

**ISSN 1810-3111**

# **СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**Биологические исследования**

**Клиническая психиатрия**

**Клиническая наркология**

**Детско-подростковая психиатрия**

**Пенитенциарная психиатрия**

**Геронтопсихиатрия**

**Психосоматика**

**Психотерапия и медицинская психология**

**Лекции. Обзоры**

**Этнопсихиатрия**

**Сибирская летопись**

**2016. № 1 (90).**

**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 2016. № 1 (90).

### 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)

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

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

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Алматы  
Томск  
Томск  
Иркутск  
Мексика  
Чита  
США  
Новосибирск  
Калининград  
Новосибирск  
Германия  
Нидерланды  
Харьков  
Казань  
Москва  
Новосибирск  
С-Петербург  
Барнаул  
Швейцария  
Кемерово  
Томск  
Красноярск  
Москва  
Владивосток  
Китай  
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  
2016. № 1 (90).

## Founders:

Mental Health Research Institute (Tomsk)

## EDITORIAL BOARD

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

## EDITORIAL COUNCIL

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

## СОДЕРЖАНИЕ

### БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

<b>Мастерова Е. И., Невидимова Т. И., Савочкина Д. Н., Никитина В. Б., Лобачева О. А., Назарова И. А., Пешковская А. Г. (Томск) РОЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОЛЬФАКТАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С РАЗНЫМИ СПОСОБАМИ ИХ УПОТРЕБЛЕНИЯ</b> .....	5
---	---

### КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

<b>Киселева Л. Т., Овчинников А. А., Султанова А. Н. (Новосибирск) ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ МИГРАНТОВ КАК ФАКТОР, СНИЖАЮЩИЙ УСПЕШНОСТЬ АДАПТАЦИИ</b> .....	9
<b>Яковлева А. Л., Симуткин Г. Г. (Томск) СООТНОШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И ТЯЖЕСТИ ТЕКУЩЕЙ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ</b> .....	15

### КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

<b>Бохан Н. А., Лесников О. И., Погосов А. В. (Томск, Тула, Курск) АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ (КЛИНИКА, ТЕРАПИЯ)</b> .....	19
<b>Музаффарова Л. Ж., Турсунходжаева Л. А. (Ташкент) ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ТРЕНИНГА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ</b> .....	26

### ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

<b>Суетина О. А. (Москва) ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ</b> .....	31
<b>Альбицкая Ж. В., Дворянинова В. В., Касимова Л. Н. (Саратов) КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ</b> .....	38

### ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

<b>Качаева М. А., Хамитов Р. Р., Афзалетдинова Д. Х. (Москва, Казань, Уфа) ФАКТОРЫ РИСКА НАСИЛЬСТВЕННЫХ И НЕНАСИЛЬСТВЕННЫХ ФОРМ ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ</b> .....	43
<b>Макушкина О. А., Жарова Е. Н., Буравцов К. А. (Москва) ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ HCR-20 (ОЦЕНКА РИСКА НАСИЛИЯ; ВЕРСИЯ 2)</b> .....	47

### ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ

<b>Соколова И. В., Сиденкова А. П., Семке А. В. (Екатеринбург, Томск) КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ДЕМЕНЦИЙ С БРЕДОМ</b> .....	54
---	----

### ПСИХОСОМАТИКА

<b>Гычев А. В., Колесникова А. М. (Томск) ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНОЙ ОЦЕНКИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН</b> .....	59
---	----

### ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<b>Счастный Е. Д., Суровцева А. К., Рудницкий В. А. (Томск) СООТНОШЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ</b> .....	63
<b>Красильников Г. Т. (Краснодар) ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМА</b> .....	67
<b>Скутин А. В. (Челябинск) ПРОГРАММА ГЕЛОТОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ</b> ....	71

### ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

<b>Овчинников А. А., Султанова А. Н., Киселева Л. Т. (Новосибирск) КРОССКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (Литературный обзор)</b> .....	77
<b>Куприянова И. Е., Лебедева В. Ф. (Томск) ГЛОБАЛИЗАЦИЯ И КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ. Обзор материалов IV конгресса Всемирной Ассоциации Культуральной психиатрии (Пуэрто-Вальярта, Мексика, 29 октября – 2 ноября 2015 г.)</b> .....	82

### ЭТНОПСИХИАТРИЯ

<b>Бохан Т. Г., Галажинская О. Н., Терехина О. В., Аксенов М. М., Мандель А. И., Семке А. В., Счастный Е. Д., Кургак Д. И., Матвеева Н. П., Бадыргы И. О., Санашева И. Д. (Томск, Петропавловск-Камчатский, Якутск, Кызыл, Горно-Алтайск) ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП СИБИРИ</b> .....	86
<b>Витторио Де Лука, Донато Зупин, Андреа Даверлио, Филиппо Бенедетти, Элиза Раписарда, Витторио Инфанте (Рим, Италия) СПАСЕНИЕ И ПРОКЛЯТИЕ НА ЛАМПЕДУЗЕ. КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЛИТИКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ИТАЛИИ В ОТНОШЕНИИ МИГРАНТОВ ИЗ АФРИКИ</b> .....	93

### СИБИРСКАЯ ЛЕТОПИСЬ

<b>Сорокина В. А. (Кемерово) ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ПРОФЕССОРА А. А. КОРНИЛОВА</b> .....	103
--	-----

### НЕКРОЛОГ

<b>Светлой памяти профессора А. С. Боброва</b> .....	108
--	-----

## C O N T E N T S

### BIOLOGICAL RESEARCH

<b>Masterova E. I., Nevidimova T. I., Savochkina D. N., Nikitina V. B., Lobacheva O. A., Nazarova I. A., Peshkovskaya A. G.</b> (Tomsk) ROLE OF PATHOLOGICAL OLFACTION IN FORMATION OF SUBSTANCE DEPENDENCE WITH DIFFERENT ROUTES OF DRUG ADMINISTRATION .....	5
--	---

### CLINICAL PSYCHIATRY

<b>Kiseleva L. T., Ovchinnikov A. A., Sultanova A. N.</b> (Novosibirsk) FEATURES OF EMOTIONAL RESPONSE OF MIGRANTS AS A FACTOR FOR SUCCESSFUL ADAPTATION .....	9
<b>Yakovleva A. L., Simutkin G. G.</b> (Tomsk) CORRELATION OF SOCIAL ADAPTATION AND SEVERITY OF CURRENT DEPRESSION IN PATIENTS WITH COMORBID AFFECTIVE AND PERSONALITY DISORDERS.....	15

### CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

<b>Bokhan N. A., Lesnikov O. I., Pogosov A. V.</b> (Tomsk, Tula, Kursk) DELIRIUM TREMENS IN PATIENTS LIVING IN ECOLOGICALLY UNFAVORABLE REGION OF TULA REGION (CLINICS, THERAPY) .....	19
<b>Muzaffarova L. Zh., Tursunkhodzhaeva L. A.</b> (Tashkent) EVALUATION OF ANTI-RELAPSE TRAINING EFFICIENCY IN PREVENTION OF RELAPSES IN OPIOID DEPENDENT PATIENTS .....	26

### CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

<b>Suetina O. A.</b> (Moscow) FEATURES OF PSYCHOGENIES IN ADOLESCENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES AT THE INITIAL STAGE OF ANTI-TUMOR TREATMENT .....	31
<b>Al'bitskaya Zh. V., Dvoryaninova V. V., Kasimova L. N.</b> (Saratov) COMORBIDITY WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN .....	38

### PENAL PSYCHIATRY

<b>Kachaeva M. A., Khamitov R. R., Afzaletdinova D. Kh.</b> (Moscow, Kazan, Ufa) RISK FACTORS FOR VIOLENT AND NONVIOLENT FORMS OF OFFENSIVE BEHAVIOUR OF WOMEN SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA ...	43
<b>Makushkina O. A., Zharova E. N., Buravtsov K. A.</b> (Moscow) CONTROVERSIAL ISSUES OF PREDICTING THE RISK OF PUBLIC DANGER WITH THE USE OF THE HCR-20 (ASSESSING RISK FOR VIOLENCE/VERSION 2) ...	47

### GERONTOPSYCHIATRY

<b>Sokolova I. V., Sidenkova A. P., Semke A. V.</b> (Yekaterinburg, Tomsk) INTEGRATED DIAGNOSTICS AND THERAPY OF DEMENTIA WITH DELUSIONS .....	54
--	----

### PSYCHOSOMATICS

<b>Gychev A. V., Kolesnikova A. M.</b> (Tomsk) INFLUENCE OF PREGNANCY COGNITIVE APPRAISAL ON THE FORMATION OF ANXIETY DISORDERS IN PREGNANT WOMEN .....	59
---	----

### PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

<b>Schastnyy E. D., Surovtseva A. K., Rudnitsky V. A.</b> (Tomsk) FEATURES OF SELF-REPORTED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS UNDER DIFFERENT RISK FOR SUICIDAL BEHAVIOR .....	63
<b>Krasilnikov G. T.</b> (Krasnodar) PSYCHOTHERAPEUTIC MEANING OF A SYMPTOM .....	67
<b>Skutin A. V.</b> (Chelyabinsk) PROGRAMME OF GELOTOTHERAPY USED IN PEDIATRIC POPULATION .....	71

### LECTURES. REVIEWS

<b>Ovchinnikov A. A., Sultanova A. N., Kiseleva L. T.</b> (Novosibirsk) CROSS-CULTURAL ASPECTS OF DEPRESSIVE DISORDERS (literature review) .....	77
<b>Kupriyanova I. E., Lebedeva V. F.</b> (Tomsk) GLOBALIZATION AND CULTURAL PSYCHIATRY. Review of materials of The IVth Congress of the World Association of Cultural Psychiatry (Puerto Vallarta, Mexico, 29 October – 2 November 2015) .....	82

### ETHNOPSYCHIATRY

<b>Bokhan T. G., Galazhinskaya O. N., Terekhina O. V., Axenov M. M., Mandel A. I., Semke A. V., Schastnyy E. D., Kurgak D. I., Matveeva N. P., Badyrgy I. O., Sanasheva I. D.</b> (Tomsk, Petropavlovsk-Kamchatsky, Yakutsk, Kyzyl, Gorno-Altai) FEATURES OF MANIFESTATION OF DEPRESSION IN REPRESENTATIVES OF ETHNIC GROUPS OF SIBERIA .....	86
<b>Vittorio De Luca, Donato Zupin, Andrea Daverio, Filippo Benedetti, Elisa Rapisarda, Vittorio Infante</b> (Rome, Italy) SALVATION AND DAMNATION IN LAMPEDUSA. A CRITICAL ANALYSIS OF MIGRATION AND MENTAL HEALTH POLICIES IN ITALY FOR MIGRANTS FROM AFRICA .....	93

### SIBERIAN CHRONICLE

<b>Sorokina V. A.</b> (Kemerovo) PROFESSOR A. A. KORNILOV: COURSE OF LIFE .....	103
---	-----

### OBITUARY

In loving memory of professor A. S. Bobrov .....	108
--	-----

# БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.214.8-008.1:612.017

ББК 56.145.12+52.73+52.817.18

## РОЛЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ОЛЬФАКТАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С РАЗНЫМИ СПОСОБАМИ ИХ УПОТРЕБЛЕНИЯ

Мастерова Е. И.<sup>\*</sup>, Невидимова Т. И.,  
Савочкина Д. Н., Никитина В. Б.,  
Лобачева О. А., Назарова И. А.,  
Пешковская А. Г.

НИИ психического здоровья

634014, Томск, ул. Алеутская, 4

**Цель.** Выявление взаимосвязей патологической ольфакции с клиническими характеристиками лиц с наркологическим диагнозом и оценка прогностических возможностей сенсорных характеристик для предикции аддитивных расстройств с разными способами употребления психоактивных веществ (ПАВ). **Материалы и методы.** Иммунофизиологическими методами обследовано 203 человека в возрасте от 16 до 29 лет (лица с аддитивными расстройствами и контрольные лица). **Результаты.** Выявлены взаимосвязи патологической ольфакции с клиническими характеристиками пациентов. Предложены прогностические модели для ингаляционного и внутривенного употребления ПАВ с использованием сенсорных характеристик и клинических признаков иммунной недостаточности. **Заключение.** Анамнестические обонятельные предпочтения являются признаком легкой выраженности расстройств, вызванных употреблением ПАВ. Сенсорные характеристики обладают прогностическими возможностями для предикции аддитивных расстройств с разными способами употребления ПАВ. **Ключевые слова:** патологическая ольфакция, иммунологическая недостаточность, агрессия, тревожность, аддикция, ингаляционное и внутривенное употребление психоактивных веществ.

**ROLE OF PATHOLOGICAL OLFACTION IN FORMATION OF SUBSTANCE DEPENDENCE WITH DIFFERENT ROUTES OF DRUG ADMINISTRATION.** Masterova E. I., Nevidimova T. I., Savochkina D. N., Nikitina V. B., Lobacheva O. A., Nazarova I. A., Peshkovskaya A. G., Bokhan N. A. *Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* **Objective.** To reveal interrelationships of pathological olfaction with clinical characteristics of persons with substance use disorder and to evaluate prognostic possibilities of sensory characteristics for prediction of addictive disorders with different routes of drug administration. **Materials and methods.** With use of immunophysiologic methods 203 persons aged 16-29 years (persons with addictive disorders and controls) were examined. **Results.** Interrelationships of pathological olfaction with clinical characteristics of patients have been revealed. Prognostic models for inhalation and intravenous routes of drug administration with

use of sensory characteristics and clinical signs of immune deficiency have been proposed. **Conclusion.** Anamnestic olfactory preferences are a sign of mild severity of substance-related disorders. Sensory characteristics have prognostic possibilities for prediction of addictive disorders with different routes of drug administration. **Keywords:** pathological olfaction, immunological deficiency, aggression, anxiety, addiction, inhalation and intravenous substance use.

Изучение механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) является актуальным направлением современной биологической психиатрии и наркологии в связи с высокой распространенностью и социальной значимостью данных расстройств [2,3, 14]. Нарушения ольфакторных функций часто наблюдаются при психических расстройствах, в том числе при аддитивных [17, 19]. Подчеркивается возможная роль ольфакторных характеристик в качестве факторов предрасположенности к развитию химической зависимости [7]. На сегодняшний день получены данные о глубоких нарушениях гомеостатических систем, в первую очередь системы иммунитета у лиц с зависимыми расстройствами, проявляющихся в виде иммунодефицита клеточного звена при стимуляции гуморального, выработки аутоантител к мозгоспецифическим антигенам и нейромедиаторам, изменений цитокинового баланса [1, 5, 6, 13, 15, 18]. Установлено, что способы употребления ПАВ, наряду с другими характеристиками, определяют глубину выраженности расстройств, вызванных употреблением ПАВ, изменяющихся от незначительно выраженных до ярко выраженных [9]. В то же время отсутствуют данные о клинической сопряженности параметров иммунного статуса и ольфакции, позволяющей оценивать возникновения аддитивных расстройств с разными способами употребления ПАВ.

**Цель** настоящего исследования – выявление взаимосвязей патологической ольфакции с клиническими характеристиками лиц с наркологическим диагнозом и оценка прогностических возможностей сенсорных характеристик для предикции аддитивных расстройств с разными способами употребления психоактивных веществ

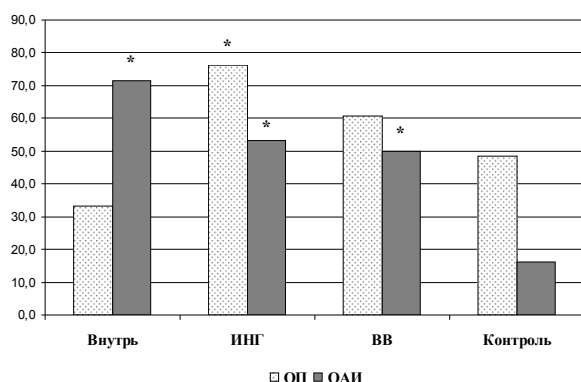
**Методика исследования.** Всего обследовано 203 человека в возрасте от 16 до 29 лет (средний возраст составил 19,3±2,3 года) обоего пола. В основную группу вошли 115 лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (F11.2, F19.2, F12.1). Контрольную группу составили 89 условно здоровых лиц, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту. Пациенты были разделены на группы с внутривенным (84 человека), ингаляционным (21 человек), пероральным (9 человек) способами употребления ПАВ.

<sup>\*</sup> Мастерова Елена Ивановна – д.м.н., с.н.с. отд. аддитивных состояний. Электронная почта: actro@yandex.ru

Анамнестические обонятельные предпочтения определялись при указании обследуемым факта приятности резких запахов (бензин, ацетон, краска и другие). Проводилась оценка отношения к изопропанолу стандартным методом с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) [16].

Наличие аверсивной реакции на одорант ус- танавливалось при выборе испытуемым отметки на ВАШ от 7 усл. ед. (оценка запаха как неприятного) и выше. С помощью тензоалгометрии оценивался нижний болевой порог – минимальное болевое ощущение, которое субъект в состоянии распознать [10]. Для оценки клинических признаков иммунной недостаточности использовался сокращенный вариант карты диагностики иммунологической недостаточности при иммуноэпидемиологических исследованиях взрослого населения [4, 8]. При психологическом тестировании определялись индексы агрессивности и враждебности [12], уровни ситуативной и личностной тревожности [11]. При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы STATISTICA (версия 7.0 для Windows). Применяли непараметрические методы: сравнение независимых выборок с помощью критерия Манна-Уитни, анализ качественных данных с использованием критерия  $\chi^2$  Пирсона. Для построения прогностических моделей использовался метод пошаговой логистической регрессии.

**Результаты исследования.** Частота встречаемости анамнестических обонятельных предпочтений у наркологических пациентов имела тенденцию возрастанию по сравнению с контрольной группой (61,4 % и 48,3 %,  $p < 0,1$ ).



**Рис. 1.** Частоты анамнестических обонятельных предпочтений и отсутствия аверсивной реакции на изопропанол в группах лиц с разными способами употребления ПАВ

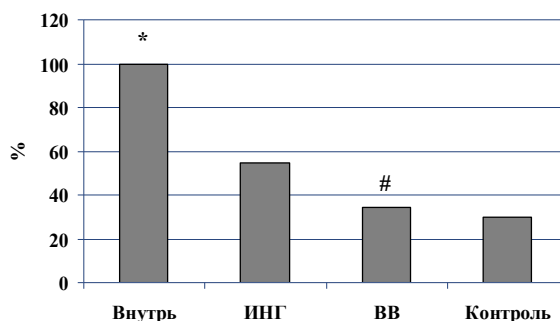
**Примечание.** Способы употребления ПАВ: внутрь – пероральное; ИНГ – ингаляционное; ВВ – внутривенное; \* –  $p < 0,05$  при сравнении с контролем.

При этом количество случаев отсутствия аверсивной реакции на изопропанол было достоверно больше, чем у здоровых лиц (52,7 % и 16,0 %,  $p < 0,05$ ).

Обнаружено, что у зависимых от ПАВ лиц с ингаляционным способом употребления ПАВ частота встречаемости анамнестических обонятельных предпочтений возрастала по сравнению с контролем (рис. 1).

При этом неаверсивная реакция на изопропанол с большей частотой встречалась при всех способах употребления ПАВ.

Отсутствие аверсивной реакции на изопропанол при наличии анамнестических обонятельных предпочтений чаще наблюдалось в группе лиц с употреблением ПАВ перорально по сравнению с контролем (рис. 2).



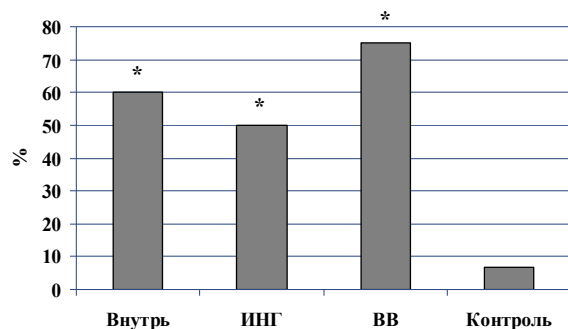
**Рис. 2.** Частота встречаемости отсутствия аверсивной реакции на изопропанол в группах лиц с анамнестическими обонятельными предпочтениями с разными способами употребления ПАВ

**Примечание.** Способы употребления ПАВ: внутрь – пероральное; ИНГ – ингаляционное; ВВ – внутривенное; \* –  $p < 0,05$  при сравнении с контролем; # –  $p < 0,05$  при сравнении с группой употребляющих ПАВ перорально.

Кроме того, у лиц с внутривенным способом употребления ПАВ и анамнестическими обонятельными предпочтениями отмечена меньшая частота случаев неаверсивной реакции на данный одорант по сравнению с употребляющими ПАВ перорально.

Разные способы употребления ПАВ сопровождалась большей частотой случаев неаверсивной реакции на изопропанол у наркологических пациентов без обонятельных отклонений по сравнению с контролем (рис. 3).

В связи с этим можно сделать заключение, что анамнестические обонятельные предпочтения характерны для наркологических пациентов с ингаляционным способом употребления ПАВ. Употребление ПАВ перорально сопровождается отсутствием аверсии на изопропанол при наличии анамнестических обонятельных предпочтений, тогда как при внутривенном способе введения ПАВ неаверсивная реакция на этот одорант чаще наблюдается при отсутствии обонятельных предпочтений в анамнезе.



**Рис. 3.** Частота встречаемости отсутствия аверсивной реакции на изопропанол в группах лиц без анамнестических обонятельных предпочтений с разными способами употребления ПАВ

**Примечание.** Способы употребления ПАВ: внутрь – пероральное; ИНГ – ингаляционное; ВВ – внутривенное; \* –  $p < 0,05$  при сравнении с контролем.

Сенсорные характеристики наряду с психологическими параметрами и клиническими признаками иммунной недостаточности были использованы для построения прогностических моделей оценки риска возникновения психических и поведенческих расстройств, вызванных ингаляционным и внутривенным употреблением ПАВ.

В прогностическую модель, оценивающую риск перехода от отсутствия употребления ПАВ к аддиктивным расстройствам с ингаляционным способом употребления ПАВ, в качестве прогностических факторов вошли следующие показатели: анамнестические обонятельные предпочтения (ОП), индекс агрессивности (ИА). Вероятность формирования аддиктивных расстройств у лиц с ингаляционным способом употребления ПАВ при переходе от отсутствия их употребления прогнозируется с помощью уравнения регрессии, имеющего вид

$$Y = -4 + 1 \cdot ОП + 0,22 \cdot ИА$$

Наличие высокого уровня риска возникновения расстройств диагностируют при  $Y$  больше 0, низкий уровень риска возникновения расстройств – при  $Y$  меньшем или равном 0. Данная прогностическая модель позволяет правильно предсказать формирование аддиктивных расстройств в 79,2 % случаев и отсутствие их возникновения – в 56,3 % случаев. Общая доля правильно спрогнозированных диагнозов составляет 70,1 %.

В прогностическую модель, оценивающую риск перехода от отсутствия употребления ПАВ к аддиктивным расстройствам с внутривенным способом употребления ПАВ, вошли следующие показатели: уровень клинических признаков иммунологической недостаточности (ИН), нижний порог болевой чувствительности (БН), индекс враждебности (ИБ), уровень ситуативной тревожности (СТ), оценка отношения к изо-

пропанолу (ИО). Вероятность формирования аддиктивных расстройств у лиц с внутривенным способом употребления ПАВ от отсутствия употребления ПАВ прогнозируется с помощью уравнения регрессии, имеющего вид

$$Y = -7 + 1 \cdot ИН + 0,2 \cdot БН + 0,4 \cdot ИВ + 0,1 \cdot СТ - 0,31 \cdot ИО$$

Наличие высокого уровня риска формирования расстройств диагностируют при  $Y$  больше 0, низкий уровень риска возникновения расстройств – при  $Y$  меньшем или равном 0. Данная прогностическая модель позволяет правильно предсказать формирование аддиктивных расстройств в 94 % случаев и отсутствие их возникновения в 76 % случаев. Общая доля правильно спрогнозированных диагнозов составляет 84 %.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что анамнестические обонятельные предпочтения, сопряженные с ингаляционным способом употребления ПАВ, являются признаком легкой выраженности расстройств, вызванных употреблением ПАВ. При этом сенсорные характеристики, клинические признаки иммунологической недостаточности в сочетании с дополнительными прогностическими факторами (индексом агрессивности, индексом враждебности, ситуативной тревожностью) могут прогнозировать возникновения аддиктивных расстройств с разными способами употребления ПАВ.

*Работа выполнена при поддержке РНФ (проект № 14-15-00183).*

### Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Прокопьева В. Д. Молекулярные механизмы влияния этанола и его метаболитов на эритроциты in vitro и in vivo. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2004. – 166 с.
2. Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Республика Казахстан, Павлодар: Изд-во РГКП "Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании", 2005. – 287 с.
3. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
4. Ветлугина Т. П., Балашов П. П., Никифорова О. А., Одинцова И. Н., Иванова С. А., Попова Е. Н., Васильева О. А. Иммунологическая недостаточность и психическое здоровье населения нового города Сибири // Иммунология. – 1996. – № 2. – С. 67–69.
5. Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Матафонова Е. В. Иммуногематологическая характеристика больных опийной наркоманией на этапах синдрома отмены // Наркология. – 2010. – Т. 9, № 12. – С. 41–46.
6. Говорин Н. В., Березкин А. С., Цыбикова Е. А. Нейроиммунные маркеры тяжести алкогольного делирия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 77–79.
7. Невидимова Т. И., Савочкина Д. Н., Батухтина Е. И., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Детско-подростковый пикажизм как фактор риска формирования первичного патологического влечения к психоактивным веществам // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – Т. 1 (39), № 2. – С. 247.



8. Невидимова Т. И., Батухтина Е. И., Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Оценка риска употребления психоактивных веществ: иммунофизиологический подход // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1. – С. 5–6.
9. Новиков Е. М., Валентик Ю. В., Дрейзин А. А., Соболев Е. С. Комплексная оценка статуса и уровни мотивационных установок на проведение реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных с зависимостью от психоактивных веществ // Наркология. – 2009. – № 11. – С. 60–68.
10. Невидимова Т. И., Бохан Н. А., Коконова Д. Н. Патент 2342063 Российская Федерация. Способ количественной оценки индивидуальных болевых порогов. Оpubл. 27.12.2008. Бюл. № 36.
11. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – СПб.: Питер, 2003. – 560 с.
12. Прохоров А. О. Методики диагностики и измерения психических состояний личности. – М.: ПЭР СЭ, 2004. – С. 84–87.
13. Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Невидимова Т. И., Иванова С. А., Бохан Н. А. Клиническая психонейроиммунология. – Томск: ООО «Изд-во «РАСКО», 2003. – 300 с.
14. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
15. Clark K. H., Wiley C. A., Bradberry C. W. Psychostimulant abuse and neuroinflammation: emerging evidence of their interconnection // Neurotox Res. – 2013. – V. 23, № 2. – P. 174–262.
16. Collins S. L., Moore R. A., McQuay H. J. The Visual Analogue Pain Intensity Scale: What Is Moderate Pain in Millimetres? // Pain. – 1997. – V. 72. – P. 95–97.
17. Postolache T. T., Wehr T. A., Doty R. L., Sher L., Turner E. H., Bartko J. J., Rosenthal N. E. Patients with seasonal affective disorder have lower odor detection thresholds than control subjects // Arch. Gen. Psychiatry. – 2002. – V. 59, № 12. – P. 1119–1122.
18. Prokopenko 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.
19. Rupp C. I., Fleischhacker W. W., Hausmann A., Mair D., Hinterhuber H., Kurz M. Olfactory functioning in patients with alcohol dependence: impairments in odor judgments // Alcohol & Alcoholism. – 2004. – V. 39, № 6. – P. 514–519.

# Транслитерация русских источников

1. Bokhan N.A., Prokopenko V.D. [Molecular mechanisms of effect of ethanol and its metabolites on erythrocytes *in vitro* and *in vivo*]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2004. 166 p. (In Russ.).
2. Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A. [Early prevention and neoabilitation of patients with opium addiction]. Republic of Kazakhstan, Pavlodar: Publishing House of the Republican Scientific-Practical Center of medico-social problems of drug addiction, 2005. 287 p. (In Russ.).
3. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
4. Vetlugina T.P., Balashov P.P., Nikiforova O.A., Odintsova I.N., Ivanova S.A., Popova E.N., Vasilieva O.A. [Immuno-deficiency and mental health of population of a new Siberian town]. *Immunologiya* [Immunology]. 1996; 2: 67–69. (In Russ.).
5. Vetlugina T.P., Bokhan N.A., Matafonova E.V. [Immunohematological characteristics of patients with opiomania at withdrawal syndrome stages]. *Narkologiya* [Narcology]. 2010; 9(12): 41–46. (In Russ.).
6. Govorin N.V., Berezkin A.S., Tsybikova E.A. [Neuroimmune markers of alcohol delirium severity]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2008; 1: 77–79. (In Russ.).
7. Nevidimova T.I., Savochkina D.N., Batukhtina E.I., Vetlugina T.P., Bokhan N.A. [Child-adolescent pica as risk factor of formation of primary craving for psychoactive substances]. *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina* [Preventive and Clinical Medicine]. 2011; 1(39), 2: 247. (In Russ.).
8. Nevidimova T.I., Batukhtina E.I., Vetlugina T.P., Bokhan N.A. [Substance use measurement tool: immunophysiological approach]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 1: 5–6. (In Russ.).
9. Novikov E.M., Valentik Yu.V., Dreyzin A.A., Sobolev E.S. [Complex evaluation of status and levels of motivational attitudes towards carrying out the rehabilitative and reconstructive activities in patients with substance dependence]. *Narkologiya* [Narcology]. 2009; 11: 60–68. (In Russ.).
10. Nevidimova T.I., Bokhan N.A., Kokonova D.N. Patent 2342063 Russian Federation. [Method of evaluation of individual pain thresholds]. Published 12/27/2008. Bul. No. 36. (In Russ.).
11. [Tutorial on general, experimental and applied psychology]. A.A. Krylov, S.A. Manichev, eds. Saint-Petersburg: Piter, 2003. 560 p. (In Russ.).
12. Prokhorov A.O. [Techniques of diagnosis and measurement of personality mental states]. Moscow: PER SE, 2004; 84–87. (In Russ.).
13. Semke V.Ya., Vetlugina T.P., Nevidimova T.I., Ivanova S.A., Bokhan N.A. [Clinical psychoneuroimmunology]. Tomsk: RASKO, 2003. 300 p. (In Russ.).

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.89-008:159.9:325.1

ББК 56.14-324+52.525.1

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ МИГРАНТОВ КАК ФАКТОР, СНИЖАЮЩИЙ УСПЕШНОСТЬ АДАПТАЦИИ

Киселева Л. Т.<sup>1\*</sup>, Овчинников А. А.<sup>2</sup>,  
Султанова А. Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГОУ ВПО Новосибирский ГПУ

630126, Новосибирск, ул. Вилуйская, д. 28

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ Минздрава России

630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

Целью данного исследования явилось сравнение уровня алекситимии у трудовых мигрантов и мигрантов-соотечественников; анализ социокультурных факторов проявления алекситимии. В результате анализа отечественной и зарубежной литературы по изучаемой теме авторы предположили, что у трудовых мигрантов уровень алекситимических симптомов будет выше, чем у мигрантов-соотечественников, что связано как с культурным расстоянием, так и с соматизацией аффекта; в группе трудовых мигрантов уровень алекситимии будет выше у «зависимых» мигрантов, занимающих более низшую ступень в социальной иерархии, чем у «доминирующих», более компетентных в культуре принимающей страны и владеющих языком этой страны. Было проведено скрининговое исследование на базе УФМС по Новосибирской области мигрантов-соотечественников в количестве 141 человек (72,3 % – из Казахстана; 9,2 % – из Узбекистана; 5,7 % – из Таджикистана; 4,96 % – из Армении; 3,5 % – из Кыргызстана; 2,8 % – из Молдовы, 1,4 % – из Украины) и трудовых мигрантов в количестве 728 человек (50 % – из Таджикистана; 28 % – из Узбекистана; 12 % – из Кыргызстана и 10 % – из Казахстана). Во время анкетирования проведена категоризация трудовых мигрантов в зависимости от положения в социальной иерархии, которое зависело как от знания языка, так и знания культуральных особенностей принимающей страны, в частности особенностей правил выражения эмоций, особенностей невербальной коммуникации, которые формируются в процессе инкультурации. Сформированы две условные группы среди трудовых мигрантов: «доминирующие» (50 человек) и «зависимые» мигранты, не знающие языка, не интегрированные в российскую культуру (678 человек). Исследование проводилось с марта 2010 по декабрь 2013 г. Симптомы алекситимии изучались с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS). Обнаружен достоверно высокий уровень алекситимических симптомов

в группе «трудовых мигрантов». Дальнейшее исследование выявило достоверно высокий уровень алекситимических симптомов в группе трудовых мигрантов, имеющих как языковой барьер в общении с принимающим населением, так и культуральные различия. Результаты по шкале алекситимии у трудовых мигрантов, более успешно ассимилировавшихся в культуру принимающей страны, не выявили достоверных различий с результатами мигрантов-соотечественников. **Ключевые слова:** трудовые мигранты, мигранты-соотечественники, алекситимия, соматизация аффекта, стресс аккультурации, Торонтская алекситимическая шкала.

**FEATURES OF EMOTIONAL RESPONSE OF MIGRANTS AS A FACTOR FOR SUCCESSFUL ADAPTATION.** Kisileva L. T., Ovchinnikov A. A., Sultanova A. N. <sup>1</sup> Novosibirsk State Pedagogical University. Vilyuyskaya Street 28, 630126, Novosibirsk, Russian Federation. <sup>2</sup> Novosibirsk State Medical University. Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation. A comparative study of the level of alexithymia symptoms among migrants compatriots and migrant workers with use of the Toronto alexithymia scale was carried out. A significantly higher level of alexithymia symptoms in a group of "migrant workers" was revealed. Further investigation revealed a significantly higher level of alexithymia symptoms in the group of migrant workers who had a language barrier in communicating with the host population as well as cultural differences. Results for alexithymia scale in migrant workers who had assimilated into the culture of the host country more successfully did not reveal significant differences from the results of migrant compatriots. The aim of this research is to compare the level of alexithymia symptoms among migrant compatriots and migrant workers; to analyze sociocultural factors of alexithymia symptoms. As it follows from the analysis of Russian and foreign literature the authors suggested that the level of alexithymia symptoms in the group of "migrant workers" will be significantly higher compared to migrants compatriots, that is connected with cultural differences as well as somatization of affect; in a group of labor migrants the level of alexithymia will be higher among "dependent" migrants, who are at a lower level of social hierarchy than the level of alexithymia among "dominant" migrants who had assimilated into the culture of the host country more successfully and who can speak the language of that country fluently. A screening of migrant compatriots in number of 141 (72,3 % from Kazakhstan, 9,2 % from Uzbekistan, 5,7 % from Tadzhikistan, 4,96 % from Armenia, 3,5 % from Kyrgyzstan, 2,8 % from Moldova and 1,4 % from Ukraine) and labor migrants in number of 728 (50 % from Tadzhikistan, 28 % from Uzbekistan, 12 % from Kyrgyzstan and 10 % from Kazakhstan) was conducted. During the survey they held categorization of labor migrants according to social status that depends on the language level and the level of cultural assimilation, especially the rules of expression of feelings and non-verbal communication, that are formed in the process of acculturation. They formed two groups among labor migrants: "dominant" in number of 50 and "dependent" migrants, who do not know the language and haven't assimilated into Russian culture in number of 678. The survey was held from March 2010 to December 2013. A comparative study of the level of alexithymia symptoms was conducted by means of the Toronto alexithymia scale (TAS). A significantly higher level of alexithymia symptoms in a group of "labor migrants" was revealed. Further investigation revealed a significantly higher level of alexithymia symptoms in the group of migrant workers who had a language barrier in communicating with the host population as well as cultural differences. Results for alexithymia scale in migrant workers who had assimilated into the culture of the host country more successfully did not reveal significant differences from the results of migrant compatriots. **Keywords:** migrant workers, migrant compatriots, alexithymia, somatization of affect, the stress of acculturation, Toronto alexithymia scale.

\* Киселева Лилия Тимофеевна, к.м.н., доцент, проф. каф. логопедии и детской речи. E-mail: sikoruk@mail.ru

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., проф., зав. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии. E-mail: anat1958@mail.ru

Султанова Аклима Накиповна, к.м.н., доцент каф. клинической психологии. Телефон: 89137735177, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Миграция – это наиболее распространенный в современном, постиндустриальном мире источник психосоциального стресса. Говоря о миграции, очень важно использовать индивидуальный подход к мигранту, учитывая, в первую очередь, ведущие мотивы миграции, которые сформированы еще в домиграционный период, однако имеют свои последствия и в период миграции, и в постмиграционный период. Не менее важно учитывать обстоятельства миграции, в которые можно включить политические и экономические взаимоотношения страны-выхода мигранта и принимающей страны, поскольку эти факторы напрямую будут влиять на уровень толерантности к мигранту населения титульного этноса страны. В психологическом плане важна дистанция между культурой выхода и культурой принимающей страны, и здесь необходим комплексный подход в учете факторов. Несомненно, в первую очередь будут влиять на уровень психологической комфортности, на успешность адаптации в принимающей стране такие измерения культур, как индивидуализм и коллективизм.

Исследования показывают, что воздействие крупных стрессорных событий, таких как опыт связанный с миграцией, приводит к снижению показателей психологического благополучия, ухудшению физического и психического компонентов здоровья [8, 10, 19, 22]. О риске психотических расстройств среди этнических меньшинств говорят ученые во всех концах мира. Социальные невзгоды и ущемленное положение, по мнению авторов, являются основными причинами более частой встречаемости этих патологий у мигрантов [3, 4, 24].

Немецкие ученые выявили высокий уровень поведенческих и эмоциональных расстройств в группе детей-мигрантов. У мигрантов чаще обнаруживаются проблемы с психическим здоровьем, особенно авторы акцентируют внимание на проблемы в эмоциональной сфере и называют как одну из причин низкий социально-экономический статус этой категории населения [12].

На высокий уровень диагностических ошибок в категории пациентов-мигрантов указывают кросскультуральные исследования, направленные на выяснение достоверности диагноза шизофрении и шизофреноподобных психозов [18].

Психическое здоровье в контексте когнитивных, аффективных и физиологических проявлений тревожности заинтересовало ученых США. Высокий стресс аккультурации, низкая самооценка, неэффективная социальная поддержка, отсутствие контроля и выбора в решении насущных проблем, низкая религиозность были в значительной степени связаны с высоким уровнем тревожности.

В резюме исследователи говорят о необходимости создания услуг по профилактике психических нарушений мигрантов, направленных на увеличение уровня эмоциональной поддержки и самоуважения [13].

Интересны работы отечественных исследователей в аспекте развития аффективных расстройств с сезонным паттерном возникновения. Мигранты, приезжающие в Россию, имеют иную хронобиологическую программу, с более длительным периодом инстиляции солнечного света. Е. Д. Счастный и др. [4, 5] отмечают, что клинико-динамические характеристики (длительность аффективных фаз, количество фаз, индекс цикличности, количество госпитализаций) в случае сезонных аффективных расстройств отличаются относительной стабильностью. Для несезонных аффективных расстройств характерно постепенное утяжеление клинико-динамических показателей по мере увеличения длительности заболевания, особенно в случае биполярного аффективного расстройства. Совпадающее с определенным временем года появление аффективной симптоматики (чаще в осенне-весенние месяцы для депрессий и весенне-летние месяцы для гипомании/мании) отражает меньшее патогенетическое вовлечение механизмов, отвечающих за общебиологическую адаптацию и возникновение аффективного расстройства, чем в случае несезонных аффективных расстройств, где течение заболевания приобретает относительную автономность от внешних синхронизирующих факторов, в том числе от сезонных флуктуаций комплекса гелио/геофизических параметров.

Проблему широкой распространенности депрессии среди населения актуализировала группа исследователей из г. Томска. За 4-летний период авторами проведено изучение клинико-динамических, клинико-биологических и социально-адаптационных закономерностей формирования аффективных расстройств в разнородных клинических выборках на разных этапах онтогенеза. Получены данные о распространенности, факторах клинического полиморфизма аффективных расстройств, их типологии, коморбидности и биопсихосоциальных закономерностях формирования аффективных расстройств и суицидального поведения с учетом гендерных и онтогенетических различий. Представлена взаимосвязь функционирования иммунной системы с ноцицептивной, обонятельной и вкусовой системами при аффективных расстройствах [6].

Алекситимия – личностный конструкт, впервые введенный в начале 1970-х годов в работах Дж. Немия и П. Сифнеоса [19, 20] и характеризующийся трудностями в различении и описании эмоций, снижением способности к образному мышлению и тенденцией концен-

трироваться на внешних событиях, а не на внутренних переживаниях [23]. Алекситимия связана с рядом психоэмоциональных нарушений, таких как посттравматический стрессовый синдром, депрессия и панические расстройства [14, 16, 17].

Гендер и этноязыковые корреляты алекситимии были изучены на большой этнически разнородной выборке студентов из Торонто. Исследование проводилось с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS-20). Гендерный аспект проявился в том, что показатели мужчин были достоверно выше во внешне ориентированном факторе мышления, чем у женщин. У носителей английского языка общий балл по TAS-20 был достоверно выше, и у них чаще диагностировались сложности идентификации чувств, чем у носителей английского языка. Были обнаружены этнолингвистические различия, которые отражали социально-культурные влияния общества, что проявлялось более высокой соматической ориентированностью по отношению к эмоциям у китайцев, чем у представителей западных традиций. K. L. Dion (1996) поднимает очень важную проблему этнокультуральной специфичности в диагностике алекситимии и задается вопросом: алекситимия – это «etic» феномен, то есть подход, широко применяемый в сравнительно-культурной психологии, где изучаются две или более культуры, или алекситимия – это «emic» феномен, то есть подход, широко применяемый в психологической антропологии, где изучается одна культура со стремлением понять ее [11].

Интересны исследования алекситимии, проявлений гнева и межличностных отношений, проведенные в университете Иллинойса. Выборка из 98 студентов была разделена на две группы: с низким и высоким уровнями алекситимических симптомов по средним показателям Торонтской алекситимической шкалы. Намеренное провоцирование гнева участников на следующем этапе эксперимента обнаружило, что в группе с высоким уровнем алекситимических симптомов респонденты были более замкнуты в межличностных отношениях, а показатели невербального гнева были выше, чем в группе студентов с низким уровнем алекситимических симптомов [9].

H. Krystal (1982) выделил группу пациентов, которые не показывали улучшения при применении психоаналитической терапии. Более детальный анализ клинической картины обнаружил, что у этих пациентов достоверно выше уровень аддитивных расстройств, а также психосоматических и посттравматических проблем. Они показали характерную клиническую картину алекситимии: сложности с распознаванием и выражением эмоций, ограниченность фантазирования, сниженную эмоциональную вовле-

ченность и пониженную способность к сопереживанию. Наконец, есть часто связанные с этим проблемы, такие как ангедония, то есть снижение или утрата способности получать удовольствие, сопровождающееся потерей активности в его достижении. Автор акцентирует внимание на препятствиях для психоаналитического лечения, раскрывая причинные аспекты этих нарушений, а также предлагает терапевтические модификации с целью эффективности психотерапии у рассматриваемого контингента пациентов [15].

Этнопсихиатрические проблемы приобретают большую актуальность в работах ученых последних десятилетий. Встречаются исследования кросскультуральных аспектов поведенческих и эмоциональных нарушений, достаточно много говорят об алекситимии, поднимая вопрос культурно-специфичности или культурно-универсальности этого феномена. Однако однозначного ответа на вопрос о влиянии иной социокультурной среды на развитие эмоциональных нарушений, связанных с различием культуральных паттернов, как в распознавании, так и в проявлении эмоций, в литературе не встречается.

**Цель исследования:** сравнить уровни алекситимии у трудовых мигрантов и мигрантов-соотечественников; проанализировать социокультурные факторы проявления алекситимии.

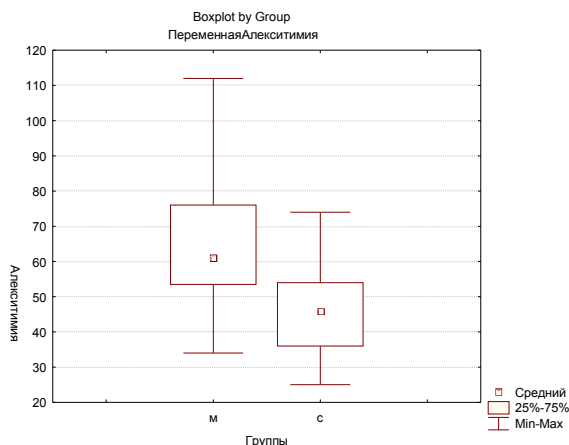
**Задачи:** выявить и сравнить уровни алекситимии у трудовых мигрантов и у мигрантов-соотечественников; определить характер и структуру факторов, влияющих на развитие алекситимических симптомов.

**Гипотеза:** выдвинуто предположение, что у трудовых мигрантов уровень алекситимических симптомов будет выше, чем у мигрантов-соотечественников. Данный факт связан как с культурным расстоянием, так и с соматизацией аффекта. В группе трудовых мигрантов уровень алекситимии будет выше у «зависимых» мигрантов, занимающих более низкую ступень в социальной иерархии, чем у «доминирующих», более компетентных в культуре принимающей страны и владеющих языком этой страны.

**Материал и методы.** На базе УФМС по Новосибирской области проведено скрининговое исследование мигрантов-соотечественников в количестве 141 человек (72,3 % – из Казахстана; 9,2 % – из Узбекистана; 5,7 % – из Таджикистана; 4,96 % – из Армении; 3,5 % – из Кыргызстана; 2,8 % – из Молдовы, 1,4 % – из Украины) и трудовых мигрантов в количестве 728 человек (50 % – из Таджикистана; 28 % – из Узбекистана; 12 % – из Кыргызстана и 10 % – из Казахстана). Во время анкетирования была проведена категоризация трудовых мигрантов, в зависимости от положения в социальной ие-

пархии, которое зависело как от знания языка, так и знания культуральных особенностей принимающей страны, в частности особенностей правил выражения эмоций, особенностей невербальной коммуникации, которые формируются в процессе инкультурации. Нами были сформированы две условные группы среди трудовых мигрантов: «доминирующие» (в количестве 50 человек) и «зависимые» мигранты, не знающие языка, не интегрированные в российскую культуру (678 человек). Исследование проводилось с марта 2010 г. по декабрь 2013 г. Симптомы алекситимии изучались с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS).

**Результаты и их обсуждение.** В результате собственного исследования установлено, что средние значения по уровню алекситимических симптомов в группе трудовых мигрантов составляют  $64,8 \pm 16,7$  балла, а в группе мигрантов-соотечественников –  $46,5 \pm 11,2$  балла. В группе трудовых мигрантов средний балл по шкале алекситимии находится в пределах «группы риска» (62 балла и выше) (рис. 1).

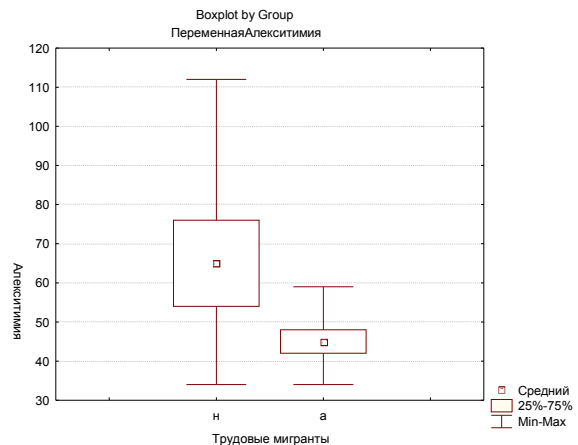


**Рис. 1.** Сравнительный анализ уровня алекситимических симптомов между трудовыми мигрантами и мигрантами-соотечественниками

При использовании U-критерия Манна-Уитни выявлены значимые различия ( $p=0,0002$ ) в показателях алекситимии между трудовыми мигрантами и мигрантами-соотечественниками. Трудовые мигранты, приехав в страну с совершенно иным культурным укладом, вынуждены кардинально менять свои привычные паттерны поведения. В каждой культуре существуют правила о том, какое выражение лица должно быть по определенным поводам и следует или не следует выражать определенные эмоции. Правила культуры предписывают иногда даже симулировать некоторые эмоциональные выражения. Возможно, культурное расстояние и есть основная причина сниженной способности или затрудненности в вербализации эмоциональных состояний и чувств в группе трудовых ми-

грантов. В. В. Соложенкин и Е. С. Гузова (1992) предлагают классификацию алекситимии, в которой выделяются культуральные алекситимии, отражающие особенности коммуникативного стиля, характерные для определенной культуры [2].

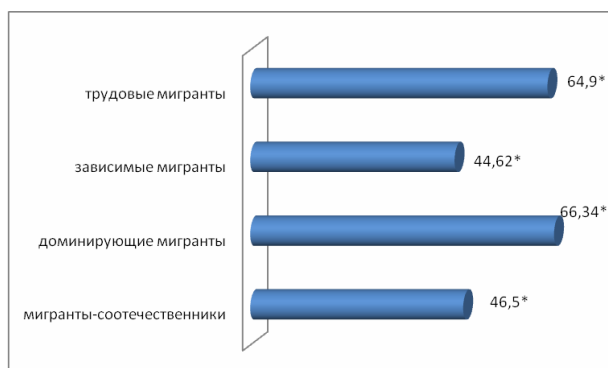
Более детальный анализ уровня алекситимических симптомов среди трудовых мигрантов обнаружил, что существуют достоверные различия ( $p=0,0004$ ) между условно выделенными группами (рис. 2).



**Рис. 2.** Сравнительный анализ уровня алекситимических симптомов между условными группами трудовых мигрантов

В группе трудовых мигрантов, наиболее успешно интегрированных в российское общество, так называемых доминирующих, среднее значение по шкале алекситимии составляет  $44,62 \pm 5,7$ . «Доминирующие» берут на себя функцию «проводников», помогающих остальным землякам как в преодолении языкового барьера, так и в решении повседневных проблем, связанных и с культуральными различиями, и с проблемами трудоустройства, жилья. В группе большинства трудовых мигрантов, которые имеют проблемы с языком принимающей страны, средние значения равны  $66,34 \pm 16,3$ . Эта категория мигрантов отличается высокой культурной дистанцией, то есть различия между культурой страны выхода и поселения очень велики.

Это различия в пище, религии, климате, языке, уровне образования, материальном комфорте, структуре семьи и т. д. Все это составляет индекс культурной дистанции [21]. Исследователи считают, что чем больше имеется различий, тем большие трудности испытываются в процессе аккультурации. Чем больше культурная дистанция, тем выше число необходимых изменений (особенно для недоминирующей группы). Если эти изменения создают серьезную угрозу благополучию индивида, то мы говорим об аккультурационном стрессе (рис. 2, 3).



**Рис. 3.** Сравнительный анализ уровня алекситимии в исследуемых группах

**Примечание.** \* –  $p < 0,0002$  по критерию Манна-Уитни.

Высокий уровень алекситимии у большинства трудовых мигрантов является также следствием соматизации аффекта. Основным механизмом соматизации является специфический интрапсихический конфликт. Д. Голдберг и др. (1999) считают, что одними из факторов, лежащих в основе соматизации, являются механизмы психологической защиты [1]. Трудовые мигранты в процессе личностно-средового взаимодействия с иной культурной средой в период адаптации подвергаются огромному грузу психосоциального стресса. Организм реагирует специфическими психологическими и соматическими реакциями, что проявляется формированием психосоматических расстройств, как прямого показателя срыва адаптационного процесса. В вышеупомянутой классификации В. В. Соложенкина и Е. С. Гузовой (1992) выделяются преходящие (адаптационные) алекситимии, т. е. алекситимия определяется как одна из адаптационных реакций на тревогу и рассматривается как форма проявления аффективных нарушений [2].

В клинической картине трудовых мигрантов с высоким уровнем алекситимических симптомов отмечались головные боли без определенной локализации, жалобы на постоянную усталость, боли в области сердца «давящего» характера. Практически для всех респондентов из группы с высоким уровнем алекситимических симптомов были характерны нарушения сна: одни высказывали жалобы на невозможность засыпания в связи с болями различной локализации, другие жаловались на раннее просыпание и постоянное чувство тревоги. Во время клинической беседы обратила на себя внимание ускоренная, сбивчивая речь, несмотря на плохое знание языка. Монолог состоял из повторяющихся слов, характеризующих плохо освоенный и скудный словарный запас принимающей страны. Иногда даже была попытка перейти на родную речь, что помогло лучше изложить актуальные жалобы.

**Выводы.** Сравнительный анализ уровня алекситимии выявил кросскультуральные различия данного феномена; патогенетической основой полученного результата является стресс аккультурации, запускающий механизмы формирования алекситимии, выступающего в роли защитного фактора при адаптации к иной культурной среде. Алекситимия мигрантов также является следствием соматизации аффекта, и трудовые мигранты – это основная группа риска по развитию психосоматической патологии.

## Л и т е р а т у р а

1. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике. – Киев : Сфера, 1999. – 301 с.
2. Соложенкин В. В., Гузова Е. С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 8, вып. 2.
3. Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
4. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
5. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М., Кудякова Т. А., Потапкина Е. В., Ермаков А. В., Рогозина Т. А. Распространенность, коморбидность и клинко-конституциональные закономерности гетерогенности аффективных расстройств и суицидального поведения с учетом хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. № 3. – С. 22–25.
6. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М., Кудякова Т. А., Потапкина Е. В., Ермаков А. В., Рогозина Т. А. Распространенность и закономерности клинической гетерогенности аффективных расстройств с учетом конституциональных и хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. № 4. – С. 25–29.
7. Счастный Е. Д., Семке А. В., Размазова Л. Д., Симуткин Г. Г., Лебедева Е. В., Невидимова Т. И., Розин А. И., Чернышева К. Г., Шепенев А. М., Шахурова Н. И. Биологические и клинко-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 18–27.
8. Adams R. E., Boscarino J. A. Differences in mental health outcomes by acculturation status following a major urban disaster // Int. J. Emerg. Ment. Health. – 2013. – V. 15 (2). – P. 85–96.
9. Berenbaum H., Irvin S. Alexithymia, anger, and interpersonal behavior // Psychother Psychosom. – 1996. – V. 65 (4). – P. 20.
10. Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults // J. Consult. Clin. Psychol. – 2000. – V. 68 (5). – P. 748–766.
11. Dion K. L. Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective // J. Psychosom. Res. – 1996. – V. 6. – P. 531–539.
12. Hölling H., Erhart M., Ravens-Sieberer U., Schlack R. Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. – 2007. – V. 50 (5–6). – P. 784–793.
13. Hovey J. D., Magaña C. G. Cognitive, affective, and physiological expressions of anxiety symptomatology among



- Mexican migrant farm workers: predictors and generational differences // *Community Ment. Health J.* – 2002. – V. 38 (3). – P. 223–237.
14. *Jimerson D. C., Wolfe B. E., Franko D. L., Covino N. A., Sifneos P. E.* Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates // *Psychosom. Med.* – 1994. – V. 56. – P. 90–93.
  15. *Krystal H.* Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment // *Int. J. Psychoanal. Psychother.* – 1982–1983. – V. 9. – P. 353–378.
  16. *Parker J. D., Bagby R. M., Taylor G. J.* Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? // *Psychiatry.* – 1991. – V. 32. – P. 387–394.
  17. *Parker J. D., Taylor G. J., Bagby R. M.* Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion // *Psychother. Psychosom.* – 1993. – V. 59. – P. 197–202.
  18. *Reeves S., Hudson S., Fletcher H., Sauer J., Stewart R., Howard R.* Are Black Caribbean patients more likely to receive an incorrect diagnosis of very-late-onset schizophrenia-like psychosis than their white British counterparts? // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2003. – V. 11 (6). – P. 674–677.
  19. *Roberts A. L., Gilman S. E., Breslau J., Breslau N., Koenen K. C.* Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States // *Psychol. Med.* – 2011. – V. 41 (1). – P. 71–83.
  20. *Sifneos P. E.* Short-term psychotherapy and emotional crisis. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1972.
  21. *Sifneos P. E.* The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients // *Psychother. Psychosom.* – 1973. – V. 22. – P. 255–262.
  22. *Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R. A., van Ommeren M.* Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis // *JAMA.* – 2009. – V. 302 (5). – P. 537–549.
  23. *Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D.* The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine // *Psychosom.* – 1991. – V. 32. – P. 153–164.
  24. *Veling W.* Ethnic minority position and risk for psychotic disorders // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2013. – V. 26 (2). – P. 166–171.
  25. *Ward C.* Acculturation // *Handbook of intercultural training / D. Landis, Bhagat (Eds.).* – 2<sup>nd</sup> ed. – Thousands Oaks, CA: Sage, 1996. – P. 124–147.
  26. *Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф.* Психиатрия в медицинской практике. – Киев: Сфера, 1999. – 301 с.
  27. *Соложенкин В. В., Гузова Е. С.* Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 1992. – Т. 8, вып. 2.
  28. *Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М., Кудякова Т. А., Потапкина Е. В., Ермаков А. В., Рогозина Т. А.* Распространенность, коморбидность и клинко-конституциональные закономерности гетерогенности аффективных расстройств и суицидального поведения с учетом хронобиологических факторов // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2006. № 3. – С. 22–25.
  29. *Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М., Кудякова Т. А., Потапкина Е. В., Ермаков А. В., Рогозина Т. А.* Распространенность и закономерности клинической гетерогенности аффективных расстройств с учетом конституциональных и хронобиологических факторов // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2005. № 4. С. 25–29.
  30. *Счастный Е. Д., Семке А. В., Размазова Л. Д., Симуткин Г. Г., Лебедева Е. В., Невидимова Т. И., Розин А. И., Чернышева К. Г., Шепенев А. М., Шахурова Н. И.* Биологические и клинко-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2013. – № 5 (80). – С. 18–27.
  31. *Adams R. E., Boscarino J. A.* Differences in mental health outcomes by acculturation status following a major urban disaster // *Int. J. Emerg. Ment. Health.* – 2013. – V. 15 (2). – P. 85–96.
  32. *Berenbaum H., Irvin S.* Alexithymia, anger, and interpersonal behavior // *Psychother. Psychosom.* – 1996. – V. 65 (4). – P. 20.
  33. *Brewin C. R., Andrews B., Valentine J. D.* Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2000. – V. 68 (5). – P. 748–766.
  34. *Dion K. L.* Ethnolinguistic correlates of alexithymia: toward a cultural perspective // *J. Psychosom. Res.* – 1996. – V. 6. – P. 531–539.
  35. *Hölling H., Erhart M., Ravens-Sieberger U., Schlack R.* Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* – 2007. – V. 50 (5–6). – P. 784–793.
  36. *Hovey J. D., Magaña C. G.* Cognitive, affective, and physiological expressions of anxiety symptomatology among Mexican migrant farm workers: predictors and generational differences // *Community Ment. Health J.* – 2002. – V. 38 (3). – P. 223–237.
  37. *Jimerson D. C., Wolfe B. E., Franko D. L., Covino N. A., Sifneos P. E.* Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates // *Psychosom. Med.* – 1994. – V. 56. – P. 90–93.
  38. *Krystal H.* Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment // *Int. J. Psychoanal. Psychother.* – 1982–1983. – V. 9. – P. 353–378.
  39. *Parker J. D., Bagby R. M., Taylor G. J.* Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? // *Psychiatry.* – 1991. – V. 32. – P. 387–394.
  40. *Parker J. D., Taylor G. J., Bagby R. M.* Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion // *Psychother. Psychosom.* – 1993. – V. 59. – P. 197–202.
  41. *Reeves S., Hudson S., Fletcher H., Sauer J., Stewart R., Howard R.* Are Black Caribbean patients more likely to receive an incorrect diagnosis of very-late-onset schizophrenia-like psychosis than their white British counterparts? // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* – 2003. – V. 11 (6). – P. 674–677.
  42. *Roberts A. L., Gilman S. E., Breslau J., Breslau N., Koenen K. C.* Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States // *Psychol. Med.* – 2011. – V. 41 (1). – P. 71–83.
  43. *Sifneos P. E.* Short-term psychotherapy and emotional crisis. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1972.
  44. *Sifneos P. E.* The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients // *Psychother. Psychosom.* – 1973. – V. 22. – P. 255–262.
  45. *Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R. A., van Ommeren M.* Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis // *JAMA.* – 2009. – V. 302 (5). – P. 537–549.
  46. *Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D.* The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine // *Psychosom.* – 1991. – V. 32. – P. 153–164.
  47. *Veling W.* Ethnic minority position and risk for psychotic disorders // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2013. – V. 26 (2). – P. 166–171.
  48. *Ward C.* Acculturation // *Handbook of intercultural training / D. Landis, Bhagat (Eds.).* – 2<sup>nd</sup> ed. – Thousands Oaks, CA: Sage, 1996. – P. 124–147.

## Транслитерация русских источников

1. Goldberg D., Benjamin S., Creed F. [Psychiatry in medical practice]. Transl. from Engl. Kiev: Sfera, 1999. 301 p. (In Russ.).
2. Solozhenkin V.V., Guzova E.S. [Alexythymia (adaptation approach) and psychotherapeutic model of correction]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 1998; 8(2): 18-24. (In Russ.).
3. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Galaktionov O.K. [Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy]. V.Ya. Semke, ed. Publishing House of Tomsk University, 1999. 157 p. (In Russ.).
4. Semke V.Ya., Bokhan N.A. [Transcultural addictology]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2008. 588 p. (In Russ.).
5. Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Popova N.M. [Prevalence, comorbidity and clinical-constitutional regularities of heterogeneity of affective disorders and suicidal behavior with account for chronobiological factors]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 22—25. (In Russ.).
6. Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Popova N.M., Kudyakova T.A., Potapkina E.V., Ermakov A.V., Rogozina T.A. [Prevalence and regularities of clinical heterogeneity of affective disorders with account for constitutional and chronobiological factors]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2005; 4: 25—29. (In Russ.).
7. Schastnyy E.D., Semke A.V., Rakhmazova L.D., Simutkin G.G., Lebedeva E.V., Nevidimova T.I., Rozin A.I., Chernysheva K.G., Shepenev A.M., Shakhurova N.I. [Biological and clinical-social mechanisms of development of affective disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSci, 2009—2012)]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 5(80): 18—27. (In Russ.).

УДК 616.895.485

ББК 56.145.6+56.145.83+52.525.1

## СООТНОШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И ТЯЖЕСТИ ТЕКУЩЕЙ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Яковлева А. Л.<sup>\*</sup>, Симуткин Г. Г.

НИИ психического здоровья

634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Настоящее исследование посвящено изучению влияния коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности на уровень субъективно оцениваемой социальной адаптации, а также взаимосвязи показателей социальной адаптации и степени тяжести текущего депрессивного эпизода у соответствующих пациентов. Общая группа пациентов с текущим депрессивным эпизодом была разделена на основную подгруппу (n=60) — с наличием коморбидного расстройства личности и подгруппу сравнения (n=60) — без коморбидного расстройства личности. В качестве психометрических инструментов использовались шкалы SASS, SIGH-SAD, CGI-S, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Шихана. Наличие коморбидного расстройства личности усиливает негативную оценку уровня своей социальной адаптации соответствующими пациентами, обуславливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода в сравнении с соответствующими показателями в случае аффективных расстройств без наличия коморбидного расстройства личности. **Ключевые слова:** аффективные расстройства, расстройства личности, коморбидность, социальная адаптация, тяжесть депрессии.

**CORRELATION OF SOCIAL ADAPTATION AND SEVERITY OF CURRENT DEPRESSION IN PATIENTS WITH COMORBID AFFECTIVE AND PERSONALITY DISORDERS.** Yakovleva A. L., Simutkin G. G. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 14, 634014, Tomsk, Russian Federation. The present study focuses on the impact of comorbidity of affective disorders and personality disorders on the level of perceived social adaptation and the relationship of indicators of social adaptation and severity of current depressive episode in appropriate patients. The total group of patients with a current depressive episode was divided into main subgroup (n=60) — with presence of comorbid personality disorders and comparative subgroup (n=60) — without comorbid personality disorder. SASS, SIGH-SAD, CGI-S, BDI and SPRAS scales were used as psychometric instruments. Presence of comorbid personality disorder increases negative assessment of the level of their social adaptation in appropriate patients, determines greater severity of current depressive episode in comparison with the respective indices in case of affective disorders without comorbid personality disorders. **Keywords:** affective disorders, personality disorders, comorbidity, social adaptation, severity of depression.

<sup>\*</sup> Яковлева Альбина Леонтьевна — врач-психиатр отд. аффективных состояний. E-mail: yakovlev.tomsk@mail.ru Тел. (3822)550219.

Симуткин Герман Геннадьевич — д.м.н., в.н.с. отд. аффективных состояний. E-mail :ggsimutkin@gmail.com Тел. (3822)723824.



Изучение качества жизни и социальной адаптации при различных психических расстройствах и степень улучшения этих показателей в ходе терапии являются предметом многочисленных исследований [1, 2, 4, 6, 10].

Вопросы социальной адаптации и качества жизни в приложении к случаям коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) изучены достаточно мало [5, 12]. Большая часть литературы по проблеме отношения между депрессией и функционированием, социальной адаптацией игнорирует РЛ. Так, ни в известной работе L. L. Judd et al. [14], где представлено 10-летнее исследование пациентов с депрессией, ни в работах J. Otmel et al. [16, 17] – исследование депрессии и тревоги в сети первичной медицинской помощи в течение 3,5 лет не учитывается потенциальное воздействие РЛ на психосоциальные функции пациентов с АР. Тем не менее результаты современных отечественных исследований показывают, что пациенты с большим депрессивным расстройством и наличием личностной психопатологии имеют больше нарушений в функционировании [8, 9, 11, 18], чем в случае отсутствия личностной патологии. Кроме того, наличие РЛ отражалось также в более высоком уровне тревоги и субъективно более высокой оценке тяжести депрессии у соответствующих пациентов. Выявлено дезадаптирующее влияние личностных радикалов ригидного тревожно-депрессивного спектра [7]. При этом РЛ является независимым фактором снижения социального функционирования у пациентов с АР [17].

Отдельные исследования показали более низкие показатели качества жизни, социального функционирования при АР, коморбидных с РЛ, чем в случае «чистых» АР [15].

**Цель** исследования – оценка влияния коморбидности АР и РЛ на уровень субъективно оцениваемой социальной адаптации, а также взаимосвязи показателей социальной адаптации и степени тяжести текущего депрессивного эпизода у соответствующих пациентов.

**Материал и методы.** В исследование вошло 120 пациентов (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 человека, рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – 39 человек и биполярного аффективного расстройства – 39 человек. Общая группа пациентов была разделена на две подгруппы. Первая подгруппа – 60 человек, из них 38 женщин (63,3 %), 22 мужчины (36,7 %), которая состояла из пациентов с АР, коморбидными с РЛ, – основная группа; вторая подгруппа – 60 человек, в том числе 42 женщины (70 %), 18 мужчин (30 %) с АР без коморбидного РЛ – группа сравнения.

Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ( $p > 0,05$ ). РЛ в первой подгруппе были 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).

Определение уровня социальной адаптации осуществлялось с помощью шкалы самооценки социальной адаптации (Social Adaptation Self-evaluation Scale – SASS) [13], которая, являясь дополнительным стандартизированным инструментом в комплексной оценке тяжести депрессии, позволяла оценить степень нарушения социального функционирования пациентов в разных сферах жизнедеятельности.

Оценка тяжести текущего депрессивного эпизода производилась с помощью шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version) [19]. Кроме того, 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). Учитывая, что симптомы тревоги часто присутствуют в клинической картине текущего депрессивного эпизода и могут существенным образом влиять на тяжесть текущего депрессивного эпизода, в данном исследовании использовалась шкала тревоги Шихана (Sheehan Patient Rated Anxiety Scale – SPRAS).

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v. 8.0.

**Полученные результаты исследования и обсуждение.** 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 соответственно,  $p < 0,001$ ), что свидетельствует о более затрудненной социальной адаптации именно в случае коморбидности АР и РЛ.

При оценке тяжести текущего ДЭ средний суммарный балл по шкале SIGH-SAD до начала терапии в основной группе составил  $30,6 \pm 8,1$  балла, а в группе сравнения –  $24,7 \pm 8,5$  ( $p < 0,001$ ), 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 соответственно  $27,3 \pm 11,3$  и  $23,7 \pm 7,9$  балла

( $p < 0,001$ ), а по шкале тревоги Шихана –  $62,4 \pm 33,7$  и  $39,0 \pm 20,6$  балла соответственно ( $p < 0,001$ ), т. е. пациенты, имеющие коморбидность АР и РЛ, субъективно оценивали степень тяжести текущей депрессии и тревоги как более выраженные, чем пациенты с АР без наличия коморбидности с РЛ.

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

С целью выявления степени взаимосвязи между показателями социальной адаптации и уровнями депрессии и тревоги (оцениваемыми по шкалам самооценки депрессии Бека и тревоги Шихана) в исследуемых группах пациентов использовался ранговый корреляционный анализ по Спирмену. Полученные результаты оказались статистически значимыми ( $p < 0,05$ ) и показали, что как в основной группе, так и в группе сравнения с увеличением степени тяжести депрессии ухудшаются показатели социальной адаптации (соответственно  $r_s = -0,35$  и  $r_s = -0,42$ , при межгрупповом сравнении  $p > 0,05$ ). Такое же соотношение выявлялось и между показателями уровня тревоги, регистрируемой по шкале Шихана, и уровня социальной адаптации (соответственно для основной группы и группы сравнения:  $r_s = -0,37$  и  $r_s = -0,35$ , при межгрупповом сравнении  $p > 0,05$ ).

Статистически значимыми оказались и результаты ( $p < 0,05$ ) выявленных корреляционных взаимосвязей между показателями шкал SASS и SIGH-SAD в основной группе и группе сравнения (соответственно  $r_s = -0,35$  и  $r_s = -0,42$ , при межгрупповом сравнении  $p > 0,05$ ) и показателями по шкале CGI-S (соответственно  $r_s = -0,29$  и  $r_s = -0,24$ , при межгрупповом сравнении  $p > 0,05$ ).

**Заключение и выводы.** Таким образом, полученные результаты исследования показали, что наличие коморбидности АР и РЛ усиливает негативную оценку уровня своей социальной адаптации соответствующими пациентами, обуславливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода в сравнении с соответствующими показателями в случае АР без наличия коморбидного РЛ. Результаты корреляционного анализа по Спирмену подтверждают негативное влияние тяжести текущей депрессии, оцененной интегративно по шкале CGI-S, на субъективную оценку уровня социальной адаптации у соответствующих пациентов. При этом показано, что это влияние имеет более выраженный характер именно в случае коморбидности АР и РЛ, чем в случае «чистых» АР.

## Литература

1. Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Белокрылова М. Ф., Гуткевич Е. В., Иванова С. А., Никитина В. Б., Епанчинцева Е. М. Клиническая динамика пограничных нервно-психических расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 13–16.
2. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
3. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни и превентивная психиатрия. – Томск, 2007. – 186 с.
4. Семке В. Я. Взаимодействие социальных и биологических факторов при личностной патологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 5–8.
5. 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.
6. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Читлова В. В. Расстройство личности и депрессия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 9. – С. 4–11.
7. 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.
8. 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.
9. Степанов И. Л., Горячева Е. К. Соотношение личностно-волевых особенностей, аффективного компонента и уровня социального функционирования больных депрессией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. XXI, № 2. – С. 12–15.
10. Суrowцева А. К. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных депрессивными расстройствами : автореф. дис. ... к. п. н. – Томск, 2005. – 24 с.
11. Счастный Е. Д., Иванова С. А., Симуткин Г. Г., Лебедева Е. В., Яковлева А. Л., Лосенков И. С., Муслимова Э. Ф., Сергеенко Т. Т. Клинико-биологические, социально-психологические и онтогенетические факторы полиморфизма и терапии аффективных расстройств (итоги комплексной программы НИР НИИ психического здоровья 2013–2015 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3 (88). – С. 25–32.
12. 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.
13. Bosc M., Dubini A., Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation and self evaluation scale // Eur. Neuropsychopharmacol. – 1997. – V. 7. – P. 57–70.
14. Judd L. L., Akiskal H. S., Zeller P. J. et al. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder // Arch. Gen. Psychiatry. – 2000. – V. 57. – P. 375–380.
15. 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. – V. 68 (2). – P. 186–193.
16. Ormel J., Oddehinkel A. J., Nolen W. A. et al. Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects // Arch. Gen. Psychiatry. – 2004. – V. 61. – P. 387–392.

17. Ormel J., von Korff M., van den Brink W. et al. Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients // *Am. J. Pub. Health.* – 1993. – V. 83. – P. 385–390.
18. 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. – V. 11. – P. 363–368.
19. 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.
6. Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., Chitlova V.V. [Personality disorders and depression]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012; 112(9): 4–11. (In Russ.).
7. Stepanov I.L., Vaxman A.V. [The course of cyclical depressions in patients with comorbid personality disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2013; 23(4): 32–36. (In Russ.).
8. Stepanov I.L., Goryacheva E.K. [Complex assessment of influence of structural-psychopathological and personality features of patients with depression on their social functioning]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2011; 11: 44–48. (In Russ.).
9. Stepanov I.L., Goryacheva E.K. [The relations between personality and volitional characteristics, the affective component and the social functioning in patients with depression]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2011; XXI(2): 12–15. (In Russ.).
10. Surovtseva A.K. [Clinical-psychological investigation of quality of life of patients with depressive disorders]. *Avto-ref. dis. ... k. p. n.* [Abstract of PhD thesis in psychology]. Tomsk, 2005. 24 p. (In Russ.).
11. Schastnyy E.D., Ivanova S.A., Simutkin G.G., Lebedeva E.V., Yakovleva A.L., Losenkov I.S., Muslimova E.F., Sergienko T.T. [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)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2015; 3(88): 25–32. (In Russ.).
12. Yakovleva A.L., Simutkin G.G. [Clinical-dynamic features of affective disorders in their comorbidity with personality disorders]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 2(83): 26–29. (In Russ.).

#### Транслитерация русских источников

1. Axenov M.M., Semke V.Ya., Vetlugina T.P., Belokrylova M.F., Gutkevich E.V., Ivanova S.A., Nikitina V.B., Epanchintseva E.M. [Clinical dynamic of borderline neuro-mental disorders]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 13–16. (In Russ.).
2. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
3. Kupriyanova I.E., Semke V.Ya. [Quality of life and preventive psychiatry]. Tomsk, 2007. 186 p. (In Russ.).
4. Semke V.Ya. [Interaction of social and biological factors in personality pathology]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 2: 5–8. (In Russ.).
5. Simutkin G.G., Yakovleva A.L., Bokhan N.A. [Comorbidity of affective and personality disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014; 24(2): 91–97. (In Russ.).

# КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13(470.312)

ББК 56.145.11+56.12-3+52.817.10.5+51.201

## АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГО- ПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ (КЛИНИ- КА, ТЕРАПИЯ)

Бохан Н. А.<sup>\*1,2</sup>, Лесников О. И.<sup>3</sup>,  
Погосов А. В.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> НИИ психического здоровья  
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО Сибирский ГМУ Минздрава России  
634050, Томск, Московский тракт, 2

<sup>3</sup> Тульский областной наркологический диспансер № 1  
300041, Тула, ул. Мосина, 21

<sup>4</sup> ГБОУ ВПО Курский ГМУ Минздрава России  
305041, Курск, ул. Карла Маркса, 3

В статье представлены результаты клинко-психопатологического, психологического и статистического обследования 92 больных алкогольным делирием. Показано, что клиническая картина алкогольной болезни (алкоголизм, алкогольный делирий) у больных, проживающих в неблагоприятной экологической обстановке (основная группа), оцененная по ряду параметров, имеет более тяжелый характер по сравнению с таковой у больных из относительно удовлетворительной экологической территории (контрольная группа). Интеллектуально-мнестические нарушения у больных основной группы, изученные методом Векслера, более выражены, чем у больных контрольной группы. Диагностика интеллектуально-мнестических расстройств и их коррекция в постпсихотическом периоде алкогольного делирия позволяют сформировать адекватную установку на проведение противоспиритического лечения. **Ключевые слова:** алкоголизм, алкогольный делирий, клиника, интеллектуально-мнестические расстройства, экологическая обстановка, терапия.

**DELIRIUM TREMENS IN PATIENTS LIVING IN ECOLOGICALLY UNFAVORABLE REGION (CLINICS, THERAPY).** Bokhan N. A.<sup>1,2</sup>, Lesnikov O. I.<sup>3</sup>, Pogosov A. V.<sup>4</sup> <sup>1</sup> Mental Health Research Institute, Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. <sup>2</sup> Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation. <sup>3</sup> Tula Regional Narcological Dispensary no. 1, Mosin Street 21, 300041, Tula, Russian Federation. <sup>4</sup> Kursk State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Karl Marx Street 3, 305041, Kursk, Russian Federation. The article presents the results of clinical, psychopathological, psy-

\* Бохан Николай Александрович, д.м.н., проф., член-корр. РАН, директор НИИ психического здоровья, руководитель отд. аддитивных состояний, зав. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии. Телефон: 8(3822)724015. bna909@gmail.com

Погосов Альберт Вазенович, зав. каф. психиатрии и клинической психологии КГМУ, д.м.н., профессор

chological and statistical survey of 92 patients with delirium tremens. It is shown that the clinical picture of alcoholism (alcoholism, delirium tremens) in patients living under unfavorable environmental conditions (study group) is more severe than in patients from relatively satisfactory environmental area (control group). Intellectual-mnemonic disorders in patients of the study group studied with Wechsler's method are more severe than in control group. Diagnosis of intellectual-mnemonic disorders and their correction in post-psychotic period of delirium tremens will allow developing the appropriate anti-alcohol treatment. **Key-words:** alcoholism, delirium tremens, treatment, clinical picture, intellectual-mnemonic disorders, ecological situation.

**Введение.** Проблема алкоголизма является одной из приоритетных как в России [3, 2, 1, 12], так и за её пределами [17]. До настоящего времени исследователи сохраняют интерес к различным аспектам алкогольных психозов [7, 4, 10, 18]. Особое место занимают работы, направленные на изучение клинко-динамических и прогностических вопросов [5, 15]. В ряде публикаций большое внимание уделяется психическим нарушениям в постпсихотическом периоде алкогольных психозов. Ю. П. Сиволап и др. [14] наблюдали здесь характерную триаду психопатологических расстройств: когнитивную дисфункцию, эмоциональные нарушения и алкогольную анозогнозию. На наличие когнитивных расстройств на этом этапе заблуждения обращает внимание и Т. И. Немкова [9].

В последние десятилетия в связи с выделением раздела экологической психиатрии внимание исследователей стало привлекать влияние состояния окружающей среды на психическое здоровье населения [13]. Нарушения психической деятельности при неблагоприятных экологических воздействиях часто появляются раньше расстройств со стороны других органов и систем [11].

Работы, выполненные на кафедре психиатрии и психосоматики Курского ГМУ, показали, что неблагоприятная экологическая обстановка г. Железнодорожника и Железнодорожского района Курской области – электромагнитное поле КМА, техногенное загрязнение окружающей среды – способствовала утяжелению клинических проявлений алкогольного делирия [8]. Упомянутые исследования обусловили целесообразность проведения аналогичных работ в других регионах России.

В зависимости от суммарных данных по уровням загрязнения окружающей природной среды (воздуха, питьевой воды и почвы) от деятельности промышленных предприятий и транспорта среди административных территорий Тульской области выделяют неблагоприятные районы. В их число входят г. Щекино и Щекинский район Тульской области [6]. Щекинский район относится к одному из крупных в химической индустрии. В настоящее время на его территории действуют АО «Щекинский завод «Кислотоупор», АО «Щекиногазстрой», АО «Щекиноазот», Щекинская ГРЭС, кирпичный

завод и завод бетонных изделий, деревообрабатывающий комбинат, обувная фабрика и др. Через Щекино проходят железная дорога и автодорога Москва-Харьков.

**Цель исследования** – изучить особенности клиники алкогольной болезни (алкоголизм, алкогольный делирий) у жителей г. Щекино и Щекинского района Тульской области, с их учетом обосновать роль антропогенного загрязнения окружающей среды в видоизменении клиники алкогольного делирия; оптимизировать диагностические, прогностические и терапевтические мероприятия для больных алкогольным делирием.

**Материал и методы исследования.** В настоящей статье представлены результаты клинико-психопатологического, психологического, статистического обследования 92 больных, госпитализированных в наркологические учреждения Тульской области по поводу алкогольного делирия в период с 2011 по 2014 г. Для проведения работы были отобраны методом рандомизации 4 исследовательские группы больных.

В 1-ю группу (основная) вошли 35 больных, постоянно проживающих в г. Щекино и Щекинском районе, отнесенных А. А. Желтиковым и др. [6] к числу регионов с неблагоприятной экологической обстановкой. По уровню загрязнения почвы, воды, воздуха в различных районах Тульской области, оцененному в баллах, авторы выделили неблагоприятные территории вследствие загрязнения окружающей природной среды от деятельности промышленных предприятий и транспорта. 2-я группа (контрольная) включала 33 больных алкогольным делирием, проживающих в относительно удовлетворительной экологической обстановке (пос. Заокский, Воловский район). А. А. Желтиков и др. [6] причисляют их к относительно благополучным территориям с экологической обстановкой без выраженных загрязнений окружающей природной среды от деятельности промышленных предприятий и автотранспорта.

Оценка эффективности предложенной нами схемы лечения синдрома когнитивного дефицита у больных алкогольным делирием проведена в двух группах по 12 человек (основная терапевтическая группа и контрольная терапевтическая группа), проживающих в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой (г. Щекино и Щекинский район).

Все обследованные были лица мужского пола, их возрастной диапазон колебался от 22 до 52 лет. Средний возраст составил  $37 \pm 0,8$  года. Преобладающее число больных употребляли суррогатный алкоголь: самогон, спиртовые настойки боярышника, перца стручкового, медицинский асептический раствор.

Алкогольный делирий диагностирован с использованием указаний МКБ-10 и Национального руководства по наркологии [16].

Интеллектуально-мнестические функции пациентов оценивались методикой исследования интеллекта Д. Векслера перед выпиской из стационара после завершения лечения. В связи с громоздкостью процедуры тестирования полным вариантом методики нами были выбраны несколько субтестов, в том числе из группы вербальных субтестов: «общая понятливость», «сходство» и «повторение цифр»; из группы невербальных: «кубики Косса», «недостающие детали» и «шифровка».

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью критерия (t) Стьюдента, критерия (U) Манна-Уитни.

**Результаты и обсуждение.** В таблице 1 показано, что средний возраст первого употребления алкоголя в основной и контрольной группах достоверно не отличался ( $16,78 \pm 0,59$  и  $17,07 \pm 0,37$  года;  $p > 0,05$ ). Установлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) показателя среднего возраста начала систематического употребления алкоголя. Дальнейшая динамика алкоголизма – формирование алкогольного абстинентного синдрома (ААС) – в 1-й группе наблюдалась спустя чуть более 4 лет, в то время как во 2-й группе этот период составлял около 6 лет. О большей тяжести алкоголизма у больных, проживающих в неблагоприятной экологической обстановке (1-я группа), свидетельствует и средний возраст манифеста алкогольных психозов, который был значительно меньше, чем во 2-й группе (соответственно  $32,41 \pm 0,67$  и  $41,13 \pm 0,83$  года). Манифест алкогольного делирия в 1-й группе наступил в среднем через 2,63 года после формирования алкогольного абстинентного синдрома; во 2-й группе этот показатель составил 3,94 года.

Выраженность динамических параметров алкогольной болезни в 1-й группе (больные из неблагоприятной экологической обстановки) подтверждалась и результатами изучения ряда клинических проявлений. Максимальная суточная толерантность (в пересчете на  $40^\circ$  водку) была выше у больных 1-й группы ( $934,53 \pm 78,32$  мл и  $730,7 \pm 54,21$  мл;  $p < 0,05$ ).

Общепризнанно, что клинические варианты патологического влечения к алкоголю отражают выраженность алкоголизма. В долевого распределении первичного патологического влечения к алкоголю в анализируемых группах первое место занимало спонтанное, без борьбы мотивов, второе место – непреодолимое. В то же время вариант спонтанного, без борьбы мотивов патологического влечения к алкоголю достоверно преобладал у больных 2-й группы (1-я группа – 54,29 %; 2-я группа – 69,69 %;  $p < 0,05$ ). Доля больных с непреодолимым патологическим влечением к алкоголю была статистически достоверно выше в 1-й группе (45,71 %) по сравнению со 2-й группой (24,24 %  $p < 0,05$ ).

**Т а б л и ц а 1**  
**Сравнительная оценка клинко-динамических**  
**показателей заболевания у больных алкоголь-**  
**ным делирием в зависимости от экологической**  
**обстановки в районе проживания**

Показатель	Экологическая обстановка		t
	неблагополучная (1-я группа; n=35)	относительно удовлетворительная (2-я группа; n=33)	
Возраст первого употребления алкоголя, лет	16,78±0,59	17,07±0,37	0,41
Возраст начала систематического употребления алкоголя, лет	25,54±0,98	31,35±1,27	3,62*
Возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома, лет	29,78±0,73	37,19±1,1	5,6*
Возраст манифеста алкогольных психозов, лет	32,41±0,67	41,13±0,83	8,1*
Максимальная суточная толерантность, мл 40° водки	934,53±78,32	730,7±54,21	2,14*

**Примечание.** В таблицах 1, 2, 3, 4, 5 значимые статистические различия: \* –  $p < 0,05$ .

Оценка долевого распределения вторичного патологического влечения к алкоголю показала преобладание в сравниваемых группах варианта с утратой количественного контроля, однако удельный вес таких больных был достоверно выше во 2-й группе (72,73 %;  $p < 0,05$ ). Доля больных с утратой количественного и ситуационного контроля (выраженное проявление алкоголизма) фиксировалась более высокой в 1-й группе (48,57 %;  $p < 0,05$ ).

Измененные картины простого алкогольного опьянения у больных алкоголизмом указывают на среднюю его стадию. Они отмечались у всех больных в анализируемых группах. Структура долевого распределения вариантов измененной картины алкогольного опьянения была неодинаковой. У больных, проживающих в неблагополучной экологической обстановке (1-я группа), на первом месте регистрировался эксплозивный вариант (51,43 %), на втором – истерический (28,57 %). Во 2-й группе преобладал истерический вариант (45,46 %), затем следовал эксплозивный (33,33 %). Как видно, для анализируемых групп наиболее характерны эксплозивный и истерический варианты измененной картины алкогольного опьянения. Первый вариант с наибольшим удельным весом (более половины случаев) встречался в 1-й группе, второй (15 случаев) – во 2-й. Проявления эксплозивности в состоянии опьянения в наших наблюдениях могут быть расценены в качестве свидетельства органического поражения головного мозга, которое было более выраженным у больных, проживающих в неблагополучной экологической обстановке. Это подтверждается и результатами сравнительной оценки долевого распределения алкогольных амнезий. В 1-й

группе более чем у 2/3 больных (68,57 %) наблюдались тотальные амнезии. Этот показатель достоверно ( $p < 0,05$ ) превышал аналогичный во 2-й группе (51,52 %), где удельный вес палимпсестов составлял 48,48 %, что на 17,05 % больше, чем в 1-й группе.

Для 1-й группы более характерны наиболее выраженные формы пьянства – псевдозапойное и перемежающееся (34,29 % и 31,43 %); среди них даже зарегистрировано 2 случая (5,71 %) постоянного пьянства с низкой толерантностью, что свойственно конечной стадии алкоголизма. Во 2-й группе заметно преобладало постоянное пьянство с высокой толерантностью (54,55 %;  $p < 0,05$ ).

В анализируемых группах наблюдались 4 варианта ААС. Однако более выраженные варианты с наибольшим удельным весом встречались у больных 1-й группы из неблагополучной экологической обстановки в районе проживания. Речь идет о психопатологическом и церебральном вариантах: удельный вес соответственно 37,14 % ( $p < 0,05$ ) и 28,57 %. Во 2-й группе преобладали менее выраженные висцеральный и нейровегетативный варианты (39,4 % и 33,33 %;  $p < 0,05$ ).

Изучение долевого распределения больных в зависимости от наличия или отсутствия алкогольной деградации и ее разновидности наиболее убедительно отражает выраженность клинических проявлений заболевания в 1-й группе (проживающие в неблагополучной экологической обстановке). Здесь только в 7 случаях (20,0 %) алкогольная деградация не выявлена. В остальных 28 случаях (80,0 %) обнаружены варианты алкогольной деградации со значительным преобладанием разновидности с психопатоподобными проявлениями (65,71 %). У больных 2-й группы в 22 случаях (66,67 %;  $p < 0,05$ ) алкогольная деградация не наблюдалась. У трети больных (33,33 %) с алкогольной деградацией зафиксированы психопатоподобные проявления.

Таким образом, проанализированные клинко-динамические показатели алкогольной болезни свидетельствуют о большей тяжести течения заболевания у больных, проживающих в неблагополучной экологической обстановке.

Это подтверждается и результатами изучения наркологической ситуации на основании показателей распространенности алкоголизма и алкогольного делирия в сравниваемых регионах. Болезненность алкоголизмом в г. Щекино и Щекинском районе Тульской области по данным официальной статистики в 2013 г. составила 1317,28 на 100 тысяч человек населения, в то время как этот показатель в пос. Заокском и Воловском районе был равен 737,78 и 600,0. Аналогичная закономерность выявлена и при изучении распространенности алкогольного

делирия. Показатель болезненности в г. Щекино и Щекинском районе (2013 г.) составил 87,82 на 100 тысяч человек населения, а в пос. Заокском и Воловском районе – 4,44 и 14,81. Большую тяжесть проявлений алкогольной болезни в г. Щекино и Щекинском районе (регион экологического неблагополучия) демонстрирует изучение соотношения количества больных алкоголизмом и больных, перенесших алкогольный делирий (данные 2013 г.). В г. Щекино и Щекинском районе на каждые 15 больных алкоголизмом приходился 1 алкогольный делирий (соотношение 1:15). В пос. Заокском 1 алкогольный делирий выявлен у 166 больных алкоголизмом (соотношение 1:166), а в Воловском районе 1 алкогольный делирий наблюдался у 40,5 больных алкоголизмом (соотношение 1:40,5).

Сравнительная оценка клинических проявлений алкогольного делирия на основе анализа ряда параметров, отражающих тяжесть его течения в обозначенных группах, показала, что для жителей региона с неблагополучной экологической обстановкой характерна более тяжелая клиника алкогольного делирия по сравнению со случаями проживания в относительно удовлетворительной экологической обстановке.

Преобладающее большинство обследованных (1-я группа – 85,71 %; 2-я – 93,94 %) были впервые госпитализированы в наркологический стационар по поводу алкогольного психоза (алкогольный делирий). В 1-й группе 5 человек (14,29 %) госпитализированы повторно, во 2-й группе таких больных было 2 (6,06 %).

Таблица 2

**Сравнительная оценка долевого распределения вариантов алкогольного делирия в зависимости от экологической обстановки в районе проживания**

Вариант	Экологическая обстановка				t	Всего (n=68)	
	неблагополучная (1-я группа; n=35)		относительно удовлетворительная (2-я группа; n=33)				
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Классический	11	31,43	21	63,64	6,7*	32	47,06
Систематизированный	7	20,0	9	27,27	0,96	16	23,53
С судорожным синдромом	10	28,57	3	9,09	1,83	13	19,12
Мусситирующий	7	20,0	–	–	–	7	10,29
Итого	35	51,47	33	48,53		68	100,0

Изучение долевого распределения вариантов алкогольного делирия в 1-й и 2-й группах (табл. 2) свидетельствует о том, что удельный вес больных с тяжелыми формами заболевания (делирий с судорожным синдромом, мусситирующий делирий) выше в 1-й группе (соответственно 28,57 % и 20,0 %). В то же время более легкие формы алкогольного делирия (классический, систематизированный) в этой группе регистрировались с меньшим удельным

весом (соответственно 31,43 % и 20,0 %). Полученные результаты демонстрируют влияние неблагоприятной экологической обстановки у больных 1-й группы на формирование более тяжелых вариантов алкогольного делирия.

Результаты таблицы 3 дают основание считать более тяжелым течение алкогольного делирия в 1-й группе. Здесь наблюдался больший, чем во 2-й группе, удельный вес больных с двигательным беспокойством (45,71 %;  $p<0,05$ ) и возбуждением в пределах постели (20,0 %). В 1-й группе зафиксирована меньшая доля выраженного возбуждения (соответственно 34,29 % и 72,73 %;  $p<0,05$ ).

Таблица 3

**Сравнительная оценка долевого распределения характера возбуждения у больных алкогольным делирием в зависимости от экологической обстановки в районе проживания**

Характер возбуждения	Экологическая обстановка				t	Всего (n=68)	
	неблагопо- лучная (1-я группа; n=35)		относительно удовлетвори- тельная (2-я группа; n=33)				
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Выраженное	12	34,29	24	72,73	8,78*	36	52,94
Беспокойство	16	45,71	9	27,27	3,15*	25	36,76
В пределах постели	7	20,0	–	–	–	7	10,30
Итого	35	51,47	33	48,53		68	100,0

При сравнительной оценке долевого распределения разновидностей выхода из психоза у больных алкогольным делирием в зависимости от экологической обстановки в регионе проживания (табл. 4) обнаружено, что для больных 1-й группы характерен литический выход из психоза (60,0 %;  $p<0,05$ ), а для больных 2-й группы – критический выход из психоза (60,60 %;  $p<0,05$ ). Как видно, по параметру «разновидность выхода из психоза» экологическое неблагополучие способствует утяжелению алкогольного делирия.

Таблица 4

**Сравнительная оценка долевого распределения вариантов выхода из алкогольного делирия в зависимости от экологической обстановки в районе проживания**

Разновидность выхода	Экологическая обстановка				t	Всего (n=68)	
	неблагополучная (1-я группа; n=35)		относительно удовлетворительная (2-я группа; n=33)				
	абс.	%	абс.	%			абс.
Критический	14	40,0	20	60,60	4,84*	34	50,0
Литический	21	60,0	13	39,39	4,66*	34	50,0
Итого	35	51,47	33	48,53		68	100,0

Средняя продолжительность алкогольного делирия у больных 1-й группы была в 2,59 раза больше, чем во 2-й группе. Большая средняя продолжительность алкогольного делирия в 1-й группе свидетельствует о более тяжелом течении заболевания в регионе с неблагополучной экологической обстановкой.

Клинические проявления после выхода пациентов из острого психотического состояния – переходные синдромы – свидетельствуют о тяжести перенесенного алкогольного делирия (табл. 5).

Таблица 5

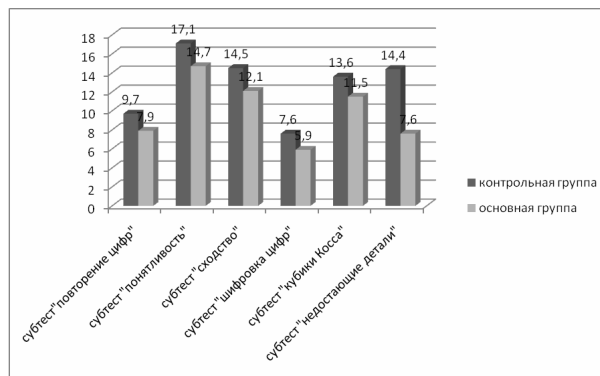
**Сравнительная оценка долевого распределения переходных синдромов у больных алкогольным делирием в зависимости от экологической обстановки в районе проживания**

Разновидность переходного синдрома	Экологическая обстановка неблагоприятная (1-я группа; n=35)		относительно удовлетворительная (2-я группа; n=33)		t	Всего (n=68)	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Эмоционально-гиперестетическая слабость	8	22,86	19	57,58	5,92*	27	39,71
Резидуальный бред	6	17,14	8	24,24	0,86	14	20,59
Психоорганический синдром	21	60,0	6	18,18	6,11*	27	39,7
Итого	35	51,47	33	48,53		68	100,0

Как показано в таблице 5, у больных, проживающих в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой (1-я группа), наибольшая доля приходилась на самый тяжелый переходный синдром – психоорганический (60,0 %;  $p < 0,05$ ). Она превышала в 3,3 раза аналогичный показатель во 2-й группе (18,18 %). Для больных 2-й группы наиболее характерным оказался синдром эмоционально-гиперестетической слабости (астенический синдром), который регистрировался в 57,58 % случаев, что было 2,51 раза больше, чем в 1-й группе (22,86 %). Достоверных отличий доли больных с резидуальным бредом в анализируемых группах не наблюдалось (1-я группа – 17,14 %, 2-я группа – 24,24 %).

Известно, что ведущими проявлениями органического психосиндрома (выявленными с помощью клинко-психопатологического метода у 60,0 % больных основной группы и у 16,6 % пациентов контрольной группы) являются нарушения мнестических и мыслительных процессов. Они были изучены с помощью субтестов методики исследования интеллектуальной деятельности Д. Векслера.

Обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости ( $p < 0,01$ ) между показателями вербального, конструктивного и общего интеллекта у больных основной (проживающие в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой) и контрольной (регион проживания с относительно удовлетворительной экологической обстановкой) групп. В сравниваемых группах выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,01$ ) в выполнении субтестов «повторение цифр», «понятливость», «сходство», «шифровка цифр», «кубики Косса» (рис. 1).



**Рис. 1.** Гистограмма средних значений показателей субтестов методики Д. Векслера у больных основной и контрольной групп

Показатели таких категорий, как объем памяти, преимущественно оперативной, а также концентрация, распределение и переключение внимания, у больных основной группы были ниже, чем у больных контрольной группы. Способность строить умозаключения на основе прошлого опыта, готовность к умственной деятельности, самостоятельность и социальная зрелость суждений, способность к логическому обобщению, абстрагированию, классификации, а также уровень развития понятийного мышления в большей степени сохранены у больных алкогольным делирием, проживающих в относительно удовлетворительной экологической обстановке. Кроме того, для них характерны более высокие уровни зрительно-моторной координации, скорости формирования новых навыков, аналитико-синтетических способностей, пространственного воображения, восприятия, способности дифференцировать существенное от второстепенного, умения анализировать целое через составляющие его части.

Полученные результаты комплексного обследования свидетельствуют о том, что сохранность интеллектуально-мнестической сферы больных, перенесших алкогольный делирий, проживающих в регионе с относительно удовлетворительной экологической обстановкой, выше. Таким образом, клиническая картина алкогольного делирия у лиц, проживающих в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой, характеризуется более тяжелым течением заболевания по сравнению со случаями проживания в относительно удовлетворительной экологической обстановке.

Лечение больных алкогольным делирием осуществлялось в 3 этапа. На первом (психотическом) этапе проводили мероприятия по снижению интоксикации, купировали психопатологические расстройства, поддерживали жизненно важные функции организма. Второй (постпсихотический) этап предусматривал восстановление и нормализацию обменных процессов, воздействие на переходные синдромы Ви-



ка (органический психосиндром, резидуальный бред, астенический симптомокомплекс). На третьем (реабилитационном) этапе проводили противоалкогольную терапию на фоне продолжающихся мероприятий второго этапа. Схемы лечения синдрома когнитивного дефицита в контрольной и основной терапевтических группах были дифференцированы по набору и сочетанию медикаментозных средств, способам их введения, терапевтическим дозам (табл. 6).

Таблица 6

**Схема лечения синдрома когнитивного дефицита у больных алкогольным делирием**

Регион с неблагоприятной экологической обстановкой	Медикаментозные средства			
	Ноотропы. Ангиопротекторы	Витамины	Гепатотропные	Антиоксиданты
Основная терапевтическая группа	Инстенон 2 мл/сут в/в 10 дней. Пирацетам 20 % 100 мл/сут в/в 10 дней. Пирацетам 2,4 г/сут с 11-го дня до выписки	Витамин В <sub>1</sub> 500 мг/сут в/в 10 дней. Витамин В <sub>6</sub> 250 мг/сут в/в 10 дней. Витамин РР 40 мг/сут в/в 10 дней. Мильгамма 1 драже, 3 р/день с 11-го дня до выписки	Метадоксил 600 мг/сут в/в. Метадоксил 1500 мг/сут с 11-го дня до выписки	Мексидол 8 мл 5 % р-ра в/в на первом (психотическом) этапе. Токоферол 100 мг/сут на втором, третьем этапах
Контрольная терапевтическая группа	Пирацетам 20 % 20 мл/сут в/в 10 дней. Пирацетам 2,4 г/сут с 11-го дня до выписки	Витамин В <sub>1</sub> 300 мг/сут в/м 10 дней	—	—

Таблица 7

**Сравнительная оценка выраженности синдрома когнитивного дефицита после выхода из алкогольного делирия у больных из экологически неблагоприятного региона**

Клинические проявления	Средние значения балльной оценки		Сумма рангов		Z	U	P-lev
	Группа						
	основная (n=12)	контрольная (n=12)	основная (n=12)	контрольная (n=12)			
Снижение памяти	2,53	2,58	147,5	152,5	-0,14	69,5	0,8
Низкая концентрация внимания	2,5	2,41	153,0	147,0	0,17	69,0	0,8
Эмоциональная неустойчивость	2,33	2,41	146,5	153,5	-0,2	68,5	0,8
Истощаемость (психическая и физическая)	2,25	2,33	146,5	153,5	-0,2	68,5	0,8

**Примечание.** Степень выраженности симптомов в баллах (от 0 до 3): 0 – симптом отсутствует; 1 – слабо выражен; 2 – умеренно выражен; 3 – сильно выражен

Таблица 8  
**Сравнительная оценка выраженности когнитивного дефицита на 20-й день после выхода из алкогольного делирия у больных из экологически неблагоприятного региона**

Клинические проявления	Средние значения балльной оценки		Сумма рангов		Z	U	P-level
	Группа						
	основная (n=12)	контрольная (n=12)	основная (n=12)	контрольная (n=12)			
Снижение памяти	0,66	1,41	112,5	187,5	-2,16	34,5	0,02*
Низкая концентрация внимания	0,58	1,33	106,0	194,0	-2,57	28,0	0,003**
Эмоциональная неустойчивость	0,4	1,33	112,5	187,5	-2,39	34,5	0,02*
Истощаемость (психическая и физическая)	0,5	1,16	112,0	188,0	-2,19	31,0	0,02*

**Примечание.** Степень выраженности симптомов в баллах (от 0 до 3): 0 – симптом отсутствует; 1 – слабо выражен; 2 – умеренно выражен; 3 – сильно выражен. Значимые статистические различия: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

В основной терапевтической группе были 2 больных, проживающих в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой, в контрольной терапевтической группе такое же количество больных из того же региона проживания, получавших лечение в соответствии со стандартами оказания наркологической помощи.

Сравнительная оценка выраженности психопатологических проявлений синдрома когнитивного дефицита в основной и контрольной терапевтических группах проводилась после выхода из острого психотического состояния (исходный уровень) и на 20-й день (заключительный уровень) (табл. 7, 8). Критериями оценки являлись симптомы органического психосиндрома (снижение памяти, низкая концентрация внимания, эмоциональная неустойчивость, психическая, физическая истощаемость). Степень выраженности симптомов оценивали в баллах от 0 до 3.

Представленные результаты демонстрируют эффективность предложенных нами подходов для лечения синдрома когнитивного дефицита у больных алкогольным делирием, проживающих в экологически неблагоприятном регионе.

**Заключение.** Проанализированные клинико-динамические показатели алкогольной болезни свидетельствуют о большей тяжести течения заболевания у больных, проживающих в неблагоприятной экологической обстановке. На это указывают быстрое прогрессирование алкоголизма, более высокая толерантность к алкоголю, непреодолимые первичное и вторичное патологическое влечение к алкоголю с утратой количественного и ситуационного контроля,

эксплозивный вариант простого алкогольного опьянения, тотальные амнезии, псевдозапойное и перемежающееся пьянство, психопатологическая и церебральная разновидности алкогольного абстинентного синдрома, алкогольная деградация с психопатоподобными проявлениями. Клиническая картина алкогольного делирия у лиц, проживающих в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой, характеризуется более тяжелым течением заболевания по сравнению со случаями проживания в относительно удовлетворительной экологической обстановке. Для них характерны варианты алкогольного делирия с тяжелой клинической картиной, менее выраженное психомоторное возбуждение (ограничивается пределами постели либо двигательным и речевым беспокойством), литическая разновидность выхода из психоза, большая средняя его продолжительность (около 2 суток), отсутствие воспоминаний о болезненных переживаниях и реальной обстановке, переходный синдром в виде органического психосиндрома. Для больных, проживающих в относительно удовлетворительной экологической обстановке, свойственны классический вариант алкогольного делирия, протекающий с психомоторным возбуждением, критическим выходом из психоза со средней продолжительностью до одних суток, с сохранением воспоминаний о болезненных переживаниях и реальной обстановке, с переходным астеническим синдромом. Сохранность интеллектуально-мнестической сферы больных, перенесших алкогольный делирий, проживающих в регионе с относительно удовлетворительной экологической обстановкой, выше. Продemonстрирована эффективность предложенных подходов для лечения синдрома когнитивного дефицита у больных алкогольным делирием, проживающих в экологически неблагоприятном регионе. Они подразумевают назначение ноотропов, ангиопротекторов, витаминов, гепатотропных средств, антиоксидантов, дифференцированное по набору медикаментозных средств, способам их введения, терапевтическим дозам.

**Выводы.** Клинико-динамические показатели алкоголизма свидетельствуют о большей тяжести течения заболевания у больных, проживающих в неблагоприятной экологической обстановке. Клиника алкогольного делирия у проживающих в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой характеризуется более тяжелым течением по сравнению с проживающими в относительно удовлетворительной экологической обстановке. Состояние интеллектуально-мнестической сферы больных, перенесших алкогольный делирий, проживающих в регионе с неблагоприятной экологической обстановкой, хуже.

Предложенный подход к терапии синдрома когнитивного дефицита у больных алкогольным делирием, проживающих в экологически неблагоприятном регионе, отличается высокой эффективностью.

### Л и т е р а т у р а

1. Азизбаева Т. В., Тучин П. В., Гуревич Г. Л. и др. Анализ эффективности результатов лечения больных алкогольной зависимостью с алкогольной полинейропатией // Наркология. – 2014. – Т. 136 (150). – С. 64–67.
2. Алтшулер В. Б. Алкоголизм. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 264 с.
3. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 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. Гофман А. Г. Алкогольный делирий: клиника // Вопросы наркологии. – 2013. – № 5. – С. 113–122.
6. Желтиков А. А., Желтиков В. А., Желтиков Ю. А., Новикова И. С., Корнеева Л. Н. Экология, адаптация и здоровье населения Тульского региона. – Тула: ООО «Промпилот», 2012. – 306 с.
7. Кибитов А. О., Шувалов С. А. Риск развития острых алкогольных психозов и судорожных припадков: роль семейной отягощенности по алкоголизму // Наркология. – 2013. – № 12. – С. 45–54.
8. Куржупов К. А., Погосов А. В. Клинико-динамическая оценка алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя // Человек и его здоровье. – 2009. – № 2. – С. 61–73.
9. Немкова Т. И. Клинические особенности острых алкогольных галлюцинозов в условиях современной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 23 с.
10. Немцов А. В., Изаровский Б. В., Сахаров А. В. Годичный тренд алкогольных отравлений и психозов // Наркология. – 2014. – № 1. – С. 25–29.
11. Пивень Б. Н. Экологическая психиатрия. – Барнаул, 2001. – 136 с.
12. Погосов А. В., Аносова Е. В. Пивной алкоголизм у подростков. Клиническая картина, трансформация в другие формы зависимости, профилактика: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 240 с.
13. Рудницкий В. А., Счастный Е. Д., Никитина В. Б. и др. Экологическая психиатрия: проблемы становления и роста, клинические варианты, связи со смежными психиатрическими дисциплинами (клинической, биологической, социальной психиатрией и наркологией) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 1. – С. 43–51.
14. Сиволап Ю. П., Дамулин И. В., Менделевич С. В. и др. Психические нарушения в постпсихотическом периоде алкогольной белой горячки // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – Вып. 2. – С. 28–29.
15. Сиволап Ю. П., Дамулин И. В. Энцефалопатия Вернике и Корсаковский психоз: клинико-патогенетические соотношения, диагностика и лечение // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Вып. 2. – С. 20–26.
16. Стрелец Н. В., Уткин С. И. Алкогольные (металлоалкогольные) психозы // Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 445–476.
17. Naimi T. S., Xuan Z., Brown D. W. et al. Confounding and studies of «moderate» alcohol consumption: the case of drinking frequency and implications for low-risk drinking guidelines // Addiction. – 2012. – V. 108. – P. 1534–1543.
18. Rehm J., Kailasapillai S., Larsen E. et al. A systematic review of the epidemiology of unrecorded alcohol consumption and the chemical composition of unrecorded alcohol // Addiction. – 2014. – V. 109, № 6. – P. 880–893.

## Транслитерация русских источников

1. Agibalova T.V., Tuchin P.V., Gurevich G.L. et al. [Efficiency of treatment of alcohol-dependent patients with alcoholic polyneuropathy]. *Narkologiya* [Narcology]. 2014; 13, 6(150): 64—67. (In Russ.).
2. Altschuler V.B. [Alcoholism]. Moscow: GEOTAR-Media, 2010. 264 p. (In Russ.).
3. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 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. Gofman A.G. [Delirium tremens: clinical features]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2013; 5: 113—122. (In Russ.).
6. Zheltikov A.A., Zheltikov V.A., Zheltikov Yu.A., Novikova I.S., Korneeva L.N. [Ecology, adaptation and health of the population of Tula region]. Tula: Prompilot, Ltd., 2012. 306 p. (In Russ.).
7. Kibitov A.O., Shuvalov S.A. [Risk of development of acute alcoholic psychoses and seizures: role of family history of alcoholism]. *Narkologiya* [Narcology]. 2013; 12: 45—54. (In Russ.).
8. Kurzhepov K.A., Pogosov A.V. [Clinical-dynamic evaluation of alcoholic psychoses on different kinds of alcohol abused]. *Chelovek i ego zdorov'e* [Human Health]. 2009; 2: 61—73. (In Russ.).
9. Nemtsova T.I. [Clinical features of acute alcoholic hallucinosis under conditions of modern therapy]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2012. 23 p. (In Russ.).
10. Nemtsov A.V., Iزارovsky B.V., Sakharov A.V. [One-year trend of alcoholic poisonings and alcohol psychoses]. *Narkologiya* [Narcology]. 2014; 1: 25—29. (In Russ.).
11. Piven B.N. [Ecological psychiatry]. Barnaul, 2001. 136 p. (In Russ.).
12. Pogosov A.V., Anosova E.V. [Beer alcoholism in adolescents. Clinical picture, transformation and other of dependence, prevention: handbook]. Moscow: GEOTAR-Media, 2014. 240 p. (In Russ.).
13. Rudnitsky V.A., Schastnyy E.D., Nikitina V.B. et al. [Ecological psychiatry: problems of formation and growth, clinical variants, connections with related psychiatric disciplines (clinical, biological, social psychiatry and addiction psychiatry)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2015; 1: 43—51. (In Russ.).
14. Sivolap Yu.P., Damulin I.V., Mendelevich S.V. et al. [Mental disorders following delirium tremens]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2011; 11-2: 28—29. (In Russ.).
15. Sivolap Yu.P., Damulin I.V. [Wernicke encephalopathy and Korsakoff's psychosis: clinical-pathophysiological correlation, diagnostics and treatment]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2013; 6-2: 20—26. (In Russ.).
16. Strelets N.V., Utkin S.I. [Alcoholic (meta-alcoholic) psychoses]. In: [Narcology: national handbook]. N.N. Ivanets, I.P. Anokhina, M.A. Vinnikova, eds. Moscow: GEOTAR-Media, 2008; 445—476. (In Russ.).

УДК 616.89—008.441.13:616.-036.65

ББК 56.145.12+53.57+53.574

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ТРЕНИНГА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

Музаффарова Л. Ж. \*,  
Турсунходжаева Л. А.Ташкентский институт усовершенствования врачей  
700000, Узбекистан, Ташкент, Паркентская, 51

Статья посвящена изучению особенностей рецидивирования опийной наркомании и оценке результатов противорецидивного тренинга. Установлено, что факторы, способствующие рецидивам опийной наркомании, могут быть представлены как собственно биологическими механизмами болезни, так и индивидуально-психологическими и средовыми влияниями. Выделены две группы больных, у которых все наблюдавшиеся в динамике заболевания рецидивы были связаны с эндогенными или экзогенными факторами. Сравнительный анализ эффективности разработанной программы противорецидивного тренинга показал, что для пациентов с преобладанием эндогенных механизмов рецидивирования заболевания относительно лучшие результаты наблюдаются при включении тренинга в структуру программ медико-социальной реабилитации наркозависимых. При возникновении рецидивов преимущественно под влиянием внешних условий возможно применение противорецидивного тренинга в качестве самостоятельной терапевтической программы. В обоих случаях достоверно увеличивается частота терапевтических ремиссий продолжительностью более 6 месяцев по сравнению с использованием сугубо медикаментозной терапии. **Ключевые слова:** опиоидная зависимость, ремиссия, рецидив, противорецидивный тренинг.

**EVALUATION OF ANTI-RELAPSE TRAINING EFFICIENCY IN PREVENTION OF RELAPSES IN OPIOID DEPENDENT PATIENTS.** Muzaffarova L. Zh., Tursunkhodzhaeva L. A. Tashkent Institute for Medical Staff Quality Improvement. Parkent Street 51, 700000, Tashkent, Republic of Uzbekistan. This paper is devoted to investigation of the characteristic features of opioid dependence relapse and evaluation of anti-relapse training. Factors promoting opioid dependence relapse were established as biological mechanisms of the disease, as individual-psychological and environmental effects. Patients were divided into two groups in which all relapses observed in the disease dynamics attributed to exogenous or endogenous factors. Comparative analysis of the developed program of anti-relapse training efficiency has shown that patients with predominantly endogenous factors had a best outcome when the training was included in the structure of medico-social rehabilitation programs. Relapses appeared under predominantly exogenous factors influence may be managed using anti-relapse training as independent therapeutic program. The frequency of therapeutic remissions with duration of more than six months in both cases increased in comparison with special medication. **Keywords:** opioid dependence, remission, relapse, anti-relapse training.

\* Музаффарова Лиля Жаедаевна – ассистент кафедры наркологии и подростковой психопатологии.

Турсунходжаева Людмила Александровна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой наркологии и подростковой психопатологии. Телефон: +998977441220. E-mail: lyudm.aleksandrowna2014@yandex.ru

**Введение.** В системе оказания помощи наркозависимым профилактика рецидивов заболевания считается важной и трудной задачей [1, 2]. Это связано с чрезвычайным многообразием факторов биологического, психологического и социального порядка, способствующих возобновлению наркотизации [7, 8, 9]. Из-за недостаточной изученности этих факторов даже с известной долей вероятности не удастся предсказать поведение больного во многих ситуациях, угрожающих срывом, и прогнозировать продолжительность терапевтической ремиссии.

Исследования ремиссий опиоидной зависимости отличаются известной односторонностью по своей направленности и тематике. Одни авторы изучают их с позиции воздействия фармакологических препаратов, проводя стандартизованный контроль ряда показателей [3, 10]. В других работах проводится массовый мониторинг на основе психологических тестов [4, 5, 6] и мало внимания уделяется изучению тех аспектов наркотической зависимости, которые требуют индивидуального клинико-психопатологического подхода. Тем не менее подчеркивается, что стойкость ремиссии во многом зависит от индивидуально подобранного комплекса медицинских и социально-психологических мероприятий, направленных на предупреждение рецидивов опийной наркомании. Перспективным направлением профилактики рецидивов представляется разработка противорецидивного тренинга, направленного на выработку новых форм поведения, исключающих возврат к наркотикам в ситуациях, угрожающих срывом.

**Целью** настоящего исследования является изучение особенностей рецидивов и разработка противорецидивного тренинга для лиц, страдающих опиоидной зависимостью.

**Материалы и методы.** В условиях Республиканского наркологического центра (г. Ташкент) клинико-катamnестическим методом обследован 81 пациент мужского пола с синдромом зависимости от препаратов опиоидного ряда (шифр по МКБ-10 F11.2). Все пациенты имели неоднократные (не менее 3) попытки лечения с возникновением рецидивов наркозависимости после кратковременных ремиссий. Средний возраст больных к моменту обследования составил  $34,2 \pm 5,9$  года. У 76,4 % больных давность злоупотребления препаратами опиоидного ряда не превышала 10 лет. В момент обследования все больные злоупотребляли героином. В исследование не включались лица с коморбидной психической патологией, полизависимостью от двух или нескольких психоактивных веществ (шифр по МКБ-10 F19), а также прекратившие прием опиатов, но перешедшие на викарное злоупотребление другими психоактивными веществами.

Катamnестические сведения получены на всех больных в сроки от 1 месяца до 3 лет с момента выписки из стационара.

Детальный анализ факторов, способствующих срыву ремиссий и развитию рецидивов наркозависимости, позволил выделить две группы больных для сравнительного изучения.

1-ю группу составили 45 (55,6 %) больных, у которых все рецидивы, когда-либо наблюдавшиеся в динамике опийной наркомании, происходили преимущественно под влиянием эндогенных факторов, тесно взаимосвязанных с обострением симптомов зависимости. В их число вошли спонтанная актуализация непреодолимого патологического влечения к наркотику, аффективные и диссомнические расстройства, оказывающие существенное влияние на возникновение срывов ремиссии.

2-ю группу составили 36 (44,4 %) больных, у которых рецидивы возникали, как правило, под влиянием внешних условий. В эту группу факторов, условно отнесенных к разряду экзогенных, включены неблагоприятное микросоциальное окружение, прежде всего контакты с наркозависимыми, семейные или служебные конфликты, отсутствие занятости при наличии материального достатка.

Сопоставление выделенных групп по клинико-биологическим, психологическим и социальным показателям давало возможность определить критерии прогноза ожидаемой терапевтической ремиссии и на этой основе разработать программу противорецидивного тренинга, направленного на профилактику рецидива наркозависимости.

В качестве самостоятельной психотерапевтической программы методика противорецидивного тренинга предусматривала последовательную этапность.

1. *Диагностический этап* включал индивидуальное консультирование, формирование группы с учетом противопоказаний для участия в групповой психотерапии, самопредставление и знакомство пациентов друг с другом, получение ими информации об особенностях противорецидивного тренинга, диагностика (и самодиагностика) факторов, способных привести к срыву ремиссии, диагностика нарушений внутрисемейных отношений. С первого же занятия вводились групповые сеансы релаксации и обучения аутотренингу. Первый этап реализовывался на протяжении 4 занятий. К концу этого этапа участники были настроены на взаимодействие, могли проявлять активность, инициативу.

2. *Подготовительный (обучающий) этап.* В его задачи входило обучение способам борьбы с патологическим влечением (аутотренинг, мышечная релаксация по Джекобсону, дыхательная гимнастика, систематическая десенси-

билизация). Больные закрепляли навыки саморегуляции посредством самостоятельных ежедневных тренировок (домашнее задание). Проводилось обучение приемам усиления конкурирующих влияний (усиление трезвеннической установки на когнитивном уровне), вырабатывались навыки ассертивного поведения и использования ведущих копинг-стратегий в стрессовых ситуациях. Второй этап реализовывался в течение 5—6 занятий.

3. *Собственно противорецидивный этап* предусматривал ролевое проигрывание ситуаций, предрасполагающих к «срыву» и рецидиву, с последующими сеансами релаксации. Проводилось исследование особенностей собственного деструктивного поведения, выработка и проверка альтернативных моделей поведения. В результате формировался индивидуальный стиль поведения в «опасных» ситуациях с принятием пациентом ответственности за свой выбор. Этап реализовывался на протяжении 5—6 занятий. На этом этапе важным представлялся дифференцированный подход у больных 1-й и 2-й групп к формированию индивидуального стиля поведения в ситуациях, опасных срывом ремиссии. Участники со сходными ситуациями объединялись в подгруппы, в задачу которых входил поиск сценария альтернативного поведения. На этом этапе пациенты имели возможность использовать полученные знания и навыки для эффективного отказа от наркотиков в условиях, способствующих возобновлению наркотизации.

Последние четыре занятия подгруппы были посвящены проигрыванию собственных сценариев. Участники обсуждали, насколько уверенно они выходят из «кризисных» ситуаций. В конце каждого упражнения пациентов подводили к пониманию того, что за любым поведением стоят жизненные позиции, принятие ответственности за свои поступки на себя, приобретение навыков уверенного и достойного поведения. Этот этап являлся самым продолжительным и продуктивным для каждого участника. Реализовывались основные цели тренинга и ожидания участников, оформлялись отношения.

Несмотря на особенности личностных изменений у больных опийной наркоманией, в терапевтических группах начинали действовать факторы групповой динамики, что обеспечивало непрерывный характер психотерапевтического воздействия на личность в течение всего дня, в то время как сами тренинговые занятия носили характер дискретных воздействий и позволяли формировать конкретные типы поведения. В качестве самостоятельной психотерапевтической программы противорецидивный тренинг проведен нами в 3 терапевтических группах из 8—12 человек.

В общей сложности в программу был включен 31 человек из числа обследованных (20 больных 1-й группы и 11 больных из 2-й группы). В рамках программы медико-социальной реабилитации противорецидивный тренинг прошли 27 больных из числа обследуемых (12 больных 1-й группы и 15 больных 2-й группы). Группу сравнения составили 23 больных, у которых терапевтическое вмешательство ограничивалось медикаментозной терапией.

Оценка эффективности результатов терапии проводилась на основании показателей длительности терапевтических ремиссий. Для определения достоверности межгрупповых различий использовался критерий Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** Результаты катamnестического обследования показали, что терапевтические ремиссии той или иной продолжительности наблюдались практически у всех больных, прошедших программу противорецидивного тренинга. Длительность терапевтических ремиссий у больных обеих групп представлена в таблице 1.

Таблица 1  
Длительность терапевтических ремиссий у прошедших программу противорецидивного тренинга

Длительность ремиссии после лечения	Группа больных				Всего	
	1-я группа		2-я группа			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 3 мес.	6	18,8	6	23,1	12	20,7
4—6 мес.	11	34,4	6	23,1	17	29,3
7—12 мес.	10	31,2	9	34,7	19	32,8
Более 1 года до 2 лет	5	15,6	3	11,5	8	13,8
Более 2 лет	-	-	2	7,6	2	3,4
Всего	32	100,0	26	100,0	58	100,0

Примечание. Достоверность различий: \* –  $p > 0,05$ .

При анализе сроков ремиссий достоверных статистических различий между группами не обнаружено. Преобладание ремиссий до 6 месяцев у больных 1-й группы (53,2 % больных 1-й группы и 46,2 % больных 2-й группы;  $p > 0,05$ ), а более 6 месяцев – у больных 2-й группы (46,8 % больных 1-й группы, 53,8 % больных 2-й группы;  $p > 0,05$ ) было лишь относительным. Точно так же не обнаружено существенных различий в частоте ремиссий продолжительностью до 3 месяцев (18,8 % больных 1-й группы, 23,1 % больных 2-й группы;  $p > 0,05$ ) или более 1 года (15,6 % больных 1-й группы и 19,1 % больных 2-й группы;  $p > 0,05$ ). Это свидетельствовало о сопоставимости результатов противорецидивного тренинга у больных с разной долей участия эндогенных и экзогенных факторов в механизмах рецидивирования опиоидной зависимости.

При сравнении продолжительности ремиссий после противорецидивного тренинга, проведенного в качестве самостоятельной терапевтической программы или же в рамках программы медико-социальной реабилитации, выявлены более заметные различия в их эффективности у больных разных групп (табл. 2).

**Таблица 2**  
**Длительность терапевтических ремиссий у прошедших противорецидивный тренинг в качестве самостоятельной программы и в рамках программы медико-социальной реабилитации**

Длительность ремиссии после лечения	1-я группа				2-я группа				Всего	
	Программа									
	Самостоя- тельная		Реабилитации		Самостоя- тельная		Реабилитации			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс.	%
1—3 мес.	3	15,0	3	25,0	2	18,1	3	20,0	11	19,0
4—6 мес.	10	50,0	1	8,3	3	27,3	3	20,0	17	29,3
7—12 мес.	4	20,0	6	50,0	3	27,3	6	40,0	19	32,8
Более 1 года до 2 лет	3	15,0	2	16,7	3	27,3	1	6,7	9	15,5
Более 2 лет	-	-	-	-	-	-	2	13,3	2	3,4
Всего	20	100	12	100	11	100	15	100	58	100

Выявлено отсутствие достоверных различий между частотой кратковременных (до 3 месяцев) терапевтических ремиссий у больных обеих групп при проведении тренинга в качестве самостоятельной программы (15,0 % больных 1-й группы, 18,1 % больных 2-й группы;  $p>0,05$ ) и при его включении в состав программы медико-социальной реабилитации (25,0 % больных 1-й группы, 20,0 % больных 2-й группы;  $p>0,05$ ). Вместе с тем у больных 1-й группы при проведении тренинга в составе программы медико-социальной реабилитации чаще наблюдались стойкие ремиссии продолжительностью более 6 месяцев (66,7 % больных 1-й группы), чем при его самостоятельном использовании (35,0 % больных 1-й группы;  $p>0,05$ ). У больных 2-й группы такие различия были не столь заметными (60,0 % и 54,6 % больных;  $p>0,05$ ). Более того, при проведении тренинга в качестве самостоятельной психотерапевтической программы ремиссии более 1 года у больных 2-й группы встречались относительно чаще (27,3 % больных 2-й группы), чем при прохождении программы медико-социальной реабилитации (20,0 % больных 2-й группы;  $p>0,05$ ), тогда как в 1-й группе больных наблюдалось обратное соотношение (15,0 % и 16,7 % больных;  $p>0,05$ ).

Наибольший интерес для исследования представляло сравнительное изучение длительности ремиссий у больных, прошедших и не прошедших программу противорецидивного тренинга (табл. 3). Данные таблицы 3 свидетельствуют о наличии существенных различий в продолжительности терапевтических ремиссий у больных обеих групп, прошедших и не прошедших программу противорецидивного тренинга. У 100 % больных 1-й группы и 90 % больных 2-й группы ( $p>0,05$ ), получивших только медикаментозную терапию, срок последующей ремиссии не превышал 6 месяцев.

**Таблица 3**  
**Длительность терапевтических ремиссий у больных, прошедших и не прошедших программу противорецидивного тренинга**

Длительность ремиссии после лечения	Программа противорецидивного тренинга							
	Прошли				Не прошли			
	1-я группа		2-я группа		1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 3 мес.	6	18,8**	6	23,1	10	76,9**	5	50,0
4—6 мес.	11	34,4	6	23,1	3	23,1	4	40,0
7—12 мес.	10	31,2**	9	34,7*	-	-	1	10,0
Более 1 года до 2 лет	5	15,6*	3	11,5	-	-	-	-
Более 2 лет	-	-	2	7,6	-	-	-	-
Всего	32	100,0	26	100,0	13	100,0	10	100,0

**Примечание.** Достоверность различий: \* –  $p<0,045$ ; \*\* –  $p<0,001$ .

При этом у больных 1-й группы явно преобладали нестойкие ремиссии длительностью до 3 месяцев, с высокой достоверностью превышая этот показатель у больных, прошедших программу противорецидивного тренинга (76,9 % и 18,8 % больных 1-й группы;  $p<0,001$ ). Среди больных 2-й группы наблюдалось такое же соотношение (50,0 % и 23,1 % больных 2-й группы;  $p>0,05$ ), но различия не обладали статистической значимостью. В обеих группах у больных, прошедших противорецидивный тренинг, ремиссии сроком от 7 до 12 месяцев наблюдались достоверно чаще, чем у больных, чье лечение ограничивалось медикаментозной терапией. Так, в 1-й группе доля таких больных составила 31,2 % ( $p<0,001$ ), во 2-й группе – 34,7 % ( $p<0,045$ ). У больных обеих групп, не прошедших программу тренинга, практически не наблюдались ремиссии длительностью более 1 года, составившие 15,6 % ( $p<0,001$ ) у больных 1-й группы и 19,1 % ( $p<0,045$ ) у больных 2-й группы.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствовали о достаточно высокой эффективности разработанной программы противорецидивного тренинга, позволившего почти в 2 раза сократить частоту рецидивов опийной наркомании в первые 6 месяцев воздержания от наркотиков и увеличить частоту стойких (более 6 месяцев) ремиссий. Причем для больных 1-й группы, у которых все рецидивы опийной наркомании были связаны преимущественно с эндогенными факторами, более эффективным представлялось проведение противорецидивного тренинга в качестве структурного компонента программы медико-социальной реабилитации, направленной на коррекцию и дальнейший рост личности. Для больных 2-й группы, у которых все рецидивы провоцировались внешними ситуациями, достаточно эффективным являлось использование противорецидивного тренинга в качестве самостоятельной психотерапевтической программы.

## Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опиоидной наркоманией. – Республика Казахстан, Павлодар: Изд-во РГКП "Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании", 2005. – 287 с.
2. Винникова М. А. Ремиссии при героиновой наркомании. – М., 2004. – 243 с.
3. Ериш С. М. Применение серотонинергических антидепрессантов для стабилизации ремиссии у больных с синдромом зависимости от алкоголя и опиатов : автореф. ... дис. канд. мед. наук. – СПб., 2013. – 24 с.
4. Игумнов С. А., Станько Э. П. Оценка уровня социальной и семейной дезадаптации потребителей инъекционных опиоидных наркотиков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 3. – С. 77–82.
5. Любичева Н. И. Длительность терапевтической ремиссии у больных наркоманией с различными преморбидными особенностями (клинико-динамический, лечебно-реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... к.м.н.. – Томск, 2012. – 32 с.
6. Мильчакова В. А. Психологический статус героиновых наркоманов в динамике годовой ремиссии при оказании кризисно-реабилитационной помощи методом стрессовой психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2004. – 20 с.
7. Молчанов С. Н. Особенности формирования ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2006. – Т. XII, № 3. – С. 59–64.
8. Мохначев С. О. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов // Наркология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 232–233.
9. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. унт-та, 2008. – 588 с.
10. Hulse G. K., Ngo H. T., Tait R. J. Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone // Biol. Psychiatry. – 2010. – V. 68, № 3. – P. 296–330.

## Транслитерация русских источников

1. Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A. [Early prevention and neoabilitation of patients with opium addiction]. Republic of Kazakhstan, Pavlodar: Publishing House of the Republican Scientific-Practical Center of medico-social problems of drug addiction, 2005. 287 p. (In Russ.).
2. Vinnikova M.A. [Remissions in heroin dependence]. Moscow, 2004. 243 p. (In Russ.).
3. Erish C.M. [Use of serotoninergic antidepressants for stabilization of remissions in alcohol and opiate dependent patients]: Avtoref. dis. k.m.n. [Abstract of PhD thesis]. Saint-Petersburg, 2013. 24 p. (In Russ.).
4. Igumnov S.A., Stan'ko E.P. [Evaluation of the level of social and family desadaptation in consumers of injection opioids]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narcologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 3: 77–82. (In Russ.).
5. Lyubicheva N.I. [Duration of therapeutic remission in narcologic patients with premorbid features (clinic-dynamical, therapeutic-rehabilitation aspects)]. Avtoref. dis. k.m.n. [Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 2012. 32 p. (In Russ.).
6. Mil'chakova V.A. [Psychological status of heroin dependent patients in annual remission dynamics during crisis-rehabilitation aid by stress psychotherapy method]. Avtoref. dis. k.m.n. [Abstract of PhD thesis]. Saint-Petersburg, 2004. 20 p. (In Russ.).
7. Molchanov S.N. [Features of remission formation in opioid dependent patients]. *Voprosy mental'noy meditsiny i ekologii* [Mental Medicine and Ecology Issues]. 2006; XII, 3: 59–64. (In Russ.).
8. Mokhnachev S.O. [Mental and behavioural disorders caused by opioids consumption]. In: [Narcology: national handbook]. N.N. Ivanets, I.P. Anokhina, M.A. Vinnikova, eds. Moscow: GEOTAR-Media, 2008; 232–233. (In Russ.).
9. Semke V.Ya., Bokhan N.A. [Transcultural addictology]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2008. 588 p. (In Russ.).

# ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.37.015.3:616-006  
ББК 56.145.7+57.336.14+55.694.11

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Суетина О. А.\*

ФГБНУ Научный центр психического здоровья  
115522, Москва, Каширское шоссе, 34

В статье приведены данные о клинических особенностях психогений, наблюдаемых у пациентов подросткового возраста с онкогематологическими и онкологическими заболеваниями на начальном этапе противоопухолевого лечения. Материал исследования составили подростки, впервые стационаризованные в НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ РАМН в период 2012-2015 гг. по поводу различных форм онкогематологических заболеваний и солидных опухолей различной локализации. Приведена клиническая характеристика наиболее распространенных вариантов психогений у данного контингента. Выделены реакции с преобладанием аффективных, тревожно-фобических, психопатоподобных и астенических проявлений. Рассмотрены факторы, провоцирующие развитие психогенных нарушений у подростков. Обоснована необходимость мультимодального терапевтического подхода при лечении психогенных состояний у подростков с онкологическими заболеваниями. **Ключевые слова:** психогении, подростки, онкологические заболевания, терапия.

**FEATURES OF PSYCHOGENIES IN ADOLESCENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES AT THE INITIAL STAGE OF ANTI-TUMOR TREATMENT.** Suetina O. A. *Mental Health Scientific Center. Kashirskoe Road 34, 115522, Moscow, Russian Federation.* In the article, data on clinical features of psychogenies observed in patients of adolescent age with oncohematological and oncological diseases at the initial stage of anti-tumor treatment are presented. Material of research included adolescents newly admitted to Child Oncology and Hematology Research Institute of ROSC RAMSci between 2012 and 2015 for various forms of oncohematological diseases and solid tumors of various localizations. Clinical characteristic of the most prevalent variants of psychogenies in this contingent is presented. Reactions with predominance of affective, anxiety-phobic, psychopath-like and asthenic manifestations have been distinguished. Factors provoking development of psychogenic disturbances in adolescents have been considered. Necessity of multimodal therapeutic approach in treatment of psychogenic states in adolescents with oncological diseases has been proven. **Keywords:** psychogenies, adolescents, oncological diseases, therapy.

**Введение.** Наличие онкологического заболевания является мощнейшим стрессовым событием, как для пациента, так и для его семьи. Тяжелое лечение, неопределенный прогноз, длительный путь к выздоровлению создают постоянную психотравмирующую атмосферу вокруг онкологического больного, которая еще усугубляется в тех случаях, когда пациентом является ребенок или подросток. Между тем проблема психогенных расстройств, сопутствующих онкологическим заболеваниям в подростковом возрасте, особенности их типологии, клинических проявлений при разных формах и стадиях онкологического процесса до настоящего времени остается малоизученной. Можно предполагать, что тяжелая стрессовая ситуация, в которую в связи с онкозаболеванием попадает подросток и его семья, приводит к появлению не только большого числа реабилитационных и психологических проблем, но и к развитию психогенных нарушений, существование которых может сказываться на всей последующей жизни пациентов. При этом научные публикации, освещающие вопросы психофармакологической помощи данному контингенту, не систематизированы и носят единичный характер [1, 2]. В исследованиях по схожей проблематике у взрослых онкопациентов доказано, что широкий спектр психопатологических состояний может быть эффективно купирован с помощью современных анксиолитиков, антидепрессантов с противотревожным действием и атипичных нейролептиков, применяемых согласно стандартным схемам, принятым в «общей» психиатрии [4, 5, 10].

Психогенные состояния, обусловленные констелляцией событий, связанных с соматическим заболеванием у взрослых пациентов, страдающих онкопатологией, в последние годы широко освещаются в медицинской литературе [6, 7, 8]. По данным исследователей, нозогении у взрослых не являются статичными клиническими образованиями. Они зависят от ряда факторов, в первую очередь от благоприятного или неблагоприятного течения соматического заболевания. В контексте нозологической принадлежности данных нарушений Д. Э. Выборных [3] выделял невротические (тревожно-диссоциативные и тревожно-фобические), аффективные (тревожно-депрессивные) нозогении. М. Р. Шафигуллин [13] описывал три типа нозогений (диссоциативные, тревожно-депрессивные и паранойяльные) у пациентов с онкологическим диагнозом. У подростков эти аспекты разработаны недостаточно.

**Цель** настоящей работы – уточнение клинических особенностей психогений у подростков с онкогематологическими и онкологическими заболеваниями на начальном этапе противоопухолевого лечения.

\* Суетина Оксана Анатольевна, к.м.н., с.н.с. отдела по изучению проблем подростковой психиатрии. Тел. 8(495)952-90-39. E-mail: oksanaanatolevna@yandex.ru



**Материалы и методы.** Обследовано 29 пациентов в возрасте 15–18 лет (средний возраст составил 16,1 года), впервые стационаризованных в НИИ детской онкологии и гематологии «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» в период 2012–2015 гг. по поводу различных форм онкогематологических заболеваний (лимфома: лимфогранулематоз и неходжкинская лимфома, лейкоз: острый лимфобластный лейкоз, острый миелобластный лейкоз) и солидных опухолей различной локализации. Первичная госпитализация совпадала с началом противоопухолевого лечения (полихимиотерапия, облучение) у всех обследованных. Данная группа сформирована из числа подростков, обратившихся к психиатру в начальный период лечения с жалобами на различные нарушения психического здоровья, у которых были выявлены психогенные нарушения различной степени тяжести.

В работе использовались клинический, клинико-катamnестический методы с привлечением данных из доступной медицинской документации, сведений, полученных от родителей, врачей, медперсонала. Состояние пациентов оценивалось по шкале CGI (шкала общего клинического впечатления), использовалась шкала для диагностики астении (предложенная И. Шац) и шкала HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии).

**Результаты и обсуждение.** Выявленные психогенно обусловленные непсихотические состояния представлены спектром психопатологических нарушений, которые согласно МКБ-10 отвечали критериям рубрики F43.2 «Расстройства адаптации». Общими особенностями наблюдаемых психогенных реакций являлись их незначительная глубина, нестойкость психопатологических симптомов. К особенностям подростковых психогений можно отнести и постепенное, в течение нескольких дней, оформление психопатологических симптомов без начальных аффективно-шоковых проявлений, развивающихся у взрослых пациентов после сообщения им диагноза.

Наблюдаемые психогении были представлены преимущественно аффективными (24 человека) проявлениями. Симптоматика тревожно-фобического ряда обнаружена у многих пациентов, но чаще в качестве акцессорной, и выявлялась, как правило, во время расспроса. Реакции с преобладанием тревожно-фобических нарушений отмечались у 3 больных. Психогенные нарушения у обследованных подростков нередко сопровождались расстройствами поведения, которые в большинстве случаев выступали компонентом полиморфного реактивного образования, но только у двоих больных определяли клиническую картину психогенных нарушений (психопатические реакции). Невротические диссоциативные реакции,

считающиеся часто встречаемым вариантом нозогений у взрослых пациентов с различными формами онкозаболеваний [15, 16], практически не встречались у обследованных нами подростков. Можно отметить лишь диссоциативные «включения» в структуре депрессивных реакций некоторых пациентов с преморбидными особенностями истерического и шизоидного круга.

Клиническое оформление и течение наблюдаемых реактивных образований определялось не столько динамикой основного заболевания (как у взрослых пациентов), сколько сочетанием собственно реактивно обусловленных расстройств с особенностями личностных проявлений. В зависимости от характерологического склада в одних случаях можно было отметить усиление замкнутости, углубление сенситивности, ранимости, тревожности с появлением ипохондрических опасений, в других – отрицание проблем, нежелание учитывать состояние здоровья при планировании дальнейшей жизни, активный протест с агрессией, аутоагрессией. Наличие смертельной болезни хотя и осознавалось и даже артикулировалось всеми обследованными подростками, но преломлялось в их сознании, прежде всего, как угроза успешному социальному функционированию, общению с лицами противоположного пола, признанию и принятию референтной группой. Свободный доступ к специальной, в том числе медицинской литературе обеспечивал высокую информированность подростков относительно лечения и прогноза онкологического заболевания. Однако они всячески избегали затрагивать тему вероятности смертельного исхода в беседах с врачами, зачастую искали ответы на этот вопрос в интернете (чтение медицинских справочников, изучение диалогов на форумах), обсуждали между собой. Чем старше был подросток, тем полнее осознавалась опасность заболевания, тем более высокую ступень в иерархии психотравмирующих обстоятельств занимала собственная болезнь, которая воспринималась во временной перспективе как угрожающая не только в настоящей жизни, но и имеющая негативное влияние на будущую жизнь.

Ведущими из факторов, провоцирующих развитие психогенных реакций у обследованных пациентов, являлись обстоятельства, связанные с нарушением в результате заболевания межперсональных отношений. Подростки переживали, прежде всего, утрату привычных взаимоотношений со сверстниками, опасались, что из-за длительной изоляции «могут стать изгоем» среди одноклассников, боялись огласки своей болезни среди ровесников, непонимания и неприязни со стороны друзей, стеснялись негативных изменений во внешности.

Особо значимыми для подростков оказывались опасения потерять привлекательность, сомнения в возможности поддерживать прежний уровень физической активности и продолжать широкое общение со сверстниками. Для пациентов с солидными опухолями на начальных этапах лечения ведущее значение имела вероятность серьезных внешних дефектов (ампутация конечностей, костные дефекты лица и тела), которые так же расценивались подростками как препятствие для дальнейших межперсональных контактов, возможности получить образование, устроиться на работу. После проведения органосохраняющих операций эти переживания большей частью дезактуализировались.

Негативные события в социальной жизни подростков, находящихся на лечении в онкологическом стационаре, существенным образом влияли на их психическое состояние, видоизменяя, а часто усугубляя симптомы психогений. Неоднократно приходилось наблюдать как известия о неблагоприятных событиях школьной жизни, затрагивающие непосредственно подростка (неаттестация, оставление на второй год и др.), дружеские и личные отношения на длительное время становились ведущими в переживаниях пациентов, «затмевая» ежедневные негативные события, связанные с лечением соматического недуга.

Распространенными, выявлявшимися у всех обследованных, были симптомы астении, которая, по мнению ряда исследователей, представляет собой один из наиболее распространенных типов соматогений [9]. В то же время астения относится к наиболее частым нейропсихиатрическим побочным эффектам химиотерапии [13, 14].

*Астенические нарушения* имели различные закономерности развития и неидентичные клинические проявления у подростков с онкогематологическими и онкологическими заболеваниями. Астенический синдром у больных с гемобластомами доминировал на начальном этапе онкологического заболевания, зависел от стадии, тяжести болезни, уровня интоксикации и в какой-то степени маскировал и замедлял развитие психогенных нарушений. Симптомы астении у пациентов с онкогематологическими заболеваниями, как правило, имели место долго (от полугода до 1,5 лет) до верификации диагноза. На начальных стадиях процесса преобладали явления физической астении с жалобами на выраженную слабость, утомляемость, повышенную потребность в отдыхе и сне, усугубляющиеся по мере развития онкогематологического заболевания. Лишь по мере уменьшения тяжести физической астении более заметными становились психологические реакции и имевшие место психогенные расстройства.

Астенические симптомы у пациентов с солидными опухолями на начальных этапах заболевания практически не выявлялись или были заметны после значительных физических нагрузок. Клинические проявления астении достигали максимума на фоне полихимиотерапевтического и лучевого воздействия и постепенно редуцировались через 2—4 недели после последнего курса лечения, однако не проходили полностью. Характерными были явления психосоматического параллелизма [16] — усиление астении после химио-, лучевой терапии, прогрессирования опухолевого процесса и обратное развитие при компенсации патологических изменений.

В психическом состоянии пациентов на первый план выступали явления раздражительной слабости, психической и физической истощаемости, снижение толерантности к нагрузкам, полиморфизм соматовегетативных (головокружения, повышенное потоотделение и др.) нарушений, различные виды диссомний.

Ретроспективный анализ состояния излеченных больных показал, что симптомы астении сохранялись в течение нескольких лет и после окончания противоопухолевой терапии: снижалась выносливость к обычным нагрузкам, отмечались рассеянность, трудности запоминания, подростки нуждались в щадящем режиме обучения. По мере восстановления после проведенного противоопухолевого лечения наблюдалось постепенное уменьшение выраженности астенического симптомокомплекса, при этом темп редукции признаков психической астении (по сравнению с проявлениями физической слабости) был более медленным.

Для уточнения выраженности астенических расстройств у обследованных подростков был использован содержащий прямые утверждения опросник для диагностики астении И. Шаца. Опросник заполнялся пациентами самостоятельно, в течение 15—30 минут.

Несмотря на наличие астенических проявлений, которые подтверждали сами пациенты и их родители в беседе с врачом, при заполнении опросника, содержавшего прямые утверждения, подростки в трети случаев отрицали наличие у себя астенических проявлений, что, возможно, обусловлено активностью психологических защит.

Клинические особенности *аффективных (депрессивных) реакций*, которые наиболее часто отмечались у подростков, заключались в синдромальной незавершенности и незначительной выраженности депрессивного аффекта. Госпитальная шкала тревоги и депрессии выявляла имевшие место нарушения (суммарный балл  $10,2 \pm 2$ ), однако не всегда совпадавшие с результатами психиатрического обследования у конкретных пациентов.

Подростки описывали «скуку», «грусть» и объясняли появление тягостных переживаний внешними причинами (дискомфортной обстановкой, отсутствием друзей, интернета и т. п.), при этом постоянной фиксации на негативных эмоциях не происходило. Они искали возможности отвлечься, переключиться, легко шли на контакт с персоналом отделения, а к необходимым процедурам (длительные капельницы, болезненные манипуляции) относились терпеливо и спокойно. Когда депрессивные симптомы были более выраженными, в психическом статусе преобладали подавленность, напряженность, подростки все время проводили в палате, отказывались от общих занятий, предпочитали днями напролет «сидеть» в компьютере. В основном имели место легкие депрессивные симптомы, которые проявлялись незначительно сниженным настроением с некоторой подавленностью, плаксивостью. Лишь у 8 человек выявлены признаки умеренной депрессии, в клинической картине которой преобладали более выраженная подавленность, безрадостность, слезливость, угрюмость, малообщительность, заторможенность, вялость. Длительность большинства депрессивных расстройств не превышала 2 месяца. Легкая депрессивная симптоматика постепенно сходила на нет, без специального лечения. Пациенты с умеренными депрессивными проявлениями нуждались в назначении психотерапии.

Наиболее частыми клиническими типами депрессий легкой и умеренной тяжести в обследованном нами контингенте были астенический и тревожный (тревожный и тревожно-ипохондрический).

Астенодепрессивные нарушения выявлялись как среди онкогематологических пациентов, так и у подростков с солидными опухолями. Состояния обозначались подростками как скука, безразличие, лень при отсутствии выраженного депрессивного аффекта, моторной и идеаторной заторможенности. При расспросе удавалось выявить утрату привычных интересов, быструю истощаемость при умственном и физическом напряжении, трудность совершения волевых усилий. По утрам доминировали чувство вялости, сниженного тонуса, а вечером – разбитость, усталость. Астеническая симптоматика (стойкое ощущение слабости, повышенная истощаемость) являлась ведущей в жалобах подростков с онкогематологическими заболеваниями, а аффективные расстройства, как правило, не осознавались и ассоциировались с проявлениями телесного страдания. Подростки с солидными опухолями напротив, считали утомляемость, слабость «обычными» побочными эффектами химиотерапевтического лечения и не отождествляли их со своим психологиче-

ским состоянием, в отличие от более отчетливо проявлявшихся у них аффективных симптомов.

Несколько реже у обследованных подростков отмечались тревожные депрессии (или, если точнее, депрессия с симптомами тревоги), клиническая картина которых определялась, помимо сниженного аффективного фона, наличием на всем протяжении беспричинной и неконкретизированной тревоги либо, в единичных случаях, тревоги с ипохондрическими опасениями. В структуре таких реакций в качестве факультативных могли выступать расстройства невротического регистра (фобии, контрастные навязчивые мысли, алгии, реже – редуцированные панические проявления), которые были непостоянными в течение суток. Фабула тревожных переживаний напрямую была не связана с ситуацией болезни, а обозначалась более общими (ожидание беды, неотвратимость несчастья, предчувствие «плохих новостей») категориями. Тревожные расстройства часто никак не проявлялись внешне и были малозаметными для окружающих. Они практически никогда не сопровождались психомоторным беспокойством. Можно отметить, что подростки крайне неохотно, как будто бы стесняясь, рассказывали о своих переживаниях, часто считая их проявлением «слабости характера». Тревожно-ипохондрические нарушения реализовывались у подростков в виде боязливости, нерешительности, впечатлительности, мнительности.

Опасения ипохондрического содержания были нестойкими и инициировались отрицательной внешней ситуацией (случаи смерти в отделении, плохие результаты анализов, информация о неудачных операциях). Пациенты сообщали об опасениях «подхватить инфекцию», «перетрудить» прооперированную конечность. В статусе больных имела место аффективная неустойчивость с обострениями тревоги на фоне негативных известий или предстоящих лечебных и диагностических процедур.

Известный полиморфизм подростковым депрессивным реакциям придавали имевшие место у некоторых подростков диссоциативные симптомы и различные поведенческие девиации, которые не являлись определяющими, представляя как бы «вкрапления» в них.

Диссоциация реализовалась сомнениями относительно наличия болезни, правильности диагноза, игнорированием симптомов ухудшения соматического состояния либо интерпретацией их в качестве проявления менее тяжелого страдания, например генерализованной герпетической инфекции, а не метастатического поражения легких. При этом данная убежденность существовала как бы параллельно с осознанием больным необходимости лечения и практически не влияла на ход лечебных и диагностических мероприятий.

Нарушения поведения в картине депрессивных реакций у подростков выступали как вторичные по отношению к расстройствам настроения и проявлялись озлобленностью, негативизмом, протестными, истеродемонстративными реакциями, грубостью, эпизодами словесной и физической агрессии преимущественно в адрес близких родственников. Подростки, особенно находящиеся длительное время в условиях стационара, болезненных и травмирующих медицинских манипуляций, высказывали многочисленные претензии по отношению к родителям, грубили, говорили о «непонимании окружающих», желании «отомстить, сделать назло». Характерными для таких девиаций поведения являлись их парциальность и преходящий характер.

На первый план в клинической картине *тревожно-фобических реакций* у 3 подростков выступали явления генерализованной тревоги с ощущением напряжения, постоянным беспокойством, эмоциональным дискомфортом. Они отмечали преобладающий в переживаниях страх смерти, который обозначался ими как «непоправимое несчастье», «самое страшное». У одного пациента анксиозные расстройства достигали степени панических атак, протекающих со страхом смерти и соматовегетативными симптомами. Тревожная симптоматика расширялась за счет опасений, связанных с возможными нежелательными изменениями привычного жизненного уклада. Типичными являлись усиление тревоги в вечерние часы, нарушения сна и аппетита. Грубые *психопатоподобные реакции* в рамках психогении, выявленные у 2 пациентов подросткового возраста, привели к стойким нарушениям адаптации. Изменения в поведении отмечались практически сразу же после госпитализации и довольно быстро нарастали по своей интенсивности, занимая через некоторое время определяющее место в картине психогенного состояния. Доминирование в клинической картине поведенческих расстройств над гипотимией было обусловлено неглубоким уровнем поражения собственно аффективной сферы, участием в оформлении синдрома явлений пубертатного криза и конституциональными особенностями. По своей психологической сути они относились к сопровождающим психопатоподобное депрессивное состояние реакциям протеста, характеризовались бурными эмоциональными проявлениями, разрушительными действиями, угрозами. Пациенты обвиняли родителей в желании ограничить свободу, унижали их, бранились, оскорбляли. Прямые агрессивные действия носили характер аутоагрессии. Подростки «назло» курили, употребляли противопоказанные им виды пищи, алкоголь, нарушали режим терапии или вовсе отказывались от лечения, самовольно

уходили из клиники, игнорировали требования врачей. Агрессивное поведение являлось проявлением дезадаптивной стратегии преодоления ситуации, попыткой справиться с отрицательными эмоциями.

На всем протяжении стационарного лечения пациентам детского отделения онкологии и гематологии НИИ ДОГ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» и их родителям оказывалась квалифицированная психологическая помощь. Целью психотерапевтической работы являлась профилактика и коррекция психопатологических реакций, снижение эмоционального напряжения, решение ряда психосоциальных вопросов.

В ходе данной работы психотерапевтическая коррекция начиналась с момента обследования и позволяла оказать подростку и его семье поддержку уже на начальном этапе госпитализации. В 17 случаях психотерапия проводилась без применения фармакотерапии и была ориентирована, прежде всего, на психологическое состояние подростка.

Эффективно зарекомендовала себя рациональная психотерапия, включающая выявление проблем, связанных с болезнью, разъяснение, убеждение в положительных результатах, важности настроения и веры в успех самого пациента, приводились многочисленные примеры с использованием случаев из практики. Использовались беседы с родителями с элементами рациональной психотерапии с обсуждением современных возможностей противоопухолевого лечения, тактики поведения с подростком, роли родителей в разъяснениях ребенку сути течения болезни и прогнозов на будущее.

Психотерапия в целом оказывала благотворное влияние на эмоциональное состояние подростков, что положительно сказывалось на основном заболевании. При отсутствии длительного эффекта психотерапии, ухудшении эмоционального состояния, углублении психопатологической симптоматики рассматривался вариант коррекции с использованием психофармакотерапии.

Психофармакотерапевтическая коррекция проводилась 12 пациентам, параллельно получавшим курсы химиотерапии. При выборе оптимальной психофармакотерапии расстройств адаптации у подростков, страдающих онкологическими заболеваниями, учитывали риск неблагоприятного взаимодействия с противоопухолевой терапией, особенности терапевтического профиля препарата, характер возможных побочных эффектов, безопасность при длительном применении. Помимо того, принималась во внимание плохая переносимость подростками психофармакотерапии, в основе которой лежала нестабильность нейрогормонального фона и повышенная чувствительность к фармакологическим воздействиям. Не менее

важным аспектом являлся процесс формирования терапевтической мотивации, преодоление недоверия со стороны пациентов и их родителей к лечению психотропными препаратами. Для лечения наблюдаемых психогенных (преимущественно депрессивных) расстройств, применялись разрешенные для использования у подростков современные серотонинергические антидепрессанты (феварин, золофт, паксил), мягкие нейролептики (терален, неулептил) и противотревожные препараты (атаракс).

Учитывая немногочисленность данной группы, можно говорить лишь об общих тенденциях, отмечаемых при назначении психотропных препаратов. Следует отметить быструю реализацию антидепрессивного и анксиолитического эффекта назначаемых препаратов, с практически полной редукцией тревожных и депрессивных нарушений в течение 7—10 дней у большинства подростков (9 из 12 человек). Уже на первой неделе приема препаратов все больные отмечали улучшение настроения, общего самочувствия с одновременным уменьшением вялости, подавленности. При этом обращает на себя внимание низкий уровень средних доз, обеспечивших значимый терапевтический эффект: феварин 25 мг/сут, сертралин 12,5 мг/сут, тералиджен 5мг/сут.

Клинически значимых побочных эффектов в ходе терапии психотропными препаратами или их неблагоприятных взаимодействий отмечено не было, что, возможно, объясняется малочисленностью данной группы.

**Заключение.** У подростков, страдающих онкологическими заболеваниями, обращающихся за помощью к психиатру, выявляемая психопатологическая симптоматика, как правило, представлена психогенными расстройствами непсихотического уровня. Среди психогенных образований в данной возрастной группе преобладают реактивно обусловленные расстройства настроения. Психогенные депрессии у подростков представлены преимущественно астеническими, реже — тревожными и тревожно-ипохондрическими вариантами. Поведенческие девиации в картине психогений в большинстве случаев выступают как вторичные по отношению к расстройствам настроения. Наблюдаемые у некоторых подростков диссоциативные «феномены» с определенной долей осторожности можно соотнести с диссоциативными расстройствами у взрослых пациентов с онкопатологией.

Эффективность лечебной помощи подросткам на начальных этапах противоопухолевого лечения определяется рациональным сочетанием методов специального (химиотерапевтического, лучевого) воздействия на онкологический процесс с психофармакотерапевтическим и психотерапевтическим воздействием.

Дальнейшее изучение психогенных нарушений у подростков с онкологическими заболеваниями представляется важным для выделения ранних диагностических и прогностических критериев, уточнения клинической типологии, разработки социально-терапевтической тактики с учетом высокой значимости последствий психологического стресса для лечения и прогноза онкозаболевания и психического здоровья этой когорты пациентов. Развивающиеся у подростков с онкологической патологией реактивные состояния полиморфной структуры требуют мультимодального терапевтического подхода с разработанными и более дифференцированными показаниями к психофармакотерапии, психотерапевтическому, психокоррекционному воздействию.

### Л и т е р а т у р а

1. Штраус В. А. Психорегуляция учебной деятельности младших подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями : автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2006. — 24 с.
2. Киреева И. П., Лукьяненко Т. Э. Психиатрические аспекты в детской соматологии // Научная конференция молодых ученых России, посвященная 50-летию Академии медицинских наук : тезисы докладов. — М., 1994. — С. 287—288.
3. Выборных Д. Э. Терапия нозогенных реакций у больных с онкогематологическими заболеваниями. Эффективная фармакотерапия // Онкология, гематология и радиология. — 2012. — № 2. — С. 36—41.
4. Выборных Д. Э., Иванов С. В. Клиника и терапия соматогенных психозов у онкологических больных // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2008. — № 6. — С. 14—19.
5. Kelly C. M., Juurlink D. N., Gomes T. et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and breast cancer mortality in women receiving tamoxifen: a population based cohort study // B. M. J. — 2010. — V. 340. — P. 693.
6. Самушия М. А., Мустафина Е. А. Нозогенные (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Психические расстройства в общей медицине. — 2007. — № 3. — С. 11—16.
7. Черепкова Е. В. Клиника и динамика психических расстройств у онкобольных с раком различных локализаций : автореф. дис. ... к.м.н. — Новосибирск, 2002.
8. Скрябин Д. С. Нозогенные реакции при раке поджелудочной железы // Психические расстройства в общей медицине. — 2009. — № 4. — С. 9—16.
9. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б. Астения и коморбидные психические расстройства // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2009. — № 4. — С. 4—7.
10. Самушия М. А. Феварин (флувоксамин) в терапии тревожно-депрессивных нозогенных реакций у пациентов с онкологическими заболеваниями // Психические расстройства в общей медицине. — 2008. — № 1. — С. 33—37.
11. Хондарян Г. Ш. Нейротоксические расстройства у детей, обусловленные лечением острого лимфобластного лейкоза : автореф. дис. ... д.м.н. — М., 2003.
12. Шац И. К. Психические расстройства у детей, страдающих острым лейкозом : автореф. дис. ... к.м.н. — Л., 1989.
13. Шафигуллин М. Р. Нозогенные реакции у больных злокачественными новообразованиями желудка (клиника, психосоматические соотношения, терапия) : автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2008.

14. Горбунова В. А., Иванов С. В., Мещеряков А. А., Шафигуллин М. Р. Астенические расстройства, ассоциированные с химиотерапией злокачественных новообразований (Обзор литературы) // Современная онкология. – 2010. – № 3. – С. 96–101.
15. Выборных Д. Э., Савченко В. Г. Психические расстройства у больных с заболеваниями системы крови: аспекты диагностики и лечения // Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика. – 2013. – Т. 6, № 4. – С. 451–464.
16. Самушия М. А. Психические расстройства у больных злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы (клиника, эпидемиология, терапия) : автореф. дис. ... д.м.н. – М., 2015.
15. Vybornykh D.E., Savchenko V.G. [Mental disorders in pateints with diseases of system of the blood: aspects of diagnosis and treatment]. *Klinicheskaya onkogematologiya. Fundamental'nye issledovaniya i klinicheskaya praktika* [Clinical Oncohematology. Basic Research and Clinical Practice]. 2013; 6, 4: 451–464. (In Russ.).
16. Samushiya M.A. [Mental disorders in pateints with malignant tumors of organs of female reproductive system (clinic, epidemiology, therapy)]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Moscow, 2015. (In Russ.).

#### Транслитерация русских источников

1. Shtraus V.A. [Psychoregulation of learning activity of younger adolescents suffering from chronic somatic diseases]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2006. 24 p. (In Russ.).
2. Kireeva I.P., Lukiyanenko T.E. [Psychiatric aspects in child somatology]. *Nauchnaya konferentsiya molodykh uchennykh Rossii, posvyashchennaya 50-letiyu Akademii meditsinskikh nauk : tezisy dokladov* [Scientific conference of junior scientists of Russia dedicated to the 50<sup>th</sup> anniversary of the Academy of Medical Sciences: book of abstracts]. Moscow, 1994; 287–288. (In Russ.).
3. Vybornykh D.E. [Therapy of nosogenic reactions in pateints with oncohematological diseases]. *Effektivnaya farmakoterapiya. Onkologiya, gematologiya i radiologiya* [Effective Pharmacotherapy. Oncology, Hematology and Radiology]. 2012; 2: 36–41. (In Russ.).
4. Vybornykh D.E., Ivanov S.V. [Clinic and therapy of somatogenic psychoses in oncological pateints]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2008; 6: 14–19. (In Russ.).
6. Samushiya M.A., Mustafina E.A. [Nosogenies (psychogenic reactions) in women with malignant tumors of organs of reproductive system]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2007; 3: 11–16. (In Russ.).
7. Cherepkova E.V. [Clinic and dynamic of mental disorders in oncological pateints with cancer of various localizations]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Novosibirsk, 2002. (In Russ.).
8. Scriabin D.S. [Nosogenic reactions in pancreas cancer]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2009; 4: 9–16. (In Russ.).
9. Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B. [Asthenia and comorbid mental disorders]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2009; 4: 4–7. (In Russ.).
10. Samushiya M.A. [Fevarin (fluvoxamine) in therapy of anxiety-depressive nosogenic reactions in pateints with oncological diseases]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2008; 1: 33–37. (In Russ.).
11. Khondkaryan G.Sh. [Neurotoxic disorders in children conditioned by treatment of acute lymphoblastic leucosis]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Moscow, 2003. (In Russ.).
12. Shats I.K. [Mental disorders in children suffering from acute leucosis]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Leningrad, 1989. (In Russ.).
13. Shafigullin M.R. [Nosogenic reactions in pateints with malignant tumors of the stomach (clinic, psychosomatic correlations, therapy)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2008. (In Russ.).
14. Gorbunova V.A., Ivanov S.V., Meshcheryakov A.A., Shafigullin M.R. [Asthenic disorders associated with chemotherapy of malignant tumors (literature review)]. *Sovremennaya onkologiya* [Modern Oncology]. 2010; 3: 96–101. (In Russ.).

УДК 616.89-053.2

ББК 57.336.145.2+56.14-324+56.145.2

## КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ

Альбицкая Ж. В.<sup>\*</sup>, Дворянинова В. В.,  
Касимова Л. Н.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ

им. В. И. Разумовского Минздрава России

410012, Саратов, ГСП, ул. Большая Казачья, 112

С целью выявления коморбидной психической патологии у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) было обследовано 204 ребенка, разделенных на 3 группы. В результате проведенного клинико-катамнестического исследования выявлены коморбидность РАС с эпилепсией, депрессией и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, описаны клинические варианты протекания данной патологии в различные возрастные периоды и сформированы основные критерии ранней диагностики с целью адекватной и своевременной фармакотерапии и психолого-педагогической коррекции. **Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, аутизм, коморбидность, депрессия, эпилепсия, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, перинатальная патология, психическое и моторное развитие.

**CO-MORBIDITY WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN.** Al'bitskaya Zh. V., Dvoryaninova V. V., Kasimova L. N. V. I. Razumovsky Saratov State Medical University. Bol'shaya Kazachiya Street 112, 410012, CSP, Saratov, Russian Federation. To identify comorbid mental disorders in children with autism spectrum disorders (ASDs) we examined 204 children divided into 3 groups. As a result of clinical follow-up studies the comorbidity of ASDs with epilepsy, depression and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) was revealed, clinical variants of the course of this disease in different age periods were described and the main criteria for early diagnosis and timely adequate pharmacotherapy and psycho-pedagogical correction were formed. **Keywords:** autism spectrum disorders, autism, comorbidity, depression, epilepsy, attention deficit/hyperactivity disorder, perinatal pathology, mental and motor development.

**Введение.** Расстройства аутистического спектра (РАС) являются одной из наиболее актуальных в детской психиатрии патологией, что обусловлено неуклонным ростом числа детей, страдающих этим заболеванием. По данным Всемирной организации аутизма (World autism organization), в 2012 г. распространенность аутизма составляла 67 на 10 тысяч детского населения. В настоящее время РАС признается социально значимым заболеванием, демонстрирующим высокий процент социальной дезадаптации и инвалидизации.

Данное явление обусловлено не только улучшением диагностики РАС, но и повышением заболеваемости [1, 3, 4, 5]. При этом следует отметить, что далеко не всегда практикующий врач сталкивается с патологией в «чистом» виде, часто клиническая картина болезни бывает искажена присутствующей у пациента коморбидной патологией. Общеизвестно, что лечение детей с РАС представляет собой крайне трудную задачу, которая заключается в улучшении социальных, коммуникативных, когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы ребенка. Проблема изучения роли коморбидной патологии в развитии и прогрессировании расстройств РАС у детей в настоящее время имеет особое значение в связи с высокой распространенностью данной группы расстройств в мире.

Так, по данным D. W. Spady et al. (2005), коморбидность психических заболеваний составляет от 13,6 до 19,8 % [11]. При этом доказано, что одновременное сосуществование двух и более нозологий приводит к утяжелению течения болезненного процесса, увеличению продолжительности лечения, а также повышает вероятность хронизации заболевания, что способствует формированию социальной дезадаптации ребенка [13]. Уровень коморбидности при РАС оценивается крайне высоко: по результатам T. Ovsanna et al. (2006), он достигает 72 % [9]. Среди сопутствующих аутизму состояний наиболее распространенными являются фобические, обсессивно-компульсивные расстройства и СДВГ [6, 8, 9, 10]. При этом было установлено, что явление множественной коморбидности также встречается нередко – более чем у 30 % детей одновременно диагностировали несколько сопутствующих психических расстройств [9]. Не менее часто среди коморбидных РАС заболеваний диагностируется эпилепсия, которая выявляется у пациентов с аутизмом в 5–46 % случаев [12]. Причем наличие у ребенка с РАС умственной отсталости и ДЦП не только повышает риск развития судорожного синдрома, но и у пациентов с нормальным интеллектуальным развитием и отсутствием двигательных нарушений распространенность эпилепсии выше, чем в популяции [2]. В случае с высокофункциональным и атипичным аутизмом отмечена значительная распространенность биполярного аффективного расстройства у пациентов подросткового возраста [7].

Таким образом, высокая доля пациентов с коморбидной патологией среди больных, страдающих РАС, и разнообразие диагностируемых в этих случаях заболеваний доказывает, что проблема коморбидности аутистических расстройств с другими психическими нарушениями далека от своего окончательного разрешения.

<sup>\*</sup> Альбицкая Жанна Вадимовна, к.м.н., ассистент каф. психиатрии и медицинской психологии. Тел. 89519094847, 89100073903. E-mail: zhanna051267@gmail.com

Дворянинова Вероника Владимировна, аспирант каф. психиатрии и медицинской психологии.

Касимова Лала Наримановна, д. м. н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии.

Детальное изучение этого вопроса может способствовать более глубокому пониманию этиологических и патогенетических механизмов развития аутизма, а также имеет важное значение для правильного подбора терапевтической тактики, оценки прогноза заболевания и выбора методов психолого-педагогической коррекции с целью улучшения социализации и жизни таких детей и их родителей.

**Целью исследования** явилось изучение коморбидных расстройств психики при расстройствах аутистического спектра, а также исследование роли патологии психической сферы в формировании и прогрессировании данного вида расстройств для разработки дифференцированных и специализированных патогенетически обоснованных терапевтических стратегий.

**Материалы и методы исследования.** Проведено клинко-катамнестическое исследование 204 пациентов в возрасте от 3 до 10 лет с установленным диагнозом РДА. Длительность катамнеза составила  $10 \pm 2,5$  года. В группах наблюдения оценивались отягощающие факторы акушерско-гинекологического анамнеза, перинатальная патология, степень выраженности основных психопатологических симптомов и коморбидных психических расстройств.

**Результаты и обсуждение.** На основании проведенного исследования выделены 3 группы, в которых коморбидная патология была представлена в наибольшем процентном отношении. Чаще всего при обследовании выявлялась коморбидность РАС с эпилепсией (64 ребенка – 31,3 %), депрессивными расстройствами (98 детей – 48 %) и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (42 пациента – 20,7 %).

В 1-й группе детей (64 ребенка), одновременно страдающих РАС и эпилепсией, все они являлись инвалидами детства. Наличие двух заболеваний приводило к изменению клинической картины, течения, прогноза и подходов к терапии, что требовало эффективного взаимодействия невролога и психиатра. У всех детей в анамнезе наблюдалась перинатальная патология в виде угрозы прерывания беременности, внутриутробной гипоксии, асфиксии в родах, преждевременные и оперативные роды и другая патология. Дети чаще рождались недоношенными (13,2 %), путем кесарева сечения (33,4 %), у их матерей отмечались стремительные (21,8 %) либо затяжные (24,1 %) роды. Наследственность по эпилепсии была отягощена в 3,6 % случаев. 19,8 % родителей детей имели неврологическую патологию. Дебют эпилепсии приходился на возраст 1,5–2 года. Кроме того, у всех детей наблюдались эпилептические припадки (в анамнезе или по настоящее время).

В нашем исследовании диагноз эпилепсии был подтвержден неврологом после необходимого обследования, в том числе ЭЭГ. У части детей приступы начались уже до года, но у большинства из них присоединились в возрасте после 2 лет. В общей картине нарушений в данной группе больных на первый план выступали моторные нарушения. Двигательные расстройства обнаружены в 90 % случаев. До 1 года (при присоединении эпилептических приступов) имело место значительное запаздывание в формировании реакций выпрямления, равновесия, зрительно-моторной координации, отмечалось позднее угасание безусловных рефлексов и отсутствие своевременного появления новых. У 34,6 % детей особенно поздно (с отставанием на 4–6 месяцев от возрастной нормы) появлялись первые целенаправленные движения, дети не могли самостоятельно сидеть, ползать, менять положение тела.

В дальнейшем, при овладении навыками ходьбы (у 82,7 % первые шаги появлялись после 1,5 лет), у детей сохранялась моторная неловкость, нарушение равновесия, невозможность стоять на одной ноге. Особое место в структуре психического недоразвития занимали нарушения речи, которые в случае тяжелого поражения головного мозга и частых припадков отражали глубину интеллектуального дефекта. Отставание составляло от 2 до 4 лет, особенно провоцировало коммуникативные нарушения, отгороженность от сверстников и нарушение восприятия. При этом наблюдались выраженная социальная дезадаптация и выраженный гиперкинетический синдром. В дошкольном и раннем школьном возрастах при исследовании когнитивной сферы особенно страдало логическое, опосредованное запоминание, ослабление переработки слуховых, зрительных и тактильных импульсов.

Кроме того, все дети с диагнозом РАС и эпилепсии имели нарушения интеллекта, соответствовавшие умеренной либо тяжелой степени умственной отсталости (F71–72 по МКБ-10). Сочетание аутизма с эпилепсией являлось фактором, значительно утяжеляющим развитие, адаптацию и социализацию данной группы детей, так как, несмотря на проводимое лечение, при каждом новом приступе отмечался значительный регресс в психическом развитии детей.

2-я группа (98 детей) была представлена коморбидностью РДА и депрессивных расстройств. Анализ патогенетических условий формирования депрессии у детей с РДА показал значительную взаимосвязь наследственных, биологических и социально-средовых факторов.



Во 2-й группе отмечалось отягощение наследственности у родственников по алкоголизму (11,7 %), невротическим расстройствам (16 %), депрессии (28,1 %), шизофрении (7,2 %), другим психическим расстройствам (37 %), среди которых в 2 % случаев у одного из родителей выявлены случаи суицида. Патология перинатального периода отмечена в 46,5 % случаев. Дети данной группы (68,4 %) воспитывались в неполной семье. 79,2 % детей практически не посещали детские дошкольные учреждения, в связи с чем в дальнейшем в сочетании с выраженными признаками аутизма имели место значительные трудности адаптации. Клиническая картина депрессивных нарушений у детей характеризовалась изменчивостью симптоматики в зависимости от возраста. Так, ранний возраст (от 3 до 5 лет) характеризовался такими клиническими проявлениями, как тоскливое настроение, плаксивость, отсутствие улыбки и смеха, отсутствие прибавки массы тела при нормальном аппетите. Поведение таких детей отмечалось равнодушием, малоподвижностью, отсутствием игровой деятельности, рудиментарными рефлексам (сосание пальцев, предметов, одежды). Было отмечено, что такое состояние длилось на протяжении 1,5—2 месяцев и усиливалось в осенне-весенние периоды. В дошкольном и раннем школьном возрастах у них выявлено присоединение астеноневротического и ипохондрического синдромов. Отмечались замедление походки, возврат к старым игрушкам, повышенная слезливость, внезапно сменяющаяся беспричинными приступами агрессии и аутоагрессии. В этом же возрасте появлялись постоянные однообразные соматические жалобы на боли в животе, головные боли и боли в нижних конечностях (при обследовании патология выявлена не была). В начальном школьном возрасте усиливались замкнутость и безразличие к окружающему, дети часто сидели без движения, пребывая в одной позе длительное время, смотрели в одну точку, не реагировали на общение. В дальнейшем у детей встречались аффективные нарушения, ведущими из которых являлись дисфория (74,8 %), симптомы апатико-абулического синдрома (26,5 %), а также наблюдались расстройства волевой сферы, слабость побуждений, пассивность, усиление примитивных влечений. Практически у 90 % детей отсутствовало желание идти на контакт, при общении они использовали плач или агрессию. Только 7 % детей проявили заинтересованность при попытке взрослых установить контакт. У всех исследованных детей данной группы была выражена очаговая неврологическая симптоматика. Динамическое наблюдение за детьми показало тесную связь депрессивных нарушений с задержками развития и усилением проявлений аутизма.

В 3-й группе детей (РДА и СДВГ) коморбидность данных расстройств отчетливо проявилась в дошкольном и раннем школьном возрастах (6—8 лет). Нами отмечено, что у детей с РАС гиперактивность, дефицит внимания, импульсивность были клинически более выраженными, чем в других группах. Изучение анамнестических данных детей с РАС и СДВГ позволило выявить высокий процент перинатальной патологии (91,2 %). У матерей детей данной группы имели место роды позднее 42 недель (14,7 %), стимулированные (28,0 %) и затяжные (39,1 %), внутриутробная гипоксия плода (57,3 %), родовые повреждения головного мозга и шейного отдела позвоночника (37,3 %).

Раннее развитие также имело свои особенности, к которым можно отнести громкий плач в первые месяцы жизни, двигательную расторможенность в возрасте 4—12 месяцев, нарушение ночного сна, кратковременный и прерывистый дневной сон, постоянное беспокойство и эмоциональное возбуждение. В 26,5 % случаев отмечалось ускоренное развитие моторных навыков (при наличии повышенных рефлексов), раннее сидение, ползание, первые шаги (с опережением на 1—2 возрастных срока). У 50,2 % детей даже при отставании в формировании двигательных и психических функций в первые 3—6 месяцев к возрасту 9—12 месяцев развитие соответствовало нормальным возрастным параметрам, а в 13,1 % случаев задержка развития преимущественно относилась к мелкой моторике и возникала на фоне мышечной гипотонии и гипертонии, имевшей регрессирующий характер.

Речевое развитие до 1,5 лет у 31,6 % детей было ускоренным, но затем происходила резкая остановка в развитии речи и в дальнейшем, в возрасте 4—6 лет, сохранялись нечленораздельное произношение и быстрая речь, состоящая из стереотипного повторения простых слов. Особенностью речевого развития детей данной группы являлось то, что развитие предречевого этапа (формирование лепета, гуления, произнесение первых слогов) в большем проценте случаев (87,2 %) не отставало от возрастных сроков, в то время как в группе детей с РДА, коморбидных с эпилепсией и депрессивными расстройствами, эти этапы отсутствовали или начинались со значительным опозданием и были выражены незначительно.

По мере взросления на первое место выступали гиперактивность, хаотичная и нецеленаправленная деятельность, гипертормозимость, усиление стереотипной моторной двигательной активности. В 77 % наблюдений занятия с такими детьми в возрасте 5—7 лет были практически невозможны, так как дети не могли сидеть, постоянно вскакивали, кричали, бегали по помещению, не обращали внимания на голос

человека, не выполняли простые инструкции. У 42 % детей отмечалась измененная реакция на окружающее в виде выраженной агрессии, негативизма, постоянных криков и повышенной чувствительности к громким звукам и внешним раздражителям. На протяжении всего периода наблюдения у большинства детей (85 %) сохранялись расстройства сна, выражавшиеся в трудностях засыпания, прерывистом и беспокойном сне с частыми пробуждениями, криками, нарушением ритма «сон - бодрствование».

Особенностью данной группы больных являлась тенденция к дальнейшему прогрессированию из-за выраженной и трудно купируемой гиперактивности с образованием более сложных и тяжелых симптомокомплексов. Общий уровень социальной адаптации у 80 % пациентов с РДА в сочетании с СДВГ на момент наблюдения оказался ниже, чем у детей из групп РДА, коморбидных с эпилепсией и депрессией.

**Выводы.** В ходе проведенных исследований установлен высокий процент коморбидности РАС с эпилепсией, депрессивными расстройствами и синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Полученные результаты свидетельствуют о том, что чем глубже степень поражения при сопутствующей патологии, тем более выражена степень тяжести основного заболевания (РАС в нашем исследовании).

При сравнительном изучении основных психопатологических симптомов и клинических проявлений РАС в разных группах установлено, что при наличии у детей с РАС коморбидной патологии степень проявления признаков аутизма и резистентность к терапии нарушений психической и эмоционально-волевой сфер различна в каждой группе.

Максимальные трудности в подборе фармакотерапии и методов психолого-педагогической коррекции выявлены в группе детей с РДА и СДВГ, так как у них отмечалась высокая степень резистентности к терапии, что значительно осложняло социальную адаптацию и утяжеляло проявления аутизма.

Наиболее благоприятным для развития и социализации детей оказалась коморбидность РДА с депрессивными нарушениями. При оптимальном подборе терапии (нейролептики и антидепрессанты, раннее профилактическое начало лечения до периодов обострения в осенне-весеннее время) отмечалась положительная динамика в психическом развитии и социальной адаптации детей. Выявленные особенности формирования депрессивных состояний при РАС, знание клинических особенностей протекания таких состояний позволило разработать программу ранней психиатрической помощи с целью снижения негативных последствий влияния депрессии на утяжеление

проявлений аутизма и профилактики сезонных обострений.

В группе детей с РДА и эпилепсией выявлено, что аутистические черты в поведении, нарушения социальной адаптации, коммуникации, усиление моторных стереотипий происходит при обострении основного заболевания, а именно при учащении и утяжелении эпилептических припадков. В связи с этим ведущее значение в решении этой проблемы имеет тесное взаимодействие детского психиатра и невролога-эпилептолога с целью подбора эффективных и адекватных методов медикаментозной терапии.

Таким образом, в результате исследования установлено, что своевременное выявление и лечение коморбидной патологии у больных с РАС может привести в итоге к улучшению адаптационных возможностей, постепенному развитию речевых функций, улучшению коммуникативных навыков и социального взаимодействия у детей.

#### Л и т е р а т у р а

1. Бородин Л. Г. Лекарственная терапия расстройств аутистического спектра у детей: опыт зарубежных психиатров // Аутизм и нарушения развития. – 2012. – № 4 (39). – С. 1–18.
2. Воронкова К. В., Холин А. А., Пылаева О. А. Эпилепсия и аутизм // Аутизм и нарушения развития. – 2012. – № 2. – С. 1–17.
3. Новосёлова О. Г., Каркашадзе Г. А., Журкова Н. В., Маслова О. И. Перспективы диагностики расстройств аутистического спектра // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13, № 3. – С. 61–68.
4. Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 96–101.
5. Baron-Cohen S., Scott F. J., Allison C. et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study // Br. J. Psychiat. – 2009. – V. 194 (6). – P. 500–509.
6. van Steensel F. J. A., Bögels S. M., de Bruin E. I. Psychiatric Comorbidity in Children with Autism Spectrum Disorders: A Comparison with Children with ADHD // J. Child. Fam. Stud. – 2013. – Apr. – V. 22 (3). – P. 368–376.
7. Munesue T., Ono Y., Mutoh K. et al. High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: a preliminary study of 44 outpatients // J. Affect Disord. – 2008. – V. 111. – P. 3170–3175.
8. Muris P., Steerneman P., Merckelbach H., Holdrinet I., Meesters C. Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders // J. Anxiety Disorders. – 1998. – V. 12. – P. 387–393.
9. Leyfer O. T., Folstein S. E., Bacalman S., Davis N. O., Dinh E., Morgan J., Tager-Flusberg H., Lainhart J. E. Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders // J. Autism Dev. Disord. – 2006. – V. 36. – P. 849–861.
10. Rumsey J. M., Rapoport J. L., Sceery W. R. Autistic children as adults: Psychiatric, social, and behavioral outcomes // Journal of American Academy of Child Psychiatry. – 1985. – V. 24. – P. 465–473.
11. Spady D. W., Schopflocher D., Svenson L. et al. Medical and Psychiatric Comorbidity and Health Care Use Among Children 6 to 17 Years Old // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. – 2005. – P. 231–237.

12. Spence S. J., Schneider M. T. The role of epilepsy and epileptiform EEGs in autismspectrum disorders // *Pediatr Res.* – 2009. – Jun. – V. 65 (6). – P. 599—606.
13. Tai D., Dic P., To T. et al. Development of Pediatric Comorbidity Prediction Model // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 2006. – P. 293—299.
1. **Транслитерация русских источников**
1. Borodina L.G. [Pharmacotherapy of autism spectrum disorders in children: experience of foreign psychopharmacologists]. *Autizm i narushenija razvitija* [Autism and Developmental disturbances]. 2012; 4(39): 1—18. (In Russ.).
2. Voronkova K.V., Kholin A.A., Pylaeva O.A. [Epilepsy and autism]. *Autizm i narushenija razvitija* [Autism and Developmental disturbances]. 2012; 2: 1—17. (In Russ.).
3. Novosyolova O.G., Karkashadze G.A., Zhurkova N.V., Maslova O.I. [Prospects of diagnostics of autism spectrum disorders in children]. *Voprosy sovremennoj pediatrii* [Issues of Modern Pediatrics]. 2014; 13, 3: 61—68. (In Russ.).
4. Filippova N.V., Barylnik Yu.B. [Epidemiology of autism: modern view of the disorder]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014; 24, 3: 96—101. (In Russ.).

# ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.8-055.2:613.99

ББК 56.145.51+56.148

## ФАКТОРЫ РИСКА НАСИЛЬСТВЕННЫХ И НЕНАСИЛЬСТВЕННЫХ ФОРМ ПРОТИВОПРАВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Качаева М. А.<sup>1</sup>, Хамитов Р. Р.<sup>2</sup>,  
Афзалетдинова Д. Х.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ ФМИЦ психиатрии и наркологии  
им. В. П. Сербского Минздрава России

119991, Москва, Малый Кропоткинский пер., 23

<sup>2</sup> ФКУ Казанская ПБ (стационар) специализированного  
типа с интенсивным наблюдением Минздрава России  
420045, Казань, ул. Н. Ершова, 49а

<sup>3</sup> ГБУЗ РКПБ № 1 Минздрава Республики Башкортостан  
450069, Уфа, ул. Прудная, д. 15, корп. 1

В статье анализируются сравнительные клинко-психопатологические особенности женщин, страдающих шизофренией, совершивших агрессивные и неагрессивные общественно опасные действия. Исследуются характер и направленность совершенных криминальных действий. Определены ведущие механизмы реализации насильственных и ненасильственных правонарушений, совершенных пациентками с шизофренией. Проанализировано сравнительное влияние социальных факторов, способствующих реализации женщинами с шизофренией противоправного поведения. **Ключевые слова:** шизофрения, агрессивные криминальные действия, женщины-правонарушительницы, социальные факторы.

**RISK FACTORS FOR VIOLENT AND NONVIOLENT FORMS OF OFFENSIVE BEHAVIOUR OF WOMEN SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA.** Kachaeva M. A., Khamitov R. R., Afzaltdinova D. Kh. <sup>1</sup> V. P. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology. Malyy Kropotkinsky Lane 23, 119991, Moscow, Russian Federation. <sup>2</sup> Kazan Special Psychiatric Hospital with intensive supervision. N. Ershov Street 49a, 420045, Kazan, Republic of Tatarstan. <sup>3</sup> Republican Clinical Psychiatric Hospital no. 1 of Ministry of Health of Republic of Bashkortostan. Prudnaya Street 15, Build. 1, 450069, Ufa, Republic of Bashkortostan. In the paper the comparative clinical-psychopathological features of women suffering from schizophrenia and having committed aggressive and non-aggressive socially dangerous acts are analyzed. The nature and focus of criminal acts are investigated. The leading mechanisms for the implementation of both violent and non-violent offences committed by female patients with schizophrenia have been defined. The comparative influence of social factors contributing to the implementation of offensive behaviour by women with schizophrenia has been analyzed. **Keywords:** schizophrenia, aggressive criminal acts, female offenders, social factors.

\* Качаева Маргарита Александровна – д.м.н., проф., г.н.с. E-mail: mkachaeva@mail.ru

Хамитов Рустем Радикович – д.м.н., проф., гл. врач. Телефон: (843) 2724134, e-mail: psycheya@bancorp.ru

Афзалетдинова Динара Хасановна – врач судебно-психиатрический эксперт. E-mail: dinara-05@list.ru

Проблема женской преступности в настоящее время является особенно острой не только вследствие быстрых темпов роста женской преступности [13], но и в результате увеличения совершения женщинами мало свойственных им агрессивных криминальных действий [8, 15, 16], что в последние десятилетия обусловило рост количества исследований заболеваемости психическими расстройствами правонарушительниц. По данным как отечественных, так и зарубежных криминологов, среди женщин, совершивших противоправные деяния, процент лиц с психическими расстройствами значительно выше, чем среди мужчин [17–19, 21]. Отечественными исследователями в последнее время проблема общественно опасного поведения женщин с психическими расстройствами исследуется с учётом гендерного фактора и особенностей клинической картины психических заболеваний [2–6, 10, 11, 12, 14].

По мнению многих исследователей, наибольший удельный вес психически больных, совершающих ООД, составляют лица, страдающие шизофренией [1, 7, 9, 25]. Несмотря на то что средние показатели заболеваемости у женщин и мужчин различаются мало, специфика шизофрении у женщин не подвергается сомнениям. По результатам эпидемиологического исследования ВОЗ известно, что шизофрения у женщин манифестирует в среднем на 4–6 лет позже, чем у мужчин, а также показатель заболеваемости у женщин в подростковом возрасте ниже, чем у мужчин, однако после менопаузы данное соотношение меняется [20, 24].

Вместе с тем происходящие социально-экономические преобразования последних десятилетий являются одной из причин социально-психологической дезадаптации личности и создают предпосылки для формирования отклоняющегося поведения со склонностью к агрессивным и антисоциальным действиям. Поэтому наряду с клиническими аспектами психических расстройств у женщин, совершивших противоправные и общественно опасные действия, анализируются и социальные предикторы криминального поведения.

В последние годы в структуре ООД, совершенных психически больными, повысилась доля тяжких деяний против личности. Однако на первом месте по характеру ООД у лиц с психическими расстройствами на протяжении последних лет остаются имущественные правонарушения [10].

Следует отметить, что до настоящего времени всё ещё недостаточно исследований, посвященных сравнению агрессивных и неагрессивных форм общественно опасного поведения при различных нозологических формах психических заболеваний.

**Целью** настоящего исследования является сравнительное изучение клинических и социальных характеристик женщин, совершивших агрессивные и неагрессивные общественно опасные действия (ООД).

**Материал и методы.** В исследование были включены 130 женщин с установленным по МКБ-10 диагнозом «шизофрения» (F20.0), прошедших судебно-психиатрическую экспертизу и признанных судом невменяемыми. Из них 68 женщин, находящихся по постановлению суда со всех территорий РФ на принудительном лечении в Казанской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением Минздрава России как лица, представляющие особую общественную опасность, совершившие ООД особой тяжести и неоднократно (личные наблюдения). В исследование также вошли архивные наблюдения – 62 женщины, прошедшие амбулаторную и стационарную судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) в Республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) № 1 МЗ РБ (г. Уфа) за период 1998–2013 гг.

Все обследованные были разделены на две группы: 82 женщины (1-я группа) совершили насильственные ООД (убийства, нанесение телесных повреждений), а 48 женщин (2-я группа) – ненасильственные правонарушения (кражи, мошенничество, незаконный оборот наркотических веществ, оставление в опасности).

В нашем исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-социальный, статистико-математический методы. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием пакета программ для статистической обработки данных STATISTIKA. Определение статистической достоверности различий сравниваемых величин осуществлялось с помощью критерия углового преобразования Фишера. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимался равным 0,05.

**Результаты обсуждения.** Изучение клинических и социально-демографических характеристик обследованных женщин показало следующее. В сравниваемых 1-й и 2-й группах отмечалась высокая частота наследственной отягощенности (54,6 % и 43,7 %). Из них в 24,4 % случаев в 1-й группе наследственность была отягощена шизофренией, во 2-й группе – в 18,8 %. Родители обследованных пациенток в 27,8 % случаев в 1-й группе и в 25,0 % случаев во 2-й группе страдали алкоголизмом. Большинство пациенток воспитывались в полных семьях (67,0 % и 62,5 %). При этом безразличные, эмоционально холодные отношения с матерью в детстве отмечались достоверно чаще у женщин 1-й группы (14,6 %,  $p < 0,05$ ), чем во 2-й группе (4,2 %).

Враждебные, с применением физических наказаний отношения с матерью отмечались только у женщин 1-й группы в 7,3 % случаев. Конфликтные отношения с отцом в детстве так же чаще отмечались у женщин, совершивших агрессивные правонарушения (17,0 %,  $p < 0,05$ ). В период пубертатного развития у обследованных пациенток наблюдалось формирование черт шизоидности (26,8 % и 16,7 %), эмоциональной неустойчивости (25,6 % и 16,7 % в 1-й и 2-й группах соответственно). Характерно, что шизоидный преморбид чаще отмечался среди пациенток 1-й группы (29,3 %,  $p < 0,05$ ).

Среди обследованных пациенток уровень образования был достаточно высоким. Большинство женщин имели среднее специальное образование, как в 1-й (58,5 %), так и во 2-й (72,9 %) группах; высшее образование было только у женщин 1-й группы (8,5 %). Несмотря на высокий уровень образования, к моменту совершения правонарушения около половины женщин сравниваемых групп не работали и получали пособие по инвалидности по психическому заболеванию (48,8 % и 43,8 %). Примечательно, что у женщин 2-й группы чаще отсутствовали средства к существованию (25,0 %,  $p < 0,01$ ), тогда как женщины 1-й группы при отсутствии средств зачастую находились на иждивении у других лиц (19,5 %,  $p < 0,01$ ). В 1-й группе из работавших женщин занимались физическим трудом 12,0 %, во 2-й группе – 6,2 %, а умственным трудом – 2,4 % женщин 1-й группы и 8,3 % женщин 2-й группы.

При исследовании социальных характеристик установлено, что среди обследованных пациенток преобладали женщины с выраженной семейной дезадаптацией. Причем в 1-й группе достоверно чаще встречались женщины, ранее не состоявшие в браке (35,0 %;  $p < 0,05$ ), чем во 2-й группе – 18,8 %. При этом состояли в браке лишь 6,0 % женщин 1-й группы и 10,4 % женщин 2-й группы. Кроме того, большая часть пациенток исследованных групп были разведены (38,0 % и 50,0 %). Женщины обеих групп проживали в основном в семье с детьми (35,0 % и 48,0 %) или родителями (39,0 % и 18,8 %). Обращает на себя внимание, что в семьях женщин, совершивших насильственные правонарушения, отмечались проявления агрессии, насилия (28,0 %), среди них каждая третья женщина сама выступала в роли агрессора.

Доброжелательные отношения с более высокой частотой встречались в семьях женщин 2-й группы (20,8 %,  $p < 0,05$ ), чем в 1-й группе (8,5 %). Связь конфликтной ситуации с правонарушением так же чаще отмечалась у женщин, совершивших агрессивные ООД (49,0 %,  $p < 0,01$ ), тогда как во 2-й группе такая связь установлена лишь в 6,2 % наблюдений.

Несмотря на то что женщины 1-й группы чаще занимали доминирующее положение в семье – 41,5 % (во 2-й группе – 25,0 %), они зачастую не справлялись с исполнением родительских обязанностей. Более того, в ряде случаев они были лишены родительских прав (9,8 %), тогда как во 2-й группе подобные меры в отношении женщин не применялись. Треть женщин, совершивших агрессивные ООД, имели в анамнезе выкидыши, аборт, мертворожденных детей (34,0 %,  $p < 0,05$ ), что во 2-й группе отмечалось реже – 16,7 %.

Криминальный анамнез имели около 1/3 женщин обеих групп (30,4 % и 33,3 %). Причем среди прежних правонарушений женщины 1-й группы чаще совершали агрессивные действия (22,0 %,  $p < 0,05$ ), во 2-й группе – 10,4 %. Ненадлежащие правонарушения ранее чаще совершали женщины 2-й группы (27,1 %,  $p < 0,05$ ), в 1-й группе – 13,3 %. Средний возраст в период совершения инкриминируемого деяния в 1-й группе составил  $42,13 \pm 11,9$  года, в группе сравнения –  $41,9 \pm 11,12$  года.

Большинство женщин до совершения ООД состояли на учете в ПНД. Не находились под наблюдением психиатра до совершения правонарушения чаще женщины 1-й группы (23,0 %,  $p < 0,05$ ), чем пациентки 2-й группы (10,4 %).

При клиническом обследовании во всех наблюдениях установлена параноидная шизофрения. По типу течения шизофренического процесса непрерывное течение чаще наблюдалось у женщин, совершивших агрессивные ООД (80,5 %,  $p < 0,01$ ). Приступообразно-прогредиентное течение было более характерно для пациенток, совершивших неагрессивные деликты (43,8 %,  $p < 0,01$ ). По степени прогредиентности преобладало умеренно-прогредиентное течение шизофрении у женщин обеих групп. Агрессивные деликты чаще совершались в период психотического приступа ( $p < 0,01$ ), тогда как неагрессивные ООД пациентки реализовывали в периоды стабилизации шизофренического процесса ( $p < 0,01$ ), с преобладанием реально-бытового механизма (58,3 %,  $p < 0,05$ ). Негативная симптоматика была менее выраженной у женщин 2-й группы ( $p < 0,01$ ). Для пациенток 1-й группы чаще было свойственно не только гетероагрессивное поведение, но и аутоагрессия. Причем суицидальные тенденции чаще всего выражались у них в суицидальных действиях (26,8 %,  $p < 0,05$ ), проявляясь в результате конфликтов (11 %,  $p < 0,05$ ). Среди пациенток, совершивших агрессивные правонарушения, ведущими синдромами являлись галлюцинаторно-параноидный (42,7 %,  $p < 0,01$ ) и бредовый (12,2 %).

При совершении неагрессивных ООД преобладал психопатоподобный синдром (75,0 %,  $p < 0,01$ ). Анализ преобладающих психопатоло-

гических механизмов в момент реализации ООД показал, что продуктивно-психотический механизм был более характерен для совершивших агрессивные деликты пациенток (58,5 %), тогда как негативно-личностный механизм, присутствуя в наблюдениях 1-й группы, все-таки чаще отмечался при реализации неагрессивных правонарушений во 2-й группе (79,2 %,  $p < 0,01$ ). В момент совершения агрессивных ООД по продуктивно-психотическому механизму преобладали императивные галлюцинации и автоматизмы (64,6 %), бредовая защита (16,7 %), бредовая месть (14,3 %), косвенная бредовая мотивация (4,4 %). При негативно-личностном механизме реализации противоправных действий преобладала эмоциональная бесконтрольность (97,0 %).

Совершение агрессивных ООД в трети наблюдений сопровождало алкогольное опьянение (30,4 %,  $p < 0,01$ ), что отмечалось значительно реже при неагрессивных ООД (4,2 %). Тогда как наркотическое опьянение в момент совершения ООД установлено лишь у женщин 2-й группы – 6,3 %.

В сравниваемых группах пациенток с шизофренией, совершивших насильственные преступления, преобладали лица с социальной депривацией, эмоциональным отвержением, жестоким обращением в детстве. Это зачастую усугублялось формированием с подросткового возраста шизоидных черт, что приводило к тому, что женщины либо не вступали в брак, либо в их семьях отмечалось проявление насилия, зачастую источником агрессии были они сами. Отмечено формирование криминального опыта совершения насильственных преступлений. В клинической картине преобладала галлюцинаторно-параноидная и психопатоподобная симптоматика. Основными клиническими факторами риска совершения агрессивных ООД являлись формирование зависимости от алкоголя (при этом 30,4 % правонарушений совершалось в алкогольном опьянении), поздняя диагностика психического расстройства, определявшая прогредиентность заболевания и приводящая к учащению агрессивных форм поведения, направленных против личности.

Характерно, что женщины, совершившие неагрессивные ООД, будучи социально дезадаптированными, чему нередко сопутствовало отсутствие семьи и средств к существованию, реализовывали свое противоправное поведение в период стабилизации шизофренического процесса, по реально-бытовым мотивам, чему зачастую способствовал уже имеющийся криминальный опыт совершения аналогичных правонарушений. Потеря ситуационного контроля вследствие имеющихся у женщин психопатоподобных нарушений являлась основным предиктором совершения неагрессивных ООД.

## Л и т е р а т у р а

1. Белоусова М. Л. Преступность и опасные действия больных шизофренией в период 1988—1998 гг. // Рос. психиатр. журн. — 2002. — № 5. — С. 33—37.
2. Дмитриева Т. Б., Иммерман К. Л., Качаева М. А., Ромасенко Л. В. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. — М. : Медицина, 2003. — 373 с.
3. Иммерман К. Л., Доброгаева М. С., Мартыненко В. П., Ромасенко Л. В., Королева Е. В. Анализ общественно-опасных действий, совершаемых женщинами, больными шизофренией // Шизофрения (судебно-психиатр. аспект). — М., 1983. — С. 77—87.
4. Качаева М. А. Психические расстройства у женщин, совершивших агрессивные действия против личности (клинический и судебно-психиатрический аспекты) : автореф. дис. ... д.м.н. — М., 2004. — 38 с.
5. Качаева М. А., Русина В. В. Гендерные аспекты особенностей агрессивных преступлений, совершенных женщинами // Рос. психиатр. журн. — 2014. — № 3. — С. 10—18.
6. Королева Е. В. Клиника шизофрении, осложненной алкоголизмом у женщин (судебно-психиатрический аспект) : автореф. дис. ... к.м.н. — М., 1987.
7. Котов В. П., Мальцева М. М. Некоторые дискуссионные аспекты проблемы общественной опасности психически больных // Психиатрия и общество. — М., 2001. — С. 255—269.
8. Кунц Е. В. Женская преступность. Причины и динамика // Закон и право. — 2006. — № 1. — С. 61—64.
9. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. — М., 1995. — 256 с.
10. Мохонько А. Р., Муганцева Л. А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы // Рос. психиатр. журн. — 2014. — № 5. — С. 18—23.
11. Печерникова Т. П., Мартыненко В. П., Доброгаева М. С. Приступообразно-прогредиентная шизофрения у женщин и ее судебно-психиатрическая оценка // Вопросы психоневрологии. — Баку, 1977. — Вып. 7. — С. 228—231.
12. Ромасенко Л. В. Истерические проявления при шизофрении (судебно-психиатрический аспект) : автореф. дис. ... к.м.н. — М., 1974. — 19 с.
13. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации: [электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
14. Хамитов Р. Р. Клинико-социальная характеристика психически больных женщин с особо опасным поведением и принципы профилактической работы с ними: автореф. дис. ... к.м.н. — Казань, 1999. — 24 с.
15. Цанева А. Н. Негативные тенденции, наметившиеся в женской преступности за последнее десятилетие в России // Теория и практика общественного развития. — 2011. — № 1. — С. 197—199.
16. Щербак Л. М. Женская насильственная преступность в современной России: криминологические проблемы : автореф. дис. ... д.м.н. — М., 2008.
17. Appelbaum P. S., Robbins P. C., Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study // Am. J. Psychiatry. — 2000. — V. 157. — P. 566—572.
18. Dean R., Walsh T., Moran P. et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study // Br. J. Psychiatry. — 2006. — V. 188. — P. 264—270.
19. Greenfield L. A., Snell T. L. Women Offenders. — Washington, DC : US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics Special Report NCJ175688, 1999
20. Häfner H. Gender differences in schizophrenia // Psychoneuroendocrinology. — 2003. — Apr. — Suppl. 2. — P. 17—54.
21. Maruschak L. M. Medical Problems in Jail Inmates. — Washington, DC : US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics Special Report NCJ 210696, 2006.
22. Monahan J., Steadman H., Silver E. et al. Rethinking Risk Assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. — N. Y. : Oxford University Press, 2001. — P. 43.
23. Swanson J. W., Swartz M. S., Van Dorn R. et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. — 2006. — V. 63. — P. 490—499.
24. Warner R., de Girolamo G. Schizophrenia. In Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems. — Geneva : World Health Organization, 1985.
25. Wessley S. The epidemiology of crime, violence and schizophrenia // Br. J. Psychiatry. — 1997. — V. 170, № 32. — P. 264—270.

## Транслитерация русских источников

1. Belousova M.L. [Criminality and dangerous acts of schizophrenic patients between 1988 and 1998]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2002; 5: 33—37. (In Russ.).
2. Dmitrieva T.B., Immerman K.L., Kachaeva M.A., Romasenko L.V. [Criminal aggression of women with mental disorders]. Moscow: Meditsina, 2003. 373 p. (In Russ.).
3. Immerman K.L., Dobrogaeva M.S., Martynenko V.P., Romasenko L.V., Koroleva E.V. [Analysis of socially dangerous acts committed by women suffering from schizophrenia]. In: [Schizophrenia (forensic-psychiatric aspect)]. Moscow, 1983; 77—87. (In Russ.).
4. Kachaeva M.A. [Mental disorders in women having committed aggressive acts against personality (clinical and forensic-psychiatric aspects)]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Moscow, 2004. 38 p. (In Russ.).
5. Kachaeva M.A., Rusina V.V. [Gender aspects of features of aggressive crimes committed by women]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2010; 6: 4—10. (In Russ.).
6. Koroleva E.V. [Clinic of schizophrenia complicated by alcoholism in women (forensic-psychiatric aspect)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1987. (In Russ.).
7. Kotov V.P., Mal'tseva M.M. [Some controversial aspects of the problem of social dangerousness of mentally ill persons]. In: [Psychiatry and society]. Moscow, 2001; 255—269. (In Russ.).
8. Kunz E.V. [Female criminality. Causes and dynamic]. In: [Legislation and law]. 2006; 1: 61—64. (In Russ.).
9. Mal'tseva M.M., Kotov V.P. [Dangerous acts of mentally ill persons]. Moscow, 1995. 256 p. (In Russ.).
10. Mokhonko A.R., Mugantseva L.A. [Main indicators of the activity of RF forensic-psychiatric expert services (dynamics and emerging trends)]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2014; 5: 18—23. (In Russ.).
11. Pechernikova T.P., Martynenko V.P., Dobrogaeva M.S. [Shift-like schizophrenia in women and its forensic-psychiatric evaluation]. In: [Issues of Psychoneurology]. Baku, 1977; 7: 228—231. (In Russ.).
12. Romasenko L.V. [Hysterical manifestations in schizophrenia (forensic-psychiatric aspect)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1974. 19 p. (In Russ.).
13. Federal Service of State Statistics of the Russian Federation: <http://www.gks.ru>. (In Russ.).
14. Khamitov R.R. [Clinical-social characteristic of mentally ill women with especially dangerous behaviour and principles of preventive work with them]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Kazan, 1999. 24 p. (In Russ.).
15. Tsaneva A.N. [Negative trends having taken shape in female criminality for last decade in Russia]. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya* [Theory and Practice of Society Development]. 2011; 1: 197—199. (In Russ.).
16. Shcherbakova L.M. [Female violent criminality in the modern Russia: criminological issues]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Moscow, 2008. (In Russ.).



УДК 616.89-008.14-07

ББК 56.14-3+56.148+53.435

## ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ HCR-20 (ОЦЕНКА РИСКА НАСИЛИЯ; ВЕРСИЯ 2)

Макушкина О. А.<sup>\*1</sup>, Жарова Е. Н.<sup>1</sup>,  
Буравцов К. А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ ФМИЦ психиатрии и наркологии  
им. В. П. Сербского» Минздрава России  
119991, Москва, Малый Кропоткинский пер., 23

<sup>2</sup> ГКУЗ Психиатрическая больница № 5  
Департамента здравоохранения г. Москвы  
142370, Московская обл., Чеховский р-н, с. Троицкое, д. 5

В статье обсуждаются вопросы применения методики HCR-20 (Оценка риска насилия; Версия 2) для оценки риска опасного поведения у психически больных при решении вопроса об отмене либо продлении принудительного лечения. Приведены результаты обследования пациентов, страдающих тяжелым психическим расстройством, в отношении которых исполнялись принудительные меры медицинского характера в психиатрическом стационаре специализированного типа. По мнению авторов, основой прогнозирования вероятности совершения опасных действий у психически больных в данной клинической ситуации являются клиничко-психопатологическое обследование и наблюдение. Целесообразна комплексация подготовленных специалистов в области психиатрии с опытом проведения принудительного лечения и медицинских психологов при подготовке комиссионного заключения для последующего рассмотрения и решения вопроса об отмене принудительных мер медицинского характера судами. При этом методика HCR-20 может рассматриваться как дополнительный метод оценки риска насилия. Использование HCR-20 структурирует процедуру оценки степени риска опасного поведения; способствует более полному анализу анамнестических данных, а также объективизации факторов управления риском, которые необходимы при принятии решения о продлении либо отмене принудительных мер медицинского характера. Её применение требует взвешенного подхода в отечественной психиатрии, так как данная методика направлена на определение риска насилия и не предполагает прогнозирования степени вероятности совершения иных противоправных действий. **Ключевые слова:** психически больные, общественная опасность, опасные действия, принудительные меры медицинского характера, методика, оценка риска опасного поведения, отмена и продление принудительного лечения.

**CONTROVERSIAL ISSUES OF PREDICTING THE RISK OF PUBLIC DANGER WITH THE USE OF THE HCR-20 (ASSESSING RISK FOR VIOLENCE/VERSION 2).** Makushkina O. A., Zharova E. N., Buravtsov K. A. Federal State Budgetary Institution "V. P. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology" of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Malyy Kropotkinsky Lane 23, 119991, Moscow, Russian Federation. "Psychiatric Hospital no. 5" of

<sup>\*</sup> Макушкина Оксана Анатольевна – д.м.н., руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики; e-mail: makushkina@serbsky.ru

Жарова Е. Н. – м.н.с. отдела судебно-психиатрической профилактики.

Буравцов К. А. – заочный аспирант, врач-психиатр.

**Healthcare Department of Moscow.** V. Troitskoye 5, 142370, Chekhovskiy District, Moscow Region, Russian Federation. The article discusses the issues of use of technique HCR-20 (Assessing Risk for Violence/ Version 2) for assessment of dangerous behaviour risk in psychiatric patients when deciding whether to cancel or continue compulsory treatment. The results of examination of patients suffering from serious mental disorder in relation to whom compulsory measures of a medical nature in a psychiatric hospital of specialized type were executed. According to the authors, the bases of predicting the likelihood of committing dangerous actions in mentally ill persons in this clinical situation are clinical-psychopathological examination and observation. Creation of appropriate complex of professionals trained in the field of psychiatry with expertise in the carrying out the compulsory treatment and medical psychologists trained in the preparation of Commission opinions for subsequent consideration and decision of a question on cancellation of compulsory medical measures by the courts is purposeful. The technique HCR-20 may be considered as an additional method of assessing the risk of violence. The use of the HCR-20 structured procedure of risk assessment of dangerous behaviour contributes to a more detailed analysis of anamnestic data and objective factors of risk management that are needed when deciding on the extension or cancellation of forced measures of medical character. Its application requires a balanced approach of domestic psychiatry, as this technique is aimed at determining the risk of violence and does not involve prediction of the likelihood of committing other offensive acts. **Keywords:** mentally ill persons, public danger, dangerous acts, compulsory measures of a medical nature, technique, assessment of dangerous behaviour risk, the cancellation and extension of compulsory treatment.

**Введение.** Проблема влияния психических расстройств на формирование опасного поведения, оценка его риска и разработка мер медицинской профилактики сохраняют свою актуальность для психиатрии. Лица с тяжелыми психическими расстройствами, исключаясь вменяемость, ежегодно совершают порядка 1 % от числа преступлений, повлекших возбуждение уголовного дела в нашей стране (4). В 2014 г. их количество составляло 11 114.

Определение риска опасного поведения и его профилактика у психически больных лиц является частью повседневной практической деятельности психиатра вне зависимости от подразделения службы, в котором он работает. Участковый психиатр должен понимать, оценивать и соизмерять риск совершения больным общественно опасных действий (ООД) при решении вопроса о целесообразности применения специальных мер профилактики. В обязанности психиатра, работающего в стационаре, входит решение вопроса о сохранении либо отсутствии риска общественной опасности пациента, находящегося на принудительном лечении (ПЛ), так как именно это определяет достижение цели исполнения принудительных мер медицинского характера (ПММХ), указанной в ст. 98 УК РФ, и возможность их отмены либо продления (ч. 2 ст. 97 УК РФ).

До последнего времени проблема успешного прогнозирования риска опасных действий, совершаемых больными с тяжелыми психическими расстройствами, остается далекой от своего разрешения (1, 7).



Если оценка проявляемой агрессии «здесь и сейчас» не представляет большой трудности, то формирование долгосрочного прогноза опасного поведения чрезвычайно трудно, и это признается как зарубежными, так и отечественными исследователями (6, 8). В отечественной практике в процессе вынесения психиатрами решения о потенциальной общественной опасности больного доминирующим является клинический подход.

В последние десятилетия зарубежные исследователи разработали ряд инструментов, которые, как предполагается, позволяют ранжировать лиц по вероятности проявления ими агрессии в будущем. Наиболее распространенные из инструментальных методик: «Пересмотренный контрольный перечень вопросов для оценки психопатии» (PCL-R) и его скрининговая версия (PCL-SV), а также ряд других методик: Spousal Assault Risk Assessment Guide» (SARA) и «Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk» (BSAFER) – оценка риска супружеского насилия, «Employee Risk Assessment» (ERA20) – оценка риска насилия со стороны сотрудников социальных учреждений, «Early Assessment Risk List for Boys» (EARL20B) и «Early Assessment Risk List for Girls» (EARL21G) – измерение риска насилия у детей, «Structured Assessment of Violence Risk in Youth» (SAVRY) – прогнозирование насилия у молодых людей, «Sexual Violence Risk» (SVR20) и «Risk for Sexual Violence Protocol» (RSVP) – прогнозирование сексуального насилия [8] и некоторые другие методы.

Объединенные усилия клиницистов и математиков-статистиков способствовали созданию нового вида оценочных инструментов для определения риска насилия, в которых используется комбинированный подход и признается значение как стабильных и динамических статистических факторов, так и клинических характеристик (8, 9).

Такой инструмент получил название «Структурированная клиническая оценка» («Structured Clinical Guides»). Одна из известных методик – HCR-20 («Historical/Clinical/Risk Management scale») (5). Данная методика изначально была разработана для оценки риска насилия у лиц в исправительных и судебно-психиатрических учреждениях (11, 12).

Однако пока ни одна из вышеуказанных методик не нашла широкого применения в нашей стране. Вместе с тем использование статистически значимых критериев, четкого алгоритма определения риска, которому должен следовать специалист при проведении исследования, можно отнести к факторам, обеспечивающим сопоставимость результатов, повышающим объективность оценки (3).

**Целью** настоящей работы являлось определение возможности применения HCR-20 для оценки степени риска опасного поведения психически больных при решении вопросов отмены, продления либо изменения вида принудительного лечения в психиатрической практике.

**Материал и методы.** С использованием официального перевода с английского языка второй версии HCR-20 (5) обследованы 59 больных, экскульпированных судами по фактам совершения ООД и находившихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа. Из них 28 женщин, в отношении которых принудительные меры медицинского характера исполнялись в ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, и 31 мужчина, находившийся на принудительном лечении в ГКУЗ «Психиатрическая больница № 5» Департамента здравоохранения г. Москвы.

Наиболее распространенными у обследованных были расстройства шизофренического спектра (61,02 %). Доля органических психических расстройств и умственной отсталости в их нозологической структуре практически равна значна и составила 16,95 % и 11,86 % соответственно. Иные психические расстройства (острое полиморфное психотическое расстройство, синдром зависимости от психоактивных веществ и др.) имели место у 8,47 % пациентов.

В использованном нами русском издании руководства по проведению оценки риска насилия (HCR-20) (5) представлено 3 блока основных признаков, относящихся к прошлому, настоящему и будущему обследуемого. Каждый отдельный признак оценивается по трехбалльной шкале (0, 1, 2).

Первый блок «Анамнестические признаки» (H) включает 10 факторов. Максимальная сумма баллов по данному блоку составляет 20. По мнению разработчиков методики, именно анамнестические факторы являются «лучшими прогностическими показателями» риска насилия (5). В процедуре оценки данному блоку придается значение, равное сумме признаков в отношении двух других блоков.

Второй блок HCR-20 обозначен как «Клинические признаки» (C), состоит из 5 параметров, оцениваемых на основании клинического анализа психического состояния испытуемого в период исследования. Максимально возможный суммарный балл по данному блоку равен 10.

Третий блок «Факторы управления риском» (R) основан на прогнозировании способности приспособления обследуемого к будущим обстоятельствам. Авторы HCR-20 отмечают возможность разделения данного блока признаков на две ситуации определения риска насилия: «внутри» – в стенах учреждения, в котором находится испытуемый на момент исследования,

и «вне» – с учетом его возвращения в общество. Как в первом, так и во втором варианте максимально возможный суммарный результат по данному блоку составляет 10 баллов.

Оценка перечисленных факторов в процессе обследования больных проводилась в три этапа. Первый этап – анализ анамнестических сведений до поступления на принудительное лечение. Второй этап – клиническая беседа, наблюдение, оценка психического статуса. Третий этап – оценка социального статуса и возможности адаптации после отмены принудительного лечения.

**Полученные результаты и их обсуждение.** Поскольку HCR-20 использовалась в отечественной психиатрии ограниченно и на сегодняшний день отсутствуют научно обоснованные сведения об эффективности данной методики при решении вопросов продления, отмены или изменения вида принудительного лечения, в настоящей публикации приведен клинический опыт ее применения.

Общая оценка по HCR-20 всех обследованных больных была равна 1288 баллам, что составило в среднем 21,83 балла на 1 пациента.

Суммарный балл по блоку анамнестических признаков – 683 (53,02 % от суммы общей оценки по трем блокам). Наиболее высокую оценку в данном блоке имели признаки Н1 (Насилие в прошлом) и Н6 (Выраженное психическое расстройство) (табл. 1). Оба признака не меняли своего значения у больных в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера.

Т а б л и ц а 1  
Схема подсчета баллов по блоку анамнестических признаков, их процентные соотношения

Признак	Оценка признака, баллы	Доля от суммарного балла по данному блоку, %
Н1 Насилие в прошлом	102	14,93 %
Н2 Молодой возраст на момент первого эпизода насилия	56	8,2 %
Н3 Нестабильность взаимоотношений	68	9,96 %
Н4 Проблемы с трудоустройством	74	10,83 %
Н5 Проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголя	72	10,54 %
Н6 Выраженное психическое расстройство	90	13,17 %
Н7 Психопатия	33	4,83 %
Н8 Проблемы адаптации в раннем возрасте	62	9,08 %
Н9 Расстройство личности	60	8,78 %
Н10 Нарушение требований надзора в прошлом	66	9,66 %
Суммарный балл	683	100 %

Проведение оценки и последующая ее интерпретация применительно к прогнозу вероятности риска опасного поведения больных имели определенные затруднения в отношении таких признаков данного блока, как Н1 «Насилие в прошлом» и Н2 «Молодой возраст на мо-

мент первого эпизода насилия», так как часть обследованных пациентов не имели в анамнезе эпизодов насилия, но совершали общественно опасные действия, которые не несли потенциальной опасности для человека.

Анамнестические признаки Н3 «Нестабильность взаимоотношений» и Н4 «Проблемы с трудоустройством» имели неоднозначную оценку у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, лишаящими индивида возможности работать, способности формировать и поддерживать стабильные длительные отношения. В качестве примера можно привести больных с умеренной или тяжелой степенью умственной отсталости либо шизофренией с неблагоприятным типом течения болезненного процесса. Такие пациенты, кроме выраженных нарушений способности к труду и общению с окружающими, имеют нарушения критических способностей, большей части из них определена группа инвалидности. Факт рассмотрения признаков Н3 и Н4 в качестве факторов риска их общественной опасности вызывал некоторые сомнения с учетом особенностей социализации указанной категории больных.

Факторы Н5 «Проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами» (имели место у 55,9 % обследованных больных), Н7 «Психопатия» (оценивался с использованием шкалы PCL-R), Н9 «Расстройство личности», Н10 «Нарушение требований надзора в прошлом» являлись информативными для прогноза степени вероятности опасного поведения у лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, о чем свидетельствуют результаты катамнестического наблюдения за больными в процессе их пребывания в стационаре после обследования.

Анамнестические признаки являлись статичными и не меняли своего значения вне зависимости от продолжительности и эффективности проведенной лечебно-реабилитационной работы. У обследованных пациентов, в отношении которых было принято решение об отмене ПММХ в стационаре специализированного типа, общая оценка по блоку анамнестических признаков HCR-20 превышала таковую у больных, находившихся на принудительном лечении менее года (табл. 2).

При этом суммарная оценка этого блока признаков составляла 50 % и более от величины общей оценки больных по HCR-20, что затрудняло анализ достижения цели принудительного лечения и возможность его отмены. В данной связи, на наш взгляд, блок анамнестических признаков не может являться определяющим при решении вопроса об отмене либо продлении ПММХ. Однако его анализ способствует более полной оценке факторов риска опасного поведения.

**Таблица 2**  
**Результаты оценки риска опасного поведения**  
**у больных, находившихся на принудительном**  
**лечении, с использованием HCR-20**

Показатель	Длительность ПЛ		Больные с решением об отмене ПММХ в стационаре спец. типа
	менее 1 года	более 1 года	
Общая сумма по HCR-20	24 балла	23 балла	21 балл
Доля анамнестических признаков	50 %	52,17 %	57,14 %
Доля клинических признаков	20,80 %	21,74 %	19,05 %
Доля факторов управления риском	29,20 %	26,09 %	23,8 %

Блок «Клинические признаки» шкалы HCR-20 дает возможность получения динамической информации и представляет особый интерес ввиду важности психопатологических проявлений в генезе опасного поведения лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами. Суммарная оценка по данному блоку у обследованных больных была равна 282 баллам – 21,89 % от общей суммы по HCR-20. Максимальные значения имели факторы С1 (Недостаточно критическое отношение к себе) и С3 (Активная психопатологическая симптоматика психического расстройства) (табл. 3).

**Таблица 3**  
**Схема подсчета баллов по блоку клинических**  
**признаков и их процентные соотношения**

Признак	Оценка признака, баллы	Доля от суммарного балла по данному блоку, %
С1 Недостаточно критическое отношение к себе	97	34,39 %
С2 Негативные установки	32	11,34 %
С3 Активная психопатологическая симптоматика психического расстройства	54	19,14 %
С4 Импульсивность	51	18,08 %
С5 Отрицательное отношение к лечению	48	17,02 %
Суммарный балл	282	100 %

Ни один из обследованных пациентов, находившихся на принудительном лечении, не получил оценку по признаку С1, равную 0 баллов. 13 % больных с формальной критикой к имеющемуся заболеванию, совершенному правонарушению имели оценку в 1 балл. Ее значение не изменялось в процессе лечения у пациентов, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, клинко-динамические особенности которых определяли отсутствие критики к своему состоянию, наличие психического расстройства либо ее формальный характер.

Информативными при оценке риска опасного поведения больных, находящихся на принудительном лечении, были клинические признаки С3 «Активная психопатологическая симптоматика психического расстройства», С2 «Негативные установки», С4 «Импульсивность», С5 «Отрицательное отношение к лечению».

Как показывает клинический опыт, в ситуации принятия решения об отмене либо продлении исполнения ПММХ блок клинических признаков может быть расширен ввиду важности клинко-психопатологических факторов в формировании опасного поведения больных тяжелыми психическими расстройствами и необходимости проведения их динамической оценки с учетом дефицитарных нарушений. Целесообразным представляется как увеличение количества анализируемых признаков, так и величины их суммарной оценки.

Анализ клинических прогностических показателей допускает вывод о том, что их оценка может быть проведена специалистами-психиатрами либо комплексно с привлечением клинических психологов. В противном случае можно говорить о подмене профессиональных компетенций при использовании подобной методики специалистами немедицинского профиля.

Третий блок HCR-20 – «Факторы управления риском» направлен на прогнозирование адаптации обследуемых к будущему изменению обстоятельств, что предполагает некоторую гипотетичность проводимой оценки в силу разнообразия дестабилизирующих и стрессорных факторов, значимых в генезе опасного поведения психически больных, и чрезвычайной сложности долгосрочного прогноза их воздействия.

Суммарная оценка по блоку факторов управления риском у обследованных пациентов составила 323 балла – 25,08 % от суммы общей оценки по трем блокам HCR-20. Максимальные значения имели факторы R1 «Недостаточная осуществимость планов», R2 «Подверженность дестабилизирующим факторам», R4 «Несоблюдение лечебных рекомендаций» (табл. 4).

**Таблица 4**  
**Схема подсчета баллов по блоку факторов**  
**управления риском и их процентные соотношения**

Признак	Оценка признака, баллы	Доля от суммарного балла по данному блоку, %
R1 Недостаточная осуществимость планов	76	23,53 %
R2 Подверженность дестабилизирующим факторам	71	21,98 %
R3 Недостаток личной поддержки	57	17,65 %
R4 Несоблюдение лечебных рекомендаций	70	21,67 %
R5 Стресс	49	15,17 %
Суммарный балл	323	100 %

Большая часть обследованных были одиночки либо находились в конфликте с родственниками и близкими людьми, которые не могли взять часть ответственности за выполнение лечебных рекомендаций, а также за создание благоприятных условий для дальнейшей реабилитации вне стен учреждения. Данный факт оказывал влияние на значения признаков из блока «Факторы управления риском».

Объективно оценивая практику организации психиатрической помощи в стране, следует заметить, что при анализе признака R1 «Недостаточная осуществимость планов» целесообразно определить доступность внебольничной психиатрической помощи с учетом отдаленности места жительства обследуемого от психоневрологического диспансера либо кабинета психиатра центральной районной больницы, наличие специалистов для проведения психосоциальной реабилитации после отмены принудительного лечения.

Эффективная реабилитационная работа, направленная на формирование у больных социально приемлемых форм поведения, приверженности лечению, повышение уровня самоконтроля, отказ от приема алкоголя и ПАВ, может способствовать изменению круга общения с криминального на просоциальный, избавлению от болезней зависимости, соблюдению врачебных рекомендаций. Это определяет динамику факторов R2 «Подверженность дестабилизирующим факторам», R4 «Несоблюдение лечебных рекомендаций» в процессе исполнения ПММХ. Ее оценка необходима при отмене либо продлении принудительного лечения, в том числе с позиций анализа эффективности лечебно-реабилитационной работы как важной меры профилактики рецидива противоправного поведения больных после выписки с ПЛ. Оценка фактора R5 «Стресс» представляла определенные сложности с учетом необходимости долгосрочного прогнозирования. Важными компонентами ее проведения являлись анализ особенностей реагирования больного на психогению в период исполнения ПММХ, определение уровня самоконтроля, индивидуальных психологических особенностей, значимости возможных фрустрирующих ситуаций после выписки с ПЛ.

Результаты проведенного обследования свидетельствуют о важности факторов «Управления риском» при оценке степени вероятности опасного поведения после отмены ПММХ, а также о значении социальных условий, с которыми столкнется больной после выписки из стационара; особенностей организации внебольничной психиатрической помощи; доступности психосоциальной реабилитации.

Итоговый анализ общей оценки по HCR-20 выявил отсутствие различий в ее значении между пациентами, находившимися в психиатрическом стационаре специализированного типа менее года и больными с более длительными сроками принудительного лечения (табл. 2). У лиц, в отношении которых было принято решение об отмене либо изменении вида ПММХ на лечение в стационаре общего типа вследствие улучшения их психического состояния и снижения риска опасного поведения, отличие по данному показателю было незначительным.

У всех обследованных больных преобладала доля «анамнестических признаков», которые, как уже было сказано выше, статичны. Изменения в оценке «факторов управления риском» были не значительны, что во многом обусловлено нехваткой ресурсов социальной и семейной поддержки, наличием большого количества дестабилизирующих факторов, воздействующих на больных после выписки из стационара, и рядом других моментов, влияние на которые со стороны сотрудников медицинской организации, исполняющей ПММХ, может быть весьма ограниченным. «Клинические признаки», доля которых в структуре общей оценки по HCR-20 у всех трех подгрупп пациентов была минимальна, являлись наиболее динамичными, их оценка изменялась на различных этапах лечения (табл. 2).

В качестве иллюстрации к представленному анализу приведем следующий пример. Больная, которой по заключению психиатров рекомендовался перевод из отделения специализированного типа в психиатрический стационар общего типа, имела общую оценку по HCR-20, равную 26 из возможных 40 баллов. Из них 54 % баллов приходилось на анамнестические признаки. В то же время оценка риска у пациентки, поступившей на принудительное лечение менее полугода назад, составляла 22 балла, 59 % из которых приходилось на анамнестические признаки. Данные больные отличались в оценках по факторам из блока клинических признаков: С3 «Активная психопатологическая симптоматика психического расстройства», С5 «Отрицательное отношение к лечению», наличие которых является противопоказанием для отмены принудительного лечения с использованием принятого для этих целей в нашей стране клинко-психопатологического подхода.

Вышесказанное является свидетельством того, что применение HCR-20 у больных с тяжелыми психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, имеет вспомогательное значение при принятии решения об отмене ПММХ и является дополнением к клинко-психопатологическому методу оценки состояния и клиническому наблюдению.

**Заключение.** По мнению авторов, ввиду важности клинко-психопатологических факторов в формировании опасного поведения больных тяжелыми психическими расстройствами, основой прогнозирования вероятности совершения повторных опасных действий в ситуации отмены либо продления исполнения принудительных мер медицинского характера являются клинко-психопатологическое обследование и наблюдение.

Использование методики HCR-20 структурирует процедуру оценки степени риска опасного поведения больных; способствует более полному анализу анамнестических данных, а также объективизации факторов управления риском, которые необходимы при принятии решения о продлении либо отмене принудительных мер медицинского характера. Ее применение требует взвешенного подхода в отечественной психиатрии, так как данная методика направлена на определение риска насилия (5) и не предполагает прогнозирование степени вероятности совершения иных противоправных действий.

В рамках уголовного права и в законодательстве о психическом здоровье ряда стран опасное поведение психически больных означает такие действия, которые характеризуются применением или угрозой применения насилия, включая причинение телесных повреждений, как правило, другим лицам (10). При этом возможность назначения принудительного лечения больным, совершившим имущественные правонарушения, не предусмотрена.

Однако под опасностью психически больного в нашей стране понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления обуславливают неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному.

Принятый в отечественной психиатрии термин «общественная опасность» включает в себя широкий круг правонарушений, предусмотренных Особенной частью УК РФ и не ограничивающийся только насильственными действиями. Согласно действующему уголовному законодательству, при назначении и продлении принудительных мер медицинского характера необходимо соотносить связь имеющегося у больного психического расстройства с «возможным причинением им иного существенного вреда либо с опасностью для себя и других лиц» (ч. 2 ст. 97 УК РФ).

Вышесказанное должно быть учтено при оценке степени риска рецидива опасного поведения больных, в отношении которых исполняются принудительные меры медицинского характера. При принятии решения об отмене либо о продлении принудительного лечения наиболее значимыми по-прежнему остаются клиническое обследование и наблюдение с оценкой актуальных у пациента переживаний, психопатологических синдромов, эффекта психофармакотерапии, глубины компенсации, продолжительности ремиссии, восстановления навыков социального функционирования, прогноза и критики.

При подготовке комиссионного заключения для последующего рассмотрения и решения вопроса об отмене принудительных мер медицинского характера судами целесообразна комплексация подготовленных специалистов в области психиатрии с опытом проведения принудительного лечения и медицинских психологов, ориентированных в данном профиле деятельности. При этом методика HCR-20 может рассматриваться как дополнительный метод оценки риска насилия.

#### Л и т е р а т у р а

1. Дмитриева Т. Б. Проблемы и перспективы судебно-психиатрической службы в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 4–9.
2. Котов В. П., Мальцева М. М. Предупреждение опасных действий лиц с психической патологией // Руководство по судебной психиатрии. – М., 2004. – Ч. 5. – С. 428–507.
3. Макушкина О. А., Анисимова Т. Г., Макушкин Е. В. Проблема оценки риска опасности лиц, страдающих психическими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – Вып. 11. – С. 65–69.
4. Макушкина О. А., Котов В. П., Мальцева М. М. и др. Система профилактики общественной опасности психически больных в России в 2006–2013 гг. – М., 2015. (электронный ресурс). – Режим доступа : [serb-sky.ru/images/stories/mak\\_o.a.pdf](http://serb-sky.ru/images/stories/mak_o.a.pdf).
5. Вебстер К. Д., Даллас К. С., Изв Д., Харп С. Д. HCR-20. Оценка риска насилия. Версия 2 / пер. с англ. / под ред. В. Леонтьева, В. В. Ручкин, О. А. Пономарев. – М.; Вильнюс : Изд-во ЗАО «Котет», 2009. – 94 с.
6. Полубинская С. В. Опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, в исследованиях и практике // Независимый психиатрический журнал. – 2008. – № 1. – С. 19–23.
7. Скугаревская Е. И., Балашов А. Д. Длительные госпитализации пациентов, страдающих шизофренией, в связи с совершенным общественно опасным деянием // Медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 28–31.
8. Bloom H. et al. The Canadian contribution to violence risk assessment: history and implications for current psychiatric practice // Can. J. Psychiatry. – 2005. – V. 50, № 1. – P. 3–11.
9. Dolan M., Doyle M. Violence risk prediction. Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist // Br. J. Psychiatry. – 2000. – V. 177. – P. 303–311.
10. Shah S. A. Dangerousness. A Paradigm for Exploring Some Issues in Law and Psychology // American Psychologist. – 1998. – V. 33, № 3. – P. 224.
11. Singh J. P. et al. Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments // Schizophrenia Bulletin. – 2011. – V. 37, № 5. – P. 899–912.
12. Simon R. I. et al. Textbook of Forensic Psychiatry. – Washington : American Psychiatric Publishing, 2010. – 726 p.

#### Транслитерация русских источников

1. Dmitrieva T.B. [Problems and prospects of forensic-psychiatric service in the Russian Federation]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2006; 2: 4–9. (In Russ.).
2. Kotov V.P., Mal'tseva M.M. [Prevention of dangerous acts of persons with mental pathology]. In: [Handbook of Forensic Psychiatry]. Moscow, 2004; Part 5: 428–507. (In Russ.).

3. Makushkina O.A., Anisimova T.G., Makushkin E.V. [Problems of risk assessment of dangerous actions in people with mental disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 11: 111-115. (In Russ.).
4. Makushkina O.A., Kotov V.P., Mal'tseva M.M. et al. [System of prevention of public dangerousness of mentally ill persons in Russia between 2006 and 2013]. Moscow, 2015. [serbsky.ru/images/stories/mak\\_o.a.pdf](http://serbsky.ru/images/stories/mak_o.a.pdf). (In Russ.).
5. Webster K.D., Dallas K.S., Yves D., Heart S.D. [HCR-20. Assessing risk of violence. Version 2]. Translated from English. V. Leontyev, V.V. Ruchkin, O.A. Ponomarev, eds. Moscow, Vilnius: Kotet, 2009. 94 p. (In Russ.).
6. Polubinskaya S.V. [Dangerousness of persons suffering from mental disorders, in research and practice]. *Nezavisimyi psikhiatricheskii zhurnal* [Independent Psychiatric Journal]. 2008; 1: 19—23. (In Russ.).
7. Skugarevskaya E.I., Balashov A.D. [Long-term hospitalizations of patients suffering from schizophrenia connected with committing socially dangerous act]. *Meditsinskii zhurnal* [Medical Journal]. 2010; 3: 28—31. (In Russ.).

# ГЕРОНТО- ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.69-008-053.8

ББК 56.145.3-43-5+56.145.5.

## КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ДЕМЕНЦИЙ С БРЕДОМ

Соколова И. В.<sup>\*</sup>, Сиденкова А. П.,  
Семке А. В.

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Уральский ГМУ Минздрава России  
620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3

<sup>2</sup> НИИ психического здоровья  
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Психотические расстройства при деменциях осложняют течение основного когнитивного расстройства, являются частой причиной госпитализации, дезадаптируя пациента, его окружение. Целью настоящего исследования явилась разработка и апробация последовательной комплексной диагностики и терапии деменций с бредом. Комплексная диагностика состояния пациента, основанная на дифференциации клинических типов психотических расстройств, определении микросоциальных условий больного, способствует разработке индивидуального терапевтического плана, включающего противодементную, антипсихотическую терапию, психообразование для ухаживающих лиц, повышает эффективность купирования психотических симптомов при деменциях и снижает уровень дезадаптации ухаживающего лица. **Ключевые слова:** деменция, диагностика, психосоциальное лечение.

**INTEGRATED DIAGNOSTICS AND THERAPY OF DEMENTIA WITH DELUSIONS. Sokolova I. V., Sidenkova A. P., Semke A. V. Ural State Medical University. Repin Street 3, 620028, Yekaterinburg, Russian Federation. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.** Psychotic disorders in dementias complicate the course of the main cognitive disorder, are a frequent reason of hospitalization, disadapting the patient, his or her environment. The purpose of the present research was to develop and validate diagnostics and treatment of dementia with delusions. Complex diagnosis of the patient, based on clinical differentiation of types of psychotic disorders, determining microsocial conditions of the patient, promotes development of an individual treatment plan that includes anti-dementia, antipsychotic treatment, psychoeducation for caregivers, increases the effectiveness of the relief of psychotic symptoms in dementia and reduces disadaptation of caregiver. **Keywords:** dementia, diagnostics, psychosocial treatment.

<sup>\*</sup> Соколова Ирина Викторовна, аспирант, ассистент каф. психиатрии ф-та повышения квалификации и профессиональной переподготовки. E-mail: irinasokolova78@mail.ru

Сиденкова Алена Петровна, д.м.н., доцент каф. психиатрии ф-та повышения квалификации и профессиональной переподготовки. E-mail: sidenkovs@mail.ru

Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., проф., зам. директора по клинической работе, руководитель отд. эндогенных расстройств. Телефон: 8(382-2)724379. E-mail: asemke@mail.ru

**Введение.** Значительное увеличение продолжительности жизни населения приводит к изменению возрастной структуры человечества и к появлению феномена «постарения» населения планеты, что тесно связано с учащением психических расстройств в позднем возрасте и актуализирует особое внимание к качеству медицинской помощи, которая предлагается лицам старших возрастных групп на специализированном и специализированном психиатрическом этапах оказания помощи. Это определяет необходимость знания о возрастных особенностях организма, ЦНС и диктует необходимость формирования возрастнорегулируемых диагностических и терапевтических подходов к этой категории больных.

Клинико-организационные исследования показали, что многие пожилые люди с когнитивными проблемами не имеют адекватной помощи [1]. Не более 5 % из них получают направления в систему психического здоровья, а из их числа только 20 % получают адекватные терапевтические назначения [2].

Наиболее актуальным вопросом является оказание медицинской помощи больным с поздними деменциями с бредовыми расстройствами и ухаживающим за ними. Коррекция психотических и поведенческих симптомов при деменциях является первоочередной задачей в связи с утяжелением бремени болезни [3, 4, 5]. В многочисленных исследованиях обосновывается поиск новых препаратов для лечения некогнитивных и когнитивных симптомов деменций [6, 7].

Но высокий риск побочных эффектов антипсихотиков ограничивает возможности применения традиционного химического стеснения таких пациентов [8]. Ведущие российские дементологи считают, что использование базового противодементного лечения у пациентов с альцгеймеровской деменцией с психотическими и поведенческими расстройствами, в том числе бредовыми, редуцирует интенсивность данных нарушений и улучшает когнитивные функции [9, 10]. Трудность вопроса лечения заключается и в том, что не все противодементные препараты позволяют добиться контроля над психотическими симптомами. По мнению И. Д. Даренского (2015), использование блокаторов NMDA-рецепторов улучшает двигательную, повседневную активность, объем внимания со значительным расторможением позитивных психических расстройств [11]. И. В. Колыхалов (2015) полагает, что применение ривастигмина в терапии деменций привело к снижению доз психотропных препаратов, а у ряда пациентов и к полной отмене антипсихотиков, применяемых для купирования поведенческих и психотических нарушений [9].

Своевременное применение противодементного лечения позволяет существенно снизить (до 30 %) временные затраты родственников и стрессовую нагрузку с последующим улучшением здоровья лиц, ухаживающих за пациентом, что позитивно влияет на качество жизни больного и его окружение [9].

Знание многофакторности формирования психотических расстройств при деменциях способствует разработке мультимодального подхода, включающего медикаментозный, социальный и психотерапевтический компоненты [12]. Понимая важность психосоциального воздействия на окружение и самих пациентов, современные авторы предлагают многообразные, социально ориентированные, этапные модели помощи больным с деменциями и их семьям [9, 12]. И. Ф. Рощина (2015) полагает, что в отношении людей, относящихся к группе высокого риска по альцгеймеровской деменции, должны проводиться программы коррекционно-реабилитационных мероприятий, способствующих профилактике прогрессирования когнитивного дефицита и стабилизации адаптационных возможностей [13]. Сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения позволяет увеличить продолжительность полноценной жизни даже при наличии различной степени выраженности когнитивных расстройств. Комплексный биопсихосоциальный подход способствует более длительному поддержанию бытовой независимости больного, замедлению развития поведенческих и психотических (в том числе бредовых) расстройств, более поздней госпитализации в психиатрические учреждения, а также снижению нагрузки на родственников и социальные службы по уходу за больным [12].

Участие в формировании психотических расстройств биологических и психосоциальных факторов способствует тому, что именно комплексный, биопсихосоциальный терапевтический подход позволяет максимально оптимизировать помощь больным с деменцией с бредовыми расстройствами на всех этапах развития заболевания.

**Целью** настоящего исследования явилась разработка и апробация последовательной комплексной диагностики и терапии деменций с бредом.

**Материал и методы.** В амбулаторных условиях проведена апробация разработанной схемы последовательной диагностики и терапии 30 пациентам с деменцией с бредовыми расстройствами и лицам, осуществляющим непрофессиональный уход за такими больными. Амбулаторный статус пациентов способствовал постоянному контакту с основным непрофессиональным ухаживающим (родственником).

Группа ухаживающих состояла из 18 случаев из супругов пациентов, в 7 – детей пациентов, в 5 случаях уход осуществляли не родственники больных (снохи). Средний возраст ухаживающих лиц составлял  $56,1 \pm 11,4$  года. Среди ухаживающих лиц 4 мужчин, 26 женщин. Социальный статус ухаживающих: в 60 % (18 человек) случаев – пенсионеры по старости, остальные сохраняли трудоспособный статус.

Средний возраст пациентов, участвующих в апробации алгоритма, составил  $70,0 \pm 6,47$  года, из них 9 мужчин и 21 женщина.

Основными методами исследования явились «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini-Mental State Examination, MMSE), «Нейропсихологический опросник (NPI)», «Модифицированная шкала ишемических расстройств Хачинского» (MHIS), «Гериатрическая шкала оценки депрессии» (GDS). С помощью методики А. Р. Лурия (1973, 2002) проводилось детальное изучение высших мозговых функций. Оценка функциональной активности пациента производилась по шкале BRISTOL-ADL (Bristol Activities of Daily Living Scale).

Результаты обрабатывались с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и приведены в форме  $M \pm \sigma$ , достоверность считалась при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Апробированная терапевтическая методика построена на принципах последовательности. Ведущим принципом диагностического этапа является формализованность оценок состояния пациентов и микросоциальных условий его жизнедеятельности. В настоящей статье в схематичном виде представлен разработанный алгоритм.

**Первый этап.** Определение тяжести когнитивного расстройства.

Все пациенты страдали деменцией легкой степени выраженности, средний балл по MMSE  $21,6 \pm 1,05$ . Деменция при раннем типе болезни Альцгеймера диагностирована у 8 пациентов (F00.0) (средний балл по шкале Хачинского составил  $1,125 \pm 0,56$ ), при позднем типе болезни Альцгеймера – у 14 пациентов (F00.1) (средний балл по шкале Хачинского  $1,57 \pm 0,51$ ), сосудистая деменция – у 8 больных (F01) (средний балл по шкале Хачинского  $5,875 \pm 0,61$ ).

**Второй этап.** Определение психопатологической структуры синдрома деменции.

Посредством заполнения предлагаемого набора шкал проводили оценку психического состояния пациентов. Гипотимия была диагностирована у 9 пациентов (30 %), средний балл по группе по «Гериатрической шкале оценки депрессии» (GDS) составил  $5,5 \pm 3,4$ , у пациентов с верифицированной гипотимией средний балл при заполнении шкалы GDS составил  $11,1 \pm 1,4$ .



У 14 пациентов (46,7 %) обнаружены бредовые идеи (бред ущерба – у 4, преследования – у 2, отношения – у 7, ревности – у 1). Средняя выраженность данного симптома составила  $6,7 \pm 2,2$  балла по шкале NPI, средний балл нагрузки на ухаживающего лицо –  $2,8 \pm 0,48$ . Среднегрупповой показатель уровня функциональной активности (BRISTOL-ADL) равен 22 баллам. Обобщенная синдромальная структура, включающая психопатологическое состояние пациентов (NPI), когнитивный профиль, определенный по методике А. Р. Лурия, позволили выявить высокие суммарные показатели по выраженности бредовых идей, агрессии, тревоги, раздражительности/эмоциональной лабильности, нарушениям гнозиса, праксиса, речи. При этом наибольшая нагрузка на ухаживающее лицо также наиболее ярко была представлена по этим же признакам.

**Третий этап.** Подбор лекарственной противодементной терапии проводился согласно основным принципам заместительной терапии с назначением среднетерапевтических стандартных суточных доз ингибиторов ацетилхолинэстеразы (галантамин 12 мг/сут, ривастигмин (ТТС) 9,5 мг/сут, мемантин 10–20 мг/сут). Пациентам с бредовыми переживаниями и нарушениями восприятия (17 человек) назначались антипсихотические средства: рисперидон 0,5–2 мг/сут, кветиапин 25–200 мг/сут. Продолжительность антипсихотической терапии варьировала от 5 до 22 дней. 3 пациентов принимали антидепрессант циталопрам 10 мг/сут.

**Четвертый этап.** Определение аффективного коммуникативного стиля в семье больного осуществлялось путем проведения Кэмбервеллского семейного интервью (Camberwell Family Interview). Напряженный высокий уровень экспрессивных эмоций диагностирован в 16 семьях (53,3 %), среди которых высокий уровень враждебности по отношению к пациенту выявлен в 31,3 % случаев, критических замечаний в адрес пациента – в 68,7 %. В 7 случаях (23,3 %) ухаживающие лица демонстрировали высокий уровень тревожности за состояние пациента, прогноза его когнитивного и социально-бытового функционирования. У 7 ухаживающих выявлен умеренный уровень экспрессивных эмоций в отношении пациента.

**Пятый этап.** Дифференцированная комплексная коррекция психопатологических расстройств при деменциях (психосоциальное воздействие на ухаживающее лицо). Участники исследования разделены на подгруппы: «высокий уровень враждебности» – 5 семей, «высокий уровень критических замечаний» – 11 семей, «высокий уровень тревоги» – 7 семей, «адекватный уровень экспрессивных эмоций» – 7 семей.

Ухаживающие лица из семей с высоким уровнем враждебных и критических и тревожных высказываний в адрес пациента включались в психообразовательные программы (3 занятия). Основная цель данной работы – сформировать представление о неправильном поведении больного, как о проявлении болезни.

Ухаживающим с высоким уровнем тревожности предлагалась психотерапевтическая и/или лекарственная коррекция тревоги: курсы КПТ, антидепрессанты.

При нормализации экспрессивных эмоций лиц, осуществляющих уход за пациентами, оценивалась их потребность в эмоциональной, социальной поддержке. Данная оценка проводилась специалистами по социальной работе из мультидисциплинарной бригады диспансерного отделения психиатрической больницы. 11 семей были включены в комплексную работу по социальной поддержке, проводимую в рамках работы диспансера.

В повторной оценке через 3 месяца приняли участие 24 пациента. Результаты повторной оценки психопатологической синдромальной структуры и когнитивного профиля пациентов представлены на рисунке 1.

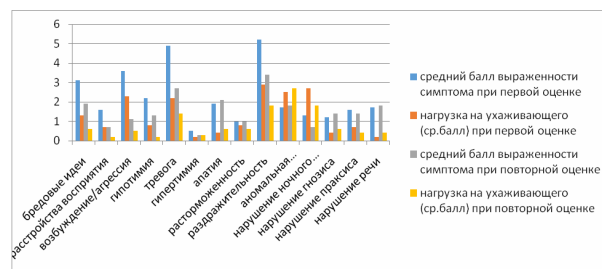


Рис. 1. Клиническая динамика и нагрузка на ухаживающих лиц при проведении комплексной терапии

Через 3 месяца была проведена оценка состояния 24 пациентов, включенных в комплексную терапию психотических (бредовых) расстройств при деменциях: сохранили участие в исследовании 7 пациентов с ранней альцгеймеровской деменцией (F00.0), 13 пациентов с поздним типом деменции (F00.1) и 4 пациента с васкулярной деменцией (F01). Средний балл по шкале MMSE составил  $20,4 \pm 0,61$ . Оценка психического состояния пациентов выявила гипотимию у 5 пациентов, средний балл данных больных при заполнении «Гериатрической шкалы оценки депрессии» (GDS) составил  $9,6 \pm 0,64$ , средний балл по группе при заполнении этой шкалы был равен  $4,8 \pm 1,2$ , что оказалось достоверно меньше, чем при первичном осмотре ( $p < 0,5$ ). Оценка когнитивных функций не выявила значимых отличий в сравнении с дотерапевтическим периодом.

Показатели повторной оценки психопатологических симптомов, таких как бредовые идеи, расстройства восприятия, возбуждение, гипотимия, тревога и раздражительность, снизились. Интенсивность нагрузки болезненных симптомов на ухаживающее лицо достоверно снизилась в отношении этих же симптомов ( $p < 0,5$ ).

**Выводы.** Таким образом, комплексная диагностика состояния пациента, основанная на дифференциации клинических типов психотических расстройств и определении микросоциальных условий больного, способствуют разработке индивидуального терапевтического плана, включающего противодementную, антипсихотическую терапию, психообразование для ухаживающих лиц, повышает эффективность купирования психотических симптомов при деменциях и снижает уровень дезадаптации ухаживающего лица. Разработанная комплексная терапия оказалась приемлемой для применения в открытой клинической практике.

#### Л и т е р а т у р а

1. Калын Я. Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... д.м.н. — М., 1999.
2. Сиденкова А. П., Языкова И. М., Куцанова А. М. Анализ причин госпитализаций пациентов с поздними деменциями в геронтопсихиатрический стационар // Уральский медицинский журнал. — 2009. — № 6 (60). — С. 110—113.
3. Гантман М. В. Уход за пациентами с болезнью Альцгеймера как фактор риска развития психических и соматических заболеваний у пожилых // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (23—26 сентября 2015 г., Казань): тезисы под общ. ред. Н. Г. Незнанова. — СПб.: АльтаАстра, 2015. — С. 151—152.
4. Сиденкова А. П. Психосоциальная модель поздних деменций: дис. ... д.м.н. — Томск, 2010. — 440 с.
5. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психические расстройства, деменции в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета) / Минздрав РФ, приказ от 20 декабря 2012 г. № 1220н.
6. Alzheimer's Association: Alzheimer's facts and figures 2011. [www.alz.org/alzheimers\\_disease\\_facts\\_and\\_figures.asp](http://www.alz.org/alzheimers_disease_facts_and_figures.asp).
7. Carter M. D., Simms G. A., Weaver D. F. et al. The development of the new therapeutics for Alzheimer's disease // Clin. Pharmacol. Ther. — 2010. — Vol. 88. — P. 475—486.
8. Downing L. J., Caprio T. V., Lyness J. M. Geriatric psychiatry review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's — delirium, dementia, and depression // Curr. Psychiatry Rep. — 2013. — Vol. 15 (6). — P. 365.
9. Колыхалов И. В., Рассадина Г. А. Роль современной патогенетической терапии болезни Альцгеймера в улучшении качества жизни больного и его семьи // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (23—26 сентября 2015 г., Казань): тезисы под общ. ред. Н. Г. Незнанова. — СПб.: АльтаАстра, 2015. — С. 158.
10. Куташов В. А., Самсонов А. С. Комплаентность и качество терапии болезни Альцгеймера при приеме Мемантала // РМЖ. — 2014. — № 22. — С. 1603—1605.
11. Даренский И. Д. Блокаторы глутаматных NMDA-рецепторов в психогериатрии // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (23—26 сентября 2015 г., Казань): тезисы под общ. ред. Н. Г. Незнанова. — СПб.: АльтаАстра, 2015. — С. 155—160.
12. Думнова К. А., Сукасян А. Г. Формирование модульной программы оказания биопсихосоциальной помощи больным с деменцией // Тезисы научно-практической конференции. Научное наследование Б. А. Лебедева. — СПб., 2015. — С. 80—82.
13. Рощина И. Ф., Селезнева Н. Д. Клинико-психологическое исследование родственников первой линии родства пациентов с болезнью Альцгеймера // Тезисы научно-практической конференции. Научное наследование Б. А. Лебедева. — СПб. — 2015. — С. 166—167.

#### Транслитерация русских источников

1. Kalya Ya.B. [Mental health of the population of elder and senile age (clinical-epidemiological study)]. Avtoref. dis. ... d.m.n. [Abstract of MD thesis]. Moscow, 1999. (In Russ.).
2. Yazykova I.M., Sidenkova A.P., Kushchanova A.M. [The analysis of the reasons of hospitalization of patients with late dementias in psychiatric hospital]. *Ural'skii meditsinskii zhurnal* [Ural Medical Journal]. 2009; 6(60): 110—113. (In Russ.).
3. Gantman M.V. [Care for patients with Alzheimer's disease as risk factor for development of mental and somatic diseases in the elderly]. *XVI s'ezd psikhiatrov Rossii. Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem «Psikhiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy»* (23—26 sentyabrya 2015 g., Kazan'): *teziy pod obshch. red. N. G. Neznanova* [XVI Meeting of Psychiatrists of Russia. "Psychiatry at stages of reform: problems and perspectives" (23-26 September, 2015, Kazan). Book of Abstracts. N.G. Neznanov, ed.]. Saint-Petersburg: AltaAstra, 2015; 151—152. (In Russ.).
4. Sidenkova A.P. [Psychosocial model of later life dementias]. *Dis. ... d.m.n.* [MD thesis]. Tomsk, 2010. 440 p. (In Russ.).
5. [Standard of primary medico-sanitary care in organic including symptom, mental disorders, dementia under outpatient conditions of psychoneurological dispensary (dispensary department, room)]. Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Order of 12/20/2012 no. 1220n. (In Russ.).
9. Kolykhalov I.V., Rassadina G.A. [Role of modern pathogenetic therapy of Alzheimer's disease in improvement of quality of life of the patient and his or her family]. *XVI s'ezd psikhiatrov Rossii. Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem «Psikhiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy»* (23—26 sentyabrya 2015 g., Kazan'): *teziy pod obshch. red. N. G. Neznanova* [XVI Meeting of Psychiatrists of Russia. "Psychiatry at stages of reform: problems and perspectives" (23-26 September, 2015, Kazan). Book of Abstracts. N. G. Neznanov, ed.]. Saint-Petersburg: AltaAstra, 2015; 158. (In Russ.).
10. Kutashov V.A., Samsonov A.S. [Compliance and quality of therapy of Alzheimer's disease during use of Memantal]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2014; 22: 1603—1605. (In Russ.).
11. Darensky I.D. [Blockers of glutamate NMDA-receptors in psychogeriatrics]. *XVI s'ezd psikhiatrov Rossii. Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem «Psikhiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy»* (23—26 sentyabrya 2015 g., Kazan'): *teziy pod obshch. red. N. G. Neznanova* [XVI Meeting of Psychiatrists of Russia. "Psychiatry at stages of reform: problems and perspectives" (23-26 September, 2015, Kazan). Book of Abstracts. N.G. Neznanov, ed.]. Saint-Petersburg: AltaAstra, 2015; 155—160. (In Russ.).

12. *Dumnova K.A., Sukasyan A.G.* [Formation of module program of rendering the biopsychosocial care for pateints with dementia]. *Tezisy nauchno-prakticheskoi konferentsii. Nauchnoe nasledovanie B. A. Lebedeva* [Book of Abstracts of Scientific-Practical Conference. Scientific inheritance of V.A. Lebedev]. Saint-Petersburg, 2015; 80—82. (In Russ.).
13. *Roshchina I.F., Selezneva N.D.* [Clinical-psychological study of relatives of the first grade of pateints with Alzheimer's disease]. *Tezisy nauchno-prakticheskoi konferentsii. Nauchnoe nasledovanie B. A. Lebedeva* [Book of Abstracts of Scientific-Practical Conference. Scientific inheritance of V.A. Lebedev]. Saint-Petersburg, 2015; 166—167. (In Russ.).

# ПСИХОСОМАТИКА

УДК 618.89-008.441.1:618.177

ББК 56.145.83+57.162.1

## ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНОЙ ОЦЕНКИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Гычев А. В.<sup>1</sup>, Колесникова А. М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> НИИ психического здоровья  
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

<sup>2</sup> ФКУЗ МСЧ МВД России по Томской области  
634012, Томск, ул. Елизаровых, 48, стр. 5

В статье описаны результаты исследования 90 беременных пациенток с тревожными невротическими расстройствами. Проведен анализ особенностей когнитивной оценки беременности и связанных с ней обстоятельств, установлена роль данных особенностей в формировании тревожных расстройств у этой категории женщин. **Ключевые слова:** беременность, тревога, тревожные расстройства, иррациональные установки.

**INFLUENCE OF PREGNANCY COGNITIVE APPRAISAL ON THE FORMATION OF ANXIETY DISORDERS IN PREGNANT WOMEN.** Gichev A. V.<sup>1</sup>, Kolesnikova M. A.<sup>2</sup> <sup>1</sup> Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. <sup>2</sup> Medical Sanitary Station of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation across the Tomsk Region. The Elizarovs Street 48/5, 634012, Tomsk, Russian Federation. The article describes the results of a study of 90 pregnant patients with neurotic anxiety disorders. The analysis of features of a cognitive appraisal of pregnancy and related circumstances has been carried out; the role of these features in the formation of anxiety disorders in this category of women has been established. **Keywords:** pregnancy, anxiety, anxiety disorders, irrational attitudes.

**Введение.** Психические нарушения встречаются в 10–80 % случаев от общего числа беременностей [Fishell A., 2010]. Частота пограничных нервно-психических расстройств в периоде беременности колеблется от 7 до 22 % [Ушкалова А. В., Ушкалова Е. А., 2013]. У 25,9 % беременных выявляются невротические нарушения в виде депрессий, деперсонализаций, фобий и навязчивых состояний. Популярным направлением для современных исследователей психоэмоциональных расстройств периода беременности является изучение факторов, оказывающих влияние на развитие ребенка, благополучие диады «мать – дитя» [Щукина Е. Г., 2008] и эмоциональное состояние беременных женщин [Колесников И. А., 2010].

Этот интерес обусловлен бытующим мнением, что психологические и социальные проблемы семьи, ожидающей ребенка, выступают в качестве факторов, способных провоцировать развитие невротических расстройств у женщин во время беременности [Лашманов Б. В., 2008] и вызывать патологическое течение беременности [Абдурахманов Ф. М., 2006]. Поэтому выявление факторов, способных стать пусковыми для тех или иных нарушений психической сферы у беременных, является необходимым для прогнозирования и профилактики осложнений течения беременности, родов, послеродового периода, а также повышения эффективности мероприятий, направленных на коррекцию данных расстройств.

Основой нашего исследования послужила концепция психического здоровья А. Эллиса (1955), основной идеей которой является положение о том, что в основе эмоциональных и поведенческих расстройств лежит «неправильное», иррациональное мышление, которое приводит в итоге к возникновению невротических и психосоматических расстройств. Именно с наличием определенных иррациональных установок (ИУ) у беременных женщин мы и связали возникновение тревожных расстройств у некоторых из них в период беременности.

**Материалы и методы.** Настоящее исследование проводилось на протяжении 2011–2012 гг. на базе женской консультации при городском родильном доме им. Н. А. Семашко. От всех пациенток было получено информированное согласие на проведение исследования. Из обследованной сплошным методом 1 тысячи женщин признаки тревожных расстройств были выявлены у 98 из них, из которых в основную группу нами были отобраны 90 человек.

Критериями включения пациенток в основную группу исследования являлись: 1) возраст пациенток от 17 до 45 лет; 2) срок беременности до 40 недель; 3) наличие психических, соматических или вегетативных симптомов тревоги длительностью 1 месяц и более, выявленных впервые в период данной беременности; 4) отсутствие психотических симптомов; 5) отсутствие тяжелых заболеваний – как соматических, так и со стороны генитальной сферы; 6) отсутствие органической патологии головного мозга; 7) получение согласия пациенток участвовать в данном исследовании.

Среди общего числа женщин основной группы с клинически развернутыми, четко оформленными симптомами тревоги выделены пациентки с субсиндромальными состояниями (n=42), в качестве которых нами рассматривались отдельные отклонения от нормы, невыраженные в данный момент и которые трудно было отнести к какой-либо определенной патологии вследствие их полиморфности, синдро-

\* Гычев Александр Витальевич, д.м.н., в.н.с. отделения аддиктивных состояний. Телефон: 8(905)9916864, e-mail: gichev64@mail.ru

Колесникова Анастасия Михайловна, врач-психиатр. Телефон: 8(923)4136859, e-mail: dikoless@mail.ru

мальной незавершенности, вариабельности. В этом случае отмечались отдельные эквиваленты тревоги, которые по степени выраженности не укладывались в клинически очерченные психопатологические синдромы, могли, отступая на второй план, не звучать в жалобах пациенток. Таким образом, при квалификации диагноза нами были выделены субклинические состояния, которые полностью не удовлетворяли критериям рубрик F40–41 Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и встречались у большинства (46,67 %) беременных женщин в нашем исследовании. Далее по распространенности среди беременных женщин оказались: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – у 20 % женщин, генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – у 17,78 %, специфические изолированные фобии (F40.2) – у 13,33 % женщин. Менее всего было зарегистрировано женщин с диагнозом панического расстройства (F41.0) – 2,22 %.

Контрольная группа формировалась для изучения вклада тех или иных факторов в развитие невротических тревожных расстройств и состояла из 50 беременных женщин без признаков психических расстройств. Обе группы были сопоставимы по возрасту и сроку беременности. В обеих группах преобладали замужние, работающие женщины в возрасте 24–29 лет, с незаконченным высшим и высшим образованием.

Для выявления наличия и определения степени выраженности иррациональных установок нами использовался опросник А. Эллиса, который состоит из 5 шкал: «катастрофизация», «долженствование в отношении себя», «долженствование в отношении других», «сниженная фрустрационная толерантность» и «оценочная установка». Первая из шкал отражает восприятие людьми различных неблагоприятных событий. Чем ниже балл по этой шкале, тем больше человеку свойственно оценивать каждое неблагоприятное событие как ужасное и невыносимое. Показатели шкал «долженствование в отношении себя» и «долженствование в отношении других» указывают на наличие либо отсутствие чрезмерно высоких требований к себе и другим. «Оценочная установка» показывает то, как человек оценивает себя и других. Шкала оценки «фрустрационной толерантности» личности отражает степень переносимости различных фрустраций (т. е. уровень стрессоустойчивости).

Обследуемому предъявляется 50 утверждений, с которыми он может согласиться либо не согласиться, также предлагаются промежуточные формы ответов. Отдельно, по каждой шкале подсчитывается сумма набранных баллов и проводится их интерпретация.

Менее 30 баллов свидетельствует о наличии выраженной иррациональной установки, от 30 до 45 баллов – о наличии иррациональной установки, количество баллов более 45 – об отсутствии иррациональной установки.

В качестве дополнительных методик использовались: тест цветовых отношений [Эткинд А. Е., 1985, 1987] и тест отношений беременной (ТОБ) [Добряков И. В., 2010].

Результаты исследования были подвергнуты статистико-математическому анализу с использованием стандартного пакета прикладных программ: Statistica 6.0 и Microsoft Office Excel 2010. Сравнение показателей средних и стандартного отклонения двух групп проводилось с использованием критерия t-Стьюдента. Взаимосвязь качественных признаков исследовалась с помощью критерия Хи-квадрат (с поправкой Йейтса на непрерывность), степень зависимости двух случайных величин изучалась с помощью коэффициента линейной корреляции Пирсона.

**Результаты и обсуждение.** С помощью опросника А. Эллиса нам удалось выявить наличие следующих иррациональных установок у женщин основной группы (табл. 1).

Таблица 1  
Сравнительная характеристика иррациональных установок у беременных женщин основной и контрольной групп по отношению к основным шкалам опросника А. Эллиса

Шкала	Основная группа		Контрольная группа		Стат. значимость
	абс.	%	абс.	%	
Катастрофизация	73	81	5	14	p≤0,05
Долженствование в отношении себя	58	64	3	10	p≤0,05
Долженствование в отношении других	46	51	1	2	p≤0,05
Сниженная фрустрационная толерантность	41	46	0	0	p≤0,05
Самооценка	28	31	6	12	p≤0,05

Из представленной таблицы 1 ясно, что у женщин, страдающих тревожными расстройствами, преобладали ИУ, относящиеся к шкале «катастрофизации» и реже всего встречались ИУ, относящиеся к шкале «самооценки». У беременных женщин контрольной группы ИУ были также обнаружены, но не у всех, а только у 30 % женщин (n=15), причем они не отличались преобладанием по какой-либо из шкал и по степени выраженности не достигали выраженных значений (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, отличия в распределении между обеими группами беременных женщин, согласно степени выраженности ИУ, были статистически значимы. При этом у большинства (70 %) здоровых женщин ИУ отсутствуют, тогда как женщины с тревожными расстройствами характеризовались либо умеренной, либо высокой степенью выраженности ИУ.

**Таблица 2**  
**Сравнительное распределение беременных женщин обеих групп в зависимости от степени выраженности иррациональных установок (ИУ)**

ИУ	Беременные женщины				Стат. значимость
	с тревожными расстройствами		здоровые		
	абс.	%	абс.	%	
Выраженные	44	49	0	0	p<0,05
Умеренно выраженные	45	50	15	30	p<0,05
Отсутствуют	1	1,1	35	70	p<0,05

Далее с помощью дополнительных методик (ЦТО и ТОБ) мы уточнили потенциальные содержательные наполнения для формирования иррациональных установок у беременных женщин (табл. 3).

**Таблица 3**  
**Сравнительная характеристика эмоционального отношения беременных женщин обеих групп к значимым для них лицам и ситуациям (по методике ЦТО)**

Эмоциональное отношение	Основная группа		Контрольная группа		Стат. значимость
	абс.	%	абс.	%	
Неприятие беременности	33	36,67	11	22	Незначимо
Неприятие отца ребенка	39	43,33	10	20	$p < 0,05$
Неприятие ребенка	14	15,56	5	10	Незначимо
Неприятие себя	11	12,22	3	6	Незначимо

В результате было определено статистически значимое преобладание ( $p < 0,05$ ) в основной группе женщин только по параметру «неприятие (явное или условное) отца будущего ребенка» – 43,33 % ( $n=39$ ). Для более полного изучения содержания данного понятия мы использовали ТОБ, где этому посвящен один из блоков вопросов. В содержательном плане ИУ соотносились со склонностью женщин к негативному восприятию отношений с супругом, вплоть до катастрофического, и с позициями долженствования по отношению к себе и супругу. Выражалось ИУ таким образом: «ужасно, если муж не проявляет заботу обо мне, значит, он меня не любит», «если муж не интересуется моим состоянием, то я ему безразлична», «супруг не понимает, что в период беременности я особенно уязвима и нуждаюсь в постоянной заботе», «муж должен выполнять все мои желания, ведь я беременна», «если отец моего ребенка отказывается присутствовать на родах, значит, я ему безразлична», «ужасно, если муж не проявляет заботу обо мне во время беременности, значит, он меня не любит», «я стала некрасивой, поэтому муж стал холоднее ко мне относиться», «партнер должен знать обо всех моих потребностях», «супруг должен быть верным», «со всеми проблемами я справлюсь сама, мне никто не нужен».

Все это в итоге приводило к формированию комплекса негативных переживаний женщины по отношению к отцу будущего ребенка и провоцировало конфликтные, напряженные внутрисемейные отношения.

Кроме того, с помощью опросника ТОБ установлено, что ИУ у женщин с субсиндромальным проявлением тревожных расстройств в содержательном плане соотносились со сниженной фрустрационной толерантностью и сниженной самооценкой и выражались, например, в различных фантазиях на тему: «что будет, если...», в идеях непривлекательности, боязни измен супруга, ощущении собственной ненужности; если течение предыдущей беременности чем-либо осложнялось, то женщина была склонна предвосхищать те же негативные события и в настоящей беременности: «я непривлекательна», «я беспомощна и поэтому нуждаюсь в помощи и поддержке», «я не смогу стать хорошей матерью», «я не смогу кормить ребенка грудью», «сомневаюсь, в том, что смогу справиться с обязанностями матери», «мне стыдно, когда окружающие замечают, что я в положении».

Таким образом, в результате исследования была установлена ведущая роль в развитии тревожных расстройств особенностей когнитивной оценки беременности и связанных с ней обстоятельств. Выявлено, что данные особенности затрагивают сферу межличностных отношений женщины с отцом ее будущего ребенка (по результатам оценки ЦТО) и выражаются в преобладании иррациональных установок умеренной или высокой степени выраженности. По своей фабуле эти иррациональные установки соотносились с негативным восприятием отношений с супругом, вплоть до катастрофического, и с позициями долженствования по отношению к себе и отцу будущего ребенка (по результатам анализа ТОБ).

#### Л и т е р а т у р а

1. Fishell A. Depression and Anxiety in Pregnancy // J. Popul. Ther. Clin. Pharmacol. – 2010. – V. 17, № 3. – P. 363–369.
2. Ушкалова Е. А., Ушкалова А. В., Шифман Е. М. Лечение психических заболеваний в период беременности и лактации : учеб. пособие. – М. : Инфра-М, 2013. – 284 с.
3. Шукина Е. Г., Макарова А. А., Чумакова Г. Н. Развитие диадных отношений в системе «мать – младенец» при тревожном переживании беременности // Мир психологии. – 2008. – № 1. – С. 77.
4. Колесников И. А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии) : автореф. дис. ... к.м.н. – СПб., 2010. – 27 с.
5. Лаишманов Б. В. Поведенческие эмоциональные отклонения у беременных женщин, ведущие к развитию послеродовых невротиических расстройств // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. 57, вып. 2. – С. 138–144.

6. Абдурахманов Ф. М. Влияние психоэмоционального стресса на течение и исходы беременности // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – № 3. – С. 38–41.
7. Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия // Психологический практикум. – Ростов н/Д : Феникс, 2008. – 160 с.
8. Эткин А. М. Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных неврозами // Социально-психологические исследования в психоневрологии. – Л., 1980. – С. 110–114.
9. Добряков И. В. Перинатальная психология. – СПб. : Питер, 2010. – 234 с.
4. Kolesnikov I.A. [Neurotic depressive disorders and family functioning in pregnant women (in connection with challenges of psychotherapy)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Saint-Petersburg, 2010. 27 p. (In Russ.).
5. Lashmanov B.V. [Emotional deviations in pregnant women leading to post-partum disorders]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei* [Journal of Obstetrics and Female Diseases]. 2008; 57, 2: 138–144. (In Russ.).
6. Abdurakhmanov F.M., Mukhamadiyev I.M., Rafieva Z.Kh, Nadyrova A. [Impact of psychoemotional stress on the course and outcomes of pregnancy]. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa* [Russian Bulletin of the Obstetrician-Gynecologist]. 2006; 3: 38–41. (In Russ.).
7. Ellis A., McLaren K. [Rational and emotional behavioural therapy: Psychological practical work]. RnD: Phoenix, 2008. 160 p. (In Russ.).
8. Etkind A.M. [Colour test of relations and its application in the investigation of of pateints with neuroses]. In: [Social-psychological investigations in psychoneurology]. L., 1980; 110–114. (In Russ.).
9. Dobryakov I.V. [Perinatal psychology]. St. Petersburg, 2010. 234 p. (In Russ.).

#### Транслитерация русских источников

2. Ushkalova E.A., Ushkalova A.V., Shiffman E.M. [Treatment of mental diseases during pregnancy and lactation: manual]. Moscow: Infra-M, 2013. 284 p. (In Russ.).
3. Shchukina E.G., Makarov A.A., Chumakov G.N. [Development of the dyadic relations in the "mother – baby" system at a disturbing experience of pregnancy]. *Mir psikhologii* [World of Psychology]. 2008; 1: 77-88. (In Russ.).

# ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89-008:616.895.4

ББК 56.145.6+53.435

## СООТНОШЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Счастный Е. Д.<sup>\*</sup>, Суровцева А. К.,  
Рудницкий В. А.

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

**Методы.** На основе биопсихосоциальной модели развития психической патологии представлены результаты исследования личностных особенностей и качества жизни у пациентов с аффективными расстройствами. Группа исследования – 44 женщины (61 %) и 28 мужчин (39 %), средний возраст 39±2 лет. В исследовании использованы психологические (СМИЛ и Леонгарда-Шмишека) и клинические (депрессии Бека и тревоги Шихана) шкалы. **Результаты.** Выявлены статистически достоверные связи между негативной субъективной оценкой качества жизни и социального функционирования депрессивных больных и личностными характеристиками: пессимизм/гипотимия, интроверсия, ригидность и тревожность. Положительная корреляция отмечена между хорошим качеством жизни и оптимизмом, активностью, гипертимностью. Получены данные о взаимосвязи аффективных расстройств с пессимистичностью, гипотимией, тревожностью, пассивностью, ригидностью, интроверсией. Аффективные расстройства значительно снижают уровень социального функционирования и качество жизни пациентов. **Выводы.** Анализ полученных данных соотношения уровней депрессии и тревоги, личностных характеристик, оцененных с помощью психологических и клинических шкал, с уровнем социального функционирования и удовлетворенности жизнью показал взаимосвязь депрессивных расстройств с личностными характеристиками (пессимистичность, гипотимия, тревожность, пассивность, ригидность, интроверсия). Депрессивные расстройства значительно снижают уровень социального функционирования и качество жизни пациентов, особенно сильно нарушается общение за пределами семьи. Страдает умение взаимодействовать со средой, «чувство контроля» своей жизни, умение организовывать свое окружение в соответствии со своими потребностями. Снижаются познавательная активность больных и интерес к новому. **Ключевые слова:** аффективное расстройство, личностные особенности, качество жизни.

<sup>\*</sup> Счастный Евгений Дмитриевич – профессор, д.м.н., зав. отд. аффективных состояний. Телефон: (3822)723446, e-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com

Суровцева Альфира Касимовна – к.м.н., психолог отд. аффективных состояний. Телефон: (3822)723446, e-mail: surov1964@sibmail.com

Рудницкий Владислав Александрович – д.м.н., в.н.с. отд. пограничных состояний. Телефон: (3822)738754, e-mail: rudnizki9@sibmail.com

**FEATURES OF SELF-REPORTED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS UNDER DIFFERENT RISK FOR SUICIDAL BEHAVIOR.** Schastnyy E. D., Surovtseva A. K., Rudnitsky V. A. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. **Methods.** Based on biopsychosocial model of development of mental pathology the results of study of personality traits and quality of life in patients with affective disorders are presented. Study group included 44 women (61 %) and 28 men (39 %), mean age 39±2 years. Psychological (MMPI and Leonhard-Schmieschek) and clinical (BDI and ShARS) scales were used in the study. **Results.** Statistically reliable relationships were revealed between negative subjective evaluation of quality of life and social functioning of depressive patients and personality traits: pessimism-hypothymia, introversion, rigidity and anxiousness. Positive correlation was found between good quality of life and optimism, activity, hyperthymia. We have findings about interrelationship of affective disorders with pessimism, hypothymia, anxiousness, passiveness, rigidity, introversion. Affective disorders lower significantly the level of social functioning and quality of life of patients. **Conclusions.** Analysis of findings of correlation of depression and anxiety levels, personality traits evaluated with use of psychological and clinical scales with level of social functioning and satisfaction with life has shown interrelationship of depressive disorders with personality traits "pessimism", "hypothymia", "anxiousness", "passiveness", "rigidity", "introversion". Depressive disorders lower significantly the level of social functioning and quality of life of patients, especially communication beyond family is affected. The skill to interact with the environment, feeling of "self-control", the skill to organize patient's environment according to his/her needs are affected. Cognitive activity of patients and interest in novelty are reduced. **Keywords:** affective disorder, personality traits, quality of life.

Исследование поддержано грантом РГНФ № 14-06-00113 «Влияние культуры на субъективное переживание депрессии и экспрессию ее признаков (на примере представителей народов Сибири)».

Study has been supported by RSHF grant no. 14-06-00113 "Influence of culture on subjective experience of depression and expression of its signs (by way of example of representatives of peoples of Siberia)".

Целостный подход в исследовании больного аффективной патологией предполагает изучение роли личности при возникновении текущего эпизода депрессии. Такой подход позволяет добиться большей эффективности как в изучении развития заболевания, так и в организации лечения и профилактики данного расстройства. Согласно биопсихосоциальной модели развития психической патологии, возникновение депрессии мультикаузально и в ее генезе может быть задействован широкий спектр биологических, социальных и психологических факторов. В основе биопсихосоциальной модели лежит гипотеза диатеза-стресса – гипотеза взаимодействия стрессовых средовых факторов и индивидуальных черт предрасположенности. Влияние диспозиционных личностных факторов может объясняться наличием индивидуальных подходов к истолкованию событий или способов преодоления трудностей [3, 6, 11, 12, 15].

Для оценки личностных особенностей использовались опросники СМИЛ [10] и Леонгарда-Шмишека (1995) с определением средних значений по данным опросникам. Были исследованы соотношения между выявленными лич-



ностными особенностями больных и их субъективной оценкой удовлетворенности отдельными областями своей жизнедеятельности, а также определены личностные особенности депрессивных больных с разной степенью нарушения качества жизни. Параметры качества жизни являются общепринятыми критериями субъективной оценки адаптации и применяются для психолого-социальной характеристики личности при различных заболеваниях [1, 5, 7—9]. Для выявления общих тенденций, характерных для депрессивных пациентов с разным уровнем нарушений социального функционирования и качества жизни, была рассчитана средняя арифметическая балльной оценки, полученной при заполнении ими опросника СМЛП. Средние оценки отражены в профиле СМЛП.

В результате расчетов получен усредненный профиль личности для выборки пациентов с различными депрессивными расстройствами в графической форме (рис.).

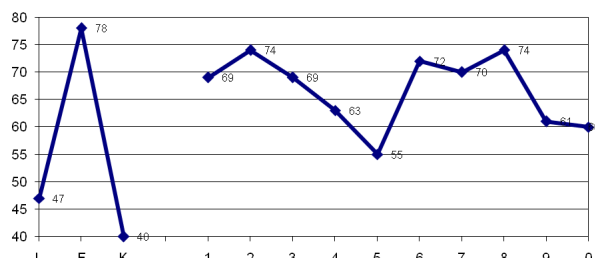


Рис. Усредненный профиль СМЛП для выборки пациентов с депрессивными расстройствами  
Примечание. Код профиля: F; 2; 8; 6.

Данный профиль характеризуется подъемом по следующим шкалам: пессимистичности/депрессии (2), эмоциональной напряженности/индивидуалистичности (8), ригидности/паранойи (6) и по оценочной шкале F. Это свидетельствует об усилении черт пессимистичности, гипотимии, подавленности, о снижении уровня активности и побуждений, пониженной мотивации к деятельности, пассивно-созерцательной личностной позиции, склонности к самообвинению и самоуничижению, сниженной самооценке, выраженной эмоциональной напряженности, неудовлетворенности собой и существующим положением дел, своеобразии восприятия и суждений, ригидных установках и стереотипах поведения, затрудненном вытеснении отрицательных эмоций, склонности к застреванию на негативных переживаниях, склонности к ограничению социальных контактов, замкнутости, что, в конечном счете, приводит к социальному дистанцированию.

Эти параметры положительно коррелировали с уровнями депрессии по шкале Бека и тревоги по шкале Шихана и отрицательно – с субъективной оценкой удовлетворенности своей жизнью.

С уровнем депрессии по шкале Бека положительно связаны результаты по шкалам невротической триады: сверхконтроля/ипохондри (шкала 1) ( $r=0,38$ ;  $p<0,05$ ), пессимистичности/депрессии (шкала 2) ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ), эмоциональной лабильности/истерии (шкала 3) ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ). Высокие результаты зарегистрированы по шкалам: ригидности (шкала 6) ( $r=0,36$ ;  $p<0,05$ ), интроверсии (шкала 0) ( $r=0,40$ ;  $p<0,05$ ), тревоги/психастении (шкала 7) ( $r=0,34$ ;  $p<0,05$ ). Отрицательная связь получена со шкалой гипертимности (шкала 9) ( $r=-0,31$ ;  $p<0,05$ ).

С уровнем тревоги по опроснику Шихана положительно коррелировали шкалы невротической триады: сверхконтроля/ипохондри (шкала 1) ( $r=0,33$ ), пессимистичности/депрессии (шкала 2) ( $r=0,40$ ), эмоциональной лабильности/истерии (шкала 3) ( $r=0,32$ ;  $p<0,05$ ). Отрицательная связь была получена со шкалой маскулинности/женственности (шкала 5) ( $r=-0,31$ ).

Корреляционный анализ личностных черт, полученных с помощью опросника СМЛП, и уровнем нарушений социального функционирования и качества жизни (опросник ШССА), выявил достоверную ( $p<0,05$ ) отрицательную корреляцию между ощущением удовлетворенности жизнью, социальным функционированием и уровнем депрессии/пессимистичности (шкала 2) ( $r=-0,47$ ), уровнем ригидности (шкала 6) ( $r=-0,33$ ), уровнем тревоги/психастении (шкала 7) ( $r=-0,34$ ), интроверсии (шкала 0) ( $r=-0,49$ ). Зарегистрирована положительная корреляция с гипертимностью (шкала 9) ( $r=0,30$ ).

Однофакторный дисперсионный анализ позволил выделить личностные характеристики, влияние которых на субъективную оценку качества жизни депрессивных больных было наиболее выраженным. Ощущение удовлетворенности жизнью зависело от уровней интроверсии (шкала 0) ( $F=7,85$ ,  $p=0,001$ ), пессимистичности/гипотимии (шкала 2) ( $F=6,08$ ,  $p=0,004$ ), ригидности (шкала 6) ( $F=5,33$ ,  $p=0,01$ ), тревоги (шкала 7) ( $F=3,08$ ,  $p<0,05$ ). Полученные данные отражены в таблице 1.

Таблица 1  
Личностные особенности депрессивных больных, влияющие на негативную оценку качества жизни

СМЛП	SS эф-фекта	MS	SS ошибок	MS	F	P
L	337,38	168,69	5996,96	105,21	1,60	0,21
F	865,04	432,52	10975,54	192,55	2,25	0,12
K	156,91	78,46	4086,49	71,69	1,09	0,34
1	564,75	282,37	14749,44	258,76	1,09	0,34
2	<b>1909,35</b>	<b>954,68</b>	<b>8948,98</b>	<b>157,00</b>	<b>6,08</b>	<b>0,004</b>
3	388,93	194,46	9471,01	166,16	1,17	0,32
4	517,94	258,97	11614,40	203,76	1,27	0,29
5	429,03	214,51	11534,97	202,37	1,06	0,35
6	<b>1926,25</b>	<b>963,12</b>	<b>10305,94</b>	<b>180,81</b>	<b>5,33</b>	<b>0,01</b>
7	<b>1257,55</b>	<b>628,78</b>	<b>11632,18</b>	<b>204,07</b>	<b>3,08</b>	<b>0,05</b>
8	870,76	435,38	13047,42	228,90	1,90	0,16
9	281,54	140,77	8040,11	141,05	1,00	0,37
0	<b>1856,68</b>	<b>928,34</b>	<b>6739,32</b>	<b>118,23</b>	<b>7,85</b>	<b>0,001</b>

Проанализировано соотношение личностных черт больных депрессивными расстройствами, оцененных при помощи опросника СМЛ, с данными, полученными по отдельным пунктам шкалы ШССА. Показано, что самой неудовлетворенной сферой жизни является сфера отношений за пределами семьи. Выявление проблем, связанных с внесемейным общением, включает в себя 5 вопросов, оценивающих не только количество, но качество общения, активность в общении, важность контактов для пациента.

Наиболее тесно степень неудовлетворенности в данной сфере была связана с такими характеристиками, как выраженный пессимизм, подавленность, угнетенность, низкая самооценка, социальная интроверсия, избыточный самоконтроль, аспонтанность в поведении, ипохондрия, склонность к волнениям, пассивность, повышенная тревога в межперсональных отношениях, ригидность, эмоциональная напряженность, замкнутость, неловкость в социальных контактах. Полученные соотношения указаны в таблице 2.

Т а б л и ц а 2  
Корреляционные индексы соотношения личностных черт больных депрессивными расстройствами (СМЛ) с субъективной оценкой удовлетворенности социальными отношениями вне семьи (ШССА)

1. Вне семьи Вы поддерживаете отношения... (ответ: с небольшим количеством людей)	Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,33$ Шкала 0 Интроверсии $r=-0,34$
2. Вы стараетесь завязать отношения с другими людьми... (ответ: плохо)	Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,30$ Шкала 0 Интроверсии $r=-0,37$
3. Как в целом Вы оцениваете свои отношения с другими людьми? (ответ: плохие)	Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,34$ Шкала 8 Напряжения $r=-0,27$ Шкала 0 Интроверсии $r=-0,35$
4. Насколько важны для Вас отношения с другими? (ответ: небольшое значение)	Шкала 1 Ипохондрии/самоконтроля $r=-0,26$ Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,38$ Шкала 7 Психастении/тревоги $r=-0,28$ Шкала 0 Интроверсии $r=-0,46$
5. Как часто люди Вашего социального окружения ищут общения с Вами? (ответ: редко)	Шкала 1 Ипохондрии/самоконтроля $r=-0,33$ Шкала 2 Депрессии/пессимизма $r=-0,39$ Шкала 7 Психастении/тревоги $r=-0,31$ Шкала 8 Напряжения $r=-0,28$

Примечание.  $p<0,05$ .

Основные выявленные проблемы – это пассивность в установлении контактов, отсутствие гибкости в контактах (ограниченный поведенческий репертуар), тревога и неловкость в межперсональных отношениях, снижение интереса к общению. Всё это отражает выраженные затруднения в построении социальных коммуникаций, которые приводят к социальной изоляции, усилению внутренней напряженности, уве-

личению дистанцированности и, в конечном счете, к социальному удалению [4]. Подобные проблемы в общении ведут к социальной изоляции. Авторы опросника ШССА считают, что личность с такими характеристиками имеет большой риск повторных депрессивных эпизодов.

Многими исследователями [13] качества жизни отмечается, что для субъективного ощущения благополучия необходимо уметь взаимодействовать со средой, иметь «чувство контроля» своей жизни (способность организовать свое окружение согласно своим желаниям и потребностям). М. Аргайл [2] указывает на то, что чувство неподконтрольности тех или иных ситуаций, неумение достичь желаемого результата приводит к депрессии, отмечая, однако, что справедлива и обратная зависимость: люди, находящиеся в депрессивном состоянии, склонны оценивать свои способности негативно. Согласно концепции «выученной беспомощности» М. Селигмана [14], повторяющиеся случаи недостаточного контроля важных событий могут перерасти в генерализованные ожидания неконтролируемости, которые в дальнейшем приводят к депрессивным реакциям и развитию депрессивных расстройств. В качестве фактора риска развития депрессии им рассматривалась также склонность объяснять внешние негативные события интернальными и глобальными причинами – «пессимистическим стилем интерпретации». Обучение депрессивных пациентов умению анализировать ситуации, реалистично оценивая их результаты, может быть эффективным с точки зрения преодоления депрессии.

Опросник СМЛ выявляет выраженную неудовлетворенность в этой сфере у депрессивных больных. Были получены отрицательные корреляции ( $p<0,05$ ), между этой способностью и ипохондрией/избыточным самоконтролем (шкала 1) ( $r=-0,29$ ), пессимизмом/депрессией (шкала 2) ( $r=-0,37$ ), тревожностью/психастенией (шкала 7) ( $r=-0,35$ ), интроверсией (шкала 0) ( $r=-0,31$ ).

Удовлетворенность досугом отрицательно связана с ипохондрией/избыточным самоконтролем (шкала 1) ( $r=-0,26$ ), пессимизмом/депрессией (шкала 2) ( $r=-0,26$ ), эмоциональной лабильностью/истерией ( $r=-0,30$ ). С ригидностью/паранойей (шкала 6) связаны негативная оценка отношений в семье ( $r=-0,27$ ), пренебрежение к общественным правилам, правилами вежливости, хорошими манерами ( $r=-0,26$ ), затруднения в распоряжении своими доходами и средствами ( $r=-0,29$ ). Снижение интереса к новой информации связано с депрессией/пессимизмом (шкала 2) ( $r=-0,30$ ).

Удовлетворенность работой отрицательно коррелирует с интроверсией (шкала 0) ( $r=-0,30$ ;  $p<0,05$ ) и тревожностью/психастенией (шкала 7) ( $r=-0,29$ ). Люди с высокой интроверсией отличаются затруднениями при осуществлении межличностных контактов, обуславливающими замкнутость, необщительность, стремление к деятельности, не связанной с общением, и реакциями тревоги в тех случаях, когда контакты осуществляются вне воли субъекта. Необходимость вступать в социальные контакты на работе может являться дополнительным источником стресса и напряжения, что снижает удовлетворенность от этой деятельности.

Таким образом, выявляются статистически достоверные связи между негативной субъективной оценкой качества жизни и социального функционирования депрессивных больных и такими личностными характеристиками, как пессимизм/гипотимия, интроверсия, ригидность, тревожность. Положительная корреляция отмечена между хорошим качеством жизни и оптимизмом, активностью, гипертимностью.

Для оценки веса, значимости выделенных факторов (личностных черт), влияющих на удовлетворенность жизнью, был проведен факторный анализ. Использован метод главных компонент с применением метода ортогонального вращения факторных нагрузок – варимакс нормализованный. Результаты факторного анализа приведены в факторной матрице (табл. 3).

Таблица 3

## Факторная матрица

Шкала СМЛП	Фактор 1	Фактор 2
Л Лжи	0,09	0,35
Ф Достоверности	,068	0,12
К Коррекции	-0,30	0,02
1 Сверхконтроля/ипохондри	0,65	0,48
2 Пессимизма/депрессии	0,40	<b>0,80</b>
3 Эмоциональной лабильности/истерии	0,62	0,29
4 Импульсивности/психопатии	0,63	-0,31
5 Маскулинности/феминизма	0,16	-0,21
6 Ригидности/паранойи	<b>0,76</b>	-0,04
7 Тревоги/психастении	<b>0,76</b>	0,38
8 Эмоц. напряженности/шизофрении	<b>0,81</b>	0,23
9 Оптимизма/гипомании	0,45	-0,68
0 Интроверсии/экстровеерсии	0,22	<b>0,70</b>

По первому фактору наибольший вес имеют показатели «эмоциональная напряженность/индивидуалистичность», «тревога» и «ригидность», которые можно обозначить как «фиксированная тревожность». По второму фактору наибольший вес отмечен у показателей «депрессия» и «интроверсия»; эти факторы можно обозначить как «депрессивная эгоцентричность». Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что данные личностные характеристики в сочетании с депрессивным расстройством обуславливают более выраженное снижение качества жизни.

Таким образом, субъективное ощущение не-удовлетворенности своей жизнью тесно связано с глубиной депрессии и с некоторыми личностными особенностями. Снижение качества жизни и социального функционирования депрессивных пациентов связано с такими характеристиками, как пессимизм, гипотимия, пассивность, напряженность, тревожность, ригидность, интроверсия. Субъективное ощущение удовлетворенности жизнью зависит от таких параметров, как гибкость и спонтанность в общении, оптимизм, активность в расширении круга контактов, интерес к новому, открытость, достаточная способность к вытеснению отрицательных эмоций.

Обобщая анализ полученных данных соотношения уровня депрессии, тревоги, личностных характеристик, оцененных по методике СМЛП, с уровнем социального функционирования и удовлетворенности жизнью, можно констатировать, что депрессивные расстройства взаимосвязаны с такими личностными характеристиками, как пессимистичность, гипотимия, тревожность, пассивность, ригидность, интроверсия. Депрессивные расстройства значительно снижают уровень социального функционирования и качество жизни пациентов, особенно нарушается общение за пределами семьи. Страдает умение взаимодействовать со средой организовывать свое окружение в соответствии со своими потребностями, чувство контроля своей жизни. Снижаются познавательная активность больных, интерес к новому.

## Литература

1. Азаркова Л. А., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н., Колосов Л. А., Дикке Г. Б., Семке В. А., Марков А. А., Несмелова В. А. Сравнительные исследования качества жизни у женщин с доброкачественными и злокачественными опухолями гинекологической сферы // Сибирский онкологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 18–20.
2. Аргайл М. Психология счастья. – М.: Прогресс, 1990. – 336 с.
3. Бауманн У., Перре М. Клиническая психология. – М., 1998. – 947 с.
4. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). – М.: Медицина, 1976. – 176 с.
5. Дубский С. В., Куприянова И. Е., Чойнзонов Е. Л., Балацкая Л. Н. Психологическая реабилитация и оценка качества жизни больных раком щитовидной железы // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 17–21.
6. Залевский Г. В. Теория субъекта и фиксированные формы поведения // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 3. – С. 32–36.
7. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни – ведущая парадигма современной психиатрии (по материалам XIII Всемирного конгресса психиатрии) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 76–78.
8. Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Алексеева Е. А. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6. – С. 63–65.

9. Ситди́ков З. А., Куприянова И. Е. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 15–17.
10. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛП (ММПИ). – СПб.: Речь, 2002. – 219 с.
11. Gilbert P. Depression. The evolution of powerlessness. – Hove : Lawrence Erlbaum, 1992.
12. Hautzinger, de Jong-Meyer. Depressionen / In H. Reinecker (Hrsg.) // Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen. – Göttingen : Hogrefe, 1994. – 2, überarb. U. erw. Aufl. – S. 177–218.
13. Ryff C. D., Keyes C. L. M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – V. 69, № 4. – P. 719–727.
14. Seligman M. E. P. Depression and learned helplessness / P. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.) // The psychology of depression: Contemporary theory and research. – New York : Wiley, 1974. – P. 83–125.
15. Whybrow P. C., Akiskal H. S., McKinney W. T. Mood disorders. Toward a new psychobiology. – New York : Plenum, 1984.

#### Транслитерация русских источников

1. Agarkova L.A., Kupriyanova I.E., Balatskaya L.N., Kolomiets L.A., Dikke G.B., Semke V.A., Markov A.A., Nesmelova V.A. [Comparative research of quality of life in women with gynecological benign and malignant tumors]. *Sibirskii onkologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Oncology]. 2004; 1: 18–20. (In Russ.).
2. Argail M. [Psychology of happiness]. Moscow: Progress, 1990. 336 p. (In Russ.).
3. Baumann U., Perre M. [Clinical psychology]. Moscow, 1998. 947 p. (In Russ.).
4. Berezin F.B., Miroshnikov M.P., Rozhanets P.B. [Technique of multilateral investigation of the personality (in clinical medicine and psychohygiene). Moscow: Meditsina, 1976. 176 p. (In Russ.).
5. Dubsky S.V., Kupriyanova I.E., Choinzonov E.L., Balatskaya L.N. [Psychological rehabilitation and life quality assessment for patients with thyroid cancer]. *Sibirskii onkologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Oncology]. 2008; 4: 17–21. (In Russ.).
6. Zalevsky G.V. [Theory of subject and fixed forms of behaviour]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2003; 24(3): 32–36. (In Russ.).
7. Kupriyanova I.E., Semke V.Ya. [Quality of life – a leading paradigm of the contemporary psychiatry (according to materials of the XIIIth World Congress of Psychiatry)]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 1: 76–78. (In Russ.).
8. Kupriyanova I.E., Chuikova K.I., Kovaleva T.A., Alekseeva E.A. [Mental health and quality of life in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 6: 63–65. (In Russ.).
9. Sitdikov Z.A., Kupriyanova I.E. [Theoretic-methodological aspects of study of quality of life and mental health in different social-professional groups of the population]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004; 2: 15–17. (In Russ.).
10. Sobchik L.N. [Multifactor method of personality investigation (ММПИ)]. Saint-Petersburg: Rech, 2002. 219 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008:615.851  
ББК 56.14-32+53.57

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИМПТОМА

Красильников Г. Т.<sup>\*1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Кубанский ГМУ Минздрава России  
350063, Краснодар, ул. Седина 4

<sup>2</sup> Краснодарское ВВАУЛ (ВИ) МО РФ  
350005, Краснодар, ул. Дзержинского, 135

Описываются два направления в отечественной психотерапии: клиническая и психологическая психотерапии, различающиеся по объекту (пациенты или клиенты) и по средствам. Отмечается, что в рамках психологической психотерапии, обычно проблемно ориентированной, диагностике уделяется второстепенное значение, а в клинической психотерапии, где проходят лечение лица с психическими расстройствами, симптомы и психиатрический диагноз имеют существенное значение. Проводится анализ клинического феномена и симптома в психотерапии, симптоматической психотерапии. **Ключевые слова:** клиническая психотерапия, психологическая психотерапия, симптом, феномен.

**PSYCHOTHERAPEUTIC MEANING OF A SYMPTOM.** Krasilnikov G. T. Kubansky State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Sedin Street 4, 350063, Krasnodar, Krasnodar Krai. Krasnodarsky Higher Military Aviation School. Dzerzhinsky Street., 135, 350005, Krasnodar, Krasnodar Krai. The article describes two branches of domestic psychotherapy: clinical and psychosocial psychotherapy, differing in their object (patients or clients) and means. It is noted that for psychological psychotherapy, usually problem-oriented, diagnostics is of secondary importance, and in clinical therapy, where the treatment of people with mental disorders occurs, symptoms and psychiatric diagnosis are essential. The analysis of a clinical phenomenon and a symptom in psychotherapy, symptomatic psychotherapy is carried out. **Keywords:** clinical psychotherapy, psychological psychotherapy, symptom, phenomenon.

Современная психотерапия определяется как самостоятельная научная дисциплина и ассоциированная с ней практика. Бурное ее развитие, разнообразие направлений, течений и школ, основанных на различных терапевтических подходах, приводит к тому, что в настоящее время не существует даже ее единого определения, а число методов превышает 500 (7, 12). В отечественной психотерапии можно выделить два различных направления: клиническая и психологическая психотерапия, различающиеся по объекту (пациенты или клиенты) и по средствам. При медицинском (клиническом) подходе к пониманию психотерапии, где акцент делается на объекте терапии, она определяется как система психического (психологического) воздействия на психику, а через нее и весь организм человека или группу с целью лечения или профилактики заболеваний, состояний дезадаптации, развития здоровья.

<sup>\*</sup> Красильников Геннадий Тимофеевич, д.м.н., проф., ассистент кафедры психиатрии ФПК и ППС. Электронный адрес: gennadykras@mail.ru

Если акцентируется психологический аспект, то обращается преимущественное внимание на средства – на лечение психологическими средствами воздействия [7]. Этим двум подходам соответствуют и два ведущие направления в отечественной психотерапии: клиническая и психологически ориентированная психотерапии, которые принципиально различаются по отношению к диагностике. При неразличении этих направлений появляется чрезмерная экспансия неклинической психологической психотерапии в клиническую область с отрицанием значимости диагноза для процесса терапии.

Высказываются мнения, что диагноз не полезен, снижает эффективность лечения, не учитывает сложность человека, увеличивает дистанцию между терапевтом и пациентом [12], что надо «смотреть за симптомом» и уметь видеть в нем символ психологических проблем [14]. Это положение можно расценивать как проявление нормоцентризма, когда мышление психотерапевта ориентировано на нормативность оценки даже патологических феноменов. При таком подходе даже самые отклоняющиеся формы поведения и симптомы психических расстройств подвергаются психологическому объяснению как следствие особенностей ситуации, сложившихся отношений, воспитания и т. п.

Для сохранения профессионального подхода психотерапевту важно осознавать границы «понимания» переживаний пациента, за которыми возможно лишь каузальное психопатологическое объяснение наблюдаемых феноменов и их взаимосвязей. А без этого возникает, по описанию В. Ю. Завьялова, парадокс психотерапии, когда идет «лечение без лечения больного без болезней» [6].

Но к психотерапевтам, как известно, обращаются как больные люди с психическими расстройствами, так и психически здоровые люди с различными психологическими проблемами: трудностями общения, неустойчивой самооценкой, внутренним конфликтом автономии и зависимости, трудностями выбора в определенной ситуации и др. И в соответствии с этим психотерапию принято подразделять на клиническую (терапию психически больных людей) и психологическую (психотерапию здоровых лиц), по М. Е. Бурно [2]. Поэтому, вполне естественно, что в неклинической (психологической) психотерапии симптом (как феномен, отражающий переживание проблемной ситуации) не имеет сам по себе существенного значения, ибо главное в том, что скрывается за ним. Но кто проводит эту дифференцировку для пациентов, чтобы определить, к какому психотерапевту обращаться?

В свое время З. Фрейд предлагал в целях отбора пациентов для психоанализа применять тест Роршаха, чтобы исключить случаи латентной шизофрении, при которых психоанализ, по его мнению, был неэффективен и даже мог вызывать обострение психоза [1]. Если подобная предварительная диагностика не проводится, то в психотерапевтической практике случается, что больной шизофренией с заявленной алкогольной проблемой проходит у игнорирующего диагностику психотерапевта «кодирование» или «б-шаговый рефреминг». В клинической психотерапии симптом заслуживает сам по себе всестороннего рассмотрения, ибо он и является обычно поводом для обращения пациента. Симптомы могут проявляться в физической, эмоциональной, когнитивной, поведенческой и перцептивной сферах жизнедеятельности человека.

Симптом психического нарушения не предстает в непосредственном восприятии психотерапевта в качестве выявленного у пациента феномена. Симптом как понятие образуется в результате логической обработки феномена, индуктивных умозаключений врача-специалиста. И в этом состоит основное отличие симптома, идентифицируемого врачом, от феномена-переживания пациента, что более подробно на примере психиатрической клиники обосновывается в другой работе [10].

В возникновении и поддержании симптома просматривается многофакторность в соответствии с современной медицинской парадигмой, рассматривающей биопсихосоциальное единство человека в норме и патологии. С этих позиций, не бывает психических расстройств без нарушений физиологических функций мозга. Даже при чисто психогенном возникновении симптома между ситуацией и симптомом возникает масса опосредований и дополнительных условий, усложняющих клиническую симптоматику и затрудняющих ее психологическое понимание. Поэтому в практике клинического психотерапевта нередки пациенты с двойным или даже тройным психиатрическим диагнозом: соматоформное расстройство + депрессивный эпизод или гэмблинг + личное расстройство + наркотизация и др. Кроме того, соотношение самого симптома, личностного реагирования на него пациента и социальной микросреды со временем изменяется, проделывая известную динамику: невротическая реакция → невротическое состояние → невротическое развитие [3]. На этапе невротического развития (что часто наступает через 5 лет после возникновения симптома) происходит адаптация личности к симптому, формируется вторичная и третичная личностная защита, симптом становится привычной формой реагирования, и это требует иного терапевтического подхода, чем на этапе невротической реакции.

Если психопатологический симптом аффективно насыщен, причиняет выраженное страдание и сосредотачивает на себе все внимание пациента, то это может существенно затруднить психотерапевтический контакт. Так, алгический компонент депрессии, который немецкий поэт Г. Гейне называл «зубная боль на сердце» (по самонаблюдению) или тревога с двигательной и когнитивной суетливостью делают пациента малодоступным для психологической коррекции. В таких случаях применение психофармакологических средств смягчает дезорганизующее влияние аффекта и создает условия для установления психотерапевтического контакта. Здесь уместно, в порядке аналогии, привести следующее сравнение: анестезия при хирургическом вмешательстве сама по себе не оказывает лечебного воздействия, но создает условия для хирургической коррекции, хотя в некоторых ситуациях может даже являться и существенным терапевтическим средством.

Поиски и находки психологического содержания симптома, осознание психотравмы и «высвобождение энергии» при инсайте далеко не всегда обуславливают в клинической психотерапии путь к эффективному лечению. Порою определяющим становится квалифицированная клиническая идентификация именно самого симптома. В общей медицине существует положение – кто хорошо диагностирует, тот хорошо и лечит. В клинической практике могут встречаться случаи, когда хирург безуспешно лечит пациента с аэрофагией, терапевт – с гипервентиляционным расстройством, а психотерапевт – с нераспознанным неврологическим заболеванием. У каждого клинического психотерапевта найдутся, наверное, примеры, когда при правильной квалификации симптома менялась терапевтическая программа, что способствовало быстрому наступлению улучшения в состоянии пациента.

Например, у 43-летнего родственника VIP-чиновника при консультации был установлен «синдром Жилья де ля Туретта», развившийся три года назад. Пациенту были предложены легкие дозы галоперидола, занятия саморегуляцией и рациональная психотерапия. Это вызвало недоумение в окружении пациента, так как он в течение ряда лет лечился у психотерапевтов с истерическими (конверсионными) расстройствами дыхания. Тики и вокализации, свойственные синдрому Туретта [15], сопровождались эмоциональным реагированием пациента, что давало основание лечившим его психотерапевтам для квалификации их как конверсионных и обусловленных сложной семейной ситуацией. Значительное улучшение через три недели после изменения лечения, пожалуй, подтверждало иную трактовку природы расстройства.

Хотя начало в данном случае было в 40-летнем возрасте пациента, что не характерно для данного заболевания (типично в детстве или у подростков), но в литературе удалось найти случай с подобным поздним дебютом.

Мак-Вильямс Нэнси в базовом руководстве по психоаналитической терапии так метафорически высказывается в пользу диагностики: «Любой человек, знакомый с компьютером, знает: если ерунда на входе, ерунда и на выходе». Она выделяет «пять взаимосвязанных достоинств диагностики» для психотерапии: использование диагноза для планирования лечения; заключенная в нем информация о прогнозе; защита интересов пациентов; то, что диагноз может помочь терапевту в эмпатии своему пациенту; диагноз может снизить вероятность того, что некоторые боязливые пациенты уклонятся от лечения [13].

Диагноз тогда становится необходимым элементом, когда диагностический и терапевтический процессы во все время психотерапевтической работы с пациентом идут параллельно и непрерывно, меняются только их акценты на разных этапах терапии. Симптом, как основа клинической диагностики, с одной стороны – абстракт, «ярлык», но с другой, он имеет индивидуальные, неповторимые черты, характерные только для данного пациента [5]. Совместные с пациентом поиски этих клинических характеристик в атмосфере коммуникативной паритетности можно проводить без врачебного патернализма и психологической отстраненности. Для более глубокого и полного понимания больного врачу следует искать в себе некоторый психологический резонанс переживаниям пациента, для чего опираться на «зачатки» невроза или даже психоза в своем внутреннем мире [8]. Но очевидность психологического понимания основывается на вчувствовании только в такое количество проявлений душевной жизни, насколько мы способны актуализировать у себя в виде возможного. В то же время для сохранения профессиональной позиции необходимо проводить феноменологическую рефлексия, сохранять долю незаинтересованной установки наблюдателя [8]. При этом терапевт обязан сохранять некоторую отстраненность как в отношении реакций пациента, так и собственных эмоциональных реакций, иначе утрачивается профессиональное отношение и сужаются терапевтические возможности. В психоанализе это определяется как эмоционально нейтральная позиция аналитика [11], а в нейролингвистическом программировании – как третья позиция восприятия [4]. Даже с больными шизофренией, при условии тщательно наработанного доверия, на определенном этапе терапии можно обсуждать их диагноз и симптомы, и необходимость такого лечения, которое

«большую шизофрению» превращает в «маленькую», а маленькую легче контролировать и которая меньше мешает в жизни.

В различных видах психотерапии так или иначе происходит отчуждение пациента от симптома, что Л. Р. Перес называет «разоблачением симптома» [18]. Это происходит, когда пациенту объясняют, что его симптом – это совсем не то, что ему кажется, а на самом деле – это проявление... И, в зависимости от теоретических установок психотерапевта, находится широкий диапазон предлагаемых пациенту/клиенту смыслов симптома: от Эдипова комплекса до ... мышечных зажимов. При этом пациенту предлагаются разные варианты расшифровки симптомов в зависимости от исходных теорий и установок самого психотерапевта.

Тем самым создаются условия для превращения симптома, и всего с ним ассоциированного в представлении пациента, в предмет анализа, проработки, переобучения, переформатирования и т. п. А эффективность терапии зависит от степени принятия клиентом предлагаемой психологической модели психотерапевта. Поэтому клиентам психоаналитиков обычно сняты так называемые психоаналитические сны, и все они, рано или поздно (в зависимости от того, сломлено ли «сопротивление»), признают в себе комплекс Эдипа или кастрации и асоциальные влечения. Юнгианские пациенты начинают грезить мандалами, архетипическими образами и готовы вместе с доктором стремиться к Самости. Пациенты, проходящие индивидуальную терапию по Адлеру, осознают в «себе чувство неполноценности и волю к власти... Из сказанного с очевидностью следует, что симптом превращается в стимул для проекционной работы психотерапевта, который через симптом проецирует на пациента свою теоретическую концепцию, которую можно определить, по мнению М. М. Огинской, как «психотерапевтический миф» [16].

В таком аспекте симптом правомерно сравнить со своеобразным пятном Роршаха, лишённым собственного содержания, но в котором каждый психотерапевт находит отражение концепции своей школы, как некую свою «психическую реальность» [9]. Однако пациенты часто обращаются к психотерапевтам с конкретным заказом на устранение симптомов, вызывающих ограничения в их жизни. Но они не знают, что в психотерапии принято считать симптоматическую психотерапию поверхностной, второсортной, и что поэтому психотерапевт, в соответствии со своим «психотерапевтическим мифом», предлагает длинную программу коррекции личностных проблем. Хотя общеизвестно, что М. Эриксон очень «бережно» относился к симптому, считал его проявлением сильных сторон личности и полагал, что

во многих случаях его устранение является достаточной для пациента целью терапии [20].

Как следует из предложенного выше текста, симптом, как и любое психическое явление, обладает сложными системными качествами, оказывается связанным с различными сторонами психики и телесности пациента. Поэтому симптоматическая психотерапия не является узко локальным «психохирургическим вмешательством», оставляющим некий «психический рубец», как потенциальный источник рецидива. Эта совместная с врачом творческая работа, центрированная на устранение симптома и ассоциированных с ним проблем, обогащает пациента новым опытом и способствует развитию его личности.

## Л и т е р а т у р а

1. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии (на основе метода Роршаха). – Киев : Вища школа. Головное изд-во, 1979. – 176 с.
2. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. – М.: Академический проект, 2000. – 719 с.
3. Гиндикин В. Я. Лексикон малой психиатрии. – М.: Крон-пресс, 1977. – 566 с.
4. Дилтс Р., Делозье Дж. НЛП-2: поколение Nex / пер. с англ. – СПб.: Питер, 2012. – 320 с.
5. Жмуров В. А. Большая энциклопедия по психиатрии. – 2-е изд. – М., 2012.
6. Завьялов В. Ю. Парадокс психотерапии: лечение без лечения больного без болезни. – 2013. – Электронный ресурс : [viewtopic.php?f=680&t=447](http://viewtopic.php?f=680&t=447).
7. Карвасарский Б. Д., Незнанов Н. Г. Психотерапия // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 828–863.
8. Кемпчински А. Психопатология неврозов / пер. с польского. – Варшава : Польское медицинское издание, 1975. – 359 с.
9. Красильников Г. Т. «Психическая реальность» в психотерапии // Психотерапия. – 2009. – № 2. – С. 21–26.
10. Красильников Г. Т. Значение понятия симптом в клинической психиатрии (Опыт профессиональной рефлексии) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2. – С. 14–19.
11. Лейбин В. Словарь-справочник по психоанализу. – М.: АСТ МОСКВА, 2010. – 956 с.
12. Макаров В. В. Психотерапия нового века. – М.: Академический Проект, 2001. – 496 с.
13. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 480 с.
14. Малейчук Г. И. Смотреть за симптомом. – 2013. – Электронный ресурс : [viewtopic.php?f=680&t=447](http://viewtopic.php?f=680&t=447)
15. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 304 с.
16. Огинская М. М., Розин М. В. Мифы психотерапии и их функции // Вопросы психологии. – 1991. – № 4. – С. 10–19.
17. Перре М. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
18. Перес Л. Р. Психотерапевтическое лечение фобических состояний и посттравматического стресса. – М.: Маренго-Принт, 2001. – 53 с.
19. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 1024 с.
20. Эриксон М., Хейли Д. Необыкновенная терапия Милтона Эриксона. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2012. – 367 с.



## Транслитерация русских источников

1. Burlachuk L.F. [Investigation of the personality in clinical psychology (based on Rorschach's method)]. Kiev: Vishcha shkola, 1979. 176 p. (In Russ.).
2. Burno M.E. [Clinical psychotherapy]. Moscow: Akademicheskii proekt, 2000. 719 p. (In Russ.).
3. Gindikin V.Ya. [Lexicon of minor psychiatry]. Moscow: Kron-press, 1997. 566 p. (In Russ.).
4. Dilts R., DeLozier J. [NLP-II: Generation Next]. Trans. from English. Saint-Petersburg: Piter, 2012. 320 p. (In Russ.).
5. Zhmurov V.A. [Big encyclopedia of psychiatry]. 2<sup>nd</sup> ed. Moscow, 2012. (In Russ.).
6. Zaviyalov V.Y. [The paradox of psychotherapy: treatment without treatment, of patient without illness]. 2013; viewtopic.php?f=680&t=447. (In Russ.).
7. Karvasarsky B.D., Neznanov N.G. [Psychotherapy]. In: [Psychiatry: National Handbook]. T.B. Dmitrieva, V.N. Krasnov, N.G. Neznanov, V.Ya. Semke, A.S. Tiganov, eds. Moscow: GEOTAR-Media, 2009; 828–863. (In Russ.).
8. Kempinski A. [Psychopathology of neuroses]. Trans. from Polish. Warsaw: Polish medical publication, 1975. 359 p. (In Russ.).
9. Krasilnikov G.T. ["Psychic reality" in psychotherapy]. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2009; 2: 21–26. (In Russ.).
10. Krasilnikov G.T. [Value of the concept symptom in clinical psychiatry (Professional reflection experience)]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2015; 2: 14–19. (In Russ.).
11. Leybin V. [Glossary of psychoanalysis]. Moscow: AST Moscow, 2010. 956 p. (In Russ.).
12. Makarov V.V. [Psychotherapy of the new century]. Moscow: Akademicheskii proekt, 2001. 496 p. (In Russ.).
13. McWilliams N. [Psychoanalytic diagnostics: Understanding the structure of the individual in the clinical process]. Moscow: The independent firm "Class", 1998. 480 p. (In Russ.).
14. Maleychuk G.I. [Watching symptom]. 2013. viewtopic.php?f=680&t=447 (In Russ.).
15. [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization]. Saint-Petersburg, 1994. 304 p. (In Russ.).
16. Oginskaya M.M., Rozin M.V. [Myths of psychotherapy and their functions]. *Voprosy psikhologii* [Issues of Psychology]. Moscow, 1991. 4: 10 – 19. (In Russ.).
17. Perre M. [Clinical psychology]. M. Perre, U. Baumann, eds. Saint-Petersburg: Piter, 2002. 1312 p. (In Russ.).
18. Perez L.R. [Psychotherapeutic treatment of phobic states and post-traumatic stress]. Moscow: Marengo-Print, 2001. 53 p. (In Russ.).
19. [Psychotherapeutic Encyclopaedia]. B.D. Karvasarsky, ed. Saint-Petersburg: Piter, 2002. 1024 p. (In Russ.).
20. Erickson M., Haley D. [Unusual therapy of Milton Erickson]. Moscow: Institute of General-Humanitarian Research, 2012. 367 p. (In Russ.).

УДК 615.851+615.825+616.8

ББК 53.57+57.336.14

## ПРОГРАММА ГЕЛОТОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Скутин А. В.\*

Уральский ГУ физической культуры

Челябинск, ул. Труда, 168, стр. 3

В статье отражены последние разработки автора в области детской гелототерапии. **Целью** исследования явилось создание программы гелототерапии в практике невротических расстройств у детей. **Задачи:** определение возрастных границ детской популяции, установление оптимального времени проведения гелототерапии, определение круга показаний и противопоказаний для проведения гелототерапии, разработка методики проведения гелототерапии. Во введении приводится обзор отечественной и зарубежной литературы, возрастные критерии и время проведения методики, приводятся основные отличительные признаки детского мышления от взрослого. В материалах и методах, результатах исследования приводится программа упражнений гелототерапии для детей включающая в себя четыре этапа: разнообразные дыхательные смехотехники, упражнения, направленные на развитие внимания и юмора, креативные и психодинамические смехоупражнения, мотивирование детей на рассказ смешных детских историй и анекдотов. Приведены примеры из лечебной практики гелототерапии у детей. **Ключевые слова:** детская гелототерапия, дыхательные и динамические смехотехники, креативные смехоупражнения, показания и противопоказания.

**PROGRAMME OF GELOTOTHERAPY USED IN PEDIATRIC POPULATION.** Skutin A. V. Ural State University of Physical Culture. Truda Street 168, Building 3, Chelyabinsk, Russian Federation. This article reflects the latest author's developments in the field of child gelototherapy. The aim of the study was to create a program of gelototherapy in practice of children neurotic disorders. The objectives of the study were to determine the age limits of pediatric population, to establish the optimal time for gelototherapy, to define the range of indications and contraindications of gelototherapy and, in fact, to develop the methodology for gelototherapy. The introduction provides an overview of domestic and foreign literature, age criteria, duration of the procedure, the main specific differences of child thinking vs. an adult one are introduced. The materials and methods, as well as the results of the research provide a programme of gelototherapy exercises for children, which includes four stages: a variety of respiratory laughter techniques, exercises aimed at the development of attention and humor, creative and psychodynamic laughter exercises, motivating children to telling funny children stories and anecdotes. Cases from medical practice of children gelototherapy are provided. **Key words:** children gelototherapy, respiratory and dynamic laughter techniques, creative laughter exercises, indications and contraindications.

**Цель исследования.** Целью исследования явилось создание программы гелототерапии для использования в практике невротических расстройств у детей.

\* Скутин Андрей Викторович, к.м.н., доцент каф. спортивной медицины и физической реабилитации ф-та оздоровительных технологий, врач психиатр-психотерапевт. Телефон: 89220167188.



**Задачи исследования:** 1) выявить возрастные границы детской популяции применения гелототерапии; 2) установить оптимальное время проведения гелототерапии в детской популяции; 3) определить круг показаний и противопоказаний для проведения гелототерапии в детской популяции; 4) разработать методику проведения гелототерапии в детской популяции.

**Введение.** Обзор зарубежной литературы о проведении гелототерапии в детской популяции в области невротических расстройств не дал должных результатов. Да, проводится лечебная клоунада в детской популяции, однако это иное, не классическое направление в гелототерапии.

Представленная методика гелототерапии с целью терапии невротических расстройств у детей приводится впервые в мире (согласно обзору зарубежной литературы), относится к одному из трех ведущих направлений гелототерапии, а именно классическому. Существует еще, помимо лечебной клоунады, третье направление гелототерапии – смехойога (или ха-асья-йога) бомбейского доктора Мадана Катая.

При сильном смехе люди часто чувствуют слабость в конечностях и иногда даже падают (этот феномен весьма част у маленьких детей). Ряд исследователей изучали влияние радости на рефлекс Гофмана, оцениваемое с помощью стимуляции нерва в ноге и использования электромиографии для измерения результирующей активизации смежных мышц. Сила этого рефлекса регулируется через нисходящие пути из головного мозга. Значительное сокращение амплитуды указывает на двигательное торможение или мышечную слабость, такую, которая отмечалась в случаях катаплексии, когда человек испытывает внезапный упадок сил из-за общей потери мышечного тонуса. В своем исследовании ученые обнаружили, что рефлекс Гофмана уменьшался почти на 90 %, когда люди смеялись. Последующее исследование показало, что этот эффект обусловлен эмоцией радости, лежащей в основе смеха, а не дыхательным или двигательным влиянием самого смеха.

Таким образом, есть доля истины в представлении о том, что смех вызывает мышечную слабость, хотя, очевидно, правильнее будет сказать, что общая слабость вызвана эмоцией радости, лежащей в основе смеха. На этом феномене основаны теории, постулирующие, что смех является «блокирующим механизмом», функция которого состоит в том, чтобы не позволить людям действовать контрпродуктивно, а также предположения о том, что юмор и смех можно использовать в психотерапии как технику релаксации [2].

Результаты исследований влияния смеха на психическое и физическое здоровье свидетельствуют о том, что улыбка и смех, даже без юмора, могут вызывать положительные чувства радости [10]. В лабораторных исследованиях также было выявлено существенное улучшение настроения у испытуемых после сессий принудительного не юмористического смеха [6]. Следовательно, улыбка и смех, даже вызванные искусственно, стимулируют чувства веселья и радости, по крайней мере, временно.

Наши собственные исследования последних лет в области гелототерапии не дают полного представления о проведении гелототерапии в детской популяции, и такой, например, этап как смехомедитация, используемый во взрослой популяции, малоприменим в среде у дошкольников.

Так, общеизвестно, что в детском и подростковом возрастах мышление и интеллект иные, нежели у взрослых. В частности лишь к 6—7 годам начинает формироваться абстрактное мышление, а интеллект, в силу отсутствия должного опыта и знаний, только начинает формироваться. В связи с этим, параллельно исследованиям у взрослых, активно проводились и проводятся подобные исследования у детей. Известно также, что именно в старших и подготовительных группах дошкольных учреждений и начальных классах школы игра является одним из основополагающих факторов, способствующих гармоничному развитию личности.

В настоящее время (11.01.2016) получено решение о выдаче патента по заявке на изобретение № 2014145667/14(073640) Способ гелототерапии невротических расстройств.

В ходе проведенных исследований при использовании гелототерапии установлены возрастные границы детской популяции, которые составили от 3 до 17 лет включительно.

Данными экспериментальных исследований в детской популяции установлено оптимальное время проведения гелототерапии. Весь курс рассчитан на 10 дней, время проведения одной сессии составляет приблизительно от 20 до 25 минут. Время проведения каждого этапа составляет 5—6 минут. Таким образом, гелототерапия у детей относится к краткосрочной психотерапии.

В процессе лонгитудинального исследования (2002—2015) установлены показания и противопоказания для данной методики. Гелототерапия показала свою эффективность при коррекции разнообразных пограничных (в том числе и невротических) непсихотических психических расстройств, а именно: различные расстройства адаптации (шифры F43.20—F43.23), в том числе в виде кратковременной (F43.20) и пролонгированной (F43.21) депрессивных ре-

акций, ипохондрический невроз (F45.2), конверсионное расстройство (F44.8, F44.9), невротическое состояние (F48.0), ипохондрическое и истероипохондрическое развитие личности (F60.8), соматоформные расстройства (F45.8), смешанные диссоциативные расстройства (F44.7), дистимия (F34.1), рекуррентное депрессивное расстройство в стадии ремиссии (F33.40) и пр. Отечественная методика гелотерапии с успехом используется в клинике психосоматических расстройств, таких как язвенная болезнь желудка, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма. Проводятся заслуживающие определенный научный интерес исследования в области онкологии.

Способ не имеет возрастных ограничений, может быть использован не только пациентами, страдающими пограничными (в том числе невротическими) расстройствами, для лечения, но и практически здоровыми людьми с целью профилактики возникновения разнообразных психических расстройств пограничного уровня.

Противопоказаниями для проведения методики являются: 1) психические расстройства в остром и подостром периодах (МДП, шизофрения, эпилептический психоз, органический психоз, интоксикационный психоз, соматогенный психоз, индуцированный психоз, инфекционный психоз, алкогольный делирий, суицидальное поведение и пр.); 2) острый и подострый периоды черепно-мозговой травмы; 3) эпилепсия, эпилептиформный синдром и различные судорожные состояния; 4) органическое поражение головного мозга с резким снижением интеллектуальных функций; 5) психосоматические расстройства в состоянии обострения или нестабильной компенсации (например, прогрессирующая стенокардия, инфаркт миокарда в острой и подострой стадиях, нейродермит в острой стадии, обострение язвенной болезни, псориаз в стадии обострения, гипертонический криз и пр.); 6) прием нейролептиков и антидепрессантов в высоких дозах; 7) неотложные состояния, требующие срочной хирургической и терапевтической интервенции (острый холецистит, острый панкреатит, острый аппендицит, перитонит, острый менингит и пр.); 8) низкая мотивация (или ее отсутствие) у самого пациента.

**Материалы и методы.** Исследования проведены в 2002—2015 гг. в школах и дошкольных учреждениях (школы № 123 и 154, МДОУ № 219, 462, 466 г. Челябинска). По результатам исследования создана иная, детская методика гелотерапии, отличная от взрослой.

Исследовательскую выборку составил контингент детей дошкольников, школьников младших, средних, старших классов. Всего данный метод был апробирован на 154 детях (61 дошкольнике и 73 школьниках), имеющих невротические расстройства.

Дети с невротическими расстройствами в сравнении со здоровыми сверстниками имели повышенный уровень ситуативной тревожности, а также повышенный уровень депрессивных расстройств. В ходе проведения гелотерапии данные расстройства постепенно нивелировались, как показывают дальнейшие наблюдения, психическое здоровье детей было в пределах нормы. В качестве поощрения за выполненные задания наиболее активные дети получали самодельные, вырезанные из картона медали с местами «юморист-1», «юморист-2», «юморист-3» и т. д., что также поддерживало должный игровой уровень проведения занятий, который проходил с задором и определенным уровнем азарта.

Детская программа гелотерапии включает в себя четыре этапа.

Первый этап – дыхательные смехотехники. В отличие от взрослых дыхательных смехотехник данные упражнения проводятся в игровой форме, ненавязчиво. Если же дети устают, то возможно переключение на другую дыхательную смехотехнику.

В качестве примера рассмотрим упражнение «Футбол». С разных концов стола разместить по две книги напротив двоих детей (это импровизированные штанги). Приобрести поролоновый маленький мяч в магазине для кошек либо слепить из ваты маленький мяч и предложить детям сыграть в «футбол» на счет. Дети дуют на мяч, стремясь попасть им в ворота противника. Упражнение проходит с азартом, динамично и весело. Практический опыт показывает, что обычно игра проводится до 3—5 мячей в ворота противника. Общий счет может составить 3:2 либо 5:4 для дошкольников, 9:8 и 13:12 для школьников. Фактическое увеличение «забитых мячей» в ворота соперника напрямую коррелирует с ростом адаптационных возможностей и более старшим возрастом, дети младшего возраста быстрее утомляются.

Из других дыхательных техник целесообразно рассмотреть следующие упражнения.

«Пушок». Привяжите за веревочку легкое перышко. Предложите детям дуть на него. Необходимо следить за тем, чтобы вдох делался только носом, а выдох – через сложенные трубочкой губы. Упражнение проходит азартно, спустя некоторое время у детей рождается спонтанный смех.

«Ветряная мельница». Ребенок дует на лопасти игрушки-вертушки или мельницы из песочного набора. Упражнение проходит с юмором, динамично.

«Снегопад». Сделать снежинки из бумаги или ваты (рыхлые комочки). Объяснить ребенку, что такое снегопад и предложить ребенку сдувать «снежинки» с ладоней. Упражнение проходит весело.

«Листопад». Вырезать из цветной бумаги различные осенние листья и объяснить ребенку, что такое листопад. Предложить ребенку подуть на листья, так, чтобы они полетели. Попутно рассказать, какие листочки с какого дерева упали. Упражнение проходит весело и азартно.

«Парящие бабочки». Вырезать из бумаги бабочек и подвесить их на нитках. Предложить детям подуть на бабочку так, чтобы она полетела, при этом следить, чтобы дети сделали длительный плавный выдох. Упражнение проходит в соревновательной обстановке, вызывает спонтанный смех.

«Бульканье». Ребенок сидит, перед ним стакан с водой, в котором соломинка для коктейля. Научите ребенка, как нужно дуть в стакан через соломинку, чтобы за один выдох получилось долгое бульканье (вдох – носом, выдох – в трубочку: «буль-буль-буль»). Нужно следить, чтобы щеки не надувались, а губы были неподвижными. Упражнение проходит динамично, радостно.

«Боевой клич индейцев». Предложите ребенку имитировать боевой клич индейцев: негромко кричать, быстро прикрывая и открывая рот ладошкой. Это занятный для детей элемент, который легко повторить. Инструктор может «руководить громкостью», показывая попеременно рукой «тише-громче».

«Мыльные пузыри». Забава известна всем. Научите малыша пускать мыльные пузыри: вдох – носом, а выдох через сложенные в трубочку губы, длинный и мягкий, тогда пузырь получится большой и красивый. В ходе упражнения у ребенка рождается спонтанный смех.

«Кто дальше загонит шарик». Сядьте с малышом за стол, положите перед собой два ватных шарика (разноцветные несложно найти в супермаркетах, а белые сделать самим из ваты). Дуйте на шарики, как можно сильнее, стараясь сдуть их со стола. Упражнение протекает динамично, весело.

Приветствуется игра на музыкальных инструментах. Маленькие дети с радостью играют на музыкальных инструментах – дудочках, губных гармошках и т. п. Необходимо предварительно убедиться, что ребенку по силам дуть в музыкальный инструмент. Большое напряжение в данном случае нежелательно. Инструменты, которые не могут быть продезинфицированы, следует регулярно менять.

Второй этап – упражнения, направленные на развитие внимательности и юмора. На этом этапе также важна игровая форма. Во взрослой смехотерапии данный этап заменен на смехомедитацию. Например, «Путаница». Тренер после каждой путаницы спрашивает детей: «правильно ли это?», «не напутано ли здесь?» и пр.

Например: «булка прыгала по веткам, белку съесть велели деткам», «врач вырывает дуб, лесник сажает зуб», «роет землю кот, ест сметану крот», «Луша ела ножкой, Леша топал ложкой», «кукарекает пастух, стадо сторожит петух», «выбрасываю бантик, завязываю фантик», «суп стал вкуснее от щепотки соли, хохочет громко от щепотки Оля».

На внимательность могут быть использованы следующие стихотворения: «мышь считает дырки в сыре, три плюс две, всего ... (пять)», «под деревом четыре льва, один ушел, осталось... (три)», «десяток ягодок в траве, я съел пяток, осталось ... (пять)». «В вазе было девять роз, папа шесть из них унес, сколько роз осталось, спросим! Отвечай! Скорее!... (три)». «Перегорели фонари, сначала шесть... А следом – три. И тут же наступила темь, так сколько фонарей? Их... (девять)». «Пять конфет по советам делили, не забыли Свету, дали Миле. И еще Антону, Боре, Ире... каждому досталось по... (одной)». Данные упражнения вызывают здоровый спонтанный детский смех, применимы они также и в работе со взрослыми.

Третий этап – динамические, креативные смехоупражнения. В детской гелототерапии игры рассчитаны на интеллект детей, умение ставить и решать определенные задачи.

Игра «Баши» (в европейской части России она известна под названием «салки»). Всем известная с детства игра. В помещении (а в теплое время года можно и на поляне) собирается группа из 10–12 детей. Один «галит», «галящий» бегают за другими и стараются достать их конечностью. При касании участника группы он кричит: «баш» и тот, кого коснулся «галящий», сам становится им; в идеале «галящим» становится каждый участник. Упражнение проходит весело, с задором.

Подвижные игры с предметами: мячом, скакалкой, гимнастической палкой, которые проходят весело и динамично.

Креативные упражнения, например надевание белья. Позитивный опыт одной матери: «Иногда мой трехлетний ребенок отказывается сам одеваться, так как хочет, чтобы я это делала за него. Когда у него такое настроение, я надеваю ему нижнее белье на голову, а носки на руки. Он, естественно, говорит мне, что я все делаю неправильно, и надевает белье на тело, а носки на ноги. Потом говорит мне: «Вот как надо». – Я делаю вид, что удивлена, и пытаюсь надеть штаны ему на руки, рубашку на ноги. Игра заканчивается смехом и объятиями».

Помощь по дому. Трудность поддержания порядка в любом доме с детьми любого возраста породила самые творческие решения. Вот что делали некоторые родители, чтобы побудить детей помогать по дому или убирать за собой.

«Мы попытались основать некоторые традиции, чтобы вдохновить нашу новую «смешанную» семью – у нее 3 детей (7, 9 и 11 лет) и у меня 2 (10 и 13 лет) – лучше ладить друг с другом. Споры о том, кто какую работу по дому делает, были нашим слабым местом. Теперь каждый раз в субботу утром мы пишем все, что надо сделать за день, на разных бумажках. Затем сворачиваем их, кладем каждую в свой цветной шарик, надуваем и бросаем шарики в воздух. Каждый ребенок хватается один шарик, лопает его, делает свою работу, возвращается и берет следующий. Так продолжается, пока вся работа не сделана, после чего мы весело поздравляем друг друга за слаженную работу команды!»

В качестве примера можно рассмотреть также историю одной из мам, которая озаглавила ее «Ничто не длится вечно». «Я хотела, чтобы мой сын убрал все поезда и рельсы в своей комнате, поэтому я вошла к нему и притворилась, что звоню ему по телефону. Дзинь. Дзинь. Он притворился, что берет трубку, и сказал: Алло. Я спросила: Это строительная компания Епифановых? – Да. – Мне нужно убрать в другое помещение тяжелые поезда и рельсы, а я слышала, что ваша компания – лучшая в этом деле. Он пошел и все убрал. Я пробовала это во второй раз, и снова сработало. Затем я как-то раз позвонила своему сыну: – Это строительная компания Епифановых? – Она обанкротилась, – ответил сын. После этих слов меня и сына захватил безудержный смех и мы долго не могли остановиться».

Четвертый этап – мотивирование детей на рассказ смешных детских историй и анекдотов. Этап включает инициативу ребенка, его ответственность за происходящее, а также активную детскую фантазию и творчество. Проходит спонтанно и радостно. Во взрослой гелототерапии это рассказ веселых шуток и историй, афоризмов, анекдотов и даже историй с черным юмором.

В качестве примера можно рекомендовать ребенку пересказать ранее услышанную любую смешную историю из любой повести или рассказа, т. е. воспользоваться своим интеллектом, например, отечественного детского автора Николая Николаевича Носова.

Рассказ называется «Фантазеры» [1].

Здесь можно пересказать занимательные, веселые эпизоды про Мишку, Стасика, Ирину.

Эпизод 1. Стасик Мишутке говорит: – А я раньше летать умел! – А ну, полети! – Сейчас не могу: разучился. – А я один раз купался в море, – говорит Мишутка, – и на меня напала акула. Я ее бац кулаком, а она меня цап за голову и откусила. – Врешь! – Нет, правда! – Почему же ты не умер? – А зачем мне умирать? Я выплыл на берег и пошел домой. – Без головы? – Конечно, без головы. Зачем мне голова? – Как же ты шел без головы? – Так и шел. Будто без головы ходить нельзя. – Почему же ты теперь с головой? – Другая выросла.

Эпизод 2. – Ну, это что! – сказал Стасик. – Вот я раз был в Африке, и меня там крокодил съел. – Вот так соврал! – рассмеялся Мишутка. – Вовсе нет. – Почему же ты теперь живой? – Так он же меня потом выплюнул.

Эпизод 3. Мишка думал, думал, наконец говорит: – Один раз я шел по улице. Кругом трамваи, автомобили, грузовики... – Знаю, знаю! – закричал Стасик. – Сейчас расскажешь, как тебя трамвай переехал. Ты уже врал про это. – Ничего подобного. Я не про это. – Ну ладно. Ври дальше. – Вот я иду, никого не трогаю. Вдруг навстречу автобус. Я его и не заметил, наступил ногой – рраз! – и раздавил в лепешку. – Ха-ха-ха! Вот это враки! – А вот и не враки! – Как же ты мог раздавить автобус? – Так он же совсем маленький был, игрушечный. Его мальчишка на веревочке тащил.

Эпизод 4. – Ну это не удивительно, – сказал Стасик. – А я раз на Луну летал. – Эва, куда махнул! – засмеялся Мишутка. – Не веришь? Честное слово! – На чем же ты летал? – На ракете. На чем же еще на Луну летают? Будто не знаешь сам! – Что же ты там на Луне видел? – Ну, что... замаялся Стасик. – Что я там видел? Ничего и не видел. – Ха-ха-ха! – рассмеялся Мишутка. – А говорит, на Луну летал! – Конечно, летал. – Почему же ничего не видел? – А темно было. Я ведь ночью летал. Во сне. Сел на ракету и как полечу в космическое пространство. У-у-у! А потом как полечу обратно... Летел, летел, а потом бряк о землю... ну и проснулся... – А-а, – протянул Мишутка. – Так бы сразу и говорил. Я ведь не знал, что ты во сне.

Эпизод 5. – Вкусная штука! – сказал Мишутка. – Я очень люблю мороженое. Один раз я съел целое ведро мороженого. – Ну, ты выдумываешь все! – засмеялась Ира. – Кто тебе поверит, что ты ведро мороженого съел! – Так оно ведь совсем маленькое было, ведрышко! Такое бумажное, не больше стакана...

В завершение нужно привести примеры из лечебной практики гелототерапии у детей.

Ваня В., 5 лет. Фобическое расстройство. После смерти любимой бабушки долго плакал, переживал. Практически сразу заговорил о страхе смерти. Переживания стойкие, однотипные. Медикаментозная терапия в полном объеме эффекта не дала. На 3-й день смехотерапии перестал упоминать о смерти, поднялось настроение. С 4-го сеанса стал улыбаться, активно включаться в действия группы, появился спонтанный смех. После 10 сеансов переживания дезактуализировались, выписался в ремиссии.

Галя Н., 8 лет. Компulsive расстройство. Девочка после психотравмы – отчим на ее глазах побил мать, появилось навязчивое мигание, слезливость, понизилось настроение, нарушился сон. В отделении, помимо корректирующей медикаментозной терапии, стала проводиться гелототерапия. С 1-го дня настроение существенно улучшилось, исчезла слезливость. К 5-му дню резко ослабло навязчивое мигание, стала чаще включаться в работу группы, восстановился сон. В беседе с психотерапевтом прозвучала мысль о том, что девочка уже «простила» отчима, переживания к 10-му дню полностью потеряли свою актуальность. Стала более активной, часто спонтанно улыбалась.

Ольга К., 11 лет. Смешанное диссоциативное расстройство. Со слов матери, с детства девочка избалована вниманием (один ребенок в семье) со стороны многочисленных родственников, родителей. Сформировался характер – стала капризной, изнеженной, требовательной, стала манипулировать ро-

дителями. При поступлении: демонстративная, яркая, требовательная, с переоценкой своих возможностей. На просьбу врача представиться – зафиксирована реакция отказа – стала слезливой, капризной, закричала, категорически не хотела ставить роспись. В ходе смехотерапии появилось желание быть «такой же, как все ребята», стала более синтонной, адекватной, спокойнее. Со слов пациентки, во время проведения сеансов «появилось состояние внутренней радости и спокойствия». В сочетании с медикаментозной терапией смехотерапия произвела стабилизирующий эффект, появилось «ощущение уверенности и стабильности», девочка стала адекватно улыбаться и радоваться происходящему вокруг с меньшей направленностью на свое «эго».

Снежана С., 14 лет. Неврастения. Со слов родителей, с раннего детства впечатлительная, легкоранимая, эмоциональная. При просмотре обыденного сериала стала слезливой, снизилось настроение, закрылась в ванной, долго не пускала родителей. С повышенными требованиями к себе, завышенной самооценкой. На каждую «плохую» оценку («удовлетворительно» и «хорошо») фиксируется рыдание, кусание ногтей, долго пониженное настроение. В эти дни нарушается сон, растет тревожность. Проконсультирована психотерапевтом, в ходе медикаментозного лечения некоторые симптомы нивелировались, стала упорядоченнее. На последующей консультации предложено лечение в детском отделении неврозов. С первых сеансов гелототерапии в сочетании с рациональной психотерапией и медикаментозной поддержкой появилось стабильно хорошее, радостное настроение, с 3-го сеанса тренинга нивелировалась тревожность, появился спонтанный смех. По собственному признанию девушки среди сверстников появились друзья. Объективно: исчезла слезливость, нормализовался сон, стала гораздо спокойнее, адекватно реагировала на шутки и задания, проводимые в смехотерапии. Стала спокойнее относиться к оценке знаний в школе.

Таким образом, опираясь на клинические результаты, можно констатировать тот факт, что данная психотехника вполне применима в среде детей и подростков, показывает достаточную эффективность, а примерный комплекс упражнений является лишь отправной точкой, возможно дальнейшее совершенствование данной методики.

## Литература

1. Носов Н. Н. Фантазеры: рассказы. – М.: Детская литература, 1978. – С. 153–158.
2. Род М. Психология юмора / пер. с англ. / под ред. Л. В. Куликова. – СПб.: Питер, 2009. – 480 с.
3. Скутин А. В. Экспериментальные исследования новой психотерапевтической методики – гелототерапии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 3. – С. 49–53.
4. Скутин А. В. Современные зарубежные исследования влияния юмора и смеха на здоровье человека // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 114–119.
5. Скутин А. В. Становление новой здоровьесберегающей технологии – гелототерапии в России // Вестник Черниговского национального педагогического университета. – 2013. – Т. 2, вып. 107. – С. 382–387.
6. Foley E., Matheis R., Schaefer C. Effect of forced laughter on mood // Psychological Reports. – 2001. – V. 90 (1). – P. 184.
7. Kruchenkova O. Laughter therapy is a serious therapeutic tool in medicine // The Minsk Times Thursday. – 2014. – Jul. 3.
8. Overeem S., Lammers G. J., Van Dijk J. G. Weak with laughter // Lancet. – 1999. – V. 838. – P. 354.
9. Overeem S., Taal W., Gezici E., Lammers G. J., Van Dijk J. G. Is motor inhibition during laughter due to emotional or respiratory influences? // Psychophysiology. – 2004. – V. 41 (2). – P. 254–258.
10. Strack E., Martin L. L., Stepper S. Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: A nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis // Journal of Personality and Social Psychology. – 1998. – V. 54 (5). – P. 768–777.

## Транслитерация русских источников

1. Nosov N.N. [Dreamers: Stories]. Moscow: Detskaya literatura, 1978; 153–158. (In Russ.).
2. Rod M. [Psychology of humor]. Trans. from English. L.V. Kulikova, ed. Saint-Petersburg: Piter, 2009. 480 p. (In Russ.).
3. Skutin A.V. [Experimental studies of the new psychotherapeutic technique – gelototherapy]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 3: 49–53. (In Russ.).
4. Skutin A.V. [Modern foreign studies of the effect of humor and laughter on health]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4: 114–119. (In Russ.).
5. Skutin A.V. [Formation of a new health saving technology – gelototherapy in Russia]. *Vestnik Chernigovskogo natsional'nogo pedagogicheskogo universiteta* [Chernigov National Pedagogical University Bulletin]. 2013; 2, 107: 382–387. (In Russ.).

# ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.895.4:325.1

ББК 56.145.6-1-3-4-52-57-8-9

## КРОССКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ (Литературный обзор)

Овчинников А. А.<sup>1</sup>, Султанова А. Н.<sup>1</sup>,  
Киселева Л. Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ Минздрава России  
630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

<sup>2</sup> ФГОУ ВПО Новосибирский ГПУ  
630126, Новосибирск, ул. Вилуйская, д. 28

Миграция населения в 21-м веке остается одной из самых спорных и устойчивых социальных и политических проблем во всем мире. Для отдельных мигрантов трудности, связанные с переворотом, потерей и урегулированием, вероятно, увеличат их восприимчивость к развитию психических проблем со здоровьем. В статье поднимаются актуальные вопросы этнопсихиатрии, связанные с факторами, способствующими росту депрессивной симптоматики у мигрантов. Особое внимание уделяется этническим и культуральным факторам, влияющим на особенности протекания депрессии у представителей этнических меньшинств. **Ключевые слова:** рабочие-мигранты, депрессия, дискриминация мигрантов, расстройства сна, мышечная боль, хроническое течение депрессии, психотерапия мигрантов.

**CROSS-CULTURAL ASPECTS OF DEPRESSIVE DISORDERS (literature review).** Ovchinnikov A. A., Sultanova A. N., Kiseleva L. T. <sup>1</sup> Novosibirsk State Medical University. Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation. <sup>2</sup> Novosibirsk State Pedagogical University. Vilyuyskaya Street 28, 630126, Novosibirsk, Russian Federation. Migration of the 21<sup>st</sup> century remains one of the most controversial and persistent social and political problems throughout the world. For individual migrants difficulties associated with revolution, loss and settlement will probably increase their vulnerability to getting mental health problems. The paper deals with problems of ethnopsychiatry associated with factors that contribute to increase in depressive symptoms among migrants. The article focuses on ethnic and cultural factors influencing the peculiar course of depression in ethnic minorities. **Keywords:** migrant workers, depression, discrimination against migrants, sleep disorders, myalgia, chronic depression, psychotherapy of migrants.

Термин «культура» впервые появился в английском словаре в 1920-х годах [24], однако в антропологической работе его впервые использовал Тайлор [40]. Он определял культуру как «все то сложное целое, которое включает

знания, верования, искусство, мораль, законы, обычаи и любые другие способности и привычки, которые приобретает человек как член общества». Культура представляет собой определенные, приобретаемые в процессе воспитания общие верования, ценности, отношения, а также поведенческие особенности сообщества или населения [9]. В настоящее время понятие «культура» включает в себя как оценочный компонент, так и регулятивный смысл. Однако какой точки зрения не придерживались бы ученые по поводу определения понятия «культура», все соглашались с тем положением, что культура – это динамическое понятие.

С позиции культурального подхода в психиатрии, культура оказывает влияние на следующие аспекты [23]: 1) этиологию, симптомы и манифестацию психического расстройства; 2) индивидуальные объясняющие модели, совладающие стратегии (копинг-механизмы) и поведение, направленное на получение помощи; 3) реакцию микро- и макросоциума на ситуацию психического заболевания и инвалидности.

Миграция рабочих – это все более распространенное явление во многих странах мира. Рабочие-мигранты способствуют экономическому росту стран высокого дохода, часто служа рабочей силой для опасных, грязных и ухудшающихся рабочих мест, которые местные рабочие отказываются выполнять [8]. Рабочие мигранты находятся в постоянном риске воздействия опасных профессиональных факторов, ран и смерти.

Миграция рассматривается как один из актуальных стрессогенных факторов современного мира. Миграция часто служит ключевым пусковым моментом в развитии стрессобусловленных реакций, таких как депрессивные, тревожные, аддитивные и психосоматические расстройства [20, 30, 39].

Уместно было бы здесь отметить такую особенность миграции, по поводу которой ведутся обширные научные полемики в мировом сообществе. Насилия и гражданские конфликты очень часто приводят к тому, что люди мигрируют в поисках убежища, в надежде уменьшить вероятность столкновения с бедствием. Одни ученые говорят, что эти надежды вполне понятны и оправданы, но есть и другие работы, которые предполагают, что развитие депрессивных и психосоматических расстройств – это результат воздействия травмы и бедствий среди беженцев в контексте переселения [21, 22]. По результатам, полученным Porter и Haslam, сделано предположение, что у беженцев, которые переселяются дальше от своей родины, выявляется меньше психопатологических симптомов относительно тех, кто переселяется ближе к своим домам [31].

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., проф., зав. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии. E-mail: anat1958@mail.ru

Султанова Аклита Накиповна, к.м.н., доцент каф. клинической психологии. Телефон: 89137735177, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

Киселева Лилия Тимофеевна, к.м.н., доцент, проф. каф. логопедии и детской речи. E-mail: sikoruk@mail.ru

Опосредованно об этом же говорят исследователи, утверждающие о более благоприятном течении постмиграционного периода у беженцев, по сравнению с высоким уровнем психиатрических и физических проблем, связанных с добровольной миграцией [7, 17]. При работе с мигрантами, переехавшими в США, были получены различия в премиграционной истории в группе беженцев и в группе добровольных мигрантов. Беженцы в анамнезе указывали на наличие травматического опыта войны, в отличие от добровольных мигрантов. Однако было обнаружено развитие как депрессивных симптомов, так и симптомов ПТСР (посттравматического стрессового расстройства) в обеих исследуемых группах. Эти же авторы обосновывают необходимость внедрения программы поддержки не только в группах беженцев, а, что более актуально в настоящее время, в группе добровольных мигрантов [32].

Одна пятая населения Казахстана – трудовые мигранты, работающие в плохих условиях с ограниченными законными правами, говорят исследования, проведенные в этой стране. В результате диагностирована клиническая депрессия у 6,2 % мигрантов; у 8,7 % – критерии, которые соответствуют алкоголизму. Внешние мигранты женского пола оказались в более высоком риске в отношении сохранения здоровья и недостаточного использования медицинского обслуживания. Это исследование демонстрирует насущную необходимость обратить внимание на мигрантов не только как на рабочую силу, но и как на людей с потребностями сохранения как физического, так и психического здоровья и улучшить доступ к здравоохранению среди трудовых мигрантов в Средней Азии, а также среди мигрантов других стран [19].

Большинство авторов отмечают, что в восточных культурах течение депрессии значительно чаще имеет соматизированный характер. В нашей стране к аналогичному убеждению пришли В. Б. Миневич [1] и П. И. Сидоров [2], установившие соответственно, что у бурят и малочисленных народов Севера России развиваются почти исключительно соматизированные депрессии, что значительно затрудняет их своевременное выявление и лечение. В. Б. Миневич объяснял данный феномен тем, что жалобы депрессивного спектра (подавленное настроение, угнетенность, тоска) абсолютно ненормативны в восточной культуре, к которой относится и бурятская. Исходя из этого, депрессии в восточных этносах изначально приобретают соматизированный характер.

Достаточно много исследователи говорят о проблеме социальной изоляции в развитых странах среди пожилых мигрантов из Японии, считая это основной психологической проблемой у этой категории лиц. Была разработана

программа, которая работала в течение 6 месяцев и была направлена на оказание социальной поддержки, повышение уровня субъективного благополучия, а также уменьшение симптомов депрессии. Повторное исследование показало, что по всем перечисленным параметрам, кроме депрессивной симптоматики, была получена положительная динамика. Ученые делают вывод, что программы, направленные на профилактику социальной изоляции, являются эффективными тогда, когда они используют существующие ресурсы общества и составлены на основе конкретных потребностей личности и целевой аудитории, которая может поделить подобным опытом [34].

Депрессивная симптоматика повышена среди вдов мигрантов, об этом говорят исследования, проведенные в Австралии. Были изучены уровень одиночества, самооценка здоровья и депрессивная симптоматика у вдов греческого происхождения и вдов британского происхождения. Вдовы греческого происхождения показали более высокие уровни тревожности и депрессии, чем британские вдовы. Исследователи делают вывод о том, что вдовство имеет более вредное воздействие на благосостояние для мигрантов, не говорящих на языке титульного этноса, сохранивших лингвистические, культуральные и религиозные традиции своего народа [29].

Беременность – период увеличенной уязвимости для женщин-мигрантов, что связано с более низким доступом к услугам здравоохранения, ненадлежащим качеством помощи, оказанной во время этого периода. Более низкий уровень акушерских вмешательств, высокой уровень мертворождения и ранней смерти новорожденных, повышенный риск смерти матери связаны с более высокой заболеваемостью послеродовой депрессией [3].

Уровнем депрессивной симптоматики среди рабочих-мигрантов заинтересовались исследователи из Кореи. Было обнаружено, что основными факторами, ведущими к развитию депрессивной симптоматики, являются факторы, связанные с работой, так называемые психосоциальные факторы. Проявился и гендерный аспект – женщины-мигранты достоверно чаще страдают от депрессивной симптоматики. Авторы говорят о необходимости комплексного привлечения профессиональных работников здравоохранения с целью профилактики и лечения депрессии среди этого контингента населения и акцентируют важность культурального контекста, как в развитии психологической патологии, так и в контексте уменьшения стресса, связанного с работой [25]. Исследования, проведенные в Европе, подтвердили высокую подверженность депрессивным расстройствам мигрантов женского пола [36].

Депрессия является одной из ведущих причин слабого здоровья и нетрудоспособности, утверждают последние работы ученых [26]. Поскольку мигранты – это одна из нарастающих в численном составе группа населения в Европе (приблизительно 8,7 % населения в 2010 г.), знание о связанных с мигрантами депрессивных нарушениях представляет главный интерес здравоохранения в этих странах. Исследователи в своей работе задались двумя основными вопросами. Первое, подвержены ли мигранты в Европе более высокому риску депрессивной симптоматики, по сравнению с родным населением. И второе, существует ли взаимосвязь между различными формами мигрирующей интеграции и риском депрессивной симптоматики. Интеграция мигрантов рассматривалась в группе мигрантов первого и второго поколений, а также рассматривался факт вхождения в страны Европейского Союза по происхождению мигранта. Во внимание ученые также брали наличие барьеров для интеграции, таких как низкий образовательный уровень, финансовые затруднения, связанные с рынком труда, статус этнического меньшинства, дискриминации. Одним из важных моментов здесь указывается национальная миграционная политика принимающей страны. Минимальный риск депрессивной симптоматики обнаружили как у коренных жителей принимающих стран, так и у мигрантов второго поколения. Мигранты первого поколения показали более высокий уровень депрессии, причем более высокие цифры были у тех мигрантов, которые прибыли из стран, не входящих в Европейский Союз. Ученые здесь рассуждают следующим образом: высокий риск возникновения депрессивной симптоматики главным образом связан с нарушением социально-экономической интеграции и процессом дискриминации.

Исследования, проведенные в Гонконге, подтверждают результаты, полученные в Европе. Обнаружена высокая корреляционная связь между дискриминацией мигрантов и высоким уровнем депрессивной симптоматики. Автор говорит о необходимости воспитания толерантного принимающего населения, что привело бы к снижению дискриминации мигрантов и усилению социальной поддержки, и, по его мнению, улучшило бы психическое здоровье вновь прибывших мигрантов [13].

У мигрантов-рабочих, у которых тяжелый физический труд, связанный с постоянными наклонами и подъемом тяжестей, а рабочий день может длиться и 12, и 15 часов, вышеуказанные признаки являются наиболее часто встречающимися. Нарушения сна обуславливают повышение сонливости в дневное время, что часто связано с депрессией [10–12, 28]. Нарушения сна являются центральным компо-

нентом депрессии, а также наличие нарушений сна ставит индивидуума в группу риска развития депрессии [27, 33].

Основным предикатом депрессивной симптоматики у филиппинских рабочих являются дискриминация и насилие на рабочем месте, говорят исследователи из Израиля. У этих же респондентов были выявлены высокие значения по шкале склонности к суициду [6].

Депрессивные признаки и сонливость были изучены среди латиноамериканских сельскохозяйственных рабочих в Северной Каролине. Депрессия и сонливость, говорят авторы, основные факторы риска несчастных случаев на производстве. По результатам исследования обнаружено, что 45 % сельскохозяйственных рабочих имеют высокие депрессивные признаки, тогда как 20 % – повышенную сонливость. Сонливость была более распространена среди женщин, чем мужчин. Не было никаких доказательств, что депрессивные признаки способствовали сонливости, или что сонливость способствовала депрессивным признакам. Результаты исследования показывают, что депрессия и сонливость имеют высокую частоту встречаемости у латиноамериканских сельскохозяйственных рабочих, что создает угрозу несчастного случая на производстве [18].

Интересно исследование распространенности депрессии и суицидального поведения среди рабочих-мигрантов мужского пола в Объединенных Арабских Эмиратах, поскольку рабочие-мигранты составляют 80 % населения Объединенных Арабских Эмиратов, но практически нет исследований в области их психического здоровья. Депрессия диагностирована у 25,1 % мигрантов. Депрессивная симптоматика была связана с физической болью, с низким уровнем заработка и рабочим днем более 8 часов. 6,3 % рабочих-мигрантов указывали на суицидальные мысли, а у 2,5 % – в анамнезе была попытка суицида. Авторы говорят о стратегической необходимости улучшения условий труда, а также о регулировании факторов оплаты труда и рабочего времени, что является устранением пускового механизма депрессивной симптоматики в этой стране [4].

Влияние этнических и культуральных факторов на особенности проявления депрессивной симптоматики выявлено в исследованиях, проведенных среди турецкого и австрийского населения. Было сформировано три группы респондентов: в группу 1 вошли австрийские пациенты, живущие в Австрии; группа 2 – турецкие пациенты, мигрировавшие в Австрию; группа 3 – турецкие пациенты, живущие в Турции. Обе турецкие группы пациентов показали значительно более высокие баллы по шкале Bradford Somatic Inventory (BSI) и большую тяжесть соматических симптомов.



Мигрировавшие турецкие пациенты имели значительно высокие баллы по жалобам на головную боль, боли в спине и сухость во рту, чем турецкие пациенты в Турции. Также были обнаружены достоверные различия между группами в проявлении нефизических симптомов. Ученые делают вывод, что депрессивная симптоматика варьирует между этническими группами. Эти различия происходят, главным образом, из-за этнической принадлежности как таковой, но миграция может играть дополнительную роль. Для врачей важно знать о нетипичных формах проявления депрессии в этнических меньшинствах [15].

Авторы считают, что хроническое течение депрессии, которое является наиболее встречающейся у мигрантов, указывает на сопротивление стандартному лечению в принимающем мигрантов обществе и требует необходимости разработки специальных стратегий лечения, адаптированных для специальных пациентов и в их конкретном контексте [35].

Еще одной проблемой терапии мигрантов является проблема незавершенного лечения. В Нидерландах были разработаны курсы по обучению терапевтов культурной компетенции в надежде, что пациенты-мигранты с депрессивными и тревожными расстройствами будут проходить полноценное лечение в клинике [44].

В то же время другие ученые из Нидерландов предлагают инновационный способ помощи мигрантам, страдающим депрессивной симптоматикой [41]. Треть турецкого населения, проживающего в Нидерландах, имеет психологические проблемы, такие как депрессия и тревога, в сравнении с общей популяцией [16]. В последнее время у турецких женщин резко увеличился риск развития депрессии по сравнению с голландскими женщинами-мигрантами, а также ученые утверждают о возрастающем риске суицидальных попыток среди молодых турецких женщин [42]. Инновационным способом, о котором говорилось выше, является интернет, который имеет низкий порог приемлемости, высокий уровень анонимности и достаточную гибкость во временном и территориальном аспектах. В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что вмешательства через интернет могут эффективно уменьшить симптомы депрессии, а также предотвратить депрессию [5, 14, 37, 38, 43, 45].

**Заключение.** Депрессия, сопровождающая процесс миграции, является основной проблемой психического здоровья рабочих-мигрантов. Это тот контингент пациентов, который обращается за помощью далеко не с первыми проявлениями той или иной патологии. Конечно, тут имеют значение не только этнокультуральные особенности. К сожалению, очень часто так получается, что принимающая страна видит

в этих людях только «грязную рабочую силу». Много в настоящее время политической полемики о том, что мигранты, приехав в Российскую Федерацию, обязаны знать язык принимающей страны, уклад, обычаи. А программа, которая могла бы гарантировать ту же психолого-психиатрическую помощь этим людям, которых с каждым годом становится в нашей стране все больше и больше, к сожалению, не разработана. Есть опыт некоторых стран по внедрению программ адаптации мигрантов в иную культурную среду, и тут в первую очередь говорят о снижении влияния стрессовых факторов на мигранта.

### Литература

1. *Миневич В. Б., Дымчиков А. А.* Болезни психики в контексте тибетской медицины. – Улан-Удэ; Томск, 1995.
2. *Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Новикова И. А.* Психосоматическая медицина: руководство для врачей / под ред. П. И. Сидорова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.
3. *Almeida L. M., Caldas J., Ayres-de-Campos D., Salcedo-Barrientos D., Dias S.* Maternal healthcare in migrants: a systematic review // *Matern. Child Health J.* – 2013. – Oct. – V. 17 (8). – P. 1346–1354.
4. *Al-Maskari F., Shah S. M., Al-Sharhan R., Al-Haj E., Al-Kaabi K., Khonji D., Schneider J. D., Nagelkerke N. J., Bernsen R. M.* Prevalence of depression and suicidal behaviors among male migrant workers in United Arab Emirates // *J. Immigr. Minor. Health.* – 2011. – Dec. – V. 13 (6). – P. 1027–1032.
5. *Andersson G., Cuijpers P., Carlbring P., Lindefors N.* Effects of Internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and mood disorders // *Psychiatry.* – 2007. – V. 2. – P. 9–14.
6. *Ayalon L.* Suicidal and depressive symptoms in Filipino home care workers in Israel // *J. Cross. Cult. Gerontol.* – 2012. – Mar. – V. 27 (1). – P. 51–63.
7. *Beiser M., Hou F., Hyman I., Toussaint M.* Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada // *American Journal of Public Health.* – 2002. – V. 92. – P. 220–227.
8. *Benach J., Muntaner C., Chung H., Benavides F. G.* Immigration, employment relations, and health: Developing a research agenda // *Am. J. Ind. Med.* – 2010. – V. 53. – P. 338–343.
9. *Bhugra D., Mastrogianni A.* Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression // *Br. J. Psychiatry.* – 2004. – V. 184. – P. 10–20.
10. *Bixler E. O., Vgontzas A. N., Lin H. M., Calhoun S. L., Vela-Bueno A. V., Kales A.* Excessive daytime sleepiness in a general population sample: the role of sleep apnea, age, obesity, diabetes, and depression // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2005. – V. 90 (8). – P. 4510–4515.
11. *Breslau N., Roth T., Rosenthal L., Andreski P.* Daytime sleepiness: An epidemiological study of young adults // *Am. J. Public. Health.* – 1997. – V. 87 (10). – P. 1649–1653.
12. *Castro M. C., Daltro C.* Sleep patterns and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic pain // *Arq. Neuropsiquiatr.* – 2009. – V. 67 (1). – P. 25–28.
13. *Chou K. L.* Perceived discrimination and depression among new migrants to Hong Kong: the moderating role of social support and neighborhood collective efficacy // *Affect. Disord.* – 2012. – Apr. – V. 138 (1–2). – P. 63–70.
14. *de Graaf L. E., Gerhards S., Evers S., Arntz A., Riper H., Severens J., Widdershoven G., Metsemakers J., Huibers M.* Clinical and cost-effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy for depression in primary care: Design of a randomized trial // *Bmc. Public. Health.* – 2008. – V. 8. – P. 224–230.

15. Deisenhammer E. A., Coban-Başaran M., Mantar A., Prunnelechner R., Kemmler G., Alkin T., Hinterhuber H. Ethnic and migrational impact on the clinical manifestation of depression // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2012. – Jul. – V. 47 (7). – P. 1121–1129.
16. Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., Kleinman A. *World Mental Health, problems and priorities in low-income countries.* – New York: Oxford University Press, 1995.
17. Farley T., Galves A., Dickinson L. M., Perez J. D. Stress, coping, and health: A comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and non-Hispanic Whites // *Journal of Immigrant Health.* – 2005. – V. 7. – P. 213–220.
18. Grzywacz J. G., Chatterjee A. B., Quandt S. A., Talton J. W., Chen H., Weir M., Arcury T. A. Depressive symptoms and sleepiness among Latino farmworkers in eastern North Carolina // *J. Agromedicine.* – 2011. – Oct. – V. 16 (4). – P. 251–260.
19. Ismayilova L., Lee H. N., Shaw S., El-Bassel N., Gilbert L., Terlikbayeva A., Rozental Y. Mental Health and Migration: Depression, Alcohol Abuse, and Access to Health Care Among Migrants in Central Asia // *Immigr. Minor. Health.* – 2013. – Nov. 2.
20. Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G. et al. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organisation ten countries study // *Psychol. Med. Monogr. Suppl.* – 1992. – V. 20. – P. 1–97.
21. Jaranson J. M., Butcher J., Halcon L., Johnson D. R., Robertson C., Savik K., Westermeyer J. Somali and Oromo refugees: Correlates of torture and trauma history // *American Journal of Public Health.* – 2004. – V. 94. – P. 591–598.
22. Keller A. S., Lhewa D., Rosenfeld B., Sachs E., Aladjem A., Cohen I., Porterfield K. Traumatic experiences and psychological distress in an urban refugee population seeking treatment services // *Journal of Nervous and Mental Disease.* – 2006. – V. 194. – P. 188–194.
23. Kirmayer L. J. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – V. 62. – P. 22–28.
24. Kroeber A. L. *The concept of culture in science.* – University of California Press, 19, 1949. – P. 163–213.
25. Lee H., Ahn H., Miller A., Park C. G., Kim S. J. Acculturative stress, work-related psychosocial factors and depression in Korean-Chinese migrant workers in Korea // *J. Occup. Health.* – 2012. – V. 54 (3). – P. 206–214.
26. Levecque K., Van Rossem R. Depression in Europe: does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries // *Ethn. Health.* – 2014. – Feb. 11.
27. Ohayon M. M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn // *Sleep Med Rev.* – 2002. – V. 6 (2). – P. 97–111.
28. Ohayon M. M., Schatzberg A. F. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – V. 60 (1). – P. 39–47.
29. Panagiotopoulos G., Walker R., Luszcz M. A comparison of widowhood and well-being among older Greek and British-Australian migrant women // *Aging Stud.* – 2013. – Dec. – V. 27 (4). – P. 519–528.
30. Pfeiffer W. *Transkulturelle Psychiatrie Ergebnisse und problem (Transcultural psychiatry – Results and problems).* – Stuttgart: Thieme, 1994.
31. Porter M., Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis // *JAMA.* – 2005. – V. 294. – P. 602–612.
32. 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 // *J. Trauma Stress.* – 2012. – Dec. – V. 25 (6). – P. 705–712.
33. Riemann D. Insomnia and comorbid psychiatric disorders // *Sleep Med.* – 2007. – V. 8 (Suppl. 4). – P. S15–S20.
34. Saito T., Kai I., Takizawa A. Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan // *Arch. Gerontol. Geriatr.* – 2012. – Nov. – Dec. – V. 55 (3). – P. 539–547.
35. Saraga M., Gholam-Rezaee M., Preisig M. Symptoms, comorbidity, and clinical course of depression in immigrants: Putting psychopathology in context // *J. Affect. Disord.* – 2013. – Nov. – V. 151 (2). – P. 795–799.
36. Sieberer M., Maksimovic S., Ersöz B., Machleidt W., Ziegenbein M., Callies I. T. Depressive symptoms in first- and second-generation migrants: a cross-sectional study of a multi-ethnic working population // *Int. J. Soc. Psychiatry.* – 2012. – Nov. – V. 58 (6). – P. 605–613.
37. Spek V., Cuijpers P., Nyklicek I., Riper H., Keyzer J., Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis // *Psychol. Med.* – 2007. – V. 37. – P. 319–328.
38. Spek V., Nyklicek I., Smits N., Cuijpers P., Riper H., Keyzer J., Pop V. J. Internet-based cognitive behavioural therapy for sub-threshold depression in people over 50 years old: A randomized controlled clinical trial // *Psychol. Med.* – 2007. – V. 37. – P. 1797–1806.
39. Tseng W. S. *Clinician's guide to cultural psychiatry.* – San Diego: Academic Press. – P. 2003.
40. Tylor E. B. *Primitive culture.* – London: Murray. Udy, S. H., 1971.
41. Unlü B., Riper H., van Straten A., Cuijpers P. Guided self-help on the Internet for Turkish migrants with depression: the design of a randomized controlled trial // *Trials.* – 2010. – Nov. 4. – V. 11. – P. 101.
42. van Bergen D., Smit J. H., van Balkom A. J., Saharso S. Suicidal behaviour of young immigrant women in the Netherlands. Can we use Durkheim's concept of 'fatalistic suicide' to explain their high incidence of attempted suicide? // *Ethnic and Racial Studies.* – 2009. – V. 32. – P. 302–322.
43. van't Hof E., Cuijpers P., Stein D. J. Self-Help and Internet-Guided Interventions in Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review of Meta-Analyses // *Cns Spectrums.* – 2009. – V. 14. – P. 34–40.
44. 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 // *BMC Psychiatry.* – 2011. – Jan. 19. – V. 11. – P. 13.
45. Warmerdam L., Van Straten A., Twisk J., Riper H., Cuijpers P. Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial // *J. Med. Internet. Res.* – 2008. – V. 10. – P. e44.

#### Транслитерация русских источников

1. Minevich V.B., Dymchikov A.A. [Illnesses of psychics within Tibetan medicine]. Ulan-Ude, Tomsk, 1995. (In Russ.).
2. Sidorov P.I., Solovyev A.G., Novikova I.A. [Psychosomatic medicine: handbook for doctors]. P.I. Sidorov, ed. Moscow: MEDpress-inform, 2006. 568 p. (In Russ.).

УДК 616.89:616.895.4:325.1  
ББК 56.145.6-1-3-4-52-57-8-9

## **ГЛОБАЛИЗАЦИЯ И КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ. Обзор материалов IV конгресса Всемирной Ассоциации Культуральной психиатрии (Пуэрто-Вальярта, Мексика, 29 октября – 2 ноября 2015 г.)**

**Куприянова И. Е.<sup>\*</sup>, Лебедева В. Ф.**

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

Всемирная Ассоциация культуральной психиатрии основана для содействия международному сотрудничеству, совместных исследований и паллиативной помощи во всем мире. Коллаборативные разработки, обмен технологиями, повышение безопасности и качества психиатрической помощи являются приоритетными направлениями Ассоциации. Соответственно была выбрана тема IV конгресса: «Глобальные проблемы и культуральная психиатрия: стихийные бедствия, конфликты, отсутствие безопасности, миграция и духовность». В работе Конгресса приняли участие ученые из различных стран мира, изучающие психическое здоровье, исследующие человеческие конфликты, травмы и их психологические последствия. Программа Конгресса включала в себя высококачественные пленарные лекции от международных экспертов, симпозиумы, объединяющие различные дисциплины, и научные разработки исследователей разных стран (Dinesh Bhugra, Kamaldeep Bhui, Micol Ascoli, Renato D. Alarcón, Roberto Lewis-Fernández, Hans Rohlf M. Fakher El-Islam Vittorio De Luca Vittorio Infante). Научная программа базировалась на принципах предыдущих научных форумов, проведенных в Пекине (КНР) в 2006 г., в Норчии (Италия) в 2009 г., в Лондоне (Великобритания) в 2012 г. **Ключевые слова:** культуральная психиатрия, миграция, социально-культурная среда, культуральное интервью, депрессия.

**Cultural Psychiatry (Puerto Vallarta, Mexico, 29 October – 2 November 2015). Kupriyanova I. E., Lebedeva V. F. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.** World Association of Cultural Psychiatry was founded to promote international cooperation, joint research and palliative care around the world. Collaborative development, technology exchange, improvement of safety and quality of mental health care is a priority for the Association. Accordingly, the theme of the IV<sup>th</sup> Congress was: "Global problems and cultural psychiatry: natural disasters, conflicts, insecurity, migration and spirituality". The Congress was attended by scientists who study mental health, explore human conflicts and injuries, and psychological consequences. The congress program included high-quality plenary lectures by international experts, symposia, bringing together different disciplines and scientific development of researchers from different countries (Dinesh Bhugra, Kamaldeep Bhui, Micol Ascoli, Renato D. Alarcón, Roberto Lewis-Fernández, Hans Rohlf, M. Fakhr El-Islam, Vittorio De Luca, Vittorio Infante). The scientific program based on the principles of the previous scientific forums held in Beijing (China), in 2006, in Norcia (Italy) in 2009, in London (UK) in 2012. **Keywords:** cultural psychiatry, migration, social and cultural environment, cultural interview, depression.

<sup>\*</sup> Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., проф., в.н.с. отд. пограничных состояний. Телефон: (83822)723209. E-mail: irinakupr@rambler.ru

Лебедева Валентина Федоровна, д.м.н., главный врач.

Проблемы психического здоровья распространены во всех странах. Психические расстройства в странах с низким и средним доходами населения схожи с психопатологическими проявлениями в странах с высоким уровнем доходов. В данный момент более чем у 1 из 10 человек есть проблемы с психическим здоровьем, почти 3/4 из них живут в странах с низким и средним уровнями доходов, что представляет собой значительное бремя болезни. Dinesh Bhugra (Великобритания, Президент ВПА) в своем сообщении показал, что данные заболевания препятствуют социально-экономическому развитию, функционированию сообщества и влияют на такие вопросы, как здоровье матери и ребенка, препятствуют развитию и образованию детей. Эти проблемы сейчас настолько значительны, что психическое здоровье является наиболее значимой глобальной устойчивой целью.

Проблемы психического здоровья составляют почти 13 % от мирового общего бремени заболеваний, поражающих до 10 % людей в течение всей жизни. По мнению Kamaldeep Bhui (Великобритания, Президент Всемирной Ассоциации культуральной психиатрии), люди с психопатологией составляют когорту населения, где выявляются самые худшие нарушения прав человека. Проблемы с психическим здоровьем стоят мировому сообществу около 2,5 триллионов долларов в год, при этом сумма инвестиций для лечения психических проблем со здоровьем едва достигает 2 % от общего объема расходов на здравоохранение в большинстве стран с низким и средним уровнями дохода. Необходимы экономические и культурные аргументы за социальную справедливость.

В современной медицинской, психиатрической сфере часто используется понятие Глобального психического здоровья (GMH). Это понятие, подразумевает, скорее набор идей, охватывающих разные области, чем унифицированные структурированные знания. В связи с явлениями глобализации данное направление становится предметом перспективных разработок и острых дискуссий. Renato D. Alarcón (США-Перу) подчеркнул, что следует установить взаимосвязи между GMH и культурной психиатрией, причем вновь заявить о своей цели, методологии и экспертизе, чтобы не стать инструментом в руках политиков или бюрократов.

Культуральные психиатры уже давно выступают за использование культурного оценок в рамках плановых обследований, оценок для уточнения симптомов заболевания, личностного осмысления, социального контекста болезни. Этот проект нашел признание среди психиатров общей практики с публикациями предварительных исследований в DSM-V.

Однако основная критика проекта заключается в отсутствии стандартного формата по осуществлению руководства, обучению и отсутствию пакета документов для продвижения широкого применения культурального интервью в общей практике. В ответ на это была создана научная подгруппа под руководством Roberto Lewis-Fernández (США), исследовавшая кросс-культуральные аспекты для DSM-5. Было разработано культурально сформулированное интервью the Cultural Formulation Interview (CFI) со стандартным форматом и общими руководящими принципами. Дополнительно был создан опросник для врачей на базе их коллективного клинического опыта и предпочтения после первого контакта с пациентом. Данное интервью было апробировано в США на 321 пациенте и 75 пациентах в 6 странах.

Hans Rihlof (Нидерланды) отметил, что в клинической практике с культурным разнообразием населения каждый психиатр должен быть культурально компетентен. В определении культуральной компетентности описаны такие категории как принятие различий, уважение, чуткое отношение к другим культурам и избегание стереотипов. Для того чтобы дать практический инструмент, было сформировано Культуральное интервью, которое используется около 15 лет и имеет разные формы и приложения.

В клинической практике иногда бывает трудно различить нормальное и патологическое выражение религиозных переживаний (Micoli Ascoli, Великобритания-Италия). Многие авторы ратуют за четкое разграничение между этими двумя позициями, но клинический опыт показывает проблемность данного положения. Современные культурные и социальные проявления религии (как пример – монотеистический воинствующий экстремизм, который находится на границе между нормой и патологией) влияют на огромное количество людей в западных странах. Некоторые из этих проявлений, такие как патологическая религиозность и культурные заблуждения, формируют новые патологические состояния. Автор приводит в качестве иллюстраций недавние события в Великобритании, где огромное число подростков и молодых людей направились в регион Ближнего Востока, чтобы присоединиться к исламским боевикам.

Vittorio De Luca (Италия) обобщил материалы по культуральной диагностике и практике психиатрической службы в сельских районах Италии. Автором показано, что в настоящее время существует еще значительная часть сельского населения, на которое оказывают сильное влияние религиозные целители и заклинатели. Клиническая картина психических расстройств воспринимается ими как религиозное наказание. Трудности для клиницистов составляют

тревожные расстройства различного уровня, знание же кросскультурных симптомов поможет разработке компетентных программ. Vittorio Infante (Италия) описал многочисленные религиозные обряды и традиции Италии. Несмотря на технический прогресс и глобализацию, возрастает число паломников, религиозных парадов, жестких церемоний (бичевание, самоповреждение). Сложность диагностики представляют люди с религиозным фанатизмом, который следует дифференцировать с психопатологическими проявлениями.

Культура оказывает влияние на патофизиологическую депрессивную симптоматику. M. Fakher El-Islam (Египет) констатировал, что проявления депрессивной триады Бека могут быть обнаружены у большинства пациентов с большой депрессией. Чувство вины и стыда представляют собой в некотором роде религиозные материи. Депрессивные суицидальные проявления часто исходят из болезненного осмысления никчемности собственной жизни. Почитание родителей в ряде культур занимает основное место в системе поклонений – это религиозный долг. Семья принимает решение о соответствующей болезни модели поведения, выбирая традиционную и/или профессиональную помощь для лечения депрессии у члена семьи. Саморегулирование в системе религиозных верований способствует облегчению депрессивного страдания. Семьям пациентов рекомендуют участвовать в образовательных программах под руководством психиатров в триадной системе «семья-пациент-доктор». Депрессивным пациентам и членам их семей не возбраняется обращаться за традиционным исцелением верой, но оно должно проводиться одновременно с биомедицинским лечением. Большинство психиатров не возражают против этого, но только при условии, если религиозное воздействие не наносит физического вреда пациентам путем нанесения побоев или токсичных трав.

Simon Dein (Великобритания) высказывает, что для мусульман ислам есть нечто большее, чем образ жизни. Это всеобъемлющая философия видения мира, которая непосредственно влияет на характер страдания и восприятие невзгод. На основе этнографических полевых исследований, проведенных автором в Тауэр-Хэмлетс с 2005 по 2010 г., выявлены религиозные защитные копинги среди бангладешских мусульман. Khaldoon Ahmed (Бангладеш-Великобритания) представил данные о том, как психозы переживаются бангладешцами, проживающими в Лондоне. Многочисленные исследования подтвердили столь распространенную точку зрения, что лица с психозами представляют собой явление социального стресса.

Тем не менее в Великобритании всё ещё велико влияние биомедицинской и традиционной западной психиатрической процедуры диагностики психических заболеваний и отвергаются традиционные бенгальские и исламские идеи выяснения причин заболевания и лечения. Ayesha Ahmad (Бангладеш, Великобритания) в докладе «Мусульманский дух, душа и страдания» описывает концептуальные основы этнографического исследования. Показано, что страдания имеют различные смыслы и идиомы, которые отражены в культурных повествованиях и религиозных дискурсах. Понимание страданий мусульманина может иногда входить в противоречие с традиционными представлениями западной психиатрии. Расстройства психики, по исламским понятиям, это проявления измененной духовности и души. Необходим акцент на этических позициях транскультурной психиатрии, в особом влиянии на индивида реляции бытия и вытекающих отсюда воздействий на семью и сообщества. Эмпатия видится как основное направление в решении этнокультуральных вопросов.

Китай уже изменился настолько, что все люди должны перестроить свои поведенческие паттерны и психологический статус. Социально-культурные изменения неизбежно индуцируют радикальные изменения в психической жизни (Xudong Zhao, Китай). Общество платит слишком высокую цену за «большой скачок» в экономической сфере. Возрастают требования к службам охраны психического здоровья. Доминирующей биологической психиатрии теперь недостаточно, требуются новая система психиатрической службы с более гуманной парадигмой и методами. Китай в течение 30 лет предпринимает меры, чтобы развивать психологические службы в китайском обществе. Ещё недавно психология была объявлена здесь псевдонаукой (с 1950 по 1978 г.). Но в настоящее время адаптивная психотерапия разрабатывает столь актуальные вопросы: универсальность – уникальность, коллективизм – индивидуализм, интернизация – глобализация.

Особый интерес аудитории вызвал доклад Sergio J. Villaseñor-Bayardo (Мексика) «Терроризм: исторический и психопатологические аспекты». Автором было проанализировано влияние на развитие психопатологической симптоматики детских комплексов, системы религиозных взглядов и воспитания, социальных условий окружения, толерантность общества на примерах мировых тиранов и террористов. В исследовании проведен глубокий исторический экскурс, показана значимость подобного рода исследований для дальнейшего благоприятного развития всего мирового сообщества.

НИИ психического здоровья была поручена почетная миссия завершения Конгресса финальной сессией под названием «Кризисные ситуации и проблемы психического здоровья населения России и восточных приграничных территорий».

Было представлено 4 доклада: 1) Н. Бохан (Россия) «Миграция и психическое здоровье аборигенов Сибири: грани соприкосновения проблем»; 2) И. Куприянова (Россия), Zhang Congrei (Китай) «Этнокультуральные особенности депрессии: сравнительные клинические исследования в России и Китае»; 3) В. Меркер (Германия), Т. Бохан (Россия), Э. Галажинский (Россия) «Этнопсихологические факторы риска нарушений психического здоровья у подростков»; 4) С. Алтынбеков (Казахстан), В. Лебедева (Россия) «Клинические и социально-психологические аспекты психосоматических расстройств в России и Казахстане».

В материалах симпозиума освещены интернациональные исследования, направленные на поиск стратегий, оптимизирующих психическое здоровье [1, 2]. Значительное внимание уделено этносам, возрождению их родных интересов, традиций, обычаев [3].

Участие в конгрессе российской делегации – это подведение итогов деятельности Международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов (штаб-квартира – НИИ психического здоровья, Томск, Россия) в области этнопсихиатрии и этнонаркологии. МАЭЭ расширяет рамки сотрудничества с учеными, занимающимися культуральными исследованиями в Европе, Южной Америке и Китае.

Президент Всемирной ассоциации культуральной психиатрии Дипкамаль Буи высоко оценил работу сибиряков и их вклад в развитие научных исследований в мировом научном пространстве. За плодотворную совместную научную деятельность председателю организационного комитета конгресса профессору Серхио Велласенуру Баярдо присвоено почетное звание «Почетный профессор НИИ психического здоровья».

Основным результатом конгресса явилось установление новой парадигмы психиатрического диагноза – культурального интервью, создание новых интернациональных коллективов, исследовательский интерес которых направлен на изучение кросскультуральных аспектов психического здоровья населения разных стран мира, поиск новых стратегий адаптивности, улучшение глобального психического здоровья с учетом этнических особенностей, сближение в общем понимании психопатологических проявлений между психиатрами различных стран и национальностей, развитие компетентной психиатрической помощи.

### Л и т е р а т у р а

1. Семке В. Я., Куприянова И. Е. Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции. Сообщение 1 (обзор материалов X конгресса Всемирной ассоциации психиатров) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1998. – № 1—2. – С. 118—123.
2. Ситдилов З. А., Куприянова И. Е. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 15—17.
3. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Дашиева Б. А. Психическое здоровье школьников: транскультуральный аспект. – Томск, 2006.

### Транслитерация русских источников

1. Semke V.Ya., Kupriyanova I.E. [Psychotherapy: present and future. Trend to integration. Report 1 (review of materials of The X<sup>th</sup> Congress of the World Psychiatric Association)]. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 1998; 1—2: 118—123. (In Russ.).
2. Sitdikov Z.A., Kupriyanova I.E. [Theoretic-methodological aspects of study of quality of life and mental health in different social-professional groups of the population]. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004; 2: 15—17. (In Russ.).
3. Semke V.Ya., Kupriyanova I.E., Dashieva B.A. [Mental health of schoolchildren: transcultural aspect]. Tomsk, 2006. (in Russ.).

# ЭТНОПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.4(571.1/5)

ББК 56.145.6-1-3

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИИ У ПРЕДСТАВИТЕ- ЛЕЙ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП СИБИРИ

Бохан Т. Г.<sup>\*1</sup>, Галажинская О. Н.<sup>1</sup>,  
Терехина О. В.<sup>1</sup>, Аксенов М. М.<sup>2</sup>,  
Мандель А. И.<sup>2</sup>, Семке А. В.<sup>2</sup>,  
Счастный Е. Д.<sup>2</sup>, Кургак Д. И.<sup>3</sup>,  
Матвеева Н. П.<sup>4</sup>, Бадыргы И. О.<sup>5</sup>,  
Санашева И. Д.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Национальный исследовательский  
«Томский государственный университет»  
634050, Томск, пр. Ленина, 36

<sup>2</sup> НИИ психического здоровья  
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

<sup>3</sup> ГБУЗ Камчатский КНД  
683024, Петропавловск-Камчатский, пр. 50 лет Октября, 2

<sup>4</sup> ФГБНУ Якутский научный центр  
комплексных медицинских проблем  
677010, Якутск, Сергеляхское шоссе, 4

<sup>5</sup> РГУЗ Республиканский НД  
667003, Тыва, Кызыл, ул. Оюна Курседи, д. 157 А

<sup>6</sup> БУЗ РА Психиатрическая больница  
649002, Республика Алтай, Горно-Алтайск, ул. Шоссейная, 25

В статье поднимается проблема культурной валидации симптомов депрессии. Представлены новые методические возможности междисциплинарного изучения проблемы депрессии в ракурсе кросскультурных исследований. Показаны общие тенденции и различия в ранних симптомах депрессивных состояний, сопутствующих им проявлениях состояния здоровья на соматическом, психологическом и экзистенциальном уровнях организации человека в этнических группах народов Сибири. Выявлены латентные психические и соматические показатели, которые можно рассматривать в качестве ресурсного потенциала в профилактике и терапии депрессий в этнических группах. **Ключевые слова:** культура, депрессия, валидизация, симптомы, состояние здоровья, уровни психической организации человека, различия, ресурсный потенциал.

**FEATURES OF MANIFESTATION OF DEPRESSION IN REPRESENTATIVES OF ETHNIC GROUPS OF SIBERIA.** Bokhan T. G.<sup>1</sup>, Galazhinskaya O. N.<sup>1</sup>, Terekhina O. V.<sup>1</sup>, Aksenov M. M.<sup>2</sup>, Mandel A. I.<sup>2</sup>, Semke A. V.<sup>2</sup>, Schastnyy E. D.<sup>2</sup>, Kurgak D. I.<sup>3</sup>, Matveeva N. P.<sup>4</sup>, Badyrgy I. O.<sup>5</sup>, Sanasheva I. D.<sup>6</sup> <sup>1</sup>National Research "Tomsk State University". Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk. <sup>2</sup>Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk. <sup>3</sup>Kamchatsky Krai Narcological Dispensary". 50 Let Oktyabrya Avenue 2, 683024, Petropavlovsk-Kamchatsky. <sup>4</sup>Yakut Scientific Center of complex medical problems, Yakutsk. Sergelyakhskoe Highway 4, 677010, Yakutsk, the Republic of Sakha (Yakutia). <sup>5</sup>Republican Narcologi-

cal Dispensary. Oyun Kursedi Street 157 A, 667003, Kyzyl, Tyva. <sup>6</sup>Psychiatric Hospital. 649002, Republic Altai, Gorno-Altaysk, Shosseynaya Street, 25. In the article the issue of cultural validation of symptoms of depression is raised. New methodic possibilities of interdisciplinary study of the issue of depression in cross-cultural research perspective are presented. General trends and differences in early symptoms of depressive states, co-occurring manifestations of state of health at physical, psychological and existential levels of human organization in ethnic groups of peoples of Siberia are shown. Latent mental and physical indices have been revealed that could be considered as a recourse potential in prevention and therapy of depressions in ethnic groups. **Keywords:** culture, depression, validation, symptoms, state of health, levels of human mental organization, differences, recourse potential.

Исследование поддержано грантом РГНФ № 14-06-00113 «Влияние культуры на субъективное переживание депрессии и экспрессию ее признаков (на примере представителей народов Сибири)».

Study has been supported by RSHF grant no. 14-06-00113 "Influence of culture on subjective experience of depression and expression of its signs (by way of example of representatives of peoples of Siberia)".

По данным ВОЗ, депрессия расценивается как ведущая причина нетрудоспособности и четвертая в рейтинге заболеваемости [1]. Депрессия называется одной из ведущих проблем современного здравоохранения и, по прогнозам экспертов, к 2020 г. может занять второе по распространенности место [2]. В соответствии с последними эпидемиологическими данными депрессия распознается во всех странах и среди всех этнических и расовых групп [3]. Можно констатировать, что депрессия, как психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего, становится одной из ведущих проблем современного здравоохранения. Результаты кросскультуральных исследований свидетельствуют о том, что, несмотря на существование общих признаков депрессии, субъективное переживание и предъявление симптомов расстройства тесно связано с культурной принадлежностью человека [4, 5, 6, 7, 8]. Культура может определять «симптоматический фонд» – набор наиболее уместных проявлений страдания в рамках данного культурного круга, динамику течения заболевания и выбор наиболее культурально приемлемых способов профилактики и терапии [9, 10, 11].

На необходимость научной разработки данной проблемы для решения задач раннего выявления, профилактики и медико-психологической помощи указывает ее социальная острота в Сибирском федеральном округе, где показатель частоты завершенных суицидов составляет в среднем 41,5 случая на 100 тысяч [12, 13]. Выявление профиля депрессивных признаков у представителей этнических групп и народов Сибири позволит определить вклад каждого признака в клиническую картину расстройства, предоставить ценную информацию

\* Ответственная за переписку с авторами: Бохан Татьяна Геннадьевна, д.п.н., зав. каф. психотерапии и психологического консультирования факультета психологии. Тел.: 529580, e-mail: btg960@sibmail.com

о феноменологии расстройства у представителей различных этнических групп [14]. Полученные результаты могут использоваться для определения методов ранней диагностики, дифференцированной психологической профилактики и психотерапии.

Учитывая, что обследование населения с учетом диагностических критериев МКБ-10 требует больших материальных и временных затрат, в результате чего такие исследования проводят редко, обычно они охватывают лишь небольшое число больных и, как правило, не предусматривают изучения контрастных групп [15], для выявления особенностей проявления депрессий в этнических группах коренных народов Сибири наряду с клинико-психологическим интервью (Ryder A. G.) [16] были использованы Шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D – Center for Epidemiologic Studies – Depression, USA) [15], Опросник состояния здоровья [17, 18] (Goldberg, 1972; Goldberg & Williams, 1988). Опросник CES-D позволяет не только учитывать общую сумму баллов, оценивающую выраженность депрессии, но и ответы на каждый из 20 вопросов методики, квалифицирующих ее симптомы, что важно для изучения этиологического и сравнительного культурного аспектов данной проблемы. С помощью Опросника состояния здоровья, включающего 45 вопросов, можно выявить симптомы, сопутствующие депрессии на разных уровнях организации человека – соматическом, психологическом и социальном. Использование этих методик позволяет выявить достаточно большое количество симптомов, характеризующих проявления депрессии, с целью определения культуральных различий.

Методы статистической обработки: описательная статистика, критерий Колмогорова–Смирнова, поправки Лиллиефорса, критерий Шапиро–Уилка, непараметрический критерий Краскела–Уоллиса, пост-хок тесты с использованием критерия Манна–Уитни.

**Материал исследования.** Выборка респондентов: группа алтайцев (56 чел.); представители Камчатки, в том числе группа коряков (69 чел.), группа ительменов и чукчей (59 чел.), группа якутов (20 чел.), группа тувинцев (20 чел.), группа русских (83 чел.). Респонденты всех групп, кроме коряков, ительменов и чукчей, находились на стационарном или амбулаторном лечении по поводу психических расстройств и состояний, сопровождающихся симптомами депрессии. Респонденты групп коряков, ительменов и чукчей были обследованы психиатром в результате выезда бригады медицинских специалистов в поселки Камчатского края для диспансеризации населения. Представители ительменов и чукчей по общему месту проживания были объединены в одну группу.

**Сводная таблица 1 группировки респондентов по возрасту, полу и семейному положению, %**

Группа	Год рождения	Число респондентов	Пол		Семейное положение			
			Муж	жен	1	2	3	4
Алтайцы	1938-1956	20,6	25	75	46,6	10,9	29	13,5
	1957-1964	43,5						
	1976-1992	35,9						
Ительмены, чукчи	1970-1981	18,6	47,5	52,5	97,45	2,55	-	-
	1982-1985	22						
	1986-1990	59,4						
Коряки	1950-1978	20,9	54,4	45,6	91	4,5	3	1,5
	1979-1984	37,3						
	1985-1991	41,8						
Тувинцы	1961-1974	35	7,5	92,5	20	15	35	30
	1975-1982	30						
	1985-1998	35						
Якуты	1961-1966	20,1	40	60	37,3	13,3	36,3	13,1
	1971-1975	13,2						
	1984	66,7						
Русские	1936-1958	37,5	22,5	77,5	56,3	18,7	15	10
	1959-1973	32,8						
	1974-1995	29,7						

**Примечание.** Цифрами обозначено семейное положение: 1 – женат/замужем, 2 – вдова/вдовец, 3 – разведен(а), проживают раздельно, 4 – не замужем/не женат.

**по месту рождения, месту проживания в детстве, месту жительства в настоящее время, %**

Этническая группа	Местожительство в настоящий момент				Место рождения и проживания в детстве			
	1	2	3	4	5	6	7	8
Алтайцы	3,4	47,6	38,1	10,9	3,4	47,6	38,1	10,9
Ительмены, чукчи	-	-	-	100	-	-	-	100
Коряки	-	-	-	100	-	-	-	100
Тувинцы	26	52	16	6	21	52	21	6
Якуты	20	33,4	33,3	13,3	13	33	40	14
Русские	46,3	46,3	5	2,4	30,1	47,6	11,3	11

**Примечание.** Цифрами обозначено: 1 – большой город, 2 – небольшой город, пригород, 3 – большая деревня, 4 – маленькая отдаленная деревня, 5 – большой город, 6 – небольшой город, пригород, 7 – большая деревня, 8 – маленькая отдаленная деревня.

**по образованию, %**

Этническая группа	Образование				
	Начальное	Среднее	Среднее специальное	Высшее	Ученая, профессиональная степень
Алтайцы	-	15,1	30,9	50,8	3,2
Ительмены, чукчи	15,3	81,3	3,4	-	-
Коряки	36,4	49,8	7,3	6,5	-
Тувинцы	7,5	42,5	17,5	32,5	-
Якуты	9,7	46,7	16,3	27,3	-
Русские	2,5	8,8	28,7	60	-

В результате клинико-психологического интервью получены сведения о проявлениях депрессии за последние 2 недели у респондентов всех исследуемых групп. Респонденты в группе «Алтайцы» за последние 2 недели имели следующие проблемы: мало интереса или удовольствия от занятий испытывали несколько дней 21,4 %, более половины дней – 19 %, почти каждый день – 14,3 % респондентов; чувствовали себя подавленными или испытывали чувство безнадежности несколько дней 28,6 %, более половины дней – 16,7 %, почти каждый



день – 23,8 %; проблемы со сном отмечают у себя каждый день 28,6 % респондентов, по 19 % случаев приходится на несколько и более половины дней; на преобладание чувства усталости или снижение энергии в течение нескольких и более половины дней ссылаются по 19 % респондентов, почти каждый день это проявление характерно для 53,8 % респондентов.

За последние 2 недели 94,9 % респондентов группы «Ительмены. Чукчи» не отмечали у себя отсутствие интереса или удовольствия от занятий, большинство респондентов (89,8 %) не чувствуют себя подавленными, лишь 10,2 % респондентов испытывали несколько дней это чувство. Также доминирующее большинство (76,3 %) респондентов данной группы не имеют проблем со сном, несколько дней такие проблемы отмечались у 23,7 % респондентов; на снижение энергии в течение нескольких дней указали 18,6 % респондентов, на отсутствие такого симптома – 81,4 %.

В группе «Коряки» за последние 2 недели отсутствие интереса или удовольствия от повседневных занятий не характерно для 70,1 %, в то же время 6,9 % респондентов отмечали у себя данный симптом в течение нескольких дней, почти каждый день отсутствовал интерес к занятиям у 23 % респондентов; чувствовали себя подавленным или испытывали чувство безнадежности более половины дней 3,3 %, несколько дней – 34,3 %; проблемы со сном отмечали несколько дней 17,9 %, более половины дней – 4,5 %; преобладание чувства усталости или снижение энергии несколько дней было у 11,9 % респондентов, у остальных усталости и отсутствия энергии не отмечалось. Только 4,5 % респондентов отмечают, что эти проблемы серьезны и мешают их жизни.

Для респондентов группы «Тувинцы» установлено, что за последние 2 недели имели мало интереса или удовольствия от повседневных занятий несколько дней 10 % респондентов, такое же количество респондентов указывало на его отсутствие в течение более половины дней и почти каждый день, у остальных интерес к занятиям не снижался; чувствовали себя подавленным или испытывали чувство безнадежности несколько дней 33,3 % респондентов, более половины дней – 13,3 %, почти каждый день – 6,7 % респондентов; отмечали проблемы со сном несколько дней 3,3 % респондентов, более половины дней – 5,6 %, почти каждый день этот симптом наблюдался у 16,7 %; чувство усталости или снижение энергии преобладало несколько дней у 43,8 % респондентов, более половины дней – у 6,3 %, почти каждый день – у 12,5 % респондентов. 44,4 % респондентов отмечают, что эти проблемы серьезны и мешают им в жизни.

В группе «Якуты» за последние 2 недели респонденты имели следующие проблемы: мало интереса или удовольствия от занятий почти каждый день отмечают 40 % респондентов; чувствовали себя подавленным или испытывали чувство безнадежности более половины дней – 13,3 %, почти каждый день – 46,7 % респондентов; проблемы со сном в виде трудностей с засыпанием, проблемы просыпания не отмечают у себя 13,3 %, несколько дней такие проблемы есть у 13,3 %, почти каждый день их наличие у себя отмечает 40 % респондентов; на преобладание чувства усталости или снижение энергии в течение нескольких дней ссылаются 26 %, почти каждый день это проявление характерно для 53 % респондентов. 60 % респондентов отмечают, что эти проблемы серьезны и мешают их жизни.

На этапе анализа данных, полученных с помощью шкалы депрессий Центра эпидемиологических исследований США, уточнялся выбор методов статистики. Проверка на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова–Смирнова, поправок Лиллиефорса, Шапиро–Уилка показала, что только данные в группах «Алтайцы», «Якуты» и «Тувинцы» на достаточно высоком уровне значимости можно признать нормально распределенными. Группа «Коряки» может быть признана «погранично» нормально распределенной, уровни значимости для нее соответственно:  $p_x > 0,2$ ,  $p_2 < 0,15$ ,  $p_3 = 0,15$ . Для группы «Ительмены. Чукчи» полученный уровень значимости свидетельствует о том, что данные не нормально распределены, вероятность ошибки очень мала ( $p = 0,00035$ ). В силу того, что имеющиеся выборочные данные не являются все нормально распределенными, для выявления различий в уровне выраженности депрессии и ее проявлений был использован непараметрический Н-критерий Краскела–Уоллиса.

Таблица 2  
Результаты описательной статистики в группах респондентов по выраженности депрессии

Этническая группа	Valid N	Mean	Median	Mode	Variance	Standard deviation	Skewness	Std. error skewness	Kurtosis
Алтайцы	56	1,49	1,45	1,95	0,37	0,61	0,20	0,37	0,45
Ительмены. Чукчи	59	1,38	1,55	1,65	0,20	0,45	0,57	0,31	0,87
Коряки	69	1,43	1,40	1,2	0,07	0,26	0,11	0,29	0,73
Якуты	207	1,70	1,75	Multiple	0,23	0,48	0,55	0,55	0,43
Тувинцы	20	1,32	1,45	1,55	0,29	0,55	0,05	0,52	0,168

**Примечание.** Valid N – объем группы, Mean – среднее значение, Median – медиана, Mode – мода, Variance – дисперсия, Standard deviation – СКВ, Skewness – асимметрия, Std. err skewness – ошибка асимметрии, Kurtosis – эксцесс.

В отношении различий в выраженности депрессии в исследуемых группах значение статистики Хи-квадрат  $\chi^2=1,935$  при степени свободы  $df=4$  и уровне значимости  $p=0,38$  позволяет сделать заключение, что достоверных различий между рассматриваемыми выборками нет. Средние значения выраженности депрессии во всех группах свидетельствуют, что для многих респондентов характерен умеренный уровень выраженности депрессии. Показатели выраженности депрессии (согласно условиям методики) в каждой национальной группе указывают на существование респондентов, которых можно отнести к группам с высокой, средней и низкой выраженностью уровня депрессии. Самый большой процент лиц с высоким уровнем депрессии установлен в группе «Якуты». Самый низкий процент количества респондентов с высоким уровнем депрессии – в группе «Ительмены и Чукчи», отсутствие таковых респондентов отмечается в группе «Коряки».

Таблица 3  
Количество респондентов с разным уровнем  
выраженности депрессии, %

Группы	Низкий	Средний	Высокий
Алтайцы	26	55	19
Чукчи. Ительмены	30	63	7
Якуты	12	47	41
Коряки	10	90	0
Тувинцы	26	58	16

В группах респондентов выделены наиболее выраженные симптомы, средний показатель которых соответствует показателям «иногда» (то есть 3—4 раза за последние 7 дней) и «большинство времени» (5—7 дней за последние 7 дней). Таковыми у респондентов группы «Алтайцы» являются: «Мой сон был беспокойным», «Я говорил меньше, чем обычно», «Я чувствовал, что все делал через усилие», «Мне было грустно», «Я не наслаждался жизнью». В группе «Ительмены. Чукчи» средние значения в диапазоне критерия «иногда» приходятся на высказывания: «Я был счастлив», «Я наслаждался жизнью». В группе «Коряки» наиболее высокие баллы по сравнению с другими симптомами в диапазоне «иногда» приходятся на утверждения: «Мне казалось, что меня недолюбливают», «Я чувствовал, что я был не хуже других», «Я был счастлив». В группе «Якуты» средние показатели выраженности симптомов в диапазоне «большинство времени» выявлены в отношении таких высказываний, как «Я чувствовал себя подавленным», «Я чувствовал, что я не мог избавиться от хандры даже с помощью моей семьи и друзей», «Я чувствовал себя одиноким», «Я чувствовал, что все делал через усилие», «Я говорил меньше, чем обычно». В группе «Тувинцы» средние показатели с наибольшим количеством баллов, соответствующих диапазону «иногда», отмечены по

утверждениям: «Мне было грустно», «Я плакал», «Я чувствовал страх». В данной группе наименьшее количество баллов, соответствующее критерию «не часто» (1—2 дня), приходится на утверждения: «Я был счастлив», «Я наслаждался жизнью», «Я чувствовал, что я был не хуже других».

Следующий этап анализа предполагал сравнение 5 групп по признаку выраженности определенных проявлений (симптомов) депрессии. Для сравнения использовался непараметрический критерий Краскела–Уоллиса. В результате были выявлены статистически значимые различия в таких проявлениях депрессии, как усиление тревоги, невозможность избавиться от хандры даже с помощью семьи и друзей, переживание чувства подавленности, слабость и инсомния, потеря надежды на будущее, беспокойный сон, ограничение социальных контактов и вербальной коммуникации, невозможность наслаждаться жизнью, грусть. Для этих данных был проведен пост-хок тест – апостериорные попарные сравнения выделенных групп. Пост-хок тесты проводились только для тех проявлений депрессии, которые обнаружили статистически значимые различия. Для проведения данной процедуры использован критерий Манна–Уитни, статистически значимыми считались различия, где  $p<0,005$ .

Для депрессивных проявлений у респондентов группы «Якуты» характерна более выраженная тревога ( $p=0,001$ ) по сравнению с показателем ее проявления в группе «Коряки». Респонденты значимо чаще отмечали, что нервничают по поводу того, что раньше их не беспокоило. В группах населения Камчатки у респондентов «Ительмены. Чукчи» показатель тревоги был более ( $p=0,000$ ) выражен, чем у респондентов в группе «Коряки». Невозможность избавиться от хандры даже с помощью семьи и друзей наиболее более выражена в группе «Якуты» по сравнению с данными групп «Коряки» ( $p=0,001$ ), «Тувинцы» ( $p=0,001$ ) и «Чукчи» ( $p=0,003$ ). Переживание чувства подавленности более характерно для респондентов «Якутов», чем для респондентов группы «Чукчи. Ительмены» ( $p=0,000$ ) и «Коряки» ( $p=0,000$ ). Также установлено статистически значимое различие, указывающее на более выраженное ощущение подавленности у респондентов группы «Алтайцы», чем у респондентов группы «Ительмены Чукчи» ( $p=0,003$ ). Наибольшее количество статистически значимых различий обнаружено по признаку надежды на будущее. Менее оптимистичными оказались респонденты групп «Алтайцы» ( $p=0,000$ ), «Якуты» ( $p=0,000$ ), «Тувинцы» ( $p=0,000$ ) по сравнению с респондентами группы «Ительмены. Чукчи». Респонденты групп «Якуты» ( $p=0,001$ ) и «Тувинцы» ( $p=0,000$ ) в меньшей мере испытывают надежду на буду-

щее чем «Коряки». На беспокойный сон чаще указывают респонденты группы «Алтайцы» по сравнению с респондентами групп «Чукчи» ( $p=0,000$ ) и «Коряки» ( $p=0,000$ ). Для респондентов группы «Алтайцы» ( $p=0,002$ ) более характерно переживание грусти, чем для «Чукчей». В остальных проявлениях депрессии не было выявлено статистически значимых различий между группами.

С целью уточнения проявлений депрессии на различных уровнях организации человека (соматическом, психологическом, экзистенциальном) был использован «Опросник оценки здоровья». Для анализа и интерпретации данных средние показатели оценки респондентами симптомов здоровья соотнесены с критериями оценки утверждений Опросника: 0 баллов – нет, 1 балл – несколько согласен, 2 балла – почти согласен, 3 балла – полностью согласен. В группе «Алтайцев» в континуум от 2 баллов до 3 баллов вошли средние значения следующих показателей здоровья: «Вы страдали ли от головной боли» «Вы испытывали дискомфорт или давление в груди», «Вы много переживали из-за чего-то», «Вы могли проявить теплоту и привязанность по отношению к близким Вам людям, которые находятся рядом с Вами», «Вы беспокоились о вашей семье или близких родственниках». В континуум от 0 баллов до 1 балла попали показатели таких проявлений, как «Вы чувствовали, что жизнь совсем безнадежна», «Вы чувствуете, что вы являетесь обузой для вашей семьи и близких родственников», «Вы чувствуете себя бесполезным», «Вы чувствуете, что жизнь не стоит того, чтобы жить». Все остальные средние показатели утверждений о состоянии здоровья находятся в пределах от 1 балла до 2 баллов.

В группе «Чукчи. Ительмены» все средние показатели состояния здоровья находятся в пределах от 1 балла до 2 баллов, то есть мы можем предположить, что у многих респондентов данной группы изучаемые в методике проявления здоровья отмечаются как нестабильные и не всегда присутствующие в их жизни. В группе «Якуты» в континуум от 2 баллов до 3 баллов вошли средние показатели следующих проявлений состояния здоровья: «Вы ладите с вашей семьей и близкими родственниками», «Вы теряли уверенность в себе», «Вам было трудно оставаться бодрым», «Вы чувствовали, что у вас не было энергии». Все остальные средние показатели здоровья соответствовали континууму от 1 балла до 2 баллов, то есть проявлялись нестабильно, иногда.

У «Тувинцев» средние показатели оценки симптомов здоровья, соответствующие высокой выраженности, выявлены в таких проявлениях состояния здоровья, как «Вы беспокоились о вашей семье или близких родственников»,

«Вы могли проявить теплоту и привязанность по отношению к близким Вам людям, которые находятся рядом с Вами», «Вы справлялись с делами не хуже других», «Вы чувствовали, что справляетесь с делами», «Вы удовлетворены тем, как вы справляетесь».

Для группы «Коряки» проявлениями состояния здоровья, которые характеризуются своим постоянным наличием, оказались: «Вы чувствовали, что вы играли полезную роль в чем-то». Не характерными для многих респондентов оказались симптомы головной боли и хронического напряжения.

Для выявления различий в уровне выраженности показателей состояния здоровья использовался непараметрический Н-критерий Краскела–Уоллиса. Данные обрабатывались с помощью статистического пакета «SPSS». Для признаков, где были обнаружены статистически значимые различия, проведены апостериорные попарные сравнения. Для проведения данной процедуры использовался критерий Манна–Уитни. В силу того, что в данной ситуации мы имели проблему множественных сравнений, то с помощью поправки Бонферони был скорректирован первоначальный уровень значимости ( $p=0,05$ ) – статистически значимыми необходимо считать различия, где  $p<0,005$ .

Т а б л и ц а 4  
Статистические значимые различия показателей состояния здоровья в пяти группах респондентов

Симптом	Статистически значимые различия
Симптомы соматические	
Головная боль	$\chi^2=61,14$ , $d=4$ , $p=0,000$
Сильное сердцебиение	$\chi^2=11,98$ , $d=4$ , $p=0,017$
Чувство давления в груди	$\chi^2=14,035$ , $d=4$ , $p=0,007$
Нервное и возбудимое состояние	$\chi^2=24,914$ , $d=4$ , $p=0,000$
Трудно оставаться бодрыми	$\chi^2=10,484$ , $d=4$ , $p=0,033$
Отсутствие энергии	$\chi^2=13,549$ , $d=4$ , $p=0,009$
Симптомы психологические	
Переживания из-за чего-либо	$\chi^2=31,808$ , $d=4$ , $p=0,000$
Потеря уверенности в себе	$\chi^2=20,775$ , $d=4$ , $p=0,000$
Чувство, что всё навалилось	$\chi^2=13,57$ , $d=4$ , $p=0,009$
Подавленность и чувство, что вы несчастны	$\chi^2=10,875$ , $d=4$ , $p=0,028$
Чувствуют себя более напряженными	$\chi^2=25,687$ , $d=4$ , $p=0,000$
Невозможность не пасовать перед фактами	$\chi^2=15,912$ , $d=4$ , $p=0,003$
Чувствуют себя легкомысленно	$\chi^2=22,679$ , $d=4$ , $p=0,000$
Социальные симптомы	
Чувство беспокойства за свою семью и родственников	$\chi^2=24,914$ , $d=4$ , $p=0,000$
Способность проявлять теплоту и привязанность по отношению к близким людям	$\chi^2=27,18$ , $d=4$ , $p=0,000$
Хорошие отношения с семьей и близкими родственниками	$\chi^2=17,826$ , $d=4$ , $p=0,001$
Симптомы экзистенциальные	
Чувство безнадежности жизни	$\chi^2=18,159$ , $d=4$ , $p=0,001$
Надежда на будущее	$\chi^2=11,643$ , $d=4$ , $p=0,020$
Ощущение собственной бесполезности	$\chi^2=14,329$ , $d=4$ , $p=0,006$
Мысль о том, что жизнь не стоит того, чтобы жить	$\chi^2=38,877$ , $d=4$ , $p=0,000$

Апостериорные, попарные сравнения позволили выявить следующие значимые различия между группами. «Страдание от головной боли» более часто встречается в группе «Алтайцев», чем в группе «Ительмены. Чукчи» ( $p=0,000$ ), «Якуты» ( $p=0,000$ ) и «Тувинцы» ( $p=0,003$ ). В то же время у «Тувинцев» ( $p=0,005$ ) и «Ительменов. Чукчей» ( $p=0,000$ ) этот показатель более выражен, чем у «Коряков». Жалобы на сердцебиение более ( $p=0,004$ ) характерны для «Алтайцев», чем для респондентов группы «Ительмены. Чукчи», также «давление в груди» у «Алтайцев» значимо более ( $p=0,001$ ) выражено, чем у «Коряков». У «Алтайцев» по сравнению с «Коряками» ( $p=0,004$ ) чаще отмечается нарушение сна из-за переживания беспокойства. Более нервно и возбудимо чувствуют себя «Алтайцы», чем «Коряки» ( $p=0,005$ ) и «Чукчи. Ительмены» ( $p=0,000$ ). «Якуты» чувствуют себя более нервно и возбудимо, чем «Чукчи» ( $p=0,003$ ). Также у «Якутов» по сравнению с «Тувинцами» более высокий показатель того, что им трудно оставаться бодрыми ( $p=0,005$ ). По сравнению с респондентами группы «Чукчи. Ительмены» «Якуты» ощущают нехватку энергии ( $p=0,02$ ).

Значимые различия выявлены и в психологических показателях состояния здоровья. Так, «Алтайцы» в большей мере указывают на наличие переживаний из-за чего-либо по сравнению с «Коряками» ( $p=0,000$ ) и «Чукчами. Ительменами» ( $p=0,000$ ). Симптом «потеря уверенности в себе» более выражен у респондентов группы «Алтайцы», чем у группы «Чукчи. Ительмены» ( $p=0,000$ ) и «Коряков» ( $p=0,003$ ). У «Якутов» по сравнению с «Чукчами» показатель неуверенности в себе также значимо выше ( $p=0,002$ ). Показатель «все навалилось на них» в группах «Алтайцев» больше ( $p=0,001$ ), чем у «Коряков». «Алтайцы» чувствуют себя более напряженными по сравнению с «Коряками» ( $p=0,000$ ) и респондентами группы «Ительмены. Чукчи» ( $p=0,000$ ). Ощущение подавленности и чувствование себя несчастным более характерно для «Якутов», чем для «Чукчей. Ительменов» ( $p=0,001$ ) и «Коряков» ( $p=0,003$ ). На «невозможность не пасовать перед фактами» в большей мере указывают «Коряки» по сравнению с «Алтайцами» ( $p=0,003$ ) и «Чукчами. Ительменами» ( $p=0,001$ ). В то же время по сравнению с «Алтайцами» «Чукчи. Ительмены» ( $p=0,000$ ) и «Коряки» ( $p=0,000$ ) чувствуют себя более легкомысленно.

«Чувство беспокойства за свою семью и родственников» более выражено у «Алтайцев», чем у «Чукчей» ( $p=0,000$ ) и «Коряков» ( $p=0,000$ ), у «Якутов» больше, чем у «Коряков» ( $p=0,001$ ). «Алтайцы» ( $p=0,000$ ) и «Тувинцы» ( $p=0,000$ ) в большей мере способны проявлять теплоту и привязанность по отношению к близ-

ким людям, которые находятся рядом с ними, чем «Чукчи. Ительмены». При этом «Алтайцам» более свойственны хорошие отношения с семьей и близкими родственниками по сравнению с респондентами группы «Чукчи. Ительмены» ( $p=0,000$ ).

Как в группе «Чукчи. Ительмены» ( $p=0,003$ ), так и в группе «Коряки» ( $p=0,000$ ) средние ранги «чувства безнадежности жизни» выше по сравнению с «Алтайцами»; средний ранг показателя «надежды на будущее» выше в группе «Алтайцев» ( $p=0,003$ ), «ощущение собственной бесполезности» более выражено у «Коряков», чем у «Алтайцев» ( $p=0,003$ ) и респондентов группы «Ительмены. Чукчи.» ( $p=0,005$ ). При этом показатель проявления «мысли о том, что жизнь не стоит того, чтобы жить» более высокий у «Чукчей. Ительменов» ( $p=0,000$ ), «Коряков» ( $p=0,000$ ) и «Тувинцев» ( $p=0,001$ ), чем у «Алтайцев».

**Обсуждение.** Анализ выявленных различий в показателях всех используемых методик позволяет сделать предположения о некоторых особенностях проявления депрессии у респондентов в исследуемых группах. Так, отличительными симптомами формирования депрессии для «Якутов» могут являться повышение уровня тревоги и беспокойства, ощущение подавленности, неуверенности в себе, отсутствие надежды на будущее, которые не снижаются даже при оказании социальной поддержки. При этом данные психологические изменения могут сопровождаться у якутов такими астеническими состояниями, как отсутствие бодрости, энергии, инсомния. Усугубление данных признаков может свидетельствовать о развитии неврастении и ее связи с депрессивными состояниями.

Отличительные симптомы депрессии, согласно полученным результатам, у респондентов группы «Алтайцы» могут проявляться психологическими и соматическими изменениями. На психологическом уровне – это переживание грусти, подавленности, сомнения в своей самооценке, хроническая напряженность и нервозность, различные переживания, в том числе связанные с семьей. На соматическом уровне – нарушения сна, головная боль, сердцебиение, дискомфорт и давление в груди. Такие симптомы, как переживание грусти, подавленности, хроническое напряжение в сочетании с соматическими, являются, согласно литературным данным, предикторами формирования психосоматических расстройств, которые могут вступать в коморбидные отношения с депрессией.

Для «Тувинцев» такими симптомами могут являться неуверенность в себе, ограничение в положительных эмоциях, неудовлетворенность возможностью справляться со своими делами, отсутствие видения положительной жизненной перспективы.

В отношении групп «Ительмены. Чукчи» и «Коряки» выявлена не выраженность тех симптомов депрессии, которые характерны для респондентов других групп на психологическом и соматическом уровнях. Однако можно заметить, что, с одной стороны, у них проявляется легкомысленное отношение, с другой – такие экзистенциальные проблемы, как ощущение некоторой безнадежности жизни и собственной бесполезности, отсутствие надежды и позитивных эмоций, связанных с будущим. При этом наличие социальных проблем, связанных с переживанием одиночества, недолjublенности, может выступать как фактором, так и симптомами формирования депрессивных состояний у респондентов этих групп.

В то же время на основании полученных данных можно выделить те отличия, которые можно рассматривать в качестве ресурса совладания с депрессивными состояниями. Эти психологические ресурсы должны быть учтены в психотерапевтической работе, в дифференцированной медико-психологической помощи. У «Алтайцев» в качестве таких ресурсов можно рассматривать открытость и значимость социальной поддержки, восприятие доброжелательности людей, желание наслаждаться жизнью. У «Тувинцев» таким ресурсом может являться значимость социальной поддержки, стремление проявлять заботу о близких, к хорошим отношениям в семье. Для «Тувинцев» наряду со значимостью переживаний, связанных с семьей, актуальными также оказались собственные возможности самостоятельно справляться с делами, стремление к самоутверждению. У «Якутов» – возможности саморегуляции аффективных реакций и сохранение аппетита. Для респондентов представителей Камчатки в качестве профилактического ресурса может выступать психологическое и соматическое здоровье, что указывает на удовлетворительный уровень адаптационных ресурсов, стремление к осознанию важности собственной роли, оценку ее полезности в чем-либо.

**Выводы.** Таким образом, на основании полученных данных можно сделать предварительные выводы о том, что исследуемые группы значимо не различаются по выраженности уровня депрессии, который у большинства респондентов всех групп соответствует умеренной депрессии. При этом в каждой группе определено количество респондентов с различным уровнем выраженности депрессии. Респондентов с высоким уровнем депрессии в группе «Ительмены. Чукчи» не выявлено. Имеют место значимые различия в проявлениях депрессивных состояний, в показателях здоровья на психологическом, соматическом и экзистенциальном уровнях организации человека. Определены основные вероятные тенденции, кото-

рые условно можно рассматривать в качестве этнокультурально обусловленных вариантов проявлений депрессии, подтверждение которых будет связано с дальнейшим многомерным статистическим анализом новых данных клинико-психологического интервью и комплекса психодиагностических методик.

### Л и т е р а т у р а

1. World Health Organization. (2005). Depression. Available online at. – [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/) Accessed on March 6, 2010.
2. Murray C. J. L., Lopez A. D. (Eds.). The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. – Cambridge, MA : Harvard School of Public Health, 1996.
3. Weissman M. M., Bland R. C., Canino G. J., Faravelli C., Greenwald S., Hwu H.-G. et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder // JAMA. – 1996. – V. 276. – P. 293–299.
4. Леон Ф., Калибаева З., Молчанова Е. Культура и депрессия: определение, диагностические сложности и рекомендации [электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 6 (17). – URL: <http://medpsy.ru>
5. Chang E. Handbook of Adult Psychopathology in Asians: Theory, Diagnosis and Treatment. – N. Y. : Oxford university Press, 2012.
6. Amarasinghe S. D., Jorm A. F., Reavley N. J. The development and validation of the Peradeniya depression Scale (PDS) – A culturally relevant tool for screening of depression in Sri Lanka // Journal of affective disorders. – 2012. – V. 142, Issues 1–3. – H. 143–149.
7. Ryder A. G., Chentsova-Dutton Y. E. Cultural-Clinical Psychology: An Introduction to the Special Issue // Journal of Social and Clinical Psychology. – 2014. – Vol. 33. – Special Issue: Cultural-Clinical Psychology. – P. 847–852. doi: 10.1521/jscp.2014.33.10.847
8. Chentsova-Dutton Y. E., Ryder A. G. Vulnerability of depression in culture, mind, and brain // Handbook of Mood Disorders / M. Power (Ed.). – Chichester, U.K: Wiley-Blackwell, 2013.
9. Eshun S., Gurung, R. A. Introduction to culture and psychopathology / S. Eshun & R. A. R. Gurung (Eds.) // Culture and mental health: Sociocultural influences, theory, and practice. – Wiley-Blackwell, 2009. – P. 3–17.
10. Kirmayer L. Culture, context, and experience in psychiatric diagnosis // Psychopathology. – 2005. – V. 38. – P. 192–196.
11. Watters E. Crazy Like Us: The Globalization of American Psyche. – New York, US : Free Press, 2010.
12. Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Распространенность психических расстройств среди населения сельских муниципальных образований Севера Сибири: основные тенденции и прогноз // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Вып. 4. – С. 40–45.
13. Манчук В. Т., Надточий Л. А. Состояния и тенденции формирования здоровья коренного населения Севера и Сибири // Бюллетень Сибирского отделения РАМН. – 2010. – Т. 30, вып. 3. – С. 24–29.
14. Терехина О. В., Шухлова Ю. А., Бохан Т. Г. Актуальность изучения влияния культуры на проявления депрессии (на примере этнических групп Сибири // Антропологическая психология в XXI веке : сб. материалов V Сибирского психологического форума. – Томск, 2013. – С. 243–245.
15. Андриященко А. В., Дробизев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CESD, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общей медицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, вып. 5. – С. 11–18.

16. Ryder A. G., Yang J., Zhu X., Yao S., Yi J., Heine S. et al. The cultural shaping of depression: Somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? // J. Abnormal Psychology. – 2008. – V. 117. – P. 300–313.
17. Goldberg D. P. The detection of psychiatric illness by questionnaire (Maudsley Monograph 21). – Oxford, England: Oxford University Press, 1972.
18. Goldberg D. P., Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. – Windsor, England: NFER-NELSON, 1988.

#### Транслитерация русских источников

4. Leon F., Kalibatseva Z., Molchanova E. [Culture and depression: definition, diagnostic difficulties and guidelines]. Meditsinskaya psikhologiya v Rossii : elektron. nauch. zhurn. [Medical Psychology in Russia: scientific e-journal]. 2012; 6(17). URL: <http://medpsy.ru> (In Russ.).
12. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Prevalence of mental disorders among population of rural municipalities of North of Siberia: basic trends and prognosis]. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and Clinical Psychiatry]. 2001; 4: 40–45. (In Russ.).
13. Manchuk V.T., Nadtochy L.A. [States and trends of formation of health of the native population of the North and Siberia]. Byulleten' Sibirskogo otdeleniya RAMN [Bulletin of Siberian Branch of RAMSci]. 2010; 30, 3: 24–29. (In Russ.).
14. Terekhina O.V., Shukhlova Yu.A., Bokhan T.G. [Relevance of study of influence of culture on manifestations of depression (by way of example of ethnic groups of Siberia)]. Antropologicheskaya psikhologiya v KhKhI veke : sb. materialov V Sibirskogo psikhologicheskogo foruma [Anthropologic psychology in the XXI<sup>st</sup> century: book of materials of the V<sup>th</sup> Siberian Psychological Forum]. Tomsk, 2013; 243–245. (In Russ.).
15. Andryushchenko A.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovolsky A.V. [Comparative assessment of CESD, BDI and HADS(d) in diagnosis of depressions in general medicine practice]. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2003; 103, 5: 11–18. (In Russ.).

УДК 616.89:325.1(45)

ББК 56.14+52.525.1

## СПАСЕНИЕ И ПРОКЛЯТИЕ НА ЛАМПЕДУЗЕ. КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОЛИТИКИ ПСИХИЧЕ- СКОГО ЗДОРОВЬЯ В ИТАЛИИ В ОТНОШЕНИИ МИГРАНТОВ ИЗ АФРИКИ

Витторио Де Лука\*, Донато Зупин,  
Андреа Даверио, Филиппо Бенедетти,  
Элиза Раписарда, Витторио Инфанте

Итальянский институт транскультуральных  
исследований психического здоровья  
Рим, Италия, Виа Массая 9, 00162

Более 40 000 людей ежегодно прибывают в Италию через Сицилийское море, делая нашу страну своего рода входной дверью в Европу из Африки. Несмотря на это, психическое здоровье иммигрантов – беженцев в Италии далеко от включения в национальную политику, и культуральная компетентность в медицинских службах обычно недостаточно представлена. С другой стороны, в Италии много пишут и обсуждают социально-культурные последствия миграционной политики, причем средства информации представляют драматический сценарий угрожающих жизни событий, происходящих в Сицилийском море. Политические дебаты делают всю страну на 2 группы: тех, кто воспринимает миграцию из Африки как своего рода вторжение, с которым нужно бороться, и тех, кто не может не помочь в спасении и размещении людей, находящихся в состоянии опасности и отчаяния, даже когда приюты претерпевают коллапс. Авторы дают критический анализ миграционной динамики из Африки в Италию и обсуждают ее последствия с точки зрения антропологии, социологии и клиники, представляя исторический анализ служб, их противоречия в обеспечении психического здоровья в связи с социально-культурной амбивалентностью в отношении к миграции в Италии.

**Ключевые слова:** Италия; психическое здоровье; иммигранты и беженцы; медицинская политика.

**SALVATION AND DAMNATION IN LAMPEDUSA. A CRITICAL ANALYSIS OF MIGRATION AND MENTAL HEALTH POLICIES IN ITALY FOR MIGRANTS FROM AFRICA.** Vittorio De Luca, Donato Zupin, Andrea Daverio, Filippo Benedetto, Elisa Rapisarda, Vittorio Infante. Italian Institute of Transcultural Mental Health. Via Massaua 9, 00162 Rome. More than 40,000 people come to Italy across the Sicilian Sea every year, making our country a sort of entrance door to Europe from Africa. Nevertheless, mental health of immigrant/refugees Italy is far from being framed in a national policy, and cultural competence in health services in generally under-represented. On the other side, much is written and discussed in Italy on the socio-cultural consequences of migration policy, with the media representing the dramatic scenario of life-threatening events occurring in the Sicily sea, and the political debate dividing the whole country in two groups, those who perceive migration from Africa as a sort of invasion to repel, and those who cannot help rescuing and accommodate people in danger and despair, even when shelters are collapsing. The authors provide a critical analysis of the migration dynamics from Africa to Italy, and its consequences from an anthropological sociological and clinical perspective, presenting an historical analysis of the services structured so far and highlighting those

\* Vittorio De Luca, Viale Cesare Pavese 101, 00144 Rome, Italy. E-mail: [vittor.deluca@gmail.com](mailto:vittor.deluca@gmail.com)

contradictions in providing mental health connected to the sociocultural ambivalence towards migration in Italy. **Keywords:** Italy; mental health; immigrants and refugees; health policies.

**Введение.** Миграция является частью жизни человека. Процесс миграции сам по себе – вызывается ли он отторгающими факторами (конфликты, дефицит ресурсов и др.) или притягивающими факторами (воссоединение с семьей, работа и т. д.) – всегда является фундаментальной возможностью сохранения или повышения социального и психологического благополучия человеческих групп или обществ. Миграция приводит к социальным трансформациям: способность людей изменять среду и привычки дает им важный навык выживания и определяет фундаментальное любопытство к неизвестному. Но человеческие существа имеют глубокие корни в месте своего происхождения, даже сам способ мышления и определения мира начинается с социальной и физической среды, в которой живет человек. Миграция поэтому является хрупкой структурой огромного комплекса, как для того, кто покидает место проживания, так и для тех, кто принимает миграционные потоки. Сегодня увеличивающаяся сложность действующего геополитического сценария сделала миграцию важной темой в силу ее социального, экономического и гуманитарного значения во многих странах мира.

В этой статье авторы концентрируют свое внимание на миграционном потоке из Африки в Европу через Италию, который представляет сегодня большой интерес для европейских наций, с которым нужно работать и который является собой особый культурный вызов для Италии.

**Африканская миграция в Италию: иммигранты, лица, ищущие убежища, беженцы.** Исторически есть три главных миграционных пути, которые связывают африканские страны с берегами Европы через Средиземное море: от Западного Средиземноморья до Испании, от Центрального Средиземноморья до Италии и острова Мальты, от Восточного Средиземноморья до Греции. Социальные и исторические события и изменение геополитических активностей привели к изменению важности и степени миграционного потока этих миграционных путей. Этническая принадлежность и происхождение мигрантов, отбывающих со средиземноморских берегов, варьировали в течение последних двух десятилетий в результате развития международных сценариев. Потоки в пределах африканского континента организованы в три главных пути: западный путь (по направлению из Мали в Гамбию и Сенегал), центральный путь (Нигерия, Гана, Нигер), восточный путь (Сомали, Эритрея, Дарфур, Южный Судан); все они сходятся в главные средиземноморские центры (Магриб, Ливия) [Reitano, Shaw, 2014].

Сущность миграционных потоков сильно зависит от постоянно меняющегося африканского социально-экономического контекста, многогранные аспекты которого нелегко интерпретировать. Их основы можно обобщить следующим образом: 1) как ответ на региональные, внутренние конфликты и политическую нестабильность, особенно в течение последних 5 лет, т. е. падение режима Каддафи в Ливии (2011), конфликт в Северном Мали (с 2012 г.), свержение египетского президента Мурси (2013); 2) как результат эндемической бедности: Конго и Нигер имеют самые высокие в мире показатели крайней бедности [World, 2014]; 3) как результат демографического давления: по прогнозам, Нигерия, вместе с еще восемью странами, обеспечивает свыше половины увеличения населения [ООН, 2015]; 4) нарушения прав человека – религиозный экстремизм, этнические чистки, а также дискриминация по половому признаку и другим отличиям; 5) природные бедствия, изменения климата.

Эти отторгающие факторы влияют друг на друга и взаимодействуют с социально-политическими проблемами африканского континента, где легальность внутриконтинентальной миграции допускает двойное толкование, без ясных правил и законодательства [Bakewell, 2008; Castles, 2010]. Миграция считается легальной и поощряется правительствами очень бедных стран в Западной Африке, делая этот процесс источником дохода. Предполагается, что было бы ошибкой мешать международной миграции (внутри и вне африканского континента), так как перемещение является решающим моментом для благополучия будущих поколений [Bakewell, 2008; Zupi, 2014]. С другой стороны, действующий сценарий нестабилен и характеризуется высокой частотой коррупции в большинстве стран и плохими средствами противостояния нелегальному ввозу мигрантов и его вредными последствиями (торговля услугами сексуального характера, принудительный труд, эксплуатация и вымогательство [Reitano, Shaw, 2014]).

Отмечается, что Италия в последние 20 лет достигла одной из самых высоких частот иммиграции в Европе [OECD, 2014]: это четвертая нация среди постоянно проживающего иностранного населения в странах ЕС – более 4 миллионов [Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014]. В последние 5 лет наблюдается экспоненциальный рост нелегальной миграции.

Приводятся данные, что с 2011 по 2015 г. более чем 300 000 человек прибыли к итальянским берегам [<http://frontex.europa.eu/trends-and-routes/central-mediterranean-route/>], 175 000 прибыли в течение 12 месяцев с августа 2014 г. по июль 2015 г. [Interno, 2015].



Первый значительный приток из Северной Африки в Италию начался в 90-е годы главным образом из Туниса; в этот период мигрантами были марокканцы, тунисцы и алжирцы, большей частью сезонные рабочие, которые не составляли большую проблему для итальянских властей. Прошло немного времени, пока контрабандисты поняли выгоду, лежащую в основе этого явления, и начали нанимать профессиональных моряков для расширения бизнеса. В начале 2000-х, когда итальянские власти начали сдерживать растущие нелегальные потоки, контрабандисты изменили курс в сторону ливийских берегов. С годами Ливия стала главным центром в Северной Африке [Coluccello, Massey, 2007], особенно после падения режима Каддафи, который представлял собой препятствие для нелегальной миграции. Будучи теперь перекрестком путей со всего континента, эта страна для многих является финальным пунктом африканского путешествия. В последние годы миграционные потоки, которые в 2013 г. расширились до стран Среднего Востока (Израиль, Йемен, государства Персидского залива), слились в Ливии. Изменение во внешней политике, как завершение израильской стены вдоль границы с Египтом на Синайском полуострове в начале 2013 г. [Siegfried, 2013; Reitano, Shaw, 2014], привело к принятию новых мер против потоков миграции. Падение режима Каддафи стало одним из важных политических событий арабской весны. Этот период (а именно с революции в Тунисе в конце 2010 г.) является актуальным поворотным пунктом в потоках миграций на Лампедузу, расшатав и без того непрочное равновесие между Европой и северо-африканскими странами [Campesi, 2011].

**Возникновение и падение «Системы Лампедузы».** Лампедуза – это маленький остров, расположенный у берегов Сицилии, в 205 километрах от Сицилии и в 176 километрах от Туниса, по географическому расположению находится ближе к Магрибу, чем к Европе. Однако Лампедуза является не самым близким европейским кусочком суши к Африке, так как Пантеллерия – другой сицилийский остров – находится в 76 километрах от Келибии (Тунис). Несмотря на очень ограниченные размеры (20 квадратных километров), этот небольшой кусок суши приобрел огромную стратегическую и символическую важность в последние два десятилетия.

В начале 90-х большая часть потоков миграции двигалась по албанскому пути, а не на Лампедузу. В 1999 г. мигранты, направленные на Лампедузу, представляли лишь 0,71 % (269 единиц) всех *sans papier* (без паспорта), движущихся в Италию. Однако в силу ограниченного размера и населения острова (приблизительно 6 000 жителей) относительно неболь-

шой приток мигрантов позволил итальянским средствам информации говорить о «чрезвычайной ситуации на Лампедузе». В 2011 г. приток мигрантов прогрессирующе вырос до 51 573 единиц, что было примерно равно всему количеству нелегальных мигрантов, прибывших в Италию в тот год (82,55 %). По этой же причине, прежде чем обратиться к сложным и запутанным социально-политическим событиям, произошедшим вокруг Лампедузы, важно сконцентрироваться на системе приема мигрантов итальянскими властями в последние 15 лет.

В начале 90-х ещё не было официальной организации приема мигрантов на острове, и все было отпущено под добрую волю местного населения и местных учреждений. В это время не отмечалось эпизодов перенаселенности, так как мигранты временно оставались на острове, только ожидая посадки на первый паром до Сицилии [Cutitta, 2015]. Жители Лампедузы продолжали предлагать мигрантам стихийно организованную помощь, которая выходила за рамки их законной ответственности, до тех пор, пока не были награждены Золотой Медалью за гражданские заслуги перед Итальянской Республикой в 2004 г. и неоднократно выдвигались на присуждение Нобелевской Премии Мира [Alfano, 2013]. В противоположность этой солидарности имела место жестокость властей [Davis, 2013]. С 1996 г. Красный Крест использовал заброшенное строение, принадлежащее Армии (бывшая база Лоран) в качестве службы для приема мигрантов (до 180 единиц).

В 1998 г. число мигрантов на Лампедузе начало выражаться уже в тысячах (2 846 человек). В связи с происходящим правительство Италии начало очерчивать свою национальную политику по нелегальной миграции. С принятием закона Турко-Наполитано [Law 40, Italian Parliament, 1998] была введена возможность «административного ареста» как нелегальных иммигрантов, так и считающихся законными Советом Европы (2008). Были построены институциональные лагеря содержания под стражей (CPTs, Центры временного пребывания). Предпринятые меры совместно с так называемым *respingimento differito* (отсроченным отказом на въезд) «имели окончательно эффект трансформирования границы из линии в зону» [Cutitta, 2015]. В действительности, 1998 г. представляет собой поворотный пункт, который принес сложные последствия для истории Лампедузы. В этот период было создано пороговое легальное пространство, образовалась ничейная территория, на которой эффективные практики приема иммигрантов и беженцев сосуществовали бок о бок со случаями потенциального нарушения прав человека.



Как следствие такой политики бывшая база Лоран, поддерживаемая волонтерами Красного Креста, превратилась в Лагерь временного пребывания (CPT). С 2002 г. персонал изменил прежний статус (вместо добровольцев здесь работали оплачиваемые сотрудники), но структура и люди остались теми же самими. В этот период единственным персоналом, присутствовавшим на острове, являлся персонал совместной компании Misericordia Palermo (которой было доверено управление Лагерем временного пребывания), войска, предназначенные для обеспечения безопасности на острове, и военно-морские силы для обеспечения поисковых и спасательных операций на море.

По описанию Médecins Sans Frontières (MSF), о законном статусе центра свидетельствуют политические цели, которыми организуется миграционный процесс. Другой вид центров – Центр первой помощи и приема CPSA (Centri di Primo Soccorso e Aiuto) – размещался вблизи национальных границ и имел единственную функцию – проведение операций первой помощи и взятие отпечатков пальцев. Мигранты находились здесь не более 48 часов. Позднее иммигранты должны были переводиться в другие центры на материке для проведения более длительных и более сложных операций в зависимости от их статуса, прав и нужд. В случае отсутствия прав на политическое убежище они направлялись в CPT (позднее переименованные в CIE: Центр идентификации и высылки) для выяснения полной идентификации и последующей высылки, где им можно было задерживаться максимум 13 дней. Позднее срок был продлен до 16 дней законом Босси-Фини в 2001 г. (Law 189 2001) и на более длительный срок (до 18 месяцев) в 2011 г. В противном случае мигранты принимались в CDA (Centri di Accoglienza, Центры краткосрочного размещения) или CARA (Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo, Центр размещения для лиц, ищущих убежища), когда они просили международной защиты.

Факт конфигурирования центра на Лампедузе как CPT вместо CPSA означает собой, что итальянское правительство имело целью ускорить процедуру возвращения нелегальных мигрантов в государства их происхождения, не затрачивая времени на перевод их на материк. Однако это решение произвело противоположный эффект замедления оборота внутри центра приема, приведя к сильной перенаселенности с частыми массовыми беспорядками мигрантов и резкими протестами местных жителей против действий правительства. Такая организация часто приводила к коллапсу системы, так что центр неоднократно закрывался, а затем вновь открывался.

В то же самое время итальянское правительство пыталось найти другие пути помешать мигрантам достичь материка, самым заметным был процесс немедленной коллективной репатриации. В 2002 г. итальянское правительство подписало соглашение – сначала тайное – с Ливией (Каддафи), которое, согласно Amnesty International (Международная Амнистия), позволило депортацию, по меньшей мере, 2 778 мигрантов из Лампедузы в Ливию в течение 4 дней [Amnesty International, 2005]. Это вызвало озабоченность ЕС, который 14 апреля 2005 г. одобрил «Резолюцию по Лампедузе», осудив Италию за такую практику, так как она нарушала принцип non refoulment (невозвращения) [European Parliament, 2005]. В Конвенции относительно статуса беженцев (1951) согласно этому принципу иммигранты не могут быть высланы, пока не будет определена их личность и статус беженца, чтобы не подвергать угрозам относительно расы, религии, национальности, членства в определенной социальной группе или наличия иного политического мнения (UNHCR, 1951).

В резолюции Парламента ЕС «Призыв к итальянским властям», предоставленной Агентству ООН по делам беженцев (UNHCR), определено, что должен быть свободный доступ общественных организаций к центру задержания на Лампедузе. Люди, содержащиеся там, должны быть обеспечены международной защитой, так как им прежде в этом отказывалось, и «необходимо послать делегацию членов соответствующих комитетов в центр для беженцев в Ливию с целью оценки величины проблемы и верификации легитимности действий итальянских и ливийских властей» [European Parliament, 2005]. Вслед за этими событиями 28 июня 2005 г. делегация Европейского Парламента посетила центр временного содержания, и окончательный доклад подверг большой критике деятельность итальянских властей [GUE/NGL, 2005].

Во время парламентской инспекции ЕС пропускная способность центра была 186 человек, но среднее число человек в день составляло 350–400, доходя и до 1000 человек. Согласно другому докладу MSF (2004), «Гигиенические службы были достаточны только для ста людей..., мигранты спали на полу без матраса и одеяла..., никто из них не получал законную информацию о причине их задержания». Подобно другим CPTs, у мигрантов не было способа действовать законно против злоупотреблений, совершаемых персоналом ассоциации, полицейскими или другими мигрантами. Законная ситуация особенно трудна для тех, кто вступает в режим задержания, так как наличие юриста никогда не было прописано в центре, и никто не знал, что они могут подавать апелляции против этой процедуры задержания.

Вслед за неоднократными жалобами гуманитарных и международных организаций, накануне политических выборов, Итальянское Правительство, казалось, признало свое несоответствие в вопросах организации и управления миграционными потоками на Лампедузе. Поэтому итальянские власти решили попросить международные гуманитарные организации принять участие в управлении иммиграцией на Лампедузе. С началом «проекта Президиума», с 1 апреля 2006 г., Высший Комитет ООН по беженцам (UNHCR), Международная Организация по миграции (IOM), Национальный Институт здоровья, миграции и бедности (INMP/NIHMP), Итальянский Красный Крест, Итальянское отделение Мальтийского Ордена, MSF и «Спасите Детей» приняли участие в управлении потоков иммигрантов на Лампедузе [Severoni, Enkhtsetseng, Dembech, 2012].

CPT бывшей базы Лоран был закрыт, а новый центр открыт в Contrada Imbriacola Лампедузы с функциями CPSC, с потенциальной пропускной способностью от 300 единиц и возможностью принять до 804 единиц в случае массового притока. Благодаря сотрудничеству MSF, Мальтийского Ордена и местных медицинских властей санитарные условия улучшились. В 2012 г. в докладе Регионального Европейского офиса ВОЗ [Severoni, Enkhtsetseng, Dembech, 2012] сделано заключение, что Лампедуза «показала хороший уровень готовности системы здравоохранения, чтобы решить проблемы здоровья общества, запущенные массовым притоком иммигрантов». В ноябре 2007 г. итальянский префект Mario Morcone, позднее глава Департамента Гражданской свободы и иммиграции Министерства внутренних дел, обращаясь к Европейскому Парламенту, заявил: «При продолжающемся давлении чрезвычайной ситуации мы использовали все новое, мы экспериментировали с инновационной моделью, которую мы можем с гордостью определить как инновационную и скоординированную».

Так как «проект Президиума» сочли ценным, он был расширен на Сицилию (Президиум II) и позднее на всю Италию (Президиум III). Согласно Региональному Европейскому офису ВОЗ [Severoni, Enkhtsetseng, Dembech, 2012], так называемая модель Лампедузы характеризовалась хорошо скоординированным и синхронизированным процессом приема в иммиграционные центры, быстрой идентификацией и медицинской сортировкой. Используя эту модель, власти смогли ограничить размещение иммигрантов на Лампедузе не более чем на 72 часа, предотвращая переполнение и последующие проблемы, связанные со снабжением водой и санитариацией. Этот план следует оценить и перевести в инструмент, который может быть продублирован другими территориями,

сталкивающимися с подобными чрезвычайными ситуациями».

Поэтому можно ли разделить историю системы Лампедузы на два этапа? На «плохой» и «хороший», до и после 2006 г. Ответ – «нет». События, последовавшие после 2006 г. являются сложными. Не все из них будут исследованы здесь, так как нашей целью является не исторический отчет о событиях на Лампедузе, а анализ движущих сил и организаций различных систем охраны психического здоровья. Представление двух точек линейной эволюции системы приема иммигрантов может видаться как 2 стороны сложной ситуации, напоминающей историю с двуликим Янусом. Не подводя окончательного *résumé* истории Лампедузы, несколько значимых событий следующих лет должны быть рассмотрены с целью понимания конфликтной природы управления иммиграцией.

В 2011 г. во время Жасминовой революции в Тунисе и политического переворота в Ливии число иммигрантов резко возросло до 51 573 единиц. Эта цифра почти равна всему числу незаконных иммигрантов, приехавших в Италию (82,55 %). 3 октября 2013 г. судно потерпело крушение в нескольких сотнях метров от побережья острова, вызвав самую большую морскую катастрофу в последние десятилетия (с неокончательной оценкой жертв более чем 360 смертей). Хотя другие и даже большие кораблекрушения происходили в следующие годы, эта катастрофа глубоко впечатлила общественное мнение, приведя к началу операции «Mare Nostrum» («Средиземное море») лишь через 11 дней. Из-за публичной демонстрации жалоб и страстных заявлений политиков о том, что «это никогда не повторится», состоялись официальные похороны тех, кто погиб в нескольких метрах от цели назначения. Почетное звание гражданина было присвоено жертвам как акт солидарности, и их могилы были украшены христианскими крестами, независимо от их религии [Grossi, 2013]. В то же время немногие выжившие иммигранты почти все были обвинены в незаконной иммиграции. Более того, те, кто решил свидетельствовать против контрабандистов, держались под арестом на 2 месяца дольше, чем остальные, кто сразу был переведен в другие центры на материке [Cutitta, 2015]. Через 2 месяца национальное телевидение показывало иммигрантов, включая выживших после октябрьского кораблекрушения – раздетых догола и опрыскиваемых против чешотки в центре временного содержания Лампедузы, вызвав подъем ужаса среди общественности [Dines, 2014]. В отношении этого насилия мэр острова Giusy Nicolini заявил: «Эта модель приема, которой стыдится Лампедуза и вся Италия, должна быть изменена в лучшую сторону».

Анализ провала системы Лампедузы следует вести из политической перспективы. Как ученые в области психического здоровья, мы можем учитывать эти события, чтобы лучше понять глобальное управление процессом приема иммигрантов, поэтому Лампедузу можно рассматривать в качестве обсерватории для понимания такой комплексной динамики [Düvell, 2002; Betts, 2011; Cutitta, 2015]. Нашей целью является выявление связей между миграционной политикой, итальянским обществом и культурно-обусловленными вопросами в национальной системе здоровья в отношении, в частности, охраны психического здоровья.

В заключение, рассматривая, что происходило в повседневной жизни острова, мы можем утверждать, что так называемая модель Лампедузы характеризовалась крайне противоречивым управлением проблемами, связанными с иммигрантами. Если, с одной стороны, наблюдалась система хорошо организованной и интегрированной помощи, включая взаимодействие и сотрудничество между правительственными, гуманитарными и международными организациями, с другой стороны – происходили систематические нарушения прав человека [Masera, 2014]. Противоречивая природа системы приема/задержания, вероятно, не ограничивается только Лампедузой, но ее корни идут глубоко в более широкую итальянскую и европейскую политику по иммигрантам, которая явно основана на полярности между безопасностью и (или против) солидарностью. Эта амбивалентность хорошо представлена в названии одного из самых важных геополитических итальянских обзоров в отношении этой темы, который в переводе звучит подобным образом «Доктор Джекил и Мистер Хайд: Италия и система приема мигрантов» (Cucchi 2015 на Limes).

**Психическое здоровье иммигрантов и беженцев в Италии. Где спасение является началом нового проклятия?** Превратности модели приема, которые развились на Лампедузе и экспортировались на остальную часть полуострова, можно сравнить с путем, которым система здравоохранения попыталась заняться психическим здоровьем (а также физическим здоровьем) иммигрантов и беженцев в эти годы.

Здоровье человека считается неотъемлемым правом в Италии, установленным Конституционным Законом (1948) и гарантируемым институтом Национальной Системы Здравоохранения [Servizio Sanitario Nazionale, SSN, 1978], здравоохранение является общественным и бесплатным<sup>1</sup>.

Чтобы быть введенным в SSN, итальянский закон требует регистрацию проживания и статус легитимности. Регистрация проживания является важным требованием в области психического здоровья, так как фактически не оказывается помощь тем, кто не имеет соответствующих документов. Департаменты психического здоровья, за исключением служб скорой помощи, не оказывают соответствующей помощи, и клиенты не могут выбирать свой собственный Центр психического здоровья или специалиста в системе здравоохранения.

Транскультуральные исследования выделили несколько психических состояний, часто испытываемых иммигрантами и беженцами: высокая уязвимость к депрессивным и посттравматическим стрессовым расстройствам [Fazel, Wheeler, Danesh, 2005; Kinzie, 2006], хотя и не всегда признаваемых самими пациентами [Hollifield et al., 2002; Bolton et al., 2007].

Высокий риск острого психоза или шизофрении отмечается во многочисленных исследованиях [Bhugra, 2000], хотя большинство авторов склонны определять этот риск за счет этнического происхождения больного [Cantor-Graae, Seltén, 2005], актуальных преи постмиграционных факторов риска [Bhugra, Ayonrinde, 2004; Kirmayer et al., 2010].

Показано, что среди этнических групп с высоким риском развития психоза в раннюю фазу миграции и в первых поколениях преобладают выходцы из Африки [Cooreg, 2005]. Лица с короткой историей иммиграции считаются входящими в группу наиболее высокого риска [Dealberto, 2010]. Среди самых патогенных преи миграционных факторов риска значимым является наличие травматических событий во время и после путешествия [Chou, 2009; Steel et al., 2009]. Определено много взаимосвязей между социальным капиталом, культурной идентичностью и развитием выраженных психиатрических расстройств [van Os et al., 2000; Bhugra, Becker, 2005]. Подчеркивается, что степень приема, интеграцию и включение людей из разных культурных и этнических групп в социальные рамки нельзя недооценивать, а принимающее общество являет собой либо угрозу, либо поддержку культурной идентичности иммигрантов [Bhugra, 2004].

Люди, которых приютили на Лампедузе, влившиеся в итальянский контекст, должны рассматриваться как социально хрупкие и психиатрически высоко уязвимые (подобно другим популяциям, обычно рассматриваемым как входя-

<sup>1</sup> За последние 20 лет принцип абсолютной вознаграждения был поставлен под вопрос и введена форма частичного разделения стоимости, основанной на доходе и степени нетрудоспособности пользователей; это означает, что большинство услуг еще предлагаются с минимальными затратами или бесплатно для

пациентов; и это особенно касается служб психического здоровья, где оказываемые вмешательства многочисленны и разнообразны (индивидуальные, семейные и групповые сессии, посещение на дому, психообразование, лечение в позитивном сообществе, помощь дома и на улице и др.), с фактически полным отсутствием стоимости для хронически нетрудоспособных пациентов.

щие в группу высокого психиатрического риска, например, члены семей больных шизофренией или биполярным расстройством) [McGorry et al., 2009]. Тем не менее первым пунктом, который нужно рассматривать в этом анализе, является полное отсутствие вовлеченности SSN в структурирование центров приема, в частности отсутствие роли, осуществляемой отделениями психического здоровья. Практические причины определены невозможностью принять ответственность за клиническое состояние, которое еще не определено в терминах легитимности, причем основополагающими причинами являются отсутствие культурной чувствительности к последствиям миграции для психического здоровья. Внимание ко охране психического здоровья отсутствует. Центры делегированы оказывать первую помощь, давать убежище или идентифицировать и высылать.

Большинство иностранцев африканского происхождения, живущих в Италии, имеющих краткосрочное разрешение на пребывание, рано или поздно попадают в состояние нелегальности или приостановленной легальности. В противоположность этому число обратившихся с просьбой о предоставлении убежища – тех, кто получил статус беженцев, пока минимально, это приводит к беззаконию в то время, когда просьба отклоняется, и заявитель вынуждено утрачивает статус легальности.

Организация служб психического здоровья для разных этнических групп во многих странах связана с моделями гражданства и историей миграции и является актуальной темой для исследований в области культуральной психиатрии на национальном уровне [Kirmayer, Minas, 2000]. Различные общества, имеющие свою историю миграции (по сравнению с «колониализмом», «беженцами» или «гастарбайтерами»), могут развивать транскультуральные службы психического здоровья с различной концепцией гражданства. Общества с поликультурной моделью гражданства имеют тенденцию демонстрировать достаточную культурную чувствительность и компетенцию для учета культурного разнообразия в специализированных службах. Общества с республиканской моделью гражданства идут по направлению создания этноспецифических клиник, так как вновь прибывшие и маргинальные иностранцы не могут найти способ получения квалифицированной помощи специалистов в области психического здоровья.

Хотя модель гражданства и не дебатировалась явно, и не обсуждалась даже в рамках итальянского общества, средства информации и политики имеют тенденцию решать вопрос гражданства в рамках этнической принадлежности, что далеко от зрелой республиканской модели. Это означает, что легче быть введен-

ным в SSN, чем стать итальянским гражданином; большинство иностранцев, которые имеют право на прием в SSN, должны сами преодолевать лингвистические и культурные барьеры; потребность в развитии медицинского обслуживания не обсуждается с точки зрения культуры.

Итальянская медицинская политика, в действительности, усложнила распознавание медицинских потребностей этих людей, приведя к двум противоположным практикам: с одной стороны, предоставление свободного доступа к SSN через выпуск временного документа, который гарантирует прием и анонимность (STP карта, Закон 40, 1998); с другой стороны, принуждение практикующего врача сообщать о наличии нелегала в стране, включая тех, кто проходит обследование в рамках медицинской службы (Закон 94, 2009). Эти 2 практики демонстрируют культурную амбивалентность нации по отношению к феномену миграции, где одновременно ощущаются как крайняя потребность в помощи и обслуживании (что гарантирует выпуск STP-Карты), так и угроза, опасность, беззаконие. Это превышает сознание профессионала здравоохранения, ставя его перед выбором между спасением и осуждением иностранца, стоящего перед ним, сообщая ему или даря ему немного иммунитета, а также помощи.

Даже когда этот тупик преодолен, путь в систему охраны психического здоровья еще тормозится рядом вопросов, касающихся правил приема в центры психического здоровья (MHCs). Иностранцы без легитимного проживания и статуса не могут обращаться в MHCs, и даже там, где это правило обходится, нет национальных или местных социальных рекомендаций для назначения компетенций и ответственности. Практики психического здоровья часто структурированы в полидисциплинарной манере, охватывая психологические, фармакологические, образовательные и социальные вмешательства. Эффективность специализированных служб обеспечивается хорошей или ограниченной кооперацией между этими разными подходами.

Пренебрежение или преуменьшение социальных потребностей при обращении с психологическим дистрессом иммигрантов и беженцев является самым значимым фактором непонимания этого явления и превращения страдающих в хронически больных. MHCs, с одной стороны, вовлекаются в индивидуальные терапевтические проекты, все более и более состоящих из подробных задач с явной целью – уравновесить индивидуальные нужды клиента и общественный спрос на планирование услуг [Nicolò, Pompili, 2012], с другой стороны, без координации различных профессионалов и разнообразия подходов в охране психического здоровья иммигрантов и беженцев не достичь желаемых результатов.

Alarcon и др. (1999), Tseng и Strelzer (2004) описывают культуральную чувствительность, актуальность и компетентность в качестве отличительных требований при структурировании психиатрических служб для популяций, принадлежащих к разным культурам. В Италии культуральная психиатрия является дисциплиной, исключенной из основного курса программ обучения врачей и психиатров, и хотя многие итальянские ученые и практикующие врачи продемонстрировали культуральную чувствительность в этой области, большинству психиатрических вмешательств в пределах МНCS может не хватать культуральной эрудиции. Это может быть одной из причин, почему большая часть новаторского опыта охраны психического здоровья иммигрантов осуществлена Университетами [Rovera, 1992; Tarricone et al., 2011] или неправительственными организациями (NGO) (Charitas Italia, Medicines Sans Frontieres, Franz Fanon Centre, и т. д.), за пределами территориальных правил МНCS, с важными исключениями [Cardamone, Inglese, 1998; Ancora, Sbardella, 2011; Lasalvia et al., 2014].

**Заключение. Лампедуза, остров и символ: между судьбой и человеческими решениями.**

Было отмечено, границы – далеко не просто географические линии, они подвергаются политическим манипуляциям и обладают непрерывным реконфигурированием. Это вовлекает территории в процесс «отграничивания» путем создания «технических норм, стандартов и нормативных документов» [Andrijasevic, Walters, 2010], которые в свою очередь регулируют рынок труда, называемый «дифференцированное включение» [Mezzadra, Neilson, 2013]. Поэтому границы не рассматриваются не только «как линии исключения, но и как источники, производящие рабочую силу через процессы фильтрации и дифференциации» (Ibid). Пример этого «отграничения» можно наблюдать в решениях итальянских властей о передаче иммигрантов, спасенных морскими патрульными операциями, на Лампедузу, а не на береговые линии Сицилии или Пантеллерии.

После рассмотрения реальных событий, произошедших на Лампедузе и Сицилийском канале, мы не можем забыть урок из Кутитты (2015): политика – это зрелище [Edelman, 1985], секьюритизация миграции является частью политического спектакля [Huysmans, 2000], и итальянская миграционная политика – не исключение в этом отношении [Ritaine, 2012]. Так, Лампедуза стоит перед нами не только как остров, но и как один из самых сильных образов последнего десятилетия.

Чтобы прочесть значение этого образа, Dines (2014) предложил использовать концепцию «голой жизни» Агамбена [Agamben, 1998]. Это автор указывает способ, который средства

информации используют для описания иммигрантов: только голодающие, тонущие, часто нагие тела, над которыми совершается насилие. Представление в средствах информации иммигрантов, проходящих через этот маленький остров, явно подтверждает «скверное человеческое существование». Этот процесс изучается не только в Италии, но и описан как «европейский феномен» [Duran, 2013] и обрисовывает существование мигрантов, обязательно поляризуя политический дискурс о парадоксе секьюритизации и гуманизации [Dines, 2014; Cutitta, 2015]. В этом контексте иммигранты кажутся людьми, лишенными представительства, до такой степени, что в минимальном законном пространстве, в которое они переезжают, единственные акты гражданства, которые им остаются, – это массовые беспорядки, голодные забастовки и протесты с зашиванием ртов [Owens, 2009].

Многие ученые указали на то, что возобновление государственных лагерей задержания в Европе должно рассматриваться в свете концепции «тотальных институтов», где организация жизни группы индивидов, оторванных от внешнего мира на длительный период, находится под контролем (например: тюрьма, монастырь, школа-интернат) [Goffman, 1961]. Как психиатры и носители памяти системы психиатрических больниц, мы не можем игнорировать риски поляризации политического дискурса о людях в тотальном институте по уже упомянутому парадоксу секьюритизации и гуманизации (человек исчезает и/или заменяется стереотипом «жертва или единица потока»).

Антропологи и культуральные психиатры должны понимать, что правительственное манипулирование границами и представление в средствах информации являются решающими в непрерывном процессе «отграничения, упорядочения и отчуждения» в ЕС (Van Houtum et al., 2002). Это хорошо показано на примере бестактного выражения, которое итальянский министр внутренних дел использовал, когда говорил о кораблекрушении в октябре 2013 г. По этому случаю Angelino Alfano сослался на Лампедузу, как на «новый КПП «Чекпойнт Чарли» между севером и югом» [Alfano, 2013], тем самым ясно выражая оценочное суждение в отношении тех, кто был на этой и на другой стороне границы.

Если это образ, то следующие вопросы таковы: «на кого нацелен этот образ?», и «что является результатом восприятия этого образа?» В отношении стратегической важности сообщения Dines (2014) предположил, что реципиентов трое. Во-первых, итальянский народ, увековечивающий образ иммигрантов как обязательно бедных и отчаявшихся или как поток рабочей силы (или то и другое). Этот эффект

формирует рынок труда, поддерживающий иммигрантов на второстепенных ролях, или создание условий начинающегося процесса полной интеграции в итальянское общество. Во-вторых, иммигранты сами определили: «Драматические события на и вокруг Лампедузы составляют постоянную угрозу для «спасенных». Самое большое осознание для тех, кто умудрился покинуть остров и приобрести законный статус, является то решение, что спектакль голой жизни закончен. Но даже для тех, кто никогда не ступит на остров, Лампедуза служит напоминанием о коллективном прошлом и предчувствием того, что то, что происходит в пределах его удаленных границ (т. е. задержание и депортация) и что это могло случиться с каждым переселенцем». В-третьих, те, кто планирует и структурирует службы здравоохранения и МНЧС, не рассматривают эту часть человеческого как субъекта для помощи и личного содействия.

Авторы выражают огромную признательность НПО *Consorzio Italiano di Solidarietà (Триест)* за бесценное время, проведенное с ними в обсуждении и анализе части событий, описанных в статье.

#### Л и т е р а т у р а

1. Agamben G. *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. – Stanford : Stanford University Press, 1998.
2. Alarcon R., Westermeyer J., Foulks E. F., Ruiz P. Clinical relevance of contemporary cultural psychiatry // *J. Nervous and Mental Disease*. – 1999. – V. 187 (8). – P. 465–471.
3. Alfano A. Informativa alla Camera sulla tragedia avvenuta a Lampedusa, October 4th, 2013 [Italian Interior Ministry's report to Parliament on the tragedy occurred in Lampedusa] available at: <https://www.youtube.com/watch?v=WmUXwGLpuKc> (2013).
4. Amnesty International Lampedusa: ingresso vietato [Lampedusa: No entry]. – Turin : EGA Editore, 2005.
5. Ancora A., Sbardella A. L'approccio transculturale nei servizi psichiatrici. Un confronto tra gli operatori [Transcultural approach in psychiatric services. A discussion between professionals]. – Milan : Franco Angeli, 2011.
6. Andrijasevic R., William W. The International Organization for Migration and the international government of borders // *Environment and Planning D: Society and Space*. – 2010. – V. 28 (6). – P. 977–999.
7. Bakewell O. Keeping them in their place: the ambivalent relationship between development and migration in Africa // *Third world quarterly*. – 2008. – V. 29 (7). – P. 1341–1358.
8. Betts A. (ed.) *Global Migration Governance*. – Oxford : Oxford University Press, 2011.
9. Bhugra D. Migration and schizophrenia // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – V. 102 (Suppl. 407). – P. 68–73.
10. Bhugra D. Migration, distress and cultural identity // *British Medical Bulletin*. – 2004. – V. 69. – P. 129–141.
11. Bhugra D., Ayonrinde O. Depression in migrants and ethnic minorities // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2004. – V. 10. – P. 13–17.
12. Bhugra D., Becker M. A. Migration, cultural bereavement and cultural identity // *World Psychiatry*. – 2005. – V. 4 (1). – P. 18–24.
13. Bolton P., Bass J., Betancourt T., Speelman L., Onyango G., Clougherty K. F., Neugebauer R., Murray L., Verdelli H. Interventions for Depression Symptoms Among Adolescent Survivors of War and Displacement in Northern Uganda. A Randomized Controlled Trial // *J. American Medical Association*. – 2007. – V. 298 (5). – P. 519–527.
14. Campesi G. The Arab Spring and the crisis of the European border regime: manufacturing emergency in the Lampedusa crisis. – EUI RSCAS; Mediterranean Programme, 2011. – 2011/59 Available on the Internet at: <http://cadmus.eui.eu/handle/1814/19375>
15. Cantor-Graae E., Selten J.-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review // *American J. Psychiatry*. – 2005. – V. 162. – P. 12–24.
16. Cardamone G., Inglese S. Migrazione e malattia mentale nella realtà italiana (1978–1996) [Migration and mental illness in the Italian context (1978–1996)]. – Naples : Liguori, 1998.
17. Castles S. Understanding Global Migration: A Social Transformation Perspective // *J. Ethnic and Migration Studies*. – 2010. – V. 36 (10). – P. 1565–1586.
18. Chou K.-L. Pre-migration planning and depression among new migrants to Hong Kong: The moderating role of social support // *J. Affective Disorders*. – 2009. – V. 114 (1–3). – P. 85–93.
19. Coluccello S., Massey S. Out of Africa: The human trade between Libya and Lampedusa // *Trends in Organized Crime*. – 2007. – V. 10 (4). – P. 77–90.
20. Cooper B. Immigration and schizophrenia: the social causation hypothesis revisited // *British J. Psychiatry*. – 2005. – V. 186. – P. 361–363.
21. Council of Europe. Europe's 'boat people': mixed migration flows by sea into southern Europe. Parliamentary Assembly Doc. 11688. – Strasbourg : Council of Europe, 2008.
22. Cuttitta P. Lampedusa tra produzione e rappresentazione del confine [Lampedusa between border production and representation] // *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*. – 2015. – V. 44. – P. 31–45.
23. Davis L. Why Lampedusa remains an island of hope for migrants // *The Guardian*. – 2013. – Oct. 16<sup>th</sup>.
24. DeAlbarto M.-J. Ethnic origin and increased risk for schizophrenia in immigrants to countries of recent and longstanding immigration // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2010. – V. 121. – P. 325–339.
25. Duran R. Framing discourse during the Lampedusa crisis. Victims and intruders in Spanish press coverage // Paper presented at the International Conference of Political Communication, International Political Science Association (IPSA). – Granada (España), 2013. – Sept. 13.
26. Düvell F. Die Globalisierung des Migrationsregimes // *Zur neuen Einwanderungspolitik in Europa*. – Berlin: Association A, 2002.
27. Edelman M. *The Symbolic Uses of Politics*. – Urbana : University of Illinois Press, 1985.
28. European Parliament. European Parliament Resolution on Lampedusa, 2005. – 14<sup>th</sup> April Available at. – <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2005-0138+0+DOC+XML+V0/EN>
29. Fazel M., Wheeler J., Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review // *The Lancet*. – 2005. – V. 365. – P. 9467.
30. Goffman E. *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. – New York : Anchor, 1961.
31. Grossi A. La fine del viaggio. Destinazioni simboliche e politiche dei corpi migranti in un territorio liminare europeo: Lampedusa [The end of the journey: symbolic and political destinations of migrant bodies in a borderline European land: Lampedusa] // *EtnoAntropologia*. – 2013. – V. 1. – P. 81–86.
32. GUE/NGL. Lampedusa and Melilla: Southern frontier of fortress Europe. Report from LIBE Committee Delegation on the Visit to the Temporary Holding Centre in Lampedusa. – European Parliament, 2005. EP/LIBE PV/581203
33. Hollifield M., Warner T. D., Lian N., Krakow B., Jenkins J. H., Kesler J., Stevenson J., Westermeyer J. Measuring Trauma and Health Status in Refugees. A Critical Review // *J. American Medical Association*. – 2002. – V. 288. – P. 611–621.
34. Huysmans J. *The Politics of Insecurity. Fear, Migration and Asylum in the EU*. – London; New York : Routledge, 2006.

35. Kinzie D. Immigrants and Refugees: The Psychiatric Perspective // *Transcultural Psychiatry*. – 2006. – V. 43 (4). – P. 577–591.
36. Kirmayer L., Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective // *Canadian J. Psychiatry*. – 2000. – V. 45. – P. 438–446.
37. Kirmayer L. J., Narasiah L., Munoz M., Rashid M., Ryder A. G., Guzder J., Hassan G., Rousseau C., Pottie K. For the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care // *Canadian Medical Association Journal*. – 2010. – DOI:10.1503/cmaj.090292
38. Lasalvia A., Bonetto C., Tosato S., Zanatta G., Cristofalo D., Salazzari D., Lazzarotto L., Bertani M., Bissoli S., De Santi K., Cremonese C., De Rossi M., Gardellin F., Ramon L., Zucchetto M., Amaddeo F., Tansella M., Ruggeri M. The PICOS-Veneto Group. First-contact incidence of psychosis in north-eastern Italy: influence of age, gender, immigration and socioeconomic deprivation // *British J. Psychiatry*. – 2014. – V. 205 (2). – P. 127–134.
39. Masera L. Il 'caso Lampedusa': una violazione sistemica del diritto alla libertà personale // *Diritti umani e diritto internazionale* 1 (Gennaio-Aprile). – 2014. – P. 83–102.
40. McGorry P. D., Nelson B., Amminger G. P., Bechdolf A., Francey S. M., Berger G., Riecher-Rossler A., Klosterkötter J., Ruhrmann S., Schultze-Lutter F., Nordentoft M., Hickie I., McGuire P., Berk M., Chen E. Y., Keshavan M. S., Yung A. R. Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions // *J. Clinical Psychiatry*. – 2009. – V. 70 (9). – P. 1206–1212.
41. Medecins Sans Frontières. Rapporto sui centri di permanenza temporanea e assistenza. – Rome : Medici Senza Frontiere Italia Available. – 2004. – P. 184–187. – [http://archivio.medicisenzafrontiere.it/allegati/pubblicazioni/rapporti/cpt\\_finale.pdf](http://archivio.medicisenzafrontiere.it/allegati/pubblicazioni/rapporti/cpt_finale.pdf)
42. Mezzadra S., Brett N. *Border as Method, or, the Multiplication of Labor*. – Durham : Duke University Press, 2013.
43. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Quarto rapporto annuale: gli immigrati nel mercato del lavoro in Italia. Roma: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Available on the Internet at: <http://www.lavoro.gov.it/Notizie/Documents/IV%20Rapporto%20annuale%20MdL%20immigrati%202014.pdf>
44. Ministero dell'Interno. Rapporto di Ferragosto. – Rome : Ministero dell'Interno, 2015. – [http://www.interno.gov.it/sites/default/files/ppv\\_ferragosto\\_2015\\_stampa\\_0.pdf](http://www.interno.gov.it/sites/default/files/ppv_ferragosto_2015_stampa_0.pdf)
45. Nicolò G., Pompili E. *Manuale di psichiatria territoriale [Handbook of community psychiatry]*. – Pisa : Pacini Editore, 2012.
46. OECD International Migration Outlook 2014. – Paris : OECD Publishing, 2014. – DOI: [http://dx.doi.org/10.1787/migr\\_outlook-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2014-en)
47. Owens P. Reclaiming 'Bare Life'? Against Agamben on Refugees // *International Relations*. – 2009. – V. 23 (4). – P. 567–582.
48. Reitano T., Shaw M. Smuggled Futures: The dangerous path of the migrant from Africa to Europe. – G. I. a. T. O. Crime, Global Initiative against Transnational Organized Crime, 2014. – <http://www.globalinitiative.net/smuggled-futures/>
49. Ritaine E. Dramaturgie de l'intrusion migratoire: Teatro all'italiana. In *L'identità en jeux // Pouvoirs, identifications, mobilisations / edited by D.-C. Martin*. – Paris : Karthala, 2010. – P. 201–221.
50. Rovera G. G. The family in different sub-cultures // *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*. – 1992. – V. 28 (2). – P. 227–232.
51. Severoni S., Enkhtsetseng S., Dembech M. Second assessment of migrant health needs, Lampedusa and Linosa // Italy. Joint report from the Sicily Regional Health Authority and the WHO Regional office Mission of 16–19 May 2012. – Copenhagen : WHO-Regional Office for Europe, 2012.
52. Siegfried K. Horn migrants risk new routes to reach Europe // *IRIN Humanitarian News and Analysis*. – 2013. – Nov. 11. <http://www.irinnews.org/report/99095/horn-migrants-risk-new-routes-to-reach-europe>
53. Steel Z., Silove D., Bird K., McGorry P., Mohan P. Pathways from War Trauma to Posttraumatic Stress Symptoms Among Tamil Asylum Seekers, Refugees, and Immigrants // *J. Traumatic Stress*. – 1999. – V. 12 (3). – P. 421–435.
54. Tarricone I., Stivanello E., Ferrari S., Colombini N., Bolla E., Braca M., Giubbarelli C., Costantini C., Cazzamalli S., Mimmi S., Tedesco D., Menchetti M., Rigatelli M., Maso E., Balestrieri M., Vender S., Berardi D. Migrant pathways to community mental health centres in Italy // *International J. Social Psychiatry*. – 2011. – Aug. 3. – 0020764011409523. DOI: 10.1177/0020764011409523
55. Tseng W. S., Strelzer J. (eds.) *Cultural competence in clinical psychiatry*. – Arlington, VA : American Psychiatric Association Publishing, 2004.
56. UN. *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. U. N. D. o. E. a. S. A. P. Division. – New York : United Nations, 2015.
57. UNHCR. *Text of the Convention Relating the Status of Refugees*. Geneva (Switzerland), 1951. – P. UNHCR Communications and Public Information Service Available. – at <http://www.unhcr.org/3b66c2aa10.html>
58. Van Houtum H., Van Naerssen T. Bordering, ordering and othering // *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*. – 2002. – V. 93. – P. 125–136.
59. Van Os J., Driessen G., Gunther N., Delespaul P. Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction // *British J. Psychiatry*. – 2000. – V. 176 (3). – P. 243–248.
60. World Bank. *World Development Indicators*. – Washington, DC : World Bank, 2014. – <http://data.worldbank.org>
61. Zupi M. Migrazioni e sviluppo tra Africa e Europa. [Migrations and development between Africa and Europe] // Presented at the Conference *Le migrazioni tra Africa-Mediterraneo-Europa: dalle frontiere alla mobilità per lo sviluppo*. – Rome, 2014. – Nov. 24.

# СИБИРСКАЯ ЛЕТОПИСЬ

## ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ПРОФЕССОРА А. А. КОРНИЛОВА

Сорокина В. А.\*

ГКУЗ КО Кемеровская ОКПБ  
650036, Кемерово, ул. Волгоградская, 41

19 марта 2016 г. исполняется 85 лет со дня рождения доктора медицинских наук, профессора, врача-психиатра Анатолия Алексеевича Корнилова.

19 марта 1931 г. в селе Кыллах Олёкминского улуса в Якутии в семье колхозников Алексея Кирилловича и Ирины Дмитриевны Корниловых родился мальчик Анатолий, кроме него было еще две дочери Аня и Ася. По воспоминаниям А. А. Корнилова, сразу же после рождения он, будучи малым ребенком, «оказался виноватым перед Советской властью», так как в 1935 г. родителей его объявили кулаками и изгнали из дома. Поэтому его дошкольное детство прошло в леспрохозе «Чапаево» вдаль «от родного очага». Ирина Дмитриевна ещё в молодом 40-летнем возрасте умерла в августе 1941 г. от туберкулеза. Вскоре после смерти матери заболел и скоропостижно умер отец Анатолия Алексеевича. Поэтому с зимы 1943 г. он с сестрами стал жить у своего дяди Петра Кирилловича Корнилова.

Учебу Анатолий Алексеевич начал в Кыллахской начальной школе, в первом классе было 40 учеников, но из числа этих первоклассников только он один закончил 10 классов средней школы. С началом Великой Отечественной войны «начались страшные беды, деревня начала голодать». Анатолий в числе многих деревенских ребятшек за мизерную оплату, в буквальном смысле за краюшку хлеба, работал в колхозной ребячьей бригаде, они бороновали землю. «Дохлые» клячи едва тащили борону, время от времени от усталости они падали на поле, а обессиленные от голода и авитаминоза дети ложились рядом передохнуть, «так кучей и засыпали». Летом дети вместе со взрослыми работали на сенокосе, подвозили копны сена к стогу. Каникулы в военную, да и в послевоенную пору были понятием относительным. «Сколько себя помню, не сохранилось в памяти

ни одного праздного дня полностью» – вспоминал Анатолий Алексеевич. С детства дисциплинированный, Анатолий приучил себя уже в ранние школьные годы сидеть на уроках спокойно и сосредоточенно, внимательно слушая объяснения учителей. Не потому, что он был таким сознательным – по его словам, а потому, что рано понял, что обладает хорошей памятью. Стихи запоминал со второго, третьего прочтения, таблицу умножения во втором классе выучил во время перемены. Поэтому внимательно слушал учебный материал, слёту запоминал, чтобы не тратить дома время на подготовку уроков. Всё же свободное время было посвящено тяжелому крестьянскому труду в колхозе или домашнем подсобном хозяйстве. После 4-го класса всё лето вплоть до 1 сентября Анатолий работал конюхом, а было ему в те годы 12 лет. Рано утром водил коней на водопой, днем косил траву для лошадей, привозил на конный двор. Часто кони убежали, приходилось по полдня их искать, исхаживая многие километры. «Каждый день я горько плакал в одиночку, но при людях никогда. Проклинал свою тяжелую жизнь, трудную детскую судьбу, а главное, Гитлера, начавшего страшную войну, но работать не переставал».

9 мая 1945 г. в школе голодным, изможденным, оборванным и завшивленным ученикам объявили об окончании войны и столь долгожданной победе над гитлеровской Германией. Радость учителей и детей была безгранична, но впереди их ждали страшные и тяжелые времена, связанные со страшным голодом летом 1947 года. Но учебу и работу даже тогда не прекращали. Сил было так мало, что хватало, чтобы за день поставить только одну копну сена. Питались кукурузной мукой, собранной с попавшей в аварию баржи, муку сушили на сковородке и делали из неё густой кисель. Так прожили до нового урожая. В период голодного истощения читал книгу якутского писателя Мордвинова «Сааскы кэм» и классика еврейской литературы Шолом-Алейхема.

В 1948 г. Анатолий Алексеевич окончил Кыллахскую среднюю школу, но вплоть до осени 1949 г. его жизнь была связана с Кыллахом. Весной 1949 г. за 10-й класс сдавали 13 экзаменов. «Школьный аттестат у меня вышел троечный, кроме математических предметов, по тригонометрии была даже пятерка», – рассказывал Анатолий Алексеевич. После окончания школы ни у родных, ни у него самого не было средств продолжить образование, не было денег даже на поездку до Якутска. Проработав в течение года учителем начальных классов в селе Хоранцы, Анатолий Алексеевич накопил денег на билеты до Якутска, а затем до Иркутска. Из-за погодных условий просидел 10 дней в Олёкминском аэропорту, поэтому опоздал к началу

\*Сорокина Вероника Альбертовна, к.м.н., главный врач, главный специалист психиатр ДОЗН КО.

Юбилейная статья подготовлена с привлечением устных и письменных воспоминаний А. А. Корнилова.



учебного года. И только 6 сентября 1950 г. стал студентом Иркутского медицинского института. Тройки в школьном аттестате на деле обернулись хорошим багажом твердо усвоенных знаний, даже пропустив год учебы, в институте, Анатолий Алексеевич стал одним из лучших студентов. Экзаменационные сессии сдавал чаще на «отлично», только иногда срывался на одну четверку. Все годы учебы в институте зимой и летом занимался спортом, совмещая учебу со спортом и работой. На старших курсах тренировал сборную команду девушек мединститута по лыжным гонкам. Сам Анатолий Алексеевич имел уже в те годы первый спортивный разряд по лыжам, был чемпионом Иркутской области в эстафетной гонке на 10 км. Летом с увлечением занимался греблей на каноэ-одиночке. Греб по 10 км. В составе сборной команды Иркутской области участвовал в финале Первой Летней Спартакиады народов России в Москве. Благодаря упорной своей натуре и счастливому стечению обстоятельств попал в первую десятку. «Спорт научил меня переносить экстремальные трудности через «не могу», вести здоровый образ жизни, не употреблять спиртное, не курить и многому другому хорошему» – рассказывал Анатолий Алексеевич. Одновременно Анатолий Алексеевич пел в институтском хоре. Сам потом удивлялся, когда же всё успевал! Считал, что такие разносторонние увлечения приобщили его к общечеловеческой культуре и имели в дальнейшем большое значение в будущей жизни, «так как занятие наукой требует от человека хорошего здоровья, высокого уровня психической устойчивости, большого терпения, знания и владения основами культуры поведения и речи».

В 1956 г. после окончания Иркутского медицинского института Анатолий Алексеевич получил направление на работу в Якутск, где стал первым врачом-психиатром из якутов. В Якутске женился на выпускнице Томского медицинского института Эмме Семеновне Вишневецкой, так же приехавшей в Якутию по распределению после окончания вуза. Анатолий Алексеевич часто любил повторять: «Жена, не ведущая мужа вперед, не стимулирующая его к достижениям, обязательно тащит его назад». Так Эмма Семеновна всегда вела Анатолия Алексеевича только вперед. Они вместе учились в клинической ординатуре и окончили аспирантуру в Первом Московском медицинском институте им. И. М. Сеченова, в один день, на одном заседании ученого совета защитили кандидатские диссертации (а в это время их маленький сын Дима раскатывал по залу заседаний на детском велосипеде, подаренном научным руководителем диссертантов). Учились у одного и того же академика Евгения Алексеевича Попова, а после его смерти у профессора Василия

Михайловича Банщикова. В домашнем кабинете на почетном месте профессор А. А. Корнилов разместил фотографические портреты своих великих учителей. «Без активной помощи Эммы Семеновны я, вечно занятый общественными делами, не смог бы подготовить к защите докторскую диссертацию» – с благодарностью вспоминал Анатолий Алексеевич. Сын Дмитрий и его жена Ольга продолжили профессиональную династию – оба по специальности врачи-психиатры, кандидаты медицинских наук.

Обращаясь мысленно к воспоминаниям о своем учителе, профессоре А. А. Корнилове, я задаюсь вопросом: «Кто же он – врач, педагог-наставник, ученый-исследователь, организатор здравоохранения?» И анализируя годы знакомства с А. А. Корниловым, годы плодотворной совместной практической и исследовательской работы, понимаю, что невозможно рассматривать профессора Корнилова в какой-то одной ипостаси, в одной роли. Различные периоды жизни в зависимости от возраста, социального положения, занимаемой должности характеризовались его определенной ролью в науке, практике, педагогической и социально-политической деятельности. Обобщая жизненный путь Анатолия Алексеевича, можно определить его как лидера кузбасской психиатрической научной школы. Роль личности в науке не менее важна, чем роль личности в истории человечества. Анатолий Алексеевич с его богатым арсеналом знаний и высокоразвитой интуицией был человеком, видящим и понимающим смысл и значение поставленных перед психиатрией Кузбасса задач.

Жизнь всей страны, развитие и процветание её отдельных регионов, благосостояние и благополучие её отдельных групп населения, каждого россиянина во многом определяется уровнем физического, психического, нравственного общественного и индивидуального здоровья «здесь и сейчас» (В. Я. Семке). Сложная социально-экономическая, экологическая ситуация в Сибирском регионе имеет свои особенности – это отношения центра и периферии, отдаленность региона, высокая вероятность техногенных катастроф, высокий уровень безработицы, недостаточные медико-демографические показатели, усиление миграционных потоков, высокий суицидальный риск, увеличение численности населения высокого социального риска. Все эти актуальные проблемы стали темой совместных работ сибирских психиатров. Многолетняя искренняя дружба А. А. Корнилова с директором НИИ психического здоровья академиком В. Я. Семке явилась фундаментом создания научного и учебно-практического сообщества психиатров Кузбасса. Многие годы неформальным лидером психиатрического сообщества Кузбасса оставался А. А. Корнилов.

Многие ученые и практические врачи Кемеровской области вспоминают, что их первое знакомство с А. А. Корниловым состоялось, когда он был ответственным секретарем приемной комиссии Кемеровского мединститута, работу приемной комиссии он возглавлял в течение 12 лет.

Педагогическая деятельность А. А. Корнилова не ограничивалась руководством коллектива кафедры психиатрии, бессменным заведующим которой он оставался в течение 23 лет. В течение всего этого времени на кафедре велась и ведется по сей день активная работа по подготовке врачебных и научных кадров. На территории Кемеровской области трудится 265 врачей-психиатров, большинство из них имеют квалификационные категории. Анатолием Алексеевичем было подготовлено более 30 ординаторов по специальностям «Психиатрия» и «Психиатрия-наркология». Многие из них сейчас занимают руководящие посты в кузбасском здравоохранении, руководят структурными подразделениями специализированных психиатрических медицинских организаций. Наряду с этим часть окончивших интернатуру и ординатуру на кафедре психиатрии продолжают успешную профессиональную деятельность как в других городах России, так и за рубежом. Еще один важный раздел в сфере развития психиатрической службы региона – это подготовка аспирантов и соискателей научных степеней. Под научным руководством А. А. Корнилова кузбасскими психиатрами было защищено 18 кандидатских и 1 докторская диссертация.

В последние десятилетия происходит сближение позиций разных дисциплин и тогда в зоне «искрящихся контактов», как образно говорил В. Я. Семке, достигается неожиданное и порой радикальное решение стоящих перед учеными-психиатрами проблем. Вот в этой самой передовой зоне и провел всю свою научную, практическую и педагогическую жизнь доктор наук, профессор А. А. Корнилов.

Под руководством А. А. Корнилова накоплен огромный научный и практический материал в области ранней диагностики, терапии, реабилитации и ресоциализации при основных нервно-психических расстройствах – пограничных, аддитивных, эндогенных, аффективных. Научные результаты отражены в 2 его собственных диссертациях, более чем в 200 научных статьях, в 2 монографиях и 19 диссертациях, защищенных под его руководством.

«С его легкой руки» на базе Кемеровской областной клинической психиатрической больницы регулярно проводятся российские, межрегиональные, областные и внутрибольничные конференции. А. А. Корнилов был основным организатором и вдохновителем научных форумов. Органическая патология головного мозга

являлась приоритетным направлением научных исследований и практической деятельности Анатолия Алексеевича не случайно, так как вопросы экзогенно-органической патологии стали актуальной проблемой общества в России. Увеличение числа детей с недоразвитием интеллекта, нарушениями поведения, а также проблемы при призыве в армию, растущая подростковая и детская преступность, рост аддитивных расстройств среди подрастающего поколения – всё это так или иначе связано с проблемой экзогенно-органической патологии головного мозга. Такие известные педиатрам диагнозы как «перинатальная энцефалопатия», «синдром гипервозбудимости», «минимальная мозговая дисфункция», помимо неврологической составляющей, имеют определенное психиатрическое содержание, которое, к сожалению, не утрачивает свое значение по мере сглаживания неврологической симптоматики. Напротив, психическая составляющая требует длительной кропотливой работы. Внешне ничем не выделяясь в среде сверстников, подростки с этими расстройствами отличаются недостаточно сформированными волевыми и эмоциональными качествами, плохим контролем за своим поведением и прогнозированием своих поступков, у них нарушена тонкая моторика и скоординированность движений. Именно этим объясняется большое число травм. Дополнительная психологическая нагрузка легко провоцирует срыв психической адаптации. Именно у лиц с данной патологией быстрее всего формируются различного рода зависимости, криминальные формы поведения.

Докторская диссертация А. А. Корнилова на тему «Клинико-социальные аспекты неблагоприятного течения травматической болезни головного мозга» посвящена изучению психопатологических нарушений в отдаленном периоде закрытых черепно-мозговых травм, что позволило автору выявить определенный стереотип развития травматической болезни, который проявляется в последовательном развитии следующих этапов: астенического, психопатоподобного (возбудимого и эйфорического вариантов), апатического.

Виктор Владимирович Обеснюк (кандидат медицинских наук, заведующий отделением функциональной диагностики Кемеровской областной клинической психиатрической больницы) под руководством своего учителя профессора А. А. Корнилова в последующем разрабатывал нейрофизиологические аспекты травматической болезни головного мозга, основываясь на определении характера ЭЭГ-нарушений. Им определены ЭЭГ-маркеры на различных этапах травматической болезни головного мозга в отдаленном периоде.

Под руководством А. А. Корнилова Ольгой Николаевной Сергеевой проведено диссертационное исследование на тему ранней реабилитации детей с органической патологией головного мозга. Врач-психиатр эксперт Максим Викторович Иванов занимался вопросами профилактики психических расстройств у подростков-правонарушителей. Сейчас он успешно трудится в Санкт-Петербурге. Подростковым врачом-психиатром Артемом Владимировичем Максименко выявлены клинические особенности умственной отсталости у детей, обусловленные алкоголизмом родителей. В отношении таких детей разработаны разноуровневые программы оказания помощи, основанные на принципах дифференцированности, комплексности и поэтапности воздействия с учетом этиопатогенетических факторов, клинической структуры и стадии заболевания. В настоящее время Артем Владимирович курирует оказание специализированной психиатрической помощи детям Кузбасса в должности заместителя главного врача Кемеровской областной клинической психиатрической больницы.

Значимость исследований пограничной нервно-психической патологии при резидуальной органической недостаточности головного мозга велика в связи с её большой распространенностью. Приоритетные направления изучения пограничных нервно-психических расстройств ориентированы на изучение влияния биологических, социально-психологических, личностных факторов на их распространенность и особенности клинического проявления для повышения эффективности социально- и личностно-ориентированных лечебно-реабилитационных программ по охране психического здоровья населения Сибири и в частности Кемеровской области, обязательно с учетом региональных особенностей, в том числе и этнокультуральных.

Ольга Алексеевна Обеснюк изучала клинические и электроэнцефалографические характеристики истероформных расстройств у лиц с резидуальной органической недостаточностью головного мозга. В настоящее время Ольга Алексеевна заведует отделением пограничной нервно-психической патологии Кемеровской областной клинической психиатрической больницы. Оценкой эффективности мультимодального подхода психотерапии в комплексном лечении пограничных нервно-психических расстройств у больных резидуальной церебрально-органической недостаточностью занимался Алексей Анатольевич Зданович. Сейчас он оказывает психотерапевтическую помощь жителям Москвы.

Новые времена диктуют иные взгляды на мораль, нравственность, вечные ценности. Поэтому так важно не растерять те достижения человечества, касающиеся милосердного отношения к больным, к людям, попавшим в труд-

ные жизненные ситуации, оказавшимся на скамье подсудимых или в местах заключения. Совместно с сотрудниками Томского НИИ психического здоровья пенитенциарная психиатрия и психология в Кемеровской области стремится сделать жизнь заключенных в условиях ограничения свободы более гуманной, целенаправленной, подготовленной к освобождению. Врачами-психиатрами Кемеровского ГУИН под научным руководством профессора А. А. Корнилова были защищены две кандидатские диссертации, посвященные аддиктивным расстройствам среди заключенных. Сергей Иванович Гусев (ныне доктор медицинских наук) занимался клиникой и реабилитацией заключенных, страдающих тезисом, а Олеся Борисовна Беседина изучала особенности лечения алкоголизма в условиях пенитенциарных учреждений.

Современная цивилизация «жестока» в отношении малочисленных народностей. Коренное малочисленное население Сибири, в частности проживающее на территории Кемеровской области, чувствительно к влиянию научно-технического прогресса, развитию промышленного производства, к межнациональным спорам и отчужденности. Чрезвычайно важно для сохранения традиционного уклада и образа жизни искать пути укрепления устойчивости и приспособляемости как конкретного человека, так и целых этнических групп. Ольга Ивановна Салмина-Хвостова и Татьяна Егоровна Евдокимова (сейчас доктора медицинских наук) под руководством А. А. Корнилова изучали распространенность и особенности психических расстройств у алтайцев и бачатских телеутов. Это позволило осуществить разработку комплексных психотерапевтических и психосоциальных программ, которые явились основой для организации оптимальной психиатрической помощи коренным народам Сибири.

Условия промышленного производства предъявляют повышенные требования к профессиональной и психологической подготовленности работающих, их психическим функциям – памяти, вниманию. Потенциальная возможность экстремальных ситуаций, большая степень личного риска требуют высокой эмоциональной устойчивости при работе во вредных и опасных условиях труда. При этом нервно-психические расстройства любой степени выраженности нарушают эти функции. Результатом этого является снижение производительности труда, ухудшение психологического климата, дестабилизация трудовых коллективов, повторный травматизм, учащение аварийных ситуаций. Докторская диссертация профессора кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии КГМА Натальи Петровны Кокориной была посвящена психическому здоровью шахтеров, перенесших черепно-мозговую трав-

му. Врач-психиатр Центра здоровья «Энергетик» Марина Александровна Костогрыз изучала психическое здоровье работников теплоэнергетической промышленности. В процессе исследования выявлены факторы риска, особенности развития и разработаны дифференцированные лечебно-реабилитационные программы.

Врачи соматической сети практического здравоохранения сталкиваются в своей деятельности с проблемой пограничных психических расстройств, аффективных и аддиктивных состояний у больных, страдающих соматическими заболеваниями. В частности инфекционными, социально значимыми заболеваниями. Соматическая сеть не имеет достаточно сведений о «величине» проблемы, т. е. о количестве больных, действительно нуждающихся в различных видах специализированной психиатрической помощи. При этом потребность в специализированной психиатрической помощи намного превосходит возможности психиатрической службы (Смулевич А. Б., 2000). Соответственно возникает опасность несвоевременного выявления и терапии психических расстройств (Семке В. Я., 1999). Такое положение объясняется, прежде всего, неподготовленностью самой психиатрической службы к интеграции с общей медицинской практикой. Нет единой системы принципов, этапов, методов и объема лечебно-профилактической помощи больным психическими расстройствами в условиях соматической поликлиники и стационара.

Под руководством профессора А. А. Корнилова на территории Кемеровской области был проведен ряд исследований, касающихся психических расстройств у больных с хроническими вирусными инфекциями (Людмила Дмитриевна Арсененко, ныне доктор медицинских наук), пограничных и аффективных расстройств у ВИЧ-инфицированных пациентов (Ольга Дмитриевна Бородинка, врач-инфекционист, главный специалист ДОЗН КО). Вопросам лечения алкоголизма у лиц, страдающих туберкулезом легких, посвящено диссертационное исследование Галины Васильевны Кобелевой, доцента кафедры фтизиатрии Кемеровской государственной медицинской академии.

Среди учеников А. А. Корнилова главный врач ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», главный специалист нарколог ДОЗН КО, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии КГМА Андрей Анатольевич Лопатин, его кандидатская диссертация посвящена вопросам социально-трудовой реабилитации умственно отсталых, а также ассистент кафедры, психиатр-эксперт ГКУЗ КО КОКПБ Виктор Григорьевич Иванов, изучавший вопросы достижения длительных качественных ремиссий у лиц, страдающих алкоголизмом.

Безусловно, оригинальными и приоритетными следует считать научные исследования, связанные с изучением шизофрении, в первую очередь с позиций углубленного изучения клинических особенностей проявлений заболевания и возможностей реабилитации и адаптогенеза. Под руководством А. А. Корнилова проведено исследование, посвященное разработке новых терапевтических подходов к повышению эффективности лечения больных шизофренией, возникающей на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга. Доказано, что терапия резидуальной органической недостаточности головного мозга является необходимым и обоснованным начальным этапом последующей психофармакотерапии шизофренического процесса (кандидатская диссертация Вероники Альбертовны Сорокиной – главного врача Кемеровской областной клинической психиатрической больницы, главного специалиста психиатра ДОЗН КО). Другая работа посвящена разработке реабилитационных программ на отдаленных этапах течения заболевания с учетом клинических, социальных и биологических факторов (кандидатская диссертация Вадима Эдуардовича Новикова, ныне доктора медицинских наук). Обоснована необходимость организации Центра психосоциальной реабилитации при диспансерном отделении, как необходимого этапа оптимизации реабилитационного процесса. Разработан «профиль реабилитации», отражающий психологические и физиологические функции больного с последующим расчетом индекса возможного потенциала реабилитации.

Вышесказанным не ограничивается вклад профессора А. А. Корнилова в становление психиатрической службы Кемеровской области. Широкий круг его научных интересов касался проблем геронтопсихиатрии, при его поддержке и содействии в диспансерном отделении больницы открыты и функционируют кабинеты геронтопсихиатрического приема, кабинет активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного наблюдения и лечения. Активное сотрудничество с МСЭ позволяло решать проблемные вопросы трудоспособности, не ущемляя права душевнобольных. Анатолий Алексеевич был активным членом консультативно-общественного совета больницы, вел большую общественную работу.

Таким образом, именно в дальнейшем творческом союзе научных коллективов кафедр, институтов и врачей-психиатров практического здравоохранения при поддержке органов управления здравоохранения видится дальнейшая перспектива развития психиатрической службы Кемеровской области на пути охраны и укрепления душевного здоровья кузбассовцев.

# НЕКРОЛОГ



## Светлой памяти профессора А. С. Боброва

Отечественная психиатрия понесла невосполнимую утрату. 15 февраля 2016 г. на 85-м году ушел из жизни выдающийся ученый Александр Сергеевич Бобров, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный работник Высшей школы РФ.

Бобров Александр Сергеевич родился 24 марта 1932 г. в г. Брянске. Закончил с отличием 1-й Московский ордена Ленина институт им. И. М. Сеченова, затем двухгодичную клиническую ординатуру при том же институте по специальности «Психиатрия» (клиника им. С. С. Корсакова), продолжил учебу в очной трехгодичной аспирантуре при Московском

НИИ психиатрии. Далее в течение 5 лет работал в качестве младшего научного сотрудника в том же институте, затем в течение 11 лет – старшим научным сотрудником психиатрического отделения Центрального института экспертизы трудоспособности (ЦИЭТИН).

В 1964 г. защитил кандидатскую диссертацию. Темой выполненного исследования были острый галлюциноз и параноид в клинике алкоголизма. В 1979 г. защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук под руководством профессора Д. Е. Мелехова. Тема докторской диссертации «Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика и прогноз затяжных непсихотических ипохондрических состояний со стойкой утратой трудоспособности».

Период работы в ЦИЭТИНе характеризовался значительным диапазоном научного интереса и был посвящен вопросам непсихотической ипохондрии в практике врачебно-трудовой экспертизы; пограничным психическим расстройствам в периоде благоприятного катамнеза у лиц с онкологическими заболеваниями; проблеме прогрессивной динамики в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы у ветеранов Великой Отечественной войны.

В 1982 г. Александр Сергеевич переехал в Иркутск, где возглавил коллектив вновь организованной кафедры психиатрии в составе Иркутского государственного института усовершенствования врачей МЗ РФ, являлся ее бессменным руководителем на протяжении 34 лет (ныне кафедра психиатрии и наркологии ИГМАПО). С 1988 по 1992 г., наряду с заведованием кафедрой психиатрии, исполнял обязанности проректора по научной работе института.

В своей работе А. С. Бобров удачно совмещал современные формы педагогической деятельности с активным ведением научной работы. Предметом дальнейших научных исследований с позиции значения преморбидной резидуально-церебрально-органической патологии в раннем по возрасту и ускоренном по темпу старении организма оказались цереброваскулярные и онкологические заболевания, относительно поздний по возрасту манифест монополярной депрессии и малопрогрессирующая шизофрения с манифестом в инволюционном возрасте. Под руководством А. С. Боброва выполнены исследования пограничных психических расстройств у работников химического и целлюлозно-бумажного производства; бытового и трудового устройства больных шизофренией на поздних этапах течения заболевания, утративших профессиональную и социальную адаптацию; хронифицированных (многолетних) приступов в клинике шизофрении; наркоманий среди военнослужащих на материале Сибирского военного округа.

В последние годы в центре научного интереса А. С. Боброва был клинико-психофармакологический подход в анализе соотношения депрессивной, тревожной и соматизированной симптоматики в клинике аффективного психоза. В продолжение исследований клиники шизофрении дана характеристика неманифестной приступообразной шизофрении с аффективными расстройствами по типу монополярной депрессии, биполярных аффективных расстройств и смешанной депрессии в структуре приступа. Проводилось исследование эффективности атипичных антипсихотиков в терапии шизофрении и шизоаффективного расстройства.

Профессор А. С. Бобров опубликовал более 200 научных работ, в том числе 5 монографий. Под его руководством защищены 18 кандидатских диссертаций, подготовлено большое количество психиатров и наркологов, работающих в различных регионах страны. Лечебная деятельность включала в себя систематические консультации пациентов в психиатрических учреждениях Иркутска и Иркутской области.

Профессор А. С. Бобров пользовался заслуженным авторитетом среди психиатрической научной общественности России, о чем свидетельствуют ежегодные приглашения Александра Сергеевича с докладом на научно-практические конференции федерального уровня, а также организация и проведение возглавляемой им кафедрой межрегиональных и областных научно-практических конференций с приглашением ведущих психиатров России.

А. С. Боброва отличала высокая требовательность в выполнении и поиск новизны, как собственных научных исследований, так и руководимых им аспирантов.

За безупречный многолетний труд Александр Сергеевич Бобров был награжден бронзовой медалью ВДНХ, дипломом именной премии им. В. М. Бехтерева, медалью «Ветеран труда», значками «Отличник социального обеспечения», «Отличник здравоохранения», медалью имени Пирогова. Являлся членом Правления Российского общества психиатров, Федеральной Проблемной учебно-методической комиссии по психиатрии и наркологии, Проблемной комиссии «Эндогенные психические заболевания» Межведомственного научного совета при Президиуме РАМН.

Видный ученый, уважаемый и любимый педагог, талантливый руководитель, яркая и творческая личность, Александр Сергеевич Бобров на протяжении всей своей жизни демонстрировал высокий профессионализм, преданность своему делу, стремление к совершенству, самоотверженность и самоотдачу. Его жизненный путь навсегда останется образцом служения своей профессии.

Вечная память профессору Александру Сергеевичу Боброву, имя его навсегда останется в истории отечественной психиатрии.

*Редколлегия Сибирского вестника психиатрии и наркологии выражает глубокие соболезнования родным и близким А. С. Боброва*

**Научно-практический  
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник  
психиатрии и наркологии.  
2016. № 1 (90).**

Оригинал-макет СВПН. 2016. № 1 (90) подготовлен  
в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении  
«Научно-исследовательский институт психического здоровья» (Томск)  
выпускающим редактором И. А. Зеленской.  
Переводчик С. В. Владимирова

---

**Подписано к печати 15.03.2016 г.  
Формат 60х84<sub>1/8</sub>. Печать офсетная.  
Бумага мелованная. Гарнитура «Arial».  
Печ. л. 13,75; усл. печ. л. 12,79; уч.-изд. л. 13,74.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 16176.  
Цена договорная**

---

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

**Индекс подписки**  
**66013**