O. D. [Comparative analysis of alcohol mortality of population of Russia (problems of diagnosis, interpretation, registration, quantitative assessment)]. *Alkohol'naja bolezni* [Alcoholic Illness]. 2004; 2: 1—20. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.123-055.2:159.9
ББК Р645.021.11+Ю937

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АЛКО- ГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Кузнецов В. Н.^{*1}, Бохан Т. Г.²,
Галажинская О. Н.², Анкудинова И. Э.³

¹ МБУЗ «Каргасокская ЦРБ»

634700, Томская область, Каргасок, ул. Красноармейская, 66

² Национальный исследовательский
«Томский государственный университет»

634050, Томск, пр. Ленина, 36

³ ФГБУ «НИИ физиологии и фундаментальной медицины»
630117, Новосибирск, ул. Арбузова, 6

В статье приводятся научные аргументы расширения предметного поля изучения психологии зависимостей в контекст проблемы саморазвития человека. Личностный потенциал рассматривается в качестве личностной готовности к самореализации, как к процессу саморазвития в периоде молодости. Многокомпонентность и сложность личностного потенциала представлена особенностями содержания структурной организации в норме и при формировании алкогольной зависимости в молодом возрасте. **Ключевые слова:** алкогольная зависимость, молодежь, тенденции развития науки, устойчивость, саморазвитие, самореализация, личностный потенциал, структура, дефициты, деформации, ресурсы, психологическая коррекция.

FEATURES OF PERSONALITY POTENTIAL STRUCTURE DURING FORMATION OF ALCOHOL DEPENDENCE AT YOUNG AGE. Kuznetsov V. N.¹, Bokhan T. G.², Galazhinskaya O. N.², Ankudinova I. E.³

¹ Kargasok Central District Hospital. Krasnoarmeyskaya Street 66, 634700, Kargasok, Tomsk Region, Russia. ² National Research Tomsk State University.

Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russia. ³ Physiology and Basic Medicine Research Institute. Arbuzov Street 6, 630117, Novosibirsk, Russia. In the article,

scientific arguments of extension of subject field of study of psychology of dependences into the context of human self-development problem are presented. Personality potential is considered as a personality readiness for self-realization as a process of self-development in the period of youth. Complexity of personality potential is represented by features of content of structural organization in norm and during formation of alcohol dependence at young age. **Keywords:** alcohol dependence, youth, trends of science development, resistance, self-development, self-realization, personality potential, structure, deficits, deformations, resources, psychological correction.

^{*} Кузнецов Владимир Николаевич, к. м. н., врач психиатр-нарколог. E-mail: vnkuz@mail.ru

Бохан Татьяна Геннадьевна, д-р психол. н., зав. каф. психотерапии и психологического консультирования факультета психологии. Тел.: 529580, e-mail: btg960@sibmail.com

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 12-16-70003/12.

Актуальность исследования. В настоящее время аддиктивное поведение молодежи сохраняет характер острой социальной проблемы для населения России [1—5]. Во многих субъектах РФ отмечается, что именно в сельской местности возрастает число больных алкоголизмом [6, 7]. Молодежь является той возрастной категорией, которая, с одной стороны, более уязвима к формированию алкогольного поведения, с другой – более чувствительна к психо-профилактическому и психокоррекционному воздействию в плане образования личностных ресурсов (с гендерной и этнической спецификацией), препятствующих формированию аддиктивных состояний [8—12]. В процессе социализации у молодых людей накапливается определенный личностный потенциал, который следует понимать как системную организацию личностных особенностей, образующих «стержень личности» и отражающих уровень личностной зрелости [13]. В периоде молодости смена детерминации, когда собственная активность человека начинает определять его сознание и менять условия бытия, требует обращения к изучению личностного потенциала, который обуславливает возможности саморегуляции и самореализации. Самореализация рассматривается как процесс саморазвития человека, который является условием устойчивости его жизни в меняющемся мире [13—16]. Уязвимость к формированию аддиктивного поведения связывают с тем, что молодые люди, выходя в режим самостояния, сталкиваются со сложностью жизненных задач, невозможность решения которых обусловлена трудностями саморегуляции [17, 18]. Современные тенденции развития науки, связанные с идеями антропологизации, онтологизации психологического познания, ориентацией на принципы постнеклассической науки, которые становятся все более востребованными в медицинской психологии для понимания проблем здоровья человека, выводят исследователей на расширение предметного поля исследований [12, 13, 19]. В связи с этим в медицинской психологии возникает интерес к выявлению психологических условий, которые блокируют процесс саморазвития, тем самым создают психологические предпосылки для формирования алкогольной зависимости в молодом возрасте [20—23, 25].

В качестве таких условий могут выступать дефициты личностного потенциала. Личностный потенциал как целое представляет собой неспецифическую систему устойчивых, но поддающихся целенаправленному развитию и изменению, индивидуально-психологических характеристик, связанную с успешностью деятельности в ситуации неопределенности, достижения и давления и релевантную задачам выбора и осуществления деятельности в изменяющихся условиях [24].

Мы полагаем, что дефициты личностного потенциала обуславливают возникновение разного рода невозможностей самореализации молодых людей, в результате формируется то эмоциональное напряжение, которое находит выход в аддиктивных реализациях.

Учитывая, что взаимодействие различных компонентов и подсистем личностного потенциала, согласно мнению Д. А. Леонтьева, носит более сложный характер, чем их механическое суммирование, нами была определена основная **цель исследования** – выявить общие закономерности, определяющие взаимосвязи компонентов, представленные в структуре личностного потенциала, а также индивидуально-специфические закономерности личностного потенциала у респондентов в «норме» и при формировании алкогольной зависимости.

В результате предполагалось получить новые данные о дефицитах и деформациях в компонентах структуры личностного потенциала, об общих закономерностях состояния личностного потенциала как фактора, указывающего на степень личностной готовности к совладанию с жизненными задачами в процессе самореализации у представителей сельской молодежи Севера Сибири.

Составляющие личностного потенциала в данном исследовании представлены компонентами результирующих переменных личностного потенциала: субъективным качеством жизни, общей оценкой счастья, представлениями о возможности самореализации в условиях села, базисными убеждениями; компонентами ресурсов саморегуляции: самодетерминацией, жизнестойкостью, рефлексивностью; компонентом инструментальных ресурсов – самоорганизацией деятельности.

Методы исследования. С целью изучения различных составляющих личностного потенциала были использованы следующие методики: Опросник самоорганизации деятельности (Мандрикова Е. Ю., 2010), тест «Жизнестойкость» (Мадди С., 1998) в адаптации Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой (2006) и в модификации Е. Н. Осина (2013), дифференциальный тест рефлексии (Леонтьев Д. А., 2011); шкала «Удовлетворенность жизнью» (Diener E., 1984); Опросник удовлетворенности качеством жизни (Ritsner et al., 2005); шкала «Базисные убеждения» (Janoff-Bulman R., 1989); шкала «Самодетерминации» (Scheldon B., 1995) в модификации Е. Н. Осина.

Для выявления структуры и содержания личностного потенциала, на основании которых определялись ресурсы и дефициты личностного потенциала, был применен факторный анализ методом веримакс вращения главных компонент.

Материал исследования. В исследовании принимали участие пациенты, находящиеся на лечении в связи с выявленным синдромом зависимости от алкоголя в количестве 70 человек (экспериментальная группа) и 70 человек с отсутствием синдрома алкогольной зависимости (контрольная группа, «норма»). Все обследованные проживают в сельском муниципальном образовании Севера Сибири Российской Федерации. Возраст обследованных варьировал в диапазоне от 20 до 35 лет. В обследованной выборке представителей мужского пола было 90, женского пола – 50.

Применение факторного анализа к совокупности полученных данных изучаемых показателей личностного потенциала в экспериментальной группе позволило выделить 6 значимых факторов, которые сохраняют 59 % информации.

Фактор F1 включает показатели качества жизни с положительными связями: физическое здоровье (0,83), переживания (0,87), свобода выбора (0,69), общение (0,73), суммарный индекс качества жизни (0,95). Связи этих показателей свидетельствует о том, что все компоненты качества жизни у данной группы респондентов прямо зависимы друг от друга. Если конвертировать знак этих связей, то можно говорить о том, что при снижении качества какого-либо компонента будет снижаться качество всех других компонентов и общий индекс качества жизни у лиц с проявлениями синдрома алкогольной зависимости. Неудовлетворенность каким-то компонентом своей жизни может приводить не к деятельности по преобразованию данной ситуации, а к ощущению неудовлетворенности во многих сферах своей жизни и жизнью в целом. Способность к такому обобщению была оценена когнитивными психологами как неэффективный, стрессогенный стиль мышления. Данный фактор был назван «Зависимость сфер качества жизни».

Фактор F2 представлен положительными взаимосвязями шкал базисных убеждений «благосклонность мира» (0,77), «доброта людей» (0,77) и «степень удачи, везения» (0,73); удовлетворенности жизнью (0,53), шкалы «самоорганизация» (0,36). Согласно этим связям, можно говорить о том, что лица молодого возраста, которые позитивны по отношению к людям, себе и окружающему миру, более способны при самоорганизации использовать различные средства, соответствующие целям, и более удовлетворены своей жизнью. На основании конвертации знака этих взаимосвязей мы также можем говорить о том, что респонденты с синдромом алкогольной зависимости, которые не верят в благосклонность окружающего мира, пессимистичны, закрыты и насторожены по отношению к людям, считают себя неудачника-

ми, менее способны задействовать различные средства для достижения целей, более испытывают неудовлетворенность жизнью. Такой фактор был назван условно «Связь базисных убеждений с удовлетворенностью жизнью».

Фактор F3 наполнен компонентами самоорганизации деятельности с положительными взаимосвязями: план (0,69), цель (0,77), фиксация (0,56), настоящее (0,76), общий показатель самоорганизации (0,91). Содержание этого фактора может указывать на то, что общая способность к самоорганизации проявляется наличием планов и целей. При этом негибкость в планировании и неспособность видеть альтернативы, фиксация на настоящем моменте жизни без учета прошлого опыта и прогнозирования будущего, а также непредставленность в данном факторе показателя использования различных средств для реализации целей, как составного компонента самоорганизации, могут указывать на определенные трудности в самоорганизации. Фактор F3 был назван условно «Трудности самоорганизации».

Фактор F4 представлен показателями рефлексии с отрицательными связями – это системная рефлексия (-0,54), самокопание (-0,76), фантазия (-0,67) и показателем «настойчивость» (0,58) самоорганизации с положительной связью. Данный фактор может указывать на то, что чем меньше выражены рефлексивные возможности у респондентов с проявлениями синдрома алкогольной зависимости, тем в большей мере они склонны к упрямству, ригидности поведения. Данный фактор получил условное название «Низкая рефлексия и ригидность».

Фактор F5 включает показатели базисных убеждений с отрицательными связями, отражающими общее отношение к осмысленности мира: справедливость мира (-0,69), контролируемость (-0,84), случайность как принцип распределения происходящих событий (-0,43), показатель возможностей самореализации в условиях села (0,18) с положительной связью. Такое наполнение фактора может указывать на то, что чем меньше у респондентов экспериментальной группы вера в справедливость мира, в возможность самостоятельного контроля событий жизни, в закономерность происходящих с ними событий, тем более выражена тенденция ограничивать свои возможности самореализации пространством сельской местности. Данный фактор получил условное название «Базисное убеждение в невозможности самостоятельного контроля жизни и низкая осмысленность жизни».

Фактор F6 представлен показателями шкал базисных убеждений «собственной ценности» (0,72), «стремления к самоконтролю над ситуациями» (0,48) и такими показателями компо-

нентов самодетерминации, как аутентичность (0,55), самовыражение (0,78) и выбор (0,46) с положительными связями. Мы можем говорить о том, что чем выше убежденность в собственной ценности и возможности самоконтроля над ситуациями, тем более выражена самодетерминация – возможность быть аутентичным, способным к самовыражению и осуществлению самостоятельных выборов. При конвертировании положительного знака в отрицательный знак отмечается следующая закономерность – базисные убеждения в низкой самооценке, в невозможности самоконтроля обстоятельств собственной жизни связаны с невозможностью быть аутентичным, способным к самовыражению и осуществлению выборов. Фактор был условно назван «Базисное убеждение в собственной ценности и самодетерминация».

Результаты факторного анализа методом веримакс вращения главных компонент в контрольной группе респондентов показывают также наличие 6 значимых факторов, которые сохраняют 61 % информации.

Фактор F1 включает показатели качества жизни с положительными связями: физическое здоровье (0,74), переживания (0,82), свобода выбора (0,57), общение (0,77), суммарный индекс качества жизни (0,89), а также показатели самодетерминации – аутентичность (0,68), самовыражение (0,64), выбор (0,47) и показатель самоорганизации «настоящее» (0,36). Все компоненты качества жизни у респондентов контрольной группы прямо связаны между собой, с процессами самодетерминации и самоорганизацией в настоящем. На основании этого можно говорить о том, что качество жизни респондентов контрольной группы может быть прямо связано с возможностью быть аутентичным, свободным в своем самовыражении, способным делать выборы в каждый момент своего настоящего времени жизни. Такое содержание позволило условно назвать данный фактор «Связь самодетерминации с качеством жизни».

Фактор F2 представлен положительными взаимосвязями показателей рефлексии – системная рефлексия (0,82), самокопание (0,75), фантазия (0,94). Как видно, все компоненты рефлексии у респондентов контрольной группы положительно связаны между собой. Способность к системной рефлексии, обеспечивающей эффективное поведение, проявляется у респондентов с хорошей фантазией и возможностью рефлексии на самого себя, самоанализа. Этот фактор был назван «Рефлексия».

Фактор F3 наполнен компонентами самоорганизации деятельности с положительными взаимосвязями: планирование (0,74), цель (0,74), фиксация (0,64), самоорганизация (0,34), настоящее (0,37), общий показатель самоорганизации (0,93). Способность к эффективной

самоорганизации деятельности определяется взаимосвязями и интеграцией всех составляющих самоорганизации деятельности: связями когнитивных, эмоциональных компонентов самоорганизации и собственно деятельностных – тех действий по самоорганизации, которые необходимы для достижения целей и реализации планов будущего. Фактор F3 условно был назван «Самоорганизация».

Фактор F4 представлен показателем степени самоконтроля над событиями (0,56) и показателем самореализации в условиях сельского муниципального образования (-0,94) с отрицательной связью. То есть те респонденты, которые характеризуются высоким самоконтролем над событиями собственной жизнью, осознают, что в условиях их проживания в сельском муниципальном образовании имеются определенные ограничения для их самореализации. Содержание данного фактора позволило дать ему условное название «Осознание ограничений самореализации в условиях сельской среды при самоконтроле над событиями своей жизни».

Фактор F5 включает положительные связи показателей шкал базисных убеждений всех трех основных направленностей (благосклонность мира, осмысленность мира, собственная ценность): благосклонность мира (0,67), справедливость мира (0,60), контролируемость мира (0,66), ценность себя (0,53) и отрицательную связь показателя случайность (-0,65) как принцип распределения происходящих событий. При доверии окружающему миру, вере в его справедливость, возможность своими усилиями изменять и контролировать окружающий мир, уверенности в себе, понимании своей ценности респонденты контрольной группы считают происходящие с ними события не случайными, а закономерными, подчиненными мере своей ответственности. Данный фактор получил название «Интегрированность и интернальность базисных убеждений».

Фактор F6 наполнен показателем шкалы базисных убеждений «доброта людей» с положительной связью (0,56) и показателем удовлетворенности жизнью с положительной связью (0,68). Вера в доброту людей, открытость по отношению к социальным контактам прямо связана с удовлетворенностью жизнью, возможностью чувствовать себя более уверенно и счастливо в своей собственной жизни. Фактор был условно назван «Удовлетворенность жизнью».

Таким образом, общие закономерности взаимосвязей компонентов личностного потенциала представлены шестифакторной структурой как в группе «норма», так и в экспериментальной группе. Содержание факторов и взаимосвязи уровневых компонентов различны в эмпирических группах.

Обсуждение результатов. Выявленная факторная структура изучаемых компонентов личностного потенциала в контрольной и экспериментальной группах соответствует в заявленным уровням ресурсов личностного потенциала в теоретической модели: результирующему, саморегуляции и инструментальному. Однако содержание и качество связей этих компонентов различно в группах респондентов. Можно отметить, что структура личностного потенциала респондентов экспериментальной группы характеризуется как деформациями компонентов, указывающих на дефициты ресурсов личностного потенциала, так и деформациями связей компонентов уровней ресурсов личностного потенциала, указывающих на диффузность структуры личностного потенциала и особенности зависимости ее компонентов.

На результирующем уровне установлено, что качество жизни у респондентов экспериментальной группы представляет собой закрытую систему, не связанную с процессами самодетерминации – возможностью быть аутентичным, свободно выражать себя и делать собственные выборы. Снижение качества жизни в одной сфере может вызывать неудовлетворенность другими сферами и жизнью в целом, при этом мера своей ответственности за это качество, вероятно, не осознается и не осуществляется. Установлена выраженная зависимость таких результирующих ресурсов, как удовлетворенность жизнью, удовлетворенность самореализацией в условиях села, а также процессов самодетерминации от качества базисных убеждений. Степень открытости респондентов по отношению к миру, людям, своим положительным перспективам развития связана с уровнем удовлетворенности жизнью. Отсутствие веры в справедливость мира, с одной стороны, и опоры на возможность собственного контроля событий своей жизни – с другой стороны, связано с ограничением притязаний в самореализации пространством сельской местности. Снижение самооценки и самоконтроля связано с невозможностью быть аутентичным, свободно выражать себя и делать собственные выборы. Таким образом, негативный для развития человека характер базисных убеждений связан с дефицитами самоорганизации, осмысленности и удовлетворенностью жизнью.

На уровне ресурсов саморегуляции выявлены низкие рефлексивные способности, которые связаны с ригидностью, негибкостью респондентов, что может обуславливать ригидизацию личностных убеждений, способов поведения, затрудняя социальное функционирование. Снижение возможностей самодетерминации, как было показано выше, связано с деструктивными базисными убеждениями, квалифицирующимися как «депрессивная триада» (нега-

тивный взгляд на мир, на окружающих и на себя), а также с непониманием меры собственной ответственности за результаты своей жизни. В качестве дефицита инструментального ресурса личностного потенциала можно рассматривать способность задействовать широкий спектр средств для реализации целей. Этот дефицит может затруднять перевод целей и планов в реальную жизнедеятельность молодежи, что и отражается в неудовлетворенности жизнью.

В то же время полученные результаты позволяют предположить, что в качестве ресурсов личностного потенциала при профилактике и коррекции формирования алкогольной зависимости у молодых людей может рассматриваться желание ставить цели, планировать свое будущее, стремление к самодетерминации, самоконтролю, самоуважению. Работа по коррекции базисных убеждений, направленная на формирование позитивного отношения к миру, людям и самому себе, уверенности в возможности собственного контроля за обстоятельствами своей жизни, будет способствовать улучшению самоорганизации, осмысленности жизни, аутентичности, способности к самовыражению и собственным выборам. Повышение рефлексивных возможностей, когнитивной и личностной флексибельности позволит респондентам более целостно, гибко, а следовательно, конструктивно оценивать себя в возникающих ситуациях и обстоятельствах жизни. Такая работа по восполнению выявленных дефицитов личностного потенциала может способствовать формированию психологической готовности респондентов к самореализации, снижая тем самым риск алкогольного поведения.

На основании результатов сравнительного факторного анализа выявлено, что в контрольной группе структура личностного потенциала более четкая и целостная, компоненты и уровни более интегрированы, а их содержание указывает на наличие ресурсов личностного потенциала на всех уровнях. На результирующем уровне личностного потенциала отмечается связь высокой оценки качества жизни с проявлениями самодетерминации, такими как возможность быть аутентичным, способность к самовыражению и собственным выборам. Базисные убеждения в структуре личностного потенциала представлены двумя проявлениями: отдельным структурным компонентом (фактором), отражающим позитивную выраженность, интегрированность и интернальность базисных убеждений; связь убеждения в самоконтроле над событиями своей жизни с удовлетворенностью самореализацией в условиях села, указывающей на осознание существующих ограничений.

Отдельными компонентами (факторами) в структуре личностного потенциала представлены рефлексия (уровень ресурсов саморегуляции) и самоорганизация (уровень инструментальных ресурсов). Ресурсы саморегуляции личностного потенциала в контрольной группе представляют разные рефлексивные возможности и процессы самодетерминации, связанные с качеством жизни. Взаимосвязь компонентов самоорганизации указывает на высокий ресурс личностного потенциала на инструментальном уровне.

Таким образом, установлена выраженность и согласованность уровней компонентов личностного потенциала в группе «норма». Их содержание свидетельствует, что открытость социальному миру, уверенность в себе, возможность самодетерминации и самоорганизации отражают понимание степени собственной ответственности за происходящее с ними, что жизнь, ее качество в большей мере есть не результат случайных событий, а закономерное явление, процесс и результат саморазвития.

1. Теоретически заявленная структура личностного потенциала эмпирически верифицирована на группах респондентов, проживающих в сельском муниципальном образовании Севера Сибири. Структура личностного потенциала в экспериментальной и контрольной группах различна по своей целостности и содержанию.

2. Структура личностного потенциала лиц с синдромом алкогольной зависимости диффузная; выявлены деструкции и дефициты личностного потенциала на всех уровнях личностного потенциала; деструкции компонентов всех структурных уровней связаны с негативным для развития человека характером базисных убеждений.

3. В контрольной группе структура личностного потенциала более четко проявлена и характеризуется целостностью и интегрированностью как уровней компонентов личностного потенциала, так и самих уровней, их содержание указывает на ресурсы личностного потенциала молодежи, проживающей в условиях сельской среды.

4. В качестве дефицитов личностного потенциала можно рассматривать: связь качества жизни с процессами самодетерминации, позитивный взгляд на мир, открытость социальным контактам, уверенность в себе и возможностях управлять своей жизнью – ставить цели и реализовывать их, рефлексивные способности и их гибкость, осознанное отношение к собственным возможностям и поиску условий для их реализации, готовность к активному поиску и выбору средств для реализации целей.

5. В качестве деструкций, порожденных выявленными дефицитами личностного потенциала, затрудняющими процесс самореализации у сельской молодежи Севера Сибири, могут выступать: на *результатирующем уровне* личностного потенциала – тесная связь сфер жизни в субъективной оценке ее качества и изолированность качества жизни от процессов самодетерминации; неудовлетворенность жизнью, ограничение пространства самореализации, отсутствие веры в свои жизненные успехи; на *уровне ресурсов саморегуляции* – негибкость в принятии решений, поведении и социальных контактах, невозможность опираться на прошлый опыт и прогнозировать будущее для принятия решений в настоящем, ситуативность поведения, невозможность самодетерминации, обусловленная негативными базисными убеждениями, невозможность контроля процесса и результатов своей жизни, расхождение между планированием целей и усилиями по поиску различных средств их реализации.

6. Выявленные особенности организации и содержания структуры личностного потенциала в группе лиц с проявлениями синдрома алкогольной зависимости и в группе «норма» респондентов молодого возраста позволяют рассматривать личностный потенциал в качестве фактора, препятствующего формированию алкогольной зависимости в возрасте молодости.

Л и т е р а т у р а

1. Актуальные проблемы наркоситуации в молодежной среде: состояние, тенденции, профилактика. Центр социологических исследований Минобразования и науки РФ. – М., 2004. – 504 с.
2. *Салагаев А. Л., Турянский И. Е.* Превенция подростково-молодежной девиации: основные подходы и проблемы реализации (этноконфессиональные и тендерные аспекты) // Наркотизация населения в современной России: специфика, субъекты. Динамика. – М., 2003.
3. *Лисецкий К. С.* Современные подходы к пониманию негативных зависимостей в молодежной среде // Проблемы профилактики негативных зависимостей среди молодежи. Сборник материалов конференции. – Самара, 2001.
4. *Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R.* Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // *Alaska medicine*. – 2006. – Т. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.
5. *Говорин Н. В., Сахаров А. В., Кичигина И. В., Балданов А. М.* Структура психических расстройств у лиц призывного контингента в Забайкальском крае // Забайкальский медицинский вестник. – 2010. – № 2. – С. 23–27.
6. *Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н.* Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири // Наркология. – 2011. – № 9 (117). – С. 43–48.
7. *Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н.* Распространенность психических расстройств среди населения сельского муниципального образования Севера Сибири: основные тенденции и прогноз // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 40–46.

8. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
 9. Говорин Н. В., Сахаров А. В., Ступина О. П., Кичигина И. В. Психическое здоровье призывного контингента. – Чита, 2011. – 203 с.
 10. Семке В. Я., Бохан Н. А. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии. – Томск: Изд-во ТГУ, 1999. – 157 с.
 11. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
 12. Бохан Т. Г., Кузнецов В. Н., Берлизова Т. Б., Галажинская О. Н., Немцев А. В. Дефициты личностного потенциала у сельской молодежи с проявлениями алкогольной зависимости // *Сибирский психологический журнал*. – 2013. – № 50. – С. 52–62.
 13. Личностный потенциал: структура и диагностика / под науч. ред. Д. А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2011.
 14. Асмолов А. Г. У порога неклассической релятивистской психологии // *Сибирский психологический журнал*. – 2011. – № 40. – С. 24–39.
 15. Бохан Т. Г., Галажинский Э. В. Пространственно-временные параметры самореализации молодежи коренных народов Сибири // *Сибирский психологический журнал*. – 2007. – № 25. – С. 172–180.
 16. Ключко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансперспективный анализ). – Томск: Томский государственный университет, 2005. – 174 с.
 17. Ханзян Э. Дж. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения // *Психология и лечение зависимого поведения* / под ред. С. Даулинга. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
 18. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // *Наркология*. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30–35.
 19. Зинченко Ю. П., Первичко Е. И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л. С. Выготского – А. Р. Лурия // *Национальный психологический журнал*. – 2012. – № 2 (8). – С. 32–45.
 20. Бохан Т. Г., Пешковская А. Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2011. – № 2. – С. 34–40.
 21. Рябова М. Г. Смыслообразование в структуре саморегуляции личности с психологической зависимостью в юношеском возрасте: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Тамбов, 2010. – 23 с.
 22. Снегирева Т. В. Психологические факторы деформаций готовности личности к самореализации в исследованиях отечественных психологов. // *Вестник Нижневартковского государственного гуманитарного университета*. – 2009. – Вып. 3.
 23. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
 24. Леонтьев Д. А., Мандрикова Е. Ю., Осин Е. Н., Плотникова А. В., Рассказова Е. И. Опыт структурной диагностики личностного потенциала // *Психологическая диагностика*. – Москва; Обнинск, 2007. – № 1. – С. 8–31.
 25. Бохан Т. Г., Твердохлебова Н. В. Проблемы становления идентичности у подростков и юношей при формировании пивной аддикции // *Вестник Томского государственного педагогического университета*. – 2012. – № 6. – С. 126–130.
- Транслитерация русских источников*
1. Relevant problems of drug situation in youth environment: state-of-the-art, trends, prevention]. Centre of Sociological Studies of Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Moscow, 2004. 504 p. (In Russ.).
 2. Salagaev A. L., Turyansky I. E. [Prevention of adolescent-youth deviation: basic approaches and problems of realization (ethno-confessional and tender aspects)]. In: [Narcotization of the population in modern Russia: specifics, subjects, dynamic]. Moscow, 2003. (In Russ.).
 3. Lisetsky K. S. [Modern approaches to understanding of negative dependences in youth environment]. In: [Problems of prevention of negative dependences among youth. Conference Abstract Book]. Samara, 2001. (In Russ.).
 5. Govorin N. V., Sakharov A. V., Kichigina I. V., Baldanov A. M. [Structure of mental disorders in draftees in Trans-Baikal Krai]. *Zabajkal'skij medicinskij vestnik* [Trans-Baikal Medical Bulletin]. 2010; 2: 23–27. (In Russ.).
 6. Bokhan N. A., Mandel A. I., Kuznetsov V. N. [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. *Narkologija* [Narcology]. 2011; 9(117): 43–48. (In Russ.).
 7. Bokhan N. A., Mandel A. I., Kuznetsov V. N. [Prevalence of mental disorders among the inhabitants of a rural area of Northern Siberia: tendencies and prognosis]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2011; 21(4): 40–46. (In Russ.).
 9. Govorin N. V., Sakharov A. V., Stupina O. P., Kichigina I. V. [Mental health of draftees]. Chita, 2011; 203 p. (In Russ.).
 10. Semke V. Ya., Bokhan N. A. [Sketches of ethnopsychology and ethnoppsychotherapy]. Publishing House of Tomsk State University, Tomsk, 1999; 157 p. (In Russ.).
 11. Semke V. Ya., Bokhan N. A. [Transcultural addictology]. Publishing House of Tomsk State University, Tomsk, 2008; 588 p. (In Russ.).
 12. Bokhan T. G., Kuznetsov V. N., Berlizova T. V., Galazhinskaya O. N., Nemtzev A. V. [Deficits of personality potential of young persons with manifestations of alcohol addiction]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Magazine]. 2013; 50: 52–62. (In Russ.).
 13. [Personality potential: structure and diagnosis]. Editor D. A. Leontyev. Smysl, Moscow, 2011. (In Russ.).
 14. Asmolov A. G. [At the threshold of nonclassical relativistic psychology]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Magazine]. 2011; 40: 24–39. (In Russ.).
 15. Bokhan T. G., Galazhinsky E. V. [Spatial-temporal characteristics of self-realization]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Magazine]. 2007; 25: 172–180. (In Russ.).
 16. Klochko V. E. [Self-organization in psychological systems: problems of formation of mental space of the personality (introduction into transpective analysis)]. Tomsk State University, Tomsk, 2005; 174 p. (In Russ.).
 17. Khanzyan E. J. [Vulnerability of domain of self-regulation in addicted patients: possible methods of treatment]. In: [Psychology and treatment of addictive behavior]. Editor S. Dowling. Independent Firm «Klass», 2000; 240 p. (In Russ.).
 18. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. [Clinical-dynamic approach toward addictions' systematic]. *Narkologija* [Narcology]. 2005; 4, 12: 30–35. (In Russ.).

19. Zinchenko Yu. P., Pervichko E. I. [Postnonclassical methodology in clinical psychology: Vygotsky-Luria school]. *Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal* [National Psychological Journal]. 2012; 2(8): 32–45. (In Russ.).
20. Bokhan T. G., Peshkovskaya A. G. [Challenges of self-realization of subjective picture of life span of patients with alcoholism]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 2: 34–40. (In Russ.).
21. Ryabova M. G. [Meaning formation in structure of self-regulation of the personality with psychological dependence in youth]. *Avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk* [Abstract of PhD thesis in Psychology]. Tambov, 2010; 23 p. (In Russ.).
22. Snegireva T. V. [Psychological factors of deformations of readiness of the personality for self-realization in research of domestic psychologists]. *Vestnik Nizhnevar-tovskogo gosudarstvennogo gumanitarnogo universite-ta* [Bulletin of Nizhnevartovsk State Humanitarian University]. 2009; 3. (In Russ.).
24. Leontyev D. A., Mandrikova E. Yu., Osin E. N., Plotnikova A. V., Rasskazova E. I. [Experience of structural diagnostics of personality potential]. *Psihologicheskaja diagnostika* [Psychological Diagnostics]. Moscow, Obninsk, 2007; 1: 8–31. (In Russ.).
25. Bokhan T. G., Tverdokhlebova N. V. [Problems of coming-to-be of identity during formation of beer addiction in adolescents]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]. 2012; 6: 126–130. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.13:612.015.848
ББК Р645021.11-9

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К АЛКОГОЛЮ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Мингазов А. Х.^{1*}, Анкудинова И. Э.²

¹ ГБОУ ВПО «Южно-Уральский ГМУ» Минздрава России 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

² ФГБУ «НИИ физиологии и фундаментальной медицины» 630117, Новосибирск, ул. Арбузова, 6

Для исследования особенностей патологического влечения к алкоголю у мужчин и женщин позднего (старше 60 лет) возраста, страдающих алкоголизмом, проведено комплексное клиническое обследование 462 больных мужского и женского пола с алкогольной зависимостью (по МКБ-10 рубрики F10.2–F10.7). Из них 391 мужчина и 71 женщина. По признаку первичного обращения к наркологу (после 60 лет или до 60 лет) среди больных мужского и женского пола были выделены 2 гендерные группы. Установлено, что синдром патологического влечения к алкоголю имеет отличительные особенности и зависит от пола и возраста первичного обращения за наркологической помощью. **Ключевые слова:** алкоголизм, позднее и раннее начало, поздний возраст, гендер.

CLINICAL FEATURES OF CRAVING FOR ALCOHOL IN MEN AND WOMEN OF OLD AGE WITH ALCOHOL DEPENDENCE. Mingazov A. Kh.¹, Ankudinova I. E.²

¹ South-Ural State Medical University of Ministry of Healthcare of Russia. Vorovsky Street 64, 454092, Chelyabinsk, Russia. ² Physiology and Basic Medicine Research Institute. Arbuzov Street 6, 630117, Novosibirsk, Russia. Comprehensive clinical examination of 462 patients of both sexes with alcohol dependence (ICD-10 F10.2–F10.7) was conducted to reveal features of craving for alcohol in men and women of old age (over 60 years). There were 391 men and 71 women. Two male and two female groups were formed according to the primary visit to addiction specialist before the age of 60 or after 60 years. It was established that craving for alcohol at old age has its own features depending on gender and time of primary visit to the specialist. **Key-words:** alcohol dependence, early and late onset, old age, gender.

Актуальность исследования. В последние годы вместо разобщенного изучения процессов созревания организма и формирования личности на ранних этапах (детство, отрочество,

* Мингазов Андрей Ханифович, д.м.н., доцент кафедры психиатрии. right.course.174@gmail.com

Анкудинова Инна Эдуардовна, к.м.н., главный врач клиники НФФМ.

юность), с одной стороны, и старения – с другой, ученые начали изучать последовательно весь онтогенетический период от рождения до конца жизни. Из наиболее очевидных и актуальных причин исследования особенностей инволюционного возраста явилось резкое увеличение продолжительности жизни у большей части населения, проживающего в индустриально развитых странах. Постарение населения планеты – это вполне объективный процесс, являющийся одной из важнейших социальных проблем с актуальностью изучения этнокультуральной спецификации пожилого возраста [11–13].

Многие авторы указывают на клиническую гетерогенность группы пациентов старших возрастных групп, страдающих алкоголизмом, разделяя их по продолжительности алкоголизации, по степени влияния социальных стрессов, по вкладу диссоциативных механизмов аддикции в формирование алкогольной зависимости, по наличию и выраженности коморбидной соматической и неврологической отягощенности, по степени иммунобиологической компенсации и психосоциальной адаптации в процессе терапии и реабилитации, по актуальности этнокультуральных различий, а также с учетом других параметров (2, 4–9, 14–19). При этом не сформировано единого мнения о влиянии этих факторов на формирование алкогольной зависимости и на течение заболевания. Так, с одной стороны, у лиц, начинающих злоупотреблять спиртным после 50 лет, формирование «осевых симптомов» алкоголизма ускорено [13], течение алкоголизма более злокачественное и имеет неблагоприятный прогноз [3]. С другой стороны, по мнению В. Б. Альтшулера (1999), патологическое влечение к алкоголю в пожилом возрасте у многих больных характеризуется сравнительно небольшой интенсивностью, зависит от преморбидных особенностей личности и наследственной отягощенности. Патологическое влечение к алкоголю является основным нозоспецифическим звеном хронического алкоголизма [1] и служит одной цели – достижению комфорта в состоянии опьянения. Однако зависимость его проявлений от пола и возраста первичного обращения за наркологической помощью у данного контингента больных остается недостаточно изученной.

Цель исследования: выявить отличительные особенности синдрома патологического влечения к алкоголю у лиц позднего возраста в зависимости от пола и возраста первичного обращения за наркологической помощью.

Материал и методы. Проведено комплексное клиническое (клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое и клинико-динамическое) обследование 462 больных мужского и женского пола, проходивших лече-

ние в наркологических стационарах Челябинской области в 2010–2011 гг. и состоящих на диспансерном учете с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя (согласно МКБ-10 рубрики F10.2–10.7)». В ходе исследования было выделено 2 гендерные группы: группа мужчин ($n=391$) старше 60 лет (средний возраст $65,5 \pm 5,2$ года) и группа женщин ($n=71$) позднего возраста (средний возраст $64,9 \pm 4,2$ года). Дифференциальный подход к клинико-динамическим особенностям алкоголизма позднего возраста показал, что как в мужской, так и в женской группе часть пациентов впервые обратилась к наркологу после 60 лет, другая часть больных проходила противоалкогольное лечение ранее 60-летнего рубежа. С учетом данного критерия в каждой гендерной группе было выделено по две группы наблюдения: 1-я группа (мужчины, $n=129$) и 3-я группа (женщины, $n=43$) – впервые обратившиеся к наркологу после 60 лет; 2-я группа ($n=262$) и 4-я группа ($n=28$) – обратившиеся к наркологу до исполнения 60 лет.

С целью изучения особенностей патологического влечения к алкоголю у мужчин и женщин позднего возраста, впервые обратившихся за наркологической помощью до и после 60 лет, нами использовалась шкала оценки патологического влечения к алкоголю, разработанная В. Б. Альтшулером (1994).

Результаты исследования. Анализ данных отдельных признаков синдрома патологического влечения к алкоголю на 3-й день стационарного лечения показал, что идеаторный компонент был максимально выражен у женщин 4-й группы и проявлялся сниженной критикой к своему состоянию, периодическим возвращением к мыслям о спиртном, заинтересованностью в скорой выписке из стационара в связи с «полным выздоровлением». В остальных группах идеаторный компонент был менее выражен и проявлялся эпизодическими мыслями о спиртном, формальной критикой к болезни, безразличием к срокам дальнейшей госпитализации. Результаты исследования представлены в таблице 1.

В сравнении с мужчинами 2-й группы у женщин 4-й группы депрессивная симптоматика была более выражена и чаще проявлялась вялостью, отсутствующим внешним видом, фиксацией на бытовых проблемах либо на перенесенных когда-то обидах, жалобами на скуку и однообразие жизни.

Тревожность у всех обследованных 4 групп встречалась примерно с одинаковой частотой и интенсивностью и проявлялась в виде повышенной озабоченности различными бытовыми вопросами, возможностью негативного отношения к ним со стороны окружающих, а также беспокойством о благополучии близких.

При сравнении 1-й и 3-й групп по симптому эмоциональной лабильности выявлено, что женщины значительно чаще, чем мужчины, плакали, жалуясь на непонимание со стороны окружающих, в особенности при обсуждении психотравмирующих обстоятельств их жизни. При сравнении мужчин и женщин 2-й и 4-й групп значимых различий в проявлении данного симптома не выявлено. В беседе они держались достаточно сдержанно, значительных перепадов настроения не наблюдалось.

Т а б л и ц а 1
Патологическое влечение к алкоголю
(Альтшулер В. Б., 1994)

Компоненты ПВА и их составляющие	Усредненные величины компонентов ПВА и их составляющих, баллы (M±m) в группах			
	1-я (n=129)	2-я (n=262)	3-я (n=43)	4-я (n=28)
Идеаторный компонент	0,78± 0,43	1,22± 0,67	1,56± 0,7	2± 0,5
Депрессивная симптоматика	0,44± 0,51	1,43± 0,59	1,28± 0,46	2,28± 0,61
Тревога	0,89± 0,47	1,35± 0,57	1,39± 0,50	1,32± 0,48
Эмоциональная лабильность	0,61± 0,31	1,26± 0,62	1,83± 0,79	1,96± 0,68
Дисфория	0,72± 0,57	1± 0,43	1,78± 0,65	1,32± 0,48
Алкогольные сновидения	0,28± 0,46	0,65± 0,57	1,44± 0,62	1,48± 0,65
Мимические реакции при разговоре об алкоголе	0,83± 0,38	0,91± 0,29	0,5± 0,51	0,6± 0,5
Изменение аппетита	0,83± 0,51	0,74± 0,62	2± 0,49	1,84± 0,62
Поведенческий компонент	0,78± 0,43	1,48± 0,59	2,22± 0,43	1,96± 0,54
Сумма	6,11± 2,39	10,04± 2,16	14± 1,41	14,76± 2,09

Дисфория у женщин 3-й группы была выражена сильнее, чем у мужчин 1-й группы, и проявлялась в раздражительности, угрюмом внешнем виде, чувстве внутреннего напряжения. Мужчины реже проявляли недовольство внешними условиями, реже жаловались на раздражительность и сниженное настроение. Значимых различий в проявлении данного симптома у мужчин и женщин, впервые обратившихся за наркологической помощью до 60 лет, не выявлено. Пациенты данных групп старались избегать конфликтных ситуаций, но иногда высказывали недовольство условиями госпитализации.

Алкогольные сновидения у женщин встречались чаще, чем у мужчин, как при сравнении пациентов 1-й и 3-й групп, так и при сравнении 2-й и 4-й групп. Чаще всего содержание этих сновидений воспроизводилось с трудом, при этом присутствие в них алкогольной тематики не вызывало сомнений. В единичных случаях женщины обеих групп сообщали о ярких алкогольных сновидениях, запоминавшихся им на несколько дней. Активные мимические реакции с оживлением при разговоре об алкоголе встречались

редко. Значимых различий в их проявлении у мужчин и женщин не выявлено.

У женщин 3-й группы в сравнении с мужчинами 1-й группы значительно чаще встречалось стойкое снижение аппетита с повышенной жаждой. Мужчины в значительном большинстве случаев активных жалоб на аппетит не предъявляли, неустойчивость аппетита проявлялась в эпизодическом игнорировании приемов пищи. При сравнении мужчин и женщин 2-й и 4-й групп наблюдалась схожая картина: женщины значительно реже мужчин посещали столовую, ограничиваясь напитками.

Поведенческий компонент патологического влечения к алкоголю у женщин 3-й группы, в отличие от мужчин 1-й группы, проявлялся стремлением уклониться от лечения, непоследовательностью и переменчивостью планов на будущее, рассеянностью, общением с пациентами, оправдывающими алкогольное поведение. Мужчины, в отличие от женщин, чаще проявляли показной пафос в обсуждении вопросов пьянства, горячность и громкие заявления о твердом намерении полностью отказаться от употребления спиртного. Поведенческий компонент синдрома ПВА у мужчин и женщин, страдающих алкоголизмом в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет, значимо не различался и характеризовался гиперактивностью с желанием отвлечься от мыслей о спиртном.

Оказалось, что суммарное количество баллов синдрома патологического влечения к алкоголю у женщин 3-й и 4-й групп значимо превышало данный показатель у мужчин 1-й и 2-й групп соответственно.

Таким образом, изучение ПВА позволило выявить отличительные гендерные особенности по группам исследования. У мужчин, страдающих алкоголизмом позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет, синдром патологического влечения к алкоголю проявлялся эпизодически возникающими мыслями о спиртном, сниженным настроением, озабоченностью по различным поводам, озабоченностью бытовыми проблемами за пределами стационара, неустойчивостью аппетита и гиперактивностью. В то же время у женщин позднего возраста с первичным обращением за наркологической помощью после 60 лет синдром ПВА проявлялся навязчивыми мыслями о спиртном, пассивностью, озабоченностью различными бытовыми вопросами, слезливостью при обсуждении психотравмирующих ситуаций, повышенной раздражительностью, редко возникающими алкогольными сновидениями, сниженным аппетитом и стремлением к сокращению сроков госпитализации. Максимальные значения синдрома ПВА наблюдались по шкалам «дисфория»,

«изменение аппетита», «поведенческий компонент». Для мужчин с алкоголизмом в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет типичны такие проявления синдрома ПА, как периодически возникающие мысли о спиртном, необщительность, бездеятельность, неуверенность в собственных силах, ворчливость, редкие алкогольные сновидения, неустойчивость аппетита. У женщин с алкогольной зависимостью в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет синдром ПА выражен сильнее, чем в других группах, и проявлялся сниженной критикой к своему состоянию, частыми мыслями о спиртном, бездеятельностью, вялостью, неопределенностью планов на будущее, слезливостью, раздражительностью, яркими алкогольными сновидениями, сниженным аппетитом, а также стремлением к выпiske и уклонением от лечения. У мужчин, страдающих алкогольной зависимостью в позднем возрасте с первичным обращением за наркологической помощью до 60 лет, патологическое влечение к алкоголю выражено достоверно сильнее, чем у мужчин, начавших злоупотребление в позднем возрасте.

Л и т е р а т у р а

1. Альтшулер В. Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 2.
2. Альтшулер В. Б. Вновь о патологическом влечении к психоактивным веществам: надуманные и реальные проблемы // Наркология. — 2012. — Т. 11, № 10. — С. 111—116.
3. Бабаян Э. А., Гогопольский М. Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
4. Балашов П. П., Сульдин А. М. Организация психосоциальной и психиатрической помощи геронтологическим контингентам в учреждениях социального обслуживания // Вестник Томского государственного педагогического университета. — 2006. — № 2. — С. 95—98.
5. Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... доктора. мед. наук. — Томск, 1996. — 46 с.
6. 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.
7. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. — 2002. — № 2. — С. 31—37.
8. Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Механизмы реализации терапевтического эффекта иммуномодулятора галавита при комплексной терапии алкоголизма // Наркология. — 2005. — № 10. — С. 40—45.
9. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Методологические подходы к изучению алкогольной смертности населения (региональный аспект) // Вопросы наркологии. — 2011. — № 2. — С. 7—13.
10. Егоров А. Ю. Алкоголизм в позднем возрасте // Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
11. Семке В. Я., Бохан Н. А. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии. — Томск: Изд-во ТГУ, 1999. — 157 с.
12. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. — 588 с.
13. Семке В. Я., Цыганков Б. Д., Одарченко С. С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. — М.: Медицина, 2006. — 526 с.
14. Ураков И. Г., Куликов В. В. Хронический алкоголизм. — М.: Медицина, 1973. — 166 с.
15. Barry K. L., Oslin D. W., Blow F. C. Alcohol problems in older adults: prevention and management. — Springer Publishing Company, Inc., 2001.
16. Beechem M. H. Elderly Alcoholism: intervention strategies. — Charles C Thomas Publisher, Limited, 2002.
17. Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S. Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // Cent. Eur. J. Public Health. — 2010 — V. 18 (3). — P. 132—138.
18. Bokhan N. Clinical-ethnocultural peculiarities of alcoholism among aboriginal population of Kamchatka // World Cultural Psychiatry Research Review. — Special Number. — Supplement S1 (2009). — P. 119—122.
19. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. — Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. — 324 p.

Транслитерация русских источников

1. Altshuler V. B. [Alcoholism]. Guide of psychiatry. Vol. 2. Editor A. S. Tiganov. Medicina, Moscow, 1999. (In Russ.).
2. Altshuler V. B. [Once more about the craving for psychoactive substances: thought up and real problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2012; 11(10): 111—116. (In Russ.).
3. Babayan E. A., Gogopolsky M. Kh. [Narcology]. Medicina, Moscow, 1987; 336 p. (In Russ.).
4. Balashov P. P., Suldin A. M. [Psycho-social and psychiatric help organization for gerontological contingent in institutions of the social service]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]. 2006; 2(53): 95-98. (In Russ.).
5. Bokhan N. A. [Clinical-pathodynamic patterns and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment]. *Avtoref. dis. ... doktora. med. nauk* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 1996; 46 p. (In Russ.).
6. 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 State University, Tomsk, 2004; 166 p. (In Russ.).
7. Bokhan N. A. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial conjugation of problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 2: 31—37. (In Russ.).
8. Vetlugina T. P., Bokhan N. A. [Realization mechanisms of therapeutic effect of immunomodulator Galavit in the process of complex alcoholism therapy]. *Narkologija* [Narcology]. 2005; 10: 40—45. (In Russ.).
9. Govorin N. V., Sakharov A. V. [Methodological approaches to the study of mortality associated with alcohol abuse among the population (a regional aspect)]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2011; 2: 7—13. (In Russ.).
10. Egorov A. Yu. [Alcoholism at old age]. Guide of addictology. Editor V. D. Mendeleevich. Rech', Saint Petersburg, 2007; 768 p. (In Russ.).
11. Semke V. Ya., Bokhan N. A. [Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy]. Publishing House of Tomsk State University, Tomsk, 1999; 157 p. (In Russ.).
12. Semke V. Ya., Bokhan N. A. [Transcultural addictology]. Publishing House of Tomsk State University, Tomsk, 2008; 588 p. (In Russ.).
13. Semke V. Ya., Tsygankov B. D., Odarchenko S. S. [Bases of borderline gerontopsychiatry]. Medicina, Moscow, 2006; 526 p. (In Russ.).
14. Uraikov I. G., Kulikov V. V. [Chronic alcoholism]. Medicina, Moscow, 1973; 166 p. (In Russ.).

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89:159.97.9.07

ББК Ю984

ПРИВЯЗАННОСТЬ РЕБЕНКА К МАТЕРИ И ОТНОШЕНИЯ ПРИВЯЗАННОСТИ БЛИЗКИХ ВЗРОСЛЫХ

Куфтяк Е. В.*

ФГБОУ ВПО «Костромской государственный
университет им. Н. А. Некрасова»
156001, Кострома, ул. 1-го Мая, 14

*Исследование выполнено при финансовой поддержке
РФФИ (проект № 13-06-0582).*

Исследования по изучению отношений привязанности ребенка показывают, что особенности отношений матери с ребенком выступают причиной развития качества привязанности. Исследователями ставится вопрос о передаче типов привязанности из поколения в поколение. Данная работа, осуществляемая в рамках проекта по изучению межпоколенной трансляции системы отношений личности, направлена на изучение взаимосвязи между показателями привязанности и близости матери и бабушки и привязанности ребенка к матери. В исследовании участвовало 30 триад «ребенок – мама – бабушка». Показано, что демонстрация взрослыми (матерью, бабушкой), воспитывающими ребенка, уверенности в надежности отношений близости способствует формированию у ребенка доминанты, связанной с потребностью чуткости в поведении. **Ключевые слова:** привязанность, близкие отношения, три поколения.

CHILD'S ATTACHMENT TO HIS MOTHER AND ATTACHMENT RELATIONS IN CLOSE ADULTS. Kuftyak E. V. Nekrasov Kostroma State University. 1st May Street 14, 156001, Kostroma, Russia. Studies on children's attachment relations show that the aspects of mother-child relations are the main reason for the attachment quality development. Researchers dispute about attachment type transfer across generations. Our research, conducted in the framework of intergenerational transfer of individual's relations system, investigates the co-relation between indicators of attachment and affection of mothers and grandmothers and child's attachment to his/her mother. The study involved 30 triads (child – mother – grandmother). Our research showed that the demonstration of confidence in relations of proximity by adults bringing up the child

(mother, grandmother) helps to develop the need for sensitivity in behaviour of the child. **Keywords:** attachment, close relationships, three generations.

Введение. Множество эволюционных исследований привязанности, описывающих процесс развития привязанности, индивидуальные различия в избирательности привязанности и характеристики клинических нарушений привязанности раскрыли центральную роль привязанности детей к взрослым в сохранении их психического здоровья. Увеличение числа факторов социального риска в жизни детей и взрослых повышает вероятность развития ненадежной привязанности. Установлено, что дети с дезорганизованной привязанностью впоследствии чаще имеют экстернальные проблемы, синдром ПТСР [6]. По данным Национального института здоровья детей и развития человека, типы ненадежной привязанности (избегающий, дезорганизованный), зафиксированные у детей в возрасте 15 месяцев, связаны с низкими показателями социальной компетентности матери и высоким уровнем выраженности экстернальных и интернальных проблем в дошкольном возрасте и на первом году обучения в школе [10]. Лонгитюдные исследования эмоционального развития детей с травматичным опытом ранней депривации в условиях приюта или детского дома позволили установить взаимосвязь между выявлением СДВГ и симптомами нарушения привязанности [12].

Результаты отдельных исследований свидетельствуют в пользу того, что факторы, осложняющие психическое развитие ребенка (например, нарушение слуха или синдром Дауна), имеют меньшее влияние на развитие привязанности ребенка к матери, по сравнению с проблемами самой матери и условиями воспитания ребенка [13].

Другие исследования свидетельствуют о том, что факторами формирования эмоциональной привязанности выступают индивидуально-личностные особенности матери: эмпатия, способность к близости и аутентичному диалогу на невербальном уровне [5, 11]. Ряд исследователей отмечают влияние особенностей поведения и общения матери с ребенком, активности ребенка в отношениях с матерью и совместное общение ребенка и матери на формирование привязанности.

Большое количество исследований подтверждают, что способность ребенка привлечь внимание матери (с помощью глаз, голоса, движений), поддерживать контакт и проявлять эмоции, умение использовать собственные реакции с целью регулирования поведения матери влияют на формирование привязанности [5, 10, 11, 12].

* Куфтяк Елена Владимировна, д-р психолог. наук, профессор кафедры специальной психологии.
E-mail: elena.kuftyak@inbox.ru

В ряде психологических исследований указывается на межпоколенную трансляцию типов привязанности из поколения в поколение, т. е. от матерей к младенцам [7, 9]. Зарубежные исследователи обнаружили, что собственное состояние матерей и ее ранние отношения со своими близкими взрослыми влияют на особенности ее взаимодействия с ребенком. Согласно результатам этих исследований, стабильные и безопасные отношения обеспечивают устойчивую организацию эмоциональных и поведенческих паттернов, тогда как риск и опасность вызывают страх и, в конце концов, приводят к дезорганизации [4]. Нарушение связи между родителями и ребенком, по мнению психоаналитиков, обусловлено трансгенерационной травмой родителей, проявляющейся в их неспособности к построению стабильной надежной связи с ребенком. Ребенок, эмоционально связанный с родителями, оказывается вовлеченным в переживание этой травмы, и впоследствии в его собственных отношениях будут актуализироваться усвоенные стратегии поведения [3]. Ю. Кестенберг (1983) описывает трансгенерационную транспортировку, что имеет отношение к «вложению» в ребенка травматических образов [8].

Таким образом, тип привязанности является относительно устойчивым образованием и включен во внутрисемейную передачу, «наследование» младшим поколением семьи [2, 3]. Установлены внутрисемейные циклы небезопасной привязанности, передающиеся в диаде «мать – ребенок».

Целью настоящего исследования стало выявление взаимосвязи качества привязанности близких взрослых (матери, бабушки) и отношений привязанности ребенка к матери. Следуя вышеизложенной логике, мы предположили, что качество привязанности ребенка к матери строится в соответствии с «рабочими моделями привязанности» матери и бабушки, существующими в контексте наследуемых внутрисемейных циклов безопасной/небезопасной привязанности.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проходило с участием детей старшего дошкольного возраста, посещающих дошкольные образовательные учреждения г. Костромы. Участие близких взрослых детей было добровольным и анонимным. Всего в исследовании приняли участие 30 триад «ребенок – мама – бабушка». Возраст обследованных детей составлял 6–7 лет. Средний возраст матерей – 31,1 года. Средний возраст бабушек – 52,9 года. В 20 триадах – ребенок был единственным в семье.

Оценка привязанности ребенка к матери проводилась с использованием «Опросника оценки типов привязанности к матери» (Пупырева Е. В., 2007) [1]. С помощью этого опросника определялся тип привязанности, а также проводилась оценка 7 показателей, отражающих значимые сферы проявления привязанности в старшем дошкольном возрасте: 1) эмоциональная близость с матерью; 2) взаимодействие с матерью в социальном контексте; 3) восприятие матери как источника помощи и поддержки; 4) принятие матерью (условное/безусловное); 5) потребность в присутствии матери; 6) эмоциональная чуткость матери по отношению к ребенку; 7) совместная деятельность (гармоничность либо конфликтность совместной деятельности). Оценка привязанности матери к ребенку проводилась с помощью опросника для матерей, оценивающего особенности эмоциональной связи матери и ребенка (Пупырева Е. В., 2007) [1]. Опросник позволяет провести оценку матерями особенностей привязанности к ним детей, степени эмоциональной близости, послушания и самостоятельности детей, а также степень их контроля и участия в жизни своих детей.

При исследовании матерей и бабушек использовались следующие методики: Методика «Самооценка генерализованного типа привязанности» (RQ; Bartholomew K., Horowitz L., 1998) в адаптации Т. В. Казанцевой; методика «Опыт близких отношений» (ECR-R; Fraley R. C., Waller N. G. & Brennan K. A., 2000), адаптация проведена Т. В. Казанцевой), что позволило изучить тревожность и избегание близости в эмоциональных отношениях.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью стандартного пакета статистической программы SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение. В результате изучения типа привязанности в группе детей старшего дошкольного возраста были выделены два вида привязанности ребенка к матери, условно названные надежным и ненадежным типами. Большинство (2/3) выборки обследованных дошкольников (73 %) составили дети с надежной привязанностью к матери, менее трети (27 %) детей имели ненадежный тип привязанности.

Статистически значимые различия у детей с надежной привязанностью и ненадежной привязанностью были обнаружены в большей степени в отношении таких сфер проявления привязанности в старшем дошкольном возрасте, как эмоциональная близость с матерью ($p < 0,003$), взаимодействие с матерью в социальном контексте ($p < 0,000$), эмоциональная чуткость матери к ребенку ($p < 0,024$).

Обнаружено, что дошкольники с ненадежным типом привязанности испытывают недостаток близких отношений с матерью, не испытывают потребности во взаимодействии с матерями при освоении ими различных аспектов социальной жизни, считают матерей недостаточно чуткими и внимательными.

Далее для достижения большей объективности исследования мы соотнесли представления детей о привязанности с представлениями матерей. С помощью опросника для матерей была получена оценка привязанности к ним детей, эмоциональной близости и отзывчивости, автономности и самостоятельности детей. Статистически значимых различий между матерями детей с надежным и ненадежным типами привязанности не обнаружено. К различиям, полученным на уровне тенденции, относятся следующие. Матери детей с надежным типом привязанности выше оценивают эмоциональную близость ребенка к ним и выше дают оценку привязанности к ним, по сравнению с матерями с ненадежным типом привязанности. Матери с ненадежным типом привязанности демонстрируют высокие оценки по показателю самостоятельности ребенка. Вероятно, отсутствие уверенности в себе и чувства собственной безопасности у детей порождает у детей ориентацию на большую самостоятельность, стремление удалиться от матери. Высокая самостоятельность ребенка с ненадежным типом привязанности показана и Е. В. Пупыревой [1]. Автор связывает наблюдаемую самостоятельность у ненадежно привязанных младших школьников с внутренним отстраненным отношением к матери или напряженным отстаиванием своей позиции. Так, самостоятельность детей с ненадежной привязанностью отражает их стремление дистанцироваться от матери, поскольку близость с ней сопряжена с эмоциональным напряжением.

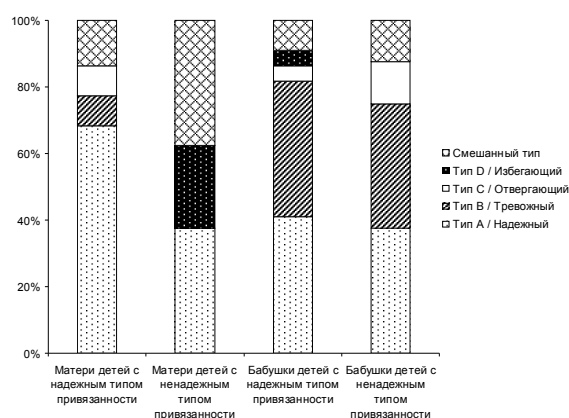


Рис. 1. Распределение типов привязанности близких взрослых в группах дошкольников

Сравнительный анализ показал распределение типов привязанности матерей и бабушек в группах дошкольников с надежным и ненадежным типами привязанности (рис. 1).

Более соответствующими нашим ожиданиям оказались данные о преобладании в группе детей с надежным типом привязанности у матерей (68,2 %). В литературе неоднократно упоминается существование причинной связи между качеством репрезентации привязанности поколения родителей и качеством привязанности детей. Интересны также данные относительно равной представленности надежного и тревожного типов привязанности в группах бабушек детей с разными типами привязанности (40,9 и 40,9 % – в группе надежно привязанных детей; 37,5 и 37,5 % – в группе ненадежно привязанных детей). Полученные данные могут свидетельствовать, с одной стороны, о том, что в течение жизни привязанность может модифицироваться в направлении надежности или ненадежности под влиянием опыта, полученного в отношениях со значимыми лицами и/или под воздействием радикальных событий (например, потери, травматических ситуаций). С другой стороны, наши данные подтверждают, что ненадежный тип привязанности, выражающийся в способе ухода за собственными детьми, может создавать угрозу для последних, что вынуждает их вырабатывать собственные (отличные от родителей) стратегии привязанности вокруг этой угрозы.

В представленных далее таблицах приводятся результаты корреляционного анализа показателей сфер проявления привязанности ребенка и привязанности матери к ребенку, показателей тревожности и избегания близости в отношениях привязанности близких взрослых (матери и бабушки). Назовем основные тенденции, которые можно увидеть в этой части работы.

Первое, что становится заметным при анализе корреляционных связей, – это разное количество и качество связей между показателями привязанности ребенка к матери и показателями привязанности матери к ребенку, а также между показателями привязанности ребенка к матери и показателями близких отношений матери и бабушки в группах детей с надежным и ненадежным типами привязанности. Корреляционных связей выявлено больше в группе детей с надежной привязанностью. Отметим, что корреляционные связи между показателями сфер проявления привязанности ребенка и матери обнаружены только в группе детей с надежной привязанностью.

Т а б л и ц а 1
Корреляционные связи между показателями привязанности ребенка к матери и привязанности матери к ребенку (в группе дошкольников с надежной привязанностью)

Показатели сфер проявления привязанности ребенка	Показатели привязанности матери к ребенку	Коэффициент корреляции
Взаимодействие с матерью в социальном контексте	Эмоциональная близость с ребенком	0,44*
Восприятие матери как источника помощи и поддержки	Привязанность	0,42*
	Эмоциональная близость с ребенком	-0,47*

Примечание. * – $p < 0,05$ (коэффициент Спирмена).

Как показано в вышеприведенной таблице, в результате анализа корреляционных связей между показателями сфер проявления привязанности ребенка и показателями привязанности и степени эмоциональной близости с позиции матери была выявлена положительная связь между показателем степени *проявления сочувствия и близости матери к ребенку* и показателем степени *взаимодействия с матерью в социальном контексте*: чем выше степень проявления сочувствия и эмоциональной близости матери к ребенку, тем более ребенок активен во взаимодействии с матерью в различных социальных ситуациях. Показатель степени *близости матери к ребенку* отрицательно связан с показателем *восприятия матери как источника помощи и поддержки*, а показатель *привязанности ребенка с позиции матери* положительно связан с вышеназванным показателем ребенка.

Так, высокая степень эмоционального сочувствия и близости матери с ребенком снижает уровень восприятия матери как полноценного помощника и источника поддержки, а чем выше уровень привязанности матери к ребенку, тем выше уровень восприятия матери как источника помощи и поддержки. Вероятно, высокий уровень сочувствия, доверия и открытости (так, данный показатель описывает и способность матери быть реальным человеком со своими слабостями и недостатками) матери к ребенку снижает способность ребенка воспринимать мать как источника полноценной поддержки в случае возникновения трудностей; а сильная надежная привязанность с позиции матери дает ребенку ощущение матери как источника истинной поддержки и помощи.

Показатель ориентированности матери на межличностную независимость в отношениях привязанности (низкие значения показателя) отражает уверенность в надежности значимого лица/партнера.

В нашем исследовании обнаружено, что *Установка матери на межличностную независимость* положительно коррелирует с потребностью ребенка в *Эмоциональной близости к матери*, а с показателем, указывающим на *Потребность ребенка в эмоциональной чуткости матери*, отрицательно. Обнаруженные связи с данным показателем свидетельствуют в пользу того предположения, что ощущение матери в уверенности значимых ей людей позволяет ребенку чувствовать ее эмоциональную настроенность, наблюдать поступки, продиктованные ее чуткостью, что дает ему ощущение безопасности и ориентирует на самостоятельность (т. е. не формирует эмоциональной зависимости от матери). *Потребность ребенка в принятии матерью* отрицательно коррелирует с *Установкой на зависимость в межличностных отношениях* матери и бабушки. Согласно этим связям, отсутствие у матери и бабушки дискомфорта, переживаемого в отношениях с другими людьми (низкие значения показателя), развивает у ребенка потребность в принятии матерью независимо от условий.

Т а б л и ц а 2
Корреляционные связи между показателями привязанности ребенка к матери и близких отношений взрослых (матери, бабушки) в группе дошкольников с надежной привязанностью

Показатели близких отношений матери	Показатели сфер проявления привязанности ребенка	Показатели близких отношений бабушки
Тревожность в отношениях 0,625**	Эмоциональная близость с матерью	–
Тревожность в отношениях -0,63**	Эмоциональная чуткость матери к ребенку	–
Избегание Близости -0,474*	Принятие матерью (условное/безусловное)	Избегание Близости -0,474*

Примечание. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$ (коэффициент Спирмена).

Т а б л и ц а 3
Корреляционные связи между показателями привязанности ребенка к матери и близких отношений взрослых (матери, бабушки) в группе дошкольников с ненадежной привязанностью

Показатели близких отношений матери	Показатели сфер проявления привязанности ребенка	Показатели близких отношений бабушки
Тревожность в отношениях 0,907**	Потребность в присутствии матери	–
Тревожность в отношениях -0,962**	Эмоциональная чуткость матери к ребенку	–

Примечание. ** – $p < 0,001$ (коэффициент Спирмена).

В группе детей с ненадежной привязанностью выявлено, что *Потребность ребенка в присутствии матери* положительно связана с *Установкой матери на межличностную независимость*, а *Потребность в эмоциональной чуткости матери* с этим же показателем матери отрицательно. Испытываемый матерью эмоциональный дискомфорт в отношениях с другими повышает потребность ребенка в присутствии матери. Так, негативные переживания матери повышают внутреннюю потребность ребенка в материнском присутствии, что, вероятно повышает его зависимость от матери. Сквозь призму зависимости от матери ребенок недополучает внимания со стороны матери, а получает тревогу, искаженные тревожные образы и недостаток информации. Сложившиеся взаимоотношения в диаде «мать – ребенок» создают ситуацию «вложения» в ребенка материнской тревоги, напряженности.

Проведенное нами исследование показало, что уверенность матери в надежности значимого партнера взаимосвязана с потребностью ребенка в эмоциональной чуткости матери к ребенку. Данная взаимосвязь выявлена в группах детей с надежной и ненадежной привязанностью, что убедительно демонстрирует связь уверенности матери в надежности ей близких людей с ее проявлением чуткости во взаимоотношениях с ребенком. Кроме того, в группе детей с надежной привязанностью потребность в эмоциональной чуткости и внимании матери связана с уверенностью бабушек в надежности значимого партнера. Согласно концепции привязанности, чуткость взрослых, воспитывающих ребенка, составляет важную основу для типа привязанности, который закладывается у ребенка.

Заключение. В результате исследования процесса трансляции типа привязанности в поколениях одной семьи, выявления связи оценок привязанности и близких отношений детей и близких взрослых обнаружили следующие, наиболее заметные особенности.

Во-первых, наши данные подтверждают, что качество привязанность взрослых (матери, бабушки) в близких отношениях является значимой характеристикой в становлении эмоциональных связей ребенка и построении адаптивных стратегий взаимодействия.

Во-вторых, привязанность ребенка дошкольного возраста (6–7 лет) к матери характеризуется своеобразием. Хотя большинство (2/3) выборки обследованных дошкольников составили дети с надежной привязанностью к матери, треть детей имели ненадежный тип привязанности. Эти дети испытывают недостаток близких отношений с матерью, не испытывают потребности во взаимодействии с матерями при освоении ими различных аспектов социальной жизни, считают матерей недостаточно чуткими

и внимательными. С позиции матерей дети с ненадежной привязанностью характеризуются более высокой самостоятельностью, что отражает их стремление дистанцироваться от матери, поскольку близость с ней сопряжена с эмоциональным напряжением.

В-третьих, демонстрация взрослыми (матерью, бабушкой), воспитывающими ребенка, уверенности в надежности отношений близости способствуют формированию у ребенка доминанты, связанной с проявлением чуткости в поведении.

В-четвертых, полученные данные указывают на возможность существования совместной единой стратегии поведения (тип привязанности, рассматриваемый как определенный способ переработки и интеграции информации, который порождает соответствующие стратегии поведения) в системе отношений «мать/близкий взрослый – ребенок». Установлено, что преемственность надежного типа привязанности в трех поколениях семьи более стабильна, по сравнению с ненадежным типом.

Полученные данные представляют значительный интерес в понимании механизмов формирования системы «мать/близкий взрослый – ребенок», позволяют определить новые направления психотерапевтической работы с детьми и ближайшим окружением по изменению психологических стратегий по организации поведения. Обнаруженные данные указывают на совместную стратегию поведения в системе «мать/близкий взрослый – ребенок», что необходимо учитывать в профессиональной работе.

Л и т е р а т у р а

1. Пупырева Е. В. Эмоциональная привязанность к матери как фактор становления автономии личности в младшем школьном возрасте: автореф. дис. канд. психол. наук. – М., 2007. – 32 с.
2. Куфтяк Е. В. Психология семейного совладания: автореф. дис. ... докт. психол. наук. – М., 2011. – 46 с.
3. Куфтяк Е. В. Психология семьи: регуляция и защита. – Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2011. – 384 с.
4. Куфтяк Е. В. Семейно-поколенческое исследование: теория и практика // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика». – 2014. – Т. 20, № 1. – С. 64–68.
5. Ainsworth M. D., Blehar M. C., Waters E., Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. – Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1978. – 391 p.
6. Fearon R. P., Bakermans-Kranenburg M. J., Van IJzendoorn M. H., Lapsley A., & Roisman G. I. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study // Child Development. – 2010. – Vol. 81. – P. 435–456.
7. Hautamäki A., Hautamäki L., Neuvonen L., Malinemi-Piispanen S. Transmission of attachment across three generations: continuity and reversal //

- Clinical Child Psychology and Psychiatry. – 2010. – Vol. 5(3). – P. 347–354.
8. Kestenberg J. Psychoanalysis of children of survivors of the Holocaust: case presentation and assessment // Journal of the American Psychanalytische Association. – 1983. – Vol. 28. – P. 775–804.
 9. Main M., Cassidy J. Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month Period // Dev. psychology. – 1988. – № 24. – P. 425–426.
 10. NICHD Early Child Care Research Network. Infant-mother attachment: Risk and protection in relation to changing maternal caregiving quality over time // Developmental Psychology. – 2006. – Vol. 42. – P. 38–58.
 11. Spitz R. A. The first year of life: A psychoanalytic study of normal and deviant development of object relations. – New York: International Universities Press, 1965. – 394 p.
 12. Rutter M., Andersen-Wood L., Beckett C., Bredenkamp D., Casde J., Groothues C., Kreppner J., Keaveney L., Lord C., O'Connor T. G. and the English and Romanian Adoptees (ERA) study team Quasi-autistic patterns following severe early global privation // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1999. – Vol. 40. – P. 537–549.
 13. van IJzendoorn, M. H., Goldberg, S., Kroonenberg, P. M., & Frenkel, O. J. The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples // Child Development. – 1992. – Vol. 63. – P. 840–858.

Транслитерация русских источников

1. Pupyreva E. V. [Emotional attachment to mother as a factor of formation of personality autonomy at younger school age]. *Avtoref. dis. kand. psihol. nauk* [Abstract of PhD thesis in Psychology]. Moscow, 2007; 32 p. (In Russ.).
2. Kuftuak E. V. [Psychology of family coping]. *Avtoref. diss. ... dokt. psihol. nauk*. [Abstract of Doctor's thesis on Psychology]. Moscow, 2011; 46 p. (In Russ.).
3. Kuftuak E. V. [Psychology of family: regulation and defense]. Nekrasov Kostroma State University, Kostroma, 2011; 384 p. (In Russ.).
4. Kuftuak E. V. [Family-generation investigation: theory and practice]. *Vestnik KGU im. N. A. Nekrasova. Seriya: Pedagogika. Psihologiya. Social'naja rabota. Juvenologiya. Sociokinetika* [Bulletin of Nekrasov Kostroma State University, Series: Pedagogy. Psychology. Social Work. Juvenile studies. Sociokinetics]. 2014; 1 (20): 64–68. (In Russ.).

УДК 616.895.8:616.89-008.444.9
ББК Р645.090-18

СВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И АГРЕССИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шуклин Р. А.¹, Кочеткова Е. Н.²,
Бохан Т. Г.^{3*}

¹ Новосибирский государственный университет
630090, Новосибирск, ул. Пирогова, 13

² КГУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю. К. Эрдыманова»
Барнаул, пос. Силикатный, ул. Суворова, 13

ФКУ «Главное бюро МСЭ по Алтайскому краю»

³ Национальный исследовательский
«Томский государственный университет»
634050, Томск, пр. Ленина, 36

В статье обосновывается необходимость изучения социальной поддержки в аспекте развития социальных компетенций, самопомощи у больных шизофренией и создания внешних условий социальной поддержки с целью предупреждения агрессивного поведения; представлены результаты эмпирического исследования особенностей восприятия социальной поддержки больными шизофренией, характера связей показателей социальной поддержки и агрессивности. **Ключевые слова:** шизофрения, социальная поддержка, агрессивность, самопомощь, социальные навыки, социальная реабилитация, профилактика.

CONNECTION OF SOCIAL SUPPORT AND AGGRESSION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA. Shuklin R. A.¹, Kochetkova E. N.², Bokhan T. G.³

¹ Novosibirsk State University. Pirogov Street 13, 630090, Novosibirsk, Russia. ² Yu. K. Erdman Altai Krai Clinical Psychiatric Hospital. Suvarov Street 13, vil. Silikatnyy, Barnaul, Russia. ³ Main Bureau of Medico-Social Examination in Altai Krai. ³ National Research Tomsk State University. Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russia. In the article, necessity of study of social support in the aspect of development of social competences, self-help in patients with schizophrenia and creation of external conditions of social support aimed at prevention of aggressive behavior is based; results of empirical investigation of peculiarities of perception of social support by patients with schizophrenia, character of connections of indices of social support and aggression are presented. **Keywords:** schizophrenia, social support, aggression, self-help, social skills, social rehabilitation, prevention.

Вопрос о роли социальной поддержки и социальной реабилитации в лечении больных шизофренией в последнее время поднимается достаточно часто [1, 6, 9]. А. Кемпинский замечает, что больной шизофренией чувствует себя в относительной безопасности там, где он

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

встречает понимание и искреннюю доброжелательность – там свою впечатлительность он проявляет участием в судьбе других пациентов и стремлением помогать им в меру своих возможностей [2]. Основной упор в существующих исследованиях делается на важности поддержки со стороны окружения больного, рассматриваемой в контексте социальной реабилитации для последующего включения пациента в общество [9, 12, 13, 14]. Главной целью социальной поддержки в данном случае становится восстановление потерянных социальных навыков и возвращение пациента в общество. Социальная поддержка является, по мнению Силантьевой (2010), одним ресурсов совладания со стрессом [7]. Исчезновение столь огромного ресурса в жизни человека неизбежно ведет к прогрессированию болезни, замыканию в себе, депрессии, агрессивности. Больные шизофренией являются наиболее уязвимой группой, так как отличаются низким уровнем качества жизни, быстро теряют социальные связи и утрачивают контроль над своим поведением, поэтому изучение аспектов их социального функционирования имеет существенное значение для профилактики общественно опасного поведения [3, 6]. Социальная поддержка способствует удовлетворению у больных шизофренией потребности в любви и поддержке со стороны окружения, к которой они стремятся, однако сформированное в детстве чувство недоверия к миру и накопленная вследствие фрустрации агрессия мешают ее реализации [2].

В силу многогранности феномена социальной поддержки и его атрибутов на данный момент нет единого общепринятого определения. Общее значение термина «социальная поддержка» – все формы поддержки, обеспечиваемой другими людьми и группами, которые помогают индивиду преодолеть трудности в жизни [7]. Социальная поддержка оказывает прямое положительное влияние на психологическое здоровье, производит буферный эффект, защищая от стрессов [11, 12, 14]; является ресурсом для эффективного решения эмоциональных проблем [13]. В словаре Тукумцева [8] социальная поддержка рассматривается в двух смыслах – широком и более узком. В широком смысле под социальной поддержкой подразумевается совокупность положительных влияний социального окружения на человека и на его интеграцию в систему социальных отношений. В более узком смысле социальная поддержка – это прямая помощь в трудных жизненных ситуациях. Понятие «социальная поддержка» предполагает активное участие самого клиента в решении собственных проблем, использование элементов самопомощи [10]. Многочисленные эмпирические данные подтверждают общие теоретические предсказания о значимости социальной поддержки: люди,

пользующиеся адекватной социальной поддержкой, более здоровы, более продуктивны и более счастливы, чем те, у которых социальная поддержка отсутствует или является неадекватной в количественном или качественном смысле [14]. Исследований, непосредственно направленных на связь агрессивности при шизофрении и социальной поддержки больных, в ходе анализа литературы практически не встречалось.

В исследовании приняли участие 20 больных с диагнозом «шизофрения, параноидная форма», проходящих стационарное лечение в психиатрической больнице, среди них 10 мужчин в возрасте от 23 до 47 лет и 10 женщин в возрасте от 22 до 64 лет. Пациенты на момент обследования находились в ремиссии и имели возможность общаться с психологом и заполнять предложенные методики. Для сравнения в исследование были включены две контрольные группы – группа здоровых людей (20 человек, не имеющих диагноза «шизофрения») и группа соматических больных (20 человек), проходящих стационарное лечение. Методики изучения особенностей социальной поддержки и агрессии: «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» («MSPSS»), модифицированная Г. С. Корытовой (2002), Тест руки Вагнера (Hand Test).

Для проверки гипотезы о различии в показателях социальной поддержки у больных шизофренией и лиц, не имеющих данного диагноза, с помощью модифицированной шкалы социальной поддержки был определен уровень социальной поддержки у трех групп испытуемых: группа здоровых, группа соматических больных и группа больных шизофренией (20 человек). Полученные данные группировались в 7 блоков, отличающихся по источнику получаемой поддержки. Поддержка близких, включающая в себя 3 подблока: поддержка со стороны семьи, поддержка друзей и поддержка значимых других. Другой блок – общественная поддержка – состоял из поддержки коллег по работе и поддержки общественных организаций. Также в каждой группе выявлен общий показатель воспринятой социальной поддержки.

На рисунке 1 видно, что средние показатели уровня социальной поддержки в группе больных шизофренией несколько ниже, чем в двух других группах испытуемых. Особенно заметно данное различие по общему показателю поддержки, по показателям уровней поддержки близких, коллег и общественных организаций.

Математическая обработка полученных данных проводилась с использованием двух критериев: непараметрического критерия Краскала-Уоллеса для трех и более несвязанных выборок и критерия Манна-Уитни, при использовании которого выборки сравнивались попарно.

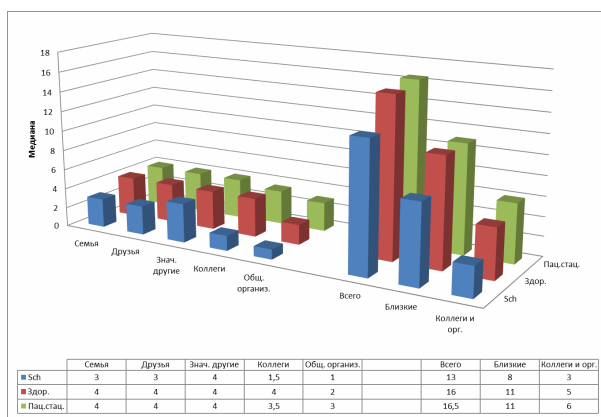


Рис. 1. Сравнительный анализ социальной поддержки по трем группам испытуемых

Результаты обработки данных при помощи Н-критерия Краскала-Уоллеса показывают статистически достоверную связь уровня социальной поддержки с группой испытуемых (наличием диагноза шизофрении) по следующим показателям: семья ($p < 0,01$); друзья ($p < 0,01$); коллеги по работе ($p < 0,01$); близкие ($p < 0,01$); коллеги и общественные организации ($p < 0,01$); общий уровень социальной поддержки ($p < 0,001$). Средний ранг общего уровня социальной поддержки в группах здоровых, с соматическими проблемами и страдающих шизофренией составил соответственно: 33,6 – 36,4 – 15,1. Более низкий уровень воспринимаемой социальной поддержки выявлен у больных шизофренией. Анализ данных с помощью другого критерия – непараметрического U-критерия Манна-Уитни – также дал значимые результаты. При сравнении групп здоровых и пациентов психиатрического стационара с диагнозом шизофрении были получены результаты: семья ($p < 0,05$; $U=120$); друзья ($p < 0,01$; $U=110$); коллеги по работе ($p < 0,01$; $U=106$); близкие ($p < 0,001$; $U=90$); коллеги и общественные организации ($p < 0,001$; $U=104$); общий уровень социальной поддержки ($p < 0,001$; $U=65$). Для групп обычных больных, находящихся в стационаре, и больных шизофренией различия наблюдаются по тем же показателям: семья ($p < 0,01$; $U=67$); друзья ($p < 0,05$; $U=77$); коллеги по работе ($p < 0,05$; $U=81$); общественные организации ($p < 0,05$; $U=82$); близкие ($p < 0,01$; $U=58$); коллеги и общественные организации ($p < 0,01$; $U=57$); общий уровень социальной поддержки ($p < 0,001$; $U=27$). Значимых существенных различий между двумя группами («группа здоровых» и «группа соматических больных») не выявлено.

Для проверки результатов группы были сопоставлены повторно после исключения из анализа испытуемых с высокими показателями социальной желательности (группа стационарных больных – 2 человека, группа больных шизофренией – 5 человек). Статистически значи-

мые результаты получены по тем же группам. Н-критерий Краскала-Уоллеса: семья ($p < 0,01$); друзья ($p < 0,01$); коллеги по работе ($p < 0,05$); близкие ($p < 0,01$); коллеги и общественные организации ($p < 0,01$); общий уровень социальной поддержки ($p < 0,001$). Что характерно, по критерию Манна-Уитни для параметра поддержки друзей уровень значимости изменился даже в большую сторону (с $p < 0,01$ до $p < 0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно заметных различиях в уровне воспринимаемой социальной поддержки у больных шизофренией и двух других групп, не имеющих данного диагноза. Причем наличие значимых различий по социальной поддержке между больными шизофренией и соматически больными говорит о незначительной роли фактора госпитализации в снижении уровня социальной поддержки.

Связь уровня агрессии и количества получаемой социальной поддержки у больных шизофренией проверялась в два этапа: с помощью количественного и качественного анализа полученных данных. Анализ результатов теста руки Вагнера, или Hand-теста, показывает явное преобладание ответов категории коммуникация (Com), что можно видеть на рисунке 2.

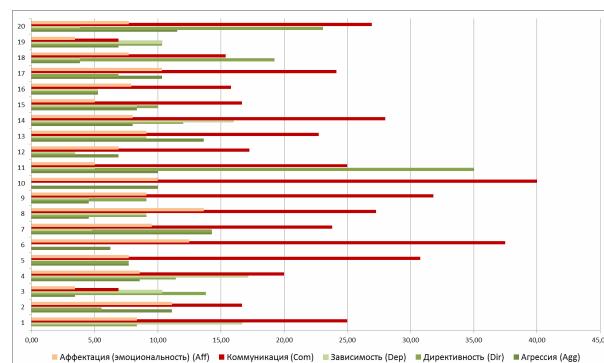


Рис. 2. Процентное соотношение ответов методики «Hand-тест» по категориям

При сравнении баллов со статистическими нормами, полученными Т. Н. Курбатовой на российской выборке 20–40 лет (Курбатова, Муляр, 2001), наблюдается сильное увеличение (практически в 2 раза) среднего значения данной оценочной категории в проведенном исследовании (22,9 балла против 12,6 балла у Курбатовой). Категория Aff (аффектация) также достаточно выражена в ответах испытуемых. Совокупность вышеуказанных результатов может свидетельствовать о достаточно сильном желании больных сотрудничать с другими людьми, иметь эмоциональные контакты и привязанности. Что интересно, данные результаты расходятся с широко распространенным мнением в эмоциональной холодности больных шизофренией и их отгороженности.

Отмечаются также различия и по ряду других категорий (рис. 3 и 4).

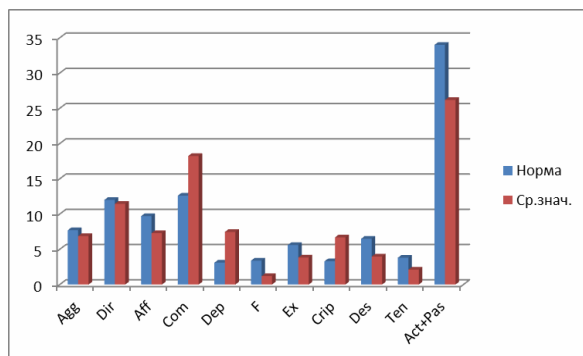


Рис. 3. Сравнение средних значений оценочных категорий со статистическими нормами для женской выборки

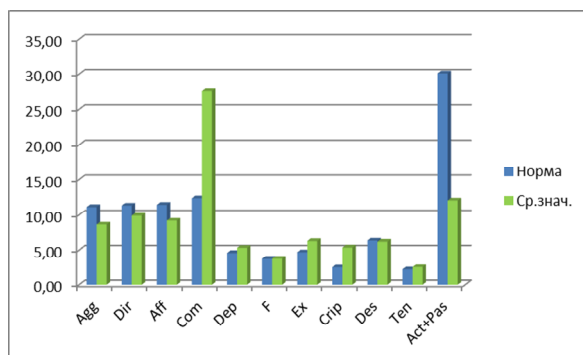


Рис. 4. Сравнение средних значений оценочных категорий со статистическими нормами для мужской выборки

У мужчин наблюдается явное различие в проценте безличных ответов (Act + Pas). Достаточно низкий процент ответов данной категории по сравнению со среднестатистическими нормами может указывать на повышенную социальную восприимчивость и чувствительность в межличностных отношениях, что логично дополняет высокие показатели по шкале Com (коммуникация). Также можно заметить небольшие различия в категориях Crip (калечность) у представителей обоих полов и Dep (зависимость) у женщин.

Склонность к открытому агрессивному поведению рассчитывается по формуле:

$$I = (Agg + Dir) - (Com + Aff + Dep)$$

Склонность к открытому агрессивному поведению отличается (причем в меньшую сторону) от среднего нормативного значения в -1,3 и равно -4,25. Согласно альтернативной формуле, включающей в себя фактор F (страх), принадлежащий к тенденциям, противостоящим открытому агрессивному поведению, значение I еще меньше (-4,75). При использовании коэффициента ранговой корреляции Спирмена были получены следующие результаты.

Установлено, что склонность к открытому агрессивному поведению (I) имеет умеренную отрицательную корреляцию с поддержкой семьи ($R = -0,47$; $p < 0,05$), с общим уровнем социальной поддержки ($R = -0,48$; $p < 0,05$), а также отрицательные корреляции с поддержкой «значимых других» ($R = -0,6$; $p < 0,01$) и с поддержкой близких ($R = -0,65$; $p < 0,01$).

Исключение испытуемых, показавших высокий уровень социальной желательности по шкале Кроуна-Марлоу, дало немного отличающиеся результаты: значимые отрицательные корреляции склонности к открытому агрессивному поведению и поддержки близких ($R = -0,67$; $p < 0,01$), поддержки «значимых других» ($R = -0,75$; $p < 0,001$). Проявились новые корреляционные связи склонности к открытому агрессивному поведению со следующими показателями: поддержка со стороны семьи ($R = -0,6$; $p < 0,01$), поддержка друзей ($R = -0,5$; $p < 0,05$), поддержка значимых «значимых других» ($R = -0,7$; $p < 0,01$), поддержка близких ($R = -0,8$; $p < 0,001$), общий уровень поддержки ($R = -0,6$; $p < 0,05$).

Таким образом, несмотря на низкую общую склонность к открытому агрессивному поведению (вызванную, вероятнее всего, применением больными успокаивающих лекарств), можно говорить о присутствии связи уровня воспринимаемой социальной поддержки и агрессии.

Л и т е р а т у р а

1. *Верходанова Т. В.* Клинические и социальные факторы формирования агрессивного поведения больных шизофренией: автореф. дис. канд. мед. наук. – Томск, 2007.
2. *Кемпинский А.* Психология шизофрении. СПб.: Ювента, 1998.
3. *Кондратьев Ф. В.* Судебно-психиатрические аспекты качества жизни психически больных // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 4. – С. 10–14.
4. *Корытова Г. С.* Модификация психодиагностической методики «MSPSS» для изучения ресурсов совладания // Современные наукоемкие технологии. – 2007. – № 3. – С. 77–80.
5. *Курбатова Т. Н., Муляр О. И.* Проективная методика исследования личности «Hand-тест». Методическое руководство. – СПб.: ГМНПП «ИМАТОН», 2001.
6. *Семке В. Я., Семке А. В., Логвинович Г. В.* Оценка и динамика социальной адаптации при шизофрении // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. – М., 1999. – С. 221–227.
7. *Силантьева Т. А.* Социальная поддержка как ресурс совладания со стрессом в трудной жизненной ситуации // Психология совладающего поведения: материалы II Междунар. научно-практ. конф. (Кострома, 23–25 сент. 2010 г.). – В 2-х т. – Т. 2. – Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. – С. 178.
8. *Тукумцев Б.* Словарь-справочник по социальной геронтологии. – Самара, 2003.

9. Шендеров К. В. Эффективность комплексной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в условиях дневного стационара ПНД // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 3. – С. 54–58.
 10. Barerra M. Distinctions between social support concepts, measures, and models // American Journal of Community Psychology. – 1986. – V. 14. – P. 413–445.
 11. Logsdon M. C., Birkimer J. C., Ratterman A., Cahill K. & Cahill N. Social support in pregnant and parenting adolescents: Research, critique, and recommendations // Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. – 2002. – V. 15, N 2. – P. 75–83.
 12. Norman R. M. G., Malla A. K., Manchanda R., Haricharan R., Takhar J., Northcott S. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first year psychosis // Schizophrenia Research. – 2005. – V. 80. – P. 227–234.
 13. Scharer K. Internet Social Support for Parents: The State of Science // Journal of Child and Adolescent Pediatric Nursing. – 2005. – V. 18, N 1. – P. 26–35.
 14. Taylor S. E. Social support: A Review // Friedman M. S. The Handbook of Health Psychology. – New York, NY: Oxford University Press, 2011. – P. 189–214.
- Транслитерация русских источников*
1. Verkhodanova T. V. [Clinical and social factors of formation of aggressive behavior of patients with schizophrenia]. *Avtoref. dis. kand. med. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Томск, 2007. (In Russ.).
 2. Kempinsky A. [Psychology of schizophrenia]. Publishing House Juventa, Saint Petersburg, 1998. (In Russ.).
 3. Kondratyev F. V. [Forensic-psychiatric aspects of quality of life of mental patients]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 1999; 4: 10–14. (In Russ.).
 4. Korytova G. S. [Modification of MSPSS psychodiagnostic technique for study of resources of coping]. *Sovremennye naukoemkie tehnologii* [Modern Science Intensive Technologies]. 2007; 3: 77–80. (In Russ.).
 5. Kurbatova T. N., Mulyar O. I. [Projective technique of investigation of the personality «Hand-test». Methodological guidance]. GMNPPP «IMATON», Saint Petersburg, 2001. (In Russ.).
 6. Semke V. Ya., Semke A. V., Logvinovich G. V. [Assessment and dynamic of social adaptation in schizophrenia]. [Schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders]. Moscow, 1999; 221–227. (In Russ.).
 7. Silantjeva T. A. [Social support as a resource of coping with stress in difficult life situation]. *Psichologija sovladajushhego povedenija: materialy II Mezhdunar. nauchno-prakt. konf. (Kostroma, 23–25 sent. 2010 g.)* [Psychology of coping behaviour: materials of II International Scientific-Practical Conference (Kostroma, 23-25 September, 2010)]. Vol. 2. Publishing House of N. A. Nekrasov Kostroma State University, Kostroma, 2010; 178. (In Russ.).
 8. Tukumtsev B. [Social Gerontology Glossary of Terms]. Samara, 2003. (In Russ.).
 9. Shenderov K. V. [Efficacy of multicomponent care for patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in a Day Clinic of Psycho-Neurological Dispensary]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2010; 3: 54–58. (In Russ.).

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.89-008:613.95:616.248
ББК Р64-37+Р412

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (обзор литературы)

Куприянова И. Е.^{1*}, Кривоногова Т. С.²,
Бабикина Ю. А.², Шемякина Т. А.²

НИИ психического здоровья
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

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

Целью данного обзора было проанализировать и обобщить труды зарубежных и отечественных авторов, которые оценивали качество жизни детей, страдающих бронхиальной астмой. Представлено определение понятия «качество жизни» и актуальность изучения качества жизни данного контингента пациентов, показаны методология, инструменты и особенности исследования качества жизни в педиатрической практике. Приведены итоги научных трудов, что позволяет оценить характер динамики клинических проявлений на фоне лекарственной терапии, эффективности реабилитационных мероприятий, образовательных циклов по программе «Астма-школы», а также использовать как один из компонентов мониторинга заболевания и при апробации новых лекарственных препаратов. Дано заключение, что качество жизни отражает разные стороны состояния здоровья ребенка. Системное использование показателя качества жизни в процессе лечения позволяет комплексно оценить эффективность проводимого лечения и, в конечном счете, улучшить качество медицинской помощи детям, страдающим бронхиальной астмой. **Ключевые слова:** психическое здоровье, качество жизни, дети и подростки, бронхиальная астма, опросники качества жизни у детей.

MENTAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF CHILDREN SUFFERING FROM BRONCHIAL ASTHMA (literature review). Kupriyanova I. E.¹, Krivonogova T. S.², Babikova Yu. A.², Shemyakina T. A.².
¹Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. ²Siberian State Medical University. Moscovski Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia. Objective of this review was to analyze and summarize papers of foreign and domestic authors, who evaluated the quality of life of children suffering from asthma. The definition of quality of life and relevance of study of quality of life of patients are presented, showing a methodology, tools and features of the study of quality of life in pediatric practice. Results of scientific work are intro-

duced that allows estimating the nature of the dynamics of clinical manifestations against the background of drug therapy, the effectiveness of rehabilitation, educational cycles under the «Asthma-school» and also using as a component of disease monitoring and testing of new drugs. It is concluded that quality of life reflects various aspects of the state of health of the child. Systematic use of the indicator «quality of life» during treatment allows comprehensive assessing the effectiveness of treatment and, finely, improving quality of medical care for children with asthma. **Keywords:** mental health, quality of life, children and adolescents, bronchial asthma, quality of life questionnaires for children.

Психическое здоровье тесно связано с проблемами качества жизни [1–3]. Термин «качество жизни» (Quality of Life – QOL) – это относительно новый «инструмент» в медицине, под которым подразумевается оценка совокупности условий физического, умственного и социального благополучия, как они понимаются отдельным индивидуумом или отдельной группой. Эта оценка полностью зависит от состояния здоровья, психологического состояния, уровня независимости, общественного положения, факторов окружающей среды и от личных представлений человека о вышеперечисленном [4–6].

В настоящее время принято руководствоваться комплексным подходом к оценке здоровья населения и основываться не только на объективных данных, но и на субъективном восприятии самого человека психологических, эмоциональных и социально-гигиенических аспектов его жизни. Исследование КЖ в медицине является важным подходом, позволяющим принципиально изменить взгляд на проблемы болезни и больного.

Особенно важна оценка качества жизни у детей, страдающих бронхиальной астмой, что обусловлено высокой распространенностью заболевания и существенным влиянием его на повседневную жизнь пациентов [7].

Исследование КЖ в европейских странах стало «популярной» методикой, которая используется наряду с изучением глобальной распространенности бронхиальной астмы, тяжести симптомов, уровня контроля над заболеванием.

На сегодняшний день ведущими международными центрами исследования КЖ в педиатрии являются [8, 9]: Mapi Research Institute (Лион, Франция), Center for Child Health Outcomes, Children's Hospital and Health Center (Сан-Диего, США), Health Act (Бостон, США), Department for Medical Psychology, University of Hamburg (Германия), Institute of Health Economics and University of Alberto (Эдмонтон, Канада), Department of Child Health TNO Prevention and Health (Лейден, Нидерланды).

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

Существующие опросники делятся по назначению: общие – для оценки уровня КЖ здоровых и больных людей, а также эффективности тактики здравоохранения; специальные – используются при конкретных заболеваниях, например при аллергопатологиях, БА, онкозаболеваниях, и по возрасту интервьюеров: для взрослого контингента; используемые в педиатрической практике.

К любому из применяемых опросников предъявляется ряд требований [9]: многомерность, простота и краткость, возможность применения в различных языковых и социальных культурах, наличие хороших психометрических свойств (надежности, валидности, чувствительности), практичность (доступность для чтения и понимания детьми различного возраста, удобный формат для заполнения, возможность статистической обработки и интерпретации результатов).

Дополнительными требованиями к опросникам, предназначенным для детей, являются возможность применения в определенных группах детей в соответствии с задачами исследования (здоровых детей широкого возрастного диапазона, в различных клинических группах); наличие шкал общего характера, наряду с модулями для отдельных заболеваний, высокочувствительных для выявления симптомов, обусловленных самим заболеванием или его лечением [10].

Специфичность определения КЖ у детей состоит в необходимости создания нескольких модулей опросников в зависимости от возраста ребенка, а также модификации для родителей [7].

Одной из главных особенностей изучения качества жизни в педиатрической практике является наличие параллельных форм опросника для детей и родителей. Это Self-report (самооценка КЖ детьми по достижении 5-летнего возраста) и Proxy-report – оценка КЖ детей представителями их ближайшего окружения (родителями, опекунами, воспитателями, медицинским персоналом и другими). При этом оценка КЖ родителями является лишь дополнением к основной анкете, заполненной самим ребенком, достигшим 5-летнего возраста.

Следует отметить, что в ряде исследований демонстрируются разногласия в оценке КЖ, данных самими детьми и их ближайшим окружением [11–16] – так называемая proxy-problem. Ее выраженность, с одной стороны, зависит от возраста, пола и состояния здоровья ребенка, а с другой – от пола и образования родителей, доходов и состава семьи, региона проживания [17, 18].

В настоящее время разработаны и активно используются следующие специальные опросники при БА у детей [4, 8], характеристика которых приведена в таблице 1.

Кроме того, существуют национальные версии опросников для изучения КЖ детей с БА: французская версия AUQUEI (Auto Questionnaire Qualité de vie Enfant Imagé) [20], португальские обобщенные и конкретизированные модули DISABKIDS-12, DISABKIDS-AsM, KIDSCREEN-10 [21], электронная версия Pelican (Нидерланды) [22].

Таблица 1
Специальные опросники, применяемые у детей с БА

Автор опросника	Возрастная группа	Число вопросов	Шкалы (домены)
<i>Asthma Quality of Life Questionnaire for 12 years and older (AQLQ + 12)</i>			
Juniper E. F. et al [19]	старше 12 лет	32	Симптомы, ограничения активности, эмоциональная функция, зависимость от влияния окружающей среды
<i>Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) – original</i>			
Juniper E. F. et al.	7–17 лет	23	Симптомы, ограничения активности и эмоциональная сфера (Е)
<i>Pediatric Asthma Caregiver's Quality Of Life Questionnaire (PACQLQ)</i>			
Juniper E. F. et al.	родители или опекуны	13	Ограничение повседневной активности и эмоциональное состояние
<i>CAQ A Childhood Asthma Questionnaires</i>			
French D. J. et al [14]	4–17 лет	14	Стресс
<i>CAQ B Childhood Asthma Questionnaires</i>			
French D. J. et al.	8–11 лет	22	Качество активной жизни, качество пассивной жизни, дистресс, тяжесть
<i>CAQ C Childhood Asthma Questionnaires</i>			
French D. J. et al.	12–16 лет	31	Качество активной жизни, качество подростковой жизни, дистресс, тяжесть болезни, реактивность

На сегодняшний день уже выполнено достаточно количество исследований, посвященных изучению качества жизни детей с БА по различным методикам, что позволяет оценить характер динамики клинических проявлений на фоне лекарственной терапии [23–25], эффективность реабилитационных мероприятий [26, 27], образовательных циклов по программе «Астма-школы», а также использовать как один из компонентов мониторинга заболевания [23] и при апробации новых лекарственных препаратов [7, 24, 25].

Улучшение качества жизни четко коррелирует с адекватным лечением, что наглядно демонстрируют пациенты с бронхиальной астмой, особенно в детской популяции [7, 28–30].

Известно, что бронхиальная астма может привести к значительным ограничениям в физическом, эмоциональном и социальном аспектах жизни детей, существенному снижению КЖ у пациентов, может мешать последующему выбору профессии [4, 18, 31, 32]. На качество жизни детей влияют пол, возраст ребенка, а также возраст, профессиональная занятость, образование, семейный статус родителей. Из клинических характеристик на КЖ влияли тяжесть и длительность бронхиальной астмы, отсутствие контроля, проводимая терапия [4, 33].

Приступы экспираторной одышки, ночные пробуждения, невозможность выполнения определенных видов физических нагрузок, необходимость применять лекарственные средства оказывают существенное негативное влияние на качество жизни больных бронхиальной астмой [34, 35]. Установлено, что профили качества жизни больных испытывали значительную компрессию и деформацию по сравнению с профилями соответствующих показателей условно здоровых детей. Улучшение КЖ коррелирует с клиническими показателями, что выражалось в достижении контроля БА и уменьшении дозы лекарственных препаратов для базисной терапии [4, 37].

По данным Д. А. Эльмурзаевой [23], исходный уровень параметров КЖ у детей с БА имел высокие показатели субъективной оценки тяжести астмы, степени дистресса и реактивности, низким качеством активной жизни. Положительная динамика течения бронхиальной астмы на фоне проведения 3-месячной базисной терапии сопровождалась достоверным повышением КЖ: увеличились параметры качества активной жизни, значительно уменьшились показатели субъективной оценки тяжести астмы и степени дистресса. Снизился уровень реактивности (отношение подростка к факторам окружающей среды, провоцирующим развитие у него симптомов астмы).

В результате фундаментальных исследований было доказано, что ограничение физических возможностей детей с БА детерминировано их возрастом и тяжестью течения заболевания [31, 37–40]. Это мнение подтверждается и в ряде современных работ. Так, Д. В. Печуров и др. [40] и L. Lien [41] выявили отрицательную корреляционную связь между степенью снижения параметров физического функционирования и психосоциального состояния с тяжестью заболевания, эмоциональными факторами, ограничениями в социальной сфере (участие ребенка в подвижных играх со сверстниками и др.). Это, в свою очередь, может влиять на течение заболевания и затруднять контроль над БА.

О. Я. Ткаченко [7] и S. Saad [42] установили четкую зависимость КЖ от тяжести течения заболевания. Так, легкая форма БА оказывала умеренное негативное влияние, обусловленное самим фактом наличия патологии. При средне-тяжелой БА создаются определенные ограничения физической активности детей, снижается семейная активность, выявляется негативное влияние на эмоциональное состояние. Тяжелая БА существенно влияет на физические и психосоциальные компоненты КЖ, в большей мере на физический статус и семейную активность.

Согласно приводимым в исследовании Perosa [43] данным, тяжесть течения БА и социально-демографические особенности пациентов влияли на качество жизни наряду с уровнем образованности и религиозности матери.

Напротив, по мнению некоторых исследователей тяжесть течения заболевания не всегда предопределяет уровень качества жизни. Например, у подростков КЖ в большей степени зависело от социального уровня семьи, нежели от тяжести заболевания [23]. Дети – больные БА испытывали ограничения в КЖ, в равной степени связанные с проявлениями заболевания и эмоциональными переживаниями [44].

Подобные заключения были сделаны в работах L. Goldbeck [45], M. N. Bellin [46] и U. Matern [47]: КЖ и эмоционально-поведенческие симптомы не зависели от тяжести заболевания, но коррелировали с психологическими симптомами и указывали на необходимость в социальной поддержке пациентов, что подтвердилось мнением родителей и опекунов.

Такие же результаты были получены в ходе сравнительного популяционного исследования КЖ у здоровых детей и детей с БА учеными Австралийского института здоровья [12]. Было установлено, что эмоциональные факторы, ограничение в социальной сфере и зависимость от состояния окружающей среды зачастую более важны для ребенка, чем сами симптомы заболевания.

Концепция исследования КЖ позволяет обеспечить динамическое наблюдение за группами риска и оценить эффективность программ реабилитации. По результатам оценки эффективности реабилитационных мероприятий улучшение показателей КЖ (отношения к тяжести заболевания, восприятия симптомов болезни и эмоциональных проблем процесса лечения) регистрировалось наряду с положительной динамикой симптомов астмы, снижением частоты обострений и социальной адаптации [18, 26].

P. A. Latorre-Román et al. [27] также определили повышение качества жизни наряду со снижением индекса массы тела, улучшением функции легких и состоянием здоровья в целом при проведении краткой тренирующей программы физической реабилитации.

Сегодня активно создаются аллергошколы для обучения и повышения КЖ, что позволяет пациентам осознать и психически позитивно преодолеть заболевание [7]. Интерактивное обучение в «Астма-школе», проведенное в детской больнице в Лозанне (Швейцария), значительно улучшило клинически важные результаты, снизило частоту urgentных обращений за медицинской помощью, а приобретенные навыки позволили управлять БА в повседневной жизни. При этом показатели КЖ повысились не только у детей, но и у родителей [48].

По приводимым V. Julian et al. данным [20], краткий курс обучения в Астма-школе значительно повлиял на КЖ детей, повысил эмоциональное функционирование и снизил ограничения активности родителей. Параллельно отмечалось улучшение физиометрических показателей (ОФV₁) у детей, снижение употребления лекарственных средств, количества внеплановых медицинских консультаций, школьных прогулов, посещения отделения неотложной помощи, повысился уровень управления астмой.

Таким образом, исследование КЖ может быть рекомендовано в повседневной практике для специалистов, занимающихся лечением бронхиальной астмы, в качестве инструмента для оценки эффективности противоастматической терапии и мониторинга детей с бронхиальной астмой.

Л и т е р а т у р а

- 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.
- Куприянова И. Е., Семке В. Я., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями. – Томск: «Иван Федоров», 2011. – 204 с.
- Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни – ведущая парадигма современной психиатрии (по материалам XIII Всемирного конгресса психиатрии) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 76–78.
- Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Оригинал-макет, 2012. – 184 с.
- Куприянова И. Е., Семке В. Я., Ошаева Н. М. Способ оценки эффективности сочетанной фармако- и психотерапии больных с нервно-психическими расстройствами. Патент на изобретение RUS 2221486 19.04.2002.
- Куприянова И. Е. Клинико-патогенетические закономерности терапии невротических состояний: автореф. дис. ... д. м. н. – Томск, 2002. – 43 с.
- Ткаченко О. Я. Актуальность изучения показателя качества жизни у детей с аллергическими заболеваниями // Здоровье ребенка. – 2013. – № 8 (51). – С. 151–155.
- Jauregui I. et al. Bilastine and Quality of Life // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. – 2011. – Vol. 21, Suppl. 3. – P. 16–23.
- Nguyen J. M. et al. Validation and psychometric properties of the Asthma Control Questionnaire among children // J. Allergy Clin. Immunol. – 2014. – Vol. 133, № 1. – P. 91–97.
- Лукьянова Е. М. Оценка качества жизни в педиатрии // Качественная клиническая практика. – 2002. – № 4. – С. 34–42.
- Albsoul-Younes A. M., Al-Doghim I. A., Al-Saf S. A. Improving quality of life in asthmatic children // Indian. J. Pediatr. – 2004. – Vol. 71, № 12. – P. 1075–1078.
- Arnold R. et al. Changes in personal control as a predictor of quality of life after pulmonary rehabilitation // Patient education and counseling. – 2006. – Vol. 61. – P. 99–108.
- Clougherty J. E. A longitudinal analysis of efficacy of environmental intervention on asthmas-related quality of life and symptoms among children in urban public housing // J. Asthma. – 2006. – Vol. 43, № 5. – P. 335–343.
- French D. J., Christie M. J., Sowden A. J. The reproducibility of the Childhood Asthma Questionnaires: measures of quality of life for children with asthma aged 4–16 years // Qual. life Res. – 1994. – Vol. 3. – P. 215–224.
- Бычковская С. В. Качество жизни детей с бронхиальной астмой // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 1. – С. 8–12.
- Erhart M. et al. Measuring adolescents HRQoL via self reports and parent proxy reports: an evaluation of the psychometric properties of both versions of the KINDL-R instrument // Health Qual Life Outcomes. – 2009. – № 7. – P. 77.
- Винярская И. В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья детей и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 44 с.
- Enviromental E. N. et al. Development and evaluation of an Asthma – Specific Quality of Life (A-QOL) questionnaire // J. Asthma. – 2009. – Vol. 46. – P. 716–721.
- Juniper E. F., Guayat C. H., Feeny D. H. Measuring quality of life in children with asthma // Qual. Res. – 1996. – Vol. 5. – P. 35–46.
- Julian V. et al. Impact of a short early therapeutic education program on the quality of life of asthmatic children and their families [Электронный ресурс] // Pediatr. Pulmonol. – 2014. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24574193>.
- Silva N. et al. The Portuguese DISABKIDS Asthma Module: a global index of asthma-specific quality of life for children and adolescents // J. Asthma. – 2014. – Vol. 51, № 6. – P. 645–651.
- van Bragt S. et al. Validity, reliability and discriminative capacity of an electronic quality of life instrument (Pelican) for childhood asthma in the Netherlands // Qual. Life Res. – 2014. – Vol. 23, № 3. – P. 927–938.
- Эльмурзаева Д. А. Качество жизни детей с тяжелой бронхиальной астмой // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – № 2. – С. 124.
- Крючко Т. О., Ткаченко О. Я., Вовк Ю. О. Місце антилейкотрієнових препаратів у лікуванні бронхіальної астми у дітей // Дитячий лікар. – 2013. – № 5. – С. 353–358.
- Пенечко Е. М., Сизякина Л. П. Эффективность микродисперсного порошка целлюлозы в комплексной терапии больных интермиттирующим аллергическим ринитом // Практическая медицина. – 2011. – № 3 (09).

26. Уська В. Р. Медико-соціальна реабілітація дітей, хворих бронхіальною астмою, в умовах поліклініки // Здоров'я дитини. – 2013. – № 5 (48). – С. 73–76.
 27. Latorre-Roman P. A., Navarro-Martinez A. V., Garcia-Pinillos F. The effectiveness of an indoor intermittent training program for improving lung function, physical capacity, body composition and quality of life in children with asthma // J. Asthma. – 2014. – Vol. 51, № 5. – P. 544–551.
 28. Postma D. S., O' Byrne P. M., Pedersen S. Comparison of the effect of low-dose ciclesonide and fixed-dose propionate and salmeterol combination on long-term asthma control // Chest. – 2011. – Vol. 139, № 2. – P. 311–318.
 29. Mattern U. et al. Children and adolescents health-related quality of life in relation to eczema, asthma and hay fever: results from a population-based cross-sectional study // Qual Life Res. – 2011. – Vol. 20. – P. 1295–1305.
 30. Dean B. B. et al. Uncontrolled asthma: assessing quality of life and productivity of children and their caregivers using a cross-sectional Internet-based survey // Health Qual Life Outcomes. – 2010. – Vol. 8. – P. 96.
 31. Шаропова Ю. А. Качество жизни больных бронхиальной астмой в зависимости от применяемых стандартных схем лечения и психокоррекции : дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2006. – 99 с.
 32. Petersen K. D. et al. Characteristics of patients receiving allergy vaccination: to which extent do socioeconomic factors play a role? // Eur. J. Public Health. – 2011. – Vol. 21, № 3. – P. 323–328.
 33. Li Z. et al. The relationships between asthma control, daytime sleepiness, and quality of life among children with asthma: a path analysis // Sleep Med. – 2013. – Vol. 14, № 7. – P. 641–647.
 34. Чучалин А. Г., Белевский А. С., Смоленов И. В. Влияние сопутствующих заболеваний и патологических состояний на качество жизни детей с бронхиальной астмой // Пульмонология и аллергология. – 2003. – № 3. – С. 33–40.
 35. Маркелова Т. Н. Особенности цитокинового профиля, фармакотерапии и показателей качества жизни у детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2011. – 24 с.
 36. Елизарова С. Ю., Сидорович О. В., Нестеренко О. В. Оценка качества жизни детей с тяжелой формой бронхиальной астмы на фоне терапии омализумабом // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 2. – С. 105–106.
 37. Чучалин А. Г., Белевский А. С., Смоленов И. В. Факторы, влияющие на качество жизни детей, больных бронхиальной астмой // Аллергология. – 2003. – № 4. – С. 3–12.
 38. Новик А. А. Исследование качества жизни в педиатрии // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни в педиатрии // Педиатрия. – 2002. – № 6. – С. 83–88.
 39. Тимошина Е. Л., Дугарова С. Б. Качество жизни: актуальность проб характеристика качества жизни детей с бронхиальной астмой // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – № 4. – С. 105–112.
 40. Печуров Д. В., Воронина Е. Н., Порецкова Г. Ю. Особенности физического развития, пищевого поведения и качества жизни детей с бронхиальной астмой // Практическая медицина. – 2013. – № 6 (75). – С. 122–126.
 41. Lien L. et al. Atopic conditions and mental health problems: a 3-year follow-up study // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. – 2010. – Vol. 19. – P. 705–713.
 42. Saad S. et al. The impact of bronchial asthma on quality of life among affected children and adolescents in Taif city, Saudi Arabia // Life Science Journal. – 2014. – Vol. 11. – P. 6.
 43. Perosa G. B. et al. Quality of life of asthmatic children and adolescents: relation to maternal coping // Rev Paul Pediatr. – 2013. – Vol. 31, № 2. – P. 145–151.
 44. Жултухина Е. Л. Клинические аспекты психосоматических реакций, состояний, заболеваний // Школа здоровья. – 2005. – № 4. – С. 18–23.
 45. Goldbeck L. et al. Disease severity, mental health, and quality of life of children and adolescents with asthma // Pediatr Pulmonol. – 2007. – № 11. – P. 15–22.
 46. Bellin M. H. et al. Stress and quality of life in caregivers of inner-city minority children with poorly controlled asthma // J. Pediatr Health Care. – 2013. – Vol. 27, № 2. – P. 127–134.
 47. Mattern U., Apfelbacher C. Is the impact of atopic disease on children and adolescents health related quality of life modified by mental health? Results from a population-based cross-sectional study // Health and Quality of Life Outcomes. – 2013. – Vol. 11. – P. 115.
 48. Broquet Ducret C. et al. Impact of a small-group educational intervention for 4- to 12-year-old asthmatic children and their parents on the number of healthcare visits and quality of life // Arch Pediatr. – 2013. – Vol. 20, № 11. – P. 1201–1205.
- Транслитерация русских источников*
1. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E. Psychotherapy: Semke V. Ya., Kupriyanova I. E. [Psychotherapy: present and future. The trend towards integration. Report 1 (proceedings of the X Congress of the World Association of psychiatrists)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 1998; 1–2: 118–123. (In Russ.).
 2. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya., Dashieva B. A., Karaush I. S. [Mental health of children with special educational needs]. Publishing House «Ivan Fedorov», Tomsk, 2011; 204 p. (In Russ.).
 3. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya. [Quality of life is a leading paradigm of modern psychiatry (according to the materials of the XIII World Congress of psychiatry)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 1: 76–78. (In Russ.).
 4. National programme of bronchial asthma in children. The strategy of treatment and prevention». – 4th ed., Rev. and supplementary: dummy, 2012. – P. 184.
 5. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya., Oshaeva N. M. [A method of evaluating the effectiveness of combined pharmac- and psychotherapy of patients with neuropsychiatric disorders]. Patent for invention RU 2221486 19. 04. 2002. (In Russ.).
 6. Kupriyanova I. E. [Clinical and pathogenetic patterns therapy of neurotic states]. *Avtoref. diss. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 2002; 43 p. (In Russ.).
 7. Tkachenko O. A. [The relevance of study of quality of life in children with allergic diseases]. *Zdorov'e rebenka* [Health of the child]. 2013; 8(51): 151–155. (In Russ.).
 10. Lukiyanova E. M. [Assessment of quality of life in pediatrics]. *Kachestvennaja klinicheskaja praktika* [Good Clinical Practice]. 2002; 4: 34–42. (In Russ.).

15. Bychkovskaya S. V. [Quality of life in children with asthma]. *Sibirskoe medicinskoje obozrenie* [Siberian Medical Review]. 2011; 1: 8—12. (In Russ.).
17. Vinyarskaya, I. V. [Quality of life of children as a criterion for assessing the health of children and the effectiveness of medical technologies (integrated medical and social research)]. *Avtoref. diss. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Moscow, 2008; 44 p. (In Russ.).
23. Elmurzaeva D. A. [Quality of life in children with severe asthma]. *Sovremennye naukoemkie tehnologii* [Modern Science Intensive Technologies]. 2010; 2: 124. (In Russ.).
24. Kryuchko T. O., Tkachenko A. Y., Vovk Yu. O. Misce antilejktotrienovih preparativ u likuvanni bronhial'noi astmi u ditej. *Ditjachij likar* [Children's doctor]. 2013; 5: 3538. (In Ukrainian).
25. Penechko E. M., Sizyakina L. P. [Efficacy of micro-disperse cellulose powder in the complex treatment of patients with intermittent allergic rhinitis]. *Prakticheskaja medicina* [Practical Medicine]. 2011; 3(09).
26. Us'ka V. R. Mediko-social'na reabilitacija ditej, hvorih bronhial'nn astmu, v umovah polikliniki. *Zdorov'ja ditini* [Child Health]. 2013; 5(48): 73—76. (In Ukrainian).
31. Sharapova Y. A. [The quality of life of patients with bronchial asthma, depending on the applicable standard of treatment and psychotherapy]. *Avtoreferat diss. k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Voronezh, 2006; 99. (In Russ.).
34. Chuchalin A. G., Belevsky A. S., Smolenov I. V. [The influence of concomitant diseases and pathological conditions on quality of life of children with bronchial asthma]. *Pul'monologija i allergologija* [Pulmonology and Allergology]. 2003; 3: 33—40. (In Russ.).
35. Markelova T. N. [Features of cytokine profile, pharmacotherapy, and indicators of quality of life in pre-school children with bronchial asthma]. *Avtoreferat diss. k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Samara, 2011; 24 p. (In Russ.).
36. Elizarova S. Y., Sidorovich O. V., Nesterenko O. V. [Evaluation of quality of life of children with severe bronchial asthma against the background of therapy with omalizumab]. *Uspehi sovremennogo estestvoznanija* [Successes of Modern Natural Science]. 2013; 2: 105—106. (In Russ.).
37. Chuchalin, A. G. Belevsky A. S., Smolenov I. V. [Factors affecting quality of life of children with bronchial asthma]. *Allergologija* [Allergology]. 2003; 4: 3—12. (In Russ.).
38. Novik A. A. [The study of quality of life in pediatrics]. *Pediatrija* [Pediatrics]. 2002; 6: 83—88. (In Russ.).
39. Timoshina E. L., Dugarova S. B. [The quality of life: Relevance of the problem and characteristics of quality of life of children with bronchial asthma]. *Bjulleten' Sibirskoj mediciny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2009; 4: 105—112. (In Russ.).
40. Pechkurov D. V., Voronina E. N., Poretskova G. Y. [Peculiarities of physical development, nutrition and quality of life of children with bronchial asthma]. *Prakticheskaja medicina* [Practical Medicine]. 2013; 6(75): 122—126. (In Russ.).
44. Zhultukhina E. L. [Clinical aspects of psychosomatic reactions, conditions, diseases]. *Shkola zdorov'ja* [School of Health]. 2005; 4: 18—23. (In Russ.).

УДК 616.89-008:159.9-061.2

ББК Р64+Р733

ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, АДАПТАЦИИ И СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (II РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ»)

Гуткевич Е. В.*

НИИ психического здоровья

634014, Томск, ул. Алеутская, 4

В обзоре представлены материалы конференции по современным подходам и гуманитарным технологиям изучения и сохранения психического здоровья и особенностям функционирования семьи в современных условиях в России и на территории евразийского пространства. Обсуждаются медико-социальные аспекты качества жизни и адаптации в семьях здоровых лиц и больных психическими расстройствами разного возраста. Проанализированы данные мониторинга психического здоровья, распространенности психических и наркологических расстройств в семьях. Показаны возможности организации межведомственного взаимодействия в решении приоритетных задач комплексной помощи семье, развитию системы семейной реабилитации и превенции. **Ключевые слова:** психическое здоровье, семья, общество, психологические, социально-демографические, гуманитарные факторы, психические расстройства, качество жизни, комплексная, межведомственная помощь, превенция психического здоровья.

ISSUES OF MENTAL HEALTH, ADAPTATION AND FAMILY FUNCTIONING (II RUSSIAN CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION «MENTAL HEALTH OF THE FAMILY IN THE MODERN WORLD»). GUTKEVICH E. V. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. In the review, materials of the conference on modern approaches and humanitarian technologies of study and preservation of mental health and features of functioning of the family under modern conditions in the Russian Federation and in the territory of the Eurasian space are presented. Medico-social aspects of quality of life and adaptation in families of healthy persons and patients with mental disorders of different age are discussed. Data of monitoring of mental health, prevalence of mental and substance use disorders in families are analysed. Possibilities of organisation of interdepartmental interaction in solution of priority tasks of complex help for family, development of system of family rehabilitation and prevention are shown. **Key-words:** mental health, family, society, psychological, social-demographic, humanitarian factors, mental disorders, quality of life, complex, interdepartmental help, prevention of mental health.

* Гуткевич Елена Владимировна, д-р мед.наук, ведущий научный сотрудник. Телефон рабочий: 8(3822)723832.
E-mail: gutkevich.elena@rambler.ru

Психические и наркологические расстройства вследствие высокой распространенности и обусловленного ими бремени болезни и инвалидности составляют одну из самых серьезных проблем общественного здравоохранения. В результате старения населения растёт распространенность деменции, обычно составляющая 5 % среди лиц старше 65 лет и 20 % среди лиц старше 80 лет. Существует тесная связь между психическими расстройствами и суицидом. Во всех странах большинство психических расстройств намного чаще встречаются среди наиболее уязвимых и малообеспеченных групп населения. У большого процента людей, получающих социальные пособия или пенсии по инвалидности, первичным заболеванием является психическое расстройство. В то же время здоровье нации, стабильность или нестабильность общественной жизни напрямую зависят в зависимости от состояния семьи, выполнения ею множества разнообразных функций. С деятельностью института семьи тесно взаимосвязана демографическая ситуация в обществе, распространенность социально значимых заболеваний, в том числе психических.

Демографическая ситуация в Российской Федерации, Сибирском федеральном округе и Томской области характеризуется следующими показателями. Рождаемость: в РФ – 13,3 на 1000 населения, в СФО – 14,8 на 1000 населения, в Томской области – 13,8 на 1000 населения (из доклада «Основные показатели здоровья населения и здравоохранения СФО в 2013 году», Новосибирск, 2014). Общий коэффициент смертности снижается: в РФ – 13,0 на 1000 населения, в СФО – 13,3, в Томской области – 11,7 на 1000 населения (один из лучших показателей по СФО). Естественный прирост населения по СФО составил +1,5 на 1000 населения, в Томской области – 2,1 на 1000 населения. Уровень ожидаемой продолжительности жизни в СФО увеличивается. В 2012 г. он достиг 67,99 года (у женщин – 73,79 года, у мужчин – 61,79 года), в Томской области – наилучшие показатели – 70,7 года.

В структуре общей заболеваемости взрослого населения СФО в 2013 г. (1 626,2 случая на 1000 населения, в Томской области – 1 254,3 случая на 1000 населения) психические расстройства составили 3,5 %, у детей – 1,9 %, у подростков – 4,1 %. Первичная заболеваемость имеет тенденцию к росту и составила в 2013 г. по СФО 869,5 случая на 1000 населения, в том числе психические расстройства – 0,7 %. В Томской области – 726,0 случая на 1000 населения, у взрослых – 0,9 %, у детей – 0,5 %, у подростков – 1,0 %.

При этом за 2012 г. Томская область включена в группу «риска» (превышение среднероссийского уровня в 1,5 и более раз) по уровню заболеваемости населения психическими расстройствами (дети, подростки, взрослые), невротическими и психосоматическими расстройствами (подростки, взрослые). Анализ данных о мониторируемых социально значимых заболеваниях выявил неблагоприятные тенденции, связанные со статистически достоверным ростом заболеваемости психическими расстройствами подростков и взрослых. В динамике других мониторируемых социально значимых заболеваний (хронический алкоголизм, наркомания) в период за 2008—2012 гг. прослеживается тенденция снижения первичной учтенной заболеваемости. На фоне благоприятных тенденций в динамике показателей официальной статистики по первичной заболеваемости населения хроническим алкоголизмом и наркоманиями прослеживаются позитивные моменты в ситуации, связанной с острыми отравлениями наркотическими веществами и спиртосодержащей продукцией (из государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Томской области в 2013 г.». – Томск, 2014).

Комплексные и согласованные действия в области психического здоровья требуют партнерских связей со многими секторами на государственном уровне, такими как здравоохранение, образование, занятость, судостроительство, жилищный сектор, социальное обеспечение и другие соответствующие секторы, а также, исходя из реальной ситуации в стране, с частным сектором. Проблемы функционирования семьи на современном этапе развития общества в сложных социально-демографических, психологических, экологических и меняющихся условиях среды определяют актуальность разработки многосекторального подхода к решению проблем психического здоровья всех членов семьи.

7—8 октября 2014 г. в Томске прошла II Российская конференция с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире». Организатором конференции выступило ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук при поддержке Российского государственного научного Фонда (проект № 14-06-14005).

Целью конференции стало объединение междисциплинарных, межотраслевых, международных усилий по изучению фундаментальных и гуманитарных аспектов социально значимых заболеваний; обмен научными достижениями и практическим опытом для разработки стратегии научных исследований и выработки конструктивных решений и практических реко-

мендаций по сохранению психического здоровья в семьях для достижения целей демографической и социальной политики государства.

Участниками конференции стали более 230 человек – научные сотрудники, врачи различных специальностей (психиатры, наркологи, неврологи, психотерапевты, генетики, врачи семейной практики, организаторы здравоохранения и др.), клинические психологи, социальные работники, педагоги; аспиранты, интерны, ординаторы и студенты вузов (СибГМУ, ТГУ, ТГПУ) из различных городов и регионов Российской Федерации (Москва, Санкт-Петербург, Кострома, Ярославль, Тюмень, Сургут, Новосибирск, Кемерово, Новокузнецк, Барнаул, Иркутск, Красноярск, Владивосток, Северск, Томск и др.), а также специалисты Евразийского региона (из Белоруссии, Казахстана, Кыргызстана и Азербайджана).

С приветствиями в адрес конференции выступили Н. А. Бохан, директор ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, член-корреспондент РАН, профессор, Заслуженный деятель науки РФ; Ч. М. Акатаев, заместитель Губернатора Томской области по социальной политике; Р. С. Карпов, директор ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, академик РАН, профессор, Заслуженный деятель науки РФ; С. П. Кулижский, проректор Томского государственного университета, профессор; Л. А. Петухишина, помощник Уполномоченного по правам ребенка в Томской области; Г. Г. Немцева, депутат Законодательной Думы Томской области, член Комитета по труду и социальной политике, председатель постоянной комиссии по вопросам семьи, материнства (отцовства) и детства; В. Г. Титов, председатель комитета Департамента по вопросам семьи и детей Томской области; С. М. Андреев, главный врач ТОКПБ; А. А. Лопатин, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный нарколог СФО; Т. А. Солохина, заведующая отделением НЦПЗ РАМН (Москва), С. А. Игумнов, доктор медицинских наук, профессор БГУ (Минск, Белоруссия).

В приветственных выступлениях официальных лиц была отмечена актуальность проблем функционирования семьи на современном этапе развития общества в сложных социально-демографических, психологических, экологических и меняющихся условиях среды, что определяет своевременность разработки комплексного подхода к решению проблем психического здоровья всех членов семьи. Основной акцент был сделан на том, что комплексные исследования семьи являются перспективными для изучения основных социально-психологических, клинко-динамических, адаптационных и других факторов при пограничных психических расстройствах, болезнях зависимости, расстройствах шизофренического спектра, психических

заболеваниях детско-подросткового, зрелого и пожилого возрастов, а системный подход позволит продолжить развитие научных представлений в сфере превентивной психиатрии и наркологии.

На пленарном заседании были заслушаны доклады члена-корреспондента РАН, доктора медицинских наук, профессора, Заслуженного деятеля науки РФ Н. А. Бохана и доктора медицинских наук, профессора ТГУ Е. В. Гуткевич (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) «Психическое здоровье и семья в современном мире», в котором авторы привели основные тенденции развития и трансформации современной семьи и проблем, обуславливающих нарушения здоровья ее членов, а также ресурсов клинической психиатрии, наркологии, психологии, генетики. Результаты научно-исследовательских работ в области психолого-психиатрических проблем здоровья семьи были представлены сотрудниками НИИ психического здоровья за период с 2009 г., когда состоялась первая межрегиональная научно-практическая конференция «Психическое здоровье семьи в современном мире». Совместный доклад д.м.н. Т. А. Солохиной с соавторами В. С. Ястребовым, В. Г. Митиным, О. В. Лиманкиным (ФГБУ НЦПЗ РАМН, Москва; Психиатрическая больница имени П. П. Кашенко, Санкт-Петербург) был посвящен системно-ориентированному подходу при оказании социально-психологической помощи семьям психически больных, учитывающей современные стратегии, факторы, иерархию и интересы всех вовлеченных в оказание помощи участников. Оценке уровня социальной и семейной дезадаптации потребителей инъекционных опиоидных наркотиков был посвящен доклад белорусских ученых профессора С. А. Игумнова и Э. П. Станько (БГУ, Минск; ГГМУ, Гродно, Беларусь). Профессор А. В. Семке (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) в своем выступлении раскрыл основные семейные аспекты адаптации больных шизофреническими расстройствами. В. А. Макашова (Новосибирск), главный детский психиатр Сибирского федерального округа, главный врач Новосибирского областного детского клинического психоневрологического диспансера осветила в своем выступлении «Состояние психического здоровья детей на территории Сибирского федерального округа. Предложения по развитию системы организации детской психиатрической службы округа» основные медико-статистические показатели и принципы развития системы охраны психического здоровья детского и подросткового населения в регионах СФО.

Дневное заседание конференции было посвящено вопросам клинко-динамических, семейно-демографических, реабилитационных

основ психических расстройств и болезней зависимости. Главный врач клиник НИИ психического здоровья д.м.н. В. Ф. Лебедева (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) доложила положения и современные формы организации помощи психически больным и их семьям в рамках межведомственного взаимодействия различных структур и ведомств. Большая группа докладов была посвящена проблемам психического здоровья и психических расстройств разного уровня в семьях и возможностям психофармакологического лечения: так, профессор М. М. Аксенов (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) выступил с докладом «Пограничные психические расстройства в семьях и современные лекарственные препараты, профессор Е. Д. Счастный (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) доложил о влиянии аффективных расстройств на качество семейной жизни и лекарственных препаратах для всей семьи. Доклад д.м.н. Г. Г. Симуткина (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) был посвящен теме социальной адаптации у пациентов с аффективными расстройствами, коморбидными с расстройствами личности, с рассмотрением её связи с тяжестью текущей депрессии. Д.м.н. О. А. Гильбурд (ГБОУ ВПО «СурГУ ХМАО-Югры», Сургут) выступил с докладом «Невербальные маркеры отношения родственников к больным шизофренией». Д.м.н., профессор СибГМУ В. А. Рудницкий (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) раскрыл тему взаимосвязей социальных ролей в семье и психических расстройств.

Проблемам семей с детьми и подростками был посвящен ряд докладов. В совместном сообщении профессор И. Е. Куприянова с соавторами Б. А. Дашиевой, И. С. Карауш (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) «Психологические особенности семей, воспитывающих детей с инвалидизирующими заболеваниями» доложила результаты исследования более 300 учащихся Бурятии и Томской области и их семей, в котором были выявлены психологические и социальные характеристики родителей, определены формы активной работы с семьями. Доклад профессора Л. Д. Рахмазовой (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) был посвящен этнокультуральному аспекту психического здоровья, распространенности непсихотических психических расстройств у детей в семьях бачатских телеутов. Д.м.н. Т. В. Раева, М. Г. Фомушкина (ГБОУ ВПО ТюмГМА МЗ РФ, Тюмень) осветили «Семейные факторы риска и защиты суицидального поведения у детей и подростков», а к.м.н. Т. В. Казенных (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) посвятила свое сообщение психокоррекционной работе с семьями детей, больных эпилепсией.

Фундаментальным аспектам психологии и нейропсихологии были посвящены совмест-

ные сообщения к.м.н. С. В. Пронина, Н. А. Прониной, М. Г. Чухровой (АНО НБ «Витар», ФГБОУ ВПО НГПУ, Новосибирск) «Психофизиологическая оценка ревард-системы в изучении семейного взаимодействия» и д.м.н., профессора СибГМУ А. В. Солонского, Т. В. Шушпановой, А. С. Кудренко (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) «Влияние хронической внутриутробной гипоксии и пренатальной алкоголизации на нейрогенез и формирование рецепторов развивающегося головного мозга человека».

Большой интерес участников конференции вызвала образовательная лекция профессора С. А. Игумнова «Аntenатальное облучение: психологические и нейропсихиатрические аспекты». В лекции были представлены основные теоретические положения о стадиях антенатального развития головного мозга; об эффектах влияния антенатального облучения на головной мозг человеческого эмбриона и плода, включающих нейроэмбриологические аспекты лучевой диагностики и терапии; последствия антенатального облучения головного мозга в результате атомной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки; нейропсихиатрические последствия антенатального облучения, обусловленные природными и техногенными факторами.

Профессор С. А. Игумнов доложил обширный материал комплексных исследований, связанных с аварией на ЧАЭС и радиоактивным загрязнением территории и облучением населения Беларуси. Особенностью произошедшей аварии на ЧАЭС является преимущественное облучение щитовидной железы (ЩЖ) у детей радиоизотопами йода. При этом группу наибольшего риска представляют собой дети, матери которых находились в зоне экологического бедствия на различных сроках беременности. Значительный научный интерес представляют работы, выполненные в структуре Пилотного проекта ВОЗ «Внутриутробное повреждение головного мозга», целью которых было выявление всех видов психологических, психоневрологических и психосоматических отклонений в развитии детей, облученных в период внутриутробного развития в тридцатикилометровой зоне ЧАЭС и в районах жесткого радиационного контроля Беларуси, России и Украины (Доклад Международного консультативного комитета по Международному Чернобыльскому проекту, МАГАТЭ, 1992; Prilipko et al., 1995; Нягу и др., 1996). Отмечена тенденция к увеличению распространенности нарушений интеллектуального развития и пограничных эмоционально-поведенческих нарушений у внутриутробно облученных детей, а также нарастание психологических проблем у их родителей.

Результаты собственных исследований посвящены клинко-психологической оценке интеллектуального развития детей, подвергшихся

антенатальному облучению вследствие техногенной катастрофы на Чернобыльской АЭС. Особенностью исследования явилось проспективное (на протяжении 10 лет) изучение относительно большой группы лиц (около 500 человек). В ходе исследования осуществлена реконструкция индивидуальных доз антенатального облучения ЩЖ и антенатального внешнего облучения, которые были использованы в ходе клинико-дозиметрического анализа. Проведено проспективное исследование интеллектуального развития лиц, подвергшихся антенатальному облучению в результате аварии на Чернобыльской АЭС, в возрасте от 6–7 до 15–16 лет. Проанализированы данные, полученные в ходе клинико-психологического исследования и дозиметрических данных. Проведено также изучение оценки влияния неблагоприятных психологических и социально-демографических факторов, обусловленных Чернобыльской аварией и ее последствиями, в происхождении нарушений интеллектуального развития в облученной группе детей. Облученная группа состояла из 250 лиц, рожденных в период с мая 1986 по февраль 1987 года от матерей, которые на момент аварии на Чернобыльской АЭС проживали на контролируемых территориях, где уровень загрязненности почв ^{137}Cs превышал 555 кБк м^2 и достигал 18 500 кБк м^2 . Контрольная группа была сформирована методом случайной выборки и состояла из 250 детей, рожденных в период с мая 1986 по февраль 1987 года. Их матери постоянно проживали в районах с низким уровнем радиоактивного загрязнения (от 2 до 200 кБк м^2 по ^{137}Cs).

В результате были сделаны следующие выводы: интеллектуальное развитие лиц антенатально облученной группы в возрасте от 6–7 до 15–16 лет характеризовалось положительной динамикой; в облученной группе не выявлено статистически достоверной корреляционной зависимости между индивидуальными дозами антенатального облучения ЩЖ и антенатального внешнего облучения и показателями, характеризующими уровень интеллектуального развития в возрасте 6–7 лет, 10–12 лет и 15–16 лет. Основную роль в происхождении нарушений интеллектуального развития в облученной группе играли неблагоприятные психологические и социально-демографические факторы, такие как низкий образовательный уровень родителей, дефицит информации, разрыв микросоциальных контактов и трудности адаптации, возникшие в процессе переселения из пострадавших районов.

Заседание «Психолого-гуманитарные, психотерапевтические и медико-социальные факторы, технологии и практики сохранения психического здоровья в семьях» во второй день работы конференции собрало различных специа-

листов в области психологии и медицины. Были заслушаны доклады, посвященные психолого-психиатрическим проблемам здоровья детей и подростков: д-ра психол. наук, профессора ТГУ И. Я. Стояновой (ФГАОУ ВО НИ ТГУ, ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) «Семейная травматизация детей с отклонениями в развитии» о выявлении степени принятия детьми с отклонениями в психическом развитии, в частности речевом, себя и каждого из родителей, при этом показаны наиболее выраженные эмоциональные особенности детей (тревога и страх), предложены психокоррекционные программы; д.м.н. С. И. Гусева (ФГБОУ ВПО КемГУКИ, Кемерово) «Психическое здоровье несовершеннолетних и профилактика употребления психоактивных веществ»; Л. Н. Лебедевской, И. Л. Левиной (МБОУ «Центр диагностики и консультирования», ФГБУ «НИИ КПГПЗ» СО РАМН, Новокузнецк) «Подростковое материнство как социально-психологический феномен» с обоснованием комплексной программы психолого-медико-педагогического сопровождения несовершеннолетних матерей; отношению к здоровому образу жизни обучающихся среднего звена общеобразовательной школы был посвящен доклад Т. В. Яппаровой, Е. М. Семененко, В. Д. Прокопьевой (МБОУ «СОШ № 198», Северск; ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Северск; Томск).

Психологические феномены функционирования здоровой и проблемной семьи осветили в своих выступлениях: д-р психол. наук, профессор Т. Г. Бохан (ФГАОУ ВО НИ ТГУ, Томск) выступила с докладом «Проблема социогенеза совладающего поведения» о выявлении связей совладающего поведения в вербальных наставлениях родителей с содержанием трудных ситуаций, копинг-стратегиями и копинг-ресурсами их детей в семьях народов Сибири (алтайцы, буряты, татары, шорцы); д-р психол. наук, профессор Е. В. Куфтяк (ФГБОУ ВПО «Костромской ГУ им. Н. А. Некрасова», Кострома), которая доложила результаты исследований устойчивости и изменений трансляции стратегий привязанности и взаимодействия в трех поколениях семьи; канд. психол. наук В. А. Урываев (ГБОУ ЯГМА МЗ РФ, ЯОКПБ, Ярославль) посвятил свой доклад «Динамике ценности семейных отношений в системе мотивации студентов-медиков в конце XX – начале XXI веков» и обосновал разнонаправленные изменения в личностных характеристиках студентов в разные временные периоды развития нашей страны, когда меняется система ценностей, в том числе и семейных; канд. психол. наук Е. Г. Сырямкина, Е. А. Ступаренко (ФГАОУ ВО НИ ТГУ, Томск) в докладе «Современный институт молодой семьи: деформация или модернизация?» показали актуальные проблемы социально-психологического и социально-

экономического плана и предложили меры по поддержке молодой семьи на разных уровнях; канд. психол. наук Л. В. Мазурова, А. Ф. Аболонин (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) доложили о модели семьи химически зависимого как патологической системе и системной коррекции алкогольной зависимости. Различным аспектам психотерапии семейных травм посвятили свое выступление д.м.н., профессор Б. Ю. Приленский, А. В. Приленская (ГБОУ ВПО «ТюмГМА» МЗ РФ, Тюмень); канд. психол. наук О. В. Магденко, А. З. Емельянова, А. А. Евстифеева (НГУ, Новосибирск) исследовали актуальные проблемы медицинского персонала родильного отделения как фактора, определяющего благополучие роженицы и членов ее семьи. К.м.н. Е. Н. Макарова, Т. Н. Зальмеж (ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России, Томск; МАУ ЗАТО Северск «РЦО», Томск; Северск) раскрыли психологические аспекты подготовки специалистов, работающих с кризисными семьями, такими как супервизорское наставничество.

На заседании ординаторов, аспирантов, молодых ученых и специалистов «Перспективы совершенствования методов диагностики, терапии психических расстройств и болезней зависимости и адаптации семей» были заслушаны устные доклады молодых ученых, посвященные семейным проблемам при непсихотических, шизофренических психических расстройствах и болезнях зависимости А. К. Костина (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) «Семья и психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта», Т. С. Ефановой (ГДЦ МБУЗ ГКБ № 1, Новосибирск) «Пограничные психические расстройства у женщин с хроническим невынашиванием беременности», М. Н. Катковой (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) «Копинг-механизмы пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством» и И. А. Назаровой (ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск) «Микроокружение и структура употребления психоактивных веществ у криминальных аддиктов женского пола». Психологические аспекты семейного функционирования нашли отражение в выступлениях К. Б. Костюк (Центр социально-психологической реабилитации «Луч», ФГАО ВО НИ ТГУ, Томск) «Родительские установки и базисные убеждения как факторы психического здоровья детей в условиях приемного родительства» и Е. И. Чикурова (Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург) «Отношение к телу у девушек с разными показателями феминности», которые были отмечены как лучшие доклады. Молодые ученые и специалисты приняли участие в конкурсном тестовом контроле, отражающем актуальные проблемы семейных исследований в области психиатрии, наркологии, психологии и психотерапии.

В ходе конференции с 7 по 8 октября 2014 г. было представлено 10 стендовых докладов. Авторские коллективы состояли преимущественно из сотрудников научных, лечебных и образовательных учреждений России; один доклад представлен от общественной организации социальной направленности. Все доклады были выполнены на высоком научном и методологическом уровне и получили высокую оценку участников конференции. Особо были отмечены три авторских коллектива: О. А. Сагалакова, Д. В. Трубецвев, А. М. Сагалаков (ФГБОУ ВПО АлтГУ, Барнаул) представили два взаимодополняющих доклада по тематике конференции – «Семейные взаимодействия и страх оценивания в контексте антивитальной направленности поведения в подростковом возрасте» и «Анти-витальное поведение жизнестойкости подростков (математическое моделирование системного взаимодействия психологических факторов)»; О. Н. Асютина, Е. В. Корке, Е. Г. Сырякина (Томская региональная общественная организация «Агентство содействия молодой семье «Эгида», Томск) «Социальная адаптация воспитанников томских детских домов к семейной жизни»; А. Л. Ульянич (ФГАОУ ВО НИ «ТГУ», Томск) «Особенности становления пренатальной психологической общности у женщин с нормальным физиологическим течением беременности и угрозой невынашивания ребенка».

Состоялся «Круглый стол» по перспективам междисциплинарной, межатраслевой и международной кооперации фундаментальных, гуманитарных и прикладных исследований в психиатрии, наркологии и психологии. Участники конференции отметили высочайший научный уровень конференции, комплексность, многогранность и междисциплинарность в изучении проблем семьи, системный подход и государственный уровень полученных результатов, перспективность дальнейших исследований. В ходе дискуссии были высказаны предложения по расширению взаимодействия со СМИ, церковью, другими институтами общества и государства; географии проведения конференции; аспектов исследований жизнедеятельности и здоровья семьи. По результатам проведенных в ходе конференции научных заседаний и дискуссий было констатировано следующее.

- Психические и наркологические расстройства вследствие их распространенности и обусловленного ими бремени болезни и инвалидности составляют одну из самых серьезных проблем общественного здравоохранения. Во всех странах мира большинство психических расстройств намного чаще встречаются среди наиболее уязвимых и малообеспеченных групп населения. У большого процента людей, получающих социальные пособия или пенсии по инвалидности, первичным заболеванием явля-

ется психическое расстройство. Это увеличивает финансовое бремя, обусловленное нарушениями психического здоровья, которое ложится на семью и органы социальной опеки.

- В то же время здоровье нации, стабильность или нестабильность общественной жизни напрямую ставится в зависимость от состояния семьи. С деятельностью института семьи тесно взаимосвязана демографическая ситуация в обществе, распространенность социально значимых заболеваний, в том числе психических.

- В структуре общей заболеваемости взрослого населения СФО в 2013 г. (1626,2 случая на 1000 населения, в Томской области – 1254,3 случая на 1000 населения) психические расстройства составили 3,5 %, у детей – 1,9 %, у подростков – 4,1 %. Первичная заболеваемость имеет тенденцию к росту и составила в 2013 г. по СФО 869,5 случая на 1000 населения, в том числе психические расстройства – 0,7 %. В Томской области – 726,0 случая на 1000 населения, у взрослых – 0,9 %, у детей – 0,5 %, у подростков – 1,0 %.

- При этом за 2012 г. Томская область включена в группу «риска» (превышение среднероссийского уровня в 1,5 и более раз) по уровню заболеваемости населения психическими расстройствами (дети, подростки, взрослые), невротическими и психосоматическими расстройствами (подростки, взрослые). В динамике других мониторируемых социально значимых заболеваний (хронический алкоголизм, наркомании) в период 2008—2012 гг. прослеживается тенденция снижения первичной утренней заболеваемости.

- Многоаспектные и согласованные действия в области психического здоровья требуют партнерских связей со многими секторами на государственном уровне, такими как здравоохранение, образование, занятость, судостроительство, жилищный сектор, социальное обеспечение и другие соответствующие секторы, а также, исходя из ситуации в стране, с частным сектором. Проблемы функционирования семьи на современном этапе развития общества в сложных социально-демографических, психологических, экологических и меняющихся условиях среды определяют актуальность разработки многосекторального подхода к решению проблем психического здоровья всех членов семьи.

На основании вышеизложенного с целью разработки стратегии научных исследований и выработки конструктивных решений и практических рекомендаций по сохранению психического здоровья в семьях для достижения целей демографической и социальной политики государства участники конференции приняли резолюцию и считают целесообразным.

1. Принимая во внимание комплексный характер проблемы психического здоровья в семьях, участники конференции полагают приоритетной задачей научно-практическое обеспечение предпосылок в объединении междисциплинарных, межотраслевых, международных усилий по изучению фундаментальных и гуманитарных аспектов социально значимых наркологических и психических заболеваний и особенностей функционирования семьи в современных условиях.

2. На основе современных подходов и гуманитарных технологий изучения и сохранения психического здоровья проводить мониторинг психического здоровья в семьях; психиатрическим организациям в практической деятельности уделять особое внимание анализу медико-социальных аспектов качества жизни и адаптации в семьях больных психическими расстройствами с внедрением превентивных программ семейной реабилитации в психиатрии и наркологии.

3. Считать приоритетным выполнение программ комплексной помощи семье на основе объединения усилий заинтересованных медицинских, психологических, социальных и образовательных учреждений и других организаций, общественных формирований.

4. ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «СибГМУ» МЗ РФ с участием других научных и практических учреждений регионов РФ продолжить долгосрочные исследования по вопросам научного поиска эффективных направлений комплексного подхода к сохранению психического здоровья в семьях; подготовить и организовать выпуск информационно-методических материалов для врачей.

5. Рекомендовать медицинским вузам, институтам последипломного образования, факультетам психологии классических университетов включить в учебные программы подготовки и повышения квалификации по психиатрии и медицинской психологии разделы по вопросам психического здоровья семьи.

6. Обратить внимание МЗ РФ, Минобразования и науки РФ, администрации областей и краев на целесообразность при разработке государственных, региональных программ профилактики и охраны здоровья населения предусматривать разделы комплексной помощи семьям пациентов, страдающих психическими расстройствами, оказывая организационную, информационно-аналитическую и материальную поддержку в работе по их выполнению. Считать перспективным расширение международных контактов и долгосрочных программ сотрудничества с ведущими учреждениями психиатрического, психологического и образовательного профиля Евразийского региона.

Представляется, что изложенные задачи трудные, но решаемые, при этом нужна переориентация на новые ценности, формирование новых потребностей. В рамках существующей «Концепции демографического развития до 2025 года» Правительства РФ, «Стратегии развития молодежи до 2025» Росмолодежи, приоритетного национального проекта «Здоровье», региональной «Программы модернизации здравоохранения Томской области», проекта «Крепкая семья» Российской академии образования, проекта «Концепции государственной семейной политики РФ до 2025 г.» и других программ и мероприятий необходимы усилия науки и практики в решении актуальных вопросов семьи, поощрения полной семьи с детьми, сочетаемые с продуманной демографической политикой и мерами по снижению смертности и укреплению психического здоровья.

Информационными спонсорами конференции выступили: научно-практический рецензируемый журнал «Сибирский вестник психиатрии и наркологии» (<http://svpin.org/>); информационный портал «Медицинская психология» (<http://www.medpsy.ru>). Участники конференции ознакомились с выставкой лекарственных препаратов и изделий следующих компаний: Компания «Десант здоровья», ЗАО «Глаксомитклайн», ООО «Герофарм», ОАО «Гедеон Рихтер», ЗАО «Сервье», «Эвер Нейро Фарма», ОАО «Санаторий «Чажемто».

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск : Изд. Том. ун-та, 2009. – 299 с.
2. Гуткевич Е. В., Семке В. Я., Семке А. В. Семья психически больного в системе социальных координат (российские исследования). Семейно-генетический кризис // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 71–76.
3. Гуткевич Е. В. Трансформации современной семьи и психолого-психиатрические проблемы общества // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 3. – С. 71–77.
4. Гуткевич Е. В. Семья и психические расстройства: генетика, превенция, этика. – Saarbrücken, Deutschland : Изд-во «Palmarium Academic Publishing», 2014. – 236 с.
5. Диагностика уровня социальной и семейной дезадаптации потребителей инъекционных наркотиков: учебно-методическое пособие / под ред. Н. А. Бохана, Э. П. Станько, С. А. Игумнова, А. П. Гелда, А. В. Семке, Е. В. Гуткевич. – Минск; Томск, 2014. – 28 с.
6. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Актуальные вопросы и перспективы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения процессов обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011. – № 10. – С. 107–110.
7. Психическое здоровье семьи в современном мире : сборник тезисов Российской конференции с международным участием (Томск, 7–8 октября 2014 г.) / под ред. Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2014. – 196 с.
8. 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.
9. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Шушпанова Т. В. Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего востока // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – Т. 107, вып. 3. – С. 78.
10. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Шушпанова Т. В. Юбилейная научная сессия НИИ психического здоровья // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2007. – Т. 103, вып. 3. – С. 79.

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N. A., Semke V. Ya. [Comorbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2009; 299 p. (In Russ.).
2. Gutkevich E. V., Semke V. Ya., Semke A. V. [Family of mental patient within social system (Russian investigations). Family-genetic crisis]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 1: 71–76. (In Russ.).
3. Gutkevich E. V. [Transformations of modern family and psychological-psychiatric problems of society]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 3: 71–77. (In Russ.).
4. Gutkevich E. V. [Family and mental disorders: genetics, prevention, and ethics]. «Palmarium Academic Publishing», Saarbrücken, Deutschland, 2014; 236 p (In Russ.).
5. [Diagnostics of level of social and family disadaptation of injecting drugs users: teaching aid]. N. A. Bokhan, E. P. Stan'ko, S. A. Igumnov, A. P. Geld, A. V. Semke, E. V. Gutkevich, eds. Minsk, Tomsk, 2014; 28 p. (In Russ.).
6. Kupriyanova I. E., Dashiyeva B. A., Karaush I. S. [Relevant issues and prospects of psychological-pedagogical and medico-social support of processes of education and upbringing of children with disabilities]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University]. 2011; 10: 107–110. (In Russ.).
7. [Mental health of the family in the modern world]. Abstract Book of Russian Conference with international participation (Tomsk, 7–8 October, 2014). N. A. Bokhan, ed. Publishing House «Ivan Fedorov», 2014; 196 p. (In Russ.).
8. Rudnitsky V. A., Semke V. Ya., Garganeeva N. P. [Non-psychotic mental disorders combined with physical diseases in liquidators of the accident on ChAPS]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2010; 6: 34–41. (In Russ.).
9. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Shushpanova T. V. [Mental health of population of Siberia and Far East]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2007; 107(3): 78. (In Russ.).
10. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Shushpanova T. V. [Jubilee scientific session of Mental Health RI]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2007; 103(3): 79. (In Russ.).

ЮБИЛЕИ



Зураб Ильич Кекелидзе

7 ноября 2014 г. отметил свой 65-летний юбилей Зураб Ильич Кекелидзе, известный российский психиатр, психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, главный психиатр Министерства здравоохранения Российской Федерации, генеральный директор ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии»

Жизненный путь З. И. Кекелидзе – яркий пример насыщенной и плодотворной профессиональной жизни, беззаветного служения психиатрической науке и людям, нуждающимся в помощи, верности высоким нравственным идеалам.

З. И. Кекелидзе окончил Первый московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова. По окончании интернатуры в больнице имени Алексеева работал там психиатром. В 1978 г. перешёл во Всесоюзный научно-исследовательский институт общей и судебной психиатрии. В 1988 г. стал заместителем директора Института психиатрии имени Асатиани в Тбилиси, затем возглавил этот институт. С 1993 г. работал заместителем директора научного Центра имени В. П. Сербского, с 2010 г. исполнял обязанности директора ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского, с 2014 г. генеральный директор ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии».

Автор более 15 монографий и учебников, в том числе «Критические состояния в психиатрии», «Психиатрия чрезвычайных ситуаций», «Антропогенные психические и поведенческие расстройства», и 160 научных работ в области психиатрии. Благодаря незаурядным организаторским способностям Зураба Ильича создана и успешно действует научная школа психореаниматологии.

Подтверждением авторитета в профессиональной среде служат высокие звания Зураба Ильича Кекелидзе: член Президиума Всероссийского общества психиатров, главный редактор «Российского психиатрического журнала» и член редакционных коллегий основных отечественных психиатрических журналов, представитель России в ВОЗ по психиатрии, Главный внештатный психиатр Министерства здравоохранения Российской Федерации.

З. И. Кекелидзе награжден Орденом Почета, Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, Почетным знаком «За заслуги» и Медалью Министерства юстиции, удостоен почетного звания «Заслуженный врач РФ» и лауреата премии ВАК СССР за лучшую диссертационную работу в области медицины и биологии. З. И. Кекелидзе является лауреатом премии «Призвание» за создание нового направления в науке – Психореаниматология (2000) и за организацию службы психолого-психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (2011).

Широчайшие знания и уникальный врачебный опыт Зураба Ильича, присущие ему высокие деловые и человеческие качества помогают успешно решать в современных сложных условиях широкомасштабные проблемы улучшения психического здоровья россиян.

Редколлегия СВГПН сердечно поздравляет Зураба Ильича Кекелидзе с прошедшим юбилеем и желает ему здоровья, благополучия и дальнейших успехов в научной и общественной работе.

Редколлегия СВГПН



Николай Григорьевич Незнанов

20 декабря 2014 г. свой 60-летний юбилей отпраздновал директор ГУ СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, Председатель Правления Российского общества психиатров профессор, доктор медицинских наук Николай Григорьевич Незнанов

Николай Григорьевич в 1978 г. с отличием окончил Первый Ленинградский медицинский институт имени академика И. П. Павлова, в котором в последующие годы продолжил работу на кафедре психиатрии под руководством профессора Б. А. Лебедева. Принимал активное участие в общественной жизни института, исполнял обязанности заместителя секретаря парткома института, был организатором деятельности студенческих строительных отрядов на стройках России и Казахстана.

Николай Григорьевич избрал психиатрию делом своей жизни. Талантливый врач, он успешно прошел все ступени профессионального становления. Обучение в клинической ординатуре, а затем в аспирантуре было завершено в 1985 г. защитой кандидатской диссертации «Влияние ишемической болезни сердца на проявления, течение и терапию психических заболеваний». С 1992 г. работал доцентом кафедры, в 1994 г. защитил докторскую диссертацию,

посвященную изучению социальных и медицинских аспектов агрессивности. В 1995 г. возглавил кафедру психиатрии и наркологии.

Успешная научная деятельность, широта научных и клинических интересов, талант организатора – все эти качества определили назначение Н. Г. Незнанова в 2002 г. на должность директора НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Развивая славные традиции этого учреждения, он кардинально реорганизовал его работу, создав новые направления и формы деятельности, существенно повысившие как эффективность лечебного процесса, так и уровень научных исследований. Являясь председателем ученого совета института и научным руководителем десятков соискателей, он внес большой вклад в подготовку кадрового резерва клиницистов, специалистов-исследователей, руководителей психиатрических учреждений.

Признанием высокого научного авторитета и выдающихся организаторских способностей профессора Н. Г. Незнанова – как в нашей стране, так и за рубежом – стало его избрание в 2005 г. Президентом Всемирной Ассоциации психодинамической психиатрии WADP (переизбран в 2014 г.), а в 2010 г. – Председателем Правления Российского общества психиатров и назначение на должность главного внештатного специалиста-эксперта по психиатрии Росздравнадзора в 2010 г.

Научная, организаторская и общественная деятельность Н. Г. Незнанова многогранна. Он является членом ряда авторитетных международных профессиональных сообществ – WPA, EPA, ECNP, WFABP, членом редакционных советов нескольких научных журналов и главным редактором «Обозрения психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева». Его авторству принадлежат более 150 научных статей, монографий и других публикаций.

Заслуги Н. Г. Незнанова в развитии отечественной науки и психиатрической практики отмечены рядом правительственных наград – медалями «За трудовую доблесть» и «К 300-летию Петербурга», медалью к ордену «За заслуги перед Отечеством» II степени. В 2002 г. ему присвоено почетное звание «Заслуженный работник Высшей школы».

Являясь сегодня безусловным лидером российской психиатрии, Николай Григорьевич Незнанов встречает свой юбилей в полном расцвете творческих сил и энергии.

Редколлегия СВПН сердечно поздравляет Николая Григорьевича Незнанова, желает крепкого здоровья, благополучия родным и близким, успешной реализации новых планов и задач, которые стоят перед институтом им. В.М. Бехтерева, и выражает уверенность, что огромный опыт, обширные знания и впредь будут его надежными помощниками в новых проектах на благо российской психиатрии.

Редколлегия СВПН

**Научно-практический
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник
психиатрии и наркологии.
2015. № 1 (86).**

Оригинал-макет СВПН 2015. № 1 (86)
подготовлен в НИИ психического здоровья
выпускающим редактором И. А. Зеленской

**Подписано к печати 24.02.2015 г.
Формат 60x84_{1/8}. Печать офсетная.
Бумага мелованная. Гарнитура «Arial».
Печ. л.13,0; усл. печ. л.12,09; уч.-изд. л. 11,72 .
Тираж 1000 экз. Заказ № 15166.
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**

Индекс подписки
66013