

ISSN 1810-3111

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Биологические исследования

Клиническая психиатрия

Клиническая наркология

Детско-подростковая психиатрия

Психосоматика

Лекции. Обзоры

Пенитенциарная психиатрия

Психотерапия и медицинская психология

Эпилептология

2015. № 3 (88).

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 . № 3 (8 8).

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья» (Томск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

Томск
Томск
Томск

проф. **М. М. Аксенов**
академик РАН **Л. И. Афтанас**
проф. **Т. П. Ветлугина**
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
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:

И. о. ответственного секретаря к.м.н. **О. Э. Перчаткина**

Выпускающий редактор **И. А. Зеленская**

Адрес редакции: г. Томск, 634014, ул. Алеутская, 4, Редакционно-издательская группа
НИИ психического здоровья

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. № 3 (88).

Founders:

Mental Health Research Institute (Tomsk)

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. **O. E. Perchatkina**

Issuing editor **I. A. Zelenskaya**

Editorial office: Tomsk, 634014, Aleutskaya Street, 4, Editorial-Publishing Group

Mental Health Research Institute

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

СО Д Е Р Ж А Н И Е

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ярыгина Е. Г., Прокопьева В. Д. (Томск) ЗАЩИТА БЕЛКОВ И ЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ИНДУЦИРОВАННОГО ЭТАНОЛОМ И АЦЕТАЛЬДЕГИДОМ	5
--	---

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Бохан Н. А., Аксенов М. М., Белокрылова М. Ф., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б., Гычев А. В., Куприянова И. Е., Рудницкий В. А., Перчаткина О. Э., Смирнова Л. П., Лукьянова Е. В., Дашиева Б. А., Карауш И. С. (Томск) КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ СИБИРИ	9
Семке А. В., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А., Рахмазова Л. Д., Корнетова Е. Г., Смирнова Л. П., Микилев Ф. Ф., Щигорева Ю. Г. (Томск) КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ОСНОВА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	19
Счастный Е. Д., Иванова С. А., Симуткин Г. Г., Лебедева Е. В., Яковлева А. Л., Лосенков И. С., Левчук Л. А., Муслимова Э. Ф., Сергиенко Т. Т. (Томск) КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПОЛИМОРФИЗМА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР НИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, 2013—2015 ГГ.)	25
Погосов А. В., Богушевская Ю. В., Плохих А. С. (Курск) СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ	32
Заливин А. А., Дроздовский Ю. В. (Омск) КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА МАНИПУЛЯТИВНОГО ВАРИАНТА ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	36
Строганов А. Е., Кулешова Е. О. (Барнаул) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ	40
Микилев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., Семке А. В. (Томск) АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ С ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ И НЕГАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	44
Прокопьева М. Л., Собенников В. С. (Иркутск) ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ	48

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Бохан Н. А., Мандель А. И., Артемьев И. А., Невидимова Т. И., Батухтина Е. И., Воеводин И. В., Аболонин А. Ф., Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Тоцакова В. А., Епимахова Е. В., Шушпанова Т. В. (Томск) КЛИНИКО-ПАТОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПАТОМОРФОЗА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В СОЦИАЛЬНО-ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ	53
Зорохович И. И., Зарубина Н. Г., Лопатин А. А., Люлина И. Л., Кирина Ю. Ю., Селедцов А. М. (Кемерово) РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ И ГОРНО-РУДНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ КУЗБАССА	63
Бохан Н. А., Новиков А. П., Рахмазова Л. Д., Гильбурд О. А. (Томск, Сургут) ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ	68

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Буторин Г. Г., Буторина Н. Е., Калинина Н. В. (Челябинск) СЕМИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ АФФЕКТИВНОГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ В КОНТЕКСТЕ НЕВРОПАТИИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	71
Логинев И. П., Солодкая Е. В., Чжан Сунпэй, Ван Ксиджин, Лиу Юлю, Ю Фенгуй, Ян Луинг, Джан Же (Хабаровск, Харбин) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ ХАРБИНА (КНР)	76

ПСИХОСОМАТИКА

Хритинин Д. Ф., Новиков В. В. (Москва, Рязань) КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВИЧ-ОБУСЛОВЛЕННЫХ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ	80
Цыганков Б. Д., Артемьева М. С., Лазукова А. Г. (Москва) ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИХ ДИНАМИКА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	83

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

Овчинников А. А., Султанова А. Н., Кочурин А. Г. (Новосибирск) ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МИГРАНТОВ (литературный обзор)	92
---	----

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Макушкин Е. В., Клембовская Е. В., Лунина П. С., Забежинская И. Д. (Москва) МИФОЛОГЕМЫ «ГРЕХОВНОСТИ» И «ПОРУГАННОЙ ЧЕСТИ СЕМЬИ» КАК ФАКТОР ПСИХОГЕННОЙ ПРОВОКАЦИИ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У СУПРУГОВ В АСПЕКТЕ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ АГРЕССИВНОГО ДЕЛИКТА	99
--	----

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Кожевникова Т. А., Костарев В. В., Кожевников В. Н., Июст Т. А., Стоянова И. Я., Ветлугина Т. П. (Красноярск, Томск) ПСИХОНЕЙРОИМУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕТЕРОСУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОМЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ	107
Воеводин И. В., Белокрылов И. И., Назарова И. А. (Томск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ С АДДИКТИВНЫМИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДЕЗАДАПТАЦИИ	111

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

Казенных Т. В., Бохан Н. А., Гребенюк О. В. (Томск) КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	117
НЕКРОЛОГ	122

C O N T E N T S

BIOLOGICAL RESEARCH

Yarygina E. G., Prokopyeva V. D. (Tomsk) PROTECTION OF BLOOD PLASMA PROTEINS AND LIPIDS AGAINST DAMAGE INDUCED BY ETHANOL AND ACETALDEHYDE.....	5
--	---

CLINICAL PSYCHIATRY

Bokhan N. A., Axenov M. M., Belokrylova M. F., Vetlugina T. P., Nikitina V. B., Gychev A. V., Kupriyanova I. E., Rudnitsky V. A., Perchatkina O. E., Smirnova L. P., Lukiyanova E. V., Dashieva B. A., Karaush I. S. (Tomsk) CLINICAL-BIOLOGICAL REGULARITIES AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL PRECONDITIONS OF FORMATION OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PERSONS RESIDING IN REGION OF SIBERIA	9
Semke A. V., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A., Rakhmazova L. D., Kornetova E. G., Smirnova L. P., Mikilev F. F., Shchigoreva Yu. G. (Tomsk) CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND BIOLOGICAL PRECONDITIONS OF ADAPTATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AS A BASIS FOR PERSONIFIED APPROACH TO ANTIPSYCHOTIC THERAPY	19
Schastnyy E. D., Ivanova S. A., Simutkin G. G., Lebedeva E. V., Yakovleva A. L., Losenkov I. S., Levchuk L. A., Muslimova E. F., Sergienko T. T. (Tomsk) CLINICAL-BIOLOGICAL, SOCIAL-PSYCHOLOGICAL AND ONTOGENETIC FACTORS OF POLYMORPHISM AND EFFICACY OF THE THERAPY OF AFFECTIVE DISORDERS (RESULTS OF COMPLEX THEME OF RESEARCH WORK OF MENTAL HEALTH RESEARCH INSTITUTE, 2013-2015)	25
Pogosov A. V., Bogushevskaya Yu. V., Plokhikh A. S. (Kursk) SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS OF DEVELOPMENT OF ANOREXIA NERVOSA	32
Zalivin A. A., Drozdovsky Yu. V. (Omsk) CLINICAL-PATHOGENETIC FACTORS AND CLINICAL DYNAMICS OF MANIPULATIVE VARIANT OF POST-SUICIDE PERIOD IN PERSONS WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS	36
Stroganov A. E., Kuleshova E. O. (Barnaul) TO THE PROBLEM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE PSYCHOTIC DISORDERS	40
Mikilev F. F., Kornetova E. G., Semke A. V. (Tomsk) ADJUSTMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOTYPAL DISORDER WITH HYPOCHONDRIAC SYMPTOMS AND PROGRESSIVE DEVELOPMENT OF NEGATIVE SIGNS	44
Prokopyeva M. L., Sobennikov V. S. (Irkutsk) PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF SOMATISATION DEPRESSION, DEPENDING ON THE TYPE OF THE COURSE OF AFFECTIVE DISORDER	48

CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

Bokhan N. A., Mandel A. I., Artemyev I. A., Nevidimova T. I., Batukhtina E. I., Voevodin I. V., Abolonin A. F., Solonsky A. V., Prokopyeva V. D., Toshchakova V. A., Epimakhova E. V., Shushpanova T. V. (Tomsk) CLINICAL-PATHOBIOLOGICAL REGULARITIES OF ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTIONS FORMATION AND PATHOMORPHOSIS IN SOCIALLY ORGANISED POPULATIONS	53
Zorokhov I. I., Zarubina N. G., Lopatin A. A., Lyulina I. L., Kirina Yu. Yu., Seledtsov A. M. (Kemerovo) EARLY DETECTION AND PREVENTION OF SUBSTANCE USE DISORDERS IN WORKERS OF COAL MINING ENTERPRISES OF KUZBASS	63
Bokhan N. A., Novikov A. P., Rakhmazova L. D., Gilburd O. A. (Tomsk, Surgut) GENDER-SENSITIVE FORMATION OF POPULATION OF ALCOHOLICS IN THE KHANTY-MANSI AUTONOMOUS DISTRICT – YUGRA	68

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Butorin G. G., Butorina N. E., Kalinina N. V. (Chelyabinsk) SEMIOLOGY OF DISTURBANCES OF THE AFFECTIVE LEVEL OF DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF THE NEUROPATHY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS.....	71
Loginov I. P., Solodkaya E. V., Zhang Congpei, Liu Yulu, Yu Fengyu, Yang Liying, Jiang Zhe (Khabarovsk, Harbin) MENTAL HEALTH OF ADOLESCENTS FROM HARBIN (CHINA).	76

PSYCHOSOMATICS

Khrinin D. F., Novikov V. V. (Moscow, Ryazan) CLINICAL DYNAMICS AND NOSOLOGICAL STRUCTURE OF HIV-ASSOCIATED NEUROCOGNITIVE DISORDERS.	80
Tsygankov B. D., Artemyeva M. S., Lazukova A. G. (Moscow) PSYCHOPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND THEIR DYNAMICS IN WOMEN WITH EATING DISORDERS	83

LECTURES. REVIEWS

Ovchinnikov A. A., Sultanova A. N., Kochurin A. G. (Novosibirsk) FACTORS INFLUENCING MENTAL HEALTH OF MIGRANTS (LITERATURE REVIEW)	92
---	----

PENAL PSYCHIATRY

Makushkin E. V., Klembovskaya E. V., Lunina P. S., Zabezhinskaya I. D. (Moscow) MYTHOLOGEMS OF "SINFULNESS" AND "DESECRATED HONOR OF THE FAMILY" AS A FACTOR OF PSYCHOGENIC PROVOCATION OF ADJUSTMENT DISORDER IN SPOUSES	99
--	----

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Kozhevnikova T. A., Kostarev V. V., Kozhevnikov V. N., Ioxt T. A., Stoyanova I. Ya., Vetlugina T. P. (Krasnoyarsk, Tomsk) PSYCHONEUROIMMUNOMODULATING EFFECT OF COMPLEX THERAPY OF NEUROTIC DISORDERS WITH USE OF HETEROSUGGESTIVE PSYCHOMUSCULAR RELAXATION	107
Voevodin I. V., Belokrylov I. I., Nazarova I. A. (Tomsk) PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ADDICTIVE AND AFFECTIVE VARIANTS OF MALADAPTATION IN STUDENTS	111

EPILEPTOLOGY

Kazennykh T. V., Bokhan N. A., Grebenyuk O. V. (Tomsk) COMORBIDITY OF MENTAL AND NEUROLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CEREBRAL PAROXYSMS OF NON-EPILEPTIC ORIGIN	117
OBITUARY	122

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.151:547.262:577.152.1.085

ББК Р645.021.11-434

ЗАЩИТА БЕЛКОВ И ЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ИНДУЦИРОВАННОГО ЭТАНОЛОМ И АЦЕТАЛЬДЕГИДОМ

Ярыгина Е. Г., Прокопьева В. Д.*

НИИ психического здоровья

634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Инкубация крови человека с этанолом или с ацетальдегидом приводит к окислительному повреждению белков (их карбонилированию, появлению белковых агрегатов) и липидов (перекисному окислению липидов) плазмы. Введение в среду инкубации природного дипептида карнозина перед добавлением этанола или ацетальдегида препятствует окислению биомолекул. Сделано заключение, что карнозин эффективно защищает белки и липиды плазмы крови от окислительного повреждения, индуцированного как этанолом, так и ацетальдегидом. **Ключевые слова:** белки, липиды, этанол, ацетальдегид, карнозин.

PROTECTION OF BLOOD PLASMA PROTEINS AND LIPIDS AGAINST DAMAGE INDUCED BY ETHANOL AND ACETALDEHYDE. Yarygina E. G., Prokopyeva V. D. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia. The incubation of human blood with ethanol and acetaldehyde leads to oxidative modification of blood plasma proteins (carbonylation, appearance of aggregated proteins) and lipids (lipids peroxidation products). Introduction of natural dipeptide carnosine into the incubation medium before addition of ethanol or acetaldehyde prevents oxidation of biomolecules. It was concluded that carnosine effectively protects blood plasma proteins and lipids against oxidative damage, induced by ethanol and acetaldehyde. **Keywords:** proteins, lipids, ethanol, acetaldehyde, carnosine.

Введение. В клинической практике алкоголизма все шире используются препараты, оказывающие, помимо основного действия, антиоксидантный эффект [1—3]. Успешность применения антиоксидантов во многом определяется их способностью купировать токсические эффекты этанола (Э) и ацетальдегида (АА), которым отводится важная роль в качестве предпосылок клинической реализации прогрессивных форм алкоголизма, прежде всего при коморбидной нейровисцеральной патологии [1—4]. Природный дипептид карнозин эффективен для снижения окислительного стресса у больных алкоголизмом [8].

* Ярыгина Екатерина Григорьевна, н.с. лаб. клинической психонейроиммунологии и нейробиологии. Телефон: 89627836126; E-mail: yr.kat@mail.ru

Прокопьева Валентина Даниловна, д.б.н., в.н.с. лаб. клинической психонейроиммунологии и нейробиологии. Телефон: 89138835912; E-mail: valyaprok@mail.ru

Обнаружена способность карнозина повышать устойчивость эритроцитов пациентов с алкогольной зависимостью к гемолизирующим факторам [9, 10]. Карнозин взаимодействует со свободными радикалами, активными формами кислорода (АФК), снижая их окислительный потенциал [11], может активировать антиоксидантные ферменты [12, 13]. В то же время исследований возможности защиты карнозином биомолекул плазмы крови человека от окислительной модификации, индуцированной этанолом или ацетальдегидом, ранее не проводилось.

Цель исследования. Оценить защиту карнозином белков и липидов плазмы крови от окислительного повреждения, вызванного этанолом или ацетальдегидом.

Методы исследования. Для оценки динамики окисления белков и липидов плазмы крови под действием Э или АА кровь инкубировали при 37°C с Э (0,5 %) или АА (0,01 %) соответственно. Из каждой пробы отбирали аликвоты через 0, 1, 2 и 3 часа, которые центрифугировали для получения плазмы крови. В плазме оценивали окислительную модификацию белков по содержанию карбониллов [14] и окислительную модификацию липидов по продуктам, взаимодействующим с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-реактивные продукты, ТБК-РП) [15]. Качественную оценку молекулярной массы белков плазмы крови проводили методом электрофореза в полиакриламидном геле (ЭФ в ПААГ) по Леммли [16]. Использовали 4 %-й концентрирующий (рН 6,8) и 10 %-й разделяющий (рН 8,8) гели. Образцы для оценки воздействия Э или АА на белковый спектр плазмы получали после инкубации крови 1 час при 37°C в присутствии 0,5 % Э или 0,1 % АА. Для оценки эффекта карнозина его добавляли в соответствующие пробы до конечной концентрации 5 мМ перед Э или АА. После ЭФ в ПААГ анализ молекулярной массы полос проводили с помощью специального пакета компьютерных программ Alliance 2.7 Uvitec Cambridge (США): молекулярная масса каждой белковой полосы рассчитывалась автоматически относительно белковых маркеров фирмы Fermentas Scientific (5—250 кДа). Использовали 96 %-й этиловый спирт из пищевого сырья, ацетальдегид фирмы Sigma (USA), карнозин фирмы «Yonezawa Hamari Chemicals, Ltd» (Япония). В контрольные пробы вместо Э и АА добавляли равное количество физиологического раствора.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета компьютерных программ «Statistica», версия 8.0 для Windows. Данные представляли в виде $M \pm m$, где M — среднее значение, m — стандартная ошибка среднего значения. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В контрольных пробах (без Э и АА) не обнаружено достоверных изменений между образцами без карнозина и с карнозином в течение 3 часов наблюдения. При этом в образцах без карнозина через 3 часа выявлено достоверное повышение содержания карбониллов белков относительно 0 часов инкубации ($p < 0,05$), что свидетельствует о спонтанном окислении белков (табл. 1).

Таблица 1

Влияние карнозина на содержание карбониллов белков (нмоль/мг белка) в плазме при инкубации крови человека с этанолом и ацетальдегидом ($M \pm m$)

Время инкубации	Контроль		Э, 0,5 %		АА, 0,01 %	
	Без карнозина (n=20)	Карнозин 5 мМ (n=20)	Без карнозина (n=15)	Карнозин 5 мМ (n=15)	Без карнозина (n=18)	Карнозин 5 мМ (n=18)
0 часов	0,27±0,01	0,27±0,01	0,32±0,02*	0,31±0,02*	—	—
1 час	0,28±0,01	0,28±0,01	0,35±0,02*	0,29±0,02#	3,78±0,21*	1,73±0,14*#
2 часа	0,29±0,01	0,29±0,01	0,35±0,02*	0,28±0,02#	3,00±0,17*^	1,36±0,12*#^
3 часа	0,31±0,01*	0,29±0,01	0,35±0,02*	0,28±0,02#	2,52±0,16*^	1,10±0,09*#^

Примечание. * — $p < 0,01$ по сравнению с контрольными значениями; # — $p < 0,01$ между соответствующими значениями в пробах: без карнозина и в присутствии карнозина; + — $p < 0,05$ по сравнению с показаниями в 0 часов инкубации; ^ — $p < 0,01$ по сравнению с показаниями в 1 час инкубации; n — количество доноров

В контрольных пробах с карнозином достоверного повышения карбониллов белков в плазме крови с увеличением времени инкубации относительно нулевой точки не происходило. То есть карнозин тормозит процесс спонтанного окисления белков.

При добавлении 0,5 %-го Э сразу (в 0 часов инкубации) наблюдается достоверный рост карбонилированных белков ($p < 0,01$). Через 1 час инкубации уровень карбониллов стабилизируется, оставаясь повышенным относительно контрольных значений ($p < 0,01$). При добавлении 5 мМ карнозина в пробы с Э через 1 час инкубации обнаружено достоверное снижение карбониллов белков относительно значений в пробах с Э без карнозина ($p < 0,01$). Дальнейшая инкубация (2 и 3 часа) крови с Э в присутствии карнозина приводит к снижению уровня карбонилированных белков до контрольных значений. Эти данные свидетельствуют о том, что карнозин является эффективным протектором белков плазмы крови от окислительного повреждения, вызванного этанолом.

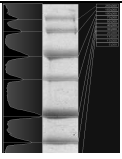
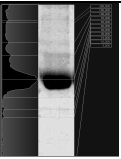
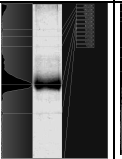
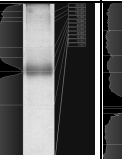
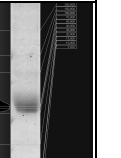
Добавление в кровь АА приводило к существенному (более чем на порядок) увеличению карбониллов белков в плазме крови по сравнению с контролем во всех временных точках (табл. 1). Такое повышение может быть связано не только с образованием карбониллов белков, но и с тем, что при измерении карбониллов белков не весь свободный ацетальдегид отмывал-

ся от белков, и его (ацетальдегида) карбонильная группа также вносила свой вклад в определяемые карбонилы. Уровень карбониллов достоверно уменьшался ($p < 0,01$) по мере увеличения времени инкубации. Поскольку карбонильная группа ацетальдегида очень активна, она быстро реагирует с белками с образованием аддуктов ацетальдегида с белком [17, 18] и/или приводит к «сшивке» белковых молекул [19]. То есть снижение карбониллов белков в данном случае может быть обусловлено их «маскировкой» в результате образования белковых агрегатов. Добавление 5 мМ карнозина в пробы с 0,01 %-м АА приводило к существенному снижению карбониллов по сравнению с соответствующими пробами без карнозина, но при этом уровень карбониллов оставался повышенным по сравнению с соответствующими контрольными образцами во всех временных точках ($p < 0,01$). Это свидетельствует о том, что карнозин защищает белки плазмы крови и от окисления, индуцированного АА.

Для проверки предположения об образовании белковых агрегатов в плазме крови были проведены специальные исследования белкового спектра плазмы после инкубации крови с 0,1 %-м АА или с 0,5 %-м Э. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Молекулярная масса белковых полос исследуемых образцов плазмы крови после ЭФ в ПААГ, кДа

А	Б	В	Г	Д
Белковые стандарты (250—5) кДа	Контроль	Этанол 0,5 %	Ацетальдегид 0,1 %	Ацетальдегид 0,1 % + Карнозин 5 мМ
				
-	-	-	334	-
250	-	-	-	280
-	-	-	204	-
-	162	179	-	192
150	-	-	-	125
100	100	105	112	-
-	79	82	-	-
70	70	-	-	69
-	59	59	-	-
50	57	-	56	-
-	48	48	46	47
40	42	40	-	-
-	-	37	-	-
30	34	-	32	-
20	24	21	-	28
5	-	-	-	-

При сравнении белковых спектров контрольного образца (столбец Б) и образца плазмы крови после инкубации с 0,5 %-м Э (столбец В) очевидно, что Э никакого влияния на белковый спектр не оказывает.

Этот же вывод следует и из числовых значений молекулярных масс белковых полос анализируемых гелей, представленных ниже в этой таблице.

После инкубации крови с АА (0,1 %) появляется полоса в высокомолекулярной области, соответствующая белку с молекулярной массой 334 кДа (столбец Г), которая отсутствует как в контрольном (Б), так и в образце с этанолом (В). При этом в образце с АА отсутствуют полосы, соответствующие белкам с массой от 60 до 90 кДа. Это говорит об образовании белковых агрегатов. В образце из крови, инкубированной с АА в присутствии 5 мМ карнозина, белковой полосы с молекулярной массой 334 кДа и выше не обнаружено (столбец Д). Данный факт свидетельствует, что карнозин препятствует «сшивке» белков, индуцируемой ацетальдегидом. Представленные данные подтвердили наше предположение о способности карнозина защищать белки плазмы крови как от карбонилирования, так и от образования белковых агрегатов под действием ацетальдегида.

Для оценки защитного действия карнозина от окислительного влияния Э и АА на липиды измеряли ТБК-реактивные продукты в тех же пробах (табл. 3).

Таблица 3

Влияние карнозина на содержание ТБК-реактивных продуктов (нмоль/мл) в плазме при инкубации крови человека с этанолом и ацетальдегидом (M±m)

Время инкубации	Контроль		Э, 0,5 %		АА, 0,01 %	
	Без карнозина (n=15)	Карнозин 5 мМ (n=15)	Без карнозина (n=10)	Карнозин 5 мМ (n=10)	Без карнозина (n=12)	Карнозин 5 мМ (n=12)
0 часов	2,50±0,10	2,50±0,11	2,86±0,14*	2,70±0,15	4,08±0,11**	4,06±0,11**
1 час	2,56±0,11	2,55±0,10	3,31±0,06**	2,44±0,11##	3,67±0,10***	3,93±0,08***
2 часа	2,65±0,11*	2,63±0,10	3,36±0,10**	2,32±0,10##	не определяли	не определяли
3 часа	2,73±0,10*	2,69±0,10	3,45±0,09**	2,23±0,09***	3,62±0,11***	3,26±0,08***

Примечание. * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$ по сравнению с контрольными значениями; # – $p < 0,05$, ## – $p < 0,01$ между соответствующими значениями в пробах: без карнозина, в присутствии карнозина; + – $p < 0,05$ по сравнению с показателями в 0 часов инкубации; n – количество доноров.

Видно, что содержание ТБК-РП в контрольных образцах без карнозина достоверно превышает исходный уровень уже через 2 часа инкубации, через 3 часа происходит их дальнейший рост ($p < 0,05$), что говорит о спонтанном окислении липидов в плазме крови. В контрольных образцах в присутствии карнозина достоверного повышения ТБК-РП в течение всего времени наблюдения не происходило, то есть карнозин тормозит процесс спонтанного окисления липидов.

Таким образом, при 37°C спонтанному окислению подвергаются как белки, так и липиды плазмы крови. Окисление липидов идёт быстрее, чем окисление белков.

В присутствии 0,5 %-го Э по мере увеличения времени инкубации уровень ТБК-РП в плазме крови достоверно увеличивается и становится выше соответствующих показателей не только контроля ($p < 0,05$), но и показателей в 0 часов инкубации ($p < 0,05$). То есть Э индуцирует окислительную модификацию липидов плазмы крови. Добавление карнозина в пробы с Э приводит к снижению ТБК-РП относительно образцов без карнозина. Содержание ТБК-РП снижается и по мере роста времени инкубации: через 3 часа в пробах с карнозином уровень ТБК-РП становится достоверно ниже контрольных значений ($p < 0,05$).

При добавлении в кровь 0,01 %-го АА содержание ТБК-РП существенно возросло по сравнению с контрольными значениями ($p < 0,01$). Причем в нулевой точке уровень ТБК-РП был максимальным, через час инкубации он достоверно снизился ($p < 0,05$), а в последующие 3 часа инкубации оставался практически на том же уровне, при этом был достоверно выше ($p < 0,01$) соответствующих контрольных значений. Снижение ТБК-РП в этих условиях может быть связано с образованием из них альдегидных гибридных аддуктов, о чем сообщается в литературе [13, 14]. В пробах с АА и карнозином через 1 час инкубации содержание ТБК-РП достоверно превышало их уровень в пробах с АА без карнозина ($p < 0,05$), а через 3 часа произошло достоверное снижение этих продуктов относительно 0 часов инкубации ($p < 0,05$). Вероятно, карнозин препятствовал взаимодействию ТБК-РП с АА, что затрудняло образование гибридных аддуктов и приводило к увеличению ТБК-РП через 1 час инкубации. При более длительном воздействии (3 часа) карнозин, вероятно, успевал прореагировать с ТБК-РП, что и приводило к достоверному снижению их уровня.

Закключение. Результаты исследования показали, что этанол и ацетальдегид *in vitro* индуцируют окислительную модификацию белков и липидов плазмы крови. Карнозин эффективно защищает и белки, и липиды от окислительного повреждения, вызванного воздействием как этанола, так и ацетальдегида.

Л и т е р а т у р а

1. Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бохан Н. А. Нейробиологические механизмы алкоголизма // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – Т. 102, № 8. – С. 61–66.
2. Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 1996. – 46 с.

3. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
4. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
5. Мандель А. И., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Невидимова Т. И., Прокопьева В. Д., Аболонин А. Ф., Шушпанова Т. В. Биологические предикторы, клиничко-патогенетические механизмы формирования и профилактика аддитивных состояний в различных социальных группах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 40–48.
6. Жернова Е. В., Вялова Н. М., Иванова С. А., Бохан Н. А. Показатели запрограммированной гибели лимфоцитов и нейтрофилов у лиц с алкогольной интоксикацией в динамике терапии препаратом с антиоксидантными свойствами // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2009. – № 3. – С. 59–62.
7. Бохан Н. А., Мандель А. И., Аболонин А. Ф., Ляшенко Г. П., Кисель Н. И., Молькина Л. Г., Бойко А. С., Иванова С. А. Реамберин в комплексной терапии абстинентного синдрома у больных алкоголизмом // Клиническая медицина. – 2012. – Т. 90, № 11. – С. 57–61.
8. Прокопьева В. Д., Бохан Н. А., Молькина Л. Г., Патышева Е. В., Ярыгина Е. Г., Козлова И. Л., Ляшенко Г. П. Коррекция метаболических нарушений у больных алкоголизмом с помощью природного дипептида карнозина // Вопросы наркологии. – 2007. – № 5. – С. 17–22.
9. Прокопьева В. Д., Бохан Н. А., Джонсон П., Болдырев А. А. Влияние карнозина и его N-ацетильного производного на стабильность эритроцитов больных алкоголизмом в состоянии абстиненции // Вопросы медицинской химии. – 1998. – Т. 44, № 5. – С. 474–478.
10. Prokopyeva V. D., Bokhan N. A., Johnson P., Abe H., Boldyrev A. A. Effects of carnosine and related compounds on the stability and morphology of erythrocytes from alcoholics // Alcohol and Alcoholism. – 2000. – Vol. 35, № 1. – P. 44–48.
11. Болдырев А. А. Карнозин – разгаданная загадка природы. – М.: ИКАР, 2009. – 124 с.
12. Юнева М. О. Характеристика антиоксидантной системы у мышей линии SAM (Senescence Accelerated Mice): автореф. дис. ... к.б.н. – М., 2001. – 22 с.
13. Стволинский С. Л. Защита организма от окислительного стресса карнозином: эколого-биохимический подход: дис. в виде научного доклада ... д.б.н. – М., 2006. – 86 с.
14. Levine R. L. Carbonyl modified proteins in cellular regulation, aging, and disease // Free Radic. Biol. Med. – 2002. – Vol. 32. – P. 790–796.
15. Коробейникова Э. Н. Модификация определения продуктов перекисного окисления липидов в реакции с тиобарбитуровой кислотой // Лабораторное дело. – 1989. – № 7. – С. 8–9.
16. Laemmli U. K. Cleavage of Structural Proteins during the Assembly of the Head of Bacteriophage T4 // Nature. – 1970. – Vol. 227. – P. 680–685.
17. Setshedi M., Wands J. R., Monte de la S. M. Acetaldehyde adducts in alcoholic liver disease // Oxidative Medicine and Cellular Longevity. – 2010. – Vol. 3, № 3. – P. 178–185.
18. Swaminathan K., Clemens D. L., Deu A. Inhibition of CYP2E1 leads to decreased malondialdehyde-acetaldehyde adduct formation in VL-17A cells under chronic alcohol exposure // Life Science. – 2013. – Vol. 92, № 6–7. – P. 325–36.
19. Tyulina O., Prokopyeva V., Boldyrev A. A., Johnson P. Erythrocyte and plasma protein modification in alcoholism A possible role of acetaldehyde // Biochimica et Biophysica Acta. – 2006. – Vol. 1762. – P. 558–563.

Транслитерация русских источников

1. Semke V. Ya., Melnikova T. N., Bokhan N. A. [Neurobiological mechanisms of alcoholism]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C. C. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002; 102, 8: 61–66. (In Russ.).
2. Bokhan N. A. [Clinical-pathodynamic patterns and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 1996. 46 p. (In Russ.).
3. Bokhan N. A. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial associativity of problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 2: 31–37. (In Russ.).
4. Bokhan N. A., Semke V. Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2009. 510 p. (In Russ.).
5. Mandel A. I., Artemyev I. A., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Nevidimova T. I., Prokopyeva V. D., Abolonin A. F., Shushpanova T. V. [Biological predictors, clinical-pathogenetic mechanisms of formation and prevention of addictive states in various social groups]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4: 40–48. (In Russ.).
6. Zhernova E. V., Vyvalova N. M., Bokhan N. A., Ivanova S. A. [Parameters of programmed death of lymphocytes and neutrophils in persons with alcohol intoxication in dynamic of therapy preparation with antioxidant properties]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]. 2009; 3: 59–62. (In Russ.).
7. Bokhan N. A., Mandel A. I., Abolonin A. F., Lyashenko G. P., Kisel N. I., Molkina L. G., Boiko A. S., Ivanova S. A. [The role of reamberin in combined therapy of abstinence syndrome in alcoholics]. *Klinicheskaja medicina* [Clinical Medicine]. 2012; 90(11): 57–61. (In Russ.).
8. Prokopyeva V. D., Bokhan N. A., Molkina L. G., Patysheva E. V., Yarygina E. G., Kozlova I. L., Lyashenko G. P. [Effects of natural dipeptide L-carnosine on the correction of metabolic disorders in alcoholic patients]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2007; 5: 17–22. (In Russ.).
9. Prokopyeva V. D., Bokhan N. A., Johnson P., Boldyrev A. A. [Effect of carnosine and its derivative N-acetyl-carnosine on the stability of red blood cells from abstinent alcoholic patients]. *Voprosy meditsinskoj khimii* [Issues of Medical Chemistry]. 1998; 44(5): 474–478. (In Russ.).
7. Boldyrev A. A. [Carnosine – a discovered enigma of nature]. IKAR, Moscow, 2009. 124 p. (In Russ.).
8. Yuneva M. O. [Characterization of the antioxidant system in SAM (Senescence Accelerated Mice)]. *Avtoref. dis. ... k.b.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2001. 22 p. (In Russ.).
9. Stvolinsky S. L. [Protection of the organism against oxidative stress with carnosine: ecological-biochemical approach]. *Dis. v vide nauchnogo doklada ... d.b.n.* [ScD Thesis as a scientific presentation]. Moscow, 2006. 86 p. (In Russ.).
11. Korobeinikova E. N. [Modification of identification of products of lipid peroxidation in reaction with thiobarbituric acid]. *Laboratornoe delo* [Laboratory Work]. 1989; 7: 8–9. (In Russ.).

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.85-092.12:613.1](571.1)

ББК Р645.093.3-1-14-16-17-18

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ СИБИРИ

**Бохан Н. А., Аксенов М. М.,
Белокрылова М. Ф., Ветлугина Т. П.,
Никитина В. Б., Гычев А. В.,
Куприянова И. Е., Рудницкий В. А.,
Перчаткина О. Э., Смирнова Л. П.,
Лукьянова Е. В., Дашиева Б. А.,
Карауш И. С.**

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

В статье представлены результаты выполнения комплексной темы НИР НИИ психического здоровья «Клинико-биологические и социально-психологические закономерности формирования непсихотических психических расстройств в условиях Сибири (онтогенетический и реабилитационный аспекты)», 2013—2015 гг. Эпидемиологические исследования распространенности непсихотических психических расстройств (НППР) в Сибирском регионе выявили положительную связь между основными показателями заболеваемости, безработицы и уровнем бедности в период роста безработицы и острого социально-экономического кризиса (1994—1999 гг.); для периода спада безработицы (2000—2010) — отрицательную взаимосвязь, что свидетельствует о независимо действующих факторах, определяющих эти показатели. Изучено состояние психического здоровья педагогов, работающих в городских и сельских общеобразовательных школах, в коррекционных школах и специализированных коррекционных школах-интернатах. Установлено, что подавляющее число педагогов (68—74 %) имели доклинические формы психических нарушений независимо от системы образования. Исследована возрастная динамика развития личности истерического склада на протяжении трех главных периодов: детско-подросткового, зрелого и позднего (пресенильного). Представлена клиническая характеристика расстройств диссоциативного спектра у пациентов с различными уровнями проявления диссоциативного типа реагирования. Выявлены особенности истерических проявлений у женщин климактерического возраста и представлена структура НППР у этих пациенток, частота которых не зависела от наличия или отсутствия

у них в анамнезе истерических проявлений. Выявлена активация перекисного окисления липидов у пациентов с невротическими расстройствами, которая выражается в увеличении концентрации малонового диальдегида в эритроцитах и сыворотке крови больных. Установлен вклад иммунной реактивности в неблагоприятное течение органических НППР и формирование органического расстройства личности. Полученные данные легли в основу разработки способов прогноза течения НППР, валеологических, превентивных и психотерапевтических программ, ориентированных на сохранение психического здоровья населения. **Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства; иммунные механизмы; окислительный стресс; онтогенетический и реабилитационный аспекты, превенция.

CLINICAL-BIOLOGICAL REGULARITIES AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL PRECONDITIONS OF FORMATION OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN PERSONS RESIDING IN REGION OF SIBERIA. Bokhan N. A., Axenov M. M., Belokrylova M. F., Vetlugina T. P., Nikitina V. B., Gychyev A. V., Kupriyanova I. E., Rudnitsky V. A., Perchatkina O. E., Smirnova L. P., Lukyanova E. V., Dashieva B. A., Karaush I. S. *Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* In the article, results of the implementation of complex theme of research work of Mental Health Research Institute "Clinical-biological and social-psychological regularities of formation of non-psychotic mental disorders under conditions of Siberia (ontogenetic and rehabilitative aspects)", 2013—2015 have been presented. Epidemiological research of prevalence of non-psychotic mental disorders (NPMD) in the Siberian region has revealed positive association between basic indices of morbidity, unemployment and level of poverty in the period of growth of unemployment and acute social-economic crisis (1994—1999); for off-peak period of the unemployment (2000—2010) — negative interrelationship, that testifies to independently acting factors that determine these indices. The state of mental health of pedagogues who work at urban and rural secondary schools, at correction schools and specialized correction boarding schools has been studied. It has been identified that overwhelming number of pedagogues (68—74 %) had pre-clinical forms of mental disturbances irrespective from system of education. Age dynamics of development of the personality of hysterical make-up over three main periods: child-adolescent, mature and later (pre-senile) have been investigated. Clinical characteristics of dissociative spectrum disorders in patients with different levels of manifestation of dissociative type of reaction have been presented. Peculiarities of hysterical manifestations in women of climacteric age have been revealed and structure of NPMD, which frequency did not depend on presence or absence of hysterical manifestations in the anamnesis of these patients, has been presented. Activation of lipid peroxidation in patients with neurotic disorders which is expressed in increase in concentration of malondialdehyde in the erythrocytes and serum of blood of patients has been revealed. Contribution of immune response into adverse course of organic NPMD and formation of organic personality disorder has been identified. The findings have formed the basis of development of methods of prognosis of the course of NPMD, valedological, preventive and psychotherapeutic programs oriented at maintenance of mental health of the population. **Keywords:** non-psychotic mental disorders, immune mechanisms, oxidative stress, ontogenetic and rehabilitative aspects, prevention.

Введение. Неравномерность экономического развития территорий Сибирского региона, социально-демографических характеристик его населения определяют актуальность регионально-го подхода в изучении распространенности психических заболеваний [1, 2]. Высокая частота НППР отражает особенности адаптации человека в социуме с высоким темпом развития технологий, возрастающей конкуренцией на рынке

* Белокрылова Маргарита Федоровна, д.м.н., в.н.с. первого клинического психиатрического отделения. E-mail: belmf@sibmail.com

труда, взаимосвязана с динамично меняющимися требованиями к индивиду, расширением сфер взаимодействия его в разных социальных группах независимо от имеющихся потребностей к самопрезентации. Онтогенетически предопределенные периоды наибольшей уязвимости индивида к стрессорным воздействиям в условиях трансформации института семьи и социально-экономических преобразований в обществе, отражающихся на стабильности социальных (и микросоциальных) условий и личной безопасности, способствуют расширению контингента больных с НППР, ассоциированными с соматическими заболеваниями.

НППР органического регистра – одна из наиболее актуальных проблем психиатрии, о чем свидетельствуют большая распространенность данной патологии, многофакторность ее природы, труднокурабельность, нередко прогрессирующее, приводящее к инвалидизации больных течение, частое сочетание с другими психическими заболеваниями [3, 4, 5, 6]. Стрессы, хронические соматические заболевания, перенесенные ЧМТ приводят к изменению ликвородинамики, возникновению патологической интероцептивной импульсации, гормониндуцированной активации микроглии, нарушающей функциональное состояние корковых клеток и элементов ретикулярной формации [7, 8]. Ретикулярная формация морфологически и функционально связана с лимбической системой мозга, которая является ключевым отделом регуляции иммунных реакции [9, 10]. Нарушения нейроиммунного взаимодействия ведут к дестабилизации психических функций организма и к дисбалансу иммунной системы, ослаблению механизмов иммунной защиты, формированию вторичной иммунной недостаточности и присоединению на этом фоне сопутствующей соматической патологии, осложняющих клиническую картину НППР и способствующих их затяжному течению [11, 12, 13, 14, 15]. Актуальным является разработка методов прогноза неблагоприятного течения органических расстройств на основе иммунобиологических критериев.

Антиоксидантный статус организма определяется балансом про- и антиоксидантных механизмов и является одним из факторов, корригирующих степень функциональных и органических нарушений при психических расстройствах [16, 17, 18, 19]. Действие внешних прооксидантов, недостаток поступления облигатных антиоксидантов и активация эндогенной генерации активных форм кислорода приводят к напряжению механизмов антиоксидантной защиты и развитию окислительного стресса, который может проявляться на клеточном, тканевом, организменном уровнях [20, 21]. Актуальными остаются исследования состояния прооксидантных процессов в крови у лиц с нарушением

психической адаптации под действием эмоционального стресса.

Многообразие НППР обуславливает необходимость расширения междисциплинарных исследований и оптимизации интегративного взаимодействия специалистов разного профиля для восстановления трудоспособности пациентов с НППР, повышения качества жизни населения.

Цель исследования в рамках комплексной темы НИР – изучение клинико-биологических закономерностей и социально-психологических предпосылок формирования НППР у лиц, проживающих в регионе Сибири, для методологического обоснования и разработки алгоритма комплексной специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи населению (с учетом онтогенетических особенностей).

Материалы и методы. Объектом исследования являлись 580 пациентов с НППР, находящихся на лечении в первом клиническом психиатрическом отделении клиники НИИ психического здоровья; данные официальной статистической отчетности ЦСУ РФ, территориальных статистических управлений, архивных документов клиники НИИ психического здоровья; практически здоровые лица (119 человек) в качестве контрольной группы при биологических исследованиях.

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации и соответствие с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Форма согласия и протокол клинического исследования одобрены Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья.

Использовались методы: клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-генеалогический, катамнестический, экспериментально-психологический, иммунологические, биохимические. Инструменты исследования: базисные карты стационарного и амбулаторного больного, психометрические шкалы и опросники. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакетов STATISTICA версия 7.0 и SPSS 17.0 для Windows.

Популяционные закономерности распространенности и механизмов формирования НППР под влиянием социально-экономических факторов в регионах Сибири. Анализ динамики состояния психического здоровья населения страны за последние 1,5–2 десятилетия выявляет неуклонный рост пограничных, соматоформных расстройств и состояний психической дезадаптации, возникновению и развитию которых способствуют социальные факторы [1, 2]. Анализ болезненности НППР в СФО за

1994—2010 гг. во взаимосвязи с уровнем безработицы и бедности позволил выявить ряд тенденций. Выбор данного периода обусловлен изменяющимися макроэкономическими факторами, определяющими социально-экономические индикаторы (уровни бедности и безработицы).

Для исследования взаимосвязи между основными показателями заболеваемости НППР, безработицей и уровнем бедности мы использовали значение коэффициента корреляции рангов Спирмена. Так как уровень безработицы изменяется колоколообразно, мы рассчитывали коэффициент корреляции отдельно для периода ее роста (1994—1999) и спада (2000—2010). В период роста безработицы можно выделить сильную положительную связь между уровнем безработицы, бедностью и общим количеством больных. Можно предположить, что эти контингенты (безработные и больные) прямо связаны неслучайными причинно-следственными отношениями, из которых наиболее вероятными представляются негативные воздействия бедности, как объективного фактора фрустрации базовых потребностей личности в период острого социально-экономического кризиса. Не менее правдоподобна гипотеза о том, что макроэкономические факторы, детерминирующие экономический кризис (спад производства, невыплата заработной платы, дефицит социальной поддержки со стороны государства), способствуют как росту безработицы, так и увеличению количества больных, впервые обратившихся за консультативной помощью. Обратно пропорциональная зависимость с количеством больных, состоящих на диспансерном учете, отражает особенности реорганизации психиатрического сервиса в настоящее время.

Для периода спада безработицы характерна отрицательная взаимосвязь между количеством больных и уровнем безработицы ($r=-0,78$; $p=0,06$), что свидетельствует о том, что количество безработных и количество больных, обратившихся за консультативной помощью, определяется независимо действующими факторами. Взаимосвязь между уровнем бедности и количеством больных, состоящих на диспансерном учете ($r=0,82$; $p=0,04$), также определяется различными факторами.

Анализ заболеваемости НППР в СФО во взаимосвязи с уровнем безработицы и бедности позволил выявить следующее. Количество больных, взятых на диспансерный учет за этот период, существенно снижается — с 46,1 на 100 тысяч в 1994 г. до 22,8 на 100 тысяч в 2010 г. Количество больных, обратившихся за консультативной помощью, увеличивается в соответствии с нелинейной зависимостью — с 158,1 на 100 тысяч трудоспособного населения в 1994 г. до 298,2 на 100 тысяч в 2010 г.

Результаты корреляционного исследования взаимосвязи между основными показателями заболеваемости НППР, безработицей и уровнем бедности принципиально не отличаются от таковых, полученных при изучении болезненности. Для объяснения полученных результатов можно предположить следующее: во-первых, официальные показатели болезненности не учитывают всего количества больных в популяции и уровень регистрируемой безработицы очень далек от реального. Во-вторых, пребывание в состоянии вынужденной незанятости в большей степени способствует формированию психических нарушений донозологического уровня, которые не попадают в поле зрения психиатра. В-третьих, формирование контингентов больных непсихотическими расстройствами и динамика показателей социально-экономического благополучия общества являются сложно взаимосвязанными процессами, включающими промежуточные переменные — эффективность компенсаторно-защитных механизмов в кризисной ситуации и адаптации к ней, особенности формирования пограничной патологии (в частности время от появления первой симптоматики до обращения за специализированной психиатрической помощью). Увеличение количества больных, получающих консультативную помощь, интерпретируется нами в контексте динамики индикаторов социально-экономического состояния общества (бедность, безработица) посредством выдвижения следующих гипотез:

1) между воздействием этиологического фактора (1994—2000 гг.) и обращением за помощью имеется латентный период, отражающий истощение и срыв адаптационных механизмов, следствием чего является увеличение числа консультативных больных в 2001—2010 гг.;

2) в период экономического роста предполагается формирование у потребителя на рынке товаров и услуг образа более высокого уровня жизни с целью стимулирования покупательского спроса, что обуславливает возрастание объема и интенсивности усилий, направленных на получение финансовых средств. Эта «гонка», в свою очередь, способствует напряжению компенсаторно-защитных ресурсов личности и формированию НППР.

Психическое здоровье педагогов, работающих в различных системах образования. В рамках исследования психических расстройств у детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями изучены особенности психического здоровья 429 педагогов из разных систем образования: городских общеобразовательных школ (270), сельских общеобразовательных школ (54), коррекционных школ и специализированных коррекционных школ-интернатов (105).

Особенностями труда школьного педагога являются интенсивная нагрузка, концентрация на одной и той же задаче в течение длительного времени, необходимость интенсивного общения с коллегами, учащимися, родителями. В коррекционной школе необходимость эмоционального включения в коррекционный процесс при отсутствии быстро достигаемых результатов делает труд педагога еще более напряженным, приводя к возникновению психологических проблем и нарушениям психического и соматического здоровья.

Большинство педагогов имели доклинические формы психических нарушений – психодезадаптационные состояния: 72,8 % в группе педагогов городских школ, 68,0 % в группе педагогов сельских школ, 74,0 % в группе коррекционных школ. Клинические формы психических расстройств отмечены у 15,3 %, 14,7 % и 13,9 % педагогов. Доля учителей, отнесенных к группе здоровых, составила 11,9 %, 17,3 %, 12,1 % соответственно [22, 23]. Таким образом, уровень психического здоровья педагогов не зависит от системы образования.

В группе педагогов с психодезадаптационными состояниями выявлен средний уровень тревоги – $13,8 \pm 0,71$ балла, в группе с психическими расстройствами – $16,5 \pm 1,06$ балла. Максимальные значения в психологической сфере имели показатели «интеллектуальное напряжение», «тревожное настроение», «напряженность»; в соматической сфере – проявления со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

При анализе качества жизни (КЖ) с использованием опросника И. А. Гундарова (1995) выявлено, что общий показатель КЖ в обеих группах соответствует среднему уровню удовлетворенности и достоверно не отличается. У педагогов общеобразовательных школ отмечаются равномерно средние показатели психологической, социальной и физической сфер, тогда как у педагогов коррекционных школ выявляется низкий уровень удовлетворенности показателями психологической и физической сфер при высокой степени удовлетворенности показателями социальной сферы. Как признаки психической дезадаптации у педагогов рассматривались проявления синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Выделены две группы: с формирующимся СЭВ (73,3 %) и с уже сформировавшимся (26,7 %). Полученные данные легли в основу разработанной системы валеологических и психотерапевтических программ. Сохранение психического и физического здоровья самими педагогами является одной из составляющих превенции психических нарушений и их подопечных [24].

Клиническая динамика НППР диссоциативного спектра. Проведенные ранее исследования позволили проследить особенности личностного (в том числе диссоциативного) реагирования пациентов на стрессовые ситуации, приводящие к возникновению НППР, и оценить вклад конституционально-биологических и социально-психологических факторов в их формировании [25, 26, 27].

Цель данного фрагмента исследования – изучение клинической динамики НППР диссоциативного спектра у пациентов с различными уровнями проявления диссоциативного типа реагирования. В зависимости от глубины расстройств обследованные были разделены на группы, в том числе: имеющие отдельные истерические симптомы при общей диагностике другого вида пограничных расстройств; обнаруживающие диссоциативно-соматоформные невротические расстройства; лица с истерическим расстройством личности; пациенты с истероформным органическим расстройством.

Известно, что невротическая патология возникает вследствие психогенного конфликта, который является результатом взаимодействия травматической информации с особенностями личности на фоне недостаточной активности защитных механизмов, что выводит на передний план не объективную сложность проблемы, а субъективное отношение к ней [28].

Возрастную динамику развития личности истерического склада изучали на протяжении трех главных периодов: детско-подросткового, зрелого, позднего (пресенильного). Помимо влияния неблагоприятных наследственных факторов, немалое значение в формировании патологических черт характера имеет отрицательное влияние микросоциума, в котором происходит воспитание. Особенно ярко аномальные черты личности заостряются на фоне пубертатного криза, являющегося биологическим фактором, способствуя приобретению и фиксации новых истерических проявлений. Происходит усложнение появившихся в детстве истерических симптомов. К живому восприятию, капризности, «поразительной смеси упрямства и внушаемости» присоединяются конфликтность, эгоцентризм. Из впечатлительности, склонности к гиперболизации формируется фантазирование с чертами патологической лживости. Капризность и демонстративное поведение трансформируются в демонстративно-шантажное поведение с суицидальными эквивалентами. В зрелые годы в компенсаторном состоянии истерического расстройства часто происходит некоторое смягчение истерических черт, а в более позднем возрасте (включая пресенильный) – значительное усиление психопатологической симптоматики за счет появления климактерических расстройств и хронических соматических заболеваний [29].

Ранее проведены исследования интранозоморфоза истерии (с установлением общих закономерностей ее эволюции) и интрасиндромального патоморфоза (в отдельных клинических подгруппах). Существенная роль в происходящем стойком видоизменении клиники истерии принадлежит социальным факторам [2]. Большое значение имеет изменение отношения общества к истерической патологии: в современных условиях становится «невыгодно» выглядеть обузой, «инвалидом», что и определяет появление более сложных форм «психологической защиты». Среди основных ситуационных вредностей последнего десятилетия возросла роль внутрисемейных (в том числе сексуальных) конфликтов, вызванных чрезмерными претензиями истерика, неудачами в попытках выдвинуться на передний план и диктовать свои условия. Также возрастает число случаев истерических проявлений в картине ПТСР.

Клинические особенности истерических проявлений у женщин климактерического возраста с НППР. До 50 % женщин климактерического возраста страдают климактерическими нарушениями, часто выступающими факторами стресса, провоцирующими или заостряющими психические расстройства [30]: диссоциативные, конверсионные, психоэмоциональные, психовегетативные, аффективные [31, 32]. Со снижением у женщин в климактерическом периоде защитно-приспособительных механизмов и патологическим реагированием на воздействие стрессогенных ситуаций [33] связано развитие ассоциированных с менопаузой НППР.

Особенности истерических проявлений исследованы у 127 пациенток климактерического возраста с НППР. Основная группа – 93 пациентки с истерическими проявлениями в структуре НППР, средний возраст – $51,49 \pm 4,13$ года; группа сравнения – 34 пациентки без истерических проявлений, средний возраст $51,44 \pm 5,0$ года. Пациентки обеих групп сопоставимы по возрасту (климактерический), нозологической структуре заболевания (НППР), социально-демографической характеристике.

Анализ клинической структуры НППР у женщин климактерического возраста показал высокую частоту встречаемости 5 ведущих симптомов истерического симптомокомплекса в основной группе: самодраматизация, театральность, преувеличение эмоций (94,19 %); внушаемость, подверженность влиянию окружающих или обстоятельств (93,65 %); поверхностность, лабильность эмоций (91,43 %); стремление к признанию, быть в центре внимания (94,12 %); озабоченность внешней привлекательностью (94,12 %) с высоким уровнем достоверности различий ($p < 0,001$) с группой сравнения.

Изучение стационарной выборки из 127 женщин климактерического возраста позволило определить нозологическую структуру НППР в основной группе: расстройства адаптации и тревожные расстройства были преобладающими, их доля составила 35,48 и 27,96 %; реже встречались органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (11,83 %); соматоформные расстройства (10,75 %); истерическое расстройство личности (9,68 %); диссоциативные расстройства (4,3 %).

Проведенное исследование показало, что частота выявляемых НППР у женщин климактерического возраста не зависела от наличия или отсутствия у них в анамнезе истерических проявлений. При этом только у женщин с истерическими проявлениями в структуре НППР выявлены случаи для обоснованной постановки диагноза истерического расстройства личности.

Иммунобиологические механизмы формирования НППР органического регистра. Обследованы мужчины с НППР органического регистра, которые по МКБ-10 распределились следующим образом: F06.68 – органическое астеническое расстройство (ОАР) – 232 чел., F07.08 – органическое расстройство личности (ОРЛ) – 93 чел. Средний возраст пациентов составил $43,53 \pm 6,30$ года, давность заболевания – $8,19 \pm 4,07$ года.

Иммунобиологическое обследование включало долабораторную диагностику клинических синдромов вторичной иммунной недостаточности (ВИН); фенотипирование поверхностных рецепторов иммунокомпетентных клеток по кластерам дифференцировки CD; определение фагоцитарной активности нейтрофилов; определение в сыворотке крови концентрации иммуноглобулинов классов M, G, A, нейроспецифического белка S-100, уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Контрольную группу при иммунобиологическом исследовании составили 79 практически здоровых мужчин.

В клинической картине органического астенического расстройства отмечались астеноцефалгические (41,5 %), церебрастенические (20,3 %), астенодистимические (14,6 %), депрессивные (9,5 %), ипохондрические (2,7 %) нарушения. Отмечена связь с «ситуацией» болезни (соматическая отягощенность, неблагополучие в микросоциальном окружении, элементы рентных установок). Выявлены алгии (65,2 %), вестибулярные нарушения (63,4 %), нарушение сна (46,1 %), метеозависимость (52,6 %). Прогрессирование органического астенического расстройства усиливало патохарактерологические нарушения с постепенным развитием органического расстройства личности. Нарастание церебрально-органических расстройств с развитием психоорганического синдрома приводило к стойким нарушениям механизмов социальной адаптации.

Долабораторная диагностика нарушений иммунной защиты выявила клинические синдромы вторичной иммунной недостаточности (ВИН) у 91,8 % пациентов с органическими астеническими расстройствами (ОАР) и у 94,6 % пациентов с органическим расстройством личности (ОРЛ). Достоверно чаще у больных с ОАР встречается инфекционный синдром ($F=5,472$; $p=0,0001$), при ОРЛ – сочетание инфекционного и аутоиммунного синдромов ($F=4,141$; $p=0,0001$).

Т а б л и ц а

Показатели иммунограммы пациентов с органическими психическими расстройствами

Показатель	Медиана			p
	Нижний квартиль – Верхний квартиль	Контроль (n=79)	1-я группа ОАР (n=232)	2-я группа ОРЛ (n=93)
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	5,50 (4,90-6,30)	5,60 (4,60-7,10)	5,80 (5,00-7,20)	
Лимфоциты, %	34,62 (30,00-41,00)	32,00 (24,00-38,00) $p_1=0,010$	30,00 (24,00-38,00) $p_1=0,003$	
CD2 ⁺ , %	73,25 (69,00-77,00)	67,80 (61,00-71,00) $p_1=0,001$	62,00 (60,00-64,00) $p_1=0,001$	$p_2=0,001$
CD3 ⁺ , %	66,90 (60,00-72,00)	55,10 (52,50-57,50) $p_1=0,001$	51,00 (48,00-55,00) $p_1=0,001$	$p_2=0,001$
CD4 ⁺ , %	37,38 (36,00-38,00)	31,10 (30,00-33,00) $p_1=0,001$	30,00 (28,00-31,00) $p_1=0,001$	$p_2=0,001$
CD8 ⁺ , %	25,05 (24,00-26,00)	21,10 (20,00-23,00) $p_1=0,001$	20,00 (21,00-22,00) $p_1=0,001$	$p_2=0,032$
CD4/CD8	1,51 (1,44-1,51)	1,46 (1,35-1,49) $p_1=0,001$	1,43 (1,32-1,56) $p_1=0,001$	
HLADR ⁺ , %	16,97 (14,00-19,00)	21,30 (20,00-21,30) $p_1=0,001$	23,00 (20,00-26,00) $p_1=0,001$	$p_2=0,001$
CD16 ⁺ , %	9,93 (7,00-12,00)	10,50 (8,00-10,50) $p_1=0,006$	10,00 (6,00-1,00)	
CD95 ⁺ , %	12,13 (12,00-12,13)	18,00 (17,00-20,00) $p_1=0,001$	26,00 (21,00-28,00) $p_1=0,001$	$p_2=0,001$
CD20 ⁺ , %	9,00 (7,00-12,00)	11,10 (9,00-11,10)	11,00 (8,00-15,00) $p_1=0,006$	
IgM, г/л	1,21 (0,90-1,46)	1,26 (0,96-1,49)	1,44 (1,10-1,74) $p_1=0,002$	$p_2=0,001$
IgG, г/л	16,98 (14,28-20,40)	14,02 (11,20-16,04) $p_1=0,001$	15,56 (12,44-17,92) $p_1=0,011$	$p_2=0,001$
IgA, г/л	2,08 (1,48-2,72)	2,32 (1,82-2,62) $p=0,035$	2,36 (1,76-3,00) $p_1=0,024$	
ЦИК, у.е.	91,00 (70,00-73,00)	115,00 (88,50-125,50) $p_1=0,001$	130,00 (90,00-170,00) $p_1=0,001$	$p_2=0,002$
Фагоц. инд., %	70,31 (71,44-74,00)	72,00 (67,50-82,00) $p_1=0,001$	72,00 (56,00-80,00)	$p_2=0,047$
Фагоц. число	8,34 (7,80-8,34)	5,70 (4,50-7,40) $p_1=0,001$	5,60 (3,60-6,80) $p_1=0,001$	

Примечание. p_1 – Достоверность различий по отношению к контролю; p_2 – достоверность различий между группами пациентов с органическими расстройствами.

Анализ данных иммунологического обследования выявил отклонения от нормы практически всех компонентов иммунитета в обеих группах пациентов. При сравнительной характеристике параметров иммунитета (табл.) установлены различия между группами обследованных. Иммунный статус больных ОРЛ характеризуется еще большим угнетением субпопуляций Т-лимфоцитов (CD2⁺-фенотипа, зрелой популяции CD3⁺-фенотипа, Т-хелперов-индукторов – CD4⁺-фенотипа; цитотоксических Т-супрессоров CD8⁺-фенотипа) и активацией гуморальных факторов (В-лимфоцитов CD20⁺; IgM, IgG, ЦИК). В группе больных ОРЛ выявлено наиболее высокое содержание лимфоцитов с маркерами поздней активации HLADR и лимфоцитов, экспрессирующих рецептор CD95 – маркер апоптоза. Группа ОРЛ характеризуется высоким уровнем нейроспецифического белка S-100 в сыворотке крови ($6,12 \pm 0,10$ и $4,85 \pm 0,05$ нг/мл в 1-й группе; $p < 0,001$), что подтверждает возможное нарушение проницаемости гематоэнцефалического барьера. В связи с чем возрастает вероятность развития аутоиммунных реакций с дальнейшим нарушением эфферентно-афферентных нейроиммунных взаимоотношений по причине нейрохимической несостоятельности мозга и недостаточности иммунной системы [34].

Выявленные различия в механизмах иммунной защиты у пациентов обследованных групп позволяют рассматривать их в качестве предикторов формирования органического расстройства личности на ранних этапах заболевания – на стадии органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства. На основе полученных данных разработан способ прогнозирования формирования органического расстройства личности, который поддержан патентом РФ [35].

Характеристика окислительного стресса при психической дезадаптации. Состояние процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в организме пациентов с невротическими расстройствами, связанными со стрессом, оценивали по содержанию в сыворотке крови и эритроцитах ТБК-активных продуктов, основным представителем которых являлся малоновый диальдегид (МДА). В принцип метода положена реакция между малоновым диальдегидом и тиобарбитуровой кислотой (ТБК), протекающая при высокой температуре и кислом значении pH с образованием окрашенного триметинового комплекса, содержащего 1 молекулу МДА и 2 молекулы ТБК. Максимум поглощения данного комплекса отмечается при 540 нм.

Обследовано 50 пациентов с невротическими расстройствами 18–60 лет. До момента обследования они не получали этиотропной терапии и не проходили курс лечения у психотерапевта.

Группу контроля составили 40 психически и соматически здоровых лиц. Обнаружено достоверное увеличение концентрации МДА в эритроцитах у лиц с нарушениями психической адаптации ($41,02 \pm 2,35$ мкмоль/л) по сравнению с контрольной группой ($31,76 \pm 1,78$ мкмоль/л) (рис. 1).



Рис. 1. Концентрация малонового диальдегида в эритроцитах у здоровых лиц и у лиц с расстройствами психической адаптации

Примечание. * – Уровень статистически значимых различий с контролем ($p < 0,05$).

Концентрация МДА в сыворотке крови этих лиц также возрастает в 2,7 раза по сравнению с группой контроля (рис. 2). Увеличение количества МДА говорит об активации процессов ПОЛ у лиц, подвергнувшихся действию психического стресса.

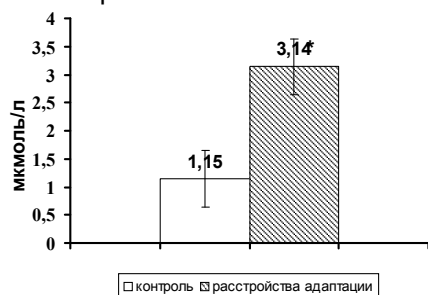


Рис. 2. Концентрация малонового диальдегида в сыворотке крови в контрольной группе и у лиц с расстройствами психической адаптации

Примечание. * – Уровень статистически значимых различий с контролем ($p < 0,05$).

В нормальных условиях функционирования организма процессы ПОЛ поддерживаются на низком уровне, обеспечивающем жизненно необходимый уровень свободных радикалов и АФК. В результате активации ПОЛ вследствие разных патологических процессов образуется группа токсических альдегидов типа 4-гидрокси-2-алкенали; 4,5-эпокси-2-алкенали, которые ингибируют синтез белков, активность многих ферментов, способствуют повышению свертываемости крови, вызывают окислительную деструкцию белков. ПОЛ изменяет также текучесть и проницаемость клеточных мембран [36].

Одним из патогенетических звеньев, вызывающих изменения в уровне реагирования ЦНС у лиц в состоянии психической дезадаптации, является усиление свободнорадикальных процессов и развитие окислительного стресса на уровне всего организма. Таким образом, полученные результаты позволяют предположить, что у людей с расстройствами психической адаптации наблюдается активация процессов перекисного окисления липидов, что согласуется с данными литературы о вовлеченности окислительного стресса (ОС) в патофизиологические механизмы нарушений метаболической адаптации при заболеваниях, связанных с воздействием стрессогенных факторов [37, 38, 39].

Заключение. Изучение популяционных закономерностей распространенности НППР в Сибирском регионе в 1994—1999 гг. и 2000—2010 гг. показало увеличение числа консультативных больных за последний период. Это с определенной долей вероятности можно объяснить существованием латентного периода, отражающего истощение и срыв адаптационных механизмов в период 1994—1999 гг. в результате неблагоприятного социально-экономического состояния общества (бедность, безработица). При исследовании взаимосвязи между основными показателями заболеваемости НППР, безработицей и уровнем бедности установлено, что в период роста безработицы (1994—1999) прослеживалась сильная положительная связь между уровнем безработицы, бедностью и общим количеством больных, что вероятно, обусловлено негативным воздействием бедности как объективным фактором фрустрации базовых потребностей личности в период острого социально-экономического кризиса. Для периода спада безработицы (2000—2010 гг.) характерна отрицательная взаимосвязь между количеством больных и уровнем безработицы, свидетельствующая о независимости действующих факторов, определяющих эти показатели.

Исследование особенностей психического здоровья педагогов, работающих в различных системах образования, показало, что большинство педагогов имели доклинические формы психических нарушений. Полученные данные легли в основу разработанной системы валеологических и психотерапевтических программ.

Возрастная динамика развития личности истерического склада была прослежена на протяжении трех главных периодов: детско-подросткового, зрелого и позднего (пресенильного). Представлена клиническая характеристика расстройств диссоциативного спектра у пациентов с различными уровнями проявления диссоциативного типа реагирования. Выявлены особенности истерических проявлений у женщин климактерического возраста и определена

структура НППР у этих пациентов, частота которых не зависела от наличия/отсутствия у них в анамнезе истерических проявлений. Онтогенетическая направленность исследования расширяет потенциальные возможности превентивных мероприятий, ориентированных на сохранение трудоспособности и продуктивной самореализации женщин климактерического возраста. Полученные данные вносят вклад в изучение НППР у женщин с истерическими проявлениями в климактерическом возрасте, совершенствуя имеющиеся представления о клинко-динамических закономерностях и реабилитационном потенциале.

При исследовании пациентов с органическими НППР установлено, что группа пациентов с органическими расстройствами личности по сравнению с группой пациентов с органическими эмоционально лабильными (астеническими) расстройствами характеризуется более глубоким нарушением иммунной защиты с выраженным Т-клеточным иммунодефицитом, активацией факторов гуморального иммунитета, повышенной вероятностью развития аутоиммунных реакций. На основе полученных данных разработан способ прогнозирования формирования органического расстройства личности на ранних этапах заболевания.

Выявлена активация перекисного окисления липидов у пациентов с невротическими расстройствами, которая выражается в увеличении концентрации малонового диальдегида в эритроцитах в 1,5 раза и сыворотке крови в 2,7 раза в сравнении со здоровыми лицами.

Полученные данные о взаимосвязи клинко-биологических и социально-психологических факторов, обуславливающих особенности формирования и динамику НППР у пациентов различных возрастных групп, проживающих в Сибири, являются основой разрабатываемых в НИИ психического здоровья мероприятий по превенции и комплексной реабилитации пациентов с пограничными расстройствами, актуальных для оптимизации оказания специализированной медицинской помощи населению трудоспособного возраста.

Л и т е р а т у р а

1. Семке В. Я. Новые стратегии и технологии укрепления психического здоровья населения России // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 6. – С. 18–22.
2. Аксенов М. М., Гычев А. В., Белокрылова М. Ф., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б., Перчаткина О. Э., Рудницкий В. Я., Левчук Л. А., Костин А. К. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 11–18.
3. Говорин Н. В., Злова Т. П., Ахметова В. В., Морозова И. Л. К вопросу о патогенезе органических интеллектуальных нарушений у детей в условиях экотопического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 56–59.
4. Чуркин А. А., Творогова Н. А. Состояние психиатрической службы в Российской Федерации в 2008 г // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 5. – С. 36–42.
5. Сукиасян С. Г., Тадевосян М. Я. Соотношение посттравматических стрессовых и экзогенно-органических психических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – Т. 110, вып. 11. – С. 63–70.
6. Аксенов М. М., Семке В. Я., Белокрылова М. Ф. и др. Типология, конституционально-биологические и клинко-динамические характеристики кризисных состояний при пограничных нервно-психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 9–15.
7. Goldstein L. E., Fisher A. M., Tagge Ch. A. et al. Chronic Traumatic Encephalopathy in Blast-Exposed Military Veterans and a Blast Neurotrauma Mouse Model // Sci. Transl. Med. – 2012. – May 16. – V. 4 (134). – P. 134ra60.
8. Stein T. D., Alvarez V. E., McKee A. C. Chronic traumatic encephalopathy: a spectrum of neuropathological changes following repetitive brain trauma in athletes and military personnel // Alzheimers Res. Ther. – 2014. – V. 6 (1).
9. Крыжановский Г. Н. Дизрегуляторная патология и патологические интеграции в нервной системе // Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. – Вып. 1. – С. 4–9.
10. Девойно Л. В., Идова Г. В., Альперина Е. Л. Психонейроиммунотерапия. Поведение и иммунитет. Роль «нейромедиаторной установки мозга». – Новосибирск: Наука, 2009. – 168 с.
11. Семке В. Я., Рудницкий В. А., Епанчинцева Е. М., Ошарев С. А., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б. Сравнительная характеристика влияния интенсивных психотравм различной природы (на примере экологической катастрофы и боевого стресса) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6. – С. 89–93.
12. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Епанчинцева Е. М., Аксенов М. М. Вторичная иммунная недостаточность как фактор риска развития затяжного течения невротических, связанных со стрессом расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 43–47.
13. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Лебедева В. Ф., Мальцева С. Н. Способ прогнозирования затяжного течения невротических расстройств. Патент на изобретение № 2421727. Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений РФ 20 июня 2011 г.
14. Семке В. Я., Гуткевич Е. В., Иванова С. А. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств). – Томск, 2008. – 204 с.
15. Рудницкий В. А., Семке В. Я., Гарганеева Н. П. Непсихотические психические расстройства в сочетании с соматическими заболеваниями у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 34–40.
16. Смирнова Л. П., Кротенко Н. В., Кротенко Н. М., Логинов В. Н., Духан М. В., Иванова С. А., Мальцева Ю. Л. Активность антиоксидантных ферментов в эритроцитах больных психическими и неврологическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1 (48). – С. 133–135.
17. Смирнова Л. П., Иванова С. А., Кротенко Н. М., Левчук Л. А., Гуткевич Е. В., Семке В. Я. Характеристика антиоксидантного статуса при невротических расстройствах // Физиология человека. – 2012. – Т. 38, № 5. – С. 106–111.
18. Щигорева Ю. Г., Смирнова Л. П., Кротенко Н. М., Бойко А. С., Корнетова Е. Г., Семке А. В. Активность антиоксидантных ферментов в эритроцитах периферической крови у больных шизофренией с тардивной дискинезией // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5. – С. 341.

19. Ivanova S. A., Smirnova L. P., Shchigoreva Y. G., Boiko A. S., Semke A. V., Bokhan N. A., Uzbekov M. G. Glucose-6-phosphate dehydrogenase and catalase activities in erythrocytes of schizophrenic patients under pharmacotherapy with traditional antipsychotics // *Neurochemical Journal*. – 2014. – V. 8, № 1. – P. 66–70.
20. Меньщикова Е. Б., Зенков Н. К., Ланкин В. З., Бондарь И. А., Труфакин В. А. Окислительный стресс. Патологические состояния и заболевания. – Новосибирск : Сибирское университетское изд-во, 2008. – 284 с.
21. Кондакова И. В., Какурина Г. В., Смирнова Л. П., Борунов Е. В. Регуляция пролиферации и апоптоза опухолевых клеток свободными радикалами // *Сибирский онкологический журнал*. Томск. – 2005. – № 1. – С. 58–61.
22. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни и превентивная психиатрия. – Томск, 2007. – С. 12–25.
23. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Качество жизни и психическое здоровье педагогов, работающих в различных системах образования (общее, коррекционное, инклюзивное) // *Вестник ТГПУ*. – 2013. – № 11 (39). – С. 87–93.
24. Куприянова, И. Е., Семке В. Я., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями. – Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2011. – 204 с.
25. Иванова С. А., Гуткевич Е. В., Вялова Н. М., Рядовая Л. А., Епанчинцева Е. М. Перчаткина О. Э. Способ прогнозирования течения невротических расстройств. Патент на изобретение № 2356059, зарегистрировано в Государственном реестре изобретений РФ 20 мая 2009 г.
26. Аксенов М. М., Перчаткина О. Э., Иванова С. А., Левчук Л. А. Психосоциальные и биологические факторы формирования стрессоустойчивости при диссоциативных состояниях // *Российский психиатрический журнал*. – 2014. – № 2. – С. 38–44.
27. Иванова С. А., Гуткевич Е. В., Семке В. Я., Рядовая Л. А., Ракитина Н. М., Перчаткина О. Э., Епанчинцева Е. М. Методологические подходы к оценке биологических факторов психической дезадаптации (на примере невротических расстройств) : методические рекомендации. – Томск, 2006. – 33 с.
28. Александровский, Ю. А. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей пограничные психические расстройства // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. – 2010. – № 5. – С. 27–35.
29. Семке В. Я., Лукьянова Е. В., Перчаткина О. Э. Клиническая типология и динамика истерического расстройства личности у женщин в климактерическом периоде // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. – 2011. – № 3. – С. 42–47.
30. Sansone R. A., Sansone L. A. Gender Patterns in Borderline Personality Disorder // *Innov. Clin. Neurosci*. – 2011. – V. 8. – P. 16–20.
31. Дзеружинская Н. А. Климактерические маски аффективных расстройств у женщин пожилого возраста // *Рос. психиатр. журн*. – 2002. – № 6. – С. 8–10.
32. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. – М. : Практическая медицина, 2011. – 432 с.
33. Вихляева Е. М. (ред.) Руководство по эндокринной гинекологии. – М. : Медицинское информационное агентство, 2006. – 784 с.
34. Чехонин В. П., Лебедев С. В., Блинов Д. В. и др. Патогенетическая роль нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера для нейроспецифических белков при перинатальных гипоксически-ишемических поражениях центральной нервной системы у новорожденных // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2004. – Т. 3, № 2. – С. 50–61.
35. Ветлузина Т. П., Никитина В. Б., Рудницкий В. А., Семке В. Я. Способ прогнозирования формирования органического расстройства. Патент (ru) 2488118 С1. Опулб. Бюл. № 20. 20.07.2013.
36. Дубинина Е. Е. Роль активных форм кислорода в качестве сигнальных молекул в метаболизме тканей при состояниях окислительного стресса // *Вопросы медицинской химии*. – 2001. – Т. 41, № 6. – С. 561–581.
37. Жаворонок Т. В., Степовая Е. А., Рязанцева Н. В. Нарушение «окислительного» метаболизма при острых воспалительных заболеваниях // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2006. – № 12. – С. 10–14.
38. Смирнова Л. П., Кротенко Н. М., Логинов В. Н., Духан М. В., Кротенко Н. В., Рудиков Е. В., Гуткевич Е. В., Иванова С. А. Уровень активности антиоксидантных ферментов у больных с невротическими расстройствами // *Вестник Томского государственного университета*. – 2007. – № 300–2. – С. 233–234.
39. Жуков А. О. Патогенез психических расстройств, возникающих в условиях дефицита йода // *Педиатрия. Consilium medicum*. – 2006. – № 1. – С. 107–111.

Транслитерация русских источников

1. Semke V. Ya. [New strategies and technologies for stronger mental health of the Russian population]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2011; 6: 18–22. (In Russ.).
2. 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 desadaptation in nonpsychotic mental disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSCI, 2009–2012)]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4: 11–18. (In Russ.).
3. Govorin N. V., Zlova T. P., Akhmetova V. V., Morozova I. L. [Pathogenesis of organic intellectual disturbances in children exposed to unfavorable ecologic effects]. *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2007; 17, 2: 56–59. (In Russ.).
4. Churkin A. A., Tvorogova N. A. [The state of psychiatric services in the Russian Federation in 2008]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2009; 5: 36–42. (In Russ.).
5. Sukiasyan S. G., Tadevosyan M. Ya. [The relationship of posttraumatic stress and exogenous-organic disorders]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2010; 110, 11: 63–70. (In Russ.).
6. Axenov M. M., Semke V. Ya., Belokrylova M. F. et al. [Typology, constitutional-biological and clinical-dynamic characteristics of crisis states in borderline neuro-mental disorders]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5: 9–15. (In Russ.).
9. Kryzhanovsky G. N. [Dysregulation pathology and pathological integrations in the nervous system]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2009; 1: 4–9. (In Russ.).
10. Devoino L. V., Idova G. V., Alperina E. L. [Psychoneuroimmunomodulation. Behaviour and immunity. Role of "brain neurotransmitter system". Nauka, Novosibirsk, 2009. 168 p. (In Russ.).
11. Semke V. Ya., Rudnitsky V. A., Epanchintseva E. M., Oshaev S. A., Vetlugina T. P., Nikitina V. B. [Comparative characteristic of influence of intense psychotraumatata of various natures (on example of ecological catastrophe and combat stress)]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 6: 89–93. (In Russ.).
12. Nikitina V. B., Vetlugina T. P., Epanchintseva E. M., Axenov M. M. [Secondary immune deficiency as a risk factor of development of lingering course of neurotic, stress-related disorders]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2008; 1: 43–47. (In Russ.).

13. Nikitina V. B., Vetlugina T. P., Lebedeva V. F., Maltseva S. N. [Method of prediction of lingering course of neurotic disorders]. Patent for invention No. 2421727. Registered in the State Register of Inventions of Russian Federation on June 20, 2011. (In Russ.).
14. Semke V. Ya., Gutkevich E. V., Ivanova S. A. [Psychosocial and biological factors of mental disadaptation (on the model of neurotic disorders)]. Tomsk, 2008. 204 p. (In Russ.).
15. Rudnitsky V. A., Semke V. Ya., Garganeeva N. P. [Neuromental disorders associated with concomitant somatic disorders in Chernobyl accident emergency workers]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2010; 6: 34—40. (In Russ.).
16. Smirnova L. P., Krotenko N. V., Loginov V. N., Dukhan M. V., Ivanova S. A., Maltseva Yu. L. [Activity of antioxidant enzymes in erythrocytes of patients with mental and neurological disorders]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2008; 1(48): 133—135. (In Russ.).
17. Smirnova L. P., Ivanova S. A., Krotenko N. M., Levchuk L. A., Gutkevich E. V., Semke V. Ya. [Characterization of antioxidant status in neurotic disorders]. *Fiziologija cheloveka* [Human Physiology]. 2012; 38, 5: 106—111. (In Russ.).
18. Shchigoreva Yu. G., Smirnova L. P., Krotenko N. M., Boiko A. S., Kometova E. G., Semke A. V. [Activity of antioxidant enzymes in erythrocytes of peripheral blood at patients with schizophrenia with tardive dyskinesia]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern Problems of Science and Education]. 2013; 5: 341. (In Russ.).
20. Menshchikova E. B., Zenkov N. K., Lankin V. Z., Bondar' I. A., Trufakin V. A. [Oxidative stress. Pathological states and diseases]. Siberian University Publishing House, Novosibirsk, 2008. 284 p. (In Russ.).
21. Kondakova I. V., Kakurina G. V., Smirnova L. P., Borunov E. V. [Regulation of tumor cell proliferation and apoptosis by free radicals]. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal* [Siberian Journal of Oncology]. 2005; 1: 58—61. (In Russ.).
22. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya. [Quality of life and preventive psychiatry]. Tomsk, 2007; 12—25. (In Russ.).
23. Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S. [Quality of life and mental health of teachers working in different educational systems (general, special, inclusive)]. *Vestnik TGPU* [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]. 2013; 11(39): 87—93. (In Russ.).
24. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya., Dashieva B. A., Karaush I. S. [Mental health of children with special educational needs]. Publishing house "Ivan Fedorov", 2011. 204 p. (In Russ.).
25. Ivanova S. A., Gutkevich E. V., Vyalova N. M., Ryadovaya L. A., Epanchintseva E. M., Perchatkina O. E. [Method of prognosis of course of neurotic disorders]. Patent for invention No. 2356059. Registered in State Register of Inventions of Russian Federation on May 20, 2009. (In Russ.).
26. Axenov M. M., Perchatkina O. E., Ivanova S. A., Levchuk L. A. [Psychosocial and biological factors of developing stress tolerance in dissociative states]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2014; 2: 38—44. (In Russ.).
27. Ivanova S. A., Gutkevich E. V., Semke V. Ya., Ryadovaya L. A., Rakitina N. M., Perchatkina O. E., Epanchintseva E. M. [Methodological approaches to assessment of biological factors of mental disadaptation (on example of neurotic disorders): guidelines]. Tomsk, 2006. 33 p. (In Russ.).
28. Alexandrovsky Yu. A. [System analysis of mental dysadaptation mechanisms accompanying borderline mental disorders]. *Vestnik nevrologii, psichiatrii i neirohirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2010; 5: 27—35. (In Russ.).
29. Semke V. Ya., Lukyanova E. V., Perchatkina O. E. [Clinical typology and dynamic of hysteric personality disorder in women in climacteric period]. *Vestnik nevrologii, psichiatrii i neirohirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2011; 3: 42—47. (In Russ.).
31. Dzeruzhinskaya N. A. [Climacteric masks of affective disorders in women of middle age]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2002; 6: 8—10. (In Russ.).
32. Krasnov V. N. [Affective spectrum disorders]. *Prakticheskaja medicina*, Moscow, 2011. 432 p. (In Russ.).
33. Vikhlyaeva E. M., ed. [Handbook of endocrine gynecology]. Medicinskoe informacionnoe agentstvo, Moscow, 2006. 784 p. (In Russ.).
34. Chekhonin V. P., Lebedev S. V., Blinov D. V. et al. [A pathogenetic role of impaired permeability of the hematoencephalic barrier for neurospecific proteins in perinatal hypoxic-ischemic damages of the central nervous system in neonates]. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii* [Gynecology, Obstetrics and Perinatology]. 2004; 3, 2: 50—61. (In Russ.).
35. Vetlugina T. P., Nikitina V. B., Rudnitsky V. A., Semke V. Ya. [Method of prognosis of formation of organic disorder]. Patent (ru) 2488118 C1. Published. Bull. No. 20. 07/20/2013. (In Russ.).
36. Dubinina E. E. [The role of reactive oxygen species as signal molecules in tissue metabolism under conditions of oxidative stress]. *Voprosy medicinskoj himii* [Issues of Medical Chemistry]. 2001; 47, 6: 561—581. (In Russ.).
37. Zhavoronok T. V., Stepovaya E. A., Ryazantseva N. V. [Disturbance of "oxidative" metabolism in acute inflammatory diseases]. *Klinicheskaja laboratornaja diagnostika* [Clinical Laboratory Diagnostics]. 2006; 12: 10—14. (In Russ.).
38. Smirnova L. P., Krotenko N. M., Loginov V. N., Dukhan M. V., Krotenko N. V., Rudikov E. V., Gutkevich E. V., Ivanova S. A. [Level of activity of antioxidant enzymes in patients with neurotic disorders]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Tomsk State University Bulletin]. 2007; 300—2: 233—234. (In Russ.).
39. Zhukov A. O. [Pathogenesis of mental disorders arising under conditions of iodine deficiency]. *Pediatrica. Consilium medicum* [Pediatrics]. 2006; 1: 107—111. (In Russ.).

УДК 616.895.8:616-036.2

ББК Р645.090-3-32-43-52-57

КЛИНИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК ОСНОВА ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Семке А. В.^{*}, Федоренко О. Ю.,
Лобачева О. А., Рахмазова Л. Д.,
Корнетова Е. Г., Смирнова Л. П.,
Микилев Ф. Ф., Щигорева Ю. Г.

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

Показана большая распространенность больных шизофренией, нуждающихся в стационарном лечении, в том числе повторно, что является свидетельством тяжести данного заболевания. Выявлены эпидемиологические, клинико-антропометрические, клинико-иммунологические и биохимические предпосылки адаптации больных шизофренией для разработки критериев персонализированного подхода к назначению антипсихотиков и их вкладу в формирование неблагоприятных типов адаптации у пациентов с шизофренией. **Ключевые слова:** шизофрения, эпидемиология, соматотип, психонейроиммунология, антиоксидантная система.

CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND BIOLOGICAL PRECONDITIONS OF ADAPTATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AS A BASIS FOR PERSONIFIED APPROACH TO ANTIPSYCHOTIC THERAPY. Semke A. V., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A., Rakhmazova L. D., Kornetova E. G., Smirnova L. P., Mikilev F. F., Shchigoreva Yu. G. *Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* The high prevalence of patients with schizophrenia in need of hospital treatment, including re-hospitalization cases has been shown, which is evidence of the severity of the disease. The epidemiological, clinical and anthropometric, clinical and immunological and biochemical preconditions of adaptation of schizophrenic patients have been identified to develop the criteria of personified approach to the administration of antipsychotics and their contribution to the development of unfavorable types of adaptation in patients with schizophrenia. **Keywords:** schizophrenia, epidemiology, somatotype, psychoneuroimmunology, antioxidant system.

Шизофрения занимает первое место среди психозов по распространенности, прогрессивности и тяжести социальных последствий. По данным эпидемиологических исследований, распространенность шизофрении в мире оценивается в пределах 0,8—1,0 % [Шмуклер А. Б., 2011; Chen Y. H., 2009]. Этим тяжелым недугом страдает 45 млн человек в мире, число новых случаев в год составило 4,5 миллиона человек [Дмитриева Т. Б., 2009].

В России ежегодно госпитализируется

50,6 % от числа всех больных шизофренией [Гурович И. Я., 2000; Lin, 2011]. В данном контексте изучение распространенности шизофрении в региональном аспекте представляется актуальным для решения задач целевого планирования психиатрического сервиса, оценки эффективности специализированной помощи.

Изучение распространенности шизофрении по данным статистической отчетности Томской области показало неравномерность темпов роста как по области в целом, так и по отдельным территориальным единицам. В общей структуре заболеваемости психическими расстройствами на долю шизофрении приходится 54,3 %. Изучение госпитальной структуры психических расстройств показало, что удельный вес больных шизофренией колеблется в течение последнего десятилетия от 17 до 20 % от всех поступивших в течение года, 9,5 % составляют случаи первичной госпитализации. Широкий диапазон основных показателей по госпитализированным больным определил необходимость расчета медианы для 10-летнего ряда. Показаны высокие уровни распространенности поступающих в стационар больных шизофренией – 150,2 на 100 тысяч населения, в том числе впервые в жизни ежегодно стационарируются 9,1 на 100 тысяч населения. О необходимости повышения эффективности терапевтического и социально-реабилитационного воздействий свидетельствуют высокие уровни распространенности: случаев повторных госпитализаций (медиана 10-летнего периода равна 37,5 на 100 тысяч населения) и инвалидизации в связи с шизофренией – 65,95 на 100 диспансерных больных.

Важными составляющими качества оказания медицинской помощи больным психическими расстройствами являются точность диагностики и прогноза течения заболевания, прогноз и оценка эффективности терапии с целью оптимизации схем лечения и выбора дифференцированной терапевтической тактики, в том числе при коморбидных расстройствах [Семке А. В. и др., 2011; Красильников Г. Т. и др., 2002].

Нервная и различные гомеостатические системы организма являются составными частями общей системы адаптации, а особенности нейроиммунных взаимодействий в значительной мере определяют тип индивидуальной стратегии адаптации организма. Результаты проведенных в последние десятилетия исследований показали, что выявленные изменения в субпопуляционной структуре, функциональных свойствах иммунокомпетентных клеток и уровне цитокинов больных шизофренией лежат в основе патогенеза заболевания и свидетельствуют о глубоких изменениях в иммунной системе, дисбалансе Th1/Th2 иммунного ответа, а также о нарушении интеграции между нервной и им-

^{*} Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., проф., зам. директора по клинической работе. Телефон: (382-2)724379. E-mail: asemke@mail.ru

мунной системами [Na K. S., 2007; Watanabe Y. et al., 2010; Drexhage R. C., 2011; Müller N. et al., 2012]. Значимым звеном нарушения молекулярных процессов при шизофрении являются изменения, связанные с дисрегуляцией нейрональной киназной активности, активацией деструктивных процессов и окислительного стресса, структурно-функциональными перестройками биологических мембран [Рязанцева Н. В. и др., 2001; Узбеков М. Г. и др., 2009; Иванова С. А. и др., 2013; Fedorenko O., 2009, 2014; Al Hadithy A. F., 2010; Gu F., Chauhan V., Chauhan A., 2015].

Антипсихотики в настоящее время являются основным методом фармакотерапии шизофрении. Длительное их применение оказывает дезадаптирующее влияние на организм, которое сопровождается различными побочными эффектами и явлениями, снижающими эффективность терапии [Цыганков Б. Д. и др., 2010; Корнетова Е. Г. и др., 2014]. Препараты различного механизма действия оказывают неоднозначное влияние на метаболизм, иммунитет и на состояние про- и антиоксидантных систем пациентов [Смирнова Л. П. и др., 2008; Бойко А. С. и др., 2013; Иванова С. А. и др., 2014; Tsai M. C. et al., 2013]. Как показали исследования, проведенные нами ранее [Лобачева О. А., 2006; Ветлугина Т. П., 2006, 2010], побочные эффекты и резистентность к психофармакотерапии формируются на фоне дефицита и функциональных нарушений основных популяций иммунокомпетентных клеток, активации гуморальных факторов иммунитета, дисбаланса продукции цитокинов (IL1, IL2, IL4, TNF α , INF α , INF γ) мононуклеарными клетками больных. Однако до настоящего времени практически отсутствуют биологические критерии персонализированного подхода к назначению антипсихотиков.

Нами проведены исследования клинических, биохимических и иммунологических критериев для разработки персонализированных подходов к назначению антипсихотической терапии при шизофрении.

С целью разработки модели прогноза неблагоприятного варианта течения шизофрении, адаптации и неполного ответа на психофармакотерапию проведено клинико-динамическое, клинико-антропометрическое, антропоморфоскопическое, и клинико-терапевтическое исследование 330 больных шизофренией с преобладанием негативных нарушений в клинической картине заболевания (214 мужчин; 35,2 % и 116 женщин; 64,8 %). Для сравнительной оценки разрабатываемой прогностической модели в отношении неблагоприятного течения шизофрении сформировано две группы сравнения, включающих практически здоровых лиц ($n=320$) и больных шизофренией с преобладающей позитивной симптоматикой ($n=290$),

соответствующих основной выборке по полу, возрасту и количественным показателям. Такой подход на основании методологии исследований, проведенных ранее в НИИПЗ [Бохан Н. А., Семке В. Я., 1998], продиктован необходимостью выбора противоположных точек отсчета в клинико-динамических особенностях шизофрении, в рамках негативной и позитивной дихотомии шизофренических расстройств, где негативный полюс является неблагоприятным, а позитивный – относительно благоприятным вариантом течения заболевания.

Клинико-антропометрическое исследование пациентов показало возможность прогнозирования неблагоприятного течения шизофрении с помощью оценки конституционально-морфологического статуса пациентов. Астенический тип телосложения статистически значимо преобладал у больных ($p<0,001$), гиперстенический конституционально-морфологический тип чаще наблюдался в группе здоровых лиц ($p<0,001$). Мезостенический тип встречался с равной вероятностью ($p>0,1$). Сопоставление распределения типов телосложения среди пациентов с позитивной и негативной симптоматикой показало, что астенический конституционально-морфологический тип наблюдался у 59,1 % пациентов, страдающих шизофренией с преобладанием негативных нарушений. При позитивной шизофрении астенический соматотип отмечен у 1 % больных. Мезостенический тип телосложения достоверно чаще ($p<0,001$) выявлен при негативных нарушениях, гиперстенический – статистически значимо ($p<0,001$) преобладал при позитивных. В клинической картине отмечалось варьирование симптоматики – от гиперстенического к астеническому конституциональному полюсу наблюдалось снижение степени выраженности рудиментарных позитивных симптомов, усиление апатико-абулических нарушений. Кроме того, в выборке больных с ведущей негативной симптоматикой доминировали лица с присутствием множественных регионарных морфологических дисплазий – 91,8 % против 31,6 % группы здоровых лиц ($p<0,001$). То есть сочетание астенического телосложения и множественных регионарных морфодисплазий явилось соматотипологической основой негативных нарушений при шизофрении.

Изучен ответ на психофармакотерапию антипсихотиками в зависимости от конституциональной принадлежности больных. Выявлено, что лица с астеническим телосложением достоверно чаще ($p<0,001$) демонстрируют неполный ответ на терапию. Противоположная тенденция выявлена у пациентов с гиперстеническим телосложением. В целом в основной группе число респондеров оказалось ниже, чем в контрольной группе больных шизофренией с доминированием позитивных нарушений.

Таким образом, конституционально-морфологический тип являлся важным фактором клинического полиморфизма и динамики шизофрении. Клинико-антропометрическое исследование больных может стать основой для прогноза течения шизофрении, правильного выбора базового препарата для лечения с подбором индивидуально приемлемых дозировок. В конечном счете это позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий, оптимизировать затраты системы здравоохранения на помощь этой тяжелой группе больных.

Наиболее частой причиной обращения больных шизофренией за медицинской помощью является наличие стойкой ипохондрической симптоматики, ассоциированной с негативными нарушениями [Kobayashi T., Kato S., 2004], что приводит к хроническим изменениям психического состояния и инвалидизации больных на отдаленных этапах болезни [Kornetov A. N., 2002].

С целью изучения клинико-динамических особенностей течения заболевания и клинико-конституциональных взаимосвязей проведено клинико-психопатологическое, клинико-динамическое, клинико-катамнестическое, клинико-терапевтическое, клинико-антропометрическое исследование больных шизофренией и шизотипическим расстройством с ипохондрической симптоматикой (70 мужчин – 58,3 % и 50 женщин – 41,7 %). В основную группу вошли 120 пациентов, в структуре расстройств которых, наряду с типично шизофреническими нарушениями, присутствовала ипохондрическая симптоматика. Группу сравнения составили 50 аналогичных по возрастно-половым характеристикам пациентов, не имеющих ипохондрической симптоматики в структуре заболевания.

Среди больных шизофренией в основной группе преобладали лица с нормостеническим соматотипом (32 – 45,7 %), в группе контроля наибольшее количество лиц имели астенический соматотип (19 – 55,9 %), что являлось статистически значимым ($p=0,03704$) отличием между исследуемыми группами. В основной группе выявлены статистически значимые различия в возникновении ипохондрической симптоматики в зависимости от их соматотипа ($p<0,05$). Среди больных шизофренией с астеническим соматотипом у большинства (11 – 52,4 %) ипохондрическая симптоматика присутствовала как в инициальный, так и в манифестный период заболевания, а у нормостеников и гиперстеников ипохондрическая симптоматика, как правило, имела только в манифестный период заболевания (24 – 62,5 %; 12 – 47,1 %), при этом различия между подгруппами были статистически значимыми ($p<0,05$).

Следовательно, соматотип как один из важнейших конституциональных факторов способен оказывать влияние на проявления ипохон-

дрической симптоматики в клинической картине шизофрении.

У пациентов основной группы с выраженной негативной и паранегативной симптоматикой в сравнении с больными без выраженных дефицитарных расстройств на момент осмотра отмечались нарушения приспособительного поведения в виде преобладания условно-декомпенсированного и парциально-декомпенсированного ($p<0,01$) уровней клинической адаптации, а также парциально-декомпенсированного уровня социальной адаптации. Их внутренние адаптационные реакции носили гиперболизированный характер ($p<0,05$), что способствовало формированию индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты по типу «укрытия под опекой» ($p<0,05$). Социальная адаптация пациентов с выраженной негативной и паранегативной симптоматикой характеризовалась формированием неблагоприятного деструктивного типа адаптации в 54,5 % случаев и выраженным снижением социального статуса в первые 5 лет после начала заболевания ($p<0,05$). Таким образом, негативная симптоматика вносит весомый вклад в формирование неблагоприятных типов адаптации у пациентов с шизофренией.

С целью оценки влияния терапии традиционными антипсихотиками на активность каталазы и глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах крови, а также на содержание окисленного и восстановленного глутатиона в сыворотке крови проведено комплексное клинико-биохимическое обследование 32 больных шизофренией (параноидная шизофрения – F20.0, резидуальная шизофрения – F20.5, простая шизофрения – F20.6). Средний возраст пациентов 31 ± 10 лет; средняя продолжительность заболевания 8 ± 7 лет. Все пациенты получали терапию традиционными антипсихотиками в виде монотерапии или их комбинаций: галоперидол, хлорпроксен, хлорпромазин, трифлуоперазин. Каждый пациент в динамике фармакотерапии обследовался по психометрическим шкалам PANSS и CGI. Контрольную группу составили 54 здоровых лица, сопоставимые по полу и возрасту (средний возраст $32,6\pm 2,16$ года).

Лабораторное обследование проводилось в двух точках: при поступлении в клинику до начала ПФТ и через 5–6 недель антипсихотической терапии. Активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФД) и каталазы в эритроцитах определяли спектрофотометрически. Содержание белка в исследуемом образце определяли по методу Лоури. Концентрацию восстановленного (GSH) и окисленного (GSSG) глутатиона в сыворотке крови определяли на спектрофлуориметре Varion (США) при E_m (длина волны испускания) 420 нм и E_x (длина волны возбуждения) 350 нм. Результаты выражали в мкг глутатиона на 1 мл сыворотки.

У больных шизофренией при поступлении в клинику на фоне выраженной симптоматики была отмечена достоверно сниженная активность Г6ФД ($2,06 \pm 0,2$ У/мг белка) по сравнению со здоровыми лицами ($4,08 \pm 0,5$ У/мг белка, $p < 0,05$). После 6-недельной терапии у пациентов наблюдалось дальнейшее снижение активности фермента. Активность каталазы в эритроцитах пациентов ($90,16 \pm 2,3$ У/мг белка) была достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($58,65 \pm 2$ У/мг белка, $p < 0,05$). Терапия типичными нейролептиками приводила к нормализации этого показателя.

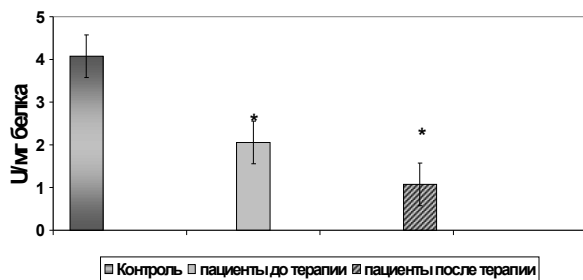


Рис. 1. Активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах больных шизофренией в динамике фармакотерапии и в эритроцитах здоровых лиц.

Примечание. У=мкмоль НАДФ /мин; * – уровень значимости достоверных различий по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$)

В группе пациентов до терапии типичными антипсихотиками содержание восстановленного глутатиона снижено по сравнению с контрольной группой ($298,54 \pm 41,02$ мкг/мл, $394,23 \pm 80,2$ мкг/мл; $p < 0,05$). На фоне лечения типичными препаратами наблюдается дальнейшее снижение содержания GSH. Содержание окисленного глутатиона не отличается от значений в контрольной группе и не изменяется достоверно в динамике терапии.

Проведенное исследование показало, что терапия типичными антипсихотиками оказывает выраженное, но неоднозначное влияние на активность ферментов, в том числе и на антиоксидантную систему эритроцитов больных шизофренией. В динамике терапии на фоне нормализации активности каталазы продолжает снижаться активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в сравнении с контролем и значениями пациентов до терапии, усугубляя тем самым существующий при шизофрении дисбаланс метаболических процессов. Так же показано, что у больных шизофренией достоверно снижен уровень восстановленного глутатиона – значимого компонента неферментативной антиоксидантной защиты.

Терапия типичными антипсихотиками приводит к его дальнейшему снижению, усугубляя тем самым существующий при шизофрении дисбаланс свободнорадикальных процессов.

Снижение концентрации восстановленного глутатиона у больных шизофренией, вероятно, патогенетически обусловлено и зависит от уменьшения способности организма больных к синтезу восстановленной формы глутатиона.

С целью разработки модели прогноза неблагоприятного варианта адаптации, обусловленного резистентностью к психофармакотерапии, с использованием клинических и иммунобиологических критериев проведен дискриминантный анализ межгрупповых различий клинических и иммунобиологических показателей в группах резистентных (1-я группа – 167 пациентов) и чувствительных к ПФТ больных (2-я группа – 129 человек). Всего проанализировано 18 клинических и 41 иммунобиологических показателей. Отобраны показатели, подчиняющиеся нормальному закону распределения либо близкие к нормальному распределению. Для каждой группы выделены дискриминантные функции, стандартизованные коэффициенты дискриминантной функции, отражающие вклад клинических и иммунобиологических параметров в разделение групп.

В модель вошли следующие клинические переменные: давность заболевания (в 1-й группе 1–5 лет, в 2-й группе 6–10 лет; $F=2,32297$, $p=0,013$); частота поступлений в стационар (в 1-й группе чаще 1 раза в год, в 2-й группе реже 1 раза в год; $F=15,35096$, $p=0,0001$); преобладание позитивной симптоматики в 1-й группе пациентов ($F=17,48628$, $p=0,00004$); преобладание эпизодического течения с нарастающим дефектом в 1-й группе и эпизодического течения со стабильным дефектом во 2-й группе ($F=11,41237$, $p=0,0008$); вид базовой терапии и её интенсивность – преимущественное лечение пациентов с терапевтической резистентностью высокими дозами типичных нейролептиков ($F=8,76187$, $p=0,0033$); сопутствующая соматическая патология в анамнезе у пациентов 1-й группы ($F=7,00035$, $p=0,0086$).

Иммунобиологические переменные составили: достоверное снижение в 1-й группе больных по сравнению со 2-й группой общего количества лимфоцитов ($F=2,40819$, $p=0,0122$); $CD8^+$ -лимфоцитов ($F=26,23185$, $p=0,0001$); $HLADR^+$ -лимфоцитов ($F=9,13194$, $p=0,0027$); повышение ИРИ $CD4/CD8$ ($F=2,72254$, $p=0,0999$); $CD16^+$ -лимфоцитов ($F=3,90225$, $p=0,0491$); фагоцитарной ($F=51,13075$, $p=0,00001$) и кислородзависимой бактерицидной активности нейтрофилов (НСТ стимулированный, $F=13,11076$, $p=0,0003$); концентрации IgM ($F=2,34323$, $p=0,0127$); стимулированного варианта НСТ ($F=13,11076$, $p=0,0003$); митогениндуцированной продукции IL-4 ($F=52,79366$, $p=0,00001$) и $TNF\alpha$ ($F=28,76253$, $p=0,00001$); повышение уровней трансаминаз АСТ и АЛТ в сыворотке крови ($F=3,47208$, $p=0,0633$ и $F=4,28325$, $p=0,0393$).

Процедура переклассификации (оценка «качества работы» дискриминантных функций) выявила высокую точность классификации в группах резистентных и чувствительных к ПФТ больных шизофренией – 87,16 % ($p < 0,001$). При этом терапевтическая резистентность правильно классифицируется в 92,72 % случаев, отсутствие резистентности – в 81,38 %. Случаи несовпадения при отнесении пациента к группе резистентных или чувствительных больных, разделенных на основе клинических и биологических критериев (11 лиц из группы терапевтически резистентных больных отнесены в группу чувствительных, а 27 пациентов из группы чувствительных больных – в группу резистентных) могут быть связаны со сложностями распознавания клинических синдромов и симптомов шизофрении в связи с их нивелированием под влиянием применяемой ПФТ.

Выявленный нами в результате дискриминантного анализа комплекс биологических параметров в совокупности с клиническими характеристиками позволяет с высокой точностью дифференцировать характер ответа пациента (уровень, степень чувствительности) на терапию и прогнозировать формирование резистентности к психофармакологическим препаратам. При выборе оптимального способа лечения больных эндогенными расстройствами необходимо принимать во внимание выявленные устойчивые типологические характеристики пациентов (давность и тип течения заболевания, частоту поступлений, преобладание продуктивной или негативной симптоматики, наличие сопутствующей соматической патологии), а также вариабельные факторы (вид и интенсивность используемой базисной терапии, индивидуальные характеристики состояния иммунной системы), вносящие существенный вклад в формирование терапевтической резистентности.

В целом на основе анализа особенностей психонейроиммунотерапии в группах резистентных и чувствительных к ПФТ пациентов разработан комплекс клинических и иммунобиологических критериев, позволяющий с высокой точностью (87,16 %) и с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) прогнозировать вероятность формирования у пациента неблагоприятного варианта адаптации, обусловленного резистентностью к ПФТ. Предложенный комплекс позволяет своевременно вносить коррективы в терапевтическую тактику, назначать дифференцированную терапию с возможным включением иммуноактивных препаратов, оптимизирующих нейроиммунное взаимодействие и повышающих адаптационные возможности больных.

Выводы. Таким образом, на основе клинко-эпидемиологического анализа структуры стационарной когорты психически больных показана большая распространенность больных ши-

зофренией, нуждающихся в стационарном лечении, в том числе повторно, что является свидетельством тяжести данного заболевания. Многолетние показатели высокого уровня инвалидизации данной когорты больных указывают на необходимость определения вклада внешних и внутренних факторов в клинко-динамические показатели заболевания и прогностические критерии эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Выявлены критерии (клинко-антропометрические, клинко-иммунологические и биохимические) персонализированного подхода к назначению антипсихотиков и их вклада в формирование неблагоприятных типов адаптации у пациентов с шизофренией. Полученные результаты вносят вклад в выявление факторов прогноза течения шизофрении и позволяют повысить эффективность реабилитационных мероприятий этой тяжелой группе больных.

Л и т е р а т у р а

1. Шмуклер А. Б. Проблема шизофрении в современных исследованиях: достижения и дискуссионные вопросы. – М., 2011. – 84 с.
2. Chen Y. H., Lee H. C., Lin H. C. Prevalence and risk of atopic disorders among schizophrenia patients: a nationwide population based study // *Schizophr. Res.* – 2009. – V. 108. – P. 191–196.
3. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой и др. – М., 2009. – 1000 с.
4. Гурович И. Я., Голланд В. Б., Зайченко Н. М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999 гг.). – М.: Медпрактика, 2000. – 506 с.
5. Lin H. C., Huang C. C., Chen S. F. et al. Increased Risk of Avoidable Hospitalization Among Patients With Schizophrenia // *Can. J. Psychiatry.* – 2011. – V. 56, № 3. – P. 171–178.
6. Бохан Н. А., Семке В. Я. Психиатрическая наука в Сибири: итоги и перспективы // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 1998. – № 4. – С. 48.
7. Kobayashi T., Kato S. Psychopathology and outcome of first-admission schizophrenic patients: hypochondriac-cenestopathic symptoms as predictors of an unfavorable outcome // *Psychiat. Clin. Neurosci.* – 2004. – V. 58, № 5. – P. 567–572.
8. Kornetov A. Old age psychiatry: training in Siberia // *Mental Health Reforms.* – 2002. – V. 7, № 2. – P. 7–8.
9. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддитивные расстройства у больных шизофренией // *Наркология.* – 2002. – № 6. – С. 24–31.
10. Семке А. В., Ветлукина Т. П., Иванова С. А., Рахматова Л. Д., Корнетова Е. Г., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А. Биологические и клинко-социальные механизмы развития эндогенных психических заболеваний // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2011. – № 4. – С. 19–23.
11. Бойко А. С., Федоренко О. Ю., Серебров В. Ю., Семке А. В., Иванова С. А. Кортизол и антитела к ДНК у больных шизофренией на фоне антипсихотической терапии // *Успехи современного естествознания.* – 2013. – № 9. – С. 22–24.
12. Смирнова Л. П., Кротенко Н. В., Кротенко Н. М., Логинов В. Н., Духан М. В., Иванова С. А., Мальцева Ю. Л. Активность антиоксидантных ферментов в эритроцитах больных психическими и неврологическими расстройствами // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2008. – № 1. – С. 133–135.

13. Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Смирнова Л. П., Семке А. В. Поиск биомаркеров и разработка фармакогенетических подходов к персонализированной терапии больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1. – С. 12—17.
14. Рязанцева Н. В., Новицкий В. В., Прокопьева В. Д., Степоя Е. А., Баскаков М. Б. Структурные особенности мембран эритроцитов у больных шизофренией // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2001. – № S1. – С. 81—84.
15. Иванова С. А., Смирнова Л. П., Щигорева Ю. Г., Бойко А. С., Семке А. В., Узбеков М. Г., Бохан Н. А. Активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и каталазы в эритроцитах больных шизофренией в динамике фармакотерапии традиционными антипсихотиками // Нейрохимия. – 2014. – Т. 31, № 1. – С. 79—83.
16. Узбеков М. Г., Мисионжик Э. Ю., Шмуклер А. Б., Гурович И. Я., Грызунов Ю. А., Смолина Н. В., Калинина В. В., Соколова Т. Н., Москвитина Т. А., Шееченко В. А. Активность моноаминоксидазы и показателей эндогенной интоксикации у больных с первым эпизодом шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – Т. 109, вып. 5. – С. 48—52.
17. Al Hadithy A. F., Ivanova S., Pechlivanoglou P., Wilffert B., Semke A., Fedorenko O., Kometova E., Ryadovaya L., Brouwers J. R., Loonen A. J. Missense polymorphisms in three oxidative-stress enzymes (GSTP1, SOD2 and GPX1) and dyskinesias in Russian psychiatric inpatients from Siberia // Hum. Psychopharmacol. – 2010. – V. 25, № 1. – P. 84—91.
18. Gu F., Chauhan V., Chauhan A. Glutathione redox imbalance in brain disorders // Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. – 2015. – V. 18, № 1. – P. 89—95.
19. Ivanova S. A., Loonen A. J., Pechlivanoglou P., Freidin M. B., Al Hadithy A. F., Rudikov E. V., Zhukova I. A., Govorin N. V., Sorokina V. A., Fedorenko O. Y., Alifirova V. M., Semke A. V., Brouwers J. R., Wilffert B. NMDA receptor genotypes associated with the vulnerability to develop dyskinesia // Transl. Psychiatry. – 2012. – Vol. 2. – P. e67.
20. Tsai M. C., Liou C. W., Lin T. K., Lin I. M., Huang T. L. Changes in oxidative stress markers in patients with schizophrenia: the effect of antipsychotic drugs // Psychiatry Res. – 2013. – V. 209, № 3. – P. 284—290.
21. Fedorenko O., Tang C., Sopjani M., Föller M., Gehring E.-M., Strutz-Seeböhm N., Ureche O. N., Lang F., Seeböhm G., Ivanova S., Semke A., Lang U. E. PIP5K2A-dependent regulation of excitatory amino acid transporter EAAT3 // Psychopharmacology. – 2009. – V. 206. – P. 429—435.
22. Fedorenko O. Y., Loonen A. J., Lang F., Toshchakova V. A., Boyarko E. G., Semke A. V., Bokhan N. A., Govorin N. V., Aftanas L. I., Ivanova S. A. Association study indicates a protective role of phosphatidylinositol-4-phosphate-5-kinase against tardive dyskinesia // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2014. – Dec. – V. 18 (6).
23. Na K. S., Kim Y. K. Monocytic, Th1 and Th2 cytokine alterations in the pathophysiology of schizophrenia // Neuropsychobiology. – 2007. – V. 56, № 2—3. – P. 55—63.
24. Watanabe Y., Someya T., Nawa H. Cytokine hypothesis of schizophrenia pathogenesis: evidence from human studies and animal models // Psychiatry Clin. Neurosci. – 2010. – V. 64, № 3. – P. 217—230.
25. Drexhage R. C., Weigelt K., van Beveren N. et al. Immune and neuroimmune alterations in mood disorders and schizophrenia // Int. Rev. Neurobiol. – 2011. – V. 101. – P. 169—201.
26. Müller N., Wagner J. K., Krause D., Weidinger E., Wildenauer A., Obermeier M., Dehning S., Gruber R., Schwarz M. J. Impaired monocyte activation in schizophrenia // Psychiatry Res. – 2012. – V. 198, № 3. – P. 341—346.
27. Цыганков Б. Д., Агасарян Э. Г. Анализ эффективности и безопасности современных и классических антипсихотических препаратов // Журн. неврологии и психиатрии. – 2010. – Вып. 9. – С. 64—70.
28. Корнетова Е. Г., Бойко А. С., Бородюк Ю. Н., Семке А. В. Тардивная дискинезия у больных шизофренией: клиника и факторы риска. – Томск : Изд-во ООО «Интегральный переплет», 2014. – 106 с.
29. Ветлугина Т. П., Лобачева О. А., Найденова Н. Н., Семке А. В. Клинико-динамические аспекты психонейроиммунологии (на модели шизофрении) // Патофизиология психических расстройств. – Томск : Изд-во ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 2006. – С. 143—154.
30. Ветлугина Т. П., Невидимова Т. И., Лобачева О. А., Никитина В. Б. Технология иммунокоррекции при психических расстройствах. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2010. – 172 с.
31. Лобачева О. А., Найденова Н. Н., Ветлугина Т. П. Цитокины при шизофрении // Патогенез. – 2006. – Т. 4, № 1. – С. 59—60.

Транслитерация русских источников

1. Shmukler A. B. [Problem of schizophrenia in current research: achievements and controversial issues]. Moscow, 2011. 84 p. (In Russ.).
3. Dmitrieva T. B., ed. [Psychiatry: national handbook]. Moscow, 2009. 1000 p. (In Russ.).
4. Gurovich I. Ya., Golland V. B., Zaychenko N. M. [Dynamics of indices of the activity of the psychiatric service of Russia (1994-1999)]. Medpraktika, Moscow, 2000. 506 p. (In Russ.).
6. Bokhan N. A., Semke V. Ya. [Psychiatric science in Siberia: results and prospects]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 1998; 4: 48. (In Russ.).
9. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bokhan N. A. [Comorbid addictive disorders in schizophrenic patients]. *Narkologiya* [Narcology]. 2002; 6: 24—31. (In Russ.).
10. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Rakhmazova L. D., Kometova E. G., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A. [Biological and clinical-social mechanisms of endogenous mental diseases development]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4: 19—23. (In Russ.).
11. Semke A. V., Rakhmazova L. D., Lobacheva O. A., Ivanova S. A., Gutkevich E. V. [Clinical and biological factors of formation of adaptation of patients with schizophrenia]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 17—21. (In Russ.).
12. Boiko A. S., Fedorenko O. Yu., Serebrov V. Yu., Semke A. V., Ivanova S. A. [Cortisol and antibodies to DNA in schizophrenic patients against the background of antipsychotic therapy]. *Uspehi sovremennogo estestvoznaniia* [Advances in Current Natural Sciences]. 2013; 9: 22—24. (In Russ.).
13. Smirnova L. P., Krotenko N. V., Krotenko N. M., Loginov V. N., Dukhan M. V., Ivanova S. A., Maltseva Yu. L. [Activity of antioxidant enzymes in erythrocytes of patients with mental and neurological disorders]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2008; 1: 133—135. (In Russ.).
14. Ivanova S. A., Fedorenko O. Yu., Smirnova L. P., Semke A. V. [Search for biomarkers and development of pharmacogenetic approaches to the personalized therapy of schizophrenic patients]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 1: 12—17. (In Russ.).
15. Ryazantseva N. V., Novitsky V. V., Prokopyeva V. D., Stepoyava E. A., Baskakov M. B. [Structural features of membranes of erythrocytes in schizophrenic patients]. *Bulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny* [Bulletin of Experimental Biology and Medicine]. 2001; S1: 81—84. (In Russ.).
16. Ivanova S. A., Smirnova L. P., Shchigoreva Yu. G., Boiko A. S., Semke A. V., Uzbekov M. G., Bokhan N. A. [Glucose-6-phosphate dehydrogenase and catalase activities in erythrocytes of schizophrenic patients under pharmacotherapy with traditional antipsychotics]. *Neirohimija* [Neurochemistry]. 2014; 31, 1: 79—83. (In Russ.).

17. Uzbekov M. G., Misionzhnik E. Yu., Shmukler A. B., Gurovich I. Ya., Gryzunov Yu. A., Smolina N. V., Kalinina V. V., Sokolova T. N., Moskvitina T. A., Shevchenko V. A. [Disturbance of monoaminooxidase activity and indices of endogenous intoxication in patients with the first episode of schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2009; 109, 5: 48—52. (In Russ.).
27. Tsygankov B. D., Agasaryan E. G. [An analysis of efficacy and safety of modern and classical antipsychotic drugs]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2006; 9: 64—70. (In Russ.).
28. Kornetova E. G., Bolko A. S., Borodyuk Yu. N., Semke A. V. [Tardive dyskinesia in schizophrenic patients: clinics and risk factors]. Publishing House "Integral'nyj pereplet", Ltd, Tomsk, 2014. 106 p. (In Russ.).
29. Vetlugina T. P., Lobacheva O. A., Naidenova N. N., Semke A. V. [Clinical-dynamic aspects of psychoneuroimmunology (on the model of schizophrenia)]. In: [Pathophysiology of mental disorders]. Publishing House of SI MHRI TSC SB RAMSci, Tomsk, 2006; 143—154. (In Russ.).
30. Vetlugina T. P., Nevidimova T. I., Lobacheva O. A., Nikitina V. B. [Technology of immunocorrection in mental disorders]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2010. 172 p. (In Russ.).
31. Lobacheva O. A., Naidenova N. N., Vetlugina T. P. [Cytokines in schizophrenia]. *Patogenez* [Pathogenesis]. 2006; 4, 1: 59—60. (In Russ.).

УДК 616.895:616.1:575.113:615
ББК Р64-324-1-14-17-43-52

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПОЛИМОРФИЗМА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (ИТОГИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕМЫ НИР НИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, 2013—2015 ГГ.)

Счастный Е. Д.^{*1}, Иванова С. А.¹,
Симуткин Г. Г.¹, Лебедева Е. В.^{1,2},
Яковлева А. Л.¹, Лосенков И. С.¹,
Левчук Л. А.¹, Муслимова Э. Ф.²,
Сергиенко Т. Т.²

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

² НИИ кардиологии
634012, Томск, ул. Киевская, 111А

Получены данные о клинико-динамических особенностях аффективных расстройств, коморбидно сочетающихся с расстройствами личности, в сравнении со случаями аффективных расстройств без указанной коморбидности и показано влияние коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности на уровень субъективно оцениваемой социальной адаптации у соответствующих пациентов. Проведено исследование клинико-патологических особенностей содержания белков Akt1/GSK-3 β -сигнального пути и изучение распределения полиморфных вариантов генов AKT1 у пациентов с аффективными расстройствами, а также оценена связь данных показателей с тяжестью депрессии и ответом на антидепрессивную терапию. Оценены встречаемость некоторых генов-кандидатов при коморбидности аффективных расстройств и хронической ИБС в кардиологическом стационаре, а также уровни кортизола и дегидроэпиандростерона сульфата у соответствующих пациентов. **К л ю ч е в ы е с л о в а:** аффективные расстройства, расстройство личности, сердечно-сосудистые заболевания, коморбидность, биомаркеры, гены-кандидаты, кортизол, дегидроэпиандростерон сульфат, социальная адаптация, терапия.

CLINICAL-BIOLOGICAL, SOCIAL-PSYCHOLOGICAL AND ONTOGENETIC FACTORS OF POLYMORPHISM AND EFFICACY OF THE THERAPY OF AFFECTIVE DISORDERS (RESULTS OF COMPLEX THEME OF RESEARCH WORK OF MENTAL HEALTH RESEARCH INSTITUTE, 2013-2015). Schastnyy E. D.¹, Ivanova S. A.¹, Simutkin G. G.¹, Lebedeva E. V.^{1,2}, Yakovleva A. L.¹, Losenkov I. S.¹, Levchuk L. A.¹, Muslimova E. F.², Sergienko T. T.² ¹ Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. ² Cardiology Research Institute. Kievskaya Street 111A, 634012, Tomsk, Russian Federation. Data on clinical-dynamic features of affective disorders comorbid with personality disorders as compared with cases of affective disorders

^{*} Счастный Евгений Дмитриевич, д.м.н., проф., руководитель третьего клинического отделения аффективных состояний. 89138264794. schastnyy@mail.tomsknet.ru

without this comorbidity have been obtained and influence of comorbidity of affective disorders and personality disorders on the level of self-reported social adaptation in respective patients has been shown. Investigation of clinical-pathophysiological features of content of proteins of the Akt1/GSK-3 β signaling pathway and study of distribution of polymorphisms of AKT1 genes in patients with affective disorders have been carried out and also association of these indicators with severity of depression and response to antidepressant therapy has been assessed. The occurrences of some candidate genes in comorbidity of affective disorders and chronic IHD at cardiological hospital as well as levels of cortisol and dehydroepiandrosterone sulfate in respective patients have been assessed.

Key words: affective disorders, personality disorders, cardiovascular diseases, comorbidity, biomarkers, candidate genes, cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate, social adaptation, therapy.

Аффективные расстройства (АР) отличаются высокой коморбидностью с другими психическими и поведенческими расстройствами, а также соматическими заболеваниями, что отражается на клиническом полиморфизме аффективных расстройств и требует учета при терапии данных расстройств. Частота коморбидности АР и расстройств личности (РЛ) в современных эпидемиологических исследованиях оценивается как достаточно высокая – по отдельным данным 38,1—62 % [31]. Особая трудность в интерпретации взаимного клинического влияния РЛ и АР заключается в том, что такого рода взаимодействия является весьма сложным и комплексным, но ассоциация АР с РЛ имеет важное значение с клинической, терапевтической и прогностической точек зрения [2, 11, 15, 9]. В разных исследованиях приводятся достаточно противоречивые данные в отношении клинического значения коморбидности РЛ и депрессивных/биполярных аффективных расстройств [26].

С одной стороны, имеются отдельные исследования, которые отрицают наличие существенного влияния коморбидного РЛ на клинико-динамические характеристики депрессивных расстройств, за исключением более раннего возраста к началу АР и некоторого негативного влияния на результаты лечения [17]. С другой стороны, большинство исследований констатирует тот факт, что коморбидность АР с РЛ оказывает существенное негативное влияние на течение АР и обуславливает их более раннюю манифестацию, более тяжелую симптоматику, увеличение рекуррентности аффективных нарушений, большее число суицидальных попыток, более худший прогноз. Собственно РЛ и отдельные дисфункциональные черты личности снижают эффективность лечения текущей депрессии (как медикаментозного, так и психотерапевтического), уменьшают комплаентность и повышают риск преждевременного прерывания терапии [13, 12, 28]. Вопросы социальной адаптации и качества жизни в приложении к случаям коморбидности АР и РЛ также изучены достаточно мало. Большая часть литерату-

ры по проблеме отношения между депрессией и функционированием, социальной адаптацией игнорирует возможность коморбидности АР и РЛ. Отдельные исследования показали более низкие показатели качества жизни, социального функционирования при АР, коморбидных с РЛ, чем в случае «чистых» АР [13, 24].

Исследование биологических основ патогенеза аффективных расстройств с учетом роста распространенности депрессивных расстройств во всех возрастных группах, их социальной значимостью, влиянием на трудоспособность, а также высокой степенью их коморбидности с сердечно-сосудистыми заболеваниями [6], биомаркеров аффективных расстройств и эффективности терапии аффективных нарушений является актуальной современной проблемой. Дизрегуляция внутриклеточных сигнальных путей играет важную роль в патогенезе психических расстройств [18, 14, 4, 19]. В настоящее время считается, что протеинкиназы, задействованные в нейробиологических процессах, могут быть мишенями для новых методов фармакотерапии, прогноза и диагностики аффективных расстройств [27, 18, 1]. Одной из таких протеинкиназ является фермент киназагликогенсинтазы 3 β (GSK-3 β). GSK-3 β регулирует активность более 50 белков-мишеней, принимающих участие в процессах метаболизма, клеточной пролиферации, апоптоза, клеточного цикла, эмбриогенеза, нейротрансмиссии, нейродегенерации, формирования нейрональной поляриности, синаптической пластичности, циркадианных ритмов [27, 21, 23]. Роль GSK-3 β в патогенезе аффективных расстройств изучается активно последние 10 лет [5].

Сочетание депрессии с соматической болезнью относится к числу неблагоприятных факторов, усложняющих процесс диагностики, терапии и медицинского обслуживания этого контингента, с одной стороны, а с другой – негативно влияющих на течение и прогноз как психического, так и соматического заболевания [10, 3]. ИБС является основной причиной смерти у больных аффективными расстройствами [20]. Генетические исследования депрессии и коронарной болезни укрепляют уверенность в том, что у таких сочетаний (синтропий) имеется общая генетическая основа, особенно в тех случаях, когда сочетания болезней чаще встречаются в семьях с этими заболеваниями, чем в общей популяции. На сегодня уже имеются отдельные доказательства генетического вклада в синтропию депрессии и ИБС: данные близнецовых исследований, полиморфизм гена АПФ, транспортера серотонина и G-белка. Исследуются и другие гены-кандидаты [7]. Нами продолжается изучение проблем биологических основ коморбидности депрессивных расстройств и ИБС.

Цель исследования – выявление клинико-динамических особенностей аффективных расстройств, коморбидно сочетающихся с расстройствами личности, оценка влияния коморбидности АР и РЛ на уровень субъективно оцениваемой социальной адаптации у соответствующих пациентов; выявление клинико-патофизиологических особенностей содержания белков Akt1/GSK-3 β -сигнального пути, изучение распределения полиморфных вариантов генов AKT1 у пациентов с аффективными расстройствами, а также оценка связи данных показателей с тяжестью депрессии и ответом на антидепрессивную терапию; оценка встречаемости некоторых генов-кандидатов (гена рецептора 2С серотонина, HNR2C; гена интегрина бета-3 ITGB3, связанного с изменением свойств рецептора фибриногена и агрегации тромбоцитов; гена ангиотензин-превращающего фермента, ACE) коморбидности аффективных расстройств и хронической ИБС в кардиологическом стационаре, а также уровни кортизола и дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС) у соответствующих пациентов.

Материалы и методы. В первый блок исследования вошли 120 пациентов, из них 80 женщин в возрасте 44,4 \pm 10,2 года и 40 мужчин в возрасте 40,6 \pm 11,0 года, с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках единственного ДЭ – 42 чел., рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – 39 чел., БАР – 39 чел. Общая выборка пациентов была разделена на 2 группы. Первая (основная) группа включала 60 чел, из них 38 женщин (63,3 %), 22 мужчины (36,7 %), состояла из пациентов с АР, коморбидными с РЛ. Во вторую группу (сравнения) вошло 60 человек, в том числе 42 женщины (70 %), 18 мужчин (30 %) с АР без коморбидного РЛ. Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ($p>0,05$). РЛ в первой группе представлены в 85 % ($n=51$) случаев диагнозом смешанное расстройство личности (F61.0), в 6,7 % ($n=4$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 8,3 % ($n=5$) – истерическое расстройство личности (F60.4).

У соответствующих пациентов проводилась межгрупповая сравнительная оценка следующих основных клинико-динамических характеристик: средний возраст к началу аффективного расстройства, средняя длительность депрессивного эпизода, среднее количество перенесенных аффективных эпизодов, тяжесть текущего депрессивного эпизода. Оценка синдромальной структуры текущего депрессивного эпизода с выделением ведущего психопатологического синдрома производилась с помощью клинико-психопатологического метода.

Оценка тяжести текущего ДЭ производилась 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 [30]. Для оценки тяжести текущего ДЭ использовалась шкала CGI-S (The Clinical Global Impression – Severity scale). Для субъективной оценки степени тяжести депрессии использовалась шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI).

Определение уровня социальной адаптации осуществлялось по шкале самооценки социальной адаптации (Social Adaptation Self-evaluation Scale – SASS), которая, являясь дополнительным стандартизированным инструментом в комплексной оценке тяжести депрессии, позволяла оценить степень нарушения социального функционирования пациентов в разных сферах жизнедеятельности [16].

Во второй блок исследования вошли следующие группы: здоровые доноры (103 чел.), пациенты с депрессивными расстройствами (106 чел. – 60 пациентов с депрессивными эпизодами (F32), 46 пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (F33), пациенты с биполярным аффективным расстройством (16 чел.) (F31). Тяжесть депрессивных симптомов оценивалась по шкалам SIGH-SAD (оценка атипичных и типичных депрессивных симптомов – HDRS-17) и CGI-S (Clinical Global impression – Severity) до начала, на 14-й и 28-й дни терапии. Эффективность терапии оценивалась по шкале CGI-I (Clinical Global Impression – Improvement) на 14-й и 28-й дни терапии. Уровень белков Akt1/GSK-3 β -сигнального пути в мононуклеарах периферической крови был определен методом иммуноблоттинга. Для измерения концентрации нейромедиаторов-регуляторов Akt1/GSK-3 β -сигнального пути (серотонина идофамина) использован иммуноферментный анализ. Генотипирование по однонуклеотидным полиморфизмам (SNP) гена AKT1 проведено с помощью метода полимеразной цепной реакции в реальном времени.

Статистический анализ был проведен с использованием программы SPSS 20.0, различия считали значимыми при $p<0,05$.

В третий блок исследования вошли пациенты ($n=109$), средний возраст которых составлял 55 \pm 9,0 года, поступившие в отделение реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии (Томск). Из них 90,6 % мужчин ($n=80$), 9,4 % женщин ($n=29$). Средний возраст мужчин составил 56,3 \pm 8,0 года, женщин – 55,7 \pm 9,9 года.

Больные разделены на две группы. В первую группу ($n=32$) вошли пациенты с хронической ИБС (90,6 % мужчин и 9,4 % женщин, средний возраст – $56,4 \pm 7,4$ года). Вторая группа ($n=77$) представлена больными хронической ИБС и коморбидными депрессивными расстройствами (F3) (66,2 % мужчин и 33,8 % женщин, средний возраст $57,8 \pm 8,7$ года). Все больные заполняли опросники самооценки депрессии Бека и тревоги Шихана. Лица с повышенным уровнем депрессии и тревоги по данным шкал самооценки были осмотрены психиатром при условии получения информированного согласия пациента. Концентрацию кортизола и дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС) в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реактивов фирмы ЗАО «АлкорБио» (Санкт-Петербург) и автоматического микропланшетного спектрофотометра Epoch BioTek Instruments (США). Генотипирование по локусу Cys23Ser гена рецептора 2C серотонина HTR2C проводили с применением набора TaqMan® SNP Genotyping Assay и Real-Time ДНК амплификатора «StepOnePlus» фирмы Applied Biosystems (США). Полиморфизмы I/D гена ACE и 1565T-C гена ITGB3 определяли с помощью аллель-специфичной ПЦР с использованием праймеров НПФ «Литех» (Москва) и амплификатора T100 (Bio-Rad, США) и дальнейшей электрофоретической детекцией в 3 % агарозном геле с бромидом этидия.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Statistica, версия 8,0.

В ходе первого блока исследования выявлено, что средний возраст к началу АР в основной группе и группе сравнения составил $32,9 \pm 8,9$ и $40,5 \pm 9,8$ года ($p < 0,001$), что свидетельствует о более раннем начале АР у пациентов с коморбидным личностным расстройством.

При анализе продолжительности депрессивного эпизода оказалось, что в основной группе эпизоды депрессии были длительнее ($5,7 \pm 2,8$ месяца), чем в группе сравнения ($3,2 \pm 2,6$ месяца) ($p < 0,05$). Среднее количество аффективных эпизодов в основной группе составило $4,2 \pm 1,4$, в группе сравнения – $2,9 \pm 1,9$ ($p < 0,01$).

При межгрупповом сравнении выявлены различия в синдромальной структуре текущего ДЭ: в основной группе преобладал ($p < 0,05$) депрессивно-дисфорический синдром (73,0 %) с наличием агрессивных или аутоагрессивных тенденций, в группе сравнения превалировал ($p < 0,05$) депрессивный синдром с соматовегетативными нарушениями (36,6 %).

При оценке тяжести текущего депрессивного эпизода средний суммарный балл по шкале SIGH-SAD до начала терапии в основной груп-

пе составил $30,6 \pm 8,1$ балла, в группе сравнения – $24,7 \pm 8,5$ балла ($p < 0,01$), что указывает на большую тяжесть текущего депрессивного эпизода в группе пациентов с коморбидным РЛ.

Показатели по шкале депрессии Бека в основной группе и в группе сравнения составили $27,3 \pm 11,3$ и $23,7 \pm 7,9$ балла ($p < 0,001$), что также свидетельствует о том, что пациенты, имеющие коморбидность АР и РЛ, субъективно оценивают текущую депрессию как более тяжелую, чем пациенты с АР без наличия коморбидности с РЛ.

Сравнительная оценка тяжести психических расстройств по шкале CGI-S также выявила большую выраженность тяжести психического расстройства у пациентов основной группы, чем в группе сравнения ($4,4 \pm 0,7$ балла и $4,2 \pm 0,5$ балла, $p < 0,05$).

Субъективная оценка уровня социальной адаптации пациентов соответствующих групп с помощью шкалы SASS выявила более низкий средний суммарный балл по данной шкале в группе пациентов с АР, коморбидными с РЛ, по сравнению с пациентами с АР без коморбидности с РЛ ($31,3 \pm 6,2$ и $38,7 \pm 5,6$ балла, $p < 0,001$), что свидетельствует о затрудненной социальной адаптации именно в случае коморбидности АР и РЛ.

Корреляционный анализ по Спирмену показал, что как в основной группе, так и в группе сравнения отмечались статистически значимые ($p < 0,05$) корреляционные взаимосвязи между показателями SASS и SIGH-SAD (соответственно $r_s = -0,35$ и $r_s = -0,42$, при межгрупповом сравнении $p > 0,05$), а также между показателями шкалы депрессии Бека ($r_s = -0,43$ и $r_s = -0,31$, при межгрупповом сравнении $p > 0,05$) и показателями по шкале CGI-S ($r_s = -0,29$ и $r_s = -0,24$, при межгрупповом сравнении $p > 0,05$).

В ходе второго блока исследования получены следующие результаты: у больных депрессивными и биполярным расстройствами наблюдается дисрегуляция Akt1/GSK-3 β -сигнального пути, проявляющаяся в повышении общей GSK-3 β , снижении общей Akt1, снижении фосфо-серин-473 Akt1. Показано, что тип аффективного расстройства характеризуется специфическими биохимическими признаками: у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством наблюдается высокий уровень общей GSK-3 β по сравнению с пациентами с единственным депрессивным эпизодом, для больных депрессивными расстройствами характерен низкий уровень фосфо-серин-473 Akt1 по сравнению с больными БАП [8].

У больных аффективными расстройствами выявлен ряд взаимосвязей тяжести, степени улучшения текущего депрессивного эпизода в ходе психофармакотерапии и уровней белков Akt1/GSK-3 β -сигнального пути в мононуклеарах периферической крови. Тяжесть текущего де-

прессивного эпизода до начала терапии, оцененная по шкале SIGH-SAD, в случае рекуррентного депрессивного расстройства статистически значимо положительно коррелировала с уровнем общей GSK-3 β . Низкий уровень фосфо-серин-9 GSK-3 β у пациентов с единственным депрессивным эпизодом статистически значимо коррелировал с низкой эффективностью антидепрессивной терапии на 14-й день лечения. Низкая эффективность антидепрессивной терапии у пациентов с биполярным аффективным расстройством на 28-й день лечения определялась низким уровнем общей Akt1 в мононуклеарах периферической крови. Низкий уровень фосфо-серин-473 Akt1 у пациентов с единственным депрессивным эпизодом статистически значимо коррелировал с низкой эффективностью антидепрессивной терапии на 14-й день лечения, а у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством на 28-й день терапии.

Изучение содержания нейромедиаторов-регуляторов Akt1/GSK-3 β -сигнального пути (серотонина и дофамина) у больных депрессивными расстройствами показало, что в группе пациентов с рекуррентной депрессией выраженность типичных депрессивных симптомов коррелирует с низким уровнем серотонина, в то время как тяжесть атипичных депрессивных симптомов коррелирует с низким уровнем дофамина.

Исследование ассоциации SNP гена AKT1 с ответом на антидепрессивную терапию показало, что полиморфизм rs1130214 гена AKT1 связан с меньшей эффективностью антидепрессивной терапии на 28-й день: пациенты с генотипом C/C имели более высокий балл по шкале CGI-I на 28-й день лечения. Вероятно, что данный генотип ассоциирован с более слабым ответом на антидепрессивную терапию.

В ходе третьего блока исследования получены следующие результаты: аффективные расстройства представлены первичным депрессивным эпизодом (ДЭ) – 41,6 % (n=32); рекуррентным депрессивным расстройством – 19,5 % (n=15); биполярным аффективным расстройством – 9,1 % (n=7), дистимией – 29,9 % (n=23). Выявлено преобладание пациентов с депрессивным эпизодом умеренной степени тяжести – 75,5 % (n=39). Пациенты с тяжелыми депрессивными эпизодами составили 19,0 % (n=10), с легкими депрессивными эпизодами – 5,5 % (n=5). 84 % больных связывали манифестацию расстройства настроения со значимыми психотравмирующими ситуациями (тяжелая утрата, развод, положение беженца, насилие в семье, тяжелое внезапное или угрожающее жизни соматическое заболевание).

Уровень депрессии по данным шкалы самооценки депрессии Бека в первой группе составил 16 (15–19) баллов, во второй группе – 21 (18–24) балл ($p < 0,001$). Соответственно по шкале самооценки тревоги Шихана составил 20,5 (9–40) балла и 40,5 (28–52) балла ($p < 0,003$). В 60 % случаев (n=46) депрессия приобретала атипичную спецификацию и коррелировала с менее высоким уровнем кортизола в крови ($r=0,5$). В первой группе уровень кортизола составил 465,3 (364,5–550,0) нмоль/л, во второй группе – 473,0 (370,7–658,0) нмоль/л ($p > 0,05$). Рандомизирование выборок по полу не выявило статистически значимых различий в содержании кортизола у женщин и мужчин исследуемых групп.

В первой группе уровень ДГЭАС оказался достоверно ($p=0,04$) более высоким (Me 1,84 (1,18–2,2) мкг/мл), чем во второй группе (Me 1,02 (0,62–1,7) мкг/мл). В общей группе у женщин ДГАЭС равен 1,08 (0,7–1,77) мкг/мл, у мужчин ДГАЭС – 1,71 (0,94–1,23) мкг/мл. У мужчин в первой группе ДГЭАС равен 1,84 (1,18–2,17) мкг/мл, у женщин – 1,84 (1,2–2,2). Во второй группе ДГЭАС у мужчин составил 1,02 (0,62–1,73) мкг/мл, у женщин – 1,01 (0,62–1,73) мкг/мл. Изучение содержания ДГЭАС показало статистически значимо сниженный уровень гормона у мужчин с коморбидными депрессивными и сердечно-сосудистыми заболеваниями по сравнению с пациентами с ИБС без аффективных расстройств ($p=0,017$). У женщин с депрессивными расстройствами и ИБС уровень ДГЭАС также снижен по сравнению с пациентками без аффективных нарушений.

Группы различались по уровню ДГЭА, выраженности тревоги и депрессии по данным шкал самооценки. Создается впечатление, что длительные аффективные расстройства, особенно в сочетании с тяжелым соматическим заболеванием (хронической ИБС), связаны с атипичной спецификацией депрессии и истощением секреции кортизола, являющегося регулятором углеводного обмена организма. Предшествующая пролонгированная гиперсекреция кортизола (по данным литературы) может вызывать разные метаболические нарушения: снижение массы мышечной ткани, резистентность клеток к действию инсулина, гипергликемию, снижение иммунитета и т. д. ДГЭАС (имеющий нейропротективное, стресспротективное, антиапоптотическое, антиоксидантное действия и защищающий организм от пагубного воздействия высокого уровня кортизола) был достоверно ниже у больных с ИБС и аффективными расстройствами, чем у больных ИБС без расстройств настроения.

Т а б л и ц а
Частоты генотипов по группам обследования

Частота генотипов	Первая группа	Вторая группа
Ген HRT2C		
GG	91,6 %	81 %
GC	0	10,3 %
CC	8,4 %	8,6 %
Ген ITGB3		
TT	76,5 %	62,1 %
TC	23,5 %	37,9 %
CC	0	0
Ген ACE		
DD	23,5 %	19,3 %
ID	52,9 %	45,2 %
II	23,5 %	35,5 %

Как показано в таблице, частоты полиморфизмов исследуемых генов в группах не различались ($p>0,05$). Однако в первой группе генотип GG гена HRT2C коррелировал с генотипом TT гена ITGB3 ($r=0,47$), что может говорить о более благоприятном течении ИБС. Во второй группе аллель С гена ITGB3 связан с более выраженным аффективным расстройством ($r=0,35$) и может быть связан с повышенной выработкой тромбина и нарушением антитромботического действия аспирина, обычно ассоциируется с более частыми случаями перенесенного инфаркта миокарда [22, 29]. Генотип II (ID) гена ACE показал высокую корреляционную связь с повышенным уровнем кортизола ($r=0,54$).

Большинство исследований выявили положительную связь между генотипом DD и повышенным риском развития инфаркта миокарда. Риск инфаркта миокарда, связанный с T825 аллелем, не был увеличен у носителей генотипа ACE II, но оказался значительно повышенным у носителей генотипа ID ACE, а в дальнейшем риск увеличивался у пациентов с генотипом ACE DD [25]. Выявленные корреляционные связи требуют дальнейшего изучения.

Таким образом, наличие личностной патологии оказывает значительное влияние на клинико-динамические характеристики АР, которое выражается в возникновении АР в более раннем возрасте, более длительной продолжительности депрессивных эпизодов и более частом повторении аффективных эпизодов, обуславливает большую тяжесть текущего ДЭ, а также высокий удельный вес депрессивно-дисфорического синдрома в структуре текущего ДЭ по сравнению со случаями АР без коморбидности с РЛ. Кроме того, наличие коморбидности АР и РЛ усиливает негативную оценку уровня своей социальной адаптации соответствующими пациентами. Результаты корреляционного анализа по Спирмену подтверждают негативное влияние тяжести текущей депрессии на субъективную оценку уровня социальной адаптации у соответствующих пациентов, причем это влияние несколько более выражено именно в случае коморбидности АР и РЛ, чем в случае «чистых» АР.

Данные результаты могут быть полезны для разработки персонализированных лечебно-реабилитационных программ, определения основных направлений психотерапевтической и социальной работы при коморбидности АР и РЛ.

Дизрегуляция белков Akt1/GSK-3 β -сигнального пути у больных аффективными расстройствами ассоциируется с клиническими характеристиками АР и эффективностью психофармакотерапии.

У больных хронической ИБС преобладают хронические расстройства настроения (первичные депрессивные эпизоды – 41,6 %). Группы различались по уровню ДГЭА, выраженности тревоги и депрессии по данным шкал самооценки. Создается впечатление, что длительные аффективные расстройства, особенно в сочетании с тяжелым соматическим заболеванием (хронической ИБС), связаны с атипичной спецификацией депрессии и истощением секреции кортизола, являющегося регулятором углеводного обмена организма. Предшествующая пролонгированная гиперсекреция кортизола (по данным литературы) может вызывать разные метаболические нарушения: снижение массы мышечной ткани, резистентность клеток к действию инсулина, гипергликемию, снижение иммунитета и т. д. ДГЭАС (имеющий нейропротективное, стресспротективное, антиапоптотическое, антиоксидантное действия и защищающий организм от пагубного воздействия высокого уровня кортизола) был достоверно ниже у пациентов с ИБС и аффективными расстройствами, чем у больных ИБС без расстройств настроения. Частоты генотипов рассматриваемых генов не различались в группах больных ИБС и ИБС с коморбидными аффективными расстройствами.

Л и т е р а т у р а

1. Вялова Н. М., Федоренко О. Ю., Лосенков И. С., Смуткин Г. Г., Иванова С. А., Бохан Н. А. Изучение ассоциации полиморфизмов гена PIP5K2A с депрессивными расстройствами // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12 (часть 1). – С. 107–110.
2. Гараян Н. Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть I // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 1. – С. 79–89.
3. Гарганеева, Н. П., Белокрылова М. Ф. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – Т. 24, № 4–2. – С. 11–17.
4. Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Смирнова Л. П., Семке А. В. Поиск биомаркеров и разработка фармакогенетических подходов к персонализированной терапии больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1. – С. 12–16.
5. Иванова С. А., Лосенков И. С., Бохан Н. А. Роль киназы гликогенсинтазы-3 β в патогенезе психических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – Вып. 6. – С. 70–76.
6. Краснов В. Н. Психосоматические аспекты расстройств аффективного спектра: клинические и организационные проблемы // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 2. – С. 12–15.

7. Лебедева Е. В., Гуткевич Е. В., Иванова С. А., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Семке В. Я., Сергиенко Т. Н., Шмиголь М. В., Рядовая Л. А., Репин А. Н. Феномен коморбидности депрессии и коронарной болезни в свете современных достижений генетики (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 41–47.
8. Лосенков И. С., Иванова С. А., Вялова Н. М., Симуткин Г. Г., Бохан Н. А. Содержание белков Akt1/GSK-3 β -сигнального пути в мононуклеарах периферической крови у больных с аффективными расстройствами // Нейрохимия. – 2014. – Т. 31, № 3. – С. 240–245.
9. Симуткин Г. Г., Яковлева А. Л., Бохан Н. А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности (обзор зарубежной литературы) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 2. – С. 91–97.
10. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Изд-во МИА, 2007. – 432 с.
11. 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.
12. 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.
13. Степанов И. Л., Горячева Е. К. Комплексная оценка влияния структурно-психопатологических и личностных особенностей больных депрессией на их социальное функционирование // Психическое здоровье. – 2011. – № 11. – С. 44–48.
14. Федоренко О. Ю., Иванова С. А., Бохан Н. А. Генетические нарушения протеинкиназ при психических расстройствах на модели PIP5K2A, SGK1 и GSK-3 β . – Saarbrücken, 2013.
15. Яковлева А. Л., Симуткин Г. Г. Клинико-динамические особенности аффективных расстройств при их коморбидности с личностными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 2 (83). – С. 26–29.
16. Bosc M., Dubini A., Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation and self evaluation scale // Eur. Neuropsychopharmacol. – 1997. – Vol. 7. – P. 57–70.
17. Brieger P., Ehrt U., Bloekink R. et al. Consequences of comorbid personality disorders in major depression // J. Nerv. Ment. Dis. – 2002. – Vol. 190 (5). – P. 304–309.
18. Dunman S. R., Voleti B. Signaling pathways underlying the pathophysiology and treatment of depression: novel mechanisms for rapid-acting agents // Trends in neuroscience. – 2013. – Vol. 35, № 1. – P. 47–56.
19. Fedorenko, O., Tang C., Sopjani M., Föller M., Gehring E. M., Strutz-Seebohm N., Ureche O. N., Lang F., Seebohm G., Ivanova S., Semke A., Lang U. E. PIP5K2A-dependent regulation of excitatory amino acid transporter EAAT3 // Psychopharmacology. – 2009. – V. 206, № 3. – P. 429–435.
20. Glassman A. H., Helzer J. E., Covey I. S. et al. Smoking, smoking cessation, and major depression // JAMA. – 1990. – Vol. 264. – P. 1541–1545.
21. Ivanova, S. A., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Rakitina N. M., Kudyakova T. A., Simutkin G. G. Signs of apoptosis of immunocompetent cells in patients with depression // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2007. – V. 37, № 5. – P. 527–530.
22. Lefkowitz J., Plow E. F., Topol E. J. Platelet glycoprotein IIb/IIIa receptors in cardiovascular medicine // New Eng. J. Med. – 1995. – V. 332. – P. 1553–1559.
23. Li X., Jope R. S. Is glycogen synthase kinase-3 a central modulator in mood regulation? // Neuropsychopharmacology. – 2010. – Vol. 35, № 11. – P. 2143–2154.
24. Markowitz J. C., Skodol A. E., Petkova E. Longitudinal Effects of Personality Disorders on Psychosocial Functioning of Patients With Major Depressive Disorder // J. Clin. Psychiatr. – 2007. – Vol. 68 (2) – P. 186–193.
25. Naber C. K., Husing J., Wolfhard U. et al. Interaction of the APOE D allele and the GNB3 825T allele in myocardial infarction // Hypertension. – 2000. – Vol. 36. – P. 986–989.
26. 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.
27. Rayasam G. V. et al. Glycogen synthase kinase 3: more than a namesake // British Journal of Pharmacology. – 2009. – Vol. 156, № 6. – P. 885–898.
28. Skodol A. E., Grilo C. M., Pagano M. E. et al. Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder // J. Psychiatr. Pract. – 2005. – Vol. 11. – P. 363–368.
29. Tofteng C. L., Bach-Mortensen, P., Bojesen, S. E., Tybjaerg-Hansen, A., Hyldstrup, L., Nordestgaard, B. G. Integrin beta-3 leu33-to-pro polymorphism and risk of hip fracture: 25 years follow-up of 9233 adults from the general population // Pharmacogenet. Genomics. – 2007. – Vol. 17. – P. 85–91.
30. 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.
31. Zimmerman M., Chelminski I., Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients // Psychiatr. Clin. North. Am. – 2008. – Vol. 31 (3). – P. 405–420.

Транслитерация русских источников

1. Vyalova N. M., Fedorenko O. Yu., Losenkov I. S., Simutkin G. G., Ivanova S. A., Bokhan N. A. [Study of association of PIP5K2A gene polymorphism in patients with depressive disorders]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental Research]. 2013; 12(1): 107–110. (In Russ.).
2. Garanyan N. G. [Depression and personality: foreign research review. Part I]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2009; 1: 79–89. (In Russ.).
3. Garganeeva N. P., Belokrylova M. F. [Basic symptom complexes and conditions of forming neurotic and affective disorders in patients having cardiovascular diseases]. *Sibirskij medicinskij zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2009; 24, 4–2: 11–17. (In Russ.).
4. Ivanova S. A., Fedorenko O. Yu., Smirnova L. P., Semke A. V. [Search for biomarkers and development of pharmacogenetic approaches to the personalized therapy of schizophrenic patients]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 1: 12–17. (In Russ.).
5. Ivanova S. A., Losenkov I. S., Bokhan N. A. [Role of glycogen synthase kinase-3 β in the pathogenesis of mental disorders]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 6: 70–76. (In Russ.).
6. Krasnov V. N. [Psychosomatic aspects of affective spectrum disorders: clinical and organizational problems]. *Psichicheskie rasstrojstva v obshhej medicine* [Mental disorders in general medicine]. 2012; 2: 12–15. (In Russ.).
7. Lebedeva E. V., Gutkevich E. V., Ivanova S. A., Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Semke V. Ya., Sergienko T. N., Shmigol M. V., Ryadovaya L. A., Repin A. N. [Phenomenon of co-morbid depression and coronary artery disease within current achievements of genetics (review)]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 6(75): 41–47. (In Russ.).
8. Losenkov I. S., Ivanova S. A., Vyalova N. M., Simutkin G. G., Bokhan N. A. [Content of proteins of the Akt1/GSK-3 β signaling pathway in mononuclears of peripheral blood in patients with affective disorders]. *Neirohimija* [Neurochemistry]. 2014; 31, 3: 240–245. (In Russ.).
9. Simutkin G. G., Yakovleva A. L., Bokhan N. A. [Comorbidity of affective and personality disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014; 24, 2: 91–97. (In Russ.).

10. Smulevich A. B. [Depressions in somatic and mental diseases]. Publishing House MIA, Moscow, 2007. 432 p. (In Russ.).
11. Smulevich A. B., Dubnitskaya E. B., Chitlova V. V. [Personality disorders and depression]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012; 112, 9: 4—11. (In Russ.).
12. Stepanov I. L., Vaksman A. V. [The course of cyclical depressions in patients with comorbid personality disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2013; 23, 4: 32—36. (In Russ.).
13. Stepanov I. L., Gorjacheva E. K. [Complex estimation the influence of structural psychopathology and personality characteristics of depressed patients in their social functioning]. *Psichicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2011; 11: 44—48. (In Russ.).
14. Fedorenko O. Yu., Ivanova S. A., Bokhan N. A. [Genetic disturbances of protein kinases in mental disorders on the model of PIP5K2A, SGK1 and GSK-3β]. Saarbrücken, 2013. (In Russ.).
15. Yakovleva A. L., Simutkin G. G. [Clinical-dynamic features of affective disorders in their comorbidity with personality disorders]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 2(83): 26—29. (In Russ.).

УДК 316.6:616.33-008.44
ББК Р645.093.39-18

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Погосов А. В.^{1*}, Богушевская Ю. В.¹,
Плохих А. С.²

¹ ГБОУ ВПО Курский ГМУ Минздрава России
305041, Курск, ул. Карла Маркса, 3

² ОБУЗ Курская клиническая психиатрическая
больница
305514, Курская обл., Курский район, п. Искра

Изучено влияние социально-психологических факторов на развитие нервной анорексии. У подростков, страдающих нервной анорексией, обнаружены «подозрительный», «зависимый» и «альтруистический» типы межличностных отношений. В структуре детско-родительских отношений выявлены заниженный уровень эмпатии, высокая эмоциональная дистанция между родителем и ребёнком, недостаточный уровень сотрудничества, заниженный уровень совместного принятия решений, высокий уровень авторитарности матери, неудовлетворённость ребёнка степенью исполнения родителями материально-бытовых и духовных потребностей, искажение образа ребёнка, низкий уровень качества взаимоотношений родителей и подростков. **Ключевые слова:** нервная анорексия, социально-психологические факторы, подростки

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL FACTORS OF DEVELOPMENT OF ANOREXIA NERVOSA. Pogosov A. V.¹, Bogushevskaya Yu. V.¹, Plokhikh A. S.² ¹ Kursk State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Karl Marx Street 3, 305041, Kursk, Russian Federation. ² Kursk Clinical Psychiatric Hospital. V. Iskra, 305514, Kursk District, Kursk Region, Russian Federation. The article is dedicated to the influence of social and psychological factors on the development of anorexia nervosa. It was found that "suspicious", "dependent" and "altruistic" types of interpersonal relations prevail in adolescents with anorexia nervosa. In the structure of parent-child relationship following features were revealed: lack of empathy, high emotional distance between parent and child, lack of cooperation, low level of cooperative decision-making, a high level of authoritarianism of the mother, children's dissatisfaction with the level of performance of their material and spiritual needs by parents, the distortion of the image of a child, low quality of relations between parents and adolescents. **Keywords:** anorexia nervosa, sociopsychological factors, adolescents.

Введение. В настоящее время нервная анорексия является достаточно распространённым расстройством в молодежной среде. Стойкое стремление избавиться от «лишнего» веса различными способами приводит к значительным соматическим нарушениям, проявляющимся эндокринными изменениями, патологией репродуктивной сферы, к смертельному исходу от истощения.

* Альберт Вазгенович Погосов, зав. кафедрой психиатрии и психосоматики, проф., д.м.н.

Юлия Владимировна Богушевская, доцент каф. психиатрии и психосоматики, к.м.н. yuliyabogushevskaya@yandex.ru
Алина Сергеевна Плохих, медицинский психолог.

В отечественной психиатрии научный интерес исследователей к проблеме расстройств пищевого поведения отмечен с 80-х гг. прошлого столетия [2]. Многие работы посвящены изучению этиологии, патогенеза, клинических проявления нервной анорексии, описаны терапевтические подходы [3, 5, 9, 11]. В настоящее время остаётся открытым вопрос о причинах распространения этого заболевания среди молодёжи, не изучены факторы, способствующие его формированию [6]. Недостаточное внимание уделяется социальным аспектам и психологическим механизмам формирования убеждений молодых людей в «лишнем» весе, условиям, способствующим закреплению патологических форм пищевого поведения [1, 4]. Ряд авторов подчеркивает значение ранней диагностики начальных проявлений анорексии [7, 8, 10], которая основывается на подсчете уже оформившихся клинических симптомов. Мы предполагаем, что исследование роли социально-психологических факторов в развитии нервной анорексии на донозологическом уровне поможет раскрыть психологические условия для формирования отдельных клинических симптомов анорексии и в дальнейшем осуществлять раннюю диагностику расстройства, предотвратить его тяжёлые последствия на следующих этапах развития заболевания, а также осуществлять профилактику распространения расстройств пищевого поведения среди молодёжи.

Цель исследования – выявление социально-психологических условий развития нервной анорексии и разработка практических рекомендаций психокоррекционного и психопрофилактического характера в отношении указанного заболевания.

Материал и методы исследования. Экспериментальную группу составили 20 испытуемых с отдельными клиническими проявлениями нервной анорексии, не позволяющими диагностировать заболевание согласно современным диагностическим указаниям. В контрольную группу вошли 20 здоровых девушек, не страдающих психическими и соматическими заболеваниями в возрасте от 14 до 17 лет.

Методами исследования выступили клинко-психопатологический (расспрос, наблюдение) и психодиагностический: методика диагностики межличностных отношений Т. Лири, методика Q-сортировка В. Стефансона, методика «Детско-родительские отношения подростков», предложенная О. А. Карабановой, П. В. Троянковой. Для проведения скрининга нервной анорексии нами разработана анкета, в основу которой положены диагностические критерии нервной анорексии в соответствии с МКБ-10. Анализ результатов исследования проводился с использованием программы Statistica 8.0.

В качестве методов статистической обработки в исследовании использован U-критерий Манна-Уитни, предназначенный для оценки различий между двумя выборками по уровню количественно измеренного признака.

Результаты и обсуждение. При анализе результатов методики «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири статистически значимые различия выявлены по шкалам: «подозрительный», «зависимый», «альтруистический» типы (рис. 1, табл. 1).

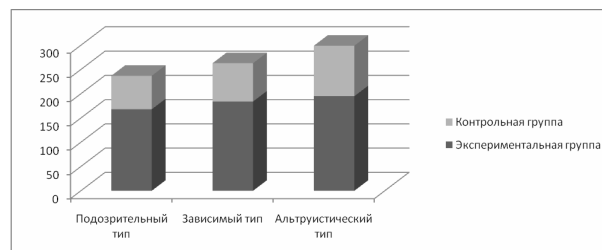


Рис. 1. Шкалы «Подозрительный тип», «Зависимый тип», «Альтруистический тип» в методике «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири

Результат шкалы «Подозрительный тип» характеризует девушек, страдающих нервной анорексией, как упрямых по отношению к окружающим, с низким уровнем доверия к близким, более подозрительных по сравнению с контрольной группой. В то же время для подростков с нервной анорексией в экспериментальной группе высокие показатели по шкале «Зависимый тип» указывают на особую значимость для них мнения «авторитетных» друзей, ближайшего окружения. Статистически значимые различия по шкале «Альтруистический тип» указывают на преобладание у обследуемых экспериментальной группы таких качеств, как обязательность, требовательность к себе, обостренное чувство долга, гиперответственность. У здоровых девушек в контрольной группе преобладали демонстративные, эгоистические, гипертимные черты.

Таблица 1
Статистически значимые различия показателей методики «Диагностика межличностных отношений» Т. Лири

Тип межличностных отношений	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	Me	Q _{верх}	Q _{ниж}	Me	Q _{верх}	Q _{ниж}
Подозрительный	9,5	11,5	9	4,5	6	2
Зависимый	9	11	9	3	6,5	3
Альтруистический	10	12	9	5	2,5	6

При анализе результатов методики «Q-сортировка» В. Стефансона обнаружены статистически значимые различия по следующим шкалам: «зависимость» и «избегание борьбы» (рис. 2, табл. 2).

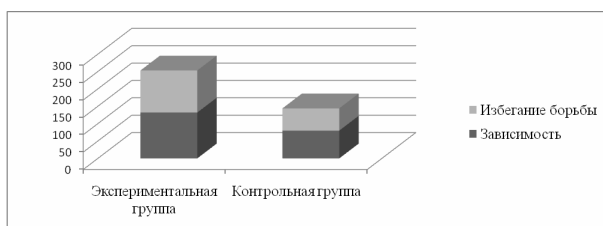


Рис. 2. Шкалы «Зависимость», «Избегание борьбы» в методике «Q-сортировка» В. Стефансона

Это указывает на принятие больными нервной анорексией групповых стандартов и ценностей, они соглашаются с существующими в их среде социальными и морально-этическими нормами. При этом у них обнаруживается стремление к уходу от взаимодействия, сохранению «нейтралитета» в групповых спорах и конфликтах. Отсутствие способности вырабатывать и отстаивать собственное мнение, нежелание задумываться о последствиях увиденного или услышанного приводит к легкому принятию навязываемых современными средствами информации (социальные сети, телевидение, «глянцевые» журналы) модных тенденций даже в ущерб собственному здоровью.

Таблица 2

Статистически значимые различия показателей методики «Q-сортировка» В. Стефансона

Тип межличностных отношений	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	Me	Q _{верх}	Q _{ниж}	Me	Q _{верх}	Q _{ниж}
Зависимость	7,5	7	4	4	5,5	2
Избегание борьбы	5,5	3,5	5,5	5	7	3

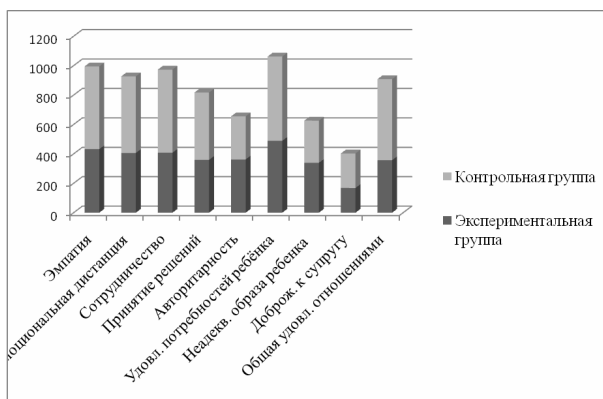


Рис. 3. Шкалы «Эмпатия», «Эмоциональная дистанция», «Сотрудничество», «Принятие решений», «Авторитарность», «Удовлетворение потребностей ребёнка», «Неадекватность образа ребёнка», «Доброжелательность к супругу», «Общая удовлетворённость отношениями» по методике «Детско-родительские отношения подростков» О. А. Карабановой, П. В. Трояновской

При исследовании детско-родительских отношений в семьях подростков с помощью методики О. А. Карабановой, П. В. Трояновской обнаружены статистически значимые различия по шкалам «эмпатия», «эмоциональная дистанция», «сотрудничество», «принятие реше-

ний», «авторитарность», «удовлетворение потребностей ребёнка», «неадекватность образа ребёнка», «доброжелательность к супругу», «общая удовлетворённость отношениями» (рис. 3, табл. 3).

Таблица 3

Статистически значимые различия показателей методики детско-родительских отношений О. А. Карабановой и П. В. Трояновской

Шкала	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	Me	Q _{верх}	Q _{ниж}	Me	Q _{верх}	Q _{ниж}
Эмпатия	19	21	17	15	17,5	11,5
Эмоциональная дистанция	20,5	22,5	17,5	17	20	24,5
Сотрудничество	20	24	15,5	16	20,5	9,5
Принятие решений	16,5	21	12,5	18	22	12,5
Авторитарность	17	18,5	13,5	9,5	14,5	2
Удовлетворение потребностей ребёнка	20	25,5	12,5	24,5	26	13
Неадекватность образа ребёнка	20	21	17,5	4,5	7,5	3
Доброжелательность к супругу	11,5	13	9	12,5	15,5	4
Общая удовлетворённость отношениями	17,5	21,5	14	26	28	23

Результаты использованного опросника были сопоставлены с данными клинических наблюдений, расспроса и беседы с обследуемыми подростками. С точки зрения представителей экспериментальной группы, в семьях существует недопонимание родителями подростков, большая эмоциональная дистанция между ними, минимальное стремление выполнять любую совместную деятельность с родителями. Девушки с удовольствием большую часть свободного времени проводят в спортивном зале, иногда «придумывают» повод для избегания длительного времяпровождения с родителями. У больных нервной анорексией принятие решений происходит под влиянием взрослого, отмечается высокий уровень авторитарности в их семьях, такие дети не удовлетворены степенью исполнения их потребностей родителями. Зафиксировано искажение образа ребёнка у родителей, низкие значения показателей доброжелательности к супругу, а также низкий уровень качества взаимоотношений в тех семьях, где подростки страдают нервной анорексией. Большинство подростков экспериментальной группы отмечают, что родители не интересуются происходящими делами, успехами в учебе, больший эмоциональный интерес для них представляют другие «более актуальные» проблемы. В общении они чаще высказывают недовольство бытовыми мелочами, их взаимоотношения в семьях сводятся к указаниям выполнять какие-либо обязанности, чаще бытового характера, или формальным требованиям «слушаться старших». Часть детей отметили,

что родители охотно дают им деньги для похода в кино, кафе, «куда-нибудь сходить», чтобы те «не мешали дома отдыхать». Взаимоотношения между супругами у девочек из полных семей нельзя назвать благополучными, дети отмечают частые ссоры родителей, отсутствие стремления проводить время вместе.

Таким образом, становятся очевидными семейные проблемы взаимоотношений, которым не уделяется особого внимания. Девочки отмечают непонимание со стороны матери, подчеркивают деспотичность, холодность. Отсутствие общих интересов и совместной деятельности с ребенком свидетельствует об эмоциональной отгороженности от него, формальном холодном отношении в семьях. В свою очередь, у родителей существуют искаженные представления о детях, неблагополучные отношения супругов между собой, отсутствие доброжелательных отношений между ними. Выявленные этой методикой результаты поднимают целый пласт социально-психологических проблем в семьях, которые могут способствовать развитию различных психосоматических заболеваний у детей, в частности нервной анорексии. Так, обнаруженные в ходе исследования сведения о разводе родителей, неполном составе семьи у девочек с начальными проявлениями анорексии не вызывают удивления, а являются закономерным результатом взаимоотношений супругов и особенностей воспитания детей.

Сравнение результатов в группе подростков, не страдающих нервной анорексией, подчеркивает выявленные различия. Для них характерен «дружелюбный» тип межличностного взаимодействия. Они ориентированы на принятие, социальное одобрение, для них характерно стремление образовывать эмоциональные связи как в своей группе, так и за её пределами. В семейной системе зафиксирован высокий уровень качества отношений родителя и подростка, достаточный уровень эмпатии, свидетельствующий о понимании родителями чувств и состояний ребёнка. Обследуемые контрольной группы показали малую эмоциональную дистанцию между родителем и ребёнком; совместное и равноправное выполнение заданий в семье; низкий уровень конфликтности, авторитарности матери, проявляющийся поощрением родителем инициативы и самостоятельности ребёнка. Для них характерны совместное принятие решений в семье, удовлетворённость детьми степенью исполнения родителями материально-бытовых и духовных потребностей, доброжелательность супругов друг к другу, что составляет общую благоприятную ситуацию семейных взаимоотношений. Подростки, не страдающие нервной анорексией, отличаются склонностью к сотрудничеству, доброжелательностью, гибкими установками, способно-

стью к соблюдению групповых моральных норм, склонностью к самоутверждению, принятию авторитарных, лидерских позиций. Для них свойственным является социально точное поведение, соответствующее образу «Я», которое они строят самостоятельно.

Выводы. У страдающих нервной анорексией подростков преобладают «подозрительный», «зависимый» и «альтруистический» типы межличностных отношений. В представлениях о себе у них входит образ «Я» как нерешительных в общении, безропотных, робких. Преобладают тенденции к «избеганию борьбы» в связи с низкой самооценкой, возникающей в результате критичных замечаний окружающих.

В структуре детско-родительских отношений наблюдаются заниженный уровень эмпатии, эмоциональная дистанция между родителем и ребёнком, желание подростка свести к минимуму взаимодействие с близкими. Недостаточный уровень сотрудничества обусловлен отсутствием общих увлечений, интересов в семье, большими временными затратами подростков на посещение спортивных секций. В связи с эмоциональной отдалённостью ребёнка от семьи обнаружен заниженный уровень совместного принятия решений. У них также искажен и образ ребёнка, обусловленный неадекватным отражением потребностей и мотивов, их представления об индивидуально-личностных особенностях не соответствуют действительности. Зафиксированы высокий уровень авторитарности матери, неудовлетворённость ребёнком степенью исполнения родителями материально-бытовых и духовных потребностей. Больные нервной анорексией девушки ожидают поддержки от родителей в их стремлении к похуданию. Интересны обнаруженные в ходе исследования сведения о составе семьи подростков: 55 % обследованных воспитываются в неполных семьях, следовательно, отсутствие одного из родителей в семье можно рассматривать как неблагоприятный социально-психологический фактор, способствующий развитию нервной анорексии. В полных же семьях больных анорексией подростков отмечаются низкие значения показателей доброжелательности между родителями, низкий уровень качества отношений родителя и подростка.

Отдельные клинические проявления нервной анорексии при наличии социально-психологических условий формирования позволяют своевременно обратить внимание на обозначенную категорию. Полученные результаты будут положены в основу практических рекомендаций для специалистов, осуществляющих свою деятельность в образовательных учреждениях — педагогов, социальных педагогов, психологов, клинических и медицинских психологов.

Л и т е р а т у р а

1. *Артемяева М. С., Брюхин А. Е., Цивилько М. А., Карева М. А.* Особенности патопсихологического исследования больных нервной анорексией в комплексной терапии // Вестник Рос. ун-та Дружбы народов. Серия Медицина. – 2002. – № 3. – С. 58–60.
2. *Коркина М. В.* Дистормомания в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Медицина, 1984. – 224 с.
3. *Малкина-Пых И. Г.* Терапия пищевого поведения. – М.: Изд-во Эксмо, 2007. – 1040 с.
4. *Минияров В. М.* Психология семейного воспитания. – М.: НПО «МОДЭК», 2000. – 256 с.
5. *Погосов А. В., Погосова И. А., Богусhevская Ю. В.* Психосоматические расстройства: учебное пособие. – 2-е доп. изд. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. – 212 с.
6. *Скугаревский О. А.* Нарушения пищевого поведения. – Минск: БГМУ, 2007. – 340 с.
7. *Сулейманов Р. А.* Особенности доманифестного периода нервной анорексии: дис. ... к. м. н. – М., 2005. – 165 с.
8. *Angela F., Tenconi E., Santonastaso P.* Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa // Archives of General Psychiatry. – 2007. – № 31. – P. 82–88.
9. *Palmer B.* Revisiting... The management of anorexia nervosa // Advances in Psychiatric Treatment. – 2006. – № 29. – P. 5–12.
10. *Cynthia M., Patrick F., Federica T. et al.* Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa // Archives of General Psychiatry. – 2006. – № 63. – P. 305–312.
11. *Collier D. A., Treasure J. L.* The aetiology of eating disorders // Br. J. Psychiatry. – 2004. – № 185. – P. 363–365.

Транслитерация русских источников

1. *Artemyeva M. S., Bryukhin A. E., Tsivil'ko M. A., Kareva M. A.* [Features of pathopsychological investigation of patients with anorexia nervosa in complex therapy]. *Vestnik Ros. un-ta Druzhby narodov. Seriya Medicina* [Bulletin of Russian University of Friendship of Peoples. Series Medicine]. 2002; 3: 58–60. (In Russ.).
2. *Korkina M. V.* [Dysmorphomania in adolescence and youth]. *Medicina*, Moscow, 1984. 224 p. (In Russ.).
3. *Malkina-Pykh I. G.* [Therapy of eating behavior]. Publishing House Eksmo, Moscow, 2007. 1040 p. (In Russ.).
4. *Miniyarov V. M.* [Psychology of family upbringing]. NPO "MODEK", Moscow, 2000. 256 p. (In Russ.).
5. *Pogosov A. V., Pogosova I. A., Bogushevskaya Yu. V.* [Psychosomatic disorders: tutorial]. 2nd updated edition. Publishing House of KSMU, Kursk, 2008. 212 p. (In Russ.).
6. *Skugarevsky O. A.* [Eating disorders]. Publishing House of BSMU, Minsk, 2007. 340 p. (In Russ.).
7. *Suleymanov R. A.* [Features of pre-manifestation period of anorexia nervosa]. *Dis. ... k.m.n.* [PhD thesis]. Moscow, 2005. 165 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.44-036:1-082.5
ББК Р64.093.4-1-17-18

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА МАНИПУЛЯТИВНО- ГО ВАРИАНТА ПОСТСУИЦИ- ДАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕ- СКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Заливин А. А.^{*}, Дроздовский Ю. В.

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

Для манипулятивного варианта постсуицидального периода исследованы особенности формирования и клинической динамики в зависимости от клинко-патогенетических факторов у 143 пациентов. С учетом полученных данных разработаны и реализованы дифференцированные реабилитационные программы. Катамнестическая оценка в целом проведена у 80,4 % пациентов, при манипулятивном варианте – у 80,5 %, со сроками 11,1±0,9 и 10,9±1,3 месяца. Высокая и удовлетворительная эффективность (ремиссии типов А и В) получена в 78,9 % случаев. **Ключевые слова:** суицид, постсуицидальный период, пограничные психические расстройства, реабилитация

CLINICAL-PATHOGENETIC FACTORS AND CLINICAL DYNAMICS OF MANIPULATIVE VARIANT OF POST-SUICIDE PERIOD IN PERSONS WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS. Zalivin A. A., Drozdovsky Yu. V. Omsk State Medical Academy. Lenin Street 12, 644043, Omsk, Russian Federation. Correlation between formation of manipulative post-suicide period variant and clinical-pathogenic factors in 143 patients has been investigated. Rehabilitation programs have been developed and applied according to research data. Follow-up data have been collected in 80,4 % of cases, 80,5 % in manipulative post-suicide group, 11,1±0,9 and 10,9±1,3 months, respectively. High and good efficiency (A and B remission types) has been obtained in 78,9 % of cases. **Keywords:** borderline mental disorders, suicide, post-suicide period, rehabilitation.

Актуальность. В настоящее время возрастает распространенность психогенных и других психических расстройств, вызванных кризисными макро- и микросоциальными воздействиями [2, 3, 10, 11]. Особого внимания заслуживают пограничные психические расстройства (ППР), в связи с которыми значимо возрастает суицидальный риск [1, 4]. Следует отметить, что одним из значимых показателей общественного психического здоровья, наряду с уровнем наркомании, алкоголизма и олигофрении, является уровень самоубийств [5, 6]. В связи с высокой распространенностью ППР актуальны вопросы превенции, вторичной и третичной профилактики и реабилитации данных [7, 8, 9]. Перечисленные мероприятия в настоящее время нуждаются в дальнейшей разработке.

^{*} Заливин Александр Александрович, к.м.н., ассистент каф. психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии. Эл. адрес: azalal@mail.ru

Манипулятивный вариант постсуицидального периода по А. Г. Амбрумовой (1984) подразумевает утрату актуальности конфликтной ситуации, при сохранности суицидальных тенденций в случае ее изменения, рентную оценку совершенной попытки. Данный вариант, наряду с критическим, представляет интерес как один из наиболее часто встречающихся в клинической практике. Следует отметить, что на сегодняшний день в литературе отсутствуют указания на взаимосвязь между клинко-патогенетическими факторами и вариантами постсуицидального периода.

Целью данного исследования явилась разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий на основе изучения клинических закономерностей формирования, типологии и динамики суицидального поведения (постсуицидального периода) у лиц с пограничными психическими расстройствами (ППР).

Материал и методы. В соответствии с разработанной В. Я. Семке и др. (1984) концепцией мы различали клинко-патогенетические факторы: микросоциально-средовой (психогенный), конституционально-биологический, экзогенно-органический и соматогенный. Всех обследованных пациентов мы распределили в 4 когорты, соответствующие одному из вариантов постсуицидального периода: с критическим ($n=37$; 25,9 %), манипулятивным ($n=41$; 28,7 %), аналитическим ($n=36$; 25,2 %) и суицидально-фиксированным ($n=29$, 20,3 %) типами.

Дизайн исследования подразумевал анализ клинической динамики пограничных психических расстройств на всем протяжении суицидального поведения для каждой когорты. При этом учитывались особенности клинко-патогенетических предпосылок, пресуицидального периода, обстоятельствами, способом, осложнениями суицидальной попытки и постсуицидального периода, состоящего из 3 этапов: ближайшего, раннего и позднего.

Под нашим наблюдением за период 2006—2010 гг. находились 143 суицидента с ППР, отвечающие диагностическим критериям: острой реакции на стресс (F43.0), депрессивного расстройства (F32.0, F32.1, F43.2), расстройств личности (F60.1—F60.9), психопатоподобных нарушений органической этиологии (F07.00—F07.09). Данные ППР наблюдались у лиц обоего пола в возрасте от 18 до 57 лет.

Критериями исключения из обследования являлись алкогольная, наркотическая и другие виды химических аддикций, подтвержденный диагноз шизофрении, грубые личностные расстройства, выраженное когнитивное снижение, психотические проявления при органических поражениях головного мозга, эпилепсия.

В зависимости от критериев включения была сформирована группа лиц 18—57 лет, из 143 человек: 91 мужчина (63,6 %), 52 женщины (36,4 %). Под критерии исключения из 452 обследованных суицидентов попали 309 человек, наибольшая часть из которых не обнаружила психических расстройств (76,7 %), остальные распределились между аддиктивными (8,4 %), эндогенными нарушениями шизофренического (3,9 %) и аффективного (4,5 %) спектра и другими (6,5 %). В качестве основных инструментов исследования и ведения пациентов использована специально разработанная «Карта ведения суицидента с пограничным психическим расстройством, обследуемого в постсуицидальном периоде». Катамнестическая оценка в целом проведена у 80,4 % пациентов продолжительностью от 0,5 до 3,1 года (при манипулятивном постсуициде — $10,9 \pm 1,3$ месяца, 80,5 % осмотрено).

В соответствии с разработанной В. Я. Семке и др. (1984) концепцией были изучены три клинко-патогенетических фактора: микросоциально-средовой (психогенный), конституционально-биологический, экзогенно-органический и соматогенный, участвующие в формировании и реализации суицидального поведения.

Распределение суицидентов по полу обнаружило преобладание мужчин (68,3 % в группе пациентов с манипулятивным постсуицидом). В общей выборке преобладали пациенты в возрасте от 20 до 45 лет (78,3 %); тогда как в когорте с манипулятивным вариантом постсуицида их доля составила 59,4 %. Средний возраст по общей выборке составил в целом $29,2 \pm 0,8$ года, в когорте с манипулятивным вариантом постсуицида — $27,9 \pm 1,0$ (от 19 до 43 лет включительно). Последнее обстоятельство указывает на относительно молодой возраст суицидентов с манипулятивным вариантом постсуицида.

Клинко-патогенетические факторы. Из анализа клинко-патогенетических факторов в группе суицидентов с манипулятивным постсуицидом следует, что наиболее характерными особенностями были следующие: уровень образования средний (56,1 %) или выше среднего (29,3 %), независимо от места учебы; полная родительская семья (82,9 %), из них родная семья у 51,2 %, приемный родитель у 31,7 %; детство либо благополучное (29,2 %), либо со скандалами (24,4 %), жестокостью и побоями (22,0 %); воспитание чаще неправильного типа: гипоопека (29,3 %), гиперопека (26,7 %); наследственность,отягощенная расстройствами личности по возбудимому типу (34,1 %); характеристика развития личности чаще психопатическая (68,3 %); нормостенический (53,7 %), астенический (21,9 %), гиперстенический (19,6%) типы конституции; ЧМТ сроком до года до совершенной попытки (43,9 %).

В данной группе были широко представлены пациенты с расстройствами личности, в частности при их декомпенсации с суицидальным поведением (51,2 %), равномерно распределенные между импульсивным ($n=11$, 52,4 %) и пограничным ($n=10$, 47,6 %) вариантами. Органическое расстройство личности наблюдались в 12 случаях (29,4 %). При этом в данной когорте у 8 человек (5,6 %) в анамнезе отмечались последствия нейроинфекций, черепно-мозговых травм.

Пресуицидальный период составлял в ряде случаев несколько дней (41,5 %), еще более часто – несколько недель (51,2 %), что можно объяснить волнообразной динамикой суицидального конфликта, с пиками и спадами эмоциональной напряженности и завершающим поведением, играющим роль «последней капли».

Из наиболее характерных внешних поводов для самоубийства у суицидентов с манипулятивным вариантом постсуицида выявлены конфликты из-за бытовой неустроенности (16,7 %), затяжные семейные конфликты (6,8 %), отчужденность со стороны супруга, детей (4,5 %), супружеская неверность (3,2 %). При анализе личностного смысла попыток в данной группе обнаружено преобладание демонстративно-шантажных попыток (52,2 %), остальные случаи равномерно распределились между суицидентами с протестом (19,5 %), преобладавшими над другими когортами, что было связано с соответствующими поведенческими реакциями оппозиции и протеста у суицидентов, а также призывом (17,1 %) и избеганием (12,2 %).

Результаты и обсуждение. При рассмотрении обстоятельств совершения попытки в группе суицидентов с манипулятивным постсуицидом обнаружено, что попытки провоцировались внешней ситуацией и были обусловлены взаимодействием неблагоприятной почвы с неблагоприятными факторами. Так, попытки чаще совершались в присутствии других людей (12,6 %), в чужой квартире (49,8 %), в том числе после сообщения кому-либо о принятом решении (34,4 %). Из распределения совершения суицидов по времени суток следует, что в когортах суицидентов с манипулятивным и аналитическим вариантами постсуицидального периода значимо преобладали попытки, совершенные после полудня ($n=21$, 51,2 % и $n=16$, 44,4 %). Следующий за ним временной промежуток у суицидентов с манипулятивным вариантом распределился между вечером ($n=10$, 24,4 %) и утром ($n=8$, 19,5 %). Преобладание вечернего времени для данной когорты пациентов, вероятно, вызвано возможностью непосредственного воздействия на значимых лиц, во время их возвращения домой с работы, которые, по расчету суицидентов, могли стать свидетелями их самоубийства. Совершение

суицидальной попытки в другое время суток в этой когорте связано либо с отсроченной реакцией на суицидальный конфликт, либо с менее летальным способом (поверхностные самопорезы – 51,2 %, самоотравление с приемом относительно невысоких, по мнению пациентов доз, а также выбор препаратов из домашней аптечки – 26,8 %). День недели совершения суицидальной попытки в этой когорте приходился на будние ($n=17$, 41,5 %) и предвыходные дни ($n=11$, 26,8 %), наиболее доступные для манипулятивного поведения относительно близких лиц.

Наличие окружающих в соседних комнатах или неподалеку от места совершения попытки в этой когорте отмечалось в 43,9 % случаев. Кроме того, наибольшая доля попыток, совершенных на глазах у окружающих, пришлось именно на эту когорту, составив 19,5 % случаев. При этом алкогольное опьянение отмечалось в 70,7 % случаев, что меньше, чем в среднем по всей выборке (80,4 %). Место совершения суицидальной попытки практически равномерно распределилось между собственным (29,3 %) и чужим (36,6 %) жильем, общественным местом (31,7 %).

При рассмотрении следующего этапа динамики – постсуицидального периода – при манипулятивном варианте ближайший его этап также обнаруживал связь с конфликтом, на который была призвана повлиять шантажная суицидальная попытка, а также его проявлениями в микросоциальной сфере. Важной, на наш взгляд, клинической особенностью данного варианта постсуицида было стойкое стремление шантажирующего суицидента контролировать ситуацию, вплоть до беспрекословного подчинения окружающих, что проявлялось и повторными угрозами самоубийством, в том числе в условиях стационара.

Следующий этап постсуицида – ранний – также проходил в тесной связи клинических проявлений с конфликтом, на течение которого была направлена шантажная суицидальная попытка. В клинической картине доминировали проявления синдрома психической дезадаптации. На данном этапе продолжались попытки пациента повлиять на микросоциальное окружение, по ходу медицинских лечебно-реабилитационных мероприятий акцент смещался в направлении более конструктивных и продуктивных моделей поведения в конфликтных ситуациях. На этом этапе основным фактором, который данные пациенты видели определяющим в эффективности терапии, являлось стремление к преобразованию окружающих, взаимоотношений с ними, с целью манипуляции и контроля. Так, у большинства обследованных ($n=35$, 85,4 %) на протяжении всего раннего постсуицида сохранялась готов-

ность, высказываемая либо подтверждаемая подготовительными действиями к повторным попыткам, если объект воздействия не демонстрировал изменения своего отношения и поведения в адрес суицидента.

Поздний этап постсуицидального периода в данной когорте отличался наибольшим числом повторных суицидальных попыток, которые, как и предыдущие, по содержанию были аффективно-шантажными. Повторные суициды отмечались в этой когорте в 12 случаях (8,4 %), из них неоднократно попытки самоубийства предпринимали 6 обследуемых (4,2 %).

Обследованные пациенты включены в дифференцированные реабилитационные программы, разработанные нами с учетом варианта постсуицидального периода и роли клинко-патогенетических факторов, проходящие в кризисном, базисном, регрессионном режимах. Патогенетическая направленность реабилитации осуществлялась через психофармакологический (ПФК), психотерапевтический (ПТК), психопрофилактический (ППК) комплексы, лечебно-педагогическую коррекцию (ЛПК), меры социальной работы.

В когорте суицидентов с манипулятивным вариантом постсуицида отмечался достаточно высокий терапевтический ответ (78,9 % ремиссий типов А и В) на реабилитационные меры воздействия. Суициденты с манипулятивным вариантом осмотрены в 80,5 % случаев, они «удерживались» от повторных попыток при активном участии членов микросоциального окружения, в первую очередь родственников. При этом пациенты продолжали предпринимать попытки манипулировать значимым окружением, как непосредственно – в форме шантажных высказываний и действий, так и косвенно – через третьих лиц, пытаясь вовлечь персонал и врачей.

Выводы. Таким образом, изучение клинко-патогенетических факторов, участвующих в формировании суицидального поведения и того или иного варианта постсуицидального периода может быть эффективно для реализации целей и задач реабилитационных программ, в которых клинко-патогенетические факторы могут быть использованы в качестве мишеней психотерапевтического, психофармакологического и психосоциального воздействия в рамках реабилитационных комплексов.

Л и т е р а т у р а

- Аксенов М. М., Авдеенок Л. Н. Психология развития личности и поведения детей в семьях разводящихся родителей // Вестник Томского государственного педагогического университета = Tomsk State Pedagogical University Bulletin. – 2009. – № 5. – С. 124–128.
- Гычев А. В., Рахматова Л. Д., Кононова М. Е. Психическое здоровье и безработица: социокультуральные аспекты причинно-следственных соотношений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 88–91.
- Заливин А. А., Дроздовский Ю. В. Реабилитация суицидентов с пограничными психическими расстройствами в зависимости от варианта постсуицидального периода // Омский научный вестник. – 2012. – № 1 (108). – С. 85–88.
- Иванова А. А., Аксенов М. М., Костин А. К. Влияние дисфункциональных семейных отношений на возникновение невротических расстройств в контексте системной семейной психологии // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2015. – № 3 (156). – С. 64–67.
- Дмитриева Т. Б. Отчет ежегодной сессии съезда психиатров НЦПЗ РАМН. – М., 2008. – 22 с.
- Разводовский Ю. Е. Алкоголь и суициды в странах Восточной Европы // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 3. – С. 18–28.
- Счастный Е. Д. Влияние нейротрофических факторов на терапевтические возможности у пациентов с аффективными расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 4. – С. 63–68.
- Любов Е. Б., Морев М. В., Фалалеева О. И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3–9.
- Положий Б. С., Панченко Е. А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8–13.
- Kapusta N. D., Tran U. S., Rockett I. R. et al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries // Arch. Gen. Psychiatry. – 2011. – № 68. – P. 1050–1057.
- Varnik P. Suicide in the world // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2012. – № 9 – P. 760–771.

Транслитерация русских источников

- Axenov M. M., Avdeenok L. N. [Psychology of development of personality and behavior of children in the families of divorcing parents]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]. 2009; 5: 124–128. (In Russ.).
- Gychev A. V., Rakhmatova L. D., Kononova M. E. [Mental health and unemployment: social-cultural aspects of cause-and-effect correlations]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 88–91. (In Russ.).
- Zalivin A. A., Drozdovsky Yu. V. [Rehabilitation of border mental disorder suicidents depended of different variants of postsuicide period]. *Omskij nauchnyj vestnik* [Omsk Scientific Bulletin]. 2012; 1(108): 85–88. (In Russ.).
- Ivanova A. A., Axenov M. M., Kostin A. K. [The impact of dysfunctional family relations on the onset of neurotic disorders in the context of system family psychology]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]. 2015; 3(156): 64–67. (In Russ.).
- Dmitrieva T. B. [Report of annual session of Meeting of Psychiatrists of MHSC of RAMSci]. Moscow, 2008. 22 p. (In Russ.).
- Razvodovsky Yu. E. [Alcohol and suicide in countries of Eastern Europe]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2014; 5, 3: 18–28. (In Russ.).
- Schastnyy E. D. [Influence of neurotrophic factors on the therapeutic possibilities in patients with affective disorders]. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2012; 4: 63–68. (In Russ.).
- Lyubov E. B., Morev M. V., Falaleeva O. I. [The economic suicide burden in Russian Federation]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2012; 3: 3–9. (In Russ.).
- Polozhy B. S., Panchenko E. A. [The different prevention of suicidal behavior]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2012; 1: 8–13. (In Russ.).

УДК 616.89-02-036
ББК Р645.093

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Строганов А. Е.^{*}, Кулешова Е. О.

ГБОУ ВПО Алтайский ГМУ Минздрава России
656038, Барнаул, пр. Ленина, 40

В статье содержится обзор литературы и некоторые аспекты дифференциальной диагностики острых психотических расстройств. Анализ литературных данных и результаты проведенного исследования позволяют предполагать, что острые психозы представляют собой гетерогенную группу расстройств с многофакторными механизмами развития. Были исследованы особенности этиопатогенеза и клиники острых психотических расстройств у двух групп психических больных в стационарах Алтайского края. Использовались клиничко-катamnестический и статистический методы. Выявлены статистически значимые различия клинической и социальной структуры у лиц с исследованной нозологией. Вывод: решение задач дифференциальной диагностики при острых психотических расстройствах требует учета широкого круга факторов, имеющих различное значение в генезе расстройства и соответствующих, в том числе психодинамических подходов. **Ключевые слова:** психиатрия, острые психотические расстройства, дифференциально-диагностические критерии.

TO THE PROBLEM OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE PSYCHOTIC DISORDERS. Stroganov A. E., Kuleshova E. O. *Altai State Medical University of Ministry of Healthcare of Russian Federation. Lenin Avenue 40, 656038, Barnaul, Russian Federation.* This article includes literature review and some aspects of differential diagnosis and analysis of acute psychotic disorders. The analysis of literature data and results of carried out research allows assuming that acute psychoses represent a heterogeneous group of disorders with multifactor mechanisms of development. Features of etiopathogenesis and clinic of acute psychotic disorders in two groups of patients of the Altai Krai have been investigated. The clinical follow-up and statistical methods were used. Statistically significant differences of clinical and social structures of persons with investigated nosologies have been revealed. Conclusion: The solution of tasks connected with the management to differential diagnosis in acute psychotic disorders requires taking into account many factors that are important in their origin and appropriate approaches, including psychodynamic ones. **Keywords:** psychiatry, acute psychotic disorders, differential diagnosis criteria.

Введение. В последние годы все больший интерес психиатров вызывает проблема изучения острых психотических расстройств (ОПР), их соотношения с шизофренией и другими психическими расстройствами. Известно, что острые и транзиторные психотические расстройства представляют собой клинически гетерогенную и многофакторную группу расстройств. Многие исследователи сообщают о высокой частоте рецидивов ОПР и низкой стабильности диагностики [5, 6, 7, 9, 10].

Показано, что более чем в 50 % случаев первоначально поставленный диагноз «острое психотическое расстройство» впоследствии меняется [2, 3]. Нередко речь идет о манифестации психоза, который в последующем правомерно квалифицируется как шизофренический.

До сих пор не существует единого мнения в отношении клинической сущности психотических расстройств, нет единого взгляда на их принадлежность [17]. Ряд авторов отрицают их клиническую самостоятельность, относя их к шизообразной и рекуррентной шизофрении [16], острой шизофрении [12]. Иные исследователи, напротив, подчеркивают значимость и весьма оправданное пребывание острых психотических расстройств во всевозможных классификациях, отводя им значительное место [4, 8].

Работ, посвященных широкому кругу факторов, имеющих различное значение в генезе острых психозов, опубликовано крайне мало. Однако такие аспекты, как наличие у данных больных преморбидных особенностей личности [1], аддитивные расстройства [13], психогенная [11], сопутствующая соматическая патология [18] и экзогенная симптоматика [14, 15], ведут к трансформации типа течения заболевания, темпа его прогрессивности, выступают в виде включений в структуру процессуальных синдромов, что ведет к ошибкам в диагностике данной психической патологии.

В связи с этим исследования, способствующие более детальному изучению разнородности клинических проявлений рассматриваемой патологии, представляются нам значимыми и актуальными как в теоретической, так и практической плоскости.

Цель исследования. Выявление клиничко-эпидемиологических особенностей у пациентов, впервые перенесших острое психотическое расстройство, в катamnезе которых не наблюдалось рецидива психотической симптоматики, и у больных, диагноз которых в дальнейшем был изменен на шизофрению.

Материал и методы. Мы провели исследование 128 пациентов, впервые госпитализированных в связи с психотическими расстройствами. Из них были сформированы две группы. 1-ю группу (22 мужчины и 14 женщин) составили пациенты с диагностированным при выписке острым психотическим расстройством, у которых в катamnезе не наблюдалось рецидива психотической симптоматики. Во 2-ю группу (50 мужчин и 42 женщины) включены пациенты, катamnестически давшие рецидив психотической симптоматики, что послужило причиной трансформации диагноза на шизофрению. В исследовании использовались клиничко-катamnестический; статистический (обработка материала с помощью ПЭВМ) методы.

^{*} Строганов Александр Евгеньевич, д. м. н., проф., каф. психиатрии и наркологии. Телефон 8385246651.

Кулешова Елена Олеговна, аспирант каф. психиатрии и наркологии. Телефон 83852359207. emoryll@rambler.ru

Средний возраст пациентов в исследуемых группах: в 1-й группе – 29,3 года, во 2-й группе – 30,8 года. Все пациенты были впервые госпитализированы в Алтайскую клиническую психиатрическую больницу им. Эрдмана Ю. К. Период катamnестического наблюдения составил от 2 до 5 лет.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ наследственной отягощенности психическими заболеваниями у пациентов обеих групп показал, что в 1-й группе такие данные имеются у 6 (16,7 %), а во 2-й группе – у 31 (33,7 %) пациента.

Анализируя семейную ситуацию пациентов разных групп на момент манифестации психоза, выявлено, что наиболее благоприятный семейный фон выявлен у пациентов 1-й группы. Из 36 человек 14 (38,9 %) состояли в браке, 17 (47,2 %) никогда не состояли в браке, 5 (13,9 %) человек были официально разведены. Во 2-й группе 25 (27,17 %) человек состояли в официальном браке, 55 (59,78 %) никогда не состояли в браке, 12 (13,04 %) человек были официально разведены, 1 пациентка являлась вдовой.

Для оценки социального статуса пациентов нами были оценены такие параметры, как образование и трудовая занятость. На момент начала заболевания пациенты 1-й группы имели следующее образование: высшее – 8 (22,22 %) пациентов, неоконченное высшее – 7 (19,44 %), среднее профессиональное – 3 (8,33 %), начальное профессиональное – 7 (19,44 %), среднее – 6 (16,67 %), неполное среднее – 3 (8,33 %). Пациенты 2-й группы: высшее – 18 (19,56 %) пациентов, неоконченное высшее – 20 (21,74 %), среднее профессиональное – 3 (3,26 %), начальное профессиональное – 24 (26,07 %), среднее – 25 (27,17 %), неполное среднее – 2 (2,17 %) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1
Уровень образования пациентов, впервые госпитализированных в связи с психотическими расстройствами

Образование	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Высшее	8	22,22 %	18	19,56 %
Неоконченное высшее	7	19,44 %	20	21,74 %
Среднее профессиональное	3	8,33 %	3	3,26 %
Начальное профессиональное	7	19,44 %	24	26,07 %
Среднее	6	16,67 %	25	27,17 %
Неполное среднее	3	8,33 %	2	2,17 %

На момент манифестации психоза 9 (25 %) пациентов 1-й группы не работали, 8 (22,22 %) являлись учащимися колледжа, училища, вуза. Во 2-й группе не трудоустроенными были 41 (44,56 %) испытуемый, 17 (18,48 %) являлись учащимися разных учебных заведений. Из работающих пациентов 1-й группы 4 (11,11 %) трудились служащими в бюджетной или частной сфере, по 6 (16,67 %) пациентов – квали-

фицированными и неквалифицированными рабочими, 1 испытуемый занимался индивидуальным предпринимательством. Во 2-й группе 7 (7,6 %) пациентов являлись служащими в бюджетной или частной сфере, 13 (14,13 %) квалифицированными и 8 (8,7 %) – неквалифицированными рабочими, 6 (6,52 %) пациентов занимались предпринимательством (табл. 2).

Т а б л и ц а 2
Трудовая занятость пациентов, впервые госпитализированных в связи с психотическими расстройствами

Трудовая занятость	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Безработный	9	25 %	41	44,56
Учащийся	8	22,22 %	17	18,48
Квалифицированный рабочий	6	16,67 %	13	14,13
Неквалифицированный рабочий	8	22,22 %	8	8,7
Индивидуальный предприниматель	1	2,78 %	6	6,52
Служащий	4	11,11 %	7	7,6

Для выявления и анализа условий возникновения транзиторных психозов проанализированы причины патологического изменения биологической почвы: органическая отягощенность, психотравмирующие ситуации, употребление психоактивных веществ, алкоголя, сопутствующая соматическая патология. Рассмотрев анамнестические данные, касающиеся возможных органических причин как провоцирующего фактора возникновения острых психозов, мы обнаружили, что у 12 (33,3 %) пациентов 1-й группы и у 28 (30,43 %) пациентов 2-й группы имеются органические знаки. Наличие психотравмирующей ситуации перед манифестацией болезни выявлено лишь в 7 (19,4 %) случаях у пациентов 1-й группы и в 22 (23,91 %) случаях во 2-й группе.

Изучена статистика употребления психоактивных веществ (ПАВ) данной категорией больных: 8 (22,2 %) пациентов 1-й группы и 6 (6,2 %) пациентов 2-й группы указывают на эпизоды употребления ПАВ. Исследование злоупотребления пациентами алкоголем показало, что данное пристрастие свойственно 9 (25 %) испытуемым 1-й группы и 5 (5,43 %) пациентам 2-й группы. Имели сопутствующую хроническую или рецидивирующую соматическую патологию в одной или двух системах органов 6 (16,67 %) пациентов 1-й группы и 11 пациентов 2-й группы (11,96 %).

Таким образом, суммируя возможные паралогические изменения внешней почвы, мы получили следующие данные: острые психотические расстройства у 25 (69,44 %) пациентов 1-й группы и у 54 (58,7 %) пациентов 2-й группы возникли на фоне внешней причины.

Анализируя течение острых психотических расстройств, выделены синдромальные варианты психозов: паранойяльный (бредовый, аффективно-бредовый), параноидный (параноидный и аффективно-параноидный), кататоно-параноидный, парафренный и полиморфный. Паранойяльная симптоматика в 1-й группе встречалась у 25 (69,4 %) обследуемых в 1-й группе и у 28 (30,43 %) пациентов 2-й группы.

Бредовый вариант. На фоне внутренней напряженности и тревоги возникал острый чувственный бред преследования, отношения, особого значения. Внутреннее напряжение вызывало выраженный аффект страха, иллюзорные обманы восприятия, а на высоте психоза нередко бредовое возбуждение. Такой вариант встречался в 1-й группе у 17 (47,2 %) пациентов и у 17 (18,48 %) пациентов 2-й группы.

Аффективно-бредовый вариант представлен депрессивно-бредовыми и маниакально-бредовыми расстройствами. Данная симптоматика диагностирована у 8 (22,2 %) больных 1-й группы и у 11 (11,96 %) пациентов 2-й группы.

При **депрессивно-бредовых расстройствах** (7 пациентов – 87,5 % при аффективно-бредовом варианте в 1-й группе, 7 пациентов – 63,64 % во 2-й группе) приступ начинался со снижения настроения, появления тревоги, далее возникали бредовые идеи отношения, иногда самообвинения и ипохондрический бред, позже чувственный бред преследования. Нередко возникали суицидальные мысли и действия.

Маниакально-бредовые расстройства характеризовались первоначально возникающим гипоманиакальным состоянием, позднее веселой манией, переходящей в гневливую форму. Возникали страх, бредовые идеи преследования, нередко «порчи». Диагностирована у 1 пациента в 1-й группе, а также у 4 пациентов (36,36 %) при аффективно-бредовом варианте ОПР во 2-й группе.

Параноидная симптоматика отмечалась у 11 (30,6 %) пациентов 1-й и группы и у 50 (54,35 %) пациентов 2-й группы. **Собственно параноидный вариант** ОПР начинался с тревоги, растерянности, страха, позже к ним присоединялись острый чувственный бред, псевдогаллюцинации, психические автоматизмы. Нередко больные становились агрессивными. Такой вариант был зарегистрирован у 7 (19,4 %) пациентов 1-й группы и у 42 (45,65 %) пациентов 2-й группы.

Аффективно-параноидный вариант представлен депрессивно-параноидными, маниакально-параноидными расстройствами и случаями, когда происходила смена аффекта. Аффективно-параноидная симптоматика диагностирована у 4 (11,2 %) пациентов 1-й группы и у 8 (8,7 %) пациентов 2-й группы.

Депрессивно-параноидное расстройство начиналось с тревожной депрессии, к которой присоединялись бредовые идеи, отношения, осуждения, позже возникали острый чувственный бред преследования, псевдогаллюцинации, сенсорные автоматизмы. Данный вариант отмечен у 2 пациентов, что составило половину случаев аффективно-параноидного расстройства при ОПР в 1-й группе, а также у 6 пациентов (75% случаев) во 2-й группе.

Маниакально-параноидное расстройство манифестировало гипоманиакальным состоянием, переходящим в гневливую манию. Позже присоединялись персекуторные бредовые переживания, псевдогаллюцинации, явления психического автоматизма. Данный синдромальный вариант встречался у 2 пациентов (50 % случаев) 1-й группы при аффективно-параноидных расстройствах, лишь у 1 пациента 2-й группы. Так же у 1 испытуемого из 2-й группы состояние развивалось как маниакально-параноидное, однако позже произошла инверсия аффекта на депрессивное состояние.

Кататоно-параноидный вариант. Клиническая картина характеризовалась острым синдромом Кандинского-Клерамбо, в дальнейшем присоединялась кататония, по мере утяжеления состояния приобретающая значительную выраженность, оставаясь, однако, по динамике и структуре острым параноидным синдромом. Данный вариант встретился только у 8 пациентов (8,7 %) 2-й группы.

Парафренный вариант. Протекал с быстрым нарастанием бредовых симптомов: «порчи», инсценировки, величия, психомоторного возбуждения, восхваляющих, императивных псевдогаллюцинаций. Парафренная симптоматика выявлена у 5 (5,43 %) больных 2-й группы.

Полиморфный вариант диагностирован в тех случаях, когда в связи с выраженными разнообразием и изменчивостью расстройств синдромальная оценка психоза не представлялась возможной. Данный синдромальный вариант зафиксирован лишь у 1 пациента 2-й группы.

Проведенное исследование показало, что у пациентов 1-й группы семейные отношения были более гармоничными, для них характерно злоупотребление ПАВ и алкоголем. У пациентов 2-й группы чаще встречалась наследственная отягощенность психическими заболеваниями, они в 2 раза чаще, чем пациенты 1-й группы, были не трудоустроены. Клиническая структура заболевания у пациентов 1-й группы характеризовалась более чем в половине случаев паранойяльной, в остальном – параноидной симптоматикой. Во 2-й же группе половина ОПР протекала с параноидной симптоматикой, в остальном отмечался паранойяльный, парафренный, кататоно-параноидный и полиморфный варианты.

Выводы. Результаты исследования подтверждают факт клинической неоднородности когорты пациентов с диагнозом «острое психотическое расстройство». Выявлены некоторые клинические особенности, характерные для разных вариантов течения ОПР. Решение задач дифференциальной диагностики при острых психотических расстройствах требует учета широкого круга факторов, имеющих различное значение в генезе расстройства. Дальнейшее исследование в данном направлении, по нашему убеждению, внесет свой вклад в решение проблемы ранней дифференциации дебюта шизофрении и транзиторного психоза, с последующим формированием более точной тактики лечения.

Л и т е р а т у р а

1. Angst J., Clayton P. Premorbid personality of depressive, bipolar, and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues // *Compr. Psychiatry*. – 1986. – V. 27. – P. 511–532.
2. Castagnini A., Bertelsen A., Berrios G. E. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders // *Compr. Psychiatry*. – 2008. – V. 49. – P. 255–261.
3. Chang W. C., Pang S. L. K., Chung D. W. S., Chan S. S. M. 5-year stability of ICD-10 diagnoses among Chinese patients presented with first-episode psychosis in Hong Kong // *Schizophrenia Research*. – 2009. – V. 115. – P. 351–357.
4. Farooq S. Is acute and transient psychotic disorder (ATPD) mini schizophrenia? The evidence from phenomenology and epidemiology. Acute and transient psychotic disorders (ATPD) // *Psychiatra Danubina*. – 2012. – Vol. 24. – Suppl. 3. – P. 311–315.
5. Jager M. D. M., Bottlender R., Strauss A., Moller H. J. Klassifikation der funktionellen psychosen: Die bedeutung der ICD-10—diagnosen (forschungs kriterien) fur die vorhersage des langzeitverlaufes // *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* – 2004. – Vol. 72. – P. 70–78.
6. Jager M. D. M., Hintermayr M., Bottlender R., Strauss A., Moller H. J. Course and outcome of first-admitted patients with acute and transient psychotic disorders (ICD-10: F23). Focus on relapses and social adjustment // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2003. – Vol. 253. – P. 209–215.
7. Jorgensen P., Bennedsen B., Christensen J., Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1997. – Vol. 96. – P. 150–154.
8. Marneros A. Beyond the Kraepelinian dichotomy : acute and transient psychotic disorders and necessity for clinical differentiation // *Br. J. of Psychiatry*. – 2006. – Vol. 189. – P. 1–2.
9. Marneros A., Pillmann F., Haring A. et al. Features of acute and transient psychotic disorders // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2003. – Vol. 253. – P. 167.
10. Singh S.P., Burns T., Amin S., Jones P.B., Harrison G. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome // *Br. J. Psychiatry*. – 2004. – V. 185. – P. 452–459.
11. Бажин Е., Биликевич А., Блейхер В. Ранняя диагностика психических заболеваний. – Киев : Здоровье, 1989.
12. Кербинов О. В. Острая шизофрения. – М. : Медгиз, 1949.
13. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддитивные расстройства у больных шизофренией // *Наркология*. – 2002. – № 6. – С. 24–30.
14. Назимова С. В., Баранов П. А. Психопатологическая структура приступов шизофрении, формирующихся в условиях экзогенного воздействия // *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. – 2013. – № 2. – С. 5–9.
15. Пивень Б. Н. Экзогенно-органические психические расстройства. – Барнаул : Изд-во АГМУ, 2013. – 236 с.
16. Туганов А. С., Пантелева Г. П., Цуцальковская М. Я. Эндогенные психические заболевания в адаптированной для использования в РФ версии МКБ-10 // *Психиатрия*. – 2003. – № 2. – С. 17–25.
17. Шейнина Н. С., Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Чумаченко А. А. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний). – СПб. : Гиппократ, 2008.
18. Семке А. В., Мальцева Ю. Л. Шизофрения, сочетанная с соматической патологией: клинические, адаптационные, реабилитационные аспекты // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2009. – № 3. – С. 42–44.

Транслитерация русских источников

11. Bazhin E., Bilikevich A., Bleykher V. [Early diagnosis of mental diseases]. Zdorov'e, Kiev, 1989. (In Russ.).
12. Kerbikov O. V. [Acute schizophrenia]. Medgiz, Moscow, 1949. (In Russ.).
13. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bokhan N. A. [Comorbid addictive disorders in schizophrenic patients]. *Narkologiya* [Narcology]. 2002; 6: 24–30. (In Russ.).
14. Nazimova S. V., Baranov P. A. [Psychopathological structure of schizophrenia attacks formed under conditions of exogenous influences]. *Sovremennaja terapija v psixiatrii i nevrologii* [Modern Therapy in Psychiatry and Neurology]. 2013; 2: 5–9. (In Russ.).
15. Piven B. N. [Exogenous-organic mental disorders]. Publishing House of ASMU, Barnaul, 2013; 236 p. (In Russ.).
16. Tiganov A. S., Panteleeva G. P., Tsitsulovskaya M. Ya. [Endogenous mental diseases in ICD-10 version adapted for use in the Russian Federation]. *Psixiatrija* [Psychiatry]. 2003; 2: 17–25. (In Russ.).
17. Sheinina N. S., Kotsyubinsky A. P., Skorik A. I., Chumachenko A. A. [Psychopathological diathesis (precursors of mental diseases)]. Hippocrates, Saint-Petersburg, 2008. (In Russ.).
18. Semke A. V., Maltseva Yu. L. [Schizophrenia, combined with somatic pathology: clinical, adaptive and rehabilitative aspects]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3: 42–44. (In Russ.).

УДК 616.895.8.4
ББК Р645.090-35-5

АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ С ИПОХОНДРИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ И НЕГАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Микилев Ф. Ф., Корнетова Е. Г.,
Семке А. В.*

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

Исследованы адаптационные возможности пациентов, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством с ипохондрической симптоматикой и негативными нарушениями. Определен тип адаптации пациентов в зависимости от их конституционно-морфологических характеристик, образовательного уровня, семейного положения, длительности психического заболевания, обращаемости к врачу-психиатру и выполнения полученных от него рекомендаций, а также тип их индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты. Выявлено, что перечисленные факторы оказывают значимое влияние на адаптационные возможности данной категории пациентов. **Ключевые слова:** шизофрения, шизотипическое расстройство, ипохондрия, негативные нарушения, адаптация.

ADJUSTMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOTYPAL DISORDER WITH HYPOCHONDRIAC SYMPTOMS AND PROGRESSIVE DEVELOPMENT OF NEGATIVE SIGNS. Mikilev F. F., Kornetova E. G., Semke A. V. *Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* A study of adaptive capacity of patients with schizophrenia and schizotypal disorder with hypochondriac symptoms and progressive development of negative signs was conducted. Type of adjustment of patients in relation with their constitutionally-morphological characteristics, educational attainment, marital status, length of mental illness, observation by the psychiatric service, compliance with recommendations, and also their individual type of compensatory-adaptive defense were identified. It was revealed that these factors have significant effect on the adaptive capacity of this category of patients. **Keywords:** schizophrenia, schizotypal disorder, hypochondria, negative signs, adjustment.

Введение. В настоящее время расстройства шизофренического спектра продолжают занимать особое место среди всех форм психической патологии в связи с высокой распространенностью [1, 2, 3, 12, 16, 19]. В их структуре ипохондрическая симптоматика встречается наиболее часто, имеет затяжное течение, образует домены с негативными проявлениями, зачастую с трудом диагностируется и поддается лечению [6, 7, 8, 10, 13, 17, 18].

Расстройства шизофренического спектра грозят серьезными социальными последствиями для больного, поэтому в последние десятилетия отмечается повышенный интерес к изучению особенностей личностного развития, клинического течения заболевания и социальных факторов, влияющих на адаптацию данных пациентов [9, 15]. Вместе с тем можно сделать вывод о том, что значимость ипохондрических нарушений для прогноза заболевания в целом, а также влияние их на адаптационные возможности и показатели качества жизни пациентов оставлены без должного рассмотрения. Без должного рассмотрения остаются и клинико-конституциональные особенности пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, в том числе с ипохондрической симптоматикой. Сохраняется дефицит работ, посвященных изучению данной проблемы на современном методологическом уровне.

Целью исследования являлось изучение адаптационных возможностей и качества жизни пациентов, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством с ипохондрической симптоматикой, в зависимости от клинико-динамических особенностей течения заболевания и их конституционно-морфологических характеристик, а также разработка дифференцированных реабилитационных программ для данной категории пациентов.

Материал и методы. Исследование проведено на базе отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья. Для изучения отбирались пациенты, проходившие лечение в отделении с 2010 по 2013 г., состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении и шизотипического расстройства по МКБ-10. В экспериментальную группу вошли 120 пациентов, в структуре расстройств у которых, наряду с типично шизофреническими проявлениями с нарастающими негативными нарушениями, имелась ипохондрическая симптоматика. Группу сравнения составили 50 пациентов с аналогичным диагнозом и давностью заболевания, но без ипохондрической симптоматики.

В качестве основных методов исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, терапевтический, антропометрический, статистический. В качестве инструментов исследования применяли модифицированный вариант Базисной карты, стандартизированного описания больного шизофренией и родственника [11], Шкалу оценки негативных расстройств у больных шизофренией в ремиссиях [14], Опросник оценки социального функционирования и качества жизни психически больных [5]. Антропометрическое обследование пациентов проводили по методике В. В. Бунака [4].

* Корнетова Елена Георгиевна, к.м.н., с.н.с. отд. эндогенных расстройств. Телефон 8(3822)738775, e-mail: kornetova@sibmail.com

Микилев Филипп Филиппович, к.м.н., н.с. отд. эндогенных расстройств. Тел. 8(3822)738825, e-mail: mikilev@mail.ru

Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., проф., зам. директора, зав. отд. эндогенных расстройств. Телефон 8(3822)724379, e-mail: asemke@mail.ru

Таблица 2
Типы адаптации у пациентов основной группы
с разным образовательным уровнем

Тип адаптации		Образование					Всего
		Неполное среднее	Среднее	Средне-специальное	Неоконченное высшее	Высшее	
Интегративный	абс.	0	0	0	2	6	8
	%	0	0	0	25,0	75,0*	100
Деструктивный	абс.	6	9	8	14	14	51
	%	11,7	17,6	15,7	27,5	27,5	100
Экстравертный	абс.	0	2	3	4	4	13
	%	0	15,4	23,0	30,8	30,8	100
Интравертный	абс.	2	5	23	4	14	48
	%	4,2	10,4	47,9**	8,3	29,2	100

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

Во всех подгруппах основной группы независимо от типа адаптации преобладали пациенты, не состоящие в браке (табл. 3). Среди пациентов с деструктивным типом адаптации встречается статистически значимо ($p < 0,01$) наименьшее число женатых (замужних) пациентов (11,8 %) по сравнению с пациентами с другими типами адаптации. Наибольшее количество холостых наблюдалось в подгруппе пациентов с интравертным типом адаптации (58,3 %; $p > 0,05$); наибольшее число разведенных – в подгруппе пациентов с деструктивным типом адаптации (27,4 %; $p > 0,05$).

Таблица 3
Типы адаптации у пациентов основной группы
с разным семейным положением
на момент обследования

Тип адаптации		Женат/замужем	Холост	Разведен	Вдов	Сожительство	Всего
Интегративный	абс.	4	4	0	0	0	8
	%	50,0	50,0	0	0	0	100
Деструктивный	абс.	3	31	12	3	2	51
	%	5,9*	60,8	23,5	5,9	3,9	100
Экстравертный	абс.	5	6	2	0	0	13
	%	38,5	46,1	15,4	0	0	100
Интравертный	абс.	14	27	7	0	0	48
	%	29,2	56,2	10,4	0	0	100

Примечание. * – $p < 0,01$.

При исследовании типа индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты пациентов выявлено, что в обеих группах наиболее распространенной была индивидуальная компенсаторно-приспособительная защита по типу «укрытия под опекой» (53,3 и 58,0 %; $p > 0,05$). Данный паттерн приводил к прогрессивной утрате социальных навыков, оставлению попыток самостоятельного совладания с проблемами и, как следствие, к нарастанию паранегативных расстройств и неспособности адаптироваться в экстрагоспитальном мире. Особенностью данного типа защиты является необходимость разносторонней внешней стимуляции и коррекции; при этом компенсация возможна только при наличии постоянной опеки со стороны родных и психиатров.

В основной группе статистически значимо ($p < 0,01$) чаще встречались лица с защитой по типу «экологической ниши» (30,0 %), в то время как в группе сравнения данный тип встречался в 8,0 % случаев. При данном типе развивающиеся в динамике психические нарушения препятствовали сохранению преморбидных, профессиональных и семейных функций и отношений. Наблюдалось формирование нового жизненного стереотипа либо по типу общего снижения, либо по типу «двойной жизни», со сниженным социально полезным функционированием, с возможностью восстановления трудового и микросоциального статуса при наличии социального «убежища», создаваемого окружением на производстве и в семье. В остальном различия между группами не имели статистической значимости ($p > 0,05$).

Учитывая то, что адаптационные возможности пациентов зависят от их ощущения ответственности за свое здоровье и способности к комплаентности, были изучены такие показатели, как обращаемость в психоневрологический диспансер и регулярность приема поддерживающей терапии. Анализ обращаемости пациентов основной группы к участковому врачу-психиатру показал, что большинство пациентов всех подгрупп самостоятельно и регулярно обращались в диспансерное отделение (табл. 4). Наибольшее число пациентов, не нуждавшихся в постоянном наблюдении участковым врачом-психиатром, обнаружено в подгруппе пациентов с интегративным типом адаптации (50,0 %; $p < 0,05$). В остальном различия между подгруппами не достигали статистически значимого уровня ($p > 0,05$).

Таблица 4
Обращаемость пациентов основной группы
с различными типами адаптации
к участковому врачу-психиатру

Тип адаптации		Не обращается	Обращается		Отказ от посещения	Всего
			самостоятельно	по вызову		
Интегративный	абс.	4	4	0	0	8
	%	50,0*	50,0	0	0	100
Деструктивный	абс.	0	47	2	2	51
	%	0	92,2	3,9	3,9	100
Экстравертный	абс.	0	11	0	2	13
	%	0	84,6	0	15,4	100
Интравертный	абс.	8	36	2	2	48
	%	16,6	75,0	4,2	4,2	100

Примечание. * – $p < 0,05$.

Наблюдению у врача-психиатра должно сопутствовать выполнение полученных от него рекомендаций, в том числе и регулярный прием поддерживающего лечения. Анализ регулярности приема поддерживающей терапии показал отсутствие между подгруппами пациентов с различными типами адаптации статистически значимых различий ($p > 0,05$) (табл. 5).

При этом на уровне тенденции выявлено, что в сравнении с остальными подгруппами среди пациентов с интегративным типом адаптации имелось наибольшее число лиц, соблюдающих все полученные рекомендации и регулярно принимающих поддерживающее лечение (75,0 %); среди пациентов с деструктивным типом адаптации была наибольшей доля лиц, принимающих поддерживающее лечение эпизодически и время от времени самовольно прекращающих прием препаратов (47,2 %); среди пациентов с интравертным типом адаптации зарегистрировано наибольшее число лиц, самовольно прекративших поддерживающее лечение (4,2 %).

Таблица 5
Регулярность приема поддерживающей терапии пациентами основной группы с разными типами адаптации

Тип адаптации		Не нуждается	Отказывается	Эпизодически	Постоянно	Всего
Интегративный	абс.	0	0	2	6	8
	%	0	0	25,0	75,0	100
Деструктивный	абс.	0	2	24	25	51
	%	0	3,9	47,1	49,0	100
Экстравертный	абс.	0	0	6	7	13
	%	0	0	46,2	53,8	100
Интравертный	абс.	0	2	21	25	48
	%	0	4,2	43,7	52,1	100

Примечание. * – $p > 0,05$.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного собственного исследования позволяют сделать выводы о том, что конституционально-морфологические характеристики, образовательный уровень, семейное положение, длительность психического заболевания, обращаемость к врачу-психиатру и выполнение полученных от него рекомендаций способны оказывать значимое влияние на адаптационные возможности больных шизофренией и шизотипическим расстройством с ипохондрической симптоматикой и нарастающими негативными нарушениями. Учет данных показателей необходим при построении программ комплексной реабилитации этой сложной категории больных.

Л и т е р а т у р а

1. Атлас психического здоровья населения Омской области / под ред. В. Я. Семке. – Томск; Омск, 2012. – 112 с.
2. Атлас психического здоровья населения Томской области / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 2008. – 120 с.
3. Бохан Н. А., Семке В. Я. Психиатрическая наука в Сибири: итоги и перспективы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1998. – № 4. – С. 48.
4. Бунак В. В. Антропометрия. Практический курс. – М.: Учпедгиз, 1941. – 367 с.
5. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 35–40.
6. Дубницкая Э. Б., Волель Б. А., Серебрякова Е. В. Невредовая ипохондрия: история и современное состояние проблемы (обзор литературы) // Психиатрия. – 2008. – № 1. – С. 44–54.

7. Дубницкая Э. Б., Волель Б. А., Серебрякова Е. В. Невредовая ипохондрия: история и современное состояние проблемы (часть II) // Психиатрия. – 2008. – № 2. – С. 55–62.
8. Корнетов А. Н. Оценка депрессивных расстройств у больных, страдающих соматическими заболеваниями, в условиях первичной медицинской сети // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 1. – С. 37–41.
9. Мухаметшина З. Ф. Социально-средовая адаптация и качество жизни больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 4. – С. 70–73.
10. Павлова Л. К. Ипохондрические ремиссии при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – Вып. 9. – С. 95–101.
11. Ричнер М. С., Логвинович Г. В., Корнетов Н. А., Красик Е. Д., Залевский Г. В. Базисная карта стандартизованного описания пробанда и родственника. – Томск, 1985.
12. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Рахматова Л. Д., Корнетова Е. Г., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А. Биологические и клинко-социальные механизмы развития эндогенных психических заболеваний // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 19–23.
13. Стулевич А. Б., Сыркин А. Л., Львов А. Н. Дифференциальный диагноз в психосоматике // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 3. – С. 4–15.
14. Красик Е. Д., Логвинович Г. В. Социально-трудова адаптация больных приступообразной шизофренией. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1991. – 185 с.
15. Старичков Д. А., Дресвянников В. Л., Овчинников А. А. Современные проблемы адаптации больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3 (54). – С. 17–20.
16. Чуркин А. А., Творогова Н. А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – № 1 – С. 21–28.
17. Docherty N. M., St-Hilaire A., Aakre J. M., Seghers J. P. Life Events and High-Trait Reactivity Together Predict Psychotic Symptom Increases in Schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. – 2009. – № 35 – P. 628–645.
18. Fergus T. A., Valentiner, D. P. Reexamining the domain of hypochondriasis // Journal of Anxiety Disorders. – 2009. – № 23. – P. 760–766.
19. Kornetov A. Old age psychiatry: training in Siberia // Mental Health Reforms. – 2002. – Vol. 7, № 2. – P. 7–8.

Транслитерация русских источников

1. [Atlas of mental health of the population of the Omsk Region]. V. Ya. Semke, ed. Tomsk, Omsk, 2012. 112 p. (In Russ.).
2. [Atlas of mental health of the population of the Tomsk Region]. V. Ya. Semke, ed. Tomsk, 2008. 120 p. (In Russ.).
3. Bokhan N. A., Semke V. Ya. [Psychiatric science in Siberia: results and prospects]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 1998; 4: 48. (In Russ.).
4. Bunak V. V. [Anthropometry. Practical course]. Uchpedgiz, Moscow, 1941. 367 p. (In Russ.).
5. Gurovich I. Ya., Shmukler A. B. [Questionnaire for rating of social functioning and quality of life of mental patients]. *Social'naja i klinicheskaja psikiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 1998; 8, 2: 35–40. (In Russ.).
6. Dubnitskaya E. B., Volel B. A., Serebryakova E. V. [Non-delusional hypochondria: history and state-of-the-art (literature review)]. *Psikiatrija* [Psychiatry]. 2008; 1: 44–54. (In Russ.).
7. Dubnitskaya E. B., Volel B. A., Serebryakova E. V. [Non-delusional hypochondria: history and state-of-the-art (part II)]. *Psikiatrija* [Psychiatry]. 2008; 2: 55–62. (In Russ.).

8. Kornetov A. N. [Evaluation of depressive disorders of patients suffering from somatic illnesses in primary medicinal network]. *Rossiiskij psixiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2007; 1: 37—41. (In Russ.).
9. Mukhametshina Z. F. [Social-environmental adaptation and quality of life of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders]. *Rossiiskij psixiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2008; 4: 70—73. (In Russ.).
10. Pavlova L. K. [Hypochondriac remissions in schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. 2009; 9: 95—101. (In Russ.).
11. Ritsner M. S., Logvinovich G. V., Kornetov N. A., Krasik E. D., Zalevsky G. V. [Basic card of standardized description of a proband and a relative]. Tomsk, 1985. (In Russ.).
12. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Rakhmazova L. D., Kornetova E. G., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A. [Biological and clinical-social mechanisms of endogenous mental diseases development]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4: 19—23. (In Russ.).
13. Smulevich A. B., Syrkin A. L., Lvov A. N. [Differential diagnosis in psychosomatics]. *Psichicheskie rasstrojstva v obshhej medicene* [Mental Disorders in General Medicine]. 2010; 3: 4—15. (In Russ.).
14. Krasik E. D., Logvinovich G. V. [Social-occupational adaptation of patients with attack-like schizophrenia]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 1991. 185 p. (In Russ.).
15. Starichkov D. A., Dresvyannikov V. L., Ovchinnikov A. A. [Modern problems of adaptation of schizophrenic patients]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3(54): 17—20. (In Russ.).
16. Churkin A. A., Tvorogova N. A. [Prevalence of mental disorders in Russia in 2009]. *Vestnik nevrologii, psixiatrii i neirohirurgii* [Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery]. 2011; 1: 21—28. (In Russ.).

УДК 616.895.4
ББК Р64-324-32

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Прокопьева М. Л., Собенников В. С.*

ГБОУ ВПО Иркутский ГМУ Минздрава России
664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1

Обследовано 129 стационарных пациентов с расстройствами аффективного спектра, клиническая картина которых кроме аффективного компонента включала множественные соматизированные симптомы. Клиническое изучение пациентов, дополненное применением шкалы BSDS, позволило выделить 3 клинических группы: рекуррентной депрессии (РД), вероятно биполярной депрессии (ВБД), биполярной депрессии (БД). Установлена зависимость клинических характеристик соматизированных депрессий от типа течения аффективного заболевания в рамках оппозиционных вариантов – рекуррентно-депрессивного (РД) и отчетливо биполярного (БД). **Ключевые слова:** соматизированная депрессия, рекуррентное течение депрессии, биполярное течение депрессии, вероятно биполярное течение.

PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES OF SOMATIZATION DEPRESSION, DEPENDING ON THE TYPE OF THE COURSE OF AFFECTIVE DISORDER. Prokopyeva M. L., Sobennikov V. S. Irkutsk State Medical University. Krasnoye Vosstaniye Street 1, 664003, Irkutsk, Russian Federation. 129 inpatients with affective spectrum disorders, whose clinical picture included besides affective component, also multiple somatization symptoms, have been examined. Clinical study supplemented with use of BSDS scale made it possible to distinguish three clinical groups: recurrent depression (RD), probably bipolar depression (PBD) and distinctly bipolar depression (BD). The dependence of clinical characteristics of depression with somatization on the type of course of affective disease within oppositional versions – recurrent depression (RD) and distinctly bipolar depression (BD) has been shown. **Key-words:** somatization depression, recurrent course of depression, bipolar depression, probably bipolar course.

Парадигма соматизированной депрессии, получившая наиболее интенсивное развитие в 70-е – 80-е годы прошлого века, породила значительный объем опубликованной психиатрической литературы. В большинстве работ авторы указывали на высокую частоту депрессии среди соматических пациентов и больных с хронической болью, а у страдающих депрессией отмечалась распространенность симптомов соматизации и ипохондрии. Установлено, что в виде соматизированных форм чаще проявляется преимущественно неглубокая, «мягкая» депрессия [16], но в клинко-патогенетическом отношении она

* Собенников Василий Самуилович – проф., д.м.н., зав. кафедрой психиатрии и медицинской психологии. Тел.: +7(3952)243661; E-mail: vsobennikov@gmail.com
Прокопьева Мария Леонидовна – врач клиники неврозов и психотерапии; E-mail: maria310782@rambler.ru

представлялась сложной, смешанной, с наложением не только реактивно-невротических, но и маниакальных элементов, существенно осложняющих терапию [15]. В типологическом отношении соматические маски чаще приобретает тревожная депрессия. В этой связи высказано предположение, что тревога, как и тоска, будучи компонентом «тимопатического» базиса, способна приобретать «витальный» характер и определять чувство физического нездоровья [17].

С внедрением классификаций МКБ-10 и DSM-IV интерес клиницистов к проблеме маскированных, соматизированных депрессий существенно снизился, преобладающей становится тенденция оценки состояний с наличием клинически очерченных аффективных и соматоформных расстройств в аспекте коморбидных отношений. Правомерность такого подхода поддерживается независимым влиянием депрессии и соматизации на показатели социальной адаптации и уровень социального функционирования, а также потребления ресурсов здравоохранения [12]. Внимание исследователей все в большей степени привлекает старая проблема дихотомии униполярного и биполярного типов аффективных расстройств. Это обусловлено успехами психофармакологии, накоплением фактов и знаний относительно существенных различий в терапевтическом сопровождении депрессий рекуррентного и биполярного типов [2, 4, 5]. Выделяется спектр аффективных нарушений, имеющих различный удельный вес симптомов мании и депрессии, как в актуальном эпизоде, так и в динамике, в том числе с неявным проявлением биполярности [7, 8, 10]. Предполагается, что континуум биполярных расстройств не исчерпывается депрессивными, маниакальными и смешанными эпизодами, а включает различные негативные эмоциональные состояния, такие как тревога, паника, раздражительность, эмоциональная лабильность, импульсивность [1, 5, 9].

Среди пациентов первичной медицинской сети широко представлены неглубокие тревожные депрессии с преимущественно «телесной презентацией» [13]. В их структуре депрессия и тревога выступают в виде смешанных состояний, сочетаются с соматоформными симптомами [11, 14, 18]. По мнению В. Н. Краснова [3], в современных классификациях они растворены в неоднородной по клиническим и патогенетическим параметрам группе соматоформных нарушений. Правомерно предполагать, что среди подобных расстройств определенную долю занимают депрессии, тяготеющие к биполярному спектру. Поэтому уточнение диагностических критериев расстройств, феноменологически проявляющихся соматизированной депрессией, представляется актуальной задачей с психопатологической и общемедицинской точки зрения.

Цель исследования: уточнение диагностических критериев соматизированной депрессии при рекуррентно-депрессивном и биполярном типах течения.

Материал и методы исследования. Обследовано 129 стационарных пациентов с расстройствами аффективного спектра, из них 89 женщин (69,0 %), 40 мужчин (31,0 %), соотношение мужчин и женщин составляло 1:2,2. Средний возраст на момент исследования составил $43,6 \pm 1,1$ года (медиана 45,0, нижний квартиль 34,0, верхний квартиль 53,0 года). Клиническая картина заболевания во всех случаях определялась депрессивной симптоматикой в сочетании с множественными соматизированными психопатологическими нарушениями (патологические телесные сенсации – алгии и сенестоалгии, вегетативные сенсации и дисфункции).

В исследование вошли лица, направленные к психиатру после продолжительного периода (в среднем $2,8 \pm 0,4$ года, медиана 1,0, нижний квартиль 0,0, верхний 4,0 года) наблюдения и лечения специалистами первичной медицинской сети. Все пациенты проходили стационарное лечение в пограничном психиатрическом отделении факультетских клиник ГБОУ ВПО ИГМУ МЗ РФ. Диагностика осуществлялась на основе комплексного, совместного с интернистами, изучения.

В качестве психопатологических оценочных инструментов применялись шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS), шкала биполярности (BSDS – The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale) и опросник соматических симптомов (SSI). Семиология клинических проявлений представлена в виде матрицы, включающей 308 признаков (164 признака по данным клинической регистрации и 144 признака, отражающих данные результатов тестирования). Статистическая обработка осуществлялась при помощи программы Statistica (версия 6,0) StatSoft, использовался модуль «основные статистики/таблицы».

Результаты. Клиническое изучение, дополненное применением шкалы BSDS, позволило выделить 3 клинических группы, отражающих тяготение изученных депрессивных эпизодов к биполярному спектру. 1-я группа – пациенты с рекуррентной соматизированной депрессией (РД) (43 – 34,1 %) с низкой вероятностью биполярного течения (сумма баллов BSDS варьирует от 0 до 12). 2-я группа – пациенты с вероятностно биполярной депрессией (ББД) (30 – 23,3 %) с признаками возможно биполярного течения аффективного расстройства (сумма баллов BSDS 13–19). 3-я группа – пациенты с биполярной депрессией (БД) (56 – 42,6 %) с отчетливо биполярным течением аффективного расстройства (сумма баллов BSDS в диапазоне от 20 до 25).

Распределение больных по полу и возрасту в зависимости от выделенных клинических групп представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных соматизированной депрессией по полу и возрасту в зависимости от выделенных клинических групп

Возраст больных	Группа больных СД					
	РД (n=43)		ВБД (n=30)		БД (n=56)	
Мужчины/женщины	n=9 20,9 %	n=34 79,1 %	n=11 36,7 %	n=19 63,3 %	n=20 35,7 %	n=36 64,3 %
16—29 лет	1 11,1 %	3 8,8 %	3 27,3 %	5 26,3 %	7 35,0 %	5 13,9 %
30—54 лет	6 66,7 %	19 55,9 %	8 72,7 %	13 68,4 %	12 60,0 %	22 61,1 %
55 лет и старше	2 22,2 %	12 35,3 %	0 0,0 %	1 5,3 %	1 5,0 %	9 25,0 %

Существенных различий между группами в распределении больных по полу и возрастным диапазонам не установлено, кроме значимо меньшего числа лиц старше 55-летнего возраста среди больных группы ВБД при сравнении с группой РД ($p < 0,01$).

Клиническое изучение актуального статуса больных включало стандартизованную оценку с помощью шкал тревоги и депрессии Гамильтона. С использованием критерия Манна-Уитни осуществлялось сравнение распространенности и выраженности их усредненных показателей.

В таблице 2 приведены усредненные данные аффективных и ассоциированных нарушений, согласно инструментальной регистрации, имеющие статистически значимые различия в зависимости от клинических групп.

В аффективном звене всех трех выделенных вариантов (РД, ВБД, БД) соматизированной депрессии примерно в равной степени была представлена тревожная симптоматика, имеющая, как правило, умеренную и тяжелую степень выраженности. Об этом свидетельствовали достаточно близкие средние суммарные показатели шкалы тревоги Гамильтона (HARS), вне зависимости от принадлежности к выделенным клиническим вариантам (рис. 1).

В группе РД усредненный суммарный результат составил $23,7 \pm 0,98$ балла (медиана 23, нижний квартиль 19, верхний квартиль 29), в группе ВБД – $24,0 \pm 1,31$ (медиана 25,5, нижний квартиль 18,0, верхний квартиль 29,0), в 3-й группе (БД) – $23,6 \pm 0,82$ (медиана 22,5, нижний квартиль 20,0, верхний квартиль 27,0).

Собственно тревожное настроение (по шкале HARS) у пациентов групп РД и ВБД имело преимущественно слабую и умеренную степень и лишь у больных с БД было умеренным, в ряде случаев выраженным. Преобладание тревоги «выраженной степени» среди пациентов группы БД по сравнению с пациентами группы ВБД достигало уровня статистической значимости ($p < 0,01$).

Таблица 2
Усредненные стандартизированные клинические показатели (согласно шкалам HARS и HRDS) клинической картины соматизированной депрессии в зависимости от выделенных клинических групп

Клинико-инструментальный параметр	Средние значения в группах больных и уровень статистической достоверности			
	РД (n=43)	ВБД (n=30)	БД (n=56)	p≤
HARS тревожное настроение	$1,8 \pm 0,16$	$1,5 \pm 0,21$	$2,3 \pm 0,13$	0,03**, 0,001***
HARS тревога выраженная	$0,7 \pm 0,07$	$0,5 \pm 0,09$	$0,8 \pm 0,06$	0,01***
HARS депрессивное настроение	$2,7 \pm 0,15$	$2,7 \pm 0,15$	$2,3 \pm 0,09$	0,002**, 0,002***
HARS мышечные симптомы	$1,5 \pm 0,15$	$2,1 \pm 0,21$	$1,8 \pm 0,16$	0,1*
HARS респираторные симптомы	$0,7 \pm 0,15$	$1,1 \pm 0,22$	$0,6 \pm 0,11$	0,003***
HARS респираторные симптомы, выраженные	$0,2 \pm 0,06$	$0,4 \pm 0,09$	$0,1 \pm 0,04$	0,1*, 0,001***
HARS вегетативные симптомы	$1,7 \pm 0,15$	$2,0 \pm 0,24$	$2,2 \pm 0,14$	0,05**
HARS вегетативные симптомы, выраженные	$0,5 \pm 0,07$	$0,6 \pm 0,09$	$0,7 \pm 0,06$	0,04**
HARS, сумма баллов	$23,7 \pm 0,98$	$24,0 \pm 1,31$	$23,6 \pm 0,82$	-
HRDS инсомния ранняя	$1,4 \pm 0,11$	$1,0 \pm 0,16$	$1,2 \pm 0,11$	0,1*
HRDS инсомния средняя	$1,2 \pm 0,12$	$0,6 \pm 0,13$	$1,0 \pm 0,10$	0,002*, 0,02***
HRDS ажитация	$0,8 \pm 0,14$	$0,5 \pm 0,13$	$1,1 \pm 0,13$	0,05**, 0,003***
HRDS ажитация выраженная	$0,3 \pm 0,07$	$0,1 \pm 0,06$	$0,4 \pm 0,07$	0,01***
HRDS заторможенность	$1,3 \pm 0,16$	$1,0 \pm 0,17$	$0,9 \pm 0,13$	0,1**
HRDS психическая тревога	$1,6 \pm 0,16$	$2,0 \pm 0,19$	$2,1 \pm 0,14$	0,03**
HRDS психическая тревога, выраженная	$0,5 \pm 0,08$	$0,7 \pm 0,09$	$0,8 \pm 0,06$	0,06**
HRDS симптомы ЖКТ	$1,0 \pm 0,10$	$0,6 \pm 0,10$	$1,0 \pm 0,09$	0,02**, 0,02***
HRDS симптомы ЖКТ, выраженные	$0,2 \pm 0,07$	$0,03 \pm 0,03$	$0,1 \pm 0,04$	0,002*, 0,1**
HRDS отсутствие суточных колебаний	$0,5 \pm 0,08$	$0,3 \pm 0,09$	$0,3 \pm 0,06$	0,1**
HRDS суточные колебания, выраженные	$0,05 \pm 0,03$	$0,1 \pm 0,06$	$0,3 \pm 0,06$	0,006**
HRDS ипохондрия	$1,4 \pm 0,16$	$1,0 \pm 0,15$	$1,7 \pm 0,15$	0,005***
HRDS ипохондрия выраженная	$0,4 \pm 0,08$	$0,3 \pm 0,08$	$0,6 \pm 0,06$	0,007***
HRDS деперсонализация-дереализация	$0,3 \pm 0,09$	$0,2 \pm 0,10$	$0,5 \pm 0,09$	0,1***
HRDS сумма баллов	$24,4 \pm 0,82$	$21,5 \pm 1,01$	$25,0 \pm 0,79$	0,03*, 0,01***

Примечание. * – Статистически достоверные различия между РД и ВБД, ** – между РД и БД, *** – между ВБД и БД.

Показатель «депрессивное настроение» по шкале HARS среди пациентов с РД и ВБД приближался к уровню «тяжелого», а среди большинства пациентов с БД чаще определялся как «умеренное» ($p < 0,002$).

Соматизированные симптомы, феноменологически соотносимые с тревожным аффектом, такие как «мышечные» и «респираторные», имели наиболее высокие средние показатели у пациентов группы ВБД ($p < 0,1$) и были пред-

ставлены чаще, чем в группе пациентов БД ($p<0,003$). Более того, данные нарушения в «выраженной» степени выявлялись чаще как при сравнении с пациентами группы БД ($p<0,001$), так и с пациентами группы РД ($p<0,1$). Напротив, вегетативные симптомы тревоги (сухость во рту, покраснение или бледность кожи, потливость и головные боли напряжения) с большей частотой наблюдались среди пациентов группы БД, но различия были статистически достоверными лишь относительно группы РД ($p<0,05$), это касалось и нарушений, имеющих «выраженную» степень ($p<0,04$).

По результатам исследования с использованием шкалы депрессии Гамильтона (HRDS) клинические группы РД и БД имели сравнимые усредненные суммарные показатели инструментально регистрируемой депрессии, свидетельствующие о преобладании депрессии тяжелого (>23 баллов) уровня. Среди пациентов с БД усредненный суммарный результат составил $25,0\pm 0,8$ (медиана 25,0, нижний квартиль 21,5, верхний квартиль 29,0), РД – $24,4\pm 0,8$ баллов (медиана 25,0, нижний квартиль 20,0, верхний квартиль 28,0). Более низкие (при $p<0,01$ и $p<0,03$) средние значения суммы баллов по шкале HRDS зарегистрированы у пациентов с ВБД ($21,5\pm 1,0$) (медиана 21,5, нижний квартиль 18,0, верхний квартиль 26,0), среди которых преобладал умеренный уровень депрессии (<23 баллов) (рис. 1).

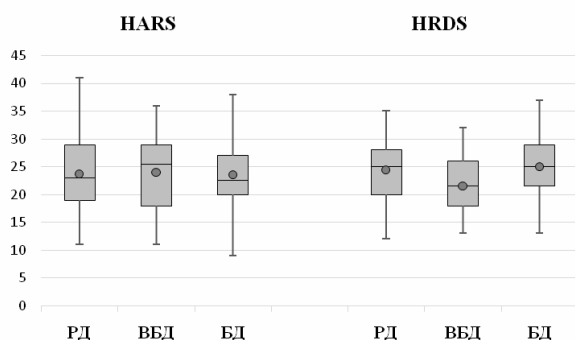


Рис. 1. Сумма баллов по шкалам HARS и HRDS в группах пациентов с РД, ВБД и БД

Инструментально регистрируемый спектр симптомов депрессии (по HRDS) между выделенными клиническими вариантами также существенно различался. Прежде всего это касалось выраженности психомоторных нарушений. Среди пациентов с рекуррентной соматизированной депрессией (РД) на уровне тенденции чаще наблюдалась заторможенность, особенно при сравнении с группой БД ($p<0,1$). Напротив, среди пациентов с биполярной депрессией (БД) достоверно чаще регистрировалась ажитация, как при сравнении с пациентами с РД ($p<0,05$), так и ВБД ($p<0,003$). Однако ажитация выра-

женной степени у больных БД преобладала лишь относительно пациентов группы ВБД ($p<0,01$). Кроме того, в клинической картине пациентов с БД, при сравнении с группой РД, с большей частотой была представлена «психическая тревога» по HRDS ($p<0,03$), имеющая более тяжелый уровень ($p<0,06$). При примерно равной выраженности поздней инсомнии среди пациентов РД распространение имела ранняя и средняя инсомния, что свидетельствовало о частоте нарушений сна на протяжении всей ночи. Ранняя инсомния у больных РД была представлена чаще при сравнении с пациентами ВБД ($p<0,1$), а средняя инсомния преобладала как относительно пациентов с ВБД ($p<0,002$), так и БД ($p<0,02$). Также среди пациентов с рекуррентной соматизированной депрессией с большей частотой встречались характерные соматизированные симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта – утрата аппетита, тяжесть в животе, спастические запоры (при $p<0,002$ относительно группы ВБД, $p<0,1$ относительно группы БД). В то же время суточные колебания аффекта наблюдались реже ($p<0,1$), а выраженные суточные колебания встречались значительно реже ($p<0,006$), чем среди пациентов группы БД. Кроме того, в клинике аффективного эпизода пациентов группы БД отмечались наиболее высокие средние значения показателей ипохондрии и деперсонализации, но статистически значимыми различия были лишь при сравнении с группой ВБД: ипохондрия (при $p<0,005$), выраженная ипохондрия (при $p<0,0070$, деперсонализация (на уровне тенденции при $p<0,1$).

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что клиническая структура аффективных расстройств в рамках континуума, отражающего степень тяготения аффективных нарушений к биполярному спектру, при формировании клиники соматизированной депрессии обнаруживает как общие, так и характерные черты. Общей особенностью является распространенность и выраженность симптомов тревоги в структуре тимопатического базиса соматизированной депрессии, вне зависимости от типологии течения. Но при относительной близости суммарных показателей тревожных нарушений выраженность отдельных компонентов согласно пунктам шкалы HARS существенно различается. Так, субъективное переживание тревоги и степень сопровождающей её ажитации, вегетативные симптомы тревоги и ипохондрическая фиксация, а также суточные колебания аффекта (по шкалам HARS и HRDS) значимо преобладают в клинике отчетливо биполярной депрессии (БД). Напротив, гипотимный аффективный тон (согласно HARS) и признаки психомоторной заторможенности (по HRDS) в наибольшей степени представлены в клинике

рекуррентной соматизированной депрессии (РД)0. Также в клинике РД, по сравнению с биполярными вариантами (БД и БД), сон чаще нарушается тотально, включая «раннюю» и «среднюю» инсомнию (по HRDS), реже представлен характерный циркадианный ритм, а среди соматизированных симптомов относительно большую выраженность имеют гастроинтестинальные (утрата аппетита, тяжесть в животе, запоры и потребность в слабительных).

В клинической картине пациентов с вероятно биполярной депрессией (БД) меньшую распространенность имели соматизированные гастроинтестинальные симптомы, суточные колебания аффекта, ипохондрия, деперсонализация (HRDS). Данные особенности коррелировали со значимо более низкими показателями усредненной суммы баллов по шкале депрессии Гамильтона, относительно иных вариантов, поэтому данный вариант рассматривался как неразвернутый и не включался в сравнительный психопатологический анализ соматизированной рекуррентной (РД) и биполярной (БД) депрессии.

Заключение. Установлена связь клинических характеристик соматизированных депрессий с типом течения аффективного заболевания в рамках оппозиционных вариантов – рекуррентно-депрессивного (РД) и отчетливо биполярного (БД). Для рекуррентного варианта предпочтительна «типичная» картина депрессии с преимущественной выраженностью гипотимного аффекта относительно тревоги, преобладание психомоторного торможения и собственно депрессивных соматизированных симптомов (депрессивная соматизация). В случае биполярного типа характерна большая выраженность тревоги в аффективном звене, элементы ажитации и преобладание симптомов соматической тревоги (тревожная соматизация), а также частота ипохондрической направленности переживаний и более отчетливые нарушения циркадианного ритма с суточными колебаниями аффекта. Полученные результаты позволяют оптимизировать диагностику и терапию соматизированных депрессий не только в условиях психиатрического наблюдения, но и в общемедицинской сети.

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
2. Мосолов С. Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / под ред. С. Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.

3. Краснов В. Н. Аффективные расстройства // Психиатрия: национальное рук-во / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 230–233.
3. Симуткин Г. Г. Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 3. – С. 34–41.
4. Angst J. Bipolar disorder-methodological problems and future perspectives // Dialogues Clin. Neurosci. – 2008. June. – Vol. 10, № 2. – P. 129–139.
5. Angst J., Adolfsson R., Benazzi F. et al. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // J. Affect. Disord. – 2005. – Vol. 88. – P. 217–233.
6. Bipolar Disorder. Edited by M. Maj, H. S. Akiskal, J. J. Lopez-Ibor, N. Sartorius. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry. – Wiley, 2002. –Vol. 5. –526 p.
7. Bowden C. L. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression // J. Affect. Disord. – 2005. – Feb. –Vol. 84 (2–3). – P. 117–125.
8. Calabrese J. R., Hirschfeld R. M. A., Frye M. A., Reed M. L. Impact of depressive symptoms compared with manic symptoms in bipolar disorder: results of a U.S. community-based sample // J. Clin. Psychiatry. – 2004. – Vol. 65. – P. 1499–1504.
9. Dunner D. L., Fleiss J. L., Fieve R. R. The course of development of mania in patients with recurrent depression // Am. J. Psychiatry. –1976. – Vol. 133. – P. 905–908.
10. Escobar J. I., Burnam M. A., Karno M., Torsythe A., Golding J. M. Somatization in the Community // Arch. Gen. Psychiatry. –1987. – № 8. – P. 713–718.
11. Fábão C., Silva M. C., Fleming M., Barbosa A. Somatoform disorders – a revision of the epidemiology in primary health care //Acta Med. Port. – 2010. – Vol. 23, № 5. – P. 865–872.
12. Hamilton M. Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness) // Br. J. Psychiat. –1989. – Vol. 154. – P. 201–206.
13. Kirmayer L. J., Robbins J. M. Current Concepts of Somatization: Research and Clinical Perspectives. – Washington: American Psychiatric Press Inc., 1993. – P. 107–141.
14. Kuhn R. The treatment of masked depression // Masked Depression / Ed. P. Kielholz. – Bern: Hans Huber Publishers, 1973. – P. 188–194.
15. Lopez-Ibor J. J. Masked depressions // Brit. J. Psychiatry. – 1972. – Vol. 120. – P. 245–258.
16. Pissot P., Hassan J. Masked depression and depressive equivalence – problems of definition and diagnosis // Masked depression / Ed. P. Kielholz. – Bern; Stuttgart; Vienna, 1973. – P. 61–80.
17. Stein M. B., Kirk P., Prabhu V., Grott M., Terepa M. Mixed anxiety-depression in primary care clinic // J. of Affective Disorders. – 1995. – № 2. – P. 79–84.

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N. A., Semke V. Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
2. Mosolov S. N., ed. [Bipolar affective disorder: diagnosis and therapy]. MEDpress-inform, 2008. 384 p. (In Russ.).
3. Krasnov V. N. [Affective disorders]. In: [Psychiatry: national handbook]. Dmitrieva T. B., Krasnov V. N., Neznanov N. G., Semke V. Ya., Tiganov A. S., eds. GEOTAR-Media, Moscow, 2009; 230–233. (In Russ.).
4. Simutkin G. G. [Modern tools for screening of bipolar affective disorders (review)]. Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii [Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2012; 3: 34–41. (In Russ.).

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13:613.956

ББК Р645.021.1.11-1-14-17-18-43-52-57

КЛИНИКО-ПАТОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПАТОМОРФОЗА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИЙ В СОЦИАЛЬНО-ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ

Мандель А. И.^{*}, Артемьев И. А.,
Невидимова Т. И., Батухтина Е. И.,
Воеводин И. В., Аболонин А. Ф.,
Солонский А. В., Прокопьева В. Д.,
Тошчакова В. А., Епимахова Е. В.,
Шушпанова Т. В.

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

Методами аналитической эпидемиологии выявлены факторы, оказывающие значимое влияние на состояние и динамику наркологических расстройств, особенности их распространения. Изучены клинико-психологические и патобиологические взаимосвязи при зависимости от психоактивных веществ у подростков, находящихся в пенитенциарных условиях. У больных алкоголизмом с противоправным поведением выявлены значительные изменения гормонального профиля. На основе патофизиологических маркеров разработаны модели, позволяющие с высокой точностью прогнозировать вероятность рецидива наркотической зависимости после вынужденного воздержания, а также риск эпизодического употребления наркотиков лицами подростково-юношеского возраста. Исследована способность антиоксиданта карнозина снижать окислительную модификацию белков и липидов плазмы крови, индуцированную этанолом и ацетальдегидом. Определена динамика наркологической ситуации среди студентов, которая характеризуется возрастающей ролью психоактивных веществ как источника удовольствия, средства от скуки и способа ухода от жизненных трудностей или неадаптивного стресс-реагирования, что требует обновления превентивных психотерапевтических программ, сочетанной профилактики аддитивных и аффективных расстройств. **Ключевые слова:** алкогольная, наркотическая зависимость, патоморфоз, делинквентность, пенитенциарные условия, кортизол, дегидроэпиандростерон, агрессивность, метаболизм, антиоксиданты, стресс-резистентность, прогнозирование, рецидив, подростки, студенты, аддитивное поведение, превенция.

CLINICAL-PATHOBIOLOGICAL REGULARITIES OF ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTIONS FORMATION AND PATHOMORPHOSIS IN SOCIALLY ORGANISED POPULATIONS. Bokhan N. A., Mandel A. I., Artemyev I. A., Nevidi-

mov A. I., Batukhtina E. I., Voevodin I. V., Abolonin A. F., Solonsky A. V., Prokopyeva V. D., Toshchakova V. A., Epimakhova E. V., Shushpanova T. V. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. With use of methods of analytical epidemiology the factors which influence significantly the state and dynamics of substance use disorders, peculiarity of their prevalence have been revealed. Clinical-psychological and pathobiological interrelationships in substance dependence in adolescents under penitentiary conditions have been studied. In alcoholic patients with delinquent behavior significant changes of hormonal profile have been revealed. Based on pathophysiological markers, models that allow predicting with high accuracy the likelihood of relapse of drug dependence after coerced abstinence as well as risk of episodic drug use by adolescents and youth have been developed. The ability of antioxidant carnosine to decrease the oxidative modification of proteins and lipids of blood plasma induced by ethanol and acetaldehyde has been investigated. The dynamics of narcological situation among students that is characterised by increasing role of psychoactive substances as a source of pleasure, mean against boredom and way of escape from life difficulties or maladaptive stress response have been identified that requires the updating of preventive psychotherapeutic programs, combined prevention of addictive and affective disorders. **Keywords:** alcohol, drug dependence, pathomorphosis, delinquency, penitentiary conditions, cortisol, dehydroepiandrosterone, aggression, metabolism, antioxidants, stress resistance, prediction, relapse, adolescents, students, addictive behavior, prevention.

Актуальность настоящего исследования определяется продолжающимся ростом числа наркологических заболеваний, в том числе коморбидных форм, имеющих прогрессивное течение с высокой степенью социальной дезадаптации [2, 6, 17]. Направления «Улучшение психического здоровья» и «Здоровье молодежи – сокращение числа молодых людей, употребляющих наркотики, табак и алкоголь» включены в Перечень стратегических задач РАН и МЗ России до 2015–2020 гг. Уровни зарегистрированной болезненности на территориях Сибири формируются под совокупным влиянием множества длительно и противоположно направленных факторов, в том числе организационно-управленческих.

Вопросы девиантного, делинквентного и аддитивного поведения неразделимы. На протяжении последних двух десятилетий в России наблюдается рост преступности среди населения, что, безусловно, связано с количественным ростом преступности несовершеннолетних. Аддитивное поведение подростков сопровождается утратой нормативного влияния семьи, родителей, ростом авторитета иных референтных групп – подростковых компаний, приобщенных к наркотической культуре, полукриминальных и криминальных сообществ [11, 16].

Изучение механизмов биологической предрасположенности к аддитивным формам поведения является приоритетным направлением современных исследований. Высокий порог нейрофизиологического реагирования может быть одним из биологических предикторов формирования аддитивного поведения и связанного с ним «поиска ощущений», основанного

^{*} Мандель Анна Исаевна, д-р мед. наук, проф., в.н.с. отделения аддитивных состояний. anna-mandel@mail.ru
Тел.: (83822)444780.

на потребности в непрерывном потоке сенсорной информации, получении нового опыта, не соответствующего социальным нормам.

Больные алкоголизмом характеризуются измененным ответом гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной систем на стресс [15, 31, 36]. Взаимосвязь гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, тестостерона с алкогольной аддикцией имеет двунаправленный характер, формируя порочные круги. Повышенные уровни тестостерона, кортизола могут способствовать развитию алкоголизма, при этом хроническая алкоголизация также ведет к повышению уровня этих гормонов и нарушению регуляции их секреции [28].

Формирование в организме патологического процесса часто сопровождается окислительным стрессом. У больных алкоголизмом дополнительным фактором, способствующим развитию окислительного стресса, является биотрансформация этанола и связанный с ней широкий спектр метаболических нарушений и соматических осложнений [3, 17, 25, 34]. Способностью антиоксидантов купировать токсические эффекты этанола и ацетальдегида во многом определяет успешность их использования в наркологической практике [5, 35].

Реабилитационная направленность современной наркологии предопределяет необходимость выделения критериев, основанных на изучении клинко-психологического, нейрофизиологического, иммунологического статуса больного, для создания однотипных терапевтических групп с дифференцированным лечебным подходом для каждого больного [19]. Наиболее актуальной задачей терапии и профилактики является поиск новых лекарственных средств, разработка технологий реабилитации наркологических больных, направленных на оптимизацию нейроиммунных взаимодействий, повышение резистентности организма и его стрессоустойчивости. Исходя из направления разрабатываемой темы, поставлена следующая цель исследования.

Цель работы – установление распространенности, клинко-патобиологических закономерностей формирования алкоголизма и наркоманий в социально организованных группах населения с разработкой научно обоснованных программ ранней профилактики и долгосрочной реабилитации.

Объекты и объем исследования. В исследовании приняли участие 568 студентов технических, гуманитарных и естественно-научных специальностей, 38,9 % юношей и 61,1 % девушек; 155 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 19 лет (средний возраст $17,1 \pm 0,9$ года), пребывающих в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей, и 110

воспитанниц женской воспитательной колонии (средний возраст $17 \pm 0,73$ года); 136 взрослых осужденных мужского пола, отбывающих наказание в исправительной колонии строгого режима. Критериями включения в группу обследуемых лиц было наличие установленного по МКБ-10 диагноза F10.21, F10.22 (психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости), этническая принадлежность к русской популяции, письменное информированное согласие обследуемого. В группы сравнения вошли 43 мужчины, больные алкоголизмом, проходившие лечение на базе клиник НИИ психического здоровья (Томск), а также 41 соматически и психически здоровых лиц мужского пола.

Материалом исследования явились биологические жидкости: кровь (сыворотка, плазма, лимфоциты, нейтрофилы, эритроциты); экспериментальный материал (лабораторные животные); головной мозг 26 эмбрионов 7–12 недель развития, полученных от женщин, страдающих алкоголизмом; данные официальной статистической отчетности ЦСУ РФ, Центрального НИИ организации и информации МЗ РФ, территориальных наркологических служб СФО, архивных документов клиник НИИ психического здоровья (Томск).

Методы исследования: эпидемиологический; клинко-психопатологический; иммуноферментный (определение концентрации кортизола, дегидроэпиандростерона сульфата с помощью наборов «АлкорБио» (Россия) и фирмы DRG (Германия), детекция результатов осуществлялась с помощью прибора «Epoch» (Biotek, США); биохимический; иммунологические (иммунофлуоресцентный, лимфоцитотоксический, спектрофотометрический, культуры клеток); психофизиологические (тестирование сенсорных систем и вегетативной нервной системы); экспериментально-психологические (исследование эмоционально-волевой сферы и личностных особенностей проводилось с помощью опросника «Mini-Mult», метода «Рисунок человека», клинической шкалы HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale; FPI (Freiburg Personality Inventory), опросника когнитивных установок А. Эллиса. Стресс-реагирование оценивалось по опроснику Э. Хайма в модификации И. В. Воеводина [10].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ SPSS для Windows. Применялись: двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова, критерий Шапиро-Вилка, критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони, точный двусторонний критерий Фишера, критерий χ^2 Пирсона, ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса, корреляционный анализ по Спирмену, метод пошаговой логистической регрессии.

Результаты и их обсуждение. Наркологическая заболеваемость, как критерий общественного здоровья населения, в последние годы на Европейском Севере России и в Сибирском регионе имеет неблагоприятную тенденцию. При этом повсюду отмечается неполнота регистрации наркологических заболеваний. Данные официальной медицинской статистики отражают лишь «верхушку айсберга» поскольку в основном включают больных, обратившихся за помощью в медицинские учреждения.

Цель этого этапа исследования – выявление методами аналитической эпидемиологии факторов, значимо влияющих на состояние и динамику наркологических расстройств (НР), а также особенностей их распространения в Томской и Архангельской областях. Выбор этих территорий не случаен, обусловлен значительными территориально-экономическими условиями (обстоятельствами): Центральной Сибирь и Северо-Запад Европейской части России. Подобное сравнение мы сочли допустимым, поскольку использовались аналогичные статистические сведения о социальных, экономических и медицинских показателях, представляемых Госкомстатом Российской Федерации по Архангельской и Томской областям. Используются материалы статьи А. Г. Соловьева и Е. С. Растягаева «Современные особенности распространенности наркологических расстройств в Архангельской области» [22], сведения по Томской области являются оригинальными. Следует иметь в виду, что при анализе корреляционных связей, когда коэффициенты корреляции близки к 1 (табл. 1), иные специфические факторы не имеют первостепенного значения в трактовке рассматриваемых явлений.

Таблица 1
Сравнительная корреляционная связь демографических показателей с распространенностью наркоманий в Томской и Архангельской областях

Показатель	Коэффициент корреляции ($p < 0,05$)	
	Томская область	Архангельская область
Численность (доля) городского населения	+0,90	-0,86
Численность (доля) сельского населения	*	+0,86
Численность населения трудоспособного возраста	+0,98	*
Численность мужчин трудоспособного возраста	*	+0,83
Численность населения младше трудоспособного возраста	-0,95	+0,79
Численность населения старше трудоспособного возраста	+0,67	+0,76
Естественный прирост	-0,70; -0,80	+0,76
Естественный прирост городского населения	-0,80	*
Естественный прирост сельского населения	-0,73	*
Брачность	*	+0,78

Примечание. * – Значение коэффициента корреляции при $p > 0,05$.

Силу и направленность взаимосвязи между демографическими показателями и учтенной болезненностью (распространенностью) наркоманиями на территории Томской и Архангельской областей оценивали по вычисленным коэффициентам корреляции, характеризующим меру линейной зависимости между указанными признаками, выраженными в относительных величинах. Из рассмотренных нами демографических параметров статистически значимыми ($p < 0,05$) оказалось 10. Анализ этих корреляционных связей приводится ниже.

Оказалось, что корреляционная связь распространенности наркоманий с численностью городского населения на рассматриваемых территориях противоположна по направлению. Так, если в Томской области она высокая и положительная ($r = +0,90$, $p < 0,05$), то в Архангельской области характер связи отрицательный ($r = -0,86$, $p < 0,05$). Для этой территории взаимосвязь распространенности наркоманий с численностью городского и сельского населения противоположна: в первом случае (как уже указывалось выше, она отрицательная), во втором случае – положительная ($r = +0,86$, $p < 0,05$).

Вероятно, что разнонаправленность связей в городском населении обеих территорий по знаку корреляций и сходство по величине могут свидетельствовать о большей доступности наркотических веществ в Томской области, в то время как в Архангельской области эта доступность выше для сельского населения. Однако подобные выводы не могут быть категоричными. На значения коэффициента корреляции может оказывать влияние система диспансерного учета и выявления потребителей наркотиков: Томская область в рейтинге учтенных больных занимает одно из первых мест в Российской Федерации [2, 7].

Взаимосвязь суммарного показателя болезненности всеми формами зависимости от наркотиков (распространенность наркоманий) с возрастным составом населения прослежены нами в двух возрастных когортах: население трудоспособного возраста и население младше трудоспособного возраста. Сильная положительная корреляционная связь проявляется между численностью населения старше трудоспособного возраста и распространенностью наркоманий, сопоставимая в обеих областях ($r = +0,67$; $p < 0,05$ и $r = +0,76$; $p < 0,05$). Однако в младшей возрастной когорте имеет место диспропорция рассматриваемых корреляций: в Томской области она отрицательная ($r = -0,95$; $p < 0,05$), в Архангельской области, напротив, положительная ($r = +0,79$; $p < 0,05$). В этой возрастной группе такая диспропорция может быть связана с естественным приростом населения, корреляционные знаки которого зеркально от-

ражают взаимосвязи численности населения младшей возрастной группы с рассматриваемой аддикцией ($r=-0,70$; $p<0,05$ и $r=+0,76$; $p<0,05$).

Таким образом, влияние демографических факторов на распространенность наркоманий весьма специфично на различных территориях России. Рассматриваемые зависимости от всех ПАВ имеют положительную (сильную и среднюю) связь с численностью населения старше как 16—18 лет, при этом как количество пожилых людей, так и число лиц трудоспособного возраста имеют одинаковую корреляционную взаимосвязь с уровнем распространенности зависимости от всех видов ПАВ.

Изучение гендерных особенностей несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ, отбывающих наказание в воспитательных колониях, показало, что подростки являлись выходцами из неблагоприятной социальной среды с низким образовательным уровнем родителей, занимающихся неквалифицированным трудом. В силу этого семьи подростков имеют невысокий материальный уровень и высокий процент алкоголизации родителей. У мальчиков из таких семей преобладала гипопека, у девочек чаще отмечались жестокие и бессистемные условия воспитания, девочки чаще оказывались ненужными и вытеснялись в детские дома и приёмные семьи. В результате этого среди девочек-подростков было большее количество лиц с начальным и неполным средним образованием. Приобщение юношей к употреблению наркотиков происходило раньше, чем у девушек (практически до 10 лет), но в последующем девушки более активно начинают вовлекаться в наркотизацию, используя комбинированное употребление нескольких средств [29].

Посредством корреляционного анализа у юношей-правонарушителей выявлена взаимосвязь между условиями воспитания и шкалой депрессии ($R=0,205$). Злоупотребление матери алкоголем достоверно ($p<0,05$) связано ($R=0,2$) с высокими показателями по шкале импульсивности (Pd). Наличие психотравмирующей ситуации достоверно влияет на уровень импульсивности ($R=0,234$). Уровень психопатизации ($R=0,243$) имеет обратно пропорциональное влияние на возраст начала употребления ПАВ, чем выше показатели реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении, тем раньше юноши начинают употреблять наркотические вещества. Подростки с низким уровнем психопатизации ($R=-0,336$) чаще становятся предметом сексуальных притязаний [1].

Рисуночные тесты, выявляя определённые графические феномены, позволяют опосредованно диагностировать психическое состояние, что может оказать значительную помощь

в профилактике агрессивного и суицидального поведения, а также групповых эксцессов в пенитенциарных условиях [14]. Анализ изображений показал, что рисунки 14,7 % обследованных соответствовали возрасту 3—7 лет, в 34,1 % случаев – возрасту 8—10 лет, в 21,5 % – возрасту 11—13 лет (средний возраст испытуемых на момент обследования составлял $17,1\pm0,9$ года). В 62,5 % рисунков отмечены элементы демонстративности, инфантилизма, ригидных черт характера. Выявлен высокий процент подростков с несформированной половой идентификацией, отставанием в развитии от возрастной нормы. Исследование показало, что с помощью теста «Рисунок человека» можно диагностировать асоциальные, агрессивные тенденции личности, что даёт возможность выделить группу риска, склонную к нарушению режима, нуждающуюся в особом внимании и проведении психокоррекционной работы для предупреждения рецидивов противоправного поведения.

До настоящего времени не решен вопрос, почему в ответ на прием алкоголя у части индивидуумов возникает стремление к совершению агрессивных поступков, в то время как у других такой реакции не наблюдается; не определена роль биологических факторов в механизмах криминальной агрессии у больных алкоголизмом. Кроме того, открытым остается вопрос, какими биологическими механизмами регулируются различные типы агрессии у человека. Так, предполагается, что они могут быть различными для таких видов агрессии, как импульсивная и преднамеренная (холодная), реактивная и проактивная, прямая физическая и косвенная, непрямая [30]. Хроническое употребление алкоголя ведет к накоплению различных нарушений в работе нейромедиаторных и эндокринной систем, которые могут в значительной степени определять поведение больного алкоголизмом [4, 23].

Задачей следующего блока исследований было изучение содержания стероидных и нейростероидных гормонов (кортизола, тестостерона, ДГЭА, ДГЭАС) в сыворотке крови больных алкоголизмом с криминальным поведением, находящихся в условиях пенитенциарной системы, в сравнении с больными алкоголизмом без криминального поведения и группой здоровых лиц.

Было обследовано 219 человек, среди них 136 осужденных мужского пола, отбывающих наказание в исправительной колонии строгого режима, которые были разделены на 3 группы: 59 человек – больные алкоголизмом, осужденные за убийство, 27 человек – больные алкоголизмом, осужденные за имущественные преступления, 49 человек, здоровых соматически и психически, осужденных за имущественные преступления.

Осужденные больные алкоголизмом далее были разделены на группы с разным типом агрессии, лежащим в основе совершенного правонарушения: совершившие убийство (прямая, физическая агрессия), совершившие кражи (косвенная, непрямая агрессия). Данное разделение было совершено в связи с присутствующим в научной литературе мнением, что в основе разных типов агрессии лежат различные биологические механизмы. Однако проведенный анализ не выявил различий в гормональном статусе обследованных. В связи с этим группа больных алкоголизмом, осужденных за убийство, и группа больных алкоголизмом, осужденных за кражи, для дальнейшего анализа были объединены в общую группу больных алкоголизмом с противоправным поведением (табл. 2).

Таблица 2
Уровень стероидов и нейростероидов у осужденных, М (25 %Q-75 %Q)

Показатель		Группа			Р Тест Кру- скала- Уолли- са
		Больные алкоголизмом осужденные за убийство (n=59)	осужденные за кражи (n=27)	Психически и соматиче- ски здоро- вые, осуж- денные за кражи (n=49)	
Кортизол, нмоль/л		853,6 (752,7- 993,3)	735,1 (582,6- 906,5)	822,8 (465,3- 1006,1)	0,156
Тестостерон, нмоль/л	До 25 лет	24,15 (16,6-24,3)	-	23,09 (20,7-24,6)	0,4
	25-45 лет	26,38 (20,1-34,8)	24,01 (22,9-29,6)	26,14 (19,5-34,1)	0,587
	> 45 лет	22,26 (17,2-28,5)	-	27,73 (27,7-27,8)	0,29
ДГЭА, нг/мл	До 25 лет	12,27 (9,35-20,2)	-	21,6 (11,8-30,4)	0,2
	25-45 лет	13,22 (10,3-25,5)	12,65 (10,25-18,7)	13,34 (9,1-18,7)	0,558
	> 45 лет	10,15 (7,5-13,9)	-	30,87 (10,6-51,1)	0,23
ДГЭАС, Мкг/мл	До 25 лет	2,19 (2,2-2,5)	-	3,64 (2,9-4,7)	0,92
	25-45 лет	2,48 (1,6-3,3)	2,03 (1,54-3,1)	2,2 (1,7-3,2)	0,769
	> 45 лет	1,57 (1,12-2,19)	-	1,64 (1,5-1,7)	0,715

Для больных алкоголизмом с противоправным поведением выявлен комплекс гормональных изменений. У осужденных мужчин уровень кортизола составляет 833,5 (692,3—988,1) нмоль/л, что достоверно выше значений, наблюдаемых в группе сравнения (656,5 (513,5—788,9) нмоль/л, $p=0,000005$) и у здоровых лиц (493(391,7—591,5) нмоль/л, $p=0,00000$). Концентрация дегидроэпиандростерона в сыворотке крови больных алкоголизмом мужчин с криминальным поведением достоверно превышает данный показатель в группе контроля (12,98 (10,3—24,7) нг/мл и 8,895 (8,4—10,32) нг/мл соответственно, $p=0,006$). При этом не обнаружено достоверных различий между средними концен-

трациями дегидроэпиандростерона сульфата в исследуемых группах. Уровень тестостерона у осужденных больных алкоголизмом составляет 25,1 (21,9—31,9) нмоль/л, что выше значений, наблюдаемых в группе сравнения (24,4 (19,3—26,2) нмоль/л ($p=0,036$) и в группе здоровых лиц (17,8(10,2—21,7) нмоль/л ($p=0,03$)).

Согласно литературным источникам, злоупотребление алкоголем ведет к снижению уровня тестостерона, уровень которого значительно повышается уже после 3 недель воздержания от приема алкоголя. В нашем исследовании также показано повышение уровня ДГЭА у больных алкоголизмом при нормальном уровне ДГЭАС [12].

Известно, что дегидроэпиандростерон и дегидроэпиандростерон сульфат могут синтезироваться половыми железами, корой надпочечников и клетками головного мозга; ДГЭА, в отличие от ДГЭАС, может проникать через гематоэнцефалический барьер, в дальнейшем метаболизироваться в головном мозге [13] и влиять на психические процессы.

Повышение ДГЭА может быть также связано с повышением тестостерона, так как ДГЭА является предшественником половых гормонов. ДГЭАС известен, прежде всего, своими антиглюкокортикоидными эффектами. Уровень ДГЭАС у больных алкоголизмом как с противоправным поведением, так и без противоправного поведения остается нормальным при повышенном уровне кортизола. Таким образом, по сравнению со здоровыми лицами у больных алкоголизмом наблюдается снижение соотношения кортизол/ДГЭАС ($7,8\pm0,6$ у осужденных больных алкоголизмом, $8,6\pm0,9$ у больных алкоголизмом, $14,1\pm2,5$ в группе контроля, $p=0,0000$). Соотношение ДГЭАС/кортизол характеризует анаболическо-катаболический баланс и связано с устойчивостью организма к разным нарушениям [12, 13, 15]. Такое снижение соотношения ДГЭА/АС/кортизол при повышенном уровне ДГЭА у осужденных больных алкоголизмом может быть отражением дисбаланса гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и оказывать соответствующий эффект на настроение и поведение обследуемых.

Таким образом, осужденных больных алкоголизмом отличают от больных алкоголизмом без криминального поведения и группы здоровых лиц повышенные концентрации кортизола, тестостерона, дегидроэпиандростерона.

На основе патофизиологических маркеров разработана модель прогнозирования риска рецидива наркотической зависимости в период вынужденной ремиссии у несовершеннолетних. Рецидивом считали срыв ремиссии в виде употребления психоактивных веществ в течение месяца после окончания вынужденного воздержания [3, 9].

Прогнозирование риска рецидива (Y) осуществляется с помощью пошагового регрессионного анализа. Используются следующие параметры: индекс агрессивности в тесте Басса-Дарки (A), наличие клинических признаков иммунологической недостаточности в виде частых (чаще 2 раз в год) обострений герпетической инфекции (Г), высокий (выше 400 нмоль/л) уровень кортизола в сыворотке крови (K).

Уравнение регрессии для прогнозирования риска рецидива имеет следующий вид:

$$Y = -3,85 + 2,33Г + 0,18А + 0,31К.$$

Наличие высокого уровня риска рецидива диагностируется при $Y > 0$, отсутствие высокого уровня риска рецидива – при $Y < 0$ и $Y = 0$. Диагностическая чувствительность данной прогностической модели составила 72,7 %, диагностическая специфичность – 74,1 %.

В предлагаемой модели используются актуальные на момент исследования параметры, имеющие объективный медико-биологический характер. Один из них легко отслеживается в связи с тестируемыми внешними признаками обострения герпетической инфекции, второй параметр связан с высокоточным и широко распространенным в практическом здравоохранении методом лабораторной диагностики – иммуноферментным анализом [27]. Показания к использованию модели: вынужденное воздержание от наркотиков; потенциальный риск дестабилизации ремиссии и развития рецидивов наркотической зависимости. Противопоказание к использованию модели: наличие у обследуемых лиц сопутствующей эндокринной патологии, влияющей на концентрацию уровня кортизола в сыворотке крови.

С помощью данной прогностической модели обследовано 49 юношей 15–17 лет, отбывающих наказание в воспитательной колонии для несовершеннолетних. Диагнозы обследованных: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов (F11), психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов (F12). Диагностическая чувствительность модели составила 73,1 %, диагностическая специфичность – 75,0 %. Общая точность модели 73,5 %, так как верный прогноз был сделан в 36 случаях из 49. Обследование несовершеннолетних лиц мужского пола выявило значимые параметры для прогнозирования риска рецидива наркотической зависимости при вынужденной ремиссии. Высокий уровень риска рецидива сопровождался увеличением индекса агрессивности, концентрации кортизола в сыворотке крови, повышением частоты обострений герпетической инфекции.

Проведенное дополнительное обследование групп осужденных с разным риском рецидива, выделенных с использованием предлагаемой

модели, выявило и другие особенности. Психологическое тестирование выявило тенденцию к повышению уровня ситуативной (СТ) и личностной (ЛТ) тревожности, значений шкалы поиска ощущений (ШПО) у лиц с высоким уровнем риска рецидива.

Применение разработанного метода позволяет прогнозировать вероятность рецидива наркотической зависимости после вынужденного воздержания от наркотиков и назначить необходимые программы терапии и реабилитации.

Следующая модель посвящена оценке риска эпизодического употребления наркотиков лицами подростково-юношеского возраста. Для оценки склонности к экспериментированию с наркотиками наиболее значимыми оказались следующие параметры: индекс агрессивности в тесте Басса-Дарки (ИА), гендерный индекс в тесте Беа (ГИ), уровень сывороточных аутоантител к норадреналину (АТН).

Уравнение регрессии для оценки склонности к эпизодическому употреблению наркотиков имеет следующий вид:

$$Y = 0,17(ИА) - 2(ГИ) - 3,05(АТН).$$

В целом риск эпизодического употребления наркотиков увеличивается при повышении уровня агрессивности, преобладании маскулинных черт, снижении (по сравнению с контролем) уровня антител к норадреналину [21].

Предложенные модели позволяют с высокой точностью прогнозировать вероятность рецидива наркотической зависимости после вынужденного воздержания от наркотиков, а также риск эпизодического употребления наркотиков лицами подростково-юношеского возраста.

Нейроморфологические морфометрические методы исследования позволили установить закономерности воздействия пренатальной алкоголизации на формирование структурной и ультраструктурной патологии коры большого мозга человека. Пренатальный дисморфогенез выражается в нарушении формирования микромодулей и стратификации коры, появлении очагов гетеротопии. Установлены задержка синаптогенеза, модификация васкулогенеза, комплекс ультраструктурных изменений формирующихся нейронов и глиоцитов. Нами выявлена структурная и функциональная взаимосвязь развития рецепторов и синаптогенеза молодых нейронов коры головного мозга человека при алкоголизме матери в период беременности, выражающаяся в одновременном появлении структурных компонентов синапсов и рецепторов и совпадающих по времени с периодами задержки созревания на десятой неделе развития. Обнаружено, что потребление алкоголя матерями в период беременности влияет на свойства ГАМК_A/бензодиазепиновых рецепторов и может влиять на развитие ЦНС эмбрионов и плодов через эти рецепторы [23].

Исследования последнего десятилетия показали, что ацетальдегид (основной метаболит этанола) способен связываться с SH- и NH₂-группами белков и приводить к росту продуктов ПОЛ, модифицировать белки и липиды, образуя альдегидные аддукты, что играет важную роль в патогенезе этанол-индуцированных повреждений различных органов больного [33, 34, 37]. Соответственно в терапию больных алкоголизмом целесообразно включать антиоксидантные препараты, способные защищать биомолекулы от окислительного повреждения под действием этанола и ацетальдегида.

В связи с этим поиск эффективного природного антиоксиданта, хорошо растворимого в воде, не оказывающего побочных эффектов и способного защищать белки и липиды от окислительного повреждения при действии этанола и ацетальдегида, остается актуальной задачей. В качестве такого антиоксиданта может рассматриваться природный гистидинсодержащий дипептид карнозин (β -аланил-L-гистидин), который обладает антиоксидантными, мембраностабилизирующими и антигликирующими свойствами, водорастворим, является регулятором pH, регулятором гомеостаза [3].

Поэтому важно исследовать способность карнозина снижать окислительную модификацию белков и липидов плазмы крови, индуцированную этанолом (Э) и ацетальдегидом (АА). Исследование влияния Э и АА на белки и липиды плазмы крови здоровых лиц позволило установить, что этанол и ацетальдегид индуцируют окислительную модификацию этих биомолекул. Инкубация крови этанолом (0,5 и 1,0 %) и ацетальдегидом (0,01 %) приводит к повышению уровня карбониллов белков и продуктов ПОЛ в плазме крови. В концентрации 0,1 % АА индуцирует образование высокомолекулярных белковых агрегатов в плазме крови, что свидетельствует о кросс-линкинге белков. Этанол таким «сшивающим» действием не обладает.

Впервые продемонстрировано, что карнозин в концентрации 5 мМ эффективно защищает белки и липиды плазмы крови от окислительной модификации, вызванной влиянием как этанола, так и ацетальдегида *in vitro*. Полученные данные расширяют представления о механизмах повреждающего действия этанола и ацетальдегида на белки и липиды плазмы крови и защитного действия карнозина этих биомолекул от такого повреждения.

Созданы новые фармакотерапевтические подходы к лечению алкогольной зависимости и формированию ремиссий. Курсовое применение препарата галодиф (21 день в дозе 300 мг/сут) у больных алкоголизмом в абстинентном и постабстинентном состоянии вызывало редукцию симптомов, характерных для синдрома отмены алкоголя, приводило к нормализа-

ции баланса нейростероидов (НС), модулирующих функцию ГАМК_A/БДР. Терапия галодифом приводила к снижению уровня АКТГ на ~120 %, кортизола до ~130 %, повышению уровня прогестерона, тестостерона на ~130 %. Галодиф влияет на нейростероиды, обладающие модулирующим действием на БДР и ГАМК_A – рецепторный комплекс [26, 32, 37], что в результате оказывает влияние на потребление этанола. Бензодиазепиновые рецепторы и нейростероиды (кортизол, прогестерон, тестостерон) являются мишенями для галодифа в терапии компульсивного влечения к алкоголю и алкогольной зависимости.

Разработка новых фармакологических препаратов, влияющих на метаболизм эндогенных нейростероидов с учётом индивидуальных особенностей, связанных с высоким риском развития алкогольной зависимости, является значимой стратегией в лечении психических расстройств и осложненных форм алкоголизма [20].

Современная наркологическая ситуация как в целом, так и в отдельных социально организованных группах, включая студенческую молодежь, отличается высокой динамичностью. При стабилизации за последнее десятилетие удельного веса студентов, вовлекающихся в аддиктивное поведение, продолжает меняться структура данного поведения, причем можно предположить большую значимость в данных изменениях психологических факторов, нежели социальных. Возрастает роль психоактивных веществ как источника удовольствия, средства от скуки и, что самое существенное – как способа ухода от жизненных трудностей, или неадаптивного стресс-реагирования. При этом наблюдается тревожная тенденция снижения значения традиционной (культуральной) мотивировки употребления алкоголя, что свидетельствует об усугубляющемся нарушении адекватного отношения к ПАВ в целом. Еще одним немаловажным фактором выступает дезактуализация субмиссивного (под влиянием окружения) употребления как алкоголя, так и наркотиков [8, 10].

В связи с этим в постоянном обновлении нуждаются и базовые принципы превентивных вмешательств. В связи со снижением роли субмиссивной мотивации потребления ПАВ и соответствующим возрастанием атарактической мотивации необходимо смещение главного акцента вмешательств с обучения навыкам сопротивления в условиях предложения на обучение навыкам адаптивного копинга.

При этом неизменным принципом превенции остается дифференцированность вмешательств, их направленность на конкретные целевые группы, с учетом их особенностей, специфических факторов риска и защитных факторов. Одним из оснований для выделения таких дифференцированных групп стало накопление

данных о коморбидной психической патологии, меняющей картину аддиктивных расстройств и требующей существенной коррекции реабилитационных вмешательств в наркологии.

Динамика структуры аддиктивного поведения студентов за последние 10 лет заключалась в достоверном ($p=0,0055$) снижении удельного веса паттерна изолированного злоупотребления алкоголем (II), достоверном ($p=0,0005$) возрастании доли паттерна изолированного наркотического опыта (IV) при стабильной представленности паттернов нормативного поведения (I) и сочетанного злоупотребления алкоголем и наркотиками (III) (рис. 1).

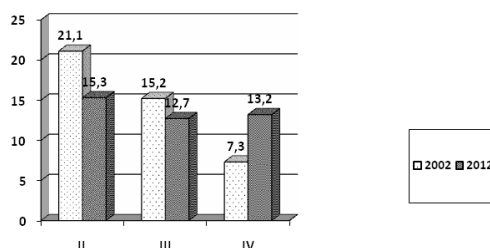


Рис. 1. Паттерны аддиктивного поведения студентов в 2002 и 2012 гг., %

Примечание. II – изолированное злоупотребление алкоголем; III – сочетанное злоупотребление алкоголем и наркотиками; IV – изолированная наркотизация.

Вторая тенденция динамики наркологической ситуации – изменение структуры мотивировок (собственных указаний на ведущую причину) употребления алкоголя и наркотиков. Третья динамическая тенденция заключается в продолжающейся «феминизации» студенческого наркотизма. Так, доля девушек среди потребителей наркотиков возросла с 47,7 % в 2002 г. до 59,2 % в 2012 г. ($p=0,027$), что соответствует литературным данным.

В группах студентов, аддиктивное поведение которых формируется при сопутствующей аффективной симптоматике, чаще фиксируются такие психологические характеристики, как эмоциональная лабильность, неуравновешенность, враждебность, внешний локус контроля, иррациональность когнитивных установок (прежде всего за счет катастрофизации и низкой фрустрационной толерантности).

Студенты с аддиктивным поведением и аффективной симптоматикой (рис. 2) достоверно ($p<0,05$) чаще, чем представители групп с аддикциями без тревоги и депрессии, попадали в ситуации хронических (затяжных) психотравмирующих ситуаций при изолированной наркотизации (64,3 %), при изолированном злоупотреблении алкоголем (82,4 %), а в случае сочетанного злоупотребления алкоголем и наркотиками этот показатель достиг 100 % случаев, при среднем показателе по выборке 51,6 %.

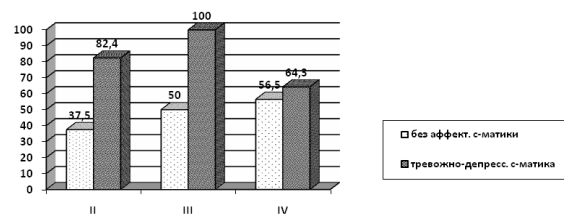


Рис. 2. Подверженность хроническим психотравмирующим ситуациям, %

Примечание. II – изолированное злоупотребление алкоголем; III – сочетанное злоупотребление алкоголем и наркотиками; IV – изолированная наркотизация.

Оказание специализированной медико-психологической помощи пациентам с двойным диагнозом предполагает дивергенцию (разделение) потока пациентов с коморбидными расстройствами для максимальной дифференциации лечебно-реабилитационных мероприятий. Требуется комплексная диагностика данных расстройств, включающая, помимо установления двух и более диагнозов, общемедицинские и социальные аспекты.

Заключение. Распространенность зависимости от наркотиков во всех возрастных группах положительно коррелирует с численностью населения, что может свидетельствовать о более высокой степени вовлеченности в процесс наркотизации населения в разных регионах. Колебания численности (уменьшение или увеличение) не только населения трудоспособного возраста, но и когорты старших возрастных групп синхронно отражаются на распространенности наркоманий, достоверно увеличивая либо уменьшая число зависимых от психоактивных веществ.

Изучение гендерных особенностей несовершеннолетних потребителей ПАВ, отбывающих наказание в воспитательных колониях, показало, что подростки являются выходцами из неблагоприятной социальной среды с низким образовательным уровнем родителей, занимающихся неквалифицированным трудом. Обнаружен высокий процент подростков с несформированной половой идентификацией, отставанием в развитии от возрастной нормы. У юношей-правонарушителей выявлена взаимосвязь между условиями воспитания и шкалой депрессии; злоупотреблением матери алкоголем и высокими показателями по шкале импульсивности.

Комплексное клинико-биологическое обследование больных алкоголизмом с противоправным поведением, отбывающих наказание в условиях пенитенциарной системы, позволило выявить ряд особенностей гормонального фона. Осужденные больные алкоголизмом отличаются от больных алкоголизмом без криминального поведения и группы здоровых лиц повышенными концентрациями кортизола, тестостерона, дегидроэпиандростерона.

На основе патофизиологических маркеров разработана модель прогнозирования риска рецидива наркотической зависимости в период вынужденной ремиссии у несовершеннолетних. При этом используются актуальные на момент исследования параметры, связанные с внешними признаками обострения герпетической инфекции и распространенным методом лабораторной диагностики – иммуноферментным анализом. Другая модель выявляет склонность к экспериментированию с наркотиками, которая увеличивается при повышении уровня агрессивности, преобладании маскулинных черт, снижении уровня антител к норадреналину.

Нейроморфологические морфометрические методы исследования позволили установить закономерности воздействия пренатальной алкоголизации на формирование структурной и ультраструктурной патологии коры большого мозга человека. Выявлено, что потребление алкоголя матерями в период беременности влияет на свойства ГАМК_A/бензодиазепиновых рецепторов и может влиять на развитие ЦНС эмбрионов и плодов через эти рецепторы.

Получены новые данные, расширяющие представления о механизмах повреждающего действия этанола и ацетальдегида на белки и липиды плазмы крови, а также защитного действия карнозина, обладающего антиоксидантными, мембраностабилизирующими и антигликирующими свойствами, снижающего окислительную модификацию белков и липидов плазмы крови, индуцированную этанолом и ацетальдегидом.

Созданы новые фармакотерапевтические подходы к лечению алкогольной зависимости. Бензодиазепиновые рецепторы и нейростероиды (кортизол, прогестерон, тестостерон) являются мишенями для препарата галодиф в терапии компульсивного влечения к алкоголю при алкогольной зависимости. Разработка новых фармакологических препаратов, влияющих на метаболизм эндогенных нейростероидов с учетом индивидуальных особенностей, связанных с высоким риском развития алкогольной зависимости, является одной из значимых стратегий в лечении психических расстройств и алкоголизма.

В современные превентивные программы целесообразно включать групповые тренинги повышения стресс-резистентности, в ходе которых будут выявляться кандидаты для индивидуальной работы – прежде всего лица с тревожно-депрессивной симптоматикой, нуждающиеся, помимо общего тренинга, в когнитивно-поведенческой психотерапии, коррекции иррациональных когнитивных установок, сглаживания характеристик уязвимости в сложных жизненных ситуациях, нормализации эмоционального реагирования, что в комплексе будет спо-

собствовать последующему отказу от аддиктивного поведения. Исходя из этого, необходимой представляется сочетанная профилактика аддиктивных и аффективных расстройств, прежде всего тревоги и депрессии, как наиболее распространенных состояний.

Л и т е р а т у р а

1. Аболонин А. Ф., Асланбекова Н. В. Социально-психологические характеристики и особенности проявлений агрессивности у девиантных подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 3 (78). – С. 45–50.
2. Артемьев И. А., Бохан Н. А., Мандель А. И., Галажинский Э. В. Распространенность гашишизма в Сибири в этническом и территориальном аспекте // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Вып. 9. – С. 61–65.
3. Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 1996. – 46 с.
4. Бохан Н. А., Иванова С. А., Левчук Л. А. Серотониновая система в модуляции депрессивного и аддиктивного поведения. – Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. – 102 с.
5. Бохан Н. А., Иванова С. А. Окислительный стресс при алкоголизме: возможности метаболической коррекции на этапе формирования ремиссии // Наркология. – 2010. – Т. 9, № 10. – С. 45–49.
6. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
7. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
8. Бохан Н. А., Воеводин И. В., Асланбекова Н. В. Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности ее отражения в программах по психопрофилактике // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Вып. 5. – С. 29–32.
9. Ветрилэ Л. А., Невидимова Т. И., Ветлугина Т. П., Фомина В. Г., Батухтина Е. И., Бохан Н. А., Захарова И. А., Савочкина Д. Н. Антитела к нейромедиаторам – возможные биомаркеры предрасположенности к аддиктивному поведению // Патогенез. – 2014. – Т. 12, № 3. – С. 16–19.
10. Воеводин И. В. Изучение роли копинга в формировании предболезненных состояний у студентов: новый подход // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5. – С. 77–81.
11. Воробьева К. А. Влияние особенностей детско-родительских отношений на генезис агрессивных установок личности у подростков из полных и неполных семей // Известия ПГПУ им. В. Г. Белинского. – 2012. – № 28. – С. 1174–1179.
12. Гаврилова В. А., Иванова С. А., Гусев С. И., Трофимова М. В., Бохан Н. А. Нейростероиды дегидроэпиандростерон и его сульфат у лиц с расстройством личности, осужденных за тяжкие насильственные преступления // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2012. – Т. 154, № 7. – С. 100–103.
13. Гончаров Н. П., Кацян А. Н., Нижник А. Н. Дегидроэпиандростерон и функции мозга // Вестник РАМН. – 2005. – № 8. – С. 37–43.
14. Диденко А. В., Писарев О. М. Пиктограмма как метод исследования мышления осужденных // Вестник ТГПУ. – 2005. – № 1. – С. 103–105.
15. Иванова С. А., Тоцакова В. А., Бохан Н. А. Гормональные факторы в регуляции агрессии. – Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2014. – 108 с.
16. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Аддиктология: настольная книга. – М. : Институт консультирования и системных решений, 2012. – 536 с.

17. Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Бабичева Л. П., Муганцева Л. А. Деятельность наркологической службы Российской Федерации: оценка статистических показателей и анализ результатов // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 6. – С. 3–8.
18. Кротенко Н. М., Короткова Е. И., Бойко А. С. и др. Метаболические нарушения при алкогольном абстинентном синдроме и возможности их коррекции // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10–6. – С. 1127–1131.
19. Мандель А. И., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Невидимова Т. И., Прокопьева В. Д., Аболонин А. Ф., Шушпанова Т. В. Биологические предикторы, клиничко-патогенетические механизмы формирования и профилактика аддитивных состояний в различных социальных группах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 (79). – С. 40–48.
20. Мандель А. И., Бохан Н. А., Шушпанова Т. В., Кисель Н. И. Перспективы применения антиконвульсантов в терапии осложненных форм алкоголизма // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10, № 3 (52). – С. 65–66.
21. Невидимова Т. И., Батухтина Е. И., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Эпизодическое употребление психоактивных веществ высокообразованной молодежью: иммунофизиологическая предикция // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2013. – Вып. 8. – С. 213–216.
22. Соловьева А. Г., Растягаева Е. С. Современные особенности распространённости наркологических расстройств в Архангельской области // Наркология. – 2005. – № 8. – С. 27–31.
23. Солонский А. В., Кудренко А. С., Семке В. Я., Логвинов С. В. Нейроморфологические аспекты развития коры большого мозга человека в условиях пренатальной алкоголизации и гипоксии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1. – С. 70–75.
24. Стояк В. А., Иванова С. А. Нейромедиаторные системы в регуляции агрессивного поведения (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. – № 3. – С. 70–76.
25. Панченко Л. Ф., Давыдов Б. В., Теребилина Н. Н., Баронец В. Ю., Наумова Т. А. Окислительный стресс в патогенезе алкогольной болезни печени // Вопросы наркологии. – 2013. – № 2. – С. 82–91.
26. Шушпанова Т. В., Новожеева Т. П., Мандель А. И., Бохан Н. А. Бензодиазепиновые рецепторы тромбоцитов и нейроактивные стероидные гормоны в крови человека – потенциальные мишени при алкогольной аддикции // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10, № 3 (52). – С. 73–75.
27. Batukhtina E. I., Nevidimova T. I., Vetlugina T. P., Kokorina N. P., Bokhan N. A. Neurophysiological patterns of search and creative behavior in patients with psychoactive substance-induced disorders // Bull. Exp. Biol. Med. – 2014. – V. 156, № 5. – P. 598–601.
28. Besemer F., Pereira M., Smit J. W. Alcohol-induced Cushing syndrome. Hypercortisolism caused by alcohol abuse // The Netherlands journal of medicine. – 2011. – Vol. 69, № 7. – P. 318–323.
29. Bokhan N. A., Mandel A. I., Stoyanova I. Ya., Mazurova L. V., Aslanbekova N. V., Ankudinova I. E. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women // Journal of Psychology and Psychotherapy. – 2013. – Vol. 3. – Issue 5. – P. 1–4.
30. Craig I. W., Halton K. E. Genetics of human aggressive behaviour // Human genetics. – 2009. – Vol. 126, № 1. – P. 101–113.
31. Hermann D., Heinz A., Mann K. Dysregulation of the hypothalamic-pituitary-thyroid axis in alcoholism // Addiction. – 2002. – Vol. 97, № 11. – P. 1369–1381.
32. Liang J., Olsen R. W. Alcohol use disorders and current pharmacological therapies: the role of GABAA receptors // Acta Pharmacol Sinica – 2014. – V. 35 (8). – P. 981–993.
33. Niemela O. Acetaldehyde adducts in circulation // Novartis Found Symp. – 2007. – Vol. 285. – P. 183–192.
34. Prokopieva V. D., Sitozhevskii A. V., Bokhan N. A., Johnson P. The role of the erythrocyte membrane and cytoskeleton in Ca²⁺-induced hyper-polarization in alcoholism and diabetes // Biological and Biomedical Reports. – 2012. – V. 2 (3). – P. 149–158.
35. Prokopieva V. D., Bohan N. A., Johnson P., Abe H., Boldyrev A. A. Effects of carnosine and related compounds on the stability and morphology of erythrocytes from alcoholics // Alcohol and Alcoholism. – 2000. – V. 35, № 1. – P. 44.
36. Sorocco K. H. et al. Blunted hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis responsivity to stress in persons with a family history of alcoholism // International journal of psychophysiology. – 2006. – Vol. 59, № 3. – P. 210–217.
37. Shushpanova T. V., Solonskii A. V. Synaptogenesis and the Formation of Benzodiazepine Receptors in the Human Brain in Conditions of Prenatal Alcoholization // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2013. – May. – Vol. 43, № 4. – P. 423–430.

Транслитерация русских источников

1. Aboloni A. F., Aslanbekova N. V. [Social-psychological characteristics and traits of manifestations of aggressiveness in deviant adolescents]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 3(78): 45–50. (In Russ.).
2. Artemyev I. A., Bokhan N. A., Mandel' A. I., Galazhinsky E. V. [Ethnoterritorial prevalence of hashishism in some Siberian areas]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 9: 61–65. (In Russ.).
3. Bokhan N. A. [Clinical-pathodynamic patterns and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 1996. 46 p. (In Russ.).
4. Bokhan N. A., Ivanova S. A., Levchuk L. A. [Serotonin system in modulation of depressive and addictive behaviour]. Publishing House "Ivan Fedorov", Tomsk, 2013. 102 p. (In Russ.).
5. Bokhan N. A., Ivanova S. A. [Oxidative stress in alcoholism: opportunities of metabolic correction on the stage of remission's formation]. *Narkologija* [Narcology]. 2010; 9, 10: 45–49. (In Russ.).
6. Bokhan N. A., Semke V. Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
7. Bokhan N. A. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial associativity of problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 2: 31–37. (In Russ.).
8. Bokhan N. A., Voevodin I. V., Aslanbekova N. V. [Dynamics of addictive disorders in students and possibilities of its reflection in programs on psychoprevention]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 5: 29–32. (In Russ.).
9. Vetrile L. A., Nevidimova T. I., Vetlugina T. P., Fomina V. G., Batukhtina E. I., Bokhan N. A., Zakharova I. A., Savochkina D. N. [Antibodies to neuromediators – possible biomarkers of predisposition to addictive behavior]. *Patogenezis* [Pathogenesis]. 2014; 12, 3: 16–19. (In Russ.).
10. Voevodin I. V. [Study of coping's role in formation of pre-morbid conditions among students: a new approach]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 5: 77–81. (In Russ.).
11. Vorobyeva K. A. [Child-parent relationship features influence on the genesis of aggressive personality attitudes in teenagers from complete and incomplete families]. *Izvestiya PGPU im. V. G. Belinskogo* [V. G. Belinsky Proceedings of the PSPU]. 2012; 28: 1174–1179. (In Russ.).
12. Gavrilova V. A., Ivanova S. A., Gusev S. I., Trofimova M. V., Bokhan N. A. [Neurosteroids dehydroepiandrosterone and its sulfate in persons with personality disorder convicted for serious violent crimes]. *Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny* [Bulletin of Experimental Biology and Medicine]. 2012; 154, 7: 100–103. (In Russ.).

13. Goncharov N. P., Katsiya A. N., Nizhnik A. N. [Dehydroepiandrosterone and brain functioning]. *Vestnik RAMN [Bulletin of RAMSci]*. 2005; 8: 37—43. (In Russ.).
14. Didenko A. V., Pisarev O. M. [Pictogram as a method of the investigation of convicts' thinking]. *Vestnik TGPU [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]*. 2005; 1: 103—105. (In Russ.).
15. Ivanova S. A., Toshchakova V. A., Bokhan N. A. [Hormonal factors in regulation of aggression]. Publishing House "Ivan Fedorov", Tomsk, 2014. 108 p. (In Russ.).
16. Korolenko C. P., Dmitrieva N. V. [Addictology: reference book]. Institute of Counseling and Systemic Decisions, Moscow, 2012. 536 p. (In Russ.).
17. Koshkina E. A., Kirzhanova V. V., Babicheva L. P., Murgantseva L. A. [The activity of drug addiction service of the Russian Federation: an assessment of statistical parameters and an analysis of results]. *Zhurn. nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova [S. S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]*. 2013; 6: 3—8. (In Russ.).
18. Krotenko N. M., Korotkova E. I., Boiko A. S. et al. [Metabolic disturbances in alcoholism and possibility of their correction]. *Fundamental'nye issledovaniya [Fundamental research]*. 2014; 10—6: 1127—1131. (In Russ.).
19. Mandel' A. I., Artemyev I. A., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Nevidimova T. I., Prokopyeva V. D., Aboloni A. F., Shushpanova T. V. [Biological predictors, clinical-pathogenetic mechanisms of formation and prevention of addictive states in various social groups]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]*. 2013; 4(79): 40—48. (In Russ.).
20. Mandel' A. I., Bokhan N. A., Shushpanova T. V., Kisel N. I. [Prospects of use of anticonvulsants in the therapy of complicated forms of alcoholism]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri [Academic Journal of West Siberia]*. 2014; 10, 3(52): 65—66. (In Russ.).
21. Nevidimova T. I., Batukhtina E. I., Vetlugina T. P., Bokhan N. A. [Occasional psychoactive substance use among educated young people: immunophysiological prediction]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]*. 2013; 8: 213—216. (In Russ.).
22. Solovyeva A. G., Rastyagayeva E. S. [Modern features of prevalence of substance use disorders in the Arkhangelsk Region]. *Narkologiya [Narcology]*. 2005; 8: 27—31. (In Russ.).
23. Solonsky A. V., Kudrenko A. S., Semke V. Ya., Logvinov S. V. [Neuromorphologic aspects of development of human cerebral cortex exposed to prenatal alcoholization and hypoxia]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]*. 2013; 1: 70—75. (In Russ.).
24. Stoyak V. A., Ivanova S. A. [Neuromediator systems in regulation of aggressive behavior]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]*. 2010; 3: 70—76. (In Russ.).
25. Panchenko L. F., Davydov B. V., Terebilina N. N., Barons V. Yu., Naumova T. A. [Oxidative stress in the pathogenesis of alcoholic liver disease]. *Voprosy narkologii [Addiction Problems]*. 2013; 2: 82—91. (In Russ.).
26. Shushpanova T. V., Novozheeva T. P., Mandel' A. I., Bokhan N. A. [Benzodiazepine receptors of platelets and neuroactive steroid hormones in human blood – potential targets in alcohol addiction]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri [Academic Journal of West Siberia]*. 2014; 10, 3(52): 73—75. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.13(571.17)
ББК Р645.021.11-43-8

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ И ГОРНО-РУДНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ КУЗБАССА

Зорохович И. И.¹, Зарубина Н. Г.¹,
Лопатин А. А.¹, Люлина И. Л.¹,
Кирина Ю. Ю.², Селедцов А. М.^{*2}

¹ ГБУЗ КО Кемеровский ОКНД
650010, Кемерово, Карболитовская, 15

² ГБОУ ВПО Кемеровская ГМА Минздрава России
650029, Кемерово, Ворошилова, 22-А

В статье описаны мероприятия по раннему выявлению и профилактике наркологических расстройств у горняков Кузбасса. Даны практические рекомендации для повышения качества медицинского обеспечения безопасности труда работников угледобывающих и горно-рудных предприятий Кузбасса, предупреждения появления на рабочих местах шахтеров, употребляющих психоактивные вещества или находящихся в состоянии опьянения. **Ключевые слова:** наркологические расстройства, шахтеры, безопасность труда.

EARLY DETECTION AND PREVENTION OF SUBSTANCE USE DISORDERS IN WORKERS OF COAL MINING ENTERPRISES OF KUZBASS. Zorokhovich I. I.¹, Zarubina N. G.¹, Lopatin A. A.¹, Lyulina I. L.¹, Kirina Yu. Yu.², Seledtsov A. M.¹ **Kemerovo Regional Clinical Narcological Dispensary.** Karbolitovskaya Street 15, 650010, Kemerovo, Russian Federation. ² **Kemerovo State Medical Academy of Ministry of Healthcare of Russian Federation.** Voroshilov Street 22-A, 650029, Kemerovo, Russian Federation. In the article measures on early detection and prevention of substance use disorders of miners of Kuzbass have been described. Guidelines for improvement of medical provision of work safety of workers of coal mining enterprises of Kuzbass, prevention of appearance of miners using psychoactive substances or being in state of intoxication at working places have been given. **Keywords:** substance use disorders, miners, work safety

Кузбасс – один из наиболее значимых в экономическом отношении регионов России, ведущую роль в его экономике занимает промышленный комплекс по добыче и переработке угля, железных руд и разнообразного нерудного сырья для металлургии и стройиндустрии. В Кузбасском бассейне эксплуатируются 57 шахт, 35 угольных разрезов, 25 углеобогаительных фабрик. Все производственные технологические процессы добычи и транспортировки угля механизированы. Угледобывающие и горно-рудные предприятия оснащены современным оборудованием и техникой – механизированными комплексами и комбайнами, по-

* Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., проф., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии. E-mail: SeledtsovAM@mail.ru

грузочными машинами и конвейерами, экскаваторами, бульдозерами, электровозами и думп-карами, подъемными кранами, буровыми станками, большегрузными автомобилями, работа на которых предъявляет повышенные требования к профессиональной и психологической подготовленности шахтеров, их психическим функциям – памяти, вниманию и мышлению. Потенциальная возможность экстремальных ситуаций, часто связанных с опасностью для жизни, большая степень личного риска требуют высокой эмоциональной устойчивости при работе под землей [2, 18]. При этом очевидно, что пребывание горняков в шахтах в состоянии алкогольного или наркотического опьянения способствует возникновению аварийных, опасных для жизни ситуаций с последующими значительными материальными потерями [1]. За последние 10 лет на угледобывающих и горно-рудных предприятиях Кузбасса произошло около 40 аварий, на которых погибли 390 человек.

С целью установления распространенности среди горняков лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ) или имеющих зависимость от ПАВ, по инициативе Губернатора Кемеровской области с 2005 г. на угольных предприятиях Кузбасса началось проведение операции «Забой». Операция проводилась областной наркологической службой совместно со службой Госнаркоконтроля по Кемеровской области. Необходимость проведения операции «Забой» была продиктована высокой аварийностью шахтного производства (за период с 1995 по 2005 г. произошло 29 аварий, на которых погибло 233 человека), учетными сведениями по наркологии (3 % работающих состояли на учете у нарколога) и несовершенством законодательства.

Методом сплошного массива обследовались работники, занятые на угледобывающем производстве. Первым этапом исследования была проверка сведений об обследуемых по базе данных «Информационная система наркологической службы Кемеровской области». Вторым этапом явилось проведение скринингового предсменного и послесменного обследования всех шахтеров на наличие в организме ПАВ (опиатов, каннабиноидов, психостимуляторов, алкоголя) при помощи алкометров и экспресс-тестов. Третьим этапом стало проведение медицинского наркологического освидетельствования и комиссионное решение вопросов допуска к работе в опасных условиях работников с признаками употребления психоактивных веществ и состояний опьянения.

Исследования, проведенные в 2005 г. на 34 кузбасских шахтах (табл. 1), показали, что среди подземных рабочих употребление ПАВ и алкоголя является одной из актуальных проблем, ее решение могло бы обеспечить боль-

шую безопасность труда горняков. Этот вопрос является частью более общей и давней проблемы профилактики мужского производственного травматизма, приводящего к росту случаев экзогенно-органического поражения головного мозга и риску развития коморбидных форм алкоголизма (13—15). Следует принять во внимание, что актуальность развития «промышленной наркологии» находится в контексте мероприятий, направленных на снижение напряженного характера алкогольной ситуации в регионе (16, 17). Поэтому выявление лиц, употребляющих алкоголь, наркотические средства, психотропные вещества и другие токсиканты и находящихся в состоянии опьянения в предсменных и послесменных периодах, становится необходимым [4, 5, 6].

В то же время действующим в 2005 г. законодательством не было предусмотрено обязательное проведение предсменных осмотров, в том числе наркологических, лиц, занятых на производствах с опасными условиями труда, а также участие врача-нарколога в предварительных и периодических медицинских осмотрах работников угольной промышленности [3]. Чтобы сделать это обязательным для работодателя, необходимо было введение соответствующих изменений в трудовое законодательство работников, занятых на тяжелых и опасных работах.

Таблица 1
Число работников угледобывающих предприятий Кузбасса, имеющих наркологические расстройства и находящихся в состоянии опьянения при проведении рейдов наркологического контроля в 2005 г.

Численность работающих		Состоящие на учете у нарколога						К-во осмолренных		Выявленные в состоянии опьянения					
		всего		алкоголизм		наркомания				всего		опьянение		наркотическое	
								алкогольное							
абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
30345	100	637	2,1	443	1,22	194	0,53	31551	100	488	1,55	86	0,27	402	1,27

В связи с этим в Кемеровской области в 2006 и 2007 гг. были приняты областные законы «О мерах по выявлению на территориях угледобывающих и горно-рудных предприятий лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения» и «Об усилении ответственности за нарушение условий безопасности и охраны труда в организациях угольной промышленности», а департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области в соответствии с данными законами подготовлены «Методические рекомендации по выявлению лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, на территориях угледобывающих и горно-рудных предприятий» [9, 10, 11].

При реализации данных законов угледобывающие и горно-рудные предприятия в обязательном порядке организуют выявление лиц, употребляющих психоактивные вещества и находящихся в состоянии опьянения, путем проведения предсменных проверок, предсменных медицинских осмотров, а также рейдов наркологического контроля со специалистами наркологами [7].

За период 2005—2014 гг. областной наркологической службой совместно с УФСН по КО было обследовано 99 866 работников 137 шахт и угледобывающих предприятий (табл. 2). Число прошедших осмотр составило 85 611, из них в состоянии опьянения выявлено 709, причем более 75 % – в наркотическом опьянении.

Таблица 2

Число работников угледобывающих предприятий Кузбасса, имеющих наркологические расстройства и находящихся в состоянии опьянения при проведении рейдов наркологического контроля в 2005—2014 гг.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Итого
Численность работающих (абс., %)										
30345	3492	16357	4319	-	17323	7201	1127	-	13702	99866
100	100	100	100	-	100	100	100	-	100	100
Количество состоящих на учете у нарколога (всего)										
637	63	250	33	-	475	225	25	-	427	2135
2,1	1,8	1,53	0,76	-	2,74	3,12	2,22	-	3,12	2,14
Количество состоящих на учете у нарколога (алкоголизм)										
443	53	156	22	-	362	152	17	-	279	1484
1,22	1,52	0,95	0,51	-	2,09	2,11	1,51	-	2,04	1,49
Количество состоящих на учете у нарколога (наркомания)										
194	10	94	11	-	112	73	8	-	158	660
0,53	0,29	0,57	0,25	-	0,65	1,01	0,71	-	1,15	0,66
Количество осмотренных (абс., %)										
31551	3294	15114	3602	-	15027	3528	721	-	12774	85611
100	100	100	100	-	100	100	100	-	100	100
Количество выявленных в состоянии опьянения (всего)										
488	35	95	9	-	51	8	5	-	18	709
1,55	1,06	0,63	0,25	-	0,34	0,23	0,69	-	0,14	0,83
Число выявленных в состоянии алкогольного опьянения										
86	17	49	3	-	9	4	1	-	3	172
0,27	0,52	0,32	0,08	-	0,06	0,12	0,14	-	0,02	0,2
Число выявленных в состоянии наркотического опьянения										
402	18	46	6	-	42	4	4	-	15	537
1,27	0,55	0,3	0,17	-	0,28	0,16	0,55	-	0,12	0,63

Об эффективности мероприятий по выявлению на угольных предприятиях лиц, употребляющих психоактивные вещества и находящихся в состоянии опьянения, свидетельствуют следующие данные. При систематическом проведении рейдов наркологического контроля число горняков, состоящих на учете у наркологов, снижается в 2–3 раза (с 210 на 10 тысяч населения в 2005 г. до 76 на 10 тысяч населения в 2008 г.) (рис. 1), количество выявленных в состоянии опьянения уменьшилось в 5–6 раз (со 155 на 10 тысяч населения в 2005 г. до 25 на 10 тысяч населения в 2008 г.) (рис. 2). При этом число лиц, выявленных в состоянии наркотического опьянения, снижается почти в 8 раз.

В периоды без проведения рейдов (2009, 2013 гг.) отмечается рост числа лиц, работаю-

щих на угольных предприятиях и состоящих на учете у нарколога, в 1,5–2 раза.

Работники угледобывающих и горно-рудных предприятий с выявленными во время проведения рейдов признаками наркологических расстройств направлялись в территориальные специализированные наркологические организации и подразделения для оказания лечебно-реабилитационной помощи, а вопросы допуска к работе в опасных условиях решались индивидуально для каждого работника врачебной комиссией.

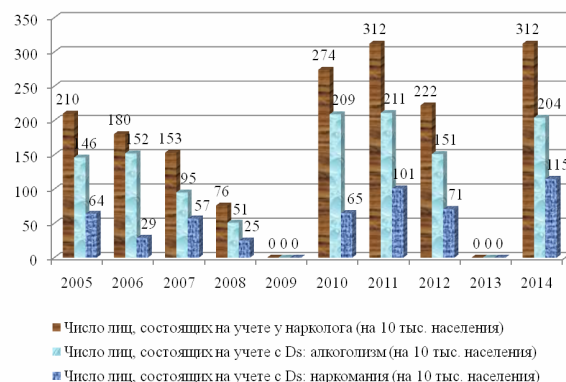


Рис. 1. Число горняков, состоящих на учете у нарколога с диагнозами алкоголизм, наркомания, в период с 2005 по 2014 г.

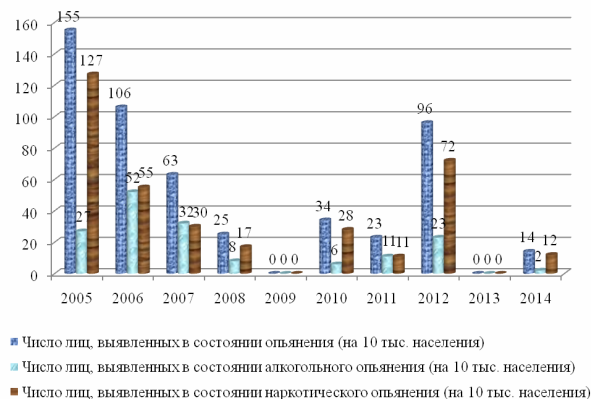


Рис. 2. Число горняков, выявленных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, в период с 2005 по 2014 г.

Кроме того, во время рейдов наркологического контроля наркологическая служба Кемеровской области осуществляла организационно-методическую помощь медицинским работникам здравпунктов угольных и горно-рудных предприятий Кузбасса по вопросам проведения предсменных и послесменных медицинских осмотров лиц, занятых на опасных работах, правильности проведения контролей трезвости во время предсменных осмотров, а также вопросам диагностики признаков употребления и состояний опьянения, вызванных приемом раз-

личных психоактивных веществ. За период 2005—2014 гг. было подготовлено более 1,5 тысяч медицинских работников здравпунктов шахт, угольных разрезов, ЦОФ и других угледобывающих и горно-рудных предприятий.

С 1 января 2012 г. после вступления в силу приказа Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н, утвердившего новый порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых и опасных работах, специалисты наркологической службы обеспечивают обязательное участие врача-нарколога не только в предварительных, но и в периодических медицинских осмотрах работников, занятых на добыче и переработке угля [8].

С целью предупреждения трудоустройства на угольные предприятия Кузбасса лиц, страдающих наркологическими расстройствами, с этого времени в соответствии с приказом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области в медицинских организациях был изменен порядок прохождения медицинского наркологического осмотра. Новый порядок медосмотра включает проверку сведений об обратившемся по базе данных «Информационная система наркологической службы Кемеровской области», клинический осмотр врачом психиатром-наркологом, исследование выдыхаемого воздуха на наличие в нем алкоголя, экспресс-тестирование мочи на наличие в ней наркотических средств, психотропных и других токсических веществ [12].

В 2009—2014 гг. было осмотрено 61 161 граждан области, устраивающихся на работу на угледобывающие и горно-рудные предприятия. Из них около 3 % не получили допуск к работе в опасных условиях из-за наличия наркологических расстройств.

Таким образом, на территории Кузбасса областной наркологической службой в полной мере обеспечиваются мероприятия по раннему выявлению и профилактике наркологических расстройств у горняков. В то же время для повышения качества медицинского обеспечения безопасности труда работников угледобывающих и горно-рудных предприятий Кузбасса, предупреждения появления на рабочих местах шахтеров, употребляющих ПАВ или находящихся в состоянии опьянения, необходим комплекс следующих мероприятий.

1. Усиление ответственности руководителей угледобывающих и горно-рудных предприятий за соблюдением сроков проведения периодических медицинских осмотров, за организацию и проведение предсменных проверок и предсменных медицинских осмотров, за соблюдением на предприятиях режима труда и отдыха шахтеров.

2. Организация на всех угледобывающих и горно-рудных предприятиях Кузбасса кабинетов предсменных, послесменных и текущих медицинских осмотров.

3. Организация специальной подготовки медицинских работников кабинетов предсменных медицинских осмотров угледобывающих и горно-рудных предприятий вопросам выявления у работников признаков потребления ПАВ и состояний опьянения.

4. Систематическое проведение на угледобывающих и горно-рудных предприятиях рейдов наркологического контроля с привлечением специалистов областной наркологической службы.

5. Организационно-методическое руководство и контроль специалистами областной наркологической службы деятельности здравпунктов угледобывающих и горно-рудных предприятий по вопросам организации и проведения контроля трезвости, направления на медицинское наркологическое освидетельствование, исследования биологических объектов на наличие в них психоактивных веществ и т. д.

6. Оказание анонимной помощи, бесплатного лечения и консультирования шахтерам, употребляющим ПАВ, с разработкой индивидуальных лечебно-реабилитационных программ специализированными учреждениями областной наркологической службы.

7. Распространение законодательной инициативы Кемеровской области по выявлению лиц, употребляющих алкоголь, наркотические средства, психотропные вещества и другие токсиканты и находящихся в состоянии опьянения на угледобывающих и горно-рудных предприятиях на все производства с опасными условиями труда и закрепление ее законодательно на федеральном уровне.

Л и т е р а т у р а

1. Федеральный закон Российской Федерации от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
2. Трудовой кодекс Российской Федерации.
3. Приказ Минздрава РФ от 12.08.2003 г. № 399 «О признании недействующими на территории Российской Федерации документов Минздрава СССР».
4. Временная инструкция Минздрава СССР от 01.09.1988 г. № 06-14/33-14. «О порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения».
5. Методические указания Минздрава СССР от 01.09.1988 г. № 06-14/33-14г. «Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения».
6. Методические рекомендации Минздрава РФ и Минтранса РФ от 29.01.2002 г. «Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения. Организация и порядок проведения предрейсовых медицинских осмотров водителей автотранспортных средств».
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.01.2006 г. № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике в организме человека алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ».

8. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н «О порядке проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых и опасных работах».
9. Закон Кемеровской области от 17.01.2006 г. № 7-03 «О мерах по выявлению на территориях угледобывающих и горно-рудных предприятий лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения».
10. Закон Кемеровской области от 30.05.2007 г. № 61-03 «Об усилении ответственности за нарушение условий безопасности и охраны труда в организациях угольной промышленности».
11. Методические рекомендации Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 2006 г. «По выявлению лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения на территориях угледобывающих и горно-рудных предприятий».
12. Приказ Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 10.04.2014 г. № 637 «Об утверждении Порядка поведения медицинских осмотров, медицинских освидетельствований в наркологических медицинских организациях и наркологических подразделениях медицинских организаций Кемеровской области».
13. Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 1996. – 46 с.
14. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
15. Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бохан Н. А. Нейробиологические механизмы алкоголизма // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – Т. 102, № 8. – С. 61–66.
16. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
17. Бохан Н. А., Иванов А. А., Мандель А. И. Региональная динамика и исходы заболеваемости алкогольными психозами // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 8 (128). – С. 38–43.
18. Кокорина Н. П. Пограничные нервно-психические расстройства у шахтеров: автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 1994.
- ic agents, psychotropic and other toxic substances". (In Russ.).
8. Order of Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation of 04/12/2011. No. 302n "About procedure of conducting the obligatory preliminary and periodic medical examinations of workers of hard and dangerous jobs". (In Russ.).
9. Law of the Kemerovo Region of 01/17/2006. No. 7-03 "About measures on detection in the territories of coal mining enterprises of persons being in state of alcohol, drug and toxic intoxication". (In Russ.).
10. Law of the Kemerovo Region of 05/30/2007. No. 61-03 "About strengthening of liability of infringement of conditions of labour safety and protection in organisations of coal industry". (In Russ.).
11. Guidelines of Department of healthcare of the population of the Kemerovo region of 2006 "On detection of persons being in the state of alcohol, drug and toxic intoxication in the territories of coal mining enterprises". (In Russ.).
12. Order of the Department of healthcare of the population of the Kemerovo Region of 04/10/2014. No. 637 "About approval of Routine of conducting the medical examinations at narcological medical organisations and narcological subdivisions of medical organisations of the Kemerovo Region". (In Russ.).
13. Bokhan N. A. [Clinical-pathodynamic patterns and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 1996. 46 p. (In Russ.).
14. Bokhan N. A. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial associativity of problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 2: 31–37. (In Russ.).
15. Semke V. Ya., Melnikova T. N., Bokhan N. A. [Neurobiological mechanisms of alcoholism]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002; 102, 8: 61–66. (In Russ.).
16. Bokhan N. A., Semke V. Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
17. Bokhan N. A., Ivanov A. A., Mandel A. I. [Regional dynamic and outcomes of sickness rate with alcohol psychoses]. *Narkologija* [Narcology]. 2012; 11, 8(128): 38–43. (In Russ.).
18. Kokorina N. P. [Borderline neuropsychiatric disorders in miners]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 1994. (In Russ.).

Транслитерация русских источников

1. Federal law of the Russian Federation of 01/08/1998. No. 3-F3 "About narcotic agents and psychotropic substances". (In Russ.).
2. Labour Code of the Russian Federation. (In Russ.).
3. Order of Ministry of Healthcare of the Russian Federation of 08/12/2003. No. 399 "About recognition of documents of Ministry of Healthcare of the USSR as inoperative in the territory of the Russian Federation". (In Russ.).
4. Provisional instruction of Ministry of Healthcare of the USSR of 09/01/1988. No. 06-14/33-14. "About procedure of medical examination for establishment of evidence of use of alcohol and state of intoxication". (In Russ.).
5. Guidelines of Ministry of Healthcare of the USSR of 09/01/1988. No. 06-14/33-14g. "Medical examination for establishment of evidence of use of alcohol and state of intoxication". (In Russ.).
6. Guidelines of Ministry of Healthcare of the Russian Federation and Ministry of Transport of the Russian Federation of 01/29/2002. "Medical provision of traffic safety. Organization and procedure of conducting the pretrip medical examinations of drivers of vehicles". (In Russ.).
7. Order of Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation of 01/27/2006. No. 40 "About organisation of chemical-toxicological investigations during analytical diagnosis in human organism of alcohol, narcot-

УДК 616.89-008.441.13(571.122):613.81
ББК Р645.021.11-9

ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОПУЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ХАНТЫ-МАНСЬСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ

Бохан Н. А.^{1*}, Новиков А. П.²,
Рахматова Л. Д.¹, Гильбурд О. А.²

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

² ГБОУ ВПО «Сургутский ГУ ХМАО – Югры»
Медицинский институт, курс психиатрии и наркологии
628400, Сургут, ул. Ленина, 1

В статье анализируются особенности формирования популяции больных алкоголизмом в ХМАО – Югре. Установлено, что лица в возрасте 29–35 и 48–55 лет вносят наибольший вклад в формирование когорты больных с впервые установленным диагнозом, включая его психотические осложнения. В группе женщин наблюдается некоторое смещение возраста на более поздний. Максимальный пик заболеваемости алкоголизмом имеет место среди женщин 34–39 лет, живущих в сельской местности. Возраст первичной диагностики алкогольной зависимости, как правило, совпадает с возрастом начала ежедневной алкоголизации. Выявленные особенности заболеваемости алкоголизмом маркируют целевые группы населения ХМАО, в отношении которых в первую очередь должны быть ориентированы мероприятия по профилактике алкогольной зависимости. **Ключевые слова:** алкогольная зависимость, заболеваемость, алкогольные психозы.

GENDER-SENSITIVE FORMATION OF POPULATION OF ALCOHOLICS IN THE KHANTY-MANSI AUTONOMOUS DISTRICT – YUGRA. Bokhan N. A.¹, Novikov A. P.², Rakhmatova L. D.¹, Gilburd O. A.² ¹Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. ²Surgut State University, Medical Institute. Lenin Street 1, 628400, Surgut, Russian Federation. Features of formation of alcoholism among residents of Khanty-Mansiysk – Ugra are analyzed in the article. It was found that in this population there are two age cohorts with the most common newly diagnosed disease, including psychotic complications: persons aged 29–35 years, those aged 48–55 years. In both cohorts of women there is some offset to a later age. Maximum peak incidence of alcoholism occurs among women 34–39 years of age living in rural areas. Age of newly diagnosed alcohol addiction generally correlates with the age of onset of daily alcoholization. Identified wave incidence of alcoholism labels KhMAO target groups for which the first action should be focused on prevention of alcohol addiction. **Keywords:** alcohol addiction, morbidity, alcoholic psychosis.

Введение. Проблема заболеваемости алкоголизмом в Российской Федерации остаётся традиционно актуальной [1, 2]. Особую остроту она приобретает в северных регионах РФ, в частности в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (ХМАО), природная и техноген-

ная среда которого является экологически агрессивной, определяет высокую напряжённость и хрупкость механизмов адаптации и создаёт почву для инициации и рецидивирования различных психических расстройств, включая алкогольную зависимость [3, 4]. В ХМАО уровень первичной заболеваемости алкоголизмом на 25 % выше, чем в среднем по РФ (120,9 и 96,7 на 100 000 населения соответственно, в УрФО – 113,9), что обусловлено не только известным влиянием этнокультурального, климатического и социально-трудового прессинга, но также высокой платежеспособностью населения [5–8]. Представленные в настоящей статье данные являются фрагментом комплексного исследования, ориентированного на разработку эффективной клинко-организационной модели наркологической помощи населению ХМАО.

Цель. Целью исследования является выявление региональных особенностей формирования популяции больных алкоголизмом ХМАО для оптимизации наркологического сервиса.

Материалы и методы. Были изучены половозрастные и клинические характеристики 195 больных с впервые установленным диагнозом алкогольной зависимости в возрасте от 18 до 60 лет, постоянно проживающих в городской и сельской местности на территории ХМАО. В исследование не включались больные с ранее установленным наркологическим диагнозом и сопутствующим психиатрическим диагнозом. Обследование проводилось с использованием стандартизированной карты «Клинко-биологическое обследование больного зависимостью от психоактивных веществ». Применялись клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-демографический и статистический методы исследования.

Результаты и обсуждение. При анализе половозрастной структуры группы исследования, представленной на рисунке 1, установлено достоверно большее количество мужчин, доля которых составила 76,9 % (150 мужчин и 45 женщин) от всей выборки.

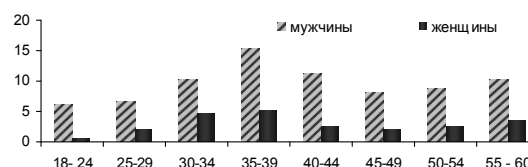


Рис. 1. Половозрастная структура больных алкоголизмом, % от общего количества

Распределение по возрастным группам свидетельствует, что практически в 50 % случаев алкоголизм впервые диагностируется у жителей ХМАО в возрасте 30–44 лет, при этом наибольший удельный вес составляет группа 35–39 лет (20,5 % от общего числа больных).

* Бохан Николай Александрович, член-корр. РАМН, профессор, директор, рук. отделения аддиктивных состояний. 8(3822)724015. bokhan909@sibmail.com

В 25,1 % случаев уязвимы в отношении алкоголизма как мужчины, так и женщины старше 50 лет. В возрастных группах 35—39 и 55—60 лет доля женщин выше, чем доля мужчин. Весьма неожиданным и интересным оказывается долевое распределение мужчин и женщин в различных возрастных подгруппах в зависимости от места их проживания: значительное преобладание доли сельских женщин в возрасте 30—34 лет (36,4 %) в сравнении с представителями всех остальных возрастных подгрупп, что позволяет рассматривать эту когорту жителей ХМАО как имеющую повышенный риск формирования алкогольной зависимости.

Сравнительный анализ возраста первичного обращения к специалистам и ежедневного употребления спиртных напитков показал, что в 78,5 % случаев (153 чел.) наблюдается их совпадение. Мужчины и женщины к 33—35 годам имеют опыт ежедневного приема спиртных напитков (14,7 %), что практически полностью совпадает с возрастом первичного обращения в наркологическую службу (12,1 %). Существенную долю (11,6 %) представляет и группа больных молодого возраста (21—23 лет). Данная тенденция характерна как для мужчин, так и для женщин. Наименьшее число больных с ежедневным употреблением алкоголя и обратившихся впервые за помощью отмечается в группе лиц 42—44 лет (2 %). Очевидно, что пиковый возраст формирования ежедневной алкоголизации приходится на 33—35 лет; второй, менее острый, пик по данному параметру выявляется в когорте лиц предпенсионного и пенсионного возрастов. К моменту первичной диагностики алкогольной зависимости у 96,9 % больных (189 чел.) был сформирован синдром отмены алкоголя (рис. 2).

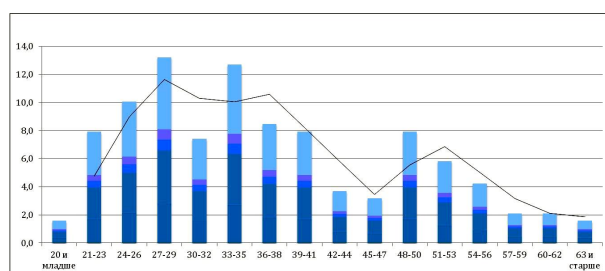


Рис. 2. Возраст формирования синдрома отмены алкоголя, % от всех случаев

Анализ графических данных показывает, что отмеченная выше тенденция в динамике алкогольной зависимости у жителей ХМАО сохраняется и при формировании алкогольного абстинентного синдрома, а именно существование двух клинико-демографических волн — более острой в молодом возрасте (27—35 лет) и более мягкой, но отчетливой, в предпенсионном возрасте.

Несомненный интерес представляют данные, касающиеся возникновения алкогольных психозов у жителей ХМАО. В соответствии с данными ВОЗ алкогольные психозы наблюдаются у 10 % больных алкогольной зависимостью, а российские авторы отмечают разброс данного показателя в широких пределах — от 2,8 до 15,0 % [3, 5]. В нашей выборке алкогольные психозы диагностированы в 16,9 % случаев (33 больных). Клиническая структура психотических состояний в 94 % случаев представлена делирием (48,5 %), галлюцинозом (45,5 %) и по одному случаю представлены алкогольный паранойд и корсаковский синдром у мужчин. Достоверно значимо ($p \leq 0,05$) в группе женщин преобладают галлюцинозы, а у мужчин, не достигая уровня достоверной значимости, чаще отмечены делириозные состояния. Сравнительный анализ распространенности алкогольных психозов в группе впервые выявленных больных алкоголизмом показал соотношение мужчин и женщин 1:1, в то время как популяционное распределение психозов для мужчин и женщин равно 4:1. Частично данное расхождение можно объяснить тем, что группа исследования представлена стационарной выборкой больных, или же первичная обращаемость больных алкоголизмом с психотическими состояниями выше в сравнении с женщинами.

На рисунке 3 представлены данные о возрасте возникновения алкогольных психозов у жителей ХМАО.

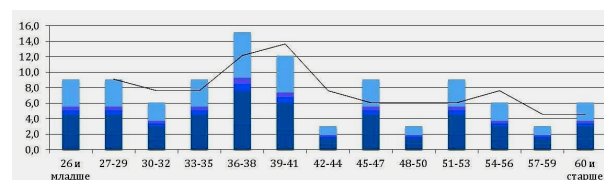


Рис. 3. Возраст возникновения алкогольных психозов, %

Очевидно, что и здесь сохраняется отмеченный выше двухволновой тренд, однако возрастные пики повышенного риска психотических осложнений алкоголизма у жителей ХМАО чуть смещаются к 36—38 годам и к пенсионному возрасту.

Закключение. Таким образом, анализ половозрастной структуры группы впервые зарегистрированных больных алкоголизмом жителей ХМАО позволяет сделать следующие предварительные выводы. В данной популяции имеются две возрастные когорты с наиболее частой первичной диагностикой заболевания, включая его психотические осложнения: лица в возрасте 29—35 лет, лица в возрасте 48—55 лет. В обеих вышеуказанных когортах у женщин наблюдается некоторое смещение возраста на более поздний срок.

Максимальный пик заболеваемости алкоголизмом имеет место среди женщин 34—39 лет, живущих в сельской местности. Возраст первичной диагностики алкогольной зависимости, как правило, коррелирует с возрастом начала ежедневной алкоголизации. Выявленные волны заболеваемости алкоголизмом маркируют целевые группы населения ХМАО, в отношении которых в первую очередь должны быть разработаны мероприятия по профилактике алкогольной аддикции.

Л и т е р а т у р а

1. Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Сидорук О. В., Григорова Н. И., Ванисова Н. Г., Бобков Е. Н. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2012—2013 годах // Статистический сборник. — М., 2014. — 173 с.
2. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Алкогольная зависимость. — Чита : Читинская ГМА, 2014.
3. Хрущов В. Л. Здоровье человека на Севере (медицинская энциклопедия северянина). — М. : Астра, 1994. — 508 с.
4. Бохан Н. А., Иванов А. А., Мандель А. И. Региональная динамика и исходы заболеваемости алкогольными психозами // Наркология. — 2012. — Т. 11, № 8 (128). — С. 38—43.
5. Масленников А. А., Уманский С. М., Рахматова Л. Д., Зотов П. Б. Патоморфоз алкогольного делирия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2007. — № 1. — С. 40—43.
6. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. — 510 с.
7. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. — 588 с.
8. Матвеева Н. П. Распространенность, факторы риска и клиническая динамика алкоголизма и алкогольных психозов среди коренного населения Республики Саха (Якутия) (этнокультуральный, реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2010. — 23 с.

Транслитерация русских источников

1. Koshkina E. A., Kirzhanova V. V., Sidoryuk O. V., Grigорова N. I., Vanisova N. G., Bobkov E. N. [Main indices of activity of narcological services in the Russian federation in 2012-2013]. In: [Statistical collection]. Moscow, 2014. 173 p. (In Russ.).
2. Govorin N. V., Sakharov A. V. [Alcohol dependence]. Chita SMA, Chita, 2014. (In Russ.).
3. Khrushchov V. L. [Health of the man in North (medical encyclopedia of a northerner)]. Astra, Moscow, 1994. 508 p. (In Russ.).
4. Bokhan N. A., Ivanov A. A., Mandel' A. I. [Regional dynamic and outcomes of sickness rate with alcohol psychoses]. *Narkologiya* [Narcology]. 2012; 11, 8(128): 38—43. (In Russ.).
5. Maslennikov A. A., Umansky S. M., Rakhmazova L. D., Zotov P. B. [Pathomorphosis of alcohol delirium]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2007; 1: 40—43. (In Russ.).
6. Bokhan N. A., Semke V. Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
7. Semke V. Ya., Bokhan N. A. [Transcultural addictology]. Publishing House of Tomsk University, 2008. 588 p. (In Russ.).
8. Matveeva N. P. [Prevalence, risk factors and clinical dynamics of alcoholism and alcoholic psychoses among aboriginal population of Republic of Sakha (Yakutia) (ethnocultural, rehabilitative aspects). *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 2010. 23 p. (In Russ.).

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.8-056.76

ББК Р64-324+Р733

СЕМИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ АФФЕКТИВНОГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ В КОНТЕКСТЕ НЕВРОПАТИИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Буторин Г. Г.^{1*}, Буторина Н. Е.²,
Калинина Н. В.

¹ ФГБОУ ВПО Челябинский ГПУ

454080, Челябинск, ул. Ленина, д. 69

ГБОУ ВПО Южно-Уральский ГМУ Минздрава России

454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

В детской психиатрии основное внимание в научных исследованиях всегда обращено на клинические формы – пограничные состояния, неврозы, расстройства формирования личности, олигофрении, пограничные формы резидуально-органических психических расстройств, задержки психического развития. Невропатия рассматривается как особая форма аномалии конституции – как аномалия постнатального нервно-психического развития и как невропатический диатез, этиологически связанные с генетическими факторами либо с экзогенно-органической патологией. При этом в одних случаях подчеркивается наследственное происхождение невропатии, в других – допускается важная роль в её генезе экзогенно-органических повреждений головного мозга. Как отмечают большинство исследователей, в последние годы значительное место среди детско-подростковой пограничной патологии занимают депрессивные расстройства. Депрессия у детей и подростков rozpoznается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста. Клиника депрессивного невроза имеет значительные отличия в разные периоды детского возраста. Более типичное проявление наблюдается в пубертатном и отчасти в препубертатном возрасте. На первый план выступает подавленное настроение. Почти всегда отмечаются соматовегетативные расстройства: снижение аппетита, падение веса, запоры, бессонница. По мнению зарубежных исследователей, проявления психогенной депрессии у детей раннего возраста выражаются в основном в расстройствах психомоторики и в соматовегетативных нарушениях. В зарубежной литературе важная роль отводится ситуации сиротства. Зарубежные психиатры особое значение в происхождении депрессивного невроза придают нарушениям взаимоотношений матери и ребёнка в первые два года его жизни. Биопсихосоциальная модель оказания помощи позволяет повысить эффективность полидисциплинарной помощи, направленной на превенцию, своевременную диагностику лечения и реабилитацию эмоциональных психических расстройств в детском и подростковом возрастах. **Ключевые слова:** аффективные расстройства, депрессия, депрессивный невроз.

* Буторин Геннадий Геннадьевич, д-р психол. наук, проф. кафедры теоретической и прикладной психологии.

SEMIOTICS OF DISTURBANCES OF THE AFFECTIVE LEVEL OF DEVELOPMENT IN THE CONTEXT OF THE NEUROPATHY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS. Butorin G. G.¹, Butorina N. E.², Kalinina N. V. ¹Chelyabinsk State Pedagogical University. Lenin Street 69, 454080, Chelyabinsk, Russian Federation. ²South-Ural State Medical University. Vorovsky Street 64, 454092, Chelyabinsk, Russian Federation. In child psychiatry the main attention in scientific research was always paid to clinical forms – borderline states, neuroses, disorders of formation of the personality, mental retardation, borderline forms of residual and organic mental disorders. The neuropathy is considered as a special form of abnormality of the constitution – as abnormality of postnatal psychological development and as neuropathy diathesis, etiologically connected either with genetic factors, or with exogenous and organic pathology. Thus, in some cases the hereditary origin of the neuropathy is emphasized, in others – the important role of exogenous and organic injuries of the brain in its genesis is found conceivable. As most researchers note, in recent years the important place among child and adolescent borderline pathology is occupied by depressive disorders. Depression, both in children and adolescents, is detected with difficulty because depressive symptoms accumulate, as a rule, on psychological traits of age. The clinic of depressive neurosis has considerable differences during different periods of childhood. More typical manifestation is observed in puberty and partly at pre-puberty age. Low mood comes forward. Various somatovegetative disorders are almost always noted: loss of appetite, weight loss, constipation, insomnia. According to foreign researchers, manifestation of psychogenic depression in children of early age is mainly expressed in psychomotor disorder and in somatovegetative disturbances. In foreign literature the important part is assigned to orphanhood situation. Foreign psychiatrists attach special significance in the origin of depressive neurosis to disturbances of mother-child relationship in the first two years of child's life. The biopsychosocial model of assistance allows increasing efficiency of the multidisciplinary care directed at prevention, timely diagnosis, treatment and rehabilitation of emotional mental disorders in children and adolescents. **Keywords:** affective disorders, depression, depressive neurosis.

Цель данной статьи. Эта обзорная статья направлена на более глубокое понимание динамической специфики аффективных расстройств при онтогенетическом развитии ребёнка, так как клиника этих расстройств имеет значительные отличия в разные возрастные периоды детско-подросткового возраста.

Эмоциональные (аффективные) расстройства занимают ведущее положение в проявлениях большинства нервно-психических заболеваний у детей и подростков. Эмоции (лат. *emoveo, emotum* – возбуждать, волновать) – это реакция человека в виде субъективно окрашенного переживания, отражающая значимость для него воздействующего раздражителя или результата собственного действия (удовлетворение или неудовлетворение). В разные периоды возрастного онтогенетического развития качество эмоций неравнозначно. В виду возрастной незрелости механизмов эмоционального реагирования, повышенной лабильности эмоций, свойственных детям, а также недостаточности их самоотчёта из-за незрелости самосознания синдромы и симптомы основных аффективных расстройств, прежде всего депрессивных и маниакальных состояний, у детей

и даже у младших подростков стёрты и даже атипичны. Вместо них на первый план чаще выступают «возрастные эквиваленты» в виде соматовегетативных, двигательных расстройств и различных нарушений поведения. Проявления аффективных состояний в виде депрессий у детей описаны более подробно, чем маниакальные, хотя их атипичность нередко ведёт к существенным расхождениям в трактовке этих состояний как симптомов депрессии [5].

Анализ литературы показывает, что учение о психических болезнях детского и подросткового возрастов начало развиваться лишь в 30-х годах прошлого столетия с описания развёрнутых психических заболеваний – психозов [7] и на протяжении многих десятилетий ограничивалось, главным образом, детской шизофренией. Позднее детская психиатрия стала пополняться сведениями о непсихотических формах психических расстройств – о клинике так называемых пограничных состояний.

Известными отечественными психиатрами В. А. Гиляровским, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухаревой, Н. И. Озерецким, С. С. Мнухиным, М. Ш. Вроно, А. Е. Личко, Г. К. Ушаковым, В. В. Ковалёвым и их учениками, работавшими в тесном сотрудничестве с педиатрической службой, создавалась отечественная научная школа психиатрии детского и подросткового возрастов, занимающая передовые позиции в международной детской психиатрии. При этом основное внимание в научных исследованиях было обращено на наиболее частые в практике детского психиатра клинические формы – пограничные состояния, неврозы, расстройства формирования личности, олигофрении, пограничные формы резидуально-органических психических расстройств, задержки психического развития. Труды видных отечественных детских психиатров прошлого века не только заложили основу научных исследований по вопросам диагностики, профилактики, лечения и реабилитации психических расстройств в клинической психиатрии детского и подросткового возрастов, но и положили начало их систематического изучения. Традиционное для русской медицины клиническое направление исследований было продолжено и сохраняется до сих пор [4, 7].

Современное представление о происхождении невропатии сводится к учету эндогенных, экзогенно-органических и психосоциальных факторов, то, что в настоящее время называется биопсихосоциальной парадигмой происхождения психических и поведенческих расстройств как основы полидисциплинарного подхода к оказанию помощи больным. В детской психиатрии невропатия рассматривается как особая форма аномалии конституции – как аномалия постнатального нервно-психического развития

(как дизонтогенез), и как невропатический диатез, этиологически связанные с генетическими факторами либо с экзогенно-органической патологией. При этом в одних случаях подчеркивается наследственное происхождение невропатии, в других – допускается важная роль в её генезе экзогенно-органических повреждений головного мозга, обусловленных поражениями в пре-, перинатальном и раннем постнатальном периодах [4].

Как отмечают большинство исследователей, в последние годы значительное место среди детско-подростковой пограничной патологии занимают депрессивные расстройства. В связи с различиями во взглядах на детскую депрессивную патологию, по мнению разных авторов, она варьирует в широких пределах: – от 0,7 до 25 % детской популяции. По данным ряда авторов, только 27 % детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами и т. д. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6 % случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, а преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию [2]. Депрессия у детей и подростков распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста. Считается, что диагностика депрессивного невроза в детском возрасте сложна и требует тщательного изучения его возникновения и динамики.

В. В. Ковалёв замечает, что термином «депрессивный невроз» обозначена группа психогенных невротических заболеваний, в клинической картине которых ведущая роль принадлежит депрессивному сдвигу настроения. Рассматривая клинические и клинико-динамические показатели депрессивного невроза, В. В. Ковалёв неоднократно цитирует мнение по этому вопросу таких известных немецких детских психиатров, как Н. Stutte [8], G. Nissen [9], которые считают, что в этиологии невроза основная роль принадлежит психотравмирующим ситуациям, связанным с болезнью, смертью родителей, длительной разлукой с ними. В зарубежной литературе важная роль отводится ситуации сиротства. Зарубежные психиатры особое значение в происхождении депрессивного невроза придают нарушениям взаимоотношений матери и ребёнка в первые два года его жизни.

Клиника депрессивного невроза имеет значительные отличия в разные периоды детского возраста. Более типичное проявление, близкое к симптоматике непсихотической реактивной депрессии у взрослых, наблюдается в пубер-

татном и отчасти в препубертатном возрасте. На первый план выступает подавленное настроение, которое не достигает степени выраженной тоски. Почти всегда отмечаются разные соматовегетативные расстройства: снижение аппетита, падение веса, запоры, бессонница. Наиболее сложным и спорным В. В. Ковалёв считает вопрос о диагностике депрессивного невроза в раннем детском возрасте. По мнению зарубежных исследователей, проявления психогенной депрессии у детей раннего возраста выражаются преимущественно в расстройствах психомоторики и в соматовегетативных нарушениях. По мнению Г. Е. Сухаревой, течение депрессивного невроза у детей и подростков более кратковременно и благоприятно по сравнению с таковым у взрослых. Вместе с тем в пубертатном возрасте, особенно при наличии соматической ослабленности, депрессивный невроз принимает затяжное течение с возможностью перехода в невротическое формирование личности (чаще астенодепрессивного типа).

По данным В. А. Гурьевой и др. [1], депрессивные состояния широко распространены, их число и длительность увеличиваются, они встречаются во всех культурах, во всех слоях населения и связаны со значительными субъективными страданиями, социальной декомпенсацией, склонностью к суицидальным действиям. Термин «депрессия» имеет много различных значений и специальных уточняющих наименований, применяющихся в зависимости от длительности, периодичности, глубины и клинического содержания соответствующих болезненных расстройств. По современным представлениям (МКБ-10, 1994), депрессивные расстройства ранжируются по степени их выраженности. Выделяют лёгкую, умеренную и тяжёлую степень, дифференциация между которыми основывается на сложной клинической оценке. По клиническим характеристикам выделяют депрессию двух групп: относительно простые, характеризующиеся облигатными расстройствами, свойственными депрессивному синдрому, и сложные, при которых имеет место сочетание депрессии с симптомами психопатологических синдромов.

К депрессиям первой группы относятся: адинамическая, ажитированная, анестетическая, с бредом самообвинения, дисфорическая (брюзжащая, угрюмая), ироническая (улыбающаяся), слезливая, ступорозная, тревожная, тоскливая (меланхолическая). Депрессии второй группы объединяют такие формы, как астеническая, истерическая, с явлениями навязчивости, ипохондрическая, психастеническая, депрессия с деперсонализацией.

Особое значение, как считают авторы, для возрастной специфики психических расстройств у детей и подростков имеют возрас-

тные кризисы – периоды наибольшей подверженности нервным и психическим нарушениям (первый кризис – 3–4 года; второй кризис – 5–7 лет; третий кризис – 12–18 лет). Одним из обсуждаемых вопросов в главе о возрастной специфике аффективных расстройств авторы рассматривают вопрос о роли возрастного фактора в этой специфике, которую они трактуют с позиций определённых периодов возрастного развития.

Так, по их мнению, депрессия в *младенчестве* проявляется не только соматизированными масками, но и характеризуется типичной триадой аффективных расстройств: грустное настроение, двигательная заторможенность или, наоборот, беспокойство, симптомы идеаторной заторможенности. Наиболее характерными клиническими проявлениями депрессивных состояний в младенчестве, по данным М. А. Калининой и Н. И. Голубевой [3], являются вегетативная, соматизированная, регрессивная, апатическая, улыбающаяся и слезливая депрессия. В рамках соматических эквивалентов описаны нарушения пищеварения, боли в животе, бессонница, зуд, головные боли, замедленная моторика, вегетососудистые нарушения, которые рассматриваются в рамках маскированной депрессии.

Возраст от 3 до 4 лет – первый возрастной кризис является важнейшим периодом развития. В этом возрасте, как и в последующие критические периоды, ребёнок становится капризным, ранимым, раздражительным, непослушным, при этом подчёркивается значение складывающейся к этому возрасту «Я-системы». Если эта система не поддерживается взрослыми, растёт эмоциональная напряжённость, нарушается поведение, появляется склонность к невротическим реакциям, первыми проявлениями которых являются поведенческие реакции протеста и отказа.

Во время второго возрастного кризиса (5–7 лет) количество реакций после спокойного возрастного отрезка увеличивается. В его возникновении, наряду с биологическими факторами, большое участие принимают социально-психологические причины. Подготовка и поступление в школу сами по себе в известной степени травмируют ребёнка. В этот период невротические реакции могут возникать от переутомления и психосоматической астенизации (нарушение сна, аппетита, головокружение, сниженная работоспособность, колебание настроения и др.). Школьные занятия только тогда становятся причиной невроза, когда предъявляемые к ребёнку требования не соответствуют его возможностям. Неудача является наиболее частой причиной невротических и аффективных реакций в виде так называемого школьного невроза.

Третий возрастной криз является самым длительным (12–18 лет), самым выраженным, сложным, его считают переходным от детства к взрослому состоянию и называют его пубертатным кризом [1]. Психиатры единодушны в признании критического протекания пубертатного периода. Критический характер развития в период пубертата объясняется незаконченностью формирования разных органов и систем, а также повышенной реактивностью, обуславливающей чрезвычайной чувствительностью к психотравмированию. При этом отмечается, что начиная с подросткового возраста (13–14 лет) в клинической картине всё чаще возникают симптомы аффективных расстройств, характерных для взрослых, но в более стёртой рудиментарной форме. В клинической картине депрессии слабее чувство тоски, преобладают плаксивость, двигательная скованность, нарушение сна, заторможенность.

В шведском руководстве по психиатрии детского и подросткового возрастов [6] один из 26 соавторов Берит Лагерхейм делает попытку рассмотреть проявление депрессии в зависимости от возраста. При этом депрессия рассматривается как часть невроза и пограничных состояний, а у детей она становится иногда предварительной стадией соответствующего состояния в зрелом возрасте. Примерно 25 % депрессивных нарушений у взрослых возникают до 18 лет. По оценкам специалистов, даже в социально благополучном обществе только 25–50 % детей с депрессией получают какую-то медицинскую помощь и ещё меньше проходят амбулаторный курс лечения. Возникновение симптомов депрессии и клинические проявления депрессии возрастают с возрастом, так же как и меняются типы симптомов. Автор начинает описание с младенческой депрессии, которая возникает у детей в возрасте 6–12 месяцев. При этом он замечает, что ещё в 40-е годы специалистами был введён термин «анаклитическая депрессия» – патологическое состояние, возникающее у детей в возрасте 6–12 месяцев, разлучённых с матерью и находящихся в плохих условиях существования. Она проявляется адинамией, анорексией, снижением или исчезновением реакции на внешние раздражители, задержкой развития психики и моторики. Дети становятся крикливыми, плохо спят и теряют в весе. При этом надо иметь в виду, замечает автор, что у очень маленького ребёнка при постановке диагноза сложно дифференцировать младенческую депрессию, аутистические нарушения контакта и умственную отсталость.

Далее рассматривается депрессия маленьких детей в возрасте до 5–6 лет. Это особенно опасно для ребёнка, если родители относятся к нему с иронией и критикуют его чаще других детей.

Следующий возраст – дошкольный (5–6 лет). В этом возрасте ребёнок уже пытается отождествлять себя с важными для него личностями из своего окружения, сравнивать свою роль в семье с ролями сестёр и братьев. Депрессия одного из родителей, его низкая самооценка могут отразиться на представлении ребёнка о самом себе. Поэтому при терапии в таких случаях важно не критиковать родителей, а укреплять их социальную роль, чувство самоуважения и уважения друг к другу.

Вслед за дошкольным возрастом Б. Лагерхейм описывает преимущественно младший школьный возраст. При этом он замечает, что перемена в поведении ребёнка, его отношение к школе, прежде всего его избегание школы, может быть проявлением начинающейся депрессии, однако это редко сказывается на успеваемости. Такой ребёнок чаще играет один, его взаимоотношения с другими детьми становятся более негативными. Дети и младшие подростки, склонные к депрессии, более чувствительны к стрессу и имеют более негативный взгляд на себя самих и свою внешность. В так называемом латентном возрасте (8–10 лет) у ребёнка укрепляется чувство самоуважения, так как он больше знает и может делать что-то сам. Но тот, кто часто терпит неудачи, может впасть в депрессию.

Хотелось бы обратить внимание на ещё одну работу немецких учёных – проф. Р. Тёлле в соавторстве с проф. Р. Лемппом. В учебнике по психиатрии с элементами психотерапии в разделе «Депрессивные реакции и депрессивные неврозы» они замечают, что депрессия означает подавленное настроение. Словом «депрессивный» можно объяснить разные явления: адекватное поведение после болезненной потери, конфликтную реакцию и невроз, структуру личности и болезнь. Депрессивная симптоматика встречается при реактивной депрессии, депрессивном неврозе, эндогенной депрессии, при депрессивном синдроме шизофрении или органических психозах. Адекватное ситуации расстройство при печальных подавляющих дух поводах определяется как подавленность или депримированность. *Депрессивная реакция* встречается при резких изменениях жизненных отношений, потере привычного жизненного уклада и доверительной атмосферы. Решающим здесь является не внешняя ситуация, а переживание изменений, потеря укрытия и неуверенность в новой ситуации. Часто в основе депрессивных реакций лежат глубоко скрываемые обиды и кризис самооценки. *Депрессивный невроз* – это невроз характера или расстройство личности. При слабой их выраженности говорят о депрессивной структуре личности в смысле стойких психических отклонений.

Тяжёлые депрессивные неврозы (а также другие неврозы и расстройства личности) обозначаются как пограничные состояния. Как отмечают авторы, это не столько новый диагноз, сколько построение модели, которая в учении о фазах жизни связывает ранние детские переживания с последующим болезненным личностным развитием. При этом у детей обнаруживается нередко хроническое, зависящее от личности депрессивное расстройство настроения. Оно не проявляется в повседневной жизни, но отчётливо выявляется в ряде ситуаций и в проективных тестах. Чаще всего это итог тяжёлой депривации в раннем детстве. В соответствии с МКБ-10 депрессивные реакции и расстройства адаптации кодируются в рубрике F43.2, а депрессивные неврозы кодируются как дистимия (F34.1).

Заключение. Биопсихосоциальная модель оказания помощи пациентам с нервно-психическими расстройствами с включением медико-биологического, психолого-педагогического, социального аспектов позволяет повысить эффективность полидисциплинарной помощи, направленной на превенцию, своевременную диагностику лечения и реабилитацию с оценкой не только биологических факторов, но и личностно-психологических, социально-психологических, играющих важную роль в формировании нервно-психических и психосоматических расстройств и с учетом диагностических критериев не только категорий МКБ-10, но и отечественных классификаций, отражающих специфику эмоциональных (аффективных) психических расстройств в детском и подростковом возрастах.

Л и т е р а т у р а

1. Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., Макушкин Е. В. Психология и психопатология аффективных расстройств. — М. : Изд-во МБА, 2005. — 276 с.
2. Иовчук Н. М. Депрессия // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С. Ю. Циркина. — СПб. : Изд-во «Питер», 1999. — С. 273—284.
3. Калинина М. А., Голубева Н. И. Депрессивные расстройства в младенчестве // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2001. — № 1. — С. 99—101.
4. Ковалёв В. В. Психиатрия детского возраста : руководство для врачей. — М. : Медицина, 1979. — 608 с.
5. Ковалёв В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М. : Медицина, 1985. — 288 с.
6. Психиатрия детского и подросткового возраста / под ред. К. Гиллберга, Л. Хеллгрена / рус. изд. под общ. ред. П. И. Сидорова / пер. со швед. Ю. А. Макковеевой. — М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 544 с.
7. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. — М. : Медицина, 1973. — 392 с.
8. Штутте Г. Психиатрия детского и юношеского возраста // Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера / пер. с нем. — М. : Медицина, 1967. — С. 678—799.
9. Nissen G. Symptomatic und Prognose depressiver Verstimmungszustände im Kindes- und Jungedalters // Depressive States in Childhood and Adolescents. — Stockholm, 1972. — S. 501—509.

Транслитерация русских источников

1. Guryeva V. A., Gindikin V. Ya., Makushkin E. V. [Psychology and psychopathology of affective disorders]. Publishing House MBA, Moscow, 2005. 276 p. (In Russ.).
2. Iovchuk N. M. [Depression]. In: [Handbook of child and adolescent psychology and psychiatry]. Tsirkina S. Yu., ed. Publishing House "Piter", Saint-Petersburg, 1999; 273—284. (In Russ.).
3. Kalinina M. A., Golubeva N. I. [Depressive disorders in infancy]. Voprosy psicheskogo zdorov'ja detej i podrostkov [Mental Health Problems of Children and Adolescents]. 2001; 1: 99—101. (In Russ.).
4. Kovalev V. V. [Child psychiatry: handbook for doctors]. Medicina, Moscow, 1979. 608 p. (In Russ.).
5. Kovalev V. V. [Semiotics and diagnosis of mental diseases in children and adolescents]. Medicina, Moscow, 1985. 288 p. (In Russ.).
6. [Child and adolescent psychiatry]. Gillberg K., Hellgren L., eds. Sidorov P. I., Russian ed. GEOTAR-MED, Moscow, 2004. 544 p. (In Russ.).
7. Ushakov G. K. [Child psychiatry]. Medicina, Moscow, 1973. 392 p. (In Russ.).
8. Stutte G. [Child and adolescent psychiatry]. In: [Clinical psychiatry]. Grule G., Yung R., Maier-Gross V., Muller M., eds. Transl. from German. Medicina, Moscow, 1967; 678—799. (In Russ.).

УДК 616.89:616-036.2:616.956(510)
ББК Р64-9

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ ХАРБИНА (КНР)

Логинов И. П.^{1*}, Солодкая Е. В.¹,
Чжан Сунпэй², Ван Ксиджин²,
Лиу Юлю², Ю Фенгуй², Ян Луинг²,
Джан Же²

¹Дальневосточный ГМУ Минздрава России
Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35

²Первый Харбинский специальный госпиталь
Харбин, провинция Хэйлунцзян (КНР)

Проведено исследование по выявлению психических расстройств у подростков 12—18 лет, обучающихся в средних и профессиональных школах высшей ступени г. Харбина, провинции Хэйлунцзян (КНР). На этой территории в последние годы наблюдается рост психической заболеваемости среди подростков. Сформулированы рекомендации профилактического воздействия. Результаты исследования с учетом опыта КНР позволят совершенствовать структуру психологической и психиатрической помощи подросткам, разработать эффективные меры социальной защиты, профилактики и охраны психического здоровья школьников. **Ключевые слова:** эпидемиология, подростковый период, психическое здоровье, психопатологические симптомы.

MENTAL HEALTH OF ADOLESCENTS FROM HARBIN (CHINA). Loginov I. P.¹, Solodkaya E. V.¹, Zhang Congpei², Liu Yulu², Yu Fengyue², Yang Liying², Jiang Zhe² ¹Far Eastern State Medical University. Muraviev-Amursky Street 35, Khabarovsk, Russian Federation. ²First Specialized Harbin Hospital. Harbin, Heilongjiang Province, China. We conducted a study to identify mental disorders in adolescents aged 12—18 years. They are students at secondary schools and colleges in the city of Harbin, Heilongjiang Province (China) and Khabarovsk (RF). The growth of mental illness is observed among adolescents in this area. We have made recommendations for preventive actions. These results will help to improve the structure of psychological assistance to adolescents, the development of effective social protection measures, prevention and mental health among adolescents. **Keywords:** epidemiology, adolescent period, mental health, abnormal psychology symptoms.

Введение. В настоящее время в Китайской Народной Республике со стороны государства уделяется особое внимание проблеме психического здоровья населения, идет активная подготовка специалистов, финансируются научные

исследования. Особое внимание уделяется психическому здоровью молодежи и подростков [6]. Имеющиеся эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что в КНР 16,79 % подростков имеют психические проблемы, этот показатель среди учеников старших классов средней школы составляет 18,79 % [7]. Среди множества симптомов психического регистра самыми распространенными являются депрессивные и тревожные расстройства, распространенность которых в контингенте учащихся средней школы составляет 45,41 и 16,90 % соответственно [8].

В КНР считается общепризнанным, что на психологию ребенка важное влияние оказывают привычки и родители. Родительское воспитание — очень важный аспект, и это непосредственно влияет на детский интеллект, характер и поведение, что может в дальнейшем — в подростковом возрасте привести к психическим расстройствам [9]. Кроме того, имеются показатели, что физиологическая психология мужчины и женщины развивается различными путями, что влияет на состояние психического здоровья подростка, но в то же время существуют социальные факторы, которые нельзя оставить без внимания [10].

В Китае из-за проводимой правительством реформы «одна семья — один ребенок» часто два поколения в семье воспитывают одного ребенка, его балуют, а его это, естественно, устраивает, но когда он поступает в школу, то зачастую не может самостоятельно найти выход из затруднительной ситуации, родители и бабушки не могут решить за него все проблемы, вследствие чего у школьников могут возникать различные психические расстройства [11]. Общеобразовательные организации, являясь центрами профилактических мероприятий, нуждаются в новых, научно обоснованных разработках по данному вопросу.

Цель исследования — выявление субъективной оценки психопатологической симптоматики у подростков 12—18 лет, обучающихся в средних и профессиональных школах Харбина, провинции Хэйлунцзян (КНР) для выработки профилактических мероприятий дебюта психических заболеваний в рамках исследований по проекту РФФИ № 14-04-91165.

Задачи исследования: 1) выявить симптомы психического регистра у подростков 12—18 лет, обучающихся в средних и профессиональных школах высшей ступени; 2) установить факторы риска психических расстройств у подростков-школьников 12—18 лет; 3) определить возрастные критические зоны формирования нарушений психического здоровья и рекомендовать меры профилактической направленности.

* Логинов Игорь Павлович — д.м.н., зав. каф. психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ППС. 4212365915. log-i-p1954@mail.ru

Солодкая Евгения Валерьевна — аспирант каф. психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ППС. 4212365915. solodkaya@nm.ru

Савин Сергей Зиновьевич — к.м.н., зав. лаб. медицинской информатики ВЦ ДВО РАН, savin.sergei@mail.ru

Чжан Сунпэй — гл. врач Первого Харбинского специального госпиталя, 045182402772, zhangcongpei@126.com

Ван Ксиджин — зам. гл. врача по НИР, 045182480118, higginsw@163.com

Лиу Юлю — зав. детским диспансерным отд.-м, 045182480118, higginsw@163.com

Ю Фенгуй — зав. психологическим центром, 045182426051, oldcat2005@126.com

Материал и методы. Исследование проведено среди подростков 12—18 лет, обучающихся в средних и профессиональных школах высшей ступени Харбина. Для проведения данного исследования использованы следующие методы: анкетирование с помощью симптоматического опросника SCL-90. Симптоматический опросник SCL-90 – клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психопатологических признаков у пациентов с психическими расстройствами и здоровых лиц [3]. Кроме того, данная методика переведена на многие языки и широко используется в КНР. Инструкция к методике SCL-90 и её содержание предполагают изучение именно степени дискомфорта, причиняемого теми или иными симптомами, вне зависимости от того, насколько они выражены в реальности. SCL-90 включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 5), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 5 – «очень сильно». Анализируется общий балл, при этом ≥ 160 – психопатологические симптомы оцениваются как «положительно», отдельно по шкалам – соответственно ≥ 3 , 9, отдельно по шкале 9 – ≥ 2 . Мы также принимали во внимание то, что боязнь социальной стигматизации заставляет многих подростков и их родителей скрывать либо не признавать у себя самой вероятности какого-либо психического расстройства в надежде обнаружить лишь банальное, поддающееся лечению соматическое заболевание, излечение которого положит конец их психическому дискомфорту.

Всего собрано 2 174 анкеты учащихся 12—18 лет, из них эффективными (полезными) признано 2 151. Опросный лист обычно выполняется самостоятельно, симптомам давалась оценка согласно SCL-90, проверялась академическая успеваемость. Опросный лист академической успеваемости анализируется вместе с учителем, а успеваемость учащихся оценивается как положительная, средняя и негативная. В качестве статистического метода использовалась компьютерная программа SPSS 13.0 Statistics [2]. В КНР считается, что SPSS «занимает ведущее положение среди программ, предназначенных для статистической обработки информации» [3].

Результаты исследования. Общая оценка ситуации психического здоровья учащихся средних и профессиональных школ высшей ступени Харбина показала, что среди всех учащихся, принимавших участие в данном исследовании, положительные психопатологические симптомы выявлены у 49,43 %, из них у учеников средней школы (12—14 лет) показатель положительных симптомов составил 49,37 %, у учеников старших классов средней и профессиональной школы (15—18 лет) – 51,78 %.

Степень выраженности положительных психопатологических симптомов у учеников 12—14 лет квалифицировалась как низкая (34,77 %), средняя степень и выше (14,60 %). У учеников старших классов низкая степень положительной реакции зафиксирована в 37,67 % случаев, средняя степень – в 14,15 %, однако статистически достоверной разницы между данными показателями не выявлено (табл. 1).

Таблица 1
Общая оценка психического здоровья у учащихся средних и профессиональных школ (12—18 лет)

Степень выраженности психопатологических симптомов	Учащиеся средних классов (12—14 лет) (n=719)	Учащиеся старших классов (15—18 лет) (n=868)	χ^2	p
Низкая	250 34,77 %	327 37,67 %	1,432	0,232
Средняя и выше	105 14,60 %	123 14,15 %	0,065	0,799
Общая положительная оценка	355 49,37 %	450 51,78 %	0,914	0,339

У обследованных учащихся средних и профессиональных школ гендерная оценка паттернов психологических признаков, как положительная, имела по шкалам SCL-90 следующие значения: соматизация – 12,8 %, обсессивно-компульсивные расстройства – 36,4 %, интерперсональная чувствительность – 24,6 %, параноидность – 21,5 %, депрессия – 19,5 %, тревожность – 15,8 %, навязчивые страхи – 12,6 %, психотизм – 11,2 %. Показано, что женская интерперсональная чувствительность, навязчивые страхи и предубеждения намного превышают аналогичные показатели в группе учащихся мужского пола, в то же симптомы враждебности у девочек встречаются реже, чем у подростков-мальчиков (табл. 2).

Таблица 2
Гендерная оценка психопатологических симптомов опросником SCL-90 у учащихся (12—18 лет) средних и профессиональных школ (≥ 2)

Шкала SCL-90	Мальчики		Девочки		Всего	χ^2	p
1	86	12,1	117	13,3	203	12,8	0,531
2	271	38,2	307	35,0	578	36,4	1,696
3	154	21,7	237	27,0	391	24,6	6,012
4	132	18,6	178	20,3	310	19,5	0,726
5	99	13,9	151	17,2	250	15,8	3,169
6	174	24,5	128	14,6	302	19,0	25,017
7	71	10,0	129	14,7	200	12,6	7,900
8	134	18,9	207	23,6	341	21,5	5,203
9	73	10,3	104	11,9	177	11,2	0,985

Примечание. ** – $p < 0,01$; * – $p < 0,05$. 1 – Соматизация, 2 – обсессивно-компульсивные расстройства, 3 – интерперсональная чувствительность, 4 – депрессия, 5 – тревожность, 6 – враждебность, 7 – навязчивые страхи, 8 – параноидальность (паранойальность), 9 – психотизм.

С применением модели логистической регрессии Logistica у учащихся средней школы (12—14 лет) выявлено 8 переменных статистически значимых факторов, оказывающих влияние на уровень их психического здоровья (табл. 3).

Таблица 3
Регрессионный анализ факторов риска психических расстройств учащихся средней школы (12—14 лет) статистической программой Logistica (≥2)

Фактор риска	B	S. E	Wald	Sig	Exp (B)p
Отношения с родителями (демократичные, формальные, пассивные, не общаются)	0,292	0,071	16,79	0,000	1,339
Родительский прессинг (да, нет)	-1,334	0,241	30,646	0,000	0,263
Насколько доверительные отношения с родителями (очень, нет)	0,530	0,161	10,777	0,001	1,669
Отношения с одноклассниками (хорошие, формальные, не дружат, напряженные)	0,386	0,116	11,14	0,001	1,474
Планы на будущее (активные, традиционные, не имеют значения)	0,158	0,077	4,263	0,039	1,171
Состояние здоровья (психическая болезнь, соматическая патология, здоров)	-0,938	0,411	5,203	0,023	0,392
Количество проводимого времени в интернете (каждый день, 3—4 раза в неделю, 1 раз в неделю)	-1,244	0,094	6,744	0,009	0,784
Время, проводимое за компьютером (≤ 1 часа, 1—3 часа, ≥ 6 часов)	0,155	0,063	6,047	0,014	1,168

Частота выявления у учащихся старших классов средних и профессиональных школ (15—18 лет) психопатологических симптомов показана в порядке убывания: обсессивно-компульсивные расстройства (38,20 %), враждебность (24,63), интерперсональная чувствительность (24,05 %), паранойя (20,71 %), тревожность (15,30 %), соматизация (13,23 %), психотизм (11,74 %), навязчивые страхи (9,78 %).

У мальчиков зафиксированы обсессивно-компульсивные расстройства, враждебность, депрессия, интерперсональная чувствительность, паранойя, тревожность. Соответственно у девушек выявлены обсессивно-компульсивные расстройства, интерперсональная чувствительность, враждебность, паранойя и паранойяльность, последнее место занимают депрессия и тревога (табл. 4).

Таблица 4
Гендерная оценка психопатологических симптомов опросником SCL-90 у учащихся (15—18 лет) средней школы (≥2)

Шкала SCL-90	Мальчики	Девочки	Всего	%
Соматизация	46	69	115	13,23
Обсессивно-компульсивные расстройства	145	167	332	38,20
Интерперсональная чувствительность	71	138	209	24,05
Депрессия	74	106	180	20,71
Тревожность	50	83	133	15,30
Враждебность	92	22	214	24,63
Навязчивые страхи	26	59	85	9,78
Паранойяльность (паранойяльность)	66	118	184	21,17
Психотизм	42	60	102	11,74

Регрессионный анализ факторов риска психического здоровья доказал наличие у учащихся старших классов средних и профессиональных школ (15—18 лет) статистически значимой корреляции с такими факторами, как родительский прессинг ($B=-1,298$, $Sig=0,000$), форма проживания ($B=-1,526$, $Sig=0,039$), отношения с одноклассниками ($B=-0,955$, $Sig=0,041$), отношения с родителями ($B=-0,955$, $Sig=0,001$) (табл. 5).

Таблица 5
Регрессионный анализ факторов риска психического здоровья учащихся средних и профессиональных школ (15—18 лет) статистической программой Logistica (≥2)

Фактор риска	B	S. E	Wald	Sig(p)
Родительский прессинг (да, нет)	-1,298	45,279	1	0,000**
Форма проживания	-1,526	4,044	1	0,044*
Отношения с одноклассниками	-0,955	9,969	4	0,041*
Отношения с родителями (демократичные, формальные, пассивные, не общаются)	-0,955	15,524	3	0,001**

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

Выводы. Результаты проведенного исследования выявили значимые нарушения психического здоровья подростков в возрасте 15—18 лет, обусловленные родительским прессингом, формой проживания, взаимоотношениями с одноклассниками и отношениями с родителями. Подобная ситуация требует создания при школьных учебных заведениях службы психологического сопровождения для оказания учащимся помощи при нахождении в кризисных ситуациях. Работа этой службы должна быть вынесена за рамки учебного процесса и может реализовываться в групповых и индивидуальных консультациях и тренингах [12, 13]. В процессе обучения в школе и далее в процессе профессионализации происходит непрерывное формирование характерологических черт, личностных качеств, отношения как к себе, так и к окружающим. Отсутствие резервов психического и физического здоровья на каждом из этапов обучения может привести к расстройствам адаптации и снижению уровня жизненной удовлетворенности. Не следует пассивно ожидать появления проблем в сфере психического здоровья. Необходимо также уделять повышенное внимание развитию психического здоровья ребенка в семье. Отношения должны основываться на взаимопонимании и доверии – родителям не следует сверх меры вмешиваться и указывать на недостатки в поведении детей, поскольку всеобъемлющий родительский контроль оказывает на подростка негативное психологическое давление и приводит в дальнейшем к неприязни, недоверию. Результаты исследования с учетом опыта коллег из Китая позволяют совершенствовать программу психопрофилактики, оказания психологической помощи российским школьникам и выработку эффективных мер социальной защиты.

Л и т е р а т у р а

1. Зверева Н. В., Горячева Т. Г. Клиническая психология детей и подростков. – М.: Академия, 2013. – 272 с.
2. Семке В. Я., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г. Аффективные расстройства. Региональный аспект. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2004. – 234 с.
3. Пацюрковский В. В., Пацюрковская В. В. SPSS для социологов: учебное пособие. – М.: ИСЭПН РАН, 2005. – 433 с.
4. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
5. Ли К., Клык Х., Стэнтон Б., Фейгельман С., Дун В. Скорость и характер потребления алкоголя среди китайских подростков // Журнал здоровье подростков. – 1996. – № 19 (5). – С. 353–361.
6. Hu Shen li. Health Status of school pupils and factors influencing on it // Journal of Chine psychical health. – 1994. – V. 26 (2). – P. 153–160.
7. Li Bai Zhen. Psychological health of teenagers and consultation. – Beijing pedagogical university, 1997. – 8 p.
8. Yi Su Hong, Wang Bao Jin. 20462 and scale of anxiety. Research and analysis // Journal of Chine psychical health. – 1997. – V. 11 (2). – P. 75–77.
9. Zheng Li Xin, Peng Jin We. Comparative test of education in the family // Journal of child health. – 2001. – V. 9 (3). – P. 159–161.
10. Tang Hong Zhuan, Li Shuo Ke. 726 teenagers, psychical health status and factors influencing on it // Medical journal of Chuan. – 2000. – V. 25 (2). – P. 144–146.
11. Zhang Qiao Ming, Xin Hui Young, Wang Li Yi. Comparative psychical health in school of Chine // Journal of psychical health. – 2009. – V. 17, № 3. – P. 381–383.
12. Куприянова И. Е., Семке В. Я., Дашиева Б. А., Карауш С. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – 202 с.
13. 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.

Транслитерация русских источников

1. Zvereva N. V., Goryacheva T. G. [Clinical psychology of children and adolescents]. Akademija, Moscow, 2013. 272 p. (In Russ.).
2. Semke V. Ya., Schastnyy E. D., Simutkin G. G. [Affective disorders. Regional aspect]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2004. 234 p. (In Russ.).
3. Patsiorkovsky V. V., Patsiorkovskaya V. V. [SPSS for sociologists: tutorial]. ISEPP of RASci, Moscow, 2005. 433 p. (In Russ.).
4. Tarabrina N. V. [Tutorial on psychology of posttraumatic stress]. Piter, Saint-Petersburg, 2001. 272 p. (In Russ.).
5. Li K., Klyk Kh., Stanton B., Feigelman S., Dun V. [Speed and pattern of alcohol use among Chinese adolescents]. Zhurnal zdorov'e podrostkov [Journal of Health of Adolescents]. 1996; 19(5): 353–361. (In Russ.).
12. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya., Dashieva B. A., Karaush I. S. [Mental health of children with special educative needs]. Publishing House "Ivan Fedorov", Tomsk, 2011; 202 p. (In Russ.).
13. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S., Semenova N. Yu. [Mental health of children: clinical and social research (review of foreign literature)]. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 3: 71–76. (In Russ.).

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.988.1:616.89

ББК Р645.093.31-32

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И НОЗОЛО- ГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВИЧ- ОБУСЛОВЛЕННЫХ НЕЙРОКОГ- НИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Хритинин Д. Ф.^{1*}, Новиков В. В.²¹ ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова
Минздрава России

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

² ФПДО ГБОУ ВПО Рязанский ГМУ

им. акад. И. П. Павлова Минздрава России

390026, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

В статье рассматриваются клинические проявления, структура и закономерности развития нейрокогнитивных расстройств, наблюдающиеся у ВИЧ-инфицированных больных. Выявлены высокая распространенность и неоднородность структуры ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных нарушений, клинической основой которых является формирующийся и неуклонно прогрессирующий психоорганический синдром. Установлен рост количества экзогенно-органических психических расстройств, наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных по мере развития инфекционного процесса. **Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, психические расстройства, экзогенно-органические расстройства, ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные нарушения, психоорганический синдром.

CLINICAL DYNAMICS AND NOSOLOGICAL STRUCTURE OF HIV-ASSOCIATED NEUROCOGNITIVE DISORDERS. 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, Russian Federation. ²I. P. Pavlov Ryzan State Medical University of Ministry of Healthcare of Russia. Vysokovol'tnaya Street 9, 390026, Ryazan, Russian Federation. In this article, the authors present common features of HIV-associated neurocognitive disorders, their types and clinical manifestations, syndromes and clinical dynamics. The authors express the opinion that exogenous-organic disorders associated with HIV-infection are clinically different. The authors believe that HIV-associated neurocognitive disorders due to formation and development of psycho-organic syndrome associated with HIV infection. **Key-words:** HIV-infection, mental disorders, exogenous-organic mental disorders, HIV-associated neurocognitive disorders, psycho-organic syndrome.

Актуальность исследования. За годы, прошедшие с момента выделения вируса иммунодефицита человека в 1981 г. и диагностики первого случая ВИЧ-инфекции в России академиком РАМН В. И. Покровским в 1985 г., ВИЧ-инфекция

существенно изменилась. Патоморфоз заболевания связан, во-первых, с доминированием в настоящее время вариантов субтипа ВИЧ-1А (в том числе рекомбинантных клайдов) [1], в то время как «в 90-е годы преобладал субтип В... В пределах жизни одного поколения людей в стране произошла смена возбудителя субтипа ВИЧ-1 В на субтип А» [2, С. 14—15]; во-вторых, с внедрением высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), благодаря которой «ВИЧ-инфекция перешла из категории смертельных болезней в хроническое, медикаментозно регулируемое заболевание с ожидаемой продолжительностью жизни человека в несколько десятилетий» [3, С. 4]; в-третьих, с медленным, но неуклонным ростом терпимости общества к ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфицированным.

И если социальный аспект патоморфоза прежде всего отражается на психогенно-реактивных заболеваниях, связанных со стигматизацией, то лекарственный и биологический патоморфоз затронул базовый субстрат психических расстройств, обусловленных ВИЧ-инфекцией, – нейрокогнитивные нарушения.

Термин «ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные нарушения» (HIV-associated neurocognitive disorders – HAND), наиболее часто употребляемый в последние годы, на наш взгляд, является синонимом «ВИЧ-обусловленного психоорганического синдрома», о чем свидетельствуют современные литературные источники [3, 4]. Причем выраженность клинических симптомов органического поражения мозга колеблется от легких до тяжелых нарушений, что проявляется в стадийности развития HAND, эквивалентной тяжести поражения головного мозга. Рассматривая общепринятую классификацию ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных нарушений, нужно отметить, что они представляют собой континуум, с одной стороны которого находятся «бессимптомные» HAND, составляющие от 24 до 33 %, а с другой – ВИЧ-деменция, наблюдающаяся у 2–8 % пациентов [2]. Немаловажно, что эти расстройства, начавшись изначально как «бессимптомные», в дальнейшем прогрессируют, снижая качество жизни, а порой и инвалидизируя больных [5].

Материал исследования. Исследованы 250 ВИЧ-инфицированных пациентов с верифицированными в ходе динамического наблюдения психическими расстройствами, обусловленными ВИЧ-инфекцией. Средний возраст пациентов на момент обследования – 30,6±6,3 года (мужчины – 33,4±5,5, женщины – 25,1±3,6). Соотношение мужчин и женщин составляло примерно 2:1 (66,4 % – 166 мужчин и 33,6 % – 84 женщины). В группу контроля вошли 50 ВИЧ-негативных потребителей инъекционных наркотиков в состоянии ремиссии, с аналогичными половозрастными характеристиками.

* Хритинин Дмитрий Федорович – член-корр. РАН, проф. кафедры психиатрии и медицинской психологии, д.м.н.

Новиков Владимир Владимирович – доцент кафедры психиатрии и психотерапии, к.м.н. Телефон: 89109024594, 8(4912)339946. E-mail: novlad2006@yandex.ru

Цель исследования – изучение клинико-динамических особенностей психических расстройств, обусловленных ВИЧ-инфекцией, закономерностей формирования ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств для построения патогенетически-ориентированных терапевтических программ и улучшения качества жизни пациентов.

Методы исследования. Комплексное изучение клинико-динамических особенностей нейрокогнитивных расстройств проведено на основе клинического метода, с изучением анамнеза и ретроспективного анализа медицинской документации, лабораторных исследований, психометрических шкал (Краткая шкала оценки психического статуса MMSE, Батарея лобной дисфункции FAB, Тест рисования часов).

Обсуждение полученных результатов. Структура органических психических расстройств (F00—F09), наблюдающихся у ВИЧ-инфицированных, в 84,4 % случаев (против 42,0 % в контрольной группе) была неоднородной. Органическое расстройство личности и поведения (F07) отмечено в 53,1 % случаев и характеризовалось значительным, стойким и необратимым изменением преморбидного поведения, проявляющимся в основном в сферах эмоций, влечений, потребностей, планирования и предвидения. Диагноз органического расстройства личности выставлялся, как правило, через год ($1,1 \pm 0,05$) после установления факта наличия ВИЧ-инфекции. Имеющиеся психоорганические изменения в большинстве своем были смешанного генеза (нейротоксическое действие ВИЧ, употребление ПАВ – 84,8 %, ЧМТ – 21,2 %, хронические вирусные гепатиты – 63,6 %). Отмечались существенное снижение способности к целенаправленной деятельности, эмоциональная лабильность, ригидность психических процессов, вязкость мышления, когнитивные нарушения. Наблюдались расстройства сексуального поведения (легкость сексуальных контактов, промискуитет). У 16 больных (7,6 %) органическое расстройство личности сопровождалось судорожным синдромом, в 13,3 % случаев – делирием, а в 6,2 % – деменцией. ВИЧ-ассоциируемая подкорково-лобная деменция (F02.4) выявлена только у 13 пациентов, это связано с тем, что в подавляющем большинстве случаев (79,6 %) обследованные больные находились на стадии первичных проявлений (II стадия – 20,4 %), субклинической стадии (III стадия – 34,4 %) или на стадии начала вторичных заболеваний (4A – 24,8 %). Это касается и ВИЧ-ассоциированного делирия (F05.0-1), относительно которого, по нашему мнению, достаточно сложно говорить об его обусловленности исключительно действием ВИЧ, а не сочетанием патогенных факто-

ров соматического неблагополучия (ВИЧ-инфекция и сопутствующие расстройства) с интоксикацией, возникающей как следствие злоупотребления различными ПАВ (84,8 %).

Органическое психическое расстройство (F06) суммарно выявлено в 46,9 % случаев и диагностически определялось как обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью психические расстройства (МКБ). Генез расстройств, как правило, был смешанным, как и в случае с органическим расстройством личности.

Выявлены неврозоподобные нарушения органического генеза (суммарно F06.3–6,9 – 38,0 %) особенно диссоциативное (F06.5 – 8,6 %), смешанное (F06.9 – 10,1 %) и астеническое (F06.6 – 11,4 %) расстройства (в сравнении с контрольной группой достоверно выше, $p < 0,05$). Легкое когнитивное расстройство (F06.7) составило 8,0 % от всех органических расстройств при ВИЧ-инфекции, его частота среди ВИЧ-инфицированных сопоставима с таковой у пациентов с ПИН. В связи с относительно легкой дисфункцией головного мозга незначительный когнитивный дефицит был сопряжен с расстройствами памяти и внимания.

Синдромологически экзогенно-органические психические расстройства характеризовались постоянным присутствием когнитивной дисфункции (поражение памяти, интеллекта, истощаемость психических процессов, способности к обучаемости), характерными нарушениями осознания (расстройствами внимания и снижением критики), настроения и эмоций (расстройства депрессивного и тревожного спектра, маниформная симптоматика, эмоциональная неустойчивость), изменением общего склада личности и поведения, соматовегетативными расстройствами, снижением адаптационных возможностей человека различной степени выраженности, которые прослеживаются на всем протяжении болезни и приводят к нарастанию дефицитарности личности.

Клинической основой расстройств экзогенно-органической группы выступал формирующийся или уже сформированный психоорганический синдром (ПОС), проявления которого ранжировались от легких до дементивных. В группе ВИЧ-инфицированных, имеющих диагноз F00—09, без окончательно сформированного ПОС (17 человек – 8,1 %) наблюдались следующие неврозоподобные синдромы: астенический (церебрастения) (70,6 %), тревожно-фобический (29,4 %), депрессивный (35,3 %), истерический (11,7 %). В группе пациентов с психоорганическим синдромом (194 человека) указанные синдромы имели место, но сосуществовали на фоне доминирования различных вариантов ПОС: астенический (58,8 %), эксплозивный (26,3 %), эйфорический (11,8 %), апатический (3,1 %).

Астенический синдром (58,8 %) характеризовался церебрастенией различной степени выраженности. Депрессивный синдром на фоне психоорганического синдрома наблюдался у 24,7 % больных, в 33,0 % случаев отмечалась дисфория. Тревожно-фобические и истерические проявления выявлены в структуре коморбидной патологии. Судорожный синдром имел место у 16 человек (8,2 %) только с выраженным ПОС. У всех больных с психоорганическим синдромом выявлялся так же и дисфорический синдром.

Как показано в таблице 1, удельный вес органических психических расстройств (F00—F09) тесно связан с прогрессированием ВИЧ-инфекции.

Таблица 1

Коэффициент корреляции органических психических расстройств ВИЧ-инфицированных с уровнем CD4⁺/ВН и длительностью инфекционного процесса

Уровень CD4 ⁺ /ВН			Длительность инфекционного процесса			
>500	500–350/ ≤100000	<350 >100000	≤1 года	>1≤5 лет	>5≤10 лет	>10 лет
r=-0,86	r=0,7	r=0,55	r=-0,93	r=-0,12	r=0,55	r=0,49
Стадия ВИЧ-инфекции			2 А, Б, В	3	4А	4Б
F00—F09			52,9 %	82,5 %	100 %	100 %

Прогрессивное нарастание удельного веса выявленных экзогенно-органических психических расстройств подтверждается и характерной динамикой когнитивных показателей (рис. 1–3).

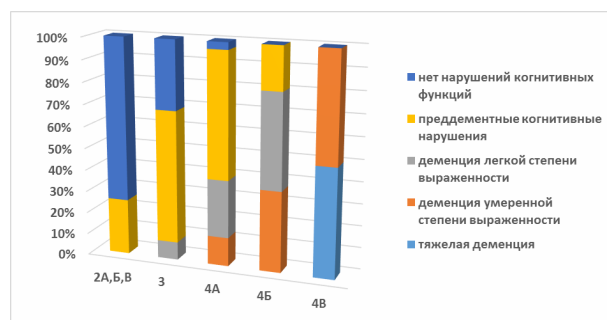


Рис. 1. Динамика показателей когнитивных нарушений по шкале MMSE в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

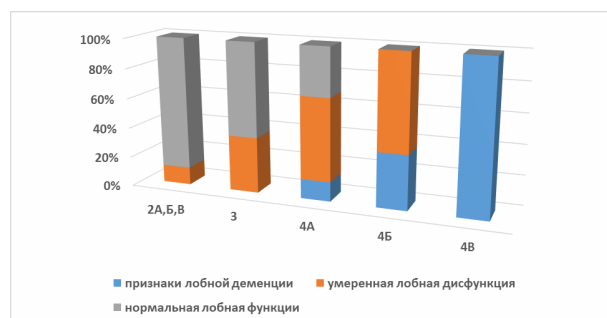


Рис. 2. Динамика показателей лобной дисфункции по шкале FAB в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

Как можно видеть на рисунках 1 и 2, нарастание когнитивной дисфункции наблюдается по мере развития ВИЧ-инфекции, в том числе дизрегуляторных (лобных) когнитивных нарушений.

Использование Теста рисования часов (ТРЧ) позволило выявить когнитивные нарушения на более ранних стадиях ВИЧ-инфекции у ВИЧ-инфицированных пациентов, при их внешней симптоматической невыраженности.

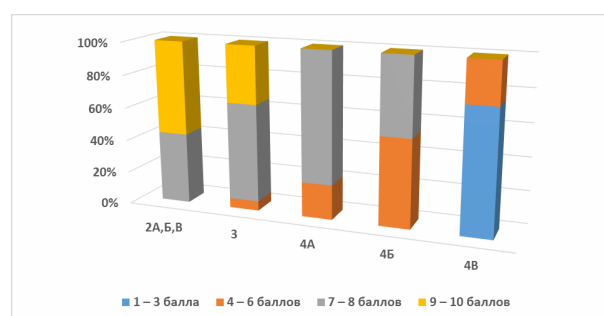


Рис. 3. Динамика показателей когнитивных нарушений в соответствии с Тестом рисования часов в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

Выводы. Таким образом, легкие когнитивные нарушения, проявляющиеся незначительной дезорганизацией произвольной деятельности и пространственной дисфункцией, которые можно отнести к «бессимптомным» ВИЧ-ассоциированным нейрокогнитивным нарушениям, выявлены и на ранних стадиях ВИЧ-инфекции. Обобщая полученные результаты, можно с уверенностью утверждать, что ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные нарушения разнообразны по нозологической структуре, их клинической основой выступает формирующий и утяжеляющийся по мере течения ВИЧ-инфекции психоорганический синдром. Показано, что течение ВИЧ-обусловленных нейрокогнитивных нарушений происходит прогрессивно, начиная с ранних стадий заболевания.

Литература

1. Урываев Л. В., Бобкова М. Р., Гараев М. М. Мониторинг распространения генетических вариантов ВИЧ-1 на территории России // Инфекция и иммунитет. – 2012. – Т. 2, № 1–2. – С. 427–428.
2. Беляков Н. А. Головной мозг как мишень для ВИЧ-инфекции. – СПб. : Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. – 48 с.
3. Беляков Н. А., Медведев С. В., Трофимова Т. Н. Механизмы поражения мозга при ВИЧ-инфекции // Доклады РАМН. – 2012. – № 9. – С. 4–12.
4. Гурская О. Е., Трофимова А. В., Рассохин В. В. и др. Особенности изменений функционального состояния головного мозга при ВИЧ-ассоциированной энцефалопатии // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – Т. 4, № 1. – С. 82–87.
5. ВИЧ и психическое здоровье / под ред. Н. А. Белякова, В. В. Рассохина // Медицинский тематический архив. – СПб. : Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. – 142 с.

Транслитерация русских источников

1. Uryvaev L. V., Bobkova M. R., Garaev M. M. [Monitoring of prevalence of genetic variants of HIV-1 in the territory of Russia]. *Infekcija i immunitet* [Infection and Immunity]. 2012; 2, 1—2: 427–428. (In Russ.).
2. Belyakov N. A. [Brain as a target for HIV-infection]. Baltic Medical Educational Center, Saint-Petersburg, 2011. 48 p. (In Russ.).
3. Belyakov N. A., Medvedev S. V., Trofimova T. N. [Mechanisms of brain impairment in HIV-infection]. *Doklady RAMN* [Reports of RAMSci]. 2012; 9: 4–12. (In Russ.).
4. Gurskaya O. E., Trofimova A. V., Rassokhin V. V. et al. [Characteristics of functional changes in the brain upon HIV-associated encephalopathy]. *VICH-infekcija i immunosuppressii* [HIV-infection and Immunosuppressive Disorders]. 2012; 4, 1: 82–87. (In Russ.).
5. [HIV and mental health]. Belyakov N. A., Rassokhin V. V., eds. In: [Medical thematic archive]. Baltic Medical Educational Center, Saint-Petersburg, 2013. 142 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008:616.395.6:616-055.2

ББК Р645.093.39-14-16-17

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИХ ДИНАМИКА У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Цыганков Б. Д.^{1*}, Артемьева М. С.², Лазукова А. Г.²

¹ ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова
Минздрава России

117419, Москва, ул. Донская, д. 43, корп. 5

² Российский университет дружбы народов
117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

Цель: изучение психофизиологических характеристик и их динамики у женщин с нарушениями пищевого поведения.

Задачи исследования: провести исследование клинических и психосоматических характеристик обследованных с нарушениями пищевого поведения с учетом длительности и выраженности белково-энергетической недостаточности; выявить особенности умственной работоспособности, основных психических процессов и данных ЭЭГ на разных этапах нарушений пищевого поведения; разработать патогенетические методы лечения. **Методы:** клинико-психопатологический, катamnестический, метод высокоэффективной жидкостной хроматографии, электроэнцефалографический, РЭГ, экспериментально-психологический, статистический, 30 больным проводилась МРТ головного мозга. **Результаты.** Изучены отдаленные последствия длительного голодания на примере 460 женщин с нарушениями пищевого поведения (НПП), обращавшихся за помощью на кафедру РУДН и обследованных в 1987—2013 гг. Показаны неблагоприятные последствия длительной белково-энергетической недостаточности, особенно для растущего организма. Выявлены ранние соматические последствия голодания при НПП. Для оценки эффективности лечения больных нервной анорексией после длительной алиментарной недостаточности, помимо клинического метода и антропометрии, использованы патопсихологическая методика «Сложная дешифровка» Шабалиной, энцефалография, изучение экскреции катехоламинов на разных этапах лечения НПП. Нормализация уровня катехоламинов при выходе из состояния кахексии свидетельствовала о восстановлении общей реактивности организма, нарушенной в состоянии кахексии. Показано улучшение умственной работоспособности и общего состояния обследованных при применении адекватного своевременного лечения. Предложены научно обоснованные принципы терапии, позволяющие избежать осложнений при выходе из длительного голодания. **Ключевые слова:** нарушения пищевого поведения, отдаленные последствия, лечение, умственная работоспособность.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND THEIR DYNAMICS IN WOMEN WITH EATING DISORDERS. Tsygankov B. D.¹, Artem'eva M. S.², Lazukova A. G.² ¹Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov. Donskaya Street 43, Build. 5, 117419, Moscow, Russian Federation. ²People's Friendship University of Russia. Miklukho-Maklay Street 6, 117198, Moscow, Russian Federation. **Objective:** the investigation of psychophysiological characteristics and their dynamics in women with eating disorders. Research tasks: to conduct a comparative research of

* Цыганков Борис Дмитриевич, д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии и наркологии МГМСУ
Артемьева Марина Станиславовна, каф. психиатрии с медицинской психологией.

morphofunctional and psychosomatic characteristics of patients with eating disorders, taking into consideration the duration and the intensity of protein-calorie deficiency; to reveal the typical features of mental performance, main mental processes and EEG data at different stages of mental disorders; to elaborate the rigorous scientific methods of correction of pathological changes that appear as a result of prolonged protein-calorie deficiency during eating disorders. **Methods:** clinical-psychopathological, follow-up, high-yield liquid chromatography, electroencephalography, psychological, statistical. **Results.** Long-term effects of prolonged starvation were investigated by the example of 460 women with eating disorders (ED) who had recourse the PFU department of psychiatry and medical psychology and were examined between 1987 and 2013. Ill effects of prolonged protein-calorie deficiency, especially in adolescents were displayed. The most frequent somatic effects of ED were revealed. In addition to clinical method and anthropometry, to measure the efficiency of weight gain after prolonged alimentary deficiencies and to treat anorexia nervosa patients the pathopsychological method of «Shabalina's complex decoding» and analysis of urinary catecholamines at different stages of therapy were also used. Improvement of mental performance and general wellness were obtained on application of developed treatment mode. The rigorous scientific concept that allows avoiding complications during treatment of long-term fasting was proposed. **Keywords:** eating disorders, long-term effects, treatment, mental performance.

Введение. Существование, рост и развитие организма неотъемлемо связаны с особенностями питания. Его недостаток или избыток являются основным патогенетическим звеном ряда заболеваний, оказывают существенное влияние на иммунитет и реактивность организма. Наиболее чувствителен к этому экологическому фактору быстрорастущий организм детей и подростков. Для успешного роста и своевременного развития необходимо сбалансированное полноценное питание, отсутствие которого может сказаться на успешности социально-трудовой адаптации и состоянии здоровья, в частности репродуктивного. Еще более опасно для организма избыточное питание, ведущее к ожирению, а нередко – к метаболическому синдрому с развитием различных осложнений. Наиболее доступной моделью для всестороннего изучения последствий длительного воздействия на организм голода и перееданий могут служить нарушения пищевого поведения.

Нарушения пищевого поведения включают в себя нервную анорексию (НА), нервную булимию (НБ), психогенное переедание, психогенное снижение аппетита, психогенные рвоты и их атипичные формы (МКБ-10, 1994) [14]. В последние годы описаны новые формы нарушений пищевого поведения (синдром ночной еды, изучены его варианты) [17]. Нервная анорексия представляет собой синдром, развивающийся в подростковом возрасте чаще у лиц женского пола, проявляющийся частичным или полным отказом от пищи с целью похудения. Синдром формируется на основе реального или воображаемого представления об имеющемся избыточном весе [12].

Основным клиническим проявлением болезни, наряду со снижением массы тела на 30—50 %, является прекращение менструальной функции. Причины столь резкого похудения больные тщательно скрывают, часто доводя себя до состояния кахексии. Распространенность данного заболевания в последние годы растет и составляет примерно 4—5 %, а в некоторых странах достигает 8—10 % населения в возрасте до 25 лет [15, 22].

Большое распространение в последние десятилетия получила НБ, которая нередко развивается как осложнение НА. Согласно мнению М. В. Коркиной и др. (1986), предшествующий НБ период ограничения в еде завершается возникновением ненасыщаемого чувства голода, сменяется приступами перееданий и массивными рвотами, приемом больших доз слабительных и мочегонных, которые используются пациентами как средство похудения. Описанное патологическое пищевое поведение крайне опасно в связи с развитием нарушений водно-электролитного баланса [5, 7, 8, 21].

При нарушениях пищевого поведения наблюдаются не только психические, но и соматические, неврологические, эндокринные расстройства, сопровождающиеся кахексией с полиорганной недостаточностью и возможной угрозой летального исхода. В современном мире под влиянием различных факторов, среди которых не последнее место занимают пропаганда разнообразных диет, реклама очень худых моделей, даже производство кукол соответствующих пропорций, отмечается значительный рост данной патологии, что требует своевременной диагностики, комплексного длительного лечения, реабилитации после выхода из тяжелого психического и соматического состояния.

Острая необходимость проведения исследований психофизиологических характеристик больных с нарушениями пищевого поведения обусловлена: 1) высоким риском смерти от белково-энергетической недостаточности у лиц молодого возраста; 2) пропагандой лечебного голодания и различных диет, при которых не всегда физиологически правильно проводится выход из состояния голодания, что часто провоцирует развитие вторичных соматических осложнений.

Нервная анорексия может являться моделью для решения важной эколого-социальной и медицинской проблемы – описания последствий длительного голодания, разработки и совершенствования системы адаптации человека к длительной БЭН, а также для изучения психического и соматического развития подростков в условиях недостаточности питания.

К сожалению, отсутствуют научно обоснованные эффективные методы коррекции ненасыщаемого чувства голода и выхода из состоя-

ния БЭН, не прослежены отдаленные последствия НПП, не изучены особенности экскреции катехоламинов при НПП, которые являются показателями неспецифической стрессовой реактивности и опосредуют действие основных психофармакологических средств для лечения НПП. Изучению перечисленных вопросов и посвящена настоящая работа.

Цель исследования: изучение психофизиологических характеристик и их динамики у больных с нарушениями пищевого поведения. В связи с целью исследования были поставлены задачи: провести исследование морфофункциональных и психосоматических характеристик пациентов с нарушениями пищевого поведения с учетом длительности и выраженности белково-энергетической недостаточности; выявить особенности основных психических процессов, умственной работоспособности, данных ЭЭГ на разных этапах нарушений пищевого поведения; разработать научно обоснованные эффективные методики и средства коррекции патологических изменений, возникших в результате длительной белково-энергетической недостаточности при нарушениях пищевого поведения.

Методы. Настоящая работа основана на исследовании 460 женщин с НПП в период с 1987 по 2013 г., проходивших лечение на клинических базах кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», в Городской клинической психиатрической больнице № 14 ДЗ г. Москвы; в Клинической специализированной психоневрологической больнице № 8 ДЗ г. Москвы – «Клинике неврозов», а также наблюдавшихся амбулаторно на кафедре психиатрии РУДН.

Критерии включения: обследуемые с длительной алиментарной недостаточностью, возникшей в результате ограничения в еде в связи с недовольством собственной внешностью (F50.0, F50.2), с психогенными рвотами (F50.5), возраст на момент обследования варьировал в диапазоне от 15 до 45 лет (средний возраст составлял 24 года).

Критерии исключения: другие причины кахексии (различные соматические заболевания), в том числе болезни Симмондса и Шихена.

Группу контроля составили здоровые добровольцы, сопоставимые с основной группой по полу и возрасту (студенты, ординаторы, преподаватели Российского университета дружбы народов).

Средний возраст обследованных на момент исследования составлял 24 года. Большинство больных скрывали от родных причину кахексии и попадали к специалистам по проблемам нарушений пищевого поведения через 5–10 лет болезни (рис. 1).

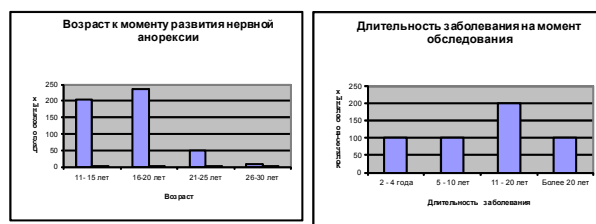


Рис. 1. Возраст к моменту развития нервной анорексии и длительность заболевания на момент обследования

На рисунке 2 показаны основные диагностические рубрики обследованных больных по МКБ-10. Из диаграммы следует, что больных с психогенными рвотами было 7 %, с нервной анорексией – 22 %, большинство составляли больные с НБ (73 %). Данная патология считается осложнением нервной анорексии и рассматривается как булимический вариант, этап или симптом НА в зависимости от длительности предшествующего периода ограничения в еде, объема съедаемой во время приступа булимии пищи, частоты и психопатологических особенностей рвот.



Рис 2. Диаграмма диагностических рубрик обследованных с нарушениями пищевого поведения

Основными методами исследования являлись: клинико-психопатологический, катamnестический, метод высокоэффективной жидкостной хроматографии (данный этап исследования выполнен в лаборатории нейробиологии ГНЦ им. В.П.Сербского под руководством зав. лаб. д.м.н. А. З. Дроздова, д.м.н. Б. М. Когана, к.м.н. Т. С. Филатовой, к.м.н. И. А. Ковалевой), электроэнцефалографический, экспериментально-психологический, статистический. 30 больным проведено МРТ головного мозга, ЭЭГ-картирование. Больным, проходившим лечение в Клинике неврозов, проводилось РЭГ (100 человек). Компьютерная статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета IBM SPSS Statistics 22, коэффициент достоверности $p \leq 0,001$. Исследование было лонгитудинальным (собственное катamnестическое прослеживание составило от 5 до 20 лет), с проведением патопсихологических экспериментов в динамике.

Результаты. По данным анамнеза лица с нарушениями пищевого поведения вначале опережали по набору массы тела здоровых добровольцев контрольной группы (74 % обследованных имели избыток массы тела в отличие от 25 % в контрольной группе, $p=0,001$).

Причиной начала ограничения в еде нередко являлись замечания одноклассников, учителей, родителей об излишней полноте, необходимости похудеть. Больные имели преморбидные черты личности истерического (45 %), психастенического (25 %), шизоидного (21,5 %) круга, выраженные в степени акцентуации, усилившиеся в процессе болезни.

При поступлении в стационар в состоянии выраженного физического истощения отмечалась характерная для всех больных динамика набора массы тела (рис. 3). В первую неделю лечения вес снижался из-за уменьшения отеков, а также в связи с активными попытками сопротивления больных набору веса, затем начиналось постепенное повышение веса, при наборе которого возобновлялись идеи излишней полноты, у всех обследованных вес снижался или прекращалось его увеличение. В процессе психотерапевтических бесед и лекарственной терапии пациентам удавалось преодолеть страх перед прибавкой веса и возобновить её.

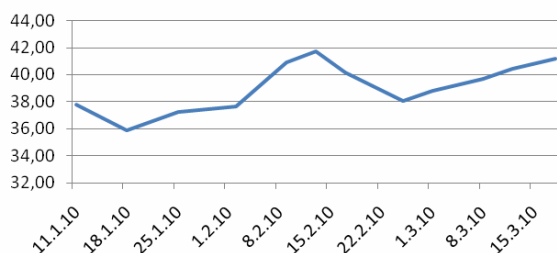


Рис. 3. Динамика изменения веса больных нервной анорексией в стационаре

В дальнейшем в ходе длительного катамнестического исследования отмечено, что их вес оставался ниже исходного и среднего для данного возраста на 10—15 % и длительно сохранялись идеи о недовольстве излишней полнотой, которые являлись причиной похудения и поддержания веса ниже возрастной нормы.

У 425 (92 %) обследованных при обращении на кафедру отмечался дефицит веса от 10 до 50 % от исходного. В том числе у 72 человек (18 %) имелась выраженная кахексия, при этом отечная форма — у 14 человек, а сухая — у 58.

У больных в состоянии кахексии наблюдались следующие соматические последствия голодания: гипотермия (температура тела в состоянии кахексии снижалась до 35 °С), артериальная гипотензия выявлялась в 90 % случаев (АД 60/40 мм рт. ст.) и брадикардия (PS 40—50 ударов в минуту), аритмии, псевдоатрофия головного мозга (по данным МРТ), периферические невриты, снижение слуха, анемия, аменорея, судороги, мышечная слабость, остеопения, переломы и трещины костей, гипоплазия слизистой желудка, кариес зубов, эро-

зии эмали, тяжелые запоры, увеличение слюнных желез, тромбофлебиты. При этом первыми при отказе от еды страдали сердечно-сосудистая и репродуктивная системы.

В соответствии с задачами исследования по разнице в показателях экскреции катехоламинов выделены следующие группы обследованных с нарушениями пищевого поведения. 1-я группа — пациенты с частыми психогенными рвотами (вомитофобия); 2-я группа — пациенты с выраженным истощением из-за длительного стойкого отказа от пищи с эпизодами вызывания рвот с целью похудеть; 3-я группа — пациенты с ограничением приема пищи без рвот, ИМТ в пределах нормы, ремиссия.

Обследованные 1-й и 2-й групп были сильно истощены. Чувство голода у них было снижено. Прибавки массы тела практически не происходило. Подкожно-жировая клетчатка отсутствовала, выявлялись дистрофические изменения кожи, ногтей, волос, миокарда; брадикардия, гипотония, акроцианоз, нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта, аменорея, анемия, понижение температуры тела. Физическая активность снижалась пропорционально массе тела. Психическое состояние характеризовалось астеническими расстройствами. Преобладали вспыльчивость, раздражительная слабость. Появление эйфории свидетельствовало о полном отсутствии критики при тяжести состояния, угрожавшего жизни. В 1-й группе в основе нарушений пищевого поведения лежало не недовольство собственной внешностью, а невозможность есть из-за страха возникновения рвоты (вомитофобии), употребление даже малейшей порции еды или жидкости сопровождалось рвотой. Эта группа больных была самой трудной в плане терапии и прогностически неблагоприятной из всех обследованных, поскольку рвота возникала без желания больного. Тяжесть состояния подтверждалась значительным стойким снижением экскреции моноаминов. Во 2-й группе больных НА с кахексией и рвотами дисморфоманические переживания на высоте кахексии теряли аффективную насыщенность. Формально соглашаясь с тем, что они излишне похудели, больные были довольны своей внешностью и продолжали придерживаться тщательно разработанной диеты в связи со страхом прибавки веса. Они не могли нормально питаться из-за возникшей вследствие длительного голодания патологии желудочно-кишечного тракта и навязчивого страха перед едой (фобии), ипохондрической фиксации на патологических ощущениях со стороны желудочно-кишечного тракта, сенестоипохондрических расстройств, ощущения того, что пища в желудке «стоит колом», «не переваривается», «загнивает и отравляет весь организм».

Данные, полученные при изучении экскреции катехоламинов у больных с психогенными рвотами (вомитофобией) и нервной анорексией с выраженным истощением были сопоставимы с данными, полученными при тяжелом астеническом варианте депрессивного синдрома [9, 11, 19, 20], при котором выявлено выраженное снижение количества биологически активных медиаторов катехоламиновой природы по сравнению с контрольной группой (табл. 1).

Т а б л и ц а 1
Показатели экскреции катехоламинов в порционной моче у больных с психогенными рвотами и кахексией

Группа	NA	A	DA
Контроль (моча нг/мин) (N=65)	28,1±2,5	3,52±1,1	155±30,1
Психогенные рвоты (N=10)	0,8±0,1*	0,5±0,12*	10,74±1,2*
Нервная анорексия с рвотами, кахексия (N=20)	5,7±2,5*	1,3±0,4*	40,4±23*
Нервная анорексия без рвот, индекс массы тела в норме (N=35)	18,2±8,0	4,50±0,8	74,0±14,4

Примечание. * – $p < 0,001$ по сравнению с контрольной группой.

Уровень дофамина и адреналина (основного тормозного медиатора ЦНС и медиатора вегетативной нервной системы) в моче у больных с психогенными рвотами (1-я группа) был наименьшим в сравнении с пациентами других исследованных групп, концентрация свободного дофамина и адреналина в суточной моче была чрезвычайно низкой относительно группы контроля. Эти показатели свидетельствовали о выраженном дистрессе организма, истощении всех систем компенсации [1, 2, 3].

Интересно отметить, что у больных 1-й группы, находившихся в состоянии физического истощения, со значительными астеническими расстройствами, с симптомами психомоторного замедления выявляется значительный дефицит всех трех катехоламиновых молекул в моче (табл. 1). По мнению Т. Б. Дмитриевой, подобная картина истощения депо центральных и периферических катехоламиновых систем типична и для тяжелых астенических депрессий [9]. Характерно, что наиболее близкие к нормальным показателям цифры экскреции дофамина, норадреналина, адреналина обнаружены у лиц 3-й группы (табл. 1), у которых в анамнезе имелись эпизоды выраженных расстройств пищевого поведения, но на этапе обследования они были минимальны (состояние ремиссии).

У пациентов в состоянии кахексии в 80 % наблюдений на ЭЭГ обнаружены изменения, связанные со степенью и длительностью истощения: в стадии кахексии – снижение альфа-индекса, частоты и амплитуды альфа-ритма, сглаженные зональные различия, ослабление реакции на функциональные пробы – в 1/3 наблюдений; вспышки пароксизмальной активности эпилептиформного характера – у 10 % па-

циентов (исчезавшие после восстановления электролитного дисбаланса и нормализации веса). Эффективность лечения БЭН, помимо клинических и психологических обследований, контролировалась методом ЭЭГ. Лечение вело к положительной динамике частоты и амплитуды альфа-ритма, однако не приводило к исчезновению различий по этим параметрам между группой больных и здоровых (для контрольной группы была характерна средняя частота альфа-ритма $11,074 \pm 0,64301$ кол/сек, что достоверно выше по сравнению с больными НПП до и после лечения $p < 0,01$). У обследованных пациентов с НА средняя частота альфа-ритма до лечения была $8,6111 \pm 0,711154$ кол/сек, а после лечения повысилась до $10,185 \pm 0,87035$ кол/сек, что говорит о достоверном увеличении частоты альфа-ритма, такое же увеличение выявлялось по его амплитуде и коэффициенту его распространенности. Полученные данные свидетельствуют о наличии преморбидной органической почвы, на основе которой формируется НА [5, 7, 16].

В группе пациентов с дефицитом массы тела (средний индекс массы тела 17,5) ЭЭГ-картирование было проведено 30 больным. При этом выявлено повышенное содержание медленно-волновой тета- и дельта-активности, что рассматривается как корреляты повышенной тревожности, а также указывает на органическое поражение головного мозга. В половине наблюдений (50 %) отсутствовали внутрикорковые связи (взаимосвязь между структурами головного мозга), а также обнаружено снижение мощности альфа-ритма в переднем квадрате правого полушария и заднем квадрате левого полушария, что косвенно указывает на эндогенную депрессию). Наличие депрессии подтверждалось при психологическом исследовании. При ЭЭГ-картировании больных без дефицита массы тела (средний индекс массы тела $21,5 - 15$ наблюдений) наблюдались лишь корреляты повышенной тревожности, без нарушения внутрикорковых связей.

У 34 % обследованных (ИМТ от 11 до 14) на МРТ отмечались признаки компенсированной гидроцефалии, расширение ликворных пространств, в основном в лобно-височных долях и желудочков мозга – так называемая псевдоатрофия, которая при наборе веса претерпевала обратную динамику и не сопровождалась развитием когнитивных расстройств, что подтверждалось результатами патопсихологического исследования. На стадии кахексии при проведении Эхо-ЭГ у 60 % обследованных обнаружены признаки внутричерепной гипертензии и гидроцефального синдрома. По результатам РЭГ у 20 % обследованных отмечено затруднение венозного оттока.

В соответствии с проведенным психологическим исследованием следует, что у пациентов с НПП не наблюдается существенных отличий показателей кратковременной и долговременной памяти (методика «Заучивание 10 слов») по сравнению с контрольной группой, однако имеются нарушения высших когнитивных функций, а именно внимания и динамики умственной работоспособности по сравнению со здоровыми людьми [4, 10, 13].

У больных с НПП статистически снижены показатели устойчивости и избирательности внимания по сравнению с обследованными контрольной группы. Устойчивость внимания и способность к его концентрации в баллах по методике «Корректирующая проба Б. Бурдона» у пациентов с НПП составляла $2,19 \pm 0,09$, а у обследованных контрольной группы – $2,91 \pm 0,10$ ($p < 0,001$), что указывает на достоверность различия. Избирательность внимания, измеренная в баллах, для пациентов с НПП составляет $7,66 \pm 0,67$, в то время как в контрольной группе данный показатель составил $9,57 \pm 0,21$ балла ($p < 0,001$).

У больных с НПП имеются нарушения темпа, стадий, продуктивности умственной работоспособности, а также явления «латентной утомляемости» – выраженные колебания качества работы, лабильность продуктивности; неустойчивости динамики познавательной деятельности по сравнению с обследованными контрольной группы, которые выявляются при методике сложной дешифровки Шабалиной (рис. 4) и обычно не выявляются методиками, не требующими длительного напряжения (например, таблицы Шульте), которые выполняются в нормальном темпе вследствие инертности, педантичности, формирующихся у больных с БЭН.

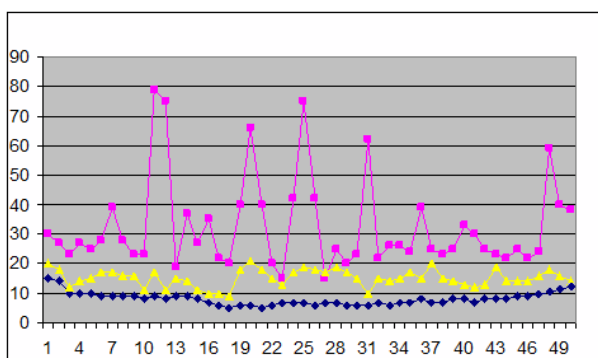


Рис. 4. Динамика умственной работоспособности по методике Шабалиной в процессе лечения у больной НА в состоянии кахексии в сравнении с обследуемой из контрольной группы

Примечание. На горизонтальной оси показано количество расшифрованных слов, на вертикальной оси – время в секундах, потраченное на расшифровку одного слова, верхняя линия – истощенная больная, средняя – она же после лечения, нижняя линия – испытуемая из контрольной группы.

Согласно накопленному в течение 50 лет опыту работы кафедры психиатрии РУДН, являющейся Центром изучения пищевых расстройств, и в процессе данного исследования выработаны рекомендации по лечению. Состояние больных НПП требовало комплексной терапии, включающей строгое соблюдение режима, регулярный контроль за прибавкой веса, 6-разовое дробное питание, сердечно-сосудистые средства, витаминотерапию, малые дозы нейролептиков мягкого действия [5, 6, 8, 12].

При решении вопроса о стационарном или амбулаторном вариантах лечения необходимо учитывать склонность больных к диссимуляции в отношении причин снижения веса, а также стремление избежать госпитализации, выраженность вторичных соматоэндокринных и неврологических расстройств, кахексии, булимической симптоматики с частыми рвотами. Лечение должно проводиться специалистами, имеющими достаточный опыт работы с такими пациентами. Большинство больных с НПП требуют лечения в условиях наблюдательного отделения закрытого типа с целью выработки нормального процесса приема пищи у данных обследованных, которые сами просят научить их правильно есть. Так как на отдаленных этапах НПП теряется чувство голода и насыщения, ощущение переполненного желудка и застоя пищи в нем появляется при употреблении даже незначительных количеств пищи. Этап стационарного лечения, направленного на восстановление и стабилизацию массы тела пациента, нормализацию пищевого поведения и профилактику булимической симптоматики, независимо от клинической картины и нозологической принадлежности синдрома, занимает в среднем 2–3 месяца. В него входят разработка диет, режима питания, медикаментозное лечение и психотерапия.

Диета и система питания больных подбираются индивидуально в зависимости от индекса массы тела. Нормальная величина ИМТ находится в пределах от 18,5–18,9 до 23–25 кг/м² в зависимости от возраста, пола и конституции. ИМТ от 18,4 до 17,0 кг/м² характеризует легкую степень недостаточности питания, от 16,9 до 15,0 – среднюю степень, а ИМТ менее 15,0 – тяжелую степень БЭН. ИМТ более 26 свидетельствует об ожирении. Набирать массу тела рекомендуется постепенно. Страх набрать избыточную массу тела может быть очень сильным, поэтому на первом этапе лучше рекомендовать частое дробное питание, а затем, после преодоления критического дефицита массы тела, – три нормальных приема пищи и, по крайней мере, один перекус, чтобы сделать минимальным риск развития булимии. Несмотря на то что в условиях закрытого стационара бывает достаточно добиться приема небольших

порций еды для того, чтобы преодолеть первичный страх перед едой и переизбытком, в дальнейшем могут потребоваться недели, а нередко и месяцы питания под контролем специально обученного медицинского персонала для закрепления достигнутого.

Выбор вариантов диеты зависит от дефицита массы тела обследованного. Для восполнения дефицита массы тела при тяжелой и средней степени истощения кормление следует начинать с половины порции щадящей диеты, имеющей калорийность суточного рациона 2600—3000 ккал. Калорийность рациона увеличивают постепенно, в среднем на 100 ккал/сут. Родителям больных выдают рекомендации и перечень продуктов, необходимых для осуществления дополнительных приемов пищи (перекусов). Спустя 2—3 недели можно перейти к полной порции. На этапе стабилизации массы тела, а также больным с булимическими проявлениями и нормальной массой тела назначают высокобелковую диету.

Для коррекции вторичных соматоэндокринных и неврологических нарушений назначают медикаментозную терапию. Первый (неспецифический) этап лечения включает общеукрепляющую терапию: 40 % раствор глюкозы 15,0 мл внутривенно струйно с 5 % раствором аскорбиновой кислоты 5,0 мл (всего 10—15 инъекций), витамины В₁ и В₆ по 2,0 мл каждый (10—15 инъекций внутримышечно, отдельно). Данные инъекции способствуют нормализации аппетита, дают ощущение прилива сил и энергии. Учитывая тяжесть соматического состояния, нарушение водно-электролитного баланса, опасность декомпенсации деятельности внутренних органов, осложнений со стороны нервной системы, следует избегать массивной инфузионной терапии. Наличие патологии, прежде всего сердечно-сосудистой, пищеварительной и кроветворной систем, обуславливает необходимость использования препаратов, направленных на нормализацию их функций. У пациентов с кахексией (при уровне натрия в сыворотке крови ниже 120 ммоль/л) нередко возникают периферические отеки разной степени выраженности, что следует учитывать в процессе пищевой реабилитации. С целью улучшения деятельности сердечно-сосудистой системы применяют триметазин, рибоксин, препараты калия, кокарбоксиллазу. Большинству больных в связи с наличием дискинезии желудка и кишечника назначают ферментные препараты, антацидные средства, метоклопрамид. После стабилизации соматического состояния назначают антидепрессанты, нормотимики, ноотропные препараты, нейрорепаранты в небольших дозировках с учетом индивидуальной клинической картины и нозологической принадлежности синдрома НПП.

Обсуждение результатов. В результате исследования было выявлено, что среди ранних последствий голодания преобладают нарушения сердечно-сосудистой, репродуктивной систем, желудочно-кишечного тракта. При выраженной кахексии, особенно при частых рвотах (воимитобия), происходило значительное снижение экскреции катехоламинов. Полученные данные говорят о вовлеченности катехоламиновых систем мозга и его срединных структур при формировании нарушений пищевого поведения. Эти результаты можно использовать для диагностики и выбора лекарственных препаратов и их доз с учетом воздействия лекарств на определенные нейромедиаторы. Снижение показателей экскреции катехоламинов, происходившее при выраженном истощении и рвотах, можно сравнить с данными при астенической депрессии, выраженных астенических состояниях, что говорит об общности реагирования мозговых структур на психоэмоциональный стресс. Выявлены особенности познавательных процессов и ЭЭГ в процессе потери и набора веса. Память при нарушениях пищевого поведения даже в состоянии кахексии существенно не снижалась, мышление (по данным методик «Пиктограмма», «Исключение предметов») имело признаки конкретности, не исчезавшие при наборе веса. При потере веса мышление имело окраску, связанную с чувством голода и мотивом коррекции фигуры, который при наборе веса усиливался наряду с депрессивными расстройствами, дисморфофобическими и дисморфоманическими идеями. В состоянии кахексии значительно снижалась продуктивность и устойчивость внимания, которые при наборе веса приходили в норму. При исследовании умственной работоспособности по методике «Сложная дешифровка» Н. Б. Шабалиной [18] у больных НА в состоянии кахексии выявлялось снижение темпа и продуктивности умственной работоспособности с появлением «латентной утомляемости», при наборе веса кривая работы улучшалась, однако типичные для нормы фазы вработываемости и утомляемости отсутствовали. Даже после набора веса исследуемые работали монотонно, скорость была ниже, чем в контрольной группе. На ЭЭГ отмечались связанные с истощением организма изменения альфа-ритма (частоты, процентного содержания, зональных различий, корковых связей и амплитуды), в 10 % случаев появление пароксизмальной активности, которая исчезала при наборе веса, так же как изменения альфа-ритма. При выходе из состояния выраженной белково-энергетической недостаточности набор веса должен быть постепенным (не более 500 г в неделю), под контролем над основными органами и системами организма, профилактикой отеков.

Необходимо назначение витаминов и микроэлементов для профилактики тяжелых форм БЭН, обусловленных недостатком отдельных микроэлементов и витаминов (бери-бери, пеллагра и т. д.). Помимо того, необходима образовательная работа с педагогами и детскими врачами, гинекологами, эндокринологами по профилактике нарушений пищевого поведения. Задача профилактики НПП состоит в формировании в общественном мнении стандартов красоты с учетом популяционных различий конституций. Установка на идеал красоты без учета конституциональных особенностей популяции ведет к риску дальнейшего распространения НПП.

Л и т е р а т у р а

1. Агаджанян Н. А., Артемьева М. С. Биологические стрессовые маркеры при длительном голодании // 1-я Международная конференция «Качество жизни в медицине». – М.: РУДН, 2014. – С. 7–8
2. Агаджанян Н. А., Артемьева М. С., Ковалева И. А., Коган Б. М., Филатова Т. С., Дроздов А. З. Особенности экскреции катехоламинов при психогенных рвотах // Вестник РУДН. Серия «Медицина». – М., 2014. – № 2. – С. 53–57.
3. Артемьева М. С., Ковалева И. А., Коган Б. М., Филатова Т. С., Дроздов А. З. Дофамин и нервная булимия: клиничко-нейрохимические закономерности // Технологии живых систем. – М., 2014. – Т. 14, № 1. – С. 13–18.
4. Артемьева М. С. Динамика умственной работоспособности больных нервной анорексией в процессе лечения // Технологии живых систем. – М., 2010. – Т. 7, № 7. – С. 61–64.
5. Артемьева М. С., Сулейманов Р. А., Тамирова А. Р., Леонов А. С., Кириллова О. А. Клиника и лечение соматоневрологических и психических расстройств на кахектическом этапе нервной анорексии // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева (Казань). – 2007. – Т. 49, вып. 3. – С. 39–45.
6. Артемьева М. С., Сулейманов Р. А. Нервная анорексия (этиология, клиника, патогенез) // Качество жизни. Медицина. Выпуск: Пограничные психические расстройства. – М., 2006. – № 1 (12). – С. 37–45.
7. Баринов А. М. Диагностические и прогностические критерии динамики синдрома нервной анорексии (корреляции сомато-эндокринных и психических расстройств): дис. ... к.м.н. – М.: РУДН, 1982. – 189 с.
8. Брюхин А. Е. Реабилитация больных нервной анорексией с тяжелыми вторичными сомато-эндокринными расстройствами: дис. ... к.м.н. – М.: РУДН, 1997. – 145 с.
9. Дмитриева Т. Б., Дроздов А. З., Коган Б. М. Клиническая нейрохимия в психиатрии. – М.: ГНЦ им. Сербского, 1998. – 298 с.
10. Карева М. А. Об одном виде формирования патологического мотива в подростковом возрасте: дис. ... к.м.н. – М.: МГУ, 1975. – 163 с.
11. Коган Б. М., Дроздов А. З., Дмитриева Т. Б. Механизмы развития соматических и психопатологических стрессовых расстройств (половые и гендерные аспекты) // Системная психология и социология. – 2010. – Т. 1, № 1. – С. 106–120.
12. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В. Нервная анорексия. – М.: Медицина, 1986. – 176 с.
13. Корчак Г. М. Применение карнитина и кобамаида при экспериментальной алиментарной депривации и лечении больных нервной анорексией (морф. и клин. исслед.): автореф. дис. ... к.м.н. – М.: РУДН, 1989. – 21 с.
14. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 380 с.
15. Приоритетный национальный проект «Здоровье». Демографические показатели здоровья населения России. – М., 2006. – С. 3–7.
16. Сулейманов Р. А. Особенности доманифестного периода нервной анорексии. – Калининград: Изд-во Калининградского ун-та им. Канта, 2015. – 153 с.
17. Цыганков Б. Д., Махортова И. С., Ширяев О. Ю., Романова М. М. Анализ особенностей пищевого поведения у лиц с избыточной массой тела // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17, № 1 – С. 183–187.
18. Шабалина Н. Б. Экспериментальное изучение умственной работоспособности в норме, при гипертонической болезни и атеросклерозе головного мозга: автореф. дис. ... к.п.н. – М.: МГУ, 1970. – 21 с.
19. Kaye W. H., Ebert M. H., Raleigh M. et al. Abnormalities in CNS monoamine metabolism in anorexia nervosa // Archives of General Pat. – 1984. – Vol. 56 – P. 336–359.
20. Kopin I., Goldstein D. Catecholamine Metabolism: A Contemporary View with Implications for Physiology and Medicine // Pharmacol. Rev. – 2004. – Vol. 56. – P. 331–349.
21. Sullivan P. F. Mortality in AN // Am. J. Psychiatry. – 1995. – Vol. 152. – P. 1073–1074.
22. Zemet P. K., Alberty G., Kaufman F. T. et. al. IFD Consensus Group. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IFD consensus report // Pediatr diabetes. – 2007. – № 8 (Suppl. 5). – P. 299–306.

Транслитерация русских источников

1. Agadzhanian N. A., Artemyeva M. S. [Biological stress markers during long-term fasting]. 1-ja Mezhdunarodnaja konferencija "Kachestvo zhizni v medicine" [The 1st International Conference "Quality of life in medicine"]. PFUR, Moscow, 2014; 7–8. (In Russ.).
2. Agadzhanian N. A., Artemyeva M. S., Kovaleva I. A., Kogan B. M., Filatova T. S., Drozdov A. Z. [The neurotransmitter in psychogenic vomiting patients]. Vestnik RUDN. Serija "Medicina" [PFUR Bulletin. Series "Medicine"]. 2014; 2: 53–57. (In Russ.).
3. Artemyeva M. S., Kovaleva I. A., Kogan B. M., Filatova T. S., Drozdov A. Z. [Dopamine and bulimia nervosa: clinic and neurochemistry aspects]. Tekhnologii zhivyykh sistem [Technologies of Living Systems]. 2014; 14, 1: 13–18. (In Russ.).
4. Artemyeva M. S. [Anorexia nervosa treatment influence on patient mental work capacity]. Tekhnologii zhivyykh sistem [Technologies of Living Systems]. 2010; 7, 7: 61–64. (In Russ.).
5. Artemyeva M. S., Suleimanov R. A., Temirova A. R., Leonov A. S., Kirillova O. A. [A clinical picture and treatment of somatoneurologic and psychic disorders at cachectic stage of nervous anorexia]. Nevrologicheskij vestnik im. V. M. Bekhtereva [V. M. Bekhterev Neurological Bulletin]. 2007; 49, 3: 39–45. (In Russ.).
6. Artemyeva M. S., Suleimanov R. A. [Anorexia nervosa (etiology, clinic, pathogenesis)]. Kachestvo zhizni. Medicina. Vypusk: Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva [Quality of life. Medicine. Issue: Borderline mental disorders]. 2006; 1(12): 37–45. (In Russ.).
7. Barinov A. M. [Diagnostic and prognostic criteria of dynamics of anorexia nervosa syndrome (correlations of somatic-endocrine and mental disorders)]. Dis. ... k.m.n. [PhD thesis]. PFUR, Moscow, 1982. 189 p. (In Russ.).
8. Bryukhin A. E. [Rehabilitation of patients with anorexia nervosa with severe secondary somatic-endocrine disorders]. Dis. ... k.m.n. [PhD thesis]. PFUR, Moscow, 1997. 145 p. (In Russ.).
9. Dmitrieva T. B., Drozdov A. Z., Kogan B. M. [Clinical neurochemistry in psychiatry]. Serbsky SSC, Moscow, 1998. 298 p. (In Russ.).
10. Kareva M. A. [About one kind of formation of pathological motive at adolescence]. Dis. ... k.m.n. [PhD thesis]. MSU, Moscow, 1975. 163 p.

11. Kogan B. M., Drozdov A. Z., Dmitrieva T. B. [The mechanisms of development of somatic and psychopathological stress disorders (sexual and gender aspects)]. *Sistemnaja psihologija i sociologija* [Systems Psychology and Sociology]. 2010; 1, 1: 106—120. (In Russ.).
12. Korkina M. V., Tsvilko M. A., Marilov V. V. [Anorexia nervosa]. Medicina, Moscow, 1986. 176 p. (In Russ.).
13. Korchak G. M. [Use of carnitine and cobamamide during experimental alimentary deprivation and treatment of patients with anorexia nervosa (morph. and clin. studies)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD Thesis]. PFUR, Moscow, 1989. 21 p. (In Russ.).
14. [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders]. Overlajd, Saint-Petersburg, 1994. 380 p. (In Russ.).
15. [Priority national project "Health". Demographic indices of health of the population of Russia]. Moscow, 2006; 3—7. (In Russ.).
16. Suleimanov R. A. [Features of pre-manifestation period of anorexia nervosa]. Publishing House of Kaliningrad Kant University, Kaliningrad, 2015. 153 p. (In Russ.).
17. Shiryayev O. Yu., Tsygankov B. D., Makhortova I. S., Romanova M. M. [Analysis of eating behaviour in overweight persons]. *Prikladnye informacionnye aspekty mediciny* [Applied information aspects of medicine]. 2014; 17, 1: 183—187. (In Russ.).
18. Shabalina N. B. [Experimental study of mental performance in norm, in hypertensive illness and cerebral atherosclerosis]. *Avtoref. dis. ... k.p.n.* [Abstract of PhD thesis in Psychology]. MSU, Moscow, 1970. 21 p. (In Russ.).

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.89:616.45-001.1/.3

ББК Р64-17-18

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МИГРАНТОВ

(литературный обзор)

Овчинников А. А.^{1*}, Султанова А. Н.¹, Кочурин А. Г.²¹ ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ Минздрава России 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52² ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная психиатрическая больница № 5» Новосибирская обл., п. Карпысак

В обзоре рассматриваются современные данные о психических проблемах мигрантов. Приводятся этапы процесса миграции. Анализируются факторы, повышающие предрасположенность людей к психическим расстройствам, и факторы риска, способствующие развитию симптомов ПТСР (посттравматического стрессового расстройства), депрессивной симптоматики, а также психосоматических проблем у мигрантов. Анализируется гендерный аспект миграции, приводятся причины более сложной адаптации женщин-мигрантов. Особое внимание уделяется такому аспекту современности, как ксенофобия, и ее роли в развитии психических расстройств у мигрантов. Психолого-психиатрическая помощь рассматривается с точки зрения недостатков именно психиатрической службы помощи мигрантам во всем мире. **Ключевые слова:** мигранты, психическое здоровье, психосоматические проблемы, посттравматическое стрессовое расстройство, факторы миграции, реакция горя, процесс аккультурации, несанкционированные мигранты, ксенофобия, мигрантофобия.

FACTORS INFLUENCING MENTAL HEALTH OF MIGRANTS (literature review). Ovchinnikov A. A.¹, Sultanova A. N.¹, Kochurin A. G.² ¹Novosibirsk State Medical University. Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation.

² State Novosibirsk Regional Psychiatric Hospital No. 5. V. Karpysak, Novosibirsk Region, Russian Federation. Available data of migrants' mental problems are considered in the review. Stages of migration process are presented and factors increasing people's predisposition to mental disorders are analyzed here. The article gives detailed description of risk factors causing the development of PTSD symptoms (post-traumatic stress disorder), depressive symptomatology and psychosomatic disorders of migrants. Gender aspects of migration are analyzed and the causes of female adaptation difficulties are shown. The authors of the article give particular attention to such an aspect of the present day as xenophobia and its effect on the development of migrants' mental disorders. Psychological and psychiatric help is discussed as having not enough psychiatric care to migrants all over the world. **Keywords:** migrants, mental health, psychosomatic disorders, post-traumatic stress disorder, migration factors, grief reaction, acculturation process, unauthorized migrants, xenophobia, migrant-phobia.

* Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., проф.
Султанова Аклита Накиповна, к.м.н., доцент,
89137735177, sultanova.aklima@yandex.ru
Кочурин Александр Геннадьевич, медицинский психолог,
89833077788, kochurin.alexandr@gmail.com

Рост темпов миграционных процессов является характерной чертой не только для Российской Федерации, но и для всего мирового сообщества. Распад Советского Союза привел к массовым миграциям, что стало одной из определяющих характеристик современного мира. В результате распада СССР только за первые 5 лет (с 1992 по 1996 г.) Россия получила за счет бывших партнеров по Союзу почти 3 миллиона вынужденных переселенцев [8]. Миграция, в свою очередь, приносит в жизнь человечества весьма существенные социально-политические и экономические изменения, следствием которых могут быть психолого-психиатрические проблемы. По данным зарубежных авторов, уровень нервно-психических расстройств среди вынужденных мигрантов довольно высок и достигает 65—90 % [17, 18, 34].

Миграция. Этапы миграции. Миграция определяется как процесс перемещения из одной страны, региона или места жительства для того, чтобы поселиться в другом. Мигранты могут перемещаться группой или поодиночке. Например, люди, которые мигрируют по экономическим или образовательным причинам, могут двигаться по отдельности, а позднее к ним присоединяются их семьи. Однако люди, которые мигрируют из-за политических причин, могут двигаться массово, со своими семьями или без них. Значительная доля людей, которые мигрируют, становятся этническим меньшинством в новой стране [24]. После переезда в иную культурную среду культурные изменения в личности чаще бывают напряженными, что является результатом как проблем с самооценкой, так и может быть связано с нарушениями в психическом здоровье [20].

Процесс миграции проходит в три этапа. Первый этап, названный предварительной миграцией, заключается в принятии решения и подготовке к переезду. Второй этап миграции является физическим переселением людей из одного места в другое. Третий этап, который начинается после миграции, определяется как «поглощение иммигрантов в социальной и культурной основе нового общества». В опубликованной по данной проблеме литературе встречаются исследования, рассматривающие влияние чуждых социальных и культурных норм, а также новых ролей на психическое здоровье мигрантов [20, 21]. На начальном этапе миграции можно наблюдать сравнительно низкий уровень психических заболеваний и проблем со здоровьем, чем на более поздних этапах, поскольку именно в этот период возникают проблемы аккультурации и расхождения между ожиданиями и реальным достижением целей [23].

Этиология и эпидемиология психических расстройств на этапах миграции. Мигранты, оказываясь на новом месте жительства с непривычной для них обстановкой, с совершенно отличным укладом жизни, испытывают влияние множества факторов, которые, накладываясь друг на друга, приобретают роль стрессоров. В Швеции было проведено исследование среди беженцев с целью категоризации факторов риска, способствующих развитию состояния психологического стресса у мигрантов. Были получены следующие результаты: низкое чувство согласованности, плохая аккультурация (только для мужчин), слабое чувство контроля над своей жизнью и экономические трудности на новом месте жительства оказались высокими факторами риска и хорошей почвой для развития психологического стресса, чем подверженность насилию перед миграцией [43].

Интересны исследования, результаты которых позволяют не только составить представление о контингенте психически больных, обнаруживающих тенденции к миграционному поведению (по крайней мере, о наиболее тяжелой его части, нуждающейся на данный момент в госпитализации), и судить о его структуре и характере психических расстройств, с которыми связана миграция, но и наметить основные направления и организационные формы предупреждения этих патологических вариантов поведения психически больных. В связи с преобладанием в контингенте мигрантов больных шизофренией, а среди них лиц с экспансивным бредом, в том числе с разными вариантами бреда притязания, при стационарном и особенно амбулаторном наблюдении и лечении должна учитываться возможность у этой категории пациентов миграционного поведения [9].

А. А. Артамонов [1] в обзоре, охватывающем обширный материал, с анализом 222 источников показал, что нозологическая структура психически больных с миграционной активностью варьирует в зависимости от ряда факторов (от возраста исследуемых, от того, где собирались наблюдения – в психиатрической больнице или среди лиц без определенного места жительства и пр.). В то же время среди взрослых больных при разной, но довольно значительной представленности других нозологических форм преобладающим является число больных шизофренией. В свете сказанного, считает автор, большое значение имеет изучение течения и особенностей психических заболеваний у лиц с склонностью к миграции по болезненным мотивам, а также клинико-психопатологической характеристики состояний миграционной активности больных, прежде всего больных шизофренией. Автор указывает на то, что в опубликованных работах почти отсутствуют данные о мерах по профилактике миграции психически больных.

В последнее время все чаще появляются публикации, посвященные гендерному аспекту миграции. Миграция может поместить женщин в ситуации, когда они испытывают стресс и тревогу в связи с потерей их традиционного социального окружения и окружающей среды. В то же время социальная интеграция в новую среду может быть в равной степени ограничена у них первоначальным отсутствием образования и профессионального опыта. Репродуктивное здоровье часто остается незамеченным и незащищенным даже в хорошо организованных для приема беженцев и мигрантов странах, что также является психотравмирующим фактором для женщин-мигрантов [30].

Г. У. Солдатова, Л. А. Шайгерова указывают на то, что переезд и трудности адаптационного периода существенно подрывают психическое и физическое здоровье вынужденных мигрантов. Большинство вынужденных мигрантов, обращаясь к психологу, на первых встречах предъявляют не психологические, а соматические жалобы. Как правило, они попадают к психологу уже после визита к врачу, неудовлетворенные назначенным лечением и тем, что результаты обследований не подтвердили предполагаемых заболеваний, несмотря на присутствие их симптомов. В таких случаях речь чаще идет о заболеваниях или симптомах, которые относят к разряду психосоматических. В их возникновении важная роль приписывается психологическим факторам. Главная особенность таких заболеваний – безуспешность применения медикаментов и хронический характер: за ремиссией следует новый рецидив [13].

Г. У. Солдатова, Л. А. Шайгерова говорят о том, что У. Кэнон впервые обнаружил связь возникновения и развития психосоматических заболеваний с экстремальными ситуациями в жизни человека. Он показал, что даже в том случае, когда человек вовлечен в ситуацию только эмоционально, происходят физиологические изменения. Экстремальная ситуация приводит к тому, что активируются отделы мозга, запускающие защитные механизмы на различных уровнях организма. Если действие ситуации продолжительно, активность систем сохраняется, вызывая их функциональные и органические нарушения, приводя впоследствии к заболеваниям [29].

Многие авторы отмечают влияние миграции на возникновение невротических и психических расстройств, апатико-депрессивных реакций, гипертонической болезни и других сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных стрессом [6, 10, 15]. Депрессии, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и генерализованные тревожные расстройства (ГТР) были статистически более распространены среди мигрантов, чем в контрольной группе [19].

На этапах миграции часто встречаются факторы, повышающие предрасположенность людей к психическим расстройствам. Пре-факторы миграции включают в себя структуру личности человека, вынужденную миграцию, а также гонения со стороны коренного населения. Неоспоримым фактом является то, что жертвы пыток демонстрируют более высокий уровень ПТСР, психосоматических нарушений и патологическую реакцию на стресс. Психологические последствия пыток и травм исследованы среди чилийских и сальвадорских мигрантов [45]. О высокой зависимости психических расстройств от фона миграции говорят и немецкие ученые [36]. Факторы миграции включают в себя и культурные утраты. Культурный шок, расхождение между ожиданиями и достижениями, принятие новой нации являются потенциальными после миграции факторами, влияющими на психическое здоровье мигрантов [24, 25].

Успешность процессов адаптации к новым социокультурным условиям зависит от состояния психического здоровья мигранта, уровня его субъективной удовлетворенности новым местом пребывания, которые сами по себе оказываются тесно связанными. Чем выше уровень субъективной удовлетворенности новым местом пребывания, чем более близкими воспринимаются своя культура и культура принимающей стороны, тем успешнее протекают процессы адаптации к новым социокультурным условиям. Пребывание в другой социокультурной среде вносит серьезные коррективы в личность мигранта: меняются тип реагирования, ведущие защитные механизмы, психическая симптоматика. Пребывание в чужой культуре в условиях вынужденной миграции приводит к росту неудовлетворенности жизненными изменениями и способствует развитию депрессивной, психастенической, паранойяльной, шизоидной симптоматики. У людей, оторванных от родной культуры и таким образом лишенных поддержки традиционных защитных механизмов, в условиях пребывания в инокультурной среде могут наблюдаться различные нарушения психического здоровья [5].

В числе факторов, влияющих на такой показатель социально-трудовой адаптации больных, как инвалидность, рассмотрены факторы этнической принадлежности и миграционной активности населения изучаемой территории. Группу с более медленным темпом социально-трудовой дезадаптации (7 лет) сформировали мигранты; у коренных жителей Кызыла (независимо от национальной принадлежности) и Сургута этот показатель составил 4 года. Автор призывает учитывать специфические характеристики регионального характера при оценке показателей инвалидизации больных шизофренией на той или иной административной территории [11].

По мнению М. Eisenbruch, потеря социальной структуры и культуры может привести к реакции горя [34]. Миграция связана с потерей знакомой обстановки, в том числе языка (как разговорного, так и диалекта), отношений, ценностей, социальных структур, поддерживающих связей. Переживание этой потери можно рассматривать как здоровую реакцию и естественное следствие миграции; однако если симптомы вызывают выраженный дистресс или ухудшение и длятся в течение значительного периода времени, психиатрическое вмешательство может быть оправдано. М. Eisenbruch определил культурные утраты как опыт, связанный с потерей социальных структур, культурных ценностей и самосознания. Человек живет в прошлом, его посещают сверхъестественные силы из прошлого во время сна или бодрствования и переживание чувства вины. Симптомы культурной скорби могут быть неверно диагностированы из-за проблем с языком и культурой и в связи с использованием западных диагностических критериев у незападных людей [35].

Психосоциальные изменения, с которыми сталкиваются мигранты, включает процесс аккультурации, который может быть добровольным или принудительным, и заключается в освоении культурных ценностей, обычаев, верований и языка титульного этноса [40]. Различия в аттитюдах, семейных ценностях, статусе поколений и социальной принадлежности могут наблюдаться как у доминирующей культуры, так и у меньшинства; однако, как правило, одна культура чаще доминирует [39].

Этническая плотность, т. е. размер определенной этнической группы в пропорции к общей численности населения в указанном районе, может быть фактором, влияющим на распространенность психических расстройств среди этнических меньшинств. Кроме того, может возникнуть чувство отчуждения, если культурные и социальные особенности человека отличаются от окружающего населения, в то время как чувство принадлежности, как правило, возникает, если человек и окружающее население имеют схожие культурные и социальные особенности. Увеличение этнической плотности может улучшить социальную поддержку и адаптацию некоторых лиц, которые мигрируют [25]. Это может объяснить некоторые из противоречивых результатов исследований взаимосвязи между этнической плотностью и распространенностью психических заболеваний в группах этнических меньшинств [28, 38].

Важно учитывать характер общества, в котором человек проживал до миграции и в котором оказался после переезда. Этот фактор, по мнению многих авторов, определяет то, насколько хорошо человек будет адаптироваться в процессе миграции.

Социоцентрические или коллективистские общества характеризуются прочными связями между людьми, групповой солидарностью, эмоциональной взаимозависимостью, традиционализмом и коллективной идентичностью. Эгоцентрические или индивидуалистические общества подчеркивают независимость, свободные связи между людьми, эмоциональную независимость, либерализм, самостоятельность, личную инициативу и самостоятельность. D. Bhugra предположил, что у лиц, которые мигрируют из преимущественно социоцентрического, или коллективистского общества в общество преимущественно эгоцентрическое, или индивидуалистическое, скорее всего, возникнут проблемы адаптации к новой культуре и, как следствие, будет наблюдаться более высокий уровень психических расстройств [26].

Авторы отмечают существенные закономерности во влиянии миграционного процесса на психическое здоровье населения. Формирующаяся за счет селективности миграционного процесса популяция характеризуется накоплением в регионе лиц с малопрогрессирующими формами психических заболеваний и пограничными психопатологическими явлениями (аффективная ригидность, склонность к сверхценным образованиям, ипохондричность) и лиц, предрасположенных к развитию указанных нарушений. Такой характер формирующейся популяции способствует сохранению трудоспособности, которая остается высокой по сравнению со стабильной популяцией даже у больных шизофренией. Вместе с тем воздействие изменившихся и необычных условий региона способствует декомпенсации, особенно у лиц, предрасположенных к развитию психических нарушений (в частности склонных к реакциям протеста, депрессивным и фобическим реакциям), у больных с вялым и приступообразным течением шизофрении, благодаря чему вновь формирующаяся популяция отличается относительной неустойчивостью. Все это препятствует закреплению населения и увеличивает дезадаптирующие качества среды [12].

J. Binder, M. Simoes говорят о двух периодах высокого риска для мигрантов: вскоре после миграции и после длительного периода в гостевой стране. Различия между культурой мигрантов и культурой принимающей страны (язык, мифические убеждения, особенности болезней) влияют на проявления психиатрических синдромов на начальном этапе миграции. Авторы выделяют следующие синдромы, которые наблюдаются в этот период: параноидальные реакции, ипохондрический невроз, депрессивные синдромы, психосоматические расстройства, сексуальные неврозы. После длительного периода пребывания в инокультурной стране мигранты, чаще пребывающие из промышленно слабых

в развитые страны, в которых есть спрос на рабочую силу и в то же время чувствуется огромный разрыв в социально-экономическом развитии между странами. В контексте иммиграции, иностранные рабочие оказываются в самых низких социальных слоях, и многочисленные проблемы накапливаются там. Это является основным психотравмирующим фактором в этот период миграции [27]. Существует еще один немаловажный фактор, оказывающий существенное влияние на развитие ПТСР и депрессивного эпизода – это история миграции. Исследования, проведенные в США среди беженцев и добровольных переселенцев, выявили, что беженцы чаще сообщают о травмах, связанных с войной, но сообщения о других травматических переживаниях были схожи. Премиграционное начало ПТСР и депрессивного эпизода достоверно выше у беженцев, а постмиграционное развитие этих симптомов не отличается. Поэтому авторы исследования настаивают на необходимости единой реабилитационной программы в постмиграционном периоде для этих двух категорий мигрантов [41].

Еще один фактор, высоко коррелирующий с психическим здоровьем, как считают исследователи из Германии, – это несанкционированные мигранты. Несколько исследований изучили, как состояние «незаконности» влияет на благополучие. Незаконные мигранты сталкиваются с ограниченным доступом к медицинской помощи, а угроза депортации вызывает хронический стресс, что также неблагоприятно влияет на психическое здоровье [32]. С. Т. Hannah, Q. Lê в результате исследований выделили жизненно важный для психического здоровья каждого мигранта и благополучия фактор – доступ к услугам здравоохранения [37]. В иностранной литературе последних лет встречаются исследования, свидетельствующие о высоком риске алкоголизма у мигрирующего населения и необходимости внедрения санитарно-просветительской работы с целью профилактики указанной психической патологии [16].

Н. А. Васильева [7] отмечает актуальность вопроса изучения непсихотических (невротических) расстройств, при выявлении которых возникают большие затруднения в контексте культуральной нормы. Одним из аспектов этнокультуральных исследований является изучение особенностей диагностики отдельных расстройств у некоторых представителей этнических групп. Проведя анализ результатов исследования, автор отмечает, что транскультуральные исследования в области пограничной психической патологии находятся на этапе констатации фактов и наблюдений, и необходимы дальнейшие исследования для межкультуральной дифференциации проявлений психогенных реакций у представителей отдельных культур.

И. А. Артемьев [4] говорит о необходимости учета особенности клинической картины аддикций, которые весьма разнообразны в различных этнических субпопуляциях. Контингенты зарегистрированных больных алкоголизмом и алкогольными психозами на определенной территории могут свидетельствовать лишь о «величине проблемы» по сравнению с другими муниципальными образованиями, но не могут отражать специфические, в частности культурологические, особенности рассматриваемой зависимости, на которые могут влиять численность и соотношение аборигенного и пришлого населения. Однако следует признать, что регистрация больных алкоголизмом имеет определенную географическую направленность: запад-восток. Территории Чукотки и Камчатского края характеризуются наиболее критическими показателями алкоголизации населения. Вычленив этническое предпочтение к алкоголизации на основе популяционно-статистического анализа весьма затруднительно, как ввиду незначительной доли аборигенного населения в общей популяции, так и привносимых пришлым населением паттернов потребления спиртных напитков. Нельзя не принимать во внимание и особенности метаболизма этанола у представителей разных этносов. Традиционные критерии диагностики не всегда адекватно отражают аддиктивное поведение, корни которого лежат в этногенезе и культурогенезе. Вместе с тем имеют значение границы «нормы» психического реагирования, нормативного поведения в изучаемой культуре, из чего следуют мероприятия наркологической помощи.

Ксенофобия и психическое здоровье мигрантов. У местного населения непохожесть мигрантов вызывает непонимание и раздражение, приводя к возникновению взаимной нетерпимости и конфликтам. Всплеск миграционных процессов в последние десятилетия в России способствовал тому, что в обществе распространилось новое негативное социальное явление, особая разновидность ксенофобии – мигрантофобия. Неприятие со стороны принимающего населения приводит к возникновению у беженцев и вынужденных переселенцев изоляционистских установок и ориентации «на своих» [14]. Несомненно, такая позиция, в которой оказываются мигранты, не способствует успешности их социокультурной адаптации, которая предполагает соединение различных ценностных систем, чтобы, освоив и приняв новые культурные нормы и ценности, сохранить собственное лицо и самобытность. Такая форма адаптации обычно обозначается как интеграция, и тут важно увидеть главное – сходство и тождественность различных культурных систем, позитивные аспекты своей и другой культуры.

В мировой литературе встречается незначительное число работ, которые обращают внимание на связь между ксенофобией титульного этноса и психическим здоровьем мигрантов. Нам кажется, что это один из основных факторов, которые будут способствовать либо препятствовать здоровой адаптации в виде интеграции, что в свою очередь является одним из показателей психического здоровья мигрантов. В частности есть исследование, в котором обнаружена корреляционная связь между психическим здоровьем, с одной стороны, и чрезмерной родительской опекой и антисемитизмом, с другой. Более высокая распространенность депрессии и страха и психосоматических симптомов наблюдалось у еврейских мигрантов в Германии по сравнению с нееврейскими жителями Германии. Антисемитский опыт положительно коррелирует с хроническим болевым расстройством, синдромом хронической усталости и психокардиальными симптомами [46].

Психолого-психиатрическая помощь мигрантам. В настоящее время предложено достаточное количество комплексных программ помощи мигрантам, которые обеспечивают сочетание разных видов и уровней помощи в преодолении жизненного кризиса: социальной, психологической и педагогической. В одних программах акцент делается на социальный аспект, другие авторы считают, что первостепенна психологическая помощь.

Исследования, проведенные в разных этнических группах городского населения Тувы, показали, что характер поиска психически больными психиатрической помощи коррелирует с этнической принадлежностью. При изучении клинко-демографической структуры группы непсихотических расстройств по данным диспансерного учета установлено, что при низком общем уровне выявляемости лиц с пограничными расстройствами в Кызыле больные тувинской национальности обращались в единичных случаях. При соотношении в населении Кызыла русских и тувинцев 3:1 удельный вес больных невротизмом тувинцев составил 10 % от всех состоящих на учете. Автор делает вывод, что при изучении динамики психических заболеваний и взаимосвязи ее с различными социально-экономическими факторами необходимо учитывать этнокультуральные особенности изучаемой популяции [2]. В то же время установлено, что этнические различия при миграции тувинцев и русских не проявляются в процессе формирования контингентов психически больных – как у русских, так и тувинцев [3].

В Нидерландах достаточно хорошо организована психиатрическая помощь мигрантам. Однако остро встал вопрос о преждевременном прекращении лечения этими пациентами. Причиной этого являются проблемы в общении

с врачами и несовпадение ожиданий в отношении лечения. В Нидерландах, как и во многих других странах, разработаны курсы для подготовки культурно компетентных терапевтов [47]. Другие авторы отмечают важность культурно-специфического аспекта психиатрической помощи, обращая внимание на гендерные различия, индивидуализм, социальность, стигмы, религию [16, 31]. О культурной специфичности понятия здоровья и болезни, о важности культурных ценностей и других культурно-специфических факторах, которые могут повлиять на исход психотерапии у пациентов-мигрантов, говорят исследователи из Турции [42, 44]. Интересно исследование, выясняющее отношения к психотерапии русского и немецкого населения Германии. Мигранты из России показали более негативное отношение к психотерапии, чем немцы. Указывается также на значимость культурно-специфических факторов в психотерапии и низкую информированность русских мигрантов в этой области [33].

Заключение. Рост интереса к факторам, влияющим на психическое здоровье мигрантов, связано с резким ростом миграционного процесса в современном мире. Люди, меняющие свое место жительства, добровольно или вынужденно, сталкиваются с различными факторами, которые чаще неблагоприятно влияют на их психический статус. Негативные факторы процесса миграции находят свое специфическое отражение в содержании психолого-психиатрического реагирования не только в течение самой миграции, но и в постмиграционном периоде. Психическое здоровье мигрантов, несомненно, зависит от уровня развития психолого-психиатрической помощи принимающей страны и от уровня толерантности населения. К сожалению, эти два аспекта имеют сложности в уровне развития в мировом масштабе.

Л и т е р а т у р а

1. Артамонов А. А. Миграционное поведение в клинике психических заболеваний // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, вып. 4. – С. 137–149.
2. Артемьев И. А. Дискретно-этническая характеристика распространенности нервно-психической патологии среди населения Тувы // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / под ред. В. Я. Семке. – Томск : МГП «РАСКО», 2001. – Вып. 10. – С. 14–15.
3. Артемьев И. А. Этнические особенности формирования субпопуляций больных с психическими расстройствами // Современные проблемы этнокультурной психиатрии и аддиктологии : сб. тез. докл. Всерос. научно-практ. конф. (Томск, 21–22 июня 2012 г.) / под ред. В. Я. Семке, Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. – 134 с.
4. Артемьев И. А. Алкоголизм в полиэтнических субпопуляциях циркумполярной зоны северо-восточных регионов России // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 32–35.
5. Багери М. Социокультурная динамика психического здоровья личности в ситуации преднамеренной или вынужденной миграции : автореф. дис. ... к.п.н. – М., 2005. – 21 с.
6. Бронский В. И., Толканец С. В. Психосоматический статус переселенцев из зоны последнего отселения в динамике // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 28–33.
7. Васильева Н. А. Транскультуральные особенности распространности непсихотических расстройств в Туве // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / под ред. В. Я. Семке. – Томск : МГП «РАСКО», 2001. – Вып. 10. – С. 22–23.
8. Вынужденные переселенцы в России // Статист. бюллетень (ФМС России). – 1995. – № 6. – С. 97–98.
9. Гурович И. Я., Артамонов А. А., Рубашев М. С. Миграция психически больных, обусловленная болезненными мотивами // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1987. – Т. 87, вып. 12. – С. 1813–1819.
10. Зарубашвили Д., Джишкартани М., Грузешвили Ц. Вопросы психической реабилитации детей и подростков беженцев из Абхазии и Южной Осетии // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1995. – № 3–4. – С. 61–65.
11. Рахмазова Л. Д. Инвалидизация больных шизофренией в Сибири и на Дальнем Востоке // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / под ред. В. Я. Семке. – Томск : МГП «РАСКО», 2001. – Вып. 10. – С. 140.
12. Соколова Е. Д., Барлас Т. В. Психическое здоровье населения и миграционные процессы // Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 1989. – Т. 89, вып. 10. – С. 77–81.
13. Солдатова Г. У., Шайгерова Л. А. Психологическая адаптация вынужденных мигрантов // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23, № 4. – С. 66–81.
14. Стефаненко Т. Г. Этнопсихология : учебник для вузов. – 4-е изд., испр. и доп. – М. : Аспект-Пресс, 2006. – С. 305–322.
15. Судаков К. В. О природе «застойного» стресса как основы сердечно-сосудистых нарушений // Кардиология. – 1983. – Т. 3, № 4. – С. 10–16.
16. Ade J., Rohrer J. E., Merchant M. Immigration, drinking, and frequent mental distress: an internet survey // J. Prim. Care Commun. Health. – 2010. – Oct. 1. – V. 1 (3). – P. 164–167.
17. Agorastos A., Agorastos C., Haasen C. G. Huber Anxiety disorders through a transcultural perspective: implications for migrants // Psychopathology. – 2012. – V. 45 (2). – P. 67–77.
18. Aichberger M. C., Schouler-Ocak M., Mundt A., Busch M. A., Nickels E., Heimann H. M., Ströhle A., Reischies F. M., Heinz A., Rapp M. A. Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) // Eur. Psychol. – 2010. – Dec. – V. 25 (8). – P. 468–475.
19. Banal R., Thappa J., Shah H. U., Hussain A., Chowhan A., Kaur H., Bharti M., Thappa S. Psychiatric morbidity in adult Kashmiri migrants living in a migrant camp at Jammu // Indian J. Psychiatry. – 2010. – Apr. – V. 52 (2). – P. 154–158.
20. Berry J. W. Acculturation // Boulder / editor A. M. Padilla. – Westview, 1980. – V. 109. – P. 9–26.
21. Berry J. W. Acculturation and identity // Textbook of cultural psychiatry / editors D. Bhugra, K. S. Bhui. – Cambridge : Cambridge University Press, 2007. – P. 169–178.
22. Bhugra D. Migration and mental health // Acta Psychiatr. Scand. – 2004. – V. 109. – P. 243–258.
23. Bhugra D., Cochrane R. Acculturation, cultural identity and mental health // Psychiatry in multicultural Britain. – London : Gaskell, 2011. – P. 112–136.
24. Bhugra D., Wojcik W., Gupta S. Cultural bereavement, culture shock and culture conflict: adjustments and reactions // Migration and mental health. – Cambridge : Cambridge University Press, 2004. – P. 46–53.
25. Bhugra D., Becker M. Migration, cultural bereavement and cultural identity // World Psychiatry. – 2005. – V. 4. – P. 18–24.

26. *Bhugra D.* Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2005. – V. 111. – P. 84–93.
27. *Binder J., Simoes M.* Social psychiatry of migrant workers // *Fortschr. Neurol. Psychiatr. Grenzgeb.* – 1978. – Jun. – V. 46 (6). – P. 342–359.
28. *Boydell J., van Os J., McKenzie K.* Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment // *B. M. J.* – 2001. – V. 323. – P. 1336–1336.
29. *Cannon W. B.* Wut, Hunger, Angst und Schmerz. Urban und Schwarzenberg. – München; Berlin; Wien, 1975.
30. *Carballo M., Grocutt M., Hadzihasanovic A.* Women and migration: a public health issue // *World Health Stat Q.* – 1996. – V. 49 (2). – P. 158–164.
31. *Caroppo E., Muscelli C., Brogna P., Paci M., Camerino C., Bria P.* Relating with migrants: ethnopsychiatry and psychotherapy // *Ann. Ist. Super Sanita.* – 2009. – V. 45 (3). – P. 331–340.
32. *Castañeda H.* Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic // *Soc. Sci. Med.* – 2009. – Apr. – V. 68 (8). – P. 1552–1560.
33. *Ditte D., Schulz W., Schmid-Ott G.* Attitude towards psychotherapy in the Russian population and in the population with a Russian // Soviet cultural background in Germany. A pilot study *Nervenarzt.* – 2006. – Jan. – V. 77 (1). – P. 64–72.
34. *Eisenbruch M.* The cultural bereavement interview: a new clinical and research approach with refugees // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 1990. – V. 13. – P. 673–735.
35. *Eisenbruch M.* From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of Southeast Asian refugees // *Soc. Sci. Med.* – 1991. – V. 33. – P. 673–680.
36. *Gaber T. J., Bouyrakhen S., Herpertz-Dahlmann B., Hagenah U., Holtmann M., Freitag C. M., Wöckel L., Poustka F., Zepf F. D.* Migration background and juvenile mental health: a descriptive retrospective analysis of diagnostic rates of psychiatric disorders in young people // *Glob. Health Action.* – 2013. – Jun. – V. 19. – P. 186–187.
37. *Hannah C. T., Lê Q.* Factors affecting access to health care services by intermarried Filipino women in rural Tasmania: a qualitative study // *Rural Remote Health.* – 2012. – Oct. – V. 12 (4). – P. 2118.
38. *Krupinski J., Pilowsky I.* Cultures in collision // *B. M. J. Adelaide: National Association for Mental Health.* – 1975. – P. 49–58.
39. *Linton R.* The cultural background of personality. – New York : Appleton Century Croft, 1945. – P. 87.
40. *Redfield R., Linton R., Heskovits M.* Memorandum on the study of acculturation // *Am. Anthropol.* – 1936. – V. 38. – P. 148–152.
41. *Rasmussen A., Crager M., Baser R. E., Chu T., Gany F.* Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States // *Trauma Stress.* – 2012. – Dec. – V. 25 (6). – P. 705–712.
42. *Schouler-Ocak M., Rapp M. A., Reiske S. L., Heinz A.* Psychotherapy with traumatised migrants from Turkey: taking into account cultural factors // *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* – 2008 Mar.–Apr. – V. 58 (3–4). – P. 169–175.
43. *Sundquist J., Bayard-Burfield L., Johansson L. M., Johansson S. E.* Impact of ethnicity, violence and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2000. – Jun. – V. 188 (6). – P. 357–365.
44. *Tagay S., Zararsiz R., Erim Y., Düllmann S., Schlegl S., Brähler E., Senf W.* Traumatic events and posttraumatic stress disorder in Turkish-speaking patients in primary care // *Med. Psychol.* – 2008. – Mar.–Apr. – V. 58 (3–4). – P. 155–161.
45. *Thompson M., Gorry P. Mc.* Psychological sequelae of torture and trauma in Chilean and Salvadorean migrants: a pilot study // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* – 1995. – Mar. – V. 29 (1). – P. 84–95.
46. *Ullmann E., Barthel A., Licinio J., Petrowski K., Bornstein S. R., Strauß B.* Increased rate of depression and psychosomatic symptoms in Jewish migrants from the post-Soviet Union to Germany in the 3rd generation after the Shoa // *Transl. Psychiatry.* – 2013. – Mar. – V. 12. – P. 241.
47. *van Loon A., van Schaik D. J., Dekker J. J., Beekman A. T.* Effectiveness of an intercultural module added to the treatment guidelines for Moroccan and Turkish patients with depressive and anxiety disorders // *B. M. C. Psychiatry.* – 2011. – Jan. – V. 19. – P. 11.

Транслитерация русских источников

1. *Artamonov A. A.* [Migration behaviour in clinics of mental diseases]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry]. 1990; 90, 4: 137–149. (In Russ.).
2. *Artemyev I. A.* [Discrete-ethnic characteristics of prevalence of neuropsychiatric pathology among population of Tuva]. In: [Relevant issues of psychiatry and addiction psychiatry]. Semke V. Ya., ed. MGP "RASKO", Tomsk, 2001; 10: 14–15. (In Russ.).
3. *Artemyev I. A.* [Ethnic features of formation of subpopulations of patients with mental disorders]. In: [Modern problems of ethnocultural psychiatry and addictology]. *Sb. tez. dokl. Vseros. nauchno-prakt. konf. (Tomsk, 21–22 iyunja 2012 g.)* [Book of abstracts of Russian scientific-practical conference (Tomsk, June 21-22, 2012)]. Semke V. Ya., Bokhan N. A., eds. Publishing House "Ivan Fedorov", Tomsk, 2012. 134 p. (In Russ.).
4. *Artemyev I. A.* [Alcoholism in poly-ethnic subpopulations of circumpolar zone of North-East regions of Russia]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3: 32–35. (In Russ.).
5. *Bageri M.* [Sociocultural dynamics of mental health of the personality in a situation of the deliberate or compelled migration]. *Avtoref. dis. ... k.p.n.* [Abstract of PhD thesis in Psychology]. Moscow, 2005. 21 p. (In Russ.).
6. *Bronsky V. I., Tolkanets S. V.* [Psychosomatic status of migrants from zone of recent resettlement in dynamics]. *Social'naja i klinicheskaja psikiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 1997; 4: 28–33. (In Russ.).
7. *Vasilieva N. A.* [Transcultural features of prevalence of non-psychotic disorders in Tuva]. In: [Relevant issues of psychiatry and addiction psychiatry]. Semke V. Ya., ed. MGP "RASKO", Tomsk, 2001; 10: 22–23. (In Russ.).
8. [Compelled migrants in Russia]. In: [Statistical bulletin (FMS of Russia)]. 1995; 6: 97–98. (In Russ.).
9. *Gurovich I. Ya., Artamonov A. A., Rubashev M. S.* [Migration of mentally patients conditioned by ill motives]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry]. 1987; 87, 12: 1813–1819. (In Russ.).
10. *Zarubashvili D., Dzhishkariani M., Gruzeshvili C.* [Problems of mental rehabilitation of children and adolescents-refugees from Abkhazia and South Ossetia]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva* [V. M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 1995; 3–4: 61–65. (In Russ.).
11. *Rakhmazova L. D.* [Invalidization of schizophrenic patients in Siberia and Far East]. In: [Relevant issues of psychiatry and addiction psychiatry]. Semke V. Ya., ed. MGP "RASKO", Tomsk, 2001; 10: 140. (In Russ.).
12. *Sokolova E. D., Barlas T. V.* [Mental health of population and migration processes]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova* [S. S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry]. 1989; 89, 10: 77–81. (In Russ.).
13. *Soldatova G. U., Shaigerova L. A.* [Psychological adaptation of the compelled migrants]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 2002; 23, 4: 66–81. (In Russ.).
14. *Stefanenko T. G.* [Ethnopsychology: textbook for high schools]. 4th edition, corrected and updated. Aspekt-Press, Moscow, 2006; 305–322. (In Russ.).
15. *Sudakov K. V.* [About the nature of a "stagnant" stress as bases of cardiovascular disorders]. *Kardiologija* [Cardiology]. 1983; 3, 4: 10–16. (In Russ.).

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.340.63:616.892

ББК Р648+Р645.093.33-18

МИФОЛОГЕМЫ «ГРЕХОВНОСТИ» И «ПОРУГАННОЙ ЧЕСТИ СЕМЬИ» КАК ФАКТОР ПСИХОГЕННОЙ ПРОВОКАЦИИ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У СУПРУГОВ В АСПЕКТЕ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ АГРЕССИВНОГО ДЕЛИКТА

Макушкин Е. В.^{*}, Клембовская Е. В.,
Лунина П. С., Забежинская И. Д.

ФГБУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского Минздрава России
119992, Москва, Кропоткинский пер., 23

Рассмотрено влияние социальных и этнокультуральных особенностей на формирование психических расстройств, обусловленных психотравмой, связанной с супружеской изменой, греховностью, поруганной честью семьи, осуждением микросоциального окружения, а также необходимость изучения индивидуальных личностных и этнокультуральных факторов при принятии экспертного решения. Анализируются основные подходы при комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы таких случаев. Обсуждаются возможности одновременного применения категорий «ограниченной вменяемости» и «аффекта». **Ключевые слова:** судебный, расстройство адаптации, ревность, бред, этнокультуральный, социальный, измена, идеи греховности, психогенный, аффект, ограниченная вменяемость

MYTHOLOGEMS OF "SINFULNESS" AND "DESECRATED HONOR OF THE FAMILY" AS A FACTOR OF PSYCHOGENIC PROVOCATION OF ADJUSTMENT DISORDER IN SPOUSES. Makushkin E. V., Klembovskaya E. V., Lunina P. S., Zabezhinskaya I. D. State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry named of V. P. Serbsky of Ministry of Healthcare of Russia. Kropotkinsky Lane 23, 119992, Moscow, Russian Federation. The article is devoted to important aspects of the influence of social and ethnocultural characteristics on mental disorders which were the result of psychotrauma related to adultery, insulted honor of the family and disrespect of microsocial environment. The necessity to study individual personality features and ethnocultural factors of the patients in expert decision making was demonstrated in forensic case. We analyze main approaches to complex psychological-psychiatric forensic examination and possibility of simultaneous application of the categories of «diminished responsibility» and «emotional crime». **Keywords:** forensic, adjustment disorder, jealousy, delusion, ethnocultural, social, adultery, sinfulness, psychogenic, emotional crime, diminished responsibility.

^{*} Макушкин Евгений Вадимович, д.м.н., проф., зам. Председателя правления Российского общества психиатров, зам. ген. директора по научной работе.

Клембовская Елена Витальевна, к.м.н., с.н.с.

Лунина Полина Сергеевна, клинический ординатор.

Забежинская Ирина Дмитриевна, медицинский психолог.

Вопрос о влиянии социальных и этнокультуральных особенностей на формирование психических расстройств и поведение лиц, переживающих психотравмирующую ситуацию, широко обсуждается в современной литературе (Семке В. Я., 1995; Дмитриева Т. Б. и др., 1998; Положий Б. С., 1998; Александровский Ю. А., 1998; Юрьева Л. Н., 2002).

Под термином «культура» R. A. D'Andrade (1984) понимает усвоенную систему знаний и представлений, обеспечивающую людей отличным смыслом реальности, лежащим в основе их эмоциональных реакций и поведения. По определению ВОЗ, культура – это совокупность всех убеждений, форм поведения и ценностей, передаваемых между членами той или иной группы путем научения. Культура характеризуется поведенческими отношениями и ответственна не только за содержание поведения, но и за его структуру, так как природа конфликтов, стрессовых ситуаций и механизмов психологической защиты культурально детерминирована (Devereux G., 1956). А. Г. Асмолов (1990) выделил социотипическое поведение личности, которое выражает «типовые программы данной культуры» и регулирует поведение в стандартных для данной общности ситуациях. Среди регуляторов социального поведения большую роль играют нравственные нормы, то есть системы представлений о правильном и неправильном поведении, санкционирующие выполнение одних действий и лимитирующие выполнение других. В разных культурах психологические механизмы, используемые для социального контроля поведения, различны.

В традиционном обществе с сексуальной сферой в первую очередь связаны представления о репутации женщин. Нарушение приватности интимной жизни и связанные с этим переживания «греховности», поруганной чести и достоинства в большинстве культур является сильным психотравмирующим фактором вследствие разрушения его личного бытия и нарушения границ личного пространства супругов, способной спровоцировать возникновение психических расстройств, а также агрессивного поведения. При этом в некоторых ситуациях морально-нравственные ориентиры общества влияют на представления о чести и достоинстве обоих супругов и их детей. Таким образом, сексуальное поведение женщин и их репутация оказывает влияние на репутацию их ближайших родственников; считается, что корни восприятия женщины как «распутницы», «грешницы», изменой унижающей собственного мужа, находятся в греческом полисном праве. Супруг женщины, уличенной в измене, даже если эта измена стала результатом насилия, считался окружающими виновным в том, что допустил подобное преступление.

По мнению С. Gauvard (2001), сексуальное поведение играло первостепенную роль в формировании репутации женщины в обществе, сексуальная чистота была основой ее чести и достоинства. Предметом обсуждения ее репутация становилась, когда она бывала серьезно подорвана, прежде всего в результате сексуального насилия. В этом случае женщина превращалась в глазах окружающих в публичную женщину, олицетворение греха. Вместе с тем должен был страдать и муж, честь семьи которого оказывалась под вопросом. В исторически-правовом аспекте это касалось его будущего потомства, чье законное происхождение было бы трудно доказать: адюльтер матери лишал ее сыновей права на наследство и сказывался на их репутации.

Формы и социальное значение насилия в обществе народов Северного Кавказа были самыми разными. В ответ на оскорбление женщины, захват земли, ранение или убийства горцы отвечали убийством обидчика. Кровная месть могла продолжаться в течение поколений либо до полного физического истребления клана виновного.

Как клинический пример приводим материалы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы.

Б., 46 лет, обвиняемый в покушении на убийство И., родился в одной из республик Северного Кавказа. По словам матери, был спокойным ребенком, учился хорошо, в школе его хвалили. После окончания школы был призван в армию, к службе адаптировался легко, замечаний не имел. В 20 лет женился, от брака имеет двух детей. Отношения в семье складывались хорошо. Работал чабаном. В 2003 г. с семьей переехал в Забайкальский край, где проживал по настоящее время. Вместе с женой занимался частным предпринимательством, имели несколько палаток на рынке. Родственниками и знакомыми характеризуется как спокойный, уравновешенный, сдержанный, стеснительный, аккуратный, вежливый, молчаливый, заботливый семьянин. Все проблемы держал в себе, старался не обременять ими других. Всегда находил общий язык с окружающими, занимался благотворительностью, оказывал посильную материальную помощь нуждающимся и детям-сиротам.

По словам жены, работавшие на рынке земляки к ее мужу относились не очень хорошо, так как были выходцами из разных регионов республики. Они всячески пытались задеть его самолюбие, агитировали ее клиентов зайти в свои магазины и приобрести товар у них, но ее клиенты все равно покупали вещи только у нее. Такая ситуация порождала зависть среди продавцов на рынке, которые исподтишка делали много неприятных вещей, вынуждая их покинуть торговые места на рынке. Особенно это стало явно проявляться около 4 лет назад, когда их дела с мужем улучшились. Знакомые женщины с рынка сообщили о «слухах» вокруг ее имени. Они появились в январе 2014 г., когда она привезла товар из Турции и Китая, после этого все стали «шушукаться» и смеяться, что в поездке она «гуляла». Якобы ей давали под реализацию товар, потому что она женщина «легкого» поведения. Инициатором слухов являлся И.

В начале февраля стало плохо со здоровьем, так как «много нервничала», подозревая, что «земляки на рынке стали странно к ней относиться»: когда видели ее, не здоровались, отворачивались, едва заметив. Ситуация всеобщего неодобрения на нее очень давила, «казалось», что в отношении нее «был заговор». Мужу о своих подозрениях не рассказывала, хотела сама разобраться с И., сплетни до него дошли через мужчин с рынка. И. ее опозорил, оболгал, оклеветал. Окончательно «заболела от слухов», дома «разбила все чашки». Глядя на нее, муж стал замкнутым, постоянно молчал, глубоко переживал в себе.

В феврале 2014 г. госпитализирована в психиатрический стационар. Согласно выписному эпикризу из медицинской карты амбулаторного больного, предъявляла жалобы на сниженное настроение, общее недомогание, постоянное волнение, беспокойство за родных, близких, нежелание ничего делать, медлительность, заторможенность, сухость во рту, плаксивость, сниженную память на текущие события, проблемы со сном. Психический статус: выглядела печальной, плакала, речь и движения замедленные. При этом настроена доброжелательно, просила о помощи. Настроение сниженное, с тоскливым радикалом. Считала себя больной с января 2014 г., с этого же периода отмечала проблемы в семье, но не рассказывала о них. Стала замечать, что «тяжело на душе», чувствовала постоянную усталость, слабость, «прошли все тревоги, заботы, стала безразличной ко всему, могла пролежать весь день, перестала выполнять домашнюю работу». До болезни по характеру считала себя «шустрой, активной, жизнерадостной». Установлен диагноз: «Расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция» (по МКБ-10 F43.20).

Б. обвиняется в том, что в феврале 2014 г., находясь в помещении торгового павильона на рынке, нанес не менее 7 ударов ножом И. и 1 один удар себе в область колена. И. сообщил, что зашел в павильон Б., обратился с приветственными словами «Ассаламу алейкум», тот взял нож в руку и стал наносить ему удары. Никаких оскорблений в адрес Б. он не высказывал, просто поздоровался с ним. Никогда не распространял «слухи» о его супруге, разговаривал с ним вежливо. Они никогда не ссорились, Б. не рассказывал ему «историю про то, как кавказские женщины ездили в Турцию и за интимные услуги приобретали аудио- и видеотехнику».

Сотрудник полиции сообщил, что в дежурную часть обратился Б., поведение которого было странным, он твердил: «я его зарезал». Обратившийся был взволнован, неоднократно повторял, чтобы вызвали следователя. Когда он спросил еще раз у Б., что случилось, то он ответил: «Я зарезал своего соотечественника». Так же говорил: «Я его хотел убить, как свинью».

Б. сообщил, что в день правонарушения в торговый павильон к нему зашел знакомый И., который сказал: «Салам говнюкам». Оскорбительные слова вызвали злость, чтобы наказать обидчика, взял со стола самодельный нож и нанес ему удары, куда точно сказать не мог. Молча, ничего не говоря, продолжал наносить удары ножом в течение 1,5—2 минут. Какое у него было состояние в тот момент, описать не мог. Ранее с И. состоял в приятельских отношениях, как «все земляки», хотя дружеских отношений с ним никогда не поддерживал, но и не конфликтовал.

В декабре 2013 г. И. рассказал землякам историю, услышанную от знакомых. Как-то в 90-х годах кавказские женщины ездили в Турцию для покупки бытовой техники, тогда турки предложили им аудио- и видеоаппаратуру за интимные отношения, на что женщины согласились. Примерно с января 2014 г. И., проходя мимо него на рынке, каждый раз здоровался с издевкой и спрашивал на их родном языке: «Ну что, у тебя растут рога?». Распускал слухи, что теперь его жена ездит в Китай и то же ему изменяет. Последние две недели до происшествия с И. он плохо спал, почти не ел, последние несколько дней вообще не спал, так как не мог заснуть из-за переживаний по поводу оскорблений. Когда И. зашел к нему в павильон и в очередной раз обратился с оскорбительными словами, в ответ его всего затрясло, потемнело в глазах. Помнил, как взял нож, напал на обидчика и начал наносить удары. Остальное пояснить не мог, ничего не помнил.

В феврале 2014 г. Б. была проведена амбулаторная судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. Сделано заключение: при анализе материалов уголовного дела с сопоставлением результатов освидетельствования у подэкспертного с января 2014 г. прослеживалась параноидная симптоматика (бредовые идеи отношения с охваченностью переживаниями, соответствующими аффективными расстройствами, нарушениями сна), что обусловило совершение вышеуказанного преступления. Поскольку психические расстройства выявлены впервые, для уточнения диагноза и последующего решения экспертных вопросов Б. нуждался в проведении стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

В июне 2014 г. Б. была проведена стационарная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Комиссия пришла к заключению, что высказываемые Б. идеи отношения следует расценивать как защитно-установочные неболезненного характера, они не укладывались в картину какого-либо психического расстройства, не находили объективного тому утверждения, являясь результатом переработки индивидуально значимой и трудно разрешимой для него ситуации, ранее проявляясь на фоне отдельной невротической симптоматики, в виде нерезко выраженных тревоги, естественно обусловленного некоторого понижения настроения, нарушения сна, аппетита.

Согласно заключению психолога, индивидуально-психологические особенности подэкспертного при взаимодействии с психотравмирующей ситуацией взаимоотношений с арендаторами рынка на фоне определяющих у него в то время невротических проявлений (бессонница, понижение аппетита с похудением, тревога, беспокойство, мысли о мести, постоянное возвращение к размышлениям о волнующей его ситуации) оказали существенное влияние на его поведение в исследуемой ситуации, привели к нарушению звена принятия решения с ограничением адекватного прогноза и контроля своих действий, обусловив рост эмоционального возбуждения и импульсивность в действиях на момент инкриминируемого деяния без учета их последствий и значимости.

Адвокатом в процессе судебного следствия по делу заявлено ходатайство о назначении в отношении Б. повторной судебной комплексной стационарной психолого-психиатрической экспертизы. Указывалось, что психиатром не произведена оценка имеющихся у подзащитного «неврозоподобных расстройств», не исследована их связь с наличием психотравмирую-

щих ситуаций. «Психические нарушения по типу невротической реакции были оценены психологом, а не психиатром». Выводы экспертной комиссии основаны на реальности психотравмирующей ситуации, которая спровоцировала идеи отношения неболезненного характера, однако возникшему в связи с ситуацией невротическому расстройству не давалась квалификационная оценка.

При повторном комплексном обследовании в ФМИЦПН им. В. П. Сербского подэкспертный контакту был доступен. Ориентирован всесторонне верно. Цель экспертизы понимал правильно. Настроение снижено, смотрел в сторону от собеседника. Поза ближе к согбенной. На вопросы отвечал односложно, после паузы, в плане заданного. Активно жалоб не предъявлял, считал себя психически здоровым.

Однако при целенаправленном расспросе отмечал у себя головные боли, пониженное настроение, что связывал со сложившейся ситуацией. Говорил, что постоянно думает о случившемся, не может отвлечься. По характеру считает себя спокойным, уравновешенным, неконфликтным. Взаимоотношения с женой характеризовал как нормальные, спокойные, серьезных конфликтов между ними не возникало, разве что «по мелочам». Рассказывал, что в 2003 г. переехал вместе с семьей в Забайкальский край, где вместе с женой занимался частным предпринимательством. Жена имела свой «магазинчик» на рынке, торговала одеждой, которую привозила из Китая. Сообщал, что коллеги земляки с рынка «плохо к нему относились», «завидовали», так как у него хорошо шли дела, и он себе якобы ни в чем не отказывал. Конкуренты переманивали клиентов жены, недолюбливали ее за то, что она возит хороший товар. Считалось, что торговля у нее идет лучше, чем у других.

Вспоминал, что в декабре 2013 г. рассказал землякам с рынка историю, которую услышал от своих знакомых, о том, что в 90-х годах кавказские женщины ездили в Турцию для покупки бытовой техники. Турки предложили им аудио- и видеоаппаратуру за интимные отношения, на что женщины якобы согласились. Сообщил, что в январе 2014 г. жена в очередной раз ездила на «пару дней» в Маньчжурию, в Китай за товаром. Вскоре после ее возвращения они с супругой стали замечать, что «земляки» при виде их «шептались» между собой, «смеялись». Не раз слышал, как И. заходил в соседний бутик и обсуждал их семью, их с женой, смеялся над ними, проходя мимо на рынке, каждый раз здоровался с издевкой, спрашивал на их родном языке: «Ну что, у тебя растут рога?». Почему-то обещал сделать ему недоброе, «устроить подлянку».

Жена подэкспертного в тот период стала подавленной, раздражительной, перебила посуду, вела себя «неадекватно». В конце января рассказала ему о том, что в поездке ее опоили китайцы и изнасиловали, «засняв всё на видео». Узнав это, он «чуть с ума не сошел», понял, что насмехаются над его семьей, стал беспокойным, постоянно обдумал о случившемся. Так как встречался с И. практически ежедневно, то постоянно вспоминал его слова, из-за чего накачивала даже «не злость, а бешенство». Неохотно признает, что представлял себе картины мести – «хотелось его бензопилой располосовать». Состояние жены ухудшалось, она была подавленной, плакала, опасалась за жизнь дочери. Видя болезненное состояние жены, отвез ее в психиатрическую больницу.

В это время все мысли его были заняты переживаниями о семье, чувствовал себя «оплеванным», постоянно думал о произошедшем, задумывался о переезде, не видел перспектив в жизни. После того, как положил жену в больницу, перестал спать, чувствовал себя одиноким, униженным, переживал о жене. Похудел, несколько дней практически ничего не ел, «кусоч в горло не лез», не спал. Рассказывает, что в день правонарушения И. зашел к нему в бутик, протянул руку, чтобы поздороваться. Лишь только увидел вошедшего, как сразу вспомнились обещания И. устроить ему «подлянку». Предположил, что он мог быть причастен к тому, что его жену изнасиловали. В этот момент в глазах «потемнело», «всего затрясло», ощущал злость, ненависть, тогда взял со стола нож и начал наносить удары И. Сколько ударов нанес, не помнит. Помнит только, как сидел на обидчике сверху, держал в руке окровавленный нож, сам при этом ничего не чувствовал. Когда увидел И., лежащего в крови, возникла мысль что «это все сделал не он». Рассказывал, что после случившегося появилась сильная усталость, очень захотелось спать, закрыл магазин, думал пойти домой, но пошел в полицию, чтобы рассказать о содеянном. Мышление последовательное, целенаправленное. Эмоциональные реакции в целом адекватны. Настроение ситуационно снижено. Память на прошлые и текущие события не нарушена. Продуктивной психопатологической симптоматики нет. Критика к своему состоянию и сложившейся судебной следственной ситуации сохранена.

При экспериментально-психологическом исследовании использовались методы психологического анализа материалов уголовного дела, наблюдения, в том числе включенного, клинико-психологической беседы и патопсихологического эксперимента, применялись методики 10 слов, Пиктограммы, Исключение предметов, Сравнение понятий, Толкование пословиц, Субтест Векслера, Тест Кетелла, MMPI.

Подэкспертный в беседу вступает, держится спокойно, уверенно; фон настроения с тенденцией к снижению, эмоциональные реакции опосредованные. Речь грамматически правильная, относительно высокого семантического уровня. На вопросы обследуемый отвечает в плане заданного, сведения о себе сообщает последовательно, содержательно. Суждения отличаются сдержанностью и взвешенностью оценок, отсутствием экстрапунитивных тенденций. Себя характеризует как сдержанного, ориентированного на бесконфликтные способы коммуникации – «уживается со всеми», при возникновении ссор умеет урезонить зачинщиков. Сообщает, что «увлекается электроникой» – охотно чинит разные приборы для себя и знакомых, с удовольствием читает книги, из любимых авторов называет Ремарка, Астафьева, Ильфа и Петрова. Тепло отзываясь о своей семье, брак свой называет «очень удачным», гордится успехами сына в учебе, с печалью говорит о том, что «теперь» он не сможет учиться в ФСБ, как собирался. Цель обследования понимает верно: «проверить был ли адекватен» в момент правонарушения. При расспросах об обстоятельствах содеянного в целом придерживается версии, изложенной им в показаниях.

Так, сообщает, что в середине января 2015 г. жена в очередной раз поехала на пару дней в Китай за товаром, по возвращении «как будто простыла», а после поездки к сыну на присягу «ей стало плохо», вела себя «неадекватно», а через пару недель рассказала

ему о том, что «ее напоили» и, воспользовавшись бессознательным состоянием, как ей сказали, «засняли на видео». Сообщает, что еще до рассказа жены ощущал изменение отношения к себе со стороны соседей по рынку. «Напряжения не чувствовал, но странности в поведении окружающих замечал», поясняя, что кто-то был подчеркнуто внимателен, кто-то как будто с сарказмом интересовался, как у него «сейчас дела», в целом, по его оценке, «никто не оставался равнодушным». Когда же жена рассказала, в чем дело, «чуть с ума не сошел, понял, что насмеются над нашей семьей, места себе не находил». Кроме того, отмечает, что состояние жены ухудшалось – «бредила, ко всему интерес потеряла, боялась дочку на улицу отпускать». Сообщает, что по рекомендации подруги жены повез ее в психиатрическую больницу – «пусть обследуют».

Отмечает, что с самого начала был уверен, что все произошедшее с женой было намеренно подстроено с целью вынудить их покинуть рынок. Отмечает, что соседи завидовали коммерческому успеху его жены, кроме того, напряжению в отношении способствовало то обстоятельство, что все они родом были из одного села, а семья обследуемого – из другого. При этом вспомнил, что за пару недель до последней поездки жены в Китай И. обещал обследуемому «подлянку устроить», а потому подэкспертный решил, что именно он все организовал. Описывая свое состояние, говорит, что все это время «был как зомби, не мог ничего соображать...», работал на автомате, не спал, не ел, как будто оплевали, мысли всякие – куда податься, как дальше жить, что с женой».

При направленных расспросах сообщает, что страха не ощущал, но охватила «опустошенность». Изменений в своем состоянии в тот период времени не отмечает, однако при расспросах признает, что после того, как положил в больницу жену, «стало даже хуже...», один остался к квартире, совсем не спал». По словам обследуемого, до момента правонарушения видел обидчика практически ежедневно; при этом каждый раз вспоминал слова И. об обещанной «подлянке», вслед за чем «накатывала не злость, а бешенство». С неохотой признает, что представлял себе картины мести обидчику – «хотелось его располосовать бензопилой», которую тот оставил в магазине обследуемого. При этом в предшествующие правонарушению пару дней, с того момента как его жена легла в больницу, подэкспертный И. не видел, тот, по его словам, «где-то прятался».

В день правонарушения, когда обследуемый занимался в магазине обычными делами, туда вошел И. со словами приветствия «Салам аллейкум». Дальнейшие свои действия подэкспертный объяснить затрудняется – «он протянул руку, я схватил его и начал наносить удары». При более детальных расспросах сообщает, что «когда увидел И., то вспомнил его слова – как тот устроит подлянку», помнит что «холодно стало...», мокрый был..., все тело дрожало». Не помнит, как наносил удары, полагает, что «продолжалось это около получаса», «когда действовал – ничего не ощущал, не чувствовал». Потом пришел в себя – «как проснулся..., уставший... видел только И..., видел, что он живой..., злости не было, сказал, чтоб забирали, пока не убил, но желания убить не было». Описать свои ощущения более подробно затрудняется – «никак не ощущал, домой хотелось». Помнит, что запер павильон и хотел пойти домой, но «очутился в мили-

ции»; как туда пришел и что говорил дежурному не помнит; боли от раны на ноге также не ощущал, хотя порез, по его словам, был глубокий, «крови натекло в сапожок» много. Свои показания о том, что напал на И., среагировав на его грубость непосредственно в ситуации деликта, обследуемый объясняет нежеланием рассказывать «о слухах», которые ходили о его жене.

Сообщает, что в период следствия его семья неоднократно пыталась принести извинения семье потерпевшего, предлагала помощь в организации его лечения, однако те отказывались, а потом стали требовать купить им квартиру «на Рублевке или дать им три миллиона», о чем подэкспертному стало известно со слов жены. Цель обследования понимает верно – «проверить был ли адекватен» в момент правонарушения. Полагает, что находился в каком-то особом состоянии, указывает на то, что подобное поведение ему не свойственно. На актуальное самочувствие жалоб не предъявляет, при расспросах отмечает некоторое снижение памяти и рассеянность, проявляющиеся в последнее время. При этом в целом свое нынешнее самочувствие и настроение считает «нормальными», отмечает, что сейчас он «веселый, в палате всех поддерживает».

Исследование принимает, инструкции усваивает и в работе удерживает. Успешно справляется с формально-логическими заданиями, при этом обнаруживает трудности выполнения методик, предполагающих включение образного мышления (например, пиктограммы). В целом уровень продуцируемых ответов достаточно высок. Отмечаются относительно невысокий темп выполнения заданий, некоторая размеренность и обстоятельность в анализе материала; при этом признаков повышенной утомляемости или истощения психических функций не обнаруживается.

Мнестические возможности в границах невысокой нормы, кривая заучивания при механическом запоминании составляет 6, 8, 7, 9 и отсрочено 6 слов.

При выполнении методики Пиктограммы выявлены трудности подбора рисуночных образов, обусловленные преимущественно снижением навыков символизации и опосредования. Обследуемый сделал рисунки лишь к нескольким семантически простым понятиям, а при усложнении стимулов стал формировать образы по типу «шарады». При этом пояснения к рисункам отражали поверхностность и формальность актуализируемых связей, стремление не раскрывать значимых переживаний и представлений при трудностях абстрагирования от собственного опыта.

Исследование мыслительных процессов выявило относительно высокий интеллектуальный уровень обследуемого. Так ему доступно проведение основных формально-логических операций с опорой на категориальные и функциональные признаки объектов, оперирование абстрактными понятиями и способность к пониманию условного смысла метафор и пословиц. Подэкспертный верно устанавливает причинно-следственные связи и отношения аналогии между событиями и явлениями.

Обследуемого отличают общительность и уважительное отношение к окружающим, ориентация на избегание конфронтационных способов взаимодействия и опосредованность поведенческих проявлений в целом. Для него характерны просоциальная личностная направленность, ориентация на традиционные морально-этические нормы и правила поведения

с характерными для мускулиного стандарта поведения сдержанностью в проявлении своих эмоций и повышенным чувством ответственности за благополучие своих близких. При этом выступают свойственные подэкспертному нюансированность восприятия и высокая чувствительность к средовым воздействиям при несколько повышенной внутренней тревожности и уязвимости, что в сочетании с недостаточной способностью к осмыслению и символизации своих эмоций, склонностью к изоляции аффекта обуславливает тенденцию к росту внутренней напряженности и соматизации переживаний в стрессогенных ситуациях.

Как видно из представленных ранее экспертных заключений, диагностический поиск в данном случае захватывал широкий спектр психических расстройств – от невротических, спровоцированных стрессом, до бредовых, не исключаящих шизофрению. Также высказано предположение о симулятивном поведении подэкспертного. Хотелось бы остановиться на наиболее важных дифференциально-диагностических позициях. С нашей точки зрения, это исключение эндогенных и бредовых расстройств: идей отношения, ревности, индуцированного бреда.

Анамнез подэкспертного продемонстрировал полное отсутствие у него в прошлом каких-либо психических расстройств. Возникновение у него тревоги, депрессии невротического уровня явилось результатом психологически сложной ситуации, затронувшей базисные представления о супружеской верности, его личном достоинстве, чести семьи, уважении окружающих. Отмечавшиеся в этот период сенситивные идеи отношения (земляки знают, что произошло, смеются над ним, их поведение и слова носят скрытый смысл) возникли на фоне особенностей его личности и в связи с тяжело переживаемой им ситуацией, к моменту обследования они полностью редуцировались. Все это позволяет расценивать их как небредовые. У подэкспертного отсутствуют симптомы первого ранга по K. Schneider, типичная для эндогенного процесса дефицитарная симптоматика, что в совокупности позволило исключить диагноз шизофрении.

Вопросы дифференциальной диагностики психических заболеваний с бредом ревности изучались многими отечественными авторами (Калинина Н. П., 1976; Терентьев Е. И., 1990). Отмечено, что эти расстройства часто сопровождаются социально опасными действиями. Подчеркивается, что исследования, касающиеся общественной опасности больных с бредом ревности, основаны преимущественно на материалах судебно-психиатрической экспертизы (Котов В. П., 1977; Гущина С. А., 1994).

По мнению Е. И. Терентьева (1990), нормальная ревность представляет собой сложную, субъективно значимую реакцию личности на тягелую ситуацию супружеской измены, затрагивающую наиболее важные для нее в морально-

этическом отношении ценностные категории. Феномен ревности оказывается тесно связан с проблемой личности и человеческим фактором. Ревность проявляется в ближайшем окружении, где реализуются наиболее значимые социально-психологические тенденции и присущие обществу культурные и этнические факторы.

Р. Е. Mullen (1991) считал, что патологическая ревность характеризуется четырьмя признаками: в основе патологической ревности лежит психическое расстройство; признаки основного расстройства наблюдаются одновременно с ревностью; при патологической ревности часто встречаются коморбидные расстройства, а «чистые» формы крайне редки; течение патологической ревности связано с течением основного расстройства; ревность не имеет реальных оснований. Идеи неверности могут быть патологическими, даже если партнер неверен, если это убеждение не основывается на логических доказательствах.

Однако анализ и динамика психического расстройства Б. показывает, что его состояние не соответствует ни одному из критериев патологической ревности: до случившегося у него не отмечалось и признаков какого-либо психического расстройства (чаще всего это зависимость от психоактивных веществ, параноидное расстройство личности и расстройства шизофренического спектра), о надругательстве над женой он узнал от нее. Его психическое состояние изменилось непосредственно после этого, оно во многом зеркально отражало развившееся у жены психическое расстройство.

В дифференциально-диагностическом аспекте рассматривалась возможность переработки подэкспертным бредовых идей возможно психически больной жены (высказывания жены подэкспертного о совершенном над ней насилии и осуждении ее земляками). При этом происходит как бы «заражение» бредом – индуцируемый начинает высказывать те же бредовые идеи и в такой же форме, что и психически больной-индуктор. В данном случае особенно обращает на себя внимание факт, что обычно индуцируются бредом те лица из окружения больного, которые особенно близко с ним общаются, связаны семейно-родственными отношениями (Рыбальский М. И., 1993; Гурьева В. А, Макушкин Е. В., 2001).

Чтобы исключить индуцированное психическое расстройство, нами была запрошена медицинская карта жены подэкспертного. Врачами отмечалось преобладание в ее психическом состоянии тревожных и депрессивных симптомов, что пациентка связывала с некой проблемой в семье, о подробностях которой сообщать врачам она отказалась. В последующем ее психическое состояние расценивалось как психическое здоровье.

Таким образом, учитывая отсутствие психотического расстройства у возможного индуктора, диагностическая версия индуцированного психоза («заражение бредом» и обмен психопатологическими переживаниями у коделирантов) была нами отвергнута.

Поэтому комиссия пришла к заключению, что в период инкриминируемого Б. деяния у него отмечалась смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (по МКБ-10 F43.22). Это подтверждают данные о возникновении у Б. в январе 2014 г. на фоне свойственных его личности ориентации на морально-этические нормы и правила поведения высокой чувствительности к средовым воздействиям, повышенной внутренней тревожности и уязвимости в условиях сформировавшейся психогенной тяжело переживаемой им субъективно сложной ситуации, затрагивающей честь и достоинство семьи и ее положение в обществе земляков, пониженного настроения, тревоги, нарушения сна, постоянного переживания фрустрирующей ситуации, связанной с женой, ее психическим состоянием, опасений огласки случившегося, сенситивных идей отношения со склонностью к интерпретации высказываний и поведения окружающих. Имевшееся у него в период правонарушения психическое расстройство не достигало психотического уровня, однако характеризовалось субъективно значимым переживанием психотравмы (супружеская неверность, «греховность», поруганная честь семьи), снижением эмоционального и волевого контроля, критических и прогностических способностей, поэтому, не исключая его вменяемости, ограничивало способность в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в указанный период (смысл статьи 22 УК РФ «ограниченная вменяемость»). В применении к нему принудительных мер медицинского характера Б. не нуждается.

«Супружеская измена», переживания «греховности» и «поруганной чести семьи», являясь мощными психотравмирующими факторами, особенно в замкнутых традиционных этнокультуральных сообществах с жесткой системой морально-этических и ценностей, во многом основанных на достоинстве женщины и чести семьи, иреферентностью мнения членов сообщества, страхом оказаться «изгоем», может приводить к психическим расстройствам различной глубины и психологическим феноменам.

Рассматривая культуральные особенности фигурантов данного случая, следует очертить этнопсихологический портрет выходцев с Кавказа: это выраженное (периодами гипертрофированное) чувство собственного достоинства и чести семьи; образование земляческих микрогрупп; управление и регулирование своего пове-

дения в рамках референтной группы; повышенная чувствительность, эмоциональность. На самом вершине пирамиды их потребностей находятся потребность в уважении, одобрении окружающих, потребность принадлежности к «своим», причастности к группе (Новицкий И. Я., 2011).

Как показал психологический анализ материалов уголовного дела и данные направленной беседы, в течение предшествующих правонарушению нескольких недель Б. находился в состоянии эмоционального напряжения, обусловленного информацией об унижении, которому якобы подверглась его жена, и переживанием данного обстоятельства как оскорбляющего честь его семьи в целом. Поддержанию и усугублению указанного эмоционального напряжения способствовали, с одной стороны, субъективная безвыходность сложившейся ситуации, отсутствие в субкультуре конструктивных способов нейтрализации нанесенного оскорбления, а с другой – ухудшающееся состояние его супруги с проявлением неадекватности в ее поведении. Кроме того, постоянно действующим сенситизирующим для Б. фактором было изменившееся, по его восприятию, отношение к нему со стороны соседей, что он воспринимал как свидетельство их осведомленности и косвенной причастности к произошедшему с его женой. Указанное обстоятельство оказывало существенное воздействие в силу того, что, несмотря на некоторую дистанцию и принадлежность к различным селам, эти люди были частью референтного сообщества, на мнение и нормы которого обследуемый ориентирован. Будучи уверенным в причастности своих соседей по рынку к инциденту с супругой, персональную ответственность подэкспертный возлагал именно на потерпевшего И. Такие личностные особенности Б., как ориентация на традиционные морально-этические нормы и правила поведения, повышенное чувство ответственности за благополучие своих близких, сенситивность и высокая чувствительность к средовым воздействиям, обуславливали восприятие сложившейся ситуации как высоко значимой и психотравмирующей, а недостаточная способность к распознаванию и символизации собственных эмоций способствовала фиксации на связанных с ней мыслях и формированию агрессивных фантазий с трудностями абстрагирования от них. При этом отреагированию накопленного напряжения в реальных действиях препятствовали такие особенности обследуемого, как высокий социальный самоконтроль и склонность к изоляции аффекта. В целом эмоциональное состояние подэкспертного мало менялось на протяжении последнего месяца и, помимо негативных переживаний, обусловленных оскорблением, нанесенным его семье, определялось беспокойством о здоровье супруги, необходимостью оказания ей конкретной помощи,

что оказывало мобилизационное воздействие на обследуемого и способствовало некоторому отвлечению от переживаний, связанных с нанесенной его семье обидой. Когда же супруга была помещена в больницу и необходимость постоянной заботы о ней отпала, субъективное состояние Б. ухудшилось (врачами-экспертами состояние Б. в тот период оценивается как «смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации»).

В день правонарушения встреча с потерпевшим, которого Б. после госпитализации жены не видел (по его словам, тот «прятался»), стала дополнительным сенситизирующим фактором, который на фоне охваченности негативными переживаниями, истощения ресурсов адекватного личностного реагирования и снижения возможностей самоконтроля привел к резкому снижению внезапно для подэкспертного самоконтроля. Это привело к разрядке накопленного эмоционального напряжения в субъективно внезапных для обследуемого агрессивных действиях, сопровождавшихся суженностью сознания, фрагментарностью восприятия, своеобразными вегетативными ощущениями при снижении возможностей целостной оценки ситуации и ориентации в ее значимых аспектах и нарушением способности к произвольной регуляции поведения. После содеянного у подэкспертного наблюдался спад эмоционального напряжения с признаками астенизации и безразличием, недостаточной включенностью в ситуацию. Таким образом, сделан вывод, что в момент совершения правонарушения подэкспертный находился в состоянии аффекта, протекавшего в форме эмоционального напряжения в условиях длительной субъективно повышено значимой психотравмирующей ситуации, обусловившей развитие депрессивного состояния (врачами-экспертами оно квалифицировано как «смешанная тревожно-депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации»).

По сути, кумулируемые субъективно значимые схваченностью и культурально окрашенные переживания супружеской неверности, измены жены и распространившихся в субкультуральной среде слухов и домыслов «осуждения его со стороны других» для кавказского мужчины оказались настолько психотравмирующими, что привели не только к изменению личностного реагирования (срыв барьера психической адаптации), нарушению адаптационных ресурсов, но и к агрессивному деликту с ограничением саморегуляции (ст. 22 УК РФ «не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими – ограниченная вменяемость», относящаяся к квалификации психиатров) и признаками особого эмоционального состояния (прерогатива психологов).

Таким образом, выявление культуральных и социальных особенностей представляется важным звеном в алгоритме принятия экспертного решения, поскольку личность формируется в условиях определенного социума посредством интериоризации не только правовых норм, характерных для общества в целом (в частности закрепленных законодательством), но и норм, характерных для микросоциума и основанных на культуральных особенностях, традициях, представлениях. Такой анализ позволяет установить обусловленность криминального деяния не только личностными особенностями субъекта, но и особенностями межличностного взаимодействия и системы отношений, принятыми в его культурной среде. Наиболее адекватным в таких случаях является назначение судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы, которая позволяет выявить и оценить все аспекты (психопатологические и психологические) переживания сложившейся ситуации (одинаково травматичной для обоих супругов), реагирования и поведения в юридически значимый период.

Л и т е р а т у р а

1. Александровский Ю. А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства // Очерки социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М., 1998. – С. 173–185.
2. Асмолов А. Г. Психология личности. – М.: Прогресс, 1990. – 374 с.
3. Аффект: практика судебной психолого-психиатрической экспертизы. Хрестоматия. – М.: «Генезис», 2013. – 318 с.
4. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. Индуцированные состояния // Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М.: «Генезис», 2001. – С. 220–224.
5. Гущина С. А. Факторы риска общественно опасного поведения больных шизофренией с паранойальным бредом ревности: автореф. дис. ... к.м.н. – М., 1994. – 25 с.
6. Дмитриева Т. Б., Иммерман К. Л., Кондратьев Ф. В. Социальные факторы в судебной психиатрии // Очерки социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М., 1998. – С. 244–257.
7. Калинина Н. П. Патологическая ревность. – Горький: Волго-Вятск. кн. изд-во, 1976. – 200 с.
8. Котов В. П. Патологические идеи ревности: автореф. дис. ... д.м.н. – М., 1977. – 18 с.
9. Кудрявцев И. А., Морозова М. В., Савина О. Ф. Использование психологических познаний при определении меры способности к произвольной саморегуляции (в рамках ст. 22 УК РФ) // Ограниченная вменяемость / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. – М., 2005. – С. 134–142.
10. Кудрявцев И. А., Морозова М. В., Савина О. Ф. Специфика экспертной оценки агрессивных криминальных деликтов психически здоровых лиц и субъектов с психическими расстройствами с учетом социальных факторов // Агрессия и психические расстройства / под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М., 2006. – С. 320–328.
11. Новицкий И. Я. Управление этнополитикой Северного Кавказа. – Краснодар, 2011. – 270 с.
12. Международная классификация болезней. – В 3-х т. – 4 книги (МКБ-10). – М., 2003. – 2432 с.
13. Положий Б. С. Социальная психиатрия и общество // Очерки социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М., 1998. – С. 43–72.
14. Рыбальский М. И. Бред. – М.: Медицина, 1993. – 368 с.
15. Семке В. Я. Транскультуральные исследования в области пограничной психиатрии // Культуральные и этнические пробл. псих. здоровья. – М., 1995. – С. 164–138.
16. Терентьев Е. И. Бред ревности. – М.: Медицина, 1990. – 272 с.
17. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – Киев: Сфера, 2002. – 367 с.
18. Gauvard C. Honneur de femme et femme d'honneur France alafindu Moyen Age // Francia. Forschungen zur Westeuropaischen Geschichte. – 2001. – Т. 28, N 1. – P. 159–191.
19. D'Andrade R. From cultural models to cultural categories: a framework for cultural analysis // Advances in Consumer Research. – 1984. – Vol. 29. – P. 239–240.
20. Devereux G. Normal and abnormal – the key to problem of psychiatric anthropology // Some uses of anthropology. The theoretical and applied. – Washington: DC, 1956. – P. 30–48.
21. Mullen P. E. Jealousy: the pathology of passion // British Journal of Psychiatry. – 1991. – Vol. 158. – P. 593–601.
22. New Oxford Textbook of Psychiatry (2 ed.) / Edited by M. Gelder, N. Andreasen, J. Lopez-Ibor, J. Geddes. – Chapter transcultural psychiatry. – Oxford University Press, 2012. DOI: 10.1093/med/9780199696758.001.0001

Транслитерация русских источников

1. Alexandrovsky Yu. A. [Social factors and borderline mental disorders]. In: [Sketches of social psychiatry]. Dmitrieva T. B., ed. Moscow, 1998; 173–185. (In Russ.).
2. Asmolov A. G. [Psychology of personality]. Progress, Moscow, 1990. 374 p. (In Russ.).
3. [Affect: practice of forensic psychological-psychiatric examination. Reader]. Genezis, Moscow, 2013. 318 p. (In Russ.).
4. Guryeva V. A., Makushkin E. V. [Induced states]. In: [Clinical and forensic adolescent psychiatry]. Genezis, Moscow, 2001: 220–224. (In Russ.).
5. Gushchina S. A. [Risk factors of socially dangerous behavior of schizophrenic patients with paranoid delusion of jealousy]. Avtoref. dis. ... k.m.n. [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1994. 25 p. (In Russ.).
6. Dmitrieva T. B., Immerman K. L., Kondratiev F. V. [Social factors in forensic psychiatry]. In: [Sketches of social psychiatry]. Dmitrieva T. B., ed. Moscow, 1998; 244–257. (In Russ.).
7. Kalinina N. P. [Pathological jealousy]. Volgo-Vjatsk. kn. izd-vo, Gorky, 1976. 200 p. (In Russ.).
8. Kotov V. P. [Pathological ideas of jealousy]. Avtoref. dis. ... d.m.n. [Abstract of MD thesis]. Moscow, 1977. 18 p. (In Russ.).
9. Kudryavtsev I. A., Morozova M. V., Savina O. F. [Use of psychological knowledge in identification of degree of ability to self-regulate voluntary (within article 22 of CC RF)]. In: [Diminished responsibility]. Dmitrieva T. B., Shostakovich B. V., eds. Moscow, 2005; 134–142. (In Russ.).
10. Kudryavtsev I. A., Morozova M. V., Savina O. F. [Specificity of expert evaluation of aggressive criminal delicts of mentally healthy persons and subjects with mental disorders with account for social factors]. In: [Aggression and mental disorders]. Dmitrieva T. B., Shostakovich B. V., Tkachenko A. A., eds. Moscow, 2006; 320–328. (In Russ.).
11. Novitsky I. Ya. [Management of ethnopolitics of North Caucasus]. Krasnodar, 2011. 270 p. (In Russ.).
12. [International Classification of diseases]. In 3 volumes – 4 books (ICD-10). Moscow, 2003. 2432 p. (In Russ.).
13. Polozhy B. S. [Social psychiatry and society]. In: [Sketches of social psychiatry]. Dmitrieva T. B., ed. Moscow, 1998; 43–72. (In Russ.).
14. Rybalsky M. I. [Delusion]. Medicina, Moscow, 1993. 368 p. (In Russ.).
15. Semke V. Ya. [Transcultural investigations in the field of borderline psychiatry]. In: [Cultural and ethnic problems of mental health]. Moscow, 1995; 164–138. (In Russ.).
16. Terentyev E. I. [Delusion of jealousy]. Medicina, Moscow, 1990. 272 p. (In Russ.).
17. Yurieva L. N. [History. Culture. Mental and behavioural disorders]. Sfera, Kiev, 2002. 367 p. (In Russ.).

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.19
ББК Р645.093.3-52-57

ПСИХОНЕЙРОИММУНО- МОДУЛИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕВ- РОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕТЕРОСУГ- ГЕСТИВНОЙ ПСИХОМЫШЕЧ- НОЙ РЕЛАКСАЦИИ

Кожевникова Т. А.^{*1}, Костарев В. В.¹,
Кожевников В. Н., Иокст Т. А.¹,
Стоянова И. Я.², Ветлугина Т. П.²

¹ ГОУ ВПО Красноярский ГПУ им. В. П. Астафьева
660049, Красноярск, ул. Ады Лебедевой, д. 89

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

Проведено иммунологическое и психологическое обследование 57 пациентов с невротическими расстройствами. Невротические проявления определялись кризисной ситуацией в семье, обусловленной проблемой развода. В процессе комплексной терапии пациентов с невротическими расстройствами использована методика «Гетеросуггестивный тренинг психомышечной релаксации» (ГСПМР) с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление. Анализ результатов исследования, проведенный после лечения, показал позитивную динамику субпопуляций Т-лимфоцитов, концентрации сывороточных иммуноглобулинов. При психологическом обследовании (опросник «Много-сторонний метод исследования личности» – ММИЛ) по окончании терапии установлено повышение психической продуктивности, восстановление энергетики регуляторных психических процессов, что подтверждалось повышением стенических характеристик профиля ММИЛ и снижением показателей астенического регистра. Терапевтический комплекс с включением методики ГСПМР оказывает психонейроиммунотонизирующий эффект и может быть использован как при терапии невротических расстройств, так и для профилактики стресс-индуцированных иммунных нарушений. **Ключевые слова:** невротические расстройства, гетеросуггестивная психомышечная релаксация, психонейроиммунотонизация.

^{*} Кожевникова Татьяна Альбертовна, д.м.н., проф. кафедры специальной психологии. Телефон: 89029243687, kogechnikova52@bk.ru

Костарев Владислав Владимирович, 89029417045, vladkost@list.ru

Ветлугина Тамара Парфеновна, д.б.н., проф., в.н.с. лаб. клинической психонейроиммунологии. (3822)724425, vetlug@mail.tomsknet.ru

PSYCHONEUROIMMUNOMODULATING EFFECT OF COM-
PLEX THERAPY OF NEUROTIC DISORDERS WITH USE OF
HETEROSUGGESTIVE PSYCHOMUSCULAR RELAXATION.
Kozhevnikova T. A.¹, Kostarev V. V.¹, Kozhevnikov V. N.,
Iokst T. A.¹, Stoyanova I. Ya.², Vetlugina T. P.² V. P. Astafiev
Krasnoyarsk State Pedagogical University. Ada Lebedeva
Street 89, 660049, Krasnoyarsk, Russian Federation. ²Mental
Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014,
Tomsk, Russian Federation. Immunological and psychological
examination of 57 patients with neurotic disorders has been
carried out. Neurotic manifestations were determined by crisis
situation in the family conditioned by the problem of divorce. In
the process of complex therapy of patients with neurotic disor-
ders technique "Heterosuggestive training of psychomuscular
relaxation" (HSPMR) with positive emotional imagination toward
recovery has been used. Analysis of results of investigation,
carried out after treatment, has shown positive dynamic of sub-
populations of T-lymphocytes, concentration of serum immu-
noglobulins. During psychological examination (Many-sided
Method of Investigation of Personality – MMIP) after therapy,
increase in mental efficiency, recovery of energy for regulatory
mental processes has been found that was confirmed by in-
crease of sthenic characteristics of MMIP profile and decrease
of indices of asthenic register. Therapeutic complex including
technique HSPMR exerts psychoneuroimmunomodulating ef-
fect and may be used both in therapy of neurotic disorders and
for prevention of stress-induced immune disturbances. **Key-
words:** neurotic disorders, heterosuggestive psychomuscular
relaxation, psychoneuroimmunomodulation.

Невротические расстройства характеризу-
ются разнообразными нарушениями иммунной
реактивности и могут рассматриваться как па-
тология группы болезней регуляции с первич-
ностью изменений в эмоциональных зонах
лимбико-диэнцефальной системы, которая яв-
ляется также ключевым отделом регуляции
иммунных реакций [1–4]. Развитие вторичной
иммунной недостаточности является важней-
шим патогенетическим механизмом в форми-
ровании психоэмоционального перенапряже-
ния, лежащего в основе проявления клиниче-
ских форм невротических и невротоподобных
расстройств [5–9].

На сегодняшний день актуальным является
поиск эффективных методов и средств, восста-
навливающих или оптимизирующих нейроим-
мунное взаимодействие при данной патологии.
Рассмотренные ранее реабилитационно-
профилактические подходы [10–12] представ-
ляются патогенетически обоснованными на-
правлениями нейроиммунореабилитации в по-
граничной психиатрии, которые могут быть
продолжены и дополнены.

Целью настоящей работы явилось изуче-
ние психонейроиммунотонизирующего эффек-
та комплексной терапии пациентов с невротиче-
скими расстройствами с включением методи-
ки гетеросуггестивной психомышечной релак-
сации.

Материал и методы. В группу обследо-
вания включены 57 женщин-педагогов средних
школ г. Красноярск с диагнозом «Невротиче-
ские, связанные со стрессом и соматоформные
расстройства» (МКБ-10, шифр F4); средний
возраст больных составил 38,2±1,7 года.

Все обследованные пациентки принимали традиционную фармакотерапию невротических расстройств в условиях неврологического отделения Дорожной больницы Красноярск. Психотерапия проводилась дополнительно к основной фармакотерапии с использованием авторской методики [13] «Гетеросуггестивный тренинг психомышечной релаксации» с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление (ГСПМР). Методика является модификацией ментального тренинга Л.-Э. Унесталля [14], который показал, что в процессе ментального тренинга реализуются следующие задачи: мышечная релаксация, психическая релаксация, самогипноз, тренировка формирования образов, идеомоторная тренировка, концентрация внимания, десенсибилизация, психическая устойчивость, решение проблем, тренировка в создании установок. Курс гетеросуггестивного тренинга проводился в течение 10 дней по 60 минут ежедневно.

Иммунологические исследования проведены на базе Красноярской краевой иммунологической лаборатории (зав. лабораторией Н. С. Эйдмиллер). Изучение иммунного статуса проводилось в динамике до и после курса терапии. В комплекс обследования включали оценку следующих показателей: исследование субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови ($CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, соотношение $CD4^+/CD8^+$), с идентификацией моноклональными антителами (МАТ) производства фирмы «Сорбент» (Москва, Россия). Концентрацию сывороточных иммуноглобулинов основных классов (IgM, IgG, IgA) определяли методом радиальной иммунодиффузии по Mancini, концентрацию IgE – методом иммуноферментного анализа; уровень циркулирующих иммунных комплексов определяли полиэтиленгликолевым методом с использованием ПЭГ-6000. Контрольную группу при иммунологических исследованиях составили 43 практически здоровых добровольца.

При психологическом обследовании использован «Многосторонний метод исследования личности» [15]. Методика представляет собой опросник, включающий 377 утверждений, на каждое из которых испытуемый дает ответ «верно» или «не верно» по отношению к нему в данный период времени. Опросник ММИЛ включает 3 шкалы, оценивающие достоверность исследования («L» лжи, «F» достоверности, «K» коррекции), и 10 шкал, отражающих личностные и психофизиологические особенности и тип поведения испытуемого. Сырые оценки испытуемого суммируются и переводятся в стандартные Т-баллы (Т-6).

В исследовании были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации.

Результаты и обсуждение. У всех обследованных пациентов с невротическими расстройствами до начала терапии с применением ГСПМР отмечался дисбаланс показателей клеточного иммунитета. Он проявлялся снижением общего количества $CD3^+$ -лимфоцитов, хелперов/индукторов $CD4^+$ на фоне нормального количества цитотоксических Т-лимфоцитов $CD8^+$ -фенотипа. Дисбаланс в субпопуляционном составе Т-лимфоцитов весьма демонстративно проявлялся при анализе соотношения $CD4^+/CD8^+$, который у больных невротическими расстройствами был достоверно снижен (табл. 1).

Как видно из представленной таблицы 1, в динамике терапии достоверно возросло количество $CD3^+$ ($p<0,05$), $CD4^+$ ($p<0,01$) лимфоцитов и соотношение $CD4^+/CD8^+$ ($p<0,01$).

Таблица 1

Влияние терапии с включением ГСПМР на динамику параметров клеточного иммунитета у больных невротическими расстройствами

Показатель	Группа обследованных пациентов		
	До лечения	После лечения	Контроль
$CD3^+$, %	a 59,43±7,64	x 66,12±7,14	69,7±6,11
$CD4^+$, %	aa 29,58±4,16	xx 45,43±2,17	43,85±4,39
$CD8^+$, %	27,31±5,82	31,59±4,52	25,13±8,16
$CD4^+/CD8^+$	aa	xx	
Усл. ед.	1,12±0,47	1,42±0,21	1,74±0,72

Примечание. Достоверность различий по отношению к контролю: aa – $p<0,01$; достоверность различий между группами пациентов до лечения и после лечения: x – $p<0,05$; xx – $p<0,01$.

Исходные показатели гуморального иммунитета у пациентов с невротическими расстройствами имели следующую закономерность: концентрация IgA, IgM, IgG была достоверно ниже относительно контрольных значений ($p<0,01$; $p<0,01$; $p<0,01$), а концентрация IgE – выше нормы ($p<0,001$). Уровень ЦИК у пациентов с невротическими расстройствами до проведения комплексной терапии превышал контрольные значения ($p<0,001$). Анализ результатов исследования, проведенный после лечения в сочетании с гетеросуггестивным тренингом психомышечной релаксации с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление, показал достоверное повышение концентрации IgA ($p<0,01$), IgM ($p<0,01$), IgG ($p<0,05$), а также достоверное снижение концентрации IgE ($p<0,001$) (табл. 2).

В динамике терапии уровень ЦИК значимо уменьшался, но оставался все же выше контрольного значения ($p<0,05$).

Исследование по методике ММИЛ, проведенное в этой группе до терапии, позволило выявить у пациентов умеренное завышение параметров по шкале F, что указывало на внутреннюю напряженность и недовольство ситуацией (табл. 3).

Т а б л и ц а 2
Влияние терапии с включением ГСПМР на динамику параметров гуморального иммунитета у больных невротическими расстройствами

Показатель	Группа обследованных пациентов		
	До лечения	После лечения	Контроль
IgA, г/л	аа 2,03±0,41	хх 2,87±0,15	3,18±0,98
IgG, г/л	аа 9,95±2,21	х 12,24±1,46	14,3±3,5
IgM, г/л	аа 1,02±0,84	хх 1,92±0,54	1,98±2,46
IgE, МЕ/л	ааа 218,52±15,09	ххх 121,3±11,56	98,3±5,72
ЦИК усл. ед.	ааа 138,4±23,2	х 86,9±4,12	61,6±9,74

Примечание. Достоверность различий по отношению к контролю: аа – $p<0,01$; ааа – $p<0,001$; достоверность различий между группами пациентов до лечения и после лечения: х – $p<0,05$; хх – $p<0,01$; ххх – $p<0,001$.

Т а б л и ц а 3
Особенности регуляторных психических процессов у пациентов с невротическими расстройствами согласно методике ММИЛ

Шкала	Показатель, Т-баллы	
	До лечения	После лечения
Шкала L	51,12±2,17	48,35±1,48
Шкала F	59,8±4,32	66,9±1,71
Шкала K	63,13±4,52	55,4±2,45 ^х
Шкала 1 «Невротический «сверхконтроль» поведения»	69,5±2,71	58,6±1,47 ^{хх}
Шкала 2 «Пессимистичность»	73,23±6,54	71,7±5,11
Шкала 3 «Эмоциональная лабильность»	68,1±4,82	64,3±7,9
Шкала 4 «Импульсивность»	64,8±1,36	55,1±2,82 ^х
Шкала 5 «Мужественность – женственность»	67,4±2,34	51,8±9,42 ^{хх}
Шкала 6 «Ригидность»	71,5±3,41	52,2±3,84 ^{ххх}
Шкала 7 «Тревожность»	65,6±2,17	44,4±1,95 ^{ххх}
Шкала 8 «Индивидуалистичность»	69,2±4,52	57,1±3,21 ^{хх}
Шкала 9 «Оптимистичность»	53,5±2,46	41,5±1,35 ^{хх}
Шкала 0 «Социальная интроверсия»	56,1±1,63	44,5±2,41 ^{хх}

Примечание. Достоверность различий исходных величин по группам сравнения: ^х – $p<0,05$; ^{хх} – $p<0,01$; ^{ххх} – $p<0,001$.

Отмечалось завышение значений шкал, расположенных в левой половине профиля ММИЛ – шкалы 1, 2, 3 (69,5 Т-б, 73,23 Т-б и 68,1 Т-б соответственно), обозначаемых как «Невротическая триада». Подъем профиля по шкале «Импульсивность» (64,8 Т-б), умеренное повышение профиля по шкале «Мужественность – женственность» (67,4 Т-б), повышение пика профиля по шкале «Ригидность» (71,5 Т-б), увеличение значений по шкале «Тревожность» (65,6 Т-б), повышение пика по шкале «Индивидуалистичность» (69,2 Т-б) в профиле ММИЛ указывали на психодезадаптационные реакции, связанные с недостаточностью физических и психических ресурсов индивидуума для реализации мотивационного поведения в ситуации распада семьи.

После курса лечения с применением методики ГСПМР при сохранении общего паттерна показателей по опроснику ММИЛ у обследованных пациентов наблюдалась тенденция к нормализации психологического профиля. Была определена динамичность показателей всех шкал опросника ММИЛ, которые находились в пределах 42–71 Т-баллов. Наиболее устойчивыми оказались показатели астенических шкал: «Пессимистичность», «Эмоциональная лабильность». Изменения пиков этих шкал были недостоверными, хотя имели тенденцию к снижению. Достоверно снижались пики шкал опросника ММИЛ, например, такие как «Мужественность – Женственность» ($p<0,01$), «Ригидность» ($p<0,001$), «Тревожность» ($p<0,001$), «Индивидуалистичность», ($p<0,01$), «Оптимистичность» ($p<0,01$), «Социальная интроверсия» ($p<0,01$).

Принимая во внимание снижение пиков шкал невротической триады и шкалы 4 опросника ММИЛ у пациентов после комплексной терапии, можно сделать вывод об уменьшении у них клинических проявлений заболевания. Достоверное уменьшение пика по шкале 6 указывало на улучшение восприятия и оценки происходящей ситуации. У испытуемых пациентов после терапии с сеансами ГСПМР уменьшились проявления тревожности, напряженности, беспокойства, нерешительности, что подтверждалось достоверным снижением пиков по шкале 7 опросника ММИЛ. Наиболее выраженное воздействие оказали сеансы ГСПМР на снижение шкалы 8 (57,1 Т-б при исходных показателях 69,2 Т-б). Это свидетельствует о повышении способности к интуитивному пониманию окружающих, об адекватном эмоциональном реагировании на ситуацию, включении в социальные контакты. Снижение показателей по шкале 9 опросника ММИЛ говорило о повышении психической продуктивности, принятии ситуации, улучшении реалистического и образного мышления. Появление стремления к межличностным контактам, снижение спонтанности поведения нашли свое отражение в достоверном снижении профиля шкалы «Социальная интроверсия» (44,5 Т-б при исходных показателях 56,1 Т-б).

В методике «Гетеросуггестивный тренинг психомышечной релаксации» с позитивной эмоциональной эмагинацией на выздоровление нашли отражение основные принципы биохевиорально-когнитивного психологического подхода [11]. При использовании ГСПМР в лечении пациентов с невротическими расстройствами решались следующие задачи.

С одной стороны, за счет гетеросуггестивных формул пациент учился психической и мышечной релаксации. На фоне этого состояния больному давались установки на пози-

тивные переживания своей болезни, воспроизводилось состояние оптимального самочувствия (пациент адресовался к своему прошлому позитивному опыту с тем, чтобы воспроизводить его в процессе выздоровления). У пациента формировался триггер, ему давался «ключ», благодаря которому он приобретал способность самостоятельно, целенаправленно формировать у себя состояние релаксации и того функционально-эмоционального состояния, которое для него является позитивным: стабильное хорошее настроение, уверенность, оптимизм, установка на хороший сон, уверенность в возможности выздоровления.

Проведенные исследования показали, что у обследованных пациентов выявлено снижение основных иммунорегуляторных лимфоцитов CD4⁺-фенотипа, дисбаланс параметров гуморального иммунитета. Нарушение функции ЦНС под влиянием психоэмоционального стресса у пациентов с невротическими расстройствами сопровождается нарушением нервной регуляции функций иммунитета, дисрегуляцией состава иммунокомпетентных клеток, механизмов иммунного ответа, в целом – нарушением психо-нейроиммунного взаимодействия.

Опросник ММИЛ предназначен для многомерной диагностики психического состояния, его динамики в процессе лечения и под воздействием внешних факторов, широкого спектра типологических особенностей личности и поведения, уровня и качества социальной адаптации, специфики защитных механизмов и эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях. После курса лечения с применением методики ГСПМР при сохранении общего паттерна показателей по опроснику ММИЛ у обследованных пациентов наблюдалась тенденция к нормализации психологического профиля. Была видна динамичность показателей всех шкал опросника ММИЛ, которые находились в пределах 42—71 Т-баллов. Наиболее значимым фактором, свидетельствующим о восстановлении энергетики регуляторных психических процессов, стало усиление поисковой активности, направленной на удовлетворение индивидуальных потребностей. Это подтверждалось повышением стенических характеристик профиля ММИЛ и снижением показателей астенического регистра.

Нейрофизиологические исследования показали [16], что при проведении реабилитационных мероприятий с применением ГСПМР у пациентов наступала гармонизация нейрофизиологических параметров головного мозга, корковых механизмов регуляции психических функций, вегетативной нервной системы, что сопровождалось редукцией клинко-патопсихологической симптоматики и оптимизацией нейро-иммуноэндокринных взаимодействий.

В настоящем исследовании установлено, что комплексная терапия с применением методики ГСПМР оказывает психонейроиммуномодулирующий эффект. На фоне клинического улучшения у пациентов отмечалась выраженная позитивная динамика показателей иммунитета. Особенно это проявлялось нормализацией субпопуляционного состава иммунорегуляторных клеток CD4⁺-фенотипа и соотношения CD4⁺/CD8⁺. Происходило значимое и достоверное увеличение концентрации IgA и IgM, что указывало на повышение механизмов общей неспецифической иммунной защиты организма. Установлено повышение психической продуктивности, восстановление энергетики регуляторных психических процессов, что подтверждалось повышением стенических характеристик профиля ММИЛ и снижением показателей астенического регистра.

Таким образом, терапевтический комплекс с включением методики ГСПМР оказывает психонейроиммуномодулирующий эффект и может быть использован как при терапии невротических расстройств, так и для профилактики стресс-индуцированных иммунных нарушений.

Л и т е р а т у р а

1. *Абрамов В. В.* Интеграция иммунной и нервной систем. – Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1991. – 168 с.
2. Актуальные проблемы нейроинопатологии: руководство / под ред. Г. Н. Крыжановского, С. В. Маргасовой, С. Г. Морозова. – М.: Изд-во «Гениус Медиа», 2012. – 423 с.
3. *Ader R., Cohen N., Felten D.* Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system // *Lancet*. – 1995. – Vol. 345 (8942). – P. 99–103.
4. *Cassano P., Argibay P.* Depression and neuroplasticity. Interaction of nervous, endocrine and immune systems // *Medicina (B Aires)*. – 2010. – Vol. 70, № 2. – P. 185–193.
5. *Иванова С. А.* Психонейроиммуномодуляция в клинике и терапии невротических и аффективных расстройств: автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 2000. – 43 с.
6. *Семке В. Я., Рудницкий В. А., Епанчинцева Е. М., Ошаев С. А., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б.* Сравнительная характеристика влияния интенсивных психотравм различной природы (на примере экологической катастрофы и боевого стресса) // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. – 2009. – № 6. – С. 89–93.
7. *Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Перчаткина О. Э., Диденко А. В., Никитина В. Б., Гычев А. В., Рудницкий В. А.* Клиническая динамика стрессоустойчивости при неспсихотических психических расстройствах // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011. – № 4. – С. 11–19.
8. *Vaz-Leal F., Rodriguez-Santos J. L., Melero-Ruiz M. J.* Psychopathology and lymphocyte subsets in patients with bulimia nervosa // *Nutr. Neurosci.* – 2010. – Vol. 13, № 3. – P. 109–115.
9. *Lopes R. P., Grassi-Oliveira R., de Almeida L. R., Stein L. M., Luz C., Teixeira A. L., Bauer M. E.* Neuroimmunoen-docrine interactions in patients with recurrent major depression, increased early life stress and long-standing posttraumatic stress disorder symptoms // *Neuroimmunomodulation*. – 2012. – Vol. 19 (1). – P. 33–42.
10. *Невидимова Т. И., Семке В. Я., Найденова Н. Н., Попова Е. Н., Куприянова И. Е.* Взаимодействие между сенсорными и иммунной системами в процессе релаксации // *Бюл. эксперим. биологии и медицины*. – 2000. – Т. 128. – Приложение 1. – С. 44–46.

11. Семке В. Я., Семке А. В., Аксенов М. М. Здоровье личности и психотерапия: руководство для врачей, психологов и педагогов. – Томск: Твердыня, 2002. – 629 с.
12. Ветлукина Т. П., Неvidимова Т. И., Лобачева О. А., Никитина В. Б. Технология иммунокоррекции при психических расстройствах. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2010. – 172 с. doi: 10.17513/np.103
13. Кожевников В. Н., Кожевникова Т. А. Способ прогнозирования успешности психотерапевтического лечения. – Патент № 2207046 от 27.06.2003 г. – С. 7
14. Унесталь Л. Э. Основы ментального тренинга: Методическое пособие. – СПб.: НИИ ФК, 1992. – 17 с.
15. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности. – М.: Консультант Плюс – Новые Технологии, 2011. – 320 с.
16. Кожевникова Т. А., Семке В. Я., Кожевников В. Н., Ветлукина Т. П. Невротические и невротоподобные расстройства (психонейроиммунные механизмы, принципы психотерапии). – Красноярск: Изд-во КГПУ, 2010. – 368 с.

Транслитерация русских источников

1. Abramov V. V. [Integration of immune and nervous systems]. Nauka, Siberian Branch, Novosibirsk, 1991. 168 p. (In Russ.).
2. [Relevant problems of neuroimmunopathology: handbook]. Kryzhanovsky G. N., Magayeva S. V., Morozov S. G., eds. Publishing House "Genius Media", 2012. 423 p. (In Russ.).
5. Ivanova S. A. [Psychoneuroimmunomodulation in clinic and therapy of neurotic and affective disorders]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 2000. 43 p. (In Russ.).
6. Semke V. Ya., Rudnitsky V. A., Epanchintseva E. M., Oshaev S. A., Vetlugina T. P., Nikitina V. B. [Comparative characteristic of influence of intense psychotrauma of various natures (on example of ecological catastrophe and combat stress)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 6: 89–93. (In Russ.).
7. Axenov M. M., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Perchatkina O. E., Didenko A. V., Nikitina V. B., Gychev A. V., Rudnitsky V. A. [Typology, constitutional-biological and clinical-dynamic characteristics of crisis states in borderline neuromental disorders]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4: 11–19. (In Russ.).
10. Nevidimova T. I., Semke V. Ya., Naidenova N. N., Popova E. N., Kupriyanova I. E. [Interaction between sensory and immune systems in the process of relaxation]. *Bjul. jeksperiment. biologii i mediciny* [Bulletin of Experimental Biology and Medicine]. 2000; 128, Suppl 1: 44–46. (In Russ.).
11. Semke V. Ya., Semke A. V., Axenov M. M. [Health of personality and psychotherapy: handbook for doctors, psychologists and educators]. Tverdynja, Tomsk, 2002. 629 p. (In Russ.).
12. Vetlugina T. P., Nevidimova T. I., Lobacheva O. A., Nikitina V. B. [Technology of immunocorrection in mental disorders]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2010. 172 p. doi: 10.17513/np.103 (In Russ.).
13. Kozhevnikov V. N., Kozhevnikova T. A. [Method of prognosis of successfulness of psychotherapeutic treatment]. Patent No. 2207046 of 06/27/2003; 7. (Russ.).
14. Unestall L. E. [Bases of mental training: Textbook of methods]. Physical Culture Research Institute, Saint-Petersburg, 1992. 17 p. (In Russ.).
15. Berezin F. B., Miroshnikov M. P., Sokolova E. D. [Technique of many-sided investigation of personality]. Konsultant Pljus – Novye Tehnologii, Moscow, 2011. 320 p. (In Russ.).
16. Kozhevnikova T. A., Semke V. Ya., Kozhevnikov V. N., Vetlugina T. P. [Neurotic and neurosis-like disorders (psychoneuroimmune mechanisms, principles of psychotherapy)]. Publishing House of KSPU, Krasnoyarsk, 2010. 368 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008.19:616.895.4-057.875
ББК Р645.021.11+Р64-324+Ю935

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТУДЕНТОВ С АДДИКТИВНЫМИ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Воеводин И. В.^{*1,2}, Белокрылов И. И.¹, Назарова И. А.¹

¹ НИИ психического здоровья

634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² Национальный исследовательский

Томский государственный университет

634050, Томск, пр-т Ленина, д. 36

В статье представлены результаты апробации Фрайбургского опросника в программе когнитивно-поведенческой копинг-профилактики психодезадаптационных состояний у студентов. Выявлено, что высокие показатели по шкалам N (эмоциональной лабильности), III (депрессивности), I (невротичности) повышают риск психодезадаптации тревожно-депрессивного типа, а показатели II (спонтанной агрессивности), IV (раздражительности) и IX (открытости) – риск психодезадаптации со злоупотреблением алкоголем. Выделены два пути формирования психодезадаптационных состояний: «психопатический» на основе интротенсивной психопатизации и «невротический» на основе неустойчивости настроения с тенденцией к депрессивности. **Ключевые слова:** студенты, психодезадаптационные состояния, аддиктивное поведение, тревога, депрессия, Фрайбургский опросник.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF ADDICTIVE AND AF- FECTIVE VARIANTS OF MALADAPTATION IN STUDENTS. Voevodin I. V.^{1,2}, Belokrylov I. I.¹, Nazarova I. A.¹ **Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. ²Tomsk State University. Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russian Federation.** In this article, the results of Freiburg Personality Inventory's testing in the program of the cognitive-behavioural coping prevention of maladaptive states in students were presented. It was found that emotional lability, depressiveness, and nervousness increase the risk of the anxiety's and depression's formation, and spontaneous aggressiveness, irritability, and openness increase the risk of alcohol abuse. Two ways of maladaptive states' formation were identified: "psychopathic" way based on intro-tensive psychopathization, and "neurotic" way based on instability of mood with a tendency to depression. **Keywords:** students, maladaptive states, addictive behaviour.

Формирование психодезадаптационных состояний (ПДАС), а на их основе – клинических форм психических и поведенческих расстройств всегда предполагает наличие «внешнего» и «внутреннего» факторов и тесно связано с риском развития аддиктивных состояний [12, 13, 19]. Под внешним фактором подразумеваются стрессовые ситуации, социальное неблагополучие и другие неблагоприятные воздействия. Однако влияние данных воздействий на психическое здоровье опосредуется ком-

^{*} Воеводин Иван Валерьевич, к.м.н., с.н.с. НИИ психического здоровья, доцент Томского государственного университета, эл. почта i_voevodin@list.ru

плексом психологических (внутренних) факторов [6], и степень выраженности психических расстройств зачастую не соответствует тяжести внешнего воздействия [9]. Достаточно часто наблюдаются проявления социально-психологической дезадаптации, аддиктивные и аффективные расстройства в контингенте, который считается социально благополучным – среди студенческой молодежи.

В связи с этим становится значимым изучение индивидуально-психологических характеристик, делающих человека уязвимым к воздействию неблагоприятных внешних факторов. Среди данных характеристик описано такое сочетание личностных качеств, как склонность к драматизации сложных жизненных ситуаций в сочетании со стремлением приукрасить себя, неуверенностью, неудовлетворенностью собой, эмоциональной неустойчивостью с тенденцией к депрессивности, эгоцентризм и эскапизм. Другая группа риска формируется на фоне отрыва от реальности, ухода в мир фантазий, своеобразия интересов и непредсказуемости поступков, непереносимости обыденного, ориентации на субъективизм и интуицию [16]. Кроме того, в качестве психологических детерминант развития зависимого поведения рассматриваются неблагоприятные сочетания таких черт, как доминантность с тревожностью и смелость с низкой эмоциональной чувствительностью [2]. Указывается, что для юношей более значимыми личностными особенностями в данном аспекте являются тревожность, потребность во внимании и демонстративность, для девушек – потребность в контактах, ипохондричность и депрессивность [1]. Усугубление дезадаптации на фоне анозогнозии формирующейся зависимости происходит за счет тревожных, эмоционально лабильных, индивидуалистических и пессимистических личностных черт [10], имеющие гендерные и этнокультуральные различия в случае формирования в последующем аддиктивных состояний [11, 17], в том числе на основе механизмов диссоциации [18].

Способность к адаптации является важным ресурсом профилактических мероприятий наркологического и психиатрического профилей, при этом данная способность тесно связана со стрессоустойчивостью [14, 15, 20]. Соответственно как еще одну значимую характеристику пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами рассматривают применение неадаптивных копинг-стратегий [8]. В качестве базовой парадигмы в профилактике психодезадаптационных состояний целесообразно использовать когнитивно-поведенческую копинг-профилактику [7], эффективную как для невротических, так и для аддиктивных расстройств.

Целью исследования явилось определение психологических характеристик, связанных с аддиктивными и тревожно-депрессивными психодезадаптационными состояниями, с использованием полученных данных в программах психопрофилактики различных проявлений ПДАС у студентов.

Материал и методы исследования. Обследовано 117 студентов вузов 18–25 лет, средний возраст $19,5 \pm 1,5$ года, из них 59 (50,4 %) юношей, 58 (49,6 %) девушек. Обследование проведено методом анонимного анкетирования, в опросник включена Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS, 1983). Вовлеченность в аддиктивное поведение оценено на основании ответов на прямые вопросы о факте и уровне потребления табака, алкоголя, наркотиков. Для изучения психологических особенностей применялся Фрайбургский личностный опросник (Freiburg Personality Inventory, FPI, 1989). В работе использованы следующие статистические методы: корреляционный анализ по Пирсону, сравнительный анализ по Манну-Уитни, из многомерных статистических методов применен факторный анализ.

Группа «условно здоровых», чьи показатели по обеим шкалам HADS находились в пределах нормы, проявления аддикций отсутствовали, составила 39,3 % обследованных. Проявления субклинической или клинической тревоги выявлены в 43,6 % случаев, депрессии – в 17,1 %, потребление табака – у 23,9 % обследованных, злоупотребление алкоголем – у 17,1 %, опыт потребления наркотиков – у 18,8 %. Отдельно выделена группа «микст», в которой обнаружены тревожно-депрессивные и аддиктивные проявления (15,4 %).

Результаты исследования. Задачей первого этапа исследования было установление взаимосвязей отдельных проявлений ПДАС (тревога, депрессия, табакокурение, алкоголизация и наркотизация) с отдельными личностными характеристиками. Данные корреляционного анализа выраженности тревожно-депрессивной симптоматики и аддиктивного поведения со шкалами FPI приведены в таблице 1.

Как видно из приведенных данных, наибольшее количество статистически значимых положительных корреляционных связей, обозначающих заострение личностных черт, образует тревожная симптоматика. С наиболее высокой частотой (при $r_s > 0,5$) возникновение тревоги следует ожидать при высоких показателях по шкалам N (эмоциональной лабильности), III (депрессивности) и I (невротичности), выступающих в основном односторонне в пределах каждого конкретного случая. Средний уровень частоты возникновения тревоги ($r_s > 0,3$) выявлен при заострении черт IV (раздражительности) и VIII (застенчивости). При этом

в конкретных примерах данные показатели нередко выступают разнонаправленно, т. е. тревога связана либо с одним, либо с другим (предположительно, формируется разными путями). Чертами, недостаточная развитость которых связана с повышенным риском тревоги (r_s – отрицательный), выступили VI (уравновешенность), M (маскулинизм), V (общительность) и E (экстраверсия), не имеющие четких тенденций одно- или разнонаправленности.

Таблица 1

**Взаимосвязь выраженности
тревожно-депрессивной симптоматики
и аддиктивного поведения со шкалами FPI**

Шкала	Spearman Rank Order Correlations MD pair wise deleted Marked correlations are significant at $p < 0,05$		
	Тревога	Депрессия	Алкоголь
I	0,51	0,47	
II			0,26
III	0,58	0,44	
IV	0,39		0,21
V	-0,32	-0,39	
VI	-0,40	-0,29	
VII			
VIII	0,38	0,29	
IX	0,20		0,20
E	-0,30	-0,31	
N	0,61	0,40	
M	-0,33	-0,31	

Примечание. В 1-м столбце приведены шкалы: I (невротичность), II (спонтанная агрессивность), III (депрессивность), IV (раздражительность), V (общительность), VI (уравновешенность), VII (реактивная агрессивность), VIII (застенчивость), IX (открытость), E (экстраверсия), N (эмоциональная лабильность), M (маскулинизм).

Депрессивная симптоматика, как и тревожная, логично формируется на фоне заострения черт III (депрессивности) с I (невротичностью) и N (эмоциональной лабильностью). В отличие от тревоги, значимость показателя невротичности выше, чем эмоциональной лабильности. Меньшее значение в формировании депрессии обнаруживает заострение черт VIII (застенчивости). Предрасполагают к развитию депрессии неразвитые черты (в порядке убывания значимости): V (общительности), E (экстраверсии), M (маскулинизма), VI (уравновешенности).

Уровень употребления алкоголя повышается на фоне роста показателей по шкалам II (спонтанной агрессивности), IV (раздражительности) и по шкале IX (открытости), не имеющей однонаправленности с предыдущими, что, как и в случае тревоги, позволяет предположить разную психологическую обусловленность вариантов формирования аддиктивного поведения. Уровни потребления табака и наркотиков не образуют статистически значимых корреляций со шкалами FPI, что, на наш взгляд, говорит о полиморфности психологических предпосылок данных видов аддиктивного поведения и обуславливает необходимость применения многомерных статистических методов с целью выявления разных вариантов формирования ПДАС.

Отдельный исследовательский интерес, в контексте проблемы психиатрической коморбидности [3–5], представляет вопрос о предпосылках формирования смешанных аффективно-аддиктивных расстройств и их донозологических форм (ПДАС).

Путем сравнительного анализа группы лиц с тревожно-депрессивной симптоматикой и аддиктивным поведением (группа «микст») и группы «условно здоровых» студентов были получены следующие результаты (рис. 1).

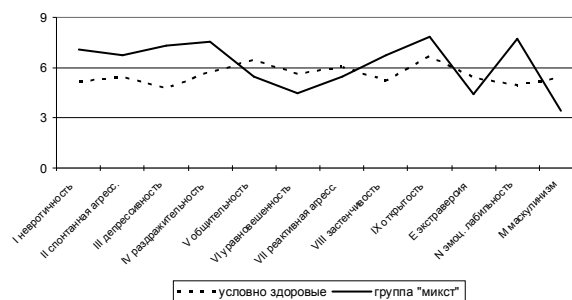


Рис. 1. Усредненный профиль FPI в группе

«условно здоровых» студентов и в группе «микст»

Примечание. Статистически достоверные различия по шкалам: N ($U=80,5$; $Z=-4,97$; $p=0,000001$); III ($U=116,5$; $Z=-4,43$; $p=0,000009$); IV ($U=184,0$; $Z=-3,42$; $p=0,0006$); VIII ($U=198,0$; $Z=-3,21$; $p=0,0012$); I ($U=200,0$; $Z=-3,18$; $p=0,0014$); M ($U=227,0$; $Z=2,78$; $p=0,005$); IX ($U=239,5$; $Z=-2,59$; $p=0,009$); V ($U=242,0$; $Z=2,56$; $p=0,01$); VI ($U=263,0$; $Z=2,24$; $p=0,02$);

По степени достоверности различий можно отметить, что заострение личностных черт в группе «микст» значительно напоминает картину при тревоге, с ведущим значением шкал N (эмоциональной лабильности) и III (депрессивности). На третьем по значимости месте находится шкала IV (раздражительности), что, возможно, обусловлено уже «аддиктивным вкладом» в усредненный профиль личности группы «микст»; далее следуют VIII (застенчивость), I (невротичность) и IX (открытость); неразвиты черты M (маскулинизма), V (общительности), VI (уравновешенности).

Второй этап исследования заключался в установлении устойчивых взаимосвязей между шкалами FPI, характеризующих тревожно-депрессивные и аддиктивные проявления психозадаптации. С этой целью психологические характеристики групп обследованных (с наличием тревоги, депрессии, табакокурения, алкоголизации/наркотизации и группа «микст») были подвергнуты факторному анализу (табл. 2).

Проанализировав полученные результаты, можно отметить, что тревога, депрессия, табакокурение, алкоголизация и наркотизация образуют два фактора, условно названные нами «психопатический» и «невротический», что, по нашему мнению, соответствует двум путям формирования каждого из данных симптомов.

Ядром «психопатического» фактора (табл. 3) во всех проявлениях ПДАС выступает II (спонтанная агрессивность), показатель психопатизации интротенсивного типа, связанного с тенденциями саморазрушительного поведения, обнаруживающимися и при аддитивных, и при аффективных проявлениях ПДАС.

Таблица 2
Результаты факторного анализа психологических характеристик тревожно-депрессивной симптоматики и аддитивного поведения

Шкала	Factor Loadings (Varimax raw) Extraction: Principal components (Marked loadings are >0,7)					
	Микст		Тревога		Депрессия	
	Фактор					
	1	2	1	2	1	2
I	0,370432	-0,049331	0,190737	0,601600	0,122704	0,626876
II	0,890009	0,322618	0,853011	0,199792	0,912788	0,046457
III	0,760633	-0,336656	0,009387	0,840165	-0,122869	0,921379
IV	0,570403	0,469352	0,729140	0,235226	0,836375	0,338877
V	-0,460456	0,605785	0,470205	-0,468150	0,376748	-0,727003
VI	-0,125463	0,470845	0,183359	-0,352677	-0,228140	-0,517591
VII	0,316487	0,346770	0,762198	-0,234296	0,635565	-0,418703
VIII	0,015866	-0,582979	-0,419107	0,522138	-0,682059	0,283026
IX	0,634187	0,277572	0,514657	0,211090	0,347542	0,173959
E	0,028986	0,787036	0,677194	-0,473794	0,726072	-0,410488
N	0,750849	-0,221663	-0,007997	0,837799	0,074954	0,843995
M	0,194529	0,851265	0,671740	-0,485767	0,691170	-0,502043
Expl. Var	3,166084	2,959187	3,481813	3,041033	3,757293	3,573894
Prp. Totl	0,263840	0,246599	0,290151	0,253419	0,313108	0,297825
	Табак		Алкоголь		Наркотики	
I	0,725696	0,157639	0,783140	0,073908	0,748881	-0,076301
II	0,052576	0,831197	0,230138	0,858064	0,074573	0,898798
III	0,760752	0,513287	0,938559	0,039283	0,827625	0,150919
IV	0,328773	0,419376	0,737250	0,496417	0,481161	0,571282
V	-0,739157	0,164336	-0,665132	0,212687	-0,684359	0,421429
VI	-0,557646	0,357968	-0,618776	0,513021	-0,551208	0,322915
VII	-0,186453	0,757304	0,086642	0,799797	0,149968	0,748539
VIII	0,708459	-0,128249	0,753532	-0,312044	0,682441	-0,290564
IX	0,113286	0,783934	0,258066	0,450207	0,246880	0,695753
E	-0,616043	0,529956	-0,586201	0,663047	-0,348653	0,776743
N	0,805445	0,328114	0,936450	-0,028614	0,851673	0,286471
M	-0,803317	0,329344	-0,466560	0,747692	-0,520066	0,672108
Expl. Var	4,296638	3,011715	4,996150	3,237363	3,921583	3,710609
Prp. Totl	0,358053	0,250976	0,416346	0,269780	0,326799	0,309217

Примечание. В 1-м столбце приведены шкалы: I (невротичность), II (спонтанная агрессивность), III (депрессивность), IV (раздражительность), V (общительность), VI (уравновешенность), VII (реактивная агрессивность), VIII (застенчивость), IX (открытость), E (экстраверсия), N (эмоциональная лабильность), M (маскулинизм).

Таблица 3
«Психопатический» фактор формирования ПДАС

Тревога	II	IV	VII	-	-	-
Депрессия	II	IV	-	-	E	-
Табак	II	-	VII	IX	-	-
Алкоголь	II	-	VII	-	-	M
Наркотики	II	-	VII	-	E	-

Взаимосвязь данного показателя с IV (раздражительностью), эмоциональной неустойчивостью, склонностью к аффективному реагированию определяет повышенный риск к психодезадаптации тревожно-депрессивного типа. Взаимосвязь с VII (реактивной агрессивностью),

психопатизацией экстратенсивного типа, направленной вовне агрессией предрасполагает к аддитивным формам ПДАС. Данная взаимосвязь, обозначающая «смешанную психопатизацию», характерна и для тревоги, но в случае тревоги «аффективная» связь II-IV оказывается более значимой ($r_s=0,51$), чем II-VII ($r_s=0,49$).

Значимую роль в структуре «психопатического» фактора играет показатель E (экстраверсии), в сочетании с «аффективной» связью II-IV формирующий предрасположенность к депрессивной симптоматике, а в сочетании с «аддитивной» связью II-VII – риск наркотизации (связан с более тяжелыми проявлениями как аффективного, так и аддитивного ПДАС). Риск «психопатического» пути формирования никотиновой аддикции возрастает при добавлении к аддитивной связи II-VII показателя IX (открытости), характеризующего высокую самокритичность и глубину отношений с людьми. Повышенного риска формирования «психопатического» пути алкоголизации можно ожидать при добавлении к II-VII показателя M (маскулинизма), связанного с такими характеристиками, как решительность до импульсивности, низкая ориентация на отношения и высокая – на результат.

Ядро «невротического» фактора формирования разных ПДАС (табл. 4) образуется связью III-N (эмоциональной лабильности, низкой саморегуляции, неустойчивого настроения со склонностью к понижению), которая предрасполагает к аффективным ПДАС, а в сочетании с низкой V (общительностью) – к депрессии.

Таблица 4
«Невротический» фактор формирования ПДАС

Тревога	-	III	-	N	-	-	-
Депрессия	-	III	-	N	V	-	-
Табак	I	III	VIII	N	V	M	
Алкоголь	I	III	VIII	N	-	-	IV
Наркотики	I	III	-	N	-	-	-

«Невротический» фактор формирования аддитивного поведения предполагает сочетания связи III-N с показателем I (невротичности), т. е. астенических характеристик, со склонностью к психосоматическим нарушениям. Социальная приемлемость (ограничение потребления легальными ПАВ, табаком и алкоголем) связана с присоединением к данной триаде показателя VIII (застенчивость), отражающего бытовое стресс-реагирование пассивно-оборонительного типа и неуверенность в социальных контактах. Добавление к комплексу «социально-приемлемого ПДАС» I-III-VIII-N низких показателей V (общительности) и M (маскулинности), связанной с внешним локусом контроля, склонностью смущаться, вегетативными реакциями, формирует путь «невротического» табакокурения. Комплекс I-III-VIII-N в сочетании с высокими показателями IV (раздражительности) связан с невротическим путем алкоголизации.

Характерно, что группа «микст» образует и «смешанные» факторы, которые нельзя отнести ни к «психопатическим», ни к «невротическим», даже во взаимосвязях личностных черт отражая высокую полиморфность формирования данного типа ПДАС.

Таблица 5
Личностные особенности «психопатического» пути формирования ПДАС

Характеристика			Вариант
Стержневая	Групповая	Дифференцирующая	
Интротенсивный тип психопатизации, импульсивность, саморазрушительные тенденции (II)	Раздражительность, неустойчивое эмоциональное состояние, аффективное реагирование (IV) Экстрастенсивная психопатизация, агрессия вовне, доминирование (VII)	Экстрастенсивная психопатизация (VII)	Тревога
		Спонтанность, поверхностность контактов (E)	Депрессия
		Высокая самокритичность (IX)	Табак
		Решительность вплоть до импульсивности, высокая ориентированность на результат, низкая – на отношения (M)	Алкоголь
		Спонтанность, поверхностность контактов (E)	Наркотики

Таблица 6
Личностные особенности «невротического» пути формирования ПДАС

Характеристика			Вариант
Стержневая	Групповая	Подгрупповая	
Неустойчивость эмоционального состояния, колебания настроения с тенденцией к понижению (iii-n)	Невротичность, астенические характеристики со склонностью к психосоматическим нарушениям (I)	Застенчивость, пассивно-оборонительное стресс-реагирование, скованность в социальных контактах (VIII)	Тревога
		Низкая социальная активность – как потребность, так и реализация (-V)	Депрессия
		Неустойчивое эмоциональное состояние, аффективное реагирование (IV)	Наркотики
		Низкая социальная активность, внешний локус контроля, склонность к смущению с вегетативными реакциями (-V), (-M)	Алкоголь
			Табак

Заключение. Анализ взаимосвязи изолированных психологических характеристик с проявлениями психозадаптации показал высокое прогностическое значение показателей шкал FPI: I (невротичность), III (депрессивность), N (эмоциональная лабильность) в формировании тревожно-депрессивных ПДАС; шкал II (спонтанная агрессивность), IV (раздражительность) и IX (открытость) – в формировании ПДАС в связи со злоупотреблением алкоголем. В качестве адаптивных ресурсов в отношении тревожно-депрессивных ПДАС про-

явили себя психологические характеристики, связанные со шкалами V (общительность), VI (уравновешенность), E (экстраверсия) и M (маскулинизм). Однако установлена недостаточность изолированного анализа взаимосвязей шкал и симптомов вследствие обнаружения психологических факторов риска средней предсказательной силы с разной направленностью, например, IV (раздражительности) и VIII (застенчивости) и вследствие отсутствия изолированных характерологических черт, связанных с табачной и наркотической аддикцией. Исходя из этого, изучены взаимосвязи между шкалами FPI при разных вариантах ПДАС. В результате выделены два пути формирования ПДАС («психопатический» и «невротический») с общими характеристиками каждого пути и выявленными особенностями отдельных вариантов. Мозаичность симптоматики и полиморфность личностных черт при смешанном (аффективно-аддиктивном) варианте ПДАС не позволила однозначно выделить «психопатический» или «невротический» путь формирования данного состояния. Выявленные особенности использованы в программе когнитивно-поведенческой копинг-профилактики аддиктивных и невротических состояний для студентов, включающей рационализацию когнитивного стиля с повышением стресс-резистентности к повседневным жизненным трудностям.

Литература

1. Аболонин А. Ф., Назарова И. А., Асланбекова Н. В. Личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей, страдающих различными формами зависимости от психоактивных веществ (гендерный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1 (82). – С. 22–28.
2. Бахтин И. С., Егоров А. Ю. Личностные детерминанты аддиктивного поведения у курсантов военно-морских вузов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 1. – С. 34–41.
3. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
4. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
5. Бохан Н. А., Стоянова И. Я., Счастный Е. Д., Королев А. А. Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 2 (15). – С. 55–59.
6. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А. Социально-психологические факторы в формировании сферы здоровья личности // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 3–8.
7. Воеводин И. В. Изучение роли копинга в формировании предболезненных состояний у студентов: новый подход // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5. – С. 77–80.
8. Гречаный С. В. Психическая адаптация подростков с расстройствами поведения и зависимостью от психоактивных веществ // Наркология. – 2013. – Т. 12, № 8 (140). – С. 76–81.
9. Рудницкий В. А. Экологические факторы, влияющие на психическое здоровье: региональный аспект // Рос. психiatr. журн. – 2009. – № 2. – С. 26–29.

10. Рыбакова Ю. В., Илюк Р. Д., Крупицкий Е. М., Боcharов В. В., Вукс А. Я., Незнанов Н. Г. Роль клинических и социально-психологических факторов в формировании алкогольной анозогнозии // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 2. – С. 77–86.
11. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
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. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддитивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
14. Семке В. Я., Стоянова И. Я., Ошаев С. А. Психологическая модель травматического стресса на примере посттравматических стрессовых расстройств // Вестник ТГУ. – 2005. – № 286. – С. 123–129.
15. Твердохлебова Н. В., Бохан Т. Г. Структурно-содержательные характеристики самосознания у лиц юношеского возраста с разной выраженностью пивной аддикции // Сибирский психологический журнал. – 2011. № 41. – С. 64.
16. Чеверикина Е. А. Социально-психологические особенности студентов вузов, склонных к зависимости от психоактивных веществ // Казанский педагогический журнал. – 2012. – № 5–6 (95). – С. 126–132.
17. 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.
18. 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.
19. Liu C., Zhao Y., Tian X., Zou G., Li P. Negative life events and school adjustment among Chinese nursing students: The mediating role of psychological capital // Nurse Education Today. – 2015. – Vol. 35, Issue 6. – P. 754–759.
20. Perera H. N., DiGiacomo M. The role of trait emotional intelligence in academic performance during the university transition: An integrative model of mediation via social support, coping, and adjustment // Personality and Individual Differences. – 2015. – Vol. 83. – P. 208–213.
3. Bokhan N. A. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial associativity of problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 2: 31–37. (In Russ.).
4. Bokhan N. A., Semke V. Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
5. Bokhan N. A., Stoyanova I. Ya., Schastnyy E. D., Korolev A. A. [Pathopsychological characteristics of patients with dual diagnosis in the context of suicidal behavior]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2014; 5, 2(15): 55–59. (In Russ.).
6. Wasserman L. I., Trifonova E. A. [Sociopsychological factors influencing individual health]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2012; 3: 3–8. (In Russ.).
7. Voevodin I. V. [Study of coping's role in formation of pre-morbid conditions among students: a new approach]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 5: 77–80. (In Russ.).
8. Grechanyy S. V. [Mental adaptation of adolescents with behavioral disorders and substance dependence]. *Narkologija* [Narcology]. 2013; 12, 8(140): 76–81. (In Russ.).
9. Rudnitsky V. A. [Environmental concerns and mental health: regional aspect]. *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2009; 2: 26–29. (In Russ.).
10. Rybakova Yu. V., Ilyuk R. D., Krupitsky E. M., Bocharov V. V., Vuks A. Ya., Neznanov N. G. [Clinical, psychological and social formative factors of alcoholic anosognosia]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014; 2: 77–86. (In Russ.).
11. Semke V. Ya., Bokhan N. A. [Transcultural addictology]. Publishing House of Tomsk University, 2008. 588 p. (In Russ.).
12. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. [Clinical-dynamic approach to systematics of addictions]. *Narkologija* [Narcology]. 2005; 4, 12: 30–35. (In Russ.).
13. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. [Personological analysis in the context of addictive states" systematic]. *Narkologija* [Narcology]. 2006; 1: 60–66. (In Russ.).
14. Semke V. Ya., Stoyanova I. Ya., Oshaev S. A. [Psychological model of traumatic stress on example of posttraumatic stress disorders]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Tomsk State University Bulletin]. 2005; 286: 123–129. (In Russ.).
15. Tverdokhlebova N. V., Bokhan T. G. [Structural and substantial characteristics of self-consciousness of persons in adolescence with different expressions of beer addiction]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. 2011; 41: 64. (In Russ.).
16. Cheverikina E. A. [The socio-psychological characteristics of high school students, who are prone to substance abuse]. *Kazanskij pedagogicheskij zhurnal* [Kazan Pedagogical Journal]. 2012; 5–6(95): 126–132. (In Russ.).

Транслитерация русских источников

1. Abolonin A. F., Nazarova I. A., Aslanbekova N. V. [Personality traits of juvenile delinquents suffering from different forms of substance dependence (gender aspect)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 1(82): 22–28. (In Russ.).
2. Bakhtin I. S., Egorov A. Yu. [Personal determinants of addictive behavior in marine military school students]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014; 1: 34–41. (In Russ.).

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441:616.8-009.832

ББК Р627.7+Р64-3

КОМОРБИДНОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Казенных Т. В.^{*1}, Бохан Н. А.^{1,2},
Гребенюк О. В.²

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

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

Приведены данные клинико-катамнестического наблюдения 258 пациентов, наблюдающихся в Междисциплинарном центре профилактики пароксизмальных состояний (МЦППС), с подтвержденными церебральными пароксизмами неэпилептического генеза в виде панических атак (n=133), расстройств сна (n=19), конверсионных приступов (n=81). Проведенный анализ психических и неврологических расстройств у пациентов с церебральными пароксизмами неэпилептического генеза выявил высокую степень их коморбидности, в большей мере встречающуюся в группе пациентов с паническими расстройствами, синкопами, расстройствами сна. При этом психические расстройства были как первичными, обусловленными самим патологическим процессом; так и вторичными, связанными с влиянием средовых факторов, прежде всего с психогенными влияниями. Выраженность нарушений находилась в четкой зависимости от длительности заболевания, выраженности коморбидной симптоматики, адекватности реабилитационных мероприятий. **Ключевые слова:** церебральные пароксизмы неэпилептического генеза, коморбидность, психические расстройства, неврологические расстройства, панические атаки, нейрогенный обморок, пароксизмальные расстройства сна, конверсионные приступы, коморбидность.

COMORBIDITY OF MENTAL AND NEUROLOGICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CEREBRAL PAROXYSMS OF NON-EPILEPTIC ORIGIN. Kazennykh T. V.¹, Bokhan N. A.^{1,2}, Grebenyuk O. V.² ¹Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. ²Siberian State Medical University. Moscovski Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation. The data of clinical follow-up of 258 patients with confirmed cerebral paroxysms of non-epileptic origin in the form of panic attacks (n=133), sleep disorders (n=19), conversion seizures (n=81) observed at the Interdisciplinary Center of Prevention of Paroxysmal States (ICPPS) have been presented. The analysis of mental and neurological disorders in patients with cerebral paroxysms of non-epileptic origin revealed a high degree of their comorbidity, increasingly occurring in patients with panic disorders, sleep disorders, and syncopes. At the same time mental disorders were both primary (caused by pathological process), and secondary (due to influence of environmental factors, especially to psychogenic influences).

* Казенных Татьяна Валентиновна, к.м.н., ученый секретарь. E-mail kazennykh@sibmail.com; redo@mail.tomsknet.ru
Телефон: (83822)723149.

Severity of disturbances was in clear dependence on length of illness, severity of comorbid symptoms, and adequacy of rehabilitation. **Keywords:** cerebral paroxysms of non-epileptic origin, comorbidity, psychiatric disorders, neurological disorders, panic attacks, neurogenic syncope, paroxysmal sleep disorders, conversion seizures, comorbidity.

Введение. Психические расстройства при пароксизмальных состояниях различного генеза, коморбидность психических и неврологических расстройств при данных состояниях – одна из основных проблем не только клинической психиатрии как науки, но и непосредственно практической неврологии в связи с широкой распространенностью разных по тяжести и клиническим проявлениям форм течения заболеваний, сложностью их лечения и реабилитации в свете медицинских и социально-экономических аспектов (Гребенюк О. В. и др., 2010). Их широкая распространенность среди населения, в том числе и среди людей, считающих себя практически здоровыми, очевидна. Как показали многочисленные эпидемиологические исследования, в популяции только вегетативные нарушения, начиная с пубертатного возраста, встречаются в 25–80 % наблюдений (Вейн А. М., Вознесенская Т. Г. и др., 1998; Казенных Т. В., Бохан Н. А., Андреев С. М., 2015).

Пароксизмальность объединяет различные группы расстройств, которые могут выступать в роли самостоятельного заболевания (эпилепсия), или развиваться на фоне разного рода психических, соматических и неврологических заболеваний (пароксизмальные состояния неэпилептического генеза). Понимание первопричины психических расстройств, грамотное толкование клинической составляющей позволяют в дальнейшем предоставить индивидуально ориентированные патогенетические программы реабилитации пациентов с пароксизмальными расстройствами различного генеза.

Материалы и методы. Мы проанализировали психические расстройства у 258 пациентов Междисциплинарного центра профилактики пароксизмальных состояний (МЦППС) с верифицированными неэпилептическими церебральными пароксизмами. Методами исследования являлись клинический, клинико-катамнестический, статистический.

Обсуждение результатов. 133 пациента обратились в МЦППС по поводу спонтанных, эпизодических и интенсивных приступов тревожности. Состояние их было верифицировано как паническое расстройство (41.0). Давность заболевания у всех пациентов была более 1 года. Ранее все пациенты обращались к различным специалистам (терапевту, эндокринологу, гастроэнтерологу, неврологу и т. д.), однако многочисленные обследования не выявляли патологии, объясняющей в полной мере состояние пациентов.

75 обратившихся в МЦППС имели направления от специалистов различного профиля для проведения дифференциального диагноза с эпилепсией.

Ведущим симптомом в клинической картине являлись приступы паники, протекавшие в виде сильного ощущения страха и внутреннего дискомфорта, которые возникали неожиданно, обычно без симптомов-предвестников и сопровождались пугающими физическими симптомами в виде внезапно начавшегося сердцебиения, удушья, боли в груди, головокружения, сильной слабости, чувства нереальности происходящего и собственной измененности. При этом почти всегда выявлялся страх внезапной смерти, страх утраты контроля над собой или страх сойти с ума. Панический приступ длился приблизительно в течение 10—20 минут (максимальная продолжительность до 2 часов) и проходил сам собой, не оставляя никаких следов и не представляя реальной угрозы для жизни пациента.

Клинические проявления панического расстройства, отвечая диагностическим критериям, отличались значительным разнообразием. Выраженность собственно страха или аффективные проявления панической атаки (Семке В. Я., Погосова И. А., 2010) варьировала от тревоги, ощущения неясной угрозы до панического неконтролируемого страха, надвигающейся смерти. Все пациенты ярко описывали соматовегетативные проявления панической атаки (ПА). Чаще всего они предъявляли жалобы на учащенное сердцебиение, доходящее до ощущения, описываемого как: «разрывает грудную клетку», «бьется в горле». Кроме того, пациенты сообщали о неприятных ощущениях в области сердца, варьирующих от прекардиального дискомфорта до интенсивных болевых ощущений. У значительного числа пациентов возникало чувство нехватки воздуха, вплоть до удушья, головокружение, «предобморочное состояние», больные жаловались на общую слабость либо ощущали слабость в ногах или руках, описывали дрожь во всем теле, иногда судорожные подергивания или ощущения «выкручивания» мышц. Часто отмечались потливость, покраснение или бледность кожных покровов, похолодание конечностей, ощущение покалывания или «ползания мурашек» в разных участках тела, головные боли. Нередкими были нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота, боли или урчание в животе, частая диарея. Страх нарастал по мере развертывания соматовегетативных проявлений, сопровождался двигательным беспокойством или, напротив, скованностью во всем теле. На высоте страха нередко возникали деперсонализационно-дереализационные явления.

Первый эпизод панической атаки пациенты обычно связывали с ближайшими стрессовыми ситуациями, эмоциональными переживаниями, умственным или физическим переутомлением. Панические приступы повторялись с течением времени, возникали все чаще, нарастала полиморфность клинических проявлений и длительность во времени; при этом реальных причин для их развития выявить не удалось.

Поскольку панический приступ для пациента – это крайне неприятное и пугающее его ощущение, то к паническим приступам добавлялся еще и постоянный страх перед их возникновением, что является одним из каскадных механизмов развития приступов и их структурного усложнения. Панические атаки, возникающие внезапно, с пугающей симптоматикой, становятся причиной постоянного страха и ожидания их возникновения, что очень социально дезадаптирует человека в повседневной жизни. Страх перед возникновением приступа является одним из основных пусковых механизмов панических атак. Это приводит к социальной изоляции, потере трудоспособности и значительному снижению качества жизни. Наличие внезапных неконтролируемых приступов страха, мыслей о тяжелой болезни, с которой невозможно справиться, может закономерно привести к развитию депрессии, в силу этого у большинства пациентов, наряду с паническим расстройством, наблюдается также и депрессия.

Коморбидные психические расстройства были выявлены у 102 обратившихся (76,7 % от всех больных с ПА). Достоверно чаще более чем у половины пациентов с коморбидным психическим расстройством была депрессия (58 человек). Депрессивные переживания чаще всего были связаны с переживаниями по поводу состояния здоровья, пациенты преувеличивали тяжесть своего состояния, практически всегда депрессию сопровождал тревожный компонент. У 26 пациентов мы диагностировали органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с сосудистым заболеванием, поскольку у всех них в анамнезе отмечалась сосудистая дисфункция различной степени выраженности (гипертоническая болезнь, остеохондроз и т. п.). 18 больных злоупотребляли алкоголем – при этом следует отметить, что все они объясняли свое поведение желанием посредством алкоголя снять нежелательные ощущения страха или тревоги.

25 обратившихся в МЦППС предъявляли жалобы на приступы, сопровождающиеся потерей сознания. Все пациенты перед падением испытывали резкую слабость, чувство дурноты, тошноты, нехватки воздуха; холодный пот; онемение конечностей; ощущения пустоты в голове, отмечали бледность кожи, снижение артериального давления.

Большинство пациентов (19 – 76,0 %) в качестве причины возникшего состояния указали резкую смену температуры (пребывание в душном помещении, смена погоды, баня, теснота). 8 человек (32,0 %), помимо этого, указали, что находились в состоянии физического и психоэмоционального перенапряжения. Все вышеперечисленное позволило предположить нейрогенный обморок с вагodeпрессорным механизмом и диагностировать у пациентов данной группы обморок (синкопе) (R55).

Следует отметить, что у 21 пациента синкопы носили повторный характер, лишь 4 пациента обратились в МЦППС после единичного приступа. 17 больных были направлены врачами других специальностей (терапевт, невролог, эндокринолог) для исключения эпилепсии.

Стержневым синдромом в клинической картине заболевания был астеновегетативный, характеризовавшийся преобладанием повышенной утомляемости, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому и умственному напряжению. У больных наблюдались раздражительная слабость, выражающаяся повышенной возбудимостью и быстро наступающей вслед за ней истощаемостью, аффективная лабильность с преобладанием пониженного настроения с чертами капризности и неудовольствия, а также слезливостью. Для многих пациентов была характерна гиперестезия – они не переносили яркого света, громких звуков и резких запахов. Астенические расстройства развивались исподволь и характеризовались нарастающей интенсивностью. Катамнестически мы отмечали, что первыми признаками астеновегетативного синдрома были повышенная утомляемость и раздражительность, сочетающиеся с нетерпеливостью и постоянным стремлением к деятельности, даже в обстановке, благоприятной для отдыха («усталость, не ищущая покоя»).

Безусловно, мы выявляли и иные коморбидные психические расстройства в виде депрессивных переживаний, чаще с тревожно-фобическим компонентом, однако лишь у 7 человек (33,3 %) выраженность расстройств достигла клинического уровня и верифицировалась нами как F43.22. (Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации).

После проведения обследования и подтверждения неэпилептической природы приступов пациенты направлялись для наблюдения и последующей реабилитации к кардиологу по месту жительства.

19 пациентов обратились в МЦППС по поводу расстройств сна в виде синдрома беспокойных ног (СБН) и синдрома периодических движений конечностями (СПДК). 10 пациентов обратились по направлению участкового невроло-

га по месту жительства для исключения ночной миоклонической эпилепсии, еще 9 – самостоятельно. Продолжительность заболевания составляла от 1 месяца до нескольких лет. О том, что происходит ночью, все пациенты рассказывали со слов родственников.

17 пациентов предъявляли жалобы на дискомфорт в ногах, возникающий в покое и длящийся от нескольких минут до нескольких часов, уменьшающийся при движениях и возобновляющийся во время отдыха. Симптоматика у этих больных значительно усиливалась в вечернее время и в первую половину ночи (между 18 часами вечера и 4 часами утра), а перед рассветом симптомы ослабевали и могли исчезнуть вообще в первую половину дня. 15,8 % обратившихся указали на отягощенность пароксизмального анамнеза, при этом большинство сообщали, что слышали о подобной проблеме в своей семье («прадед также маялся», «мама рассказывала, что отец ночами не спал, все бежал куда-то»). Психический статус пациентов характеризовался астеническим синдромом с диссомнией или парасомнией в рамках расстройства сна (G47).

Проведенное обследование (общий анализ крови, гормональный статус, ночной ЭЭГ-видеомониторинг, электронейромиографическое исследование) выявило у 9 пациентов обострение ревматизма, точнее признаки ревматоидного артрита, 1 пациентка оказалась беременной, у 2 пациентов выявили железодефицитную анемию, причина заболевания у 5 больных осталась не ясна, однако именно у этих больных нами была выявлена пароксизмальная отягощенность в анамнезе либо они упоминали о сходной проблеме у родственников. Все это позволило предположить генетическую предрасположенность к расстройству. После проведения обследования 12 пациентов были направлены к специалистам соответствующего профиля (ревматологу, гинекологу, гематологу), оставшимся был предложен курс реабилитации на базе неврологических клиник СибГМУ, включающий фармакологические (наком в индивидуальной дозе, первоначальная дозировка составляла 1/4 таблетки за 30 минут до сна, затем дозировка увеличивалась до 1/2 таблетки каждые 3 дня до достижения положительного эффекта. Обычно эффективная дозировка составляла 1 таблетку на ночь, лишь у 1 больного она была увечена до 2 таблеток) и нефармакологические методы лечения – массаж, ванны, специальные физические упражнения, коррекция рациона питания, рациональная психотерапия.

2 пациента предъявляли жалобы на плохой сон из-за сновидения. У обоих данное расстройство возникло на фоне сильных психоэмоциональных переживаний: один пациент

разводился с женой, другая пациентка переживала ситуацию сокращения на работе. Ведущим синдромом в психическом статусе явился депрессивный с астеническими и диссомническими включениями, а симптоматика полностью редуцировалась после проведения курса лечения антидепрессантами и рациональной психотерапевтической коррекции.

Наиболее интересны в клинических проявлениях были конверсионные приступы, наблюдавшиеся нами у 81 пациента. Проведенные комплексные исследования истерии свидетельствуют о «видоизменении» расстройства (Аксенов М. М. и др., 2013). Уменьшение клинических проявлений «истерии внешнего пространства» компенсируется ростом малых, усложненных, интимных форм личностного реагирования по типу «истерии внутреннего пространства» — разнообразных конверсионных, соматоформных, патохарактерологических расстройств (Перчаткина О. Э., 2000; Семке В. Я. и др., 2006). Многолетнее клинико-динамическое, нейрофизиологическое изучение истерических состояний (неврозов, психопатий, психозов), проведенное В. Я. Семке (1967—2013), позволило установить их нозологическое единство, представленное в рамках «истерической болезни». Оно обосновало общность этиологических, патогенетических и предрасполагающих факторов, которые реализуются в ситуациях нарушенных интерперсональных взаимоотношений различной степени выраженности и значимости, приводящей к определенной форме истерической патологии — невротической, психопатической, психотической. Наше исследование также подтвердило данное утверждение.

У 77,8 % обратившихся пациентов в этой группе были выявлены те или иные особенности патохарактерологического личностного преморбида, все пациенты в качестве запускающего фактора указали на имеющуюся психотравмирующую ситуацию или ситуацию острого стресса. Целесообразно отметить, что в нашем исследовании не отмечено ни одного пациента с истерическим параличом или психозом. Двигательные расстройства были представлены приступами, сопровождающимися судорожными подергиваниями, гиперкинезами в виде тиков и мигания, расстройствами речевой функции — заикание, мутизм, афония. Уровень интеллекта и образования мало влиял на возникновение данных симптомов. Симптомы возникали чаще остро, вслед за психической травматизацией, часто на фоне соматогении, локализуясь в «месте наименьшего сопротивления» и по механизму «условной желательности и приятности» симптома. Судорожные приступы протекали без ауры и не сопровождались выключением сознания. Больной падал, но при этом не ушибался. Возникающие тонические

судороги носили вычурный характер, отличались большим разнообразием как в проявлениях, так и в длительности, чем в значительной степени отличались от относительно стереотипных судорог эпилептического генеза. Двигательные расстройства хорошо поддавались психотерапевтическому воздействию, но могли рецидивировать при массивных психогениях. Интересно, что в этой группе как таковых коморбидных психических расстройств нами выделено не было, хотя и имели место эпизоды злоупотребления спиртными напитками, но не достигающие до диагностического уровня, а также снижение настроения, чаще кратковременное, ситуационно обусловленное, также не достигавшее клинического уровня. После определения неэпилептического характера данных расстройств пациенты были направлены на реабилитацию в клинику НИИ психического здоровья.

Все коморбидные расстройства, выявленные нами у пациентов МЦППС с церебральными пароксизмами неэпилептического генеза, представлены в таблице 1.

Таблица 1
Коморбидные психические расстройства у пациентов МЦППС с церебральными пароксизмами неэпилептического генеза

	Депрессивная реакция в связи с расстройством адаптации (F43.2)	Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6)	Синдром зависимости от алкоголя, периодическое употребление (F10.26)
Паническое расстройство	58 (56,9 %)*	26 (25,5 %)	18 (17,6 %)
Синкопы	7 (33,3 %)*	21 (84,0 %)*	-
Расстройства сна	2 (10,5 %)	12 (63,1 %)*	-
Конверсионные приступы	-	-	-

Примечание. * — $p < 0,005$.

Анализ табличного материала свидетельствует, что для пациентов с паническими расстройствами, синкопами и расстройствами сна достоверно чаще коморбидными психическим расстройствами являлись депрессивные реакции и органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, что требовало разработки индивидуальной стратегии терапии и психотерапевтических мероприятий.

Выводы. Проведенный анализ психических и неврологических расстройств у пациентов с церебральными пароксизмами неэпилептического генеза выявил высокую степень их коморбидности, в большей мере встречающуюся в группе пациентов с паническими расстройствами, синкопами и расстройствами сна. При этом психические расстройства были как первичными, обусловленными самим патологическим процессом; так и вторичными, связанными с влиянием средовых факторов, прежде всего

с психогенными влияниями. Выраженность нарушений находилась в четкой зависимости от длительности заболевания, выраженности коморбидной симптоматики, адекватности реабилитационных мероприятий.

Л и т е р а т у р а

1. Гребенюк О. В., Казенных Т. В., Алифиров В. М., Семке В. Я. Специализированная помощь больным эпилепсией в Томской области: опыт работы Междисциплинарного центра профилактики пароксизмальных состояний // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4. – С. 51–55.
2. Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Воробьева О. В., Голубев В. Л. Вегетативные расстройства: Клиника. Диагностика. Лечение / под ред. А. М. Вейна. – М. : МИА, 1998. – 749 с.
3. Казенных Т. В., Бохан Н. А., Андреев С. М. Распространенность и типология пароксизмальных состояний в Томской области // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1, вып. 5. – С. 772–780.
4. Семке В. Я., Погосова И. А. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5. – С. 50–57.
5. 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. 11–17.
6. Перчаткина О. Э. Истерические состояния : типология, динамика, терапия и превенция: автореф. ... к.м.н. – Томск, 2000.
7. Семке В. Я., Белокрылова М. Ф. «Истерическая болезнь»: современные аспекты нозологической специфичности и психосоматических соотношений // Психи-

ческие расстройства в общей медицине. – 2006. – № 1. – С. 16–22.

Транслитерация русских источников

1. Grebenyuk O. V., Kazennykh T. V., Alifirova V. M., Semke V. Ya. [Specialized assistance for epileptic patients in Tomsk District: experience of work of the interdisciplinary center of prevention of paroxysmal states]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 4: 51–55. (In Russ.).
2. Vein A. M., Voznesenskaya T. G., Vorobyeva O. V., Golubev V. L. [Vegetative disorders: Clinics. Diagnosis. Treatment]. Vein A. M., ed. MIA, Moscow, 1998. 749 p. (In Russ.).
3. Kazennykh T. V., Bokhan N. A., Andreev S. M. [Prevalence and typology of paroxysmal states in the Tomsk Region]. *Uspehi sovremennogo estestvoznaniya* [Advances in Current Medical Sciences]. 2015; 1, 5: 772–780. (In Russ.).
4. Semke V. Ya., Pogosova I. A. [Psychotherapy of comorbid anxiety-phobic and affective disorders]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 5: 50–57. (In Russ.).
5. 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 desadaptation in nonpsychotic mental disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSci, 2009–2012)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4: 11–17. (In Russ.).
6. Perchatkina O. E. [Hysteric states: typology, dynamics, therapy and prevention]. *Avtoref. diss. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 2000. (In Russ.).
7. Semke V. Ya., Belokrylova M. F. [“Hysteric illness”: modern aspects of nosological specificity and psychosomatic correlations]. *Psichicheskie rasstrojstva v obshhej medicine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2006; 1: 16–22. (In Russ.).

НЕКРОЛОГ



Светлой памяти профессора Н. Е. Буториной

9 июля 2015 г. на 84-м году жизни скончалась **НАТАЛЬЯ ЕРОФЕЕВНА БУТОРИНА**, известный отечественный ученый в области подготовки и организации специалистов по детской и подростковой психиатрии, вдохновитель и создатель уральской школы детской психиатрии, доктор медицинских наук, профессор.

Трудовая деятельность Натальи Ерофеевны Буториной на протяжении всей жизни была неразрывно связана с детской психиатрией. Начав работать участковым педиатром, проявила интерес к вопросам психического здоровья детей. Прошла обучение в клинической ординатуре на кафедре психиатрии Челябинского государственного медицинского института, защитила кандидатскую диссертацию по теме: «Психотерапия ночного энуреза у детей» в 1968 г. С 1969 г. работала ассистентом кафедры психиатрии, тогда и защитила докторскую диссертацию по теме: «Особенности нарушений психофизического развития детей от больных шизофренией родителей». В 1981 г. организовала кафедру детской психиатрии в открытом в Челябинске Уральском Госу-

дарственном институте усовершенствования врачей – это была вторая кафедра в стране такого профиля, которая успешно вела работу по подготовке и усовершенствованию детских и подростковых психиатров. За время работы в институте Наталья Ерофеевна была проректором по науке, организовала курс возрастной наркологии. Совместно с органами здравоохранения Челябинской области открыла первое подростковое психиатрическое отделение в стране, отделение невротизма для детей, Центр психического здоровья детей и подростков. Кроме того, являлась организатором подростковой наркологической службы в Челябинске, при её активном участии были открыты дефектологический факультет при Областном институте усовершенствования учителей и начата подготовка школьных психологов и социальных педагогов, а также факультет психологии в Челябинском филиале Российской академии образования и факультет психологии в Челябинском государственном университете.

Сфера научных изысканий профессора Н. Е. Буториной была связана с органическими психическими расстройствами в детском возрасте. Ее научные разработки нашли свое отражение и были продолжены в работах ее учеников. Под ее руководством было защищено 4 докторских и 26 кандидатских диссертаций. Она являлась автором более 300 научных работ, опубликованных в отечественной и зарубежной печати, в том числе 7 монографий и более 20 методических и учебных пособий. Ею была создана уральская школа детской психиатрии, и сегодня её ученики – специалисты г. Челябинска, Екатеринбург, Тюмени, Уфы, Кургана, Томска успешно работают в вузах и системе здравоохранения Уральского и Сибирского регионов.

Наталья Ерофеевна Буторина награждена медалью «За трудовую доблесть» и орденом «Почета». В 2004 г. в альманахе «Знаменитые женщины России» в разделе Лица эпохи «Гордость земли Российской» было помещено эссе, посвященное ее трудовой деятельности, а в 2005 г. она была награждена Национальной премией Российской Федерации «Россиянин года».

Редколлегия «Сибирского вестника психиатрии и наркологии» и сотрудники кафедры психиатрии Южно-Уральского Государственного медицинского университета глубоко убеждены и уверены в том, что педагогическое и профессиональное наследие Натальи Ерофеевны будет продолжено и приумножено ее коллегами и учениками. Мы запоем ее как мудрого Учителя, чуткого врача, душевного человека. Все, кто знал Наталью Ерофеевну, надолго сохранят в своих сердцах образ порядочного, высокообразованного, интеллигентного человека, замечательной, обаятельной женщины и матери.

От имени всех уральских и сибирских психиатров выражаем глубокое соболезнование родным, близким, коллегам, всем, кто знал Наталью Ерофеевну.

Редколлегия Сибирского вестника психиатрии и наркологии выражает глубокие соболезнования родным и близким Н. Е. Буториной

**Научно-практический
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник
психиатрии и наркологии.
2015. № 3 (88).**

Оригинал-макет СВГН. 2015. № 3 (88) подготовлен
в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении
«Научно-исследовательский институт психического здоровья» (Томск)
выпускающим редактором И. А. Зеленской

**Подписано к печати 07.09.2015 г.
Формат 60х84_{1/8}. Печать офсетная.
Бумага мелованная. Гарнитура «Arial».
Печ. л. 15,50; усл. печ. л. 14,42; уч.-изд. л. 15,57.
Тираж 1000 экз. Заказ № 15649.
Цена договорная**

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

Индекс подписки
66013