ISSN 1810-3111

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Биологические исследования

Клиническая психиатрия

Клиническая наркология

Детско-подростковая психиатрия

Экологическая психиатрия

Пенитенциарная психиатрия

Психосоматика

Этнопсихиатрия и этнонаркология

Организация психиатрической помощи

Психотерапия и медицинская психология

Лекции. Обзоры

Эпилептология

Новости психиатрии

Юбилеи

2016. № 3 (92).

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. № 3 (92).

Учредитель:
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
«Научно-исследовательский институт психического здоровья» (НИИ психического здоровья)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

член-корр. РАН **Н. А. Бохан** (гл. редактор)	**Томск**
проф. **А. В. Семке** (зам. гл. редактора)	**Томск**
проф. **С. А. Иванова** (зам. гл. редактора)	**Томск**
проф. **М. М. Аксенов**	**Томск**
академик РАН **Л. И. Афтанас**	**Новосибирск**
проф. **Т. П. Ветлугина**	**Томск**
академик РАО **Э. В. Галажинский**	**Томск**
член-корр. РАН **Н. Н. Иванец**	**Москва**
проф. **З. И. Кекелидзе**	**Москва**
проф. **В. Н. Краснов**	**Москва**
проф. **И. Е. Куприянова**	**Томск**
проф. **А. И. Мандель**	**Томск**
проф. **Н. Г. Незнанов**	**С-Петербург**
проф. **Л. Д. Рахмазова**	**Томск**
проф. **Ю. П. Сиволап**	**Москва**
академик РАН **А. Б. Смулевич**	**Москва**
проф. **Е. Д. Счастный**	**Томск**
академик РАН **А. С. Тиганов**	**Москва**
член-корр. РАН **Д. Ф. Хритинин**	**Москва**
проф. **Б. Д. Цыганков**	**Москва**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

проф. **С. А. Алтынбеков**	**Алматы**
д.м.н. **И. А. Артемьев**	**Томск**
д.м.н. **М. Ф. Белокрылова**	**Томск**
проф. **А. С. Бобров**	**Иркутск**
проф. **С. Вилласенор Баярдо**	**Мексика**
проф. **Н. В. Говорин**	**Чита**
проф. **П. Джонсон**	**США**
проф. **В. Л. Дресвянников**	**Новосибирск**
проф. **Г. В. Залевский**	**Калининград**
проф. **Ц. П. Короленко**	**Новосибирск**
проф. **Ф. Ланг**	**Германия**
проф. **А. Лунен**	**Нидерланды**
проф. **Н. А. Марута**	**Харьков**
проф. **В. Д. Менделевич**	**Казань**
проф. **П. В. Морозов**	**Москва**
проф. **А. А. Овчинников**	**Новосибирск**
проф. **Ю. В. Попов**	**С-Петербург**
проф. **М. И. Рыбалко**	**Барнаул**
проф. **Н. Сарториус**	**Швейцария**
проф. **А. М. Селедцов**	**Кемерово**
д.п.н. **И. Я. Стоянова**	**Томск**
проф. **А. А. Сумароков**	**Красноярск**
проф. **М. Г. Узбеков**	**Москва**
проф. **И. Г. Ульянов**	**Владивосток**
проф. **Ху Цзянь**	**Китай**
проф. **Л. Эрдэнэбаяр**	**Монголия**

Журнал основан в 1996 г.
Журнал зарегистрирован в Государственном комитете Российской Федерации по печати.
Свидетельство о регистрации № 017413 от 10 апреля 1998 г.
Свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № 77-13364 от 19 августа 2002 г.
выдано Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук.

Территория распространения журнала: Российская Федерация, страны СНГ, зарубежные страны.

Редакция журнала:
Ответственный секретарь к.м.н. **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**

© Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 3 (92)

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

SCIENTIFIC-PRACTICAL REVIEWED JOURNAL
2016. № 3 (92).

Founders:
Federal State Budgetary Scientific Institution
"Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences"
"Mental Health Research Institute" (Mental Health Research Institute)

EDITORIAL BOARD

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

EDITORIAL COUNCIL

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

The journal has been established in 1996.
The journal has been registered in the State Committee of Russian Federation on Press.
Certificate of registration no. 017413 of April 10, 1998.
Certificate of reregistration of mass medium PI no. 77-13364 of August 19, 2002 has been issued by Ministry of Russian Federation of on press, TV and radio broadcasting and means of mass communications.

The journal is included into List of leading scientific journals and publications issued in Russian Federation where basic scientific results of doctoral theses should be published.

Territory of dissemination of the journal: Russian Federation, countries of CIS, foreign countries.

Editorial staff:
Responsible secretary Ph.D. **O. E. Perchatkina**
Issuing editor **I. A. Zelenskaya**

Editorial office: Tomsk, 634014, Aleutskaya Street, 4, Editorial-Publishing Group
Mental Health Research Institute
Tel/fax: (382-2)-72-44-25. Tel: (382-2)-72-43-97. E-mail: redo@mail.tomsknet.ru.
Website of the Institute: tomskinstitute.mental-health.ru Website of journal: svpin.org

© **Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2016. № 3 (92)**

С О Д Е Р Ж А Н И Е

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Матвеева Н. П., Иванова С. А., Тощакова В. А., Хоютанова Н. В., Максимова Н. Р., Сухомясова А. Л., Боярко Е. Г., Матвеев А. А., Пожидаев И. В., Османова Д. З., Охлопкова Е. Д., Асекритова А. С., Томский М. И. (Якутск, Томск, Марбург) Анализ ассоциации полиморфизма гена триптофанпирролазы TDO2 с алкоголизмом у жителей Республики Саха (Якутия) 5

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Корнетова Е. Г., Микилев Ф. Ф., Семке А. В., Лебедева В. Ф., Павлова О. А., Мальцева Ю. Л., Каткова М. Н., Горбацевич Л. А. (Томск) Пути совершенствования реабилитационной тактики при шизофрении с риском развития негативного симптомокомплекса 9

Лазуткина А. Ю., Горбунов В. В., Сахаров А. В. (Чита) Суициды у работников локомотивных бригад железной дороги: вероятность развития, срок возникновения, возможности психофизиологического и лабораторного прогнозирования 13

Погосова И. А. (Курск) Клинические и психологические особенности больных паническим расстройством и агорафобией 23

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Мингазов А. Х., Васильев В. Н. (Челябинск, Тюменская область, п. Винзили) Резистентное течение опиоидной наркомании 29

Артемьев И. А. (Томск) Снижение распространенности алкоголизма в Сибири: тенденция или прогностический артефакт? 33

Белокрылов И. И., Аболонин А. Ф. (Томск) **А**тарактическая мотивировка употребления психоактивных веществ среди молодежи 38

Дралюк Н. М., Сумароков А. А. (Красноярск) Особенности злоупотребления психоактивными веществами амфетаминового ряда (метилендиоксипировалероном и пирролидиновалерофеноном) в Красноярском крае 43

Патрикеева О. Н., Овчинников А. А., Кормилина О. М. (Новосибирск) Аффективные расстройства у лиц с зависимостью от синтетических каннабиноидов 47

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Ворсина О. П. (Иркутск) Социально-демографические и клинические характеристики детей и подростков, совершивших завершенные суициды 51

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Буртовая Е. Ю., Кантина Т. Э., Литвинчук Е. А., Чебан А. Ю., Аклеев А. В. (Челябинск) Астенические расстройства у лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию 55

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Коробицина Т. В., Находкин Е. Г. (Красноярск) Распространенность зависимости от психоактивных веществ среди мужчин, впервые осужденных к лишению свободы 60

ПСИХОСОМАТИКА

Никифорова Т. В., Агаркова Л. А., Счастный Е. Д., Казенных Т. В., Гарганеева Н. П. (Томск) Тактика лечения депрессивного расстройства во время беременности у женщин с потерей плода в анамнезе 65

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

Юлдашев В. Л., Галеева Е. Х., Асадуллин А. Р., Ахметова Э. А., Николаев И. В., Илларионов М. В. (Уфа) Особенности распространенности и потребления синтетических дизайнерских наркотических средств на территории Республики Башкортостан 69

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ведяшкин В. Н., Шереметьева И. И. (Барнаул) Организация суицидологической помощи подросткам Алтайского края 75

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Терехина О. В. (Томск) Жизнестойкость и качество жизни работников атомной промышленности 81

ЛЕКЦИИ И ОБЗОРЫ

Бохан Н. А., Султанова А. Н., Овчинников А. А. (Томск, Новосибирск) Кросскультуральные аспекты посттравматических стрессовых расстройств (литературный обзор) 88

Алмадакова О. А., Ласовская Т. Ю. (Новосибирск) Распространенность и факторы риска развития синдрома эмоционального выгорания у врачей-интернов (обзор зарубежной литературы) 93

Ивашиненко Д. М. (Тула) Агрессия в подростковой среде: факторы риска, предикторы, особенности эмоционально-личностной сферы и социального функционирования (литературный обзор) 98

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

Казенных Т. В., Епанчинцева Е. М., Иванова А. А., Лебедева В. Ф. (Томск) Дифференцированная реабилитация больных с эпизодической пароксизмальной тревожностью 104

НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ

Мандель А. И., Матвеева Н. П. (Томск, Якутск) Республиканский форум «Трезвая Арктика» в рамках конгресса «Арктика без алкоголя» 111

Семке А. В. (Томск) 125-летие кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ: история становления, развитие, реальность 115

ЮБИЛЕИ 117

CONTENTS

BIOLOGICAL RESEARCH

Matveeva N. P., Ivanova S. A., Toshchakova V. A., Khoyutanova N. V., Maximova N. P., Sukhomyasova A. L., Boyarko E. G., Matveev A. A., Pozhidayev I. V., Osmanova D. Z., Okhlopkova E. D., Asekritova A. S., Tomsky M. I. (Yakutsk, Tomsk, Marburg) Tryptophan 2,3-dioxygenase TDO2 polymorphism rs 2271537 in patients with alcohol dependence from Yakut and Russian population of Yakutia 5

CLINICAL PSYCHIATRY

Kornetova E. G., Mikilev F. F., Semke A. V., Lebedeva V. F., Pavlova O. A., Maltseva Yu. L., Katkova M. N., Gorbatsevich L. A. (Tomsk) The ways to improve rehabilitation approach in schizophrenia with predominance of negative disturbances 9

Lazutkina A. Yu., Gorbunov V. V., Sakharov A. V. (Chita) Suicides in workers of locomotive crews at railway: probability of development, period of occurrence, possible psychophysiological and laboratory prediction 13

Pogosova I. A. (Kursk) Clinical and psychological features of patients with panic disorder and comorbid agoraphobia ... 23

CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

Mingazov A. Kh., Vasiliev V. N. (Chelyabinsk, Tymen Region, v. Vinzili) Resistant course of opioid addiction 29

Artemyev I. A. (Tomsk) Decrease in prevalence of alcoholism in Siberia: tendency or predictive artifact? 33

Belokrylov I. I., Abolonin A. F. (Tomsk) Ataractic motivation of substance use among young people 38

Dralyuk N. M., Sumarokov A. A. (Krasnoyarsk) Psychoactive amphetamine type stimulants (methylenedioxypyrovalerone and pyrrolidinophenone) in the Krasnoyarsk region 43

Patrikeeva O. N., Ovchinnikov A. A., Kormilina O. M. (Novosibirsk) Affective disorders in patients with dependence on synthetic cannabinoids 47

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

Vorsina O. P. (Irkutsk) Social-demographic and clinical characteristics of children and adolescents having completed suicides 51

ECOLOGICAL PSYCHIATRY

Burtovaya E. Yu., Kantina T. E., Litvinchuk E. A., Cheban A. Yu., Akleev A. V. (Chelyabinsk) Asthenic disorders in persons affected by chronic radiation exposure 55

PENAL PSYCHIATRY

Korobitsina T. V., Nakhodkin E. G. (Krasnoyarsk) Prevalence of dependence on the psychoactive substances among the men, for the first time condemned to the deprivation of freedom, and their sociodemographic special features 60

PSYCHOSOMATICS

Nikiforova T. V., Agarkova L. A., Schastnyy E. D., Kazennykh T. V., Garganeeva N. P. (Tomsk) Therapeutic approach to depressive disorder during pregnancy in women with fetal loss in obstetric history 65

ETHNOPSYCHIATRY AND ETHNOADDICTOLOGY

Yuldashev V. L., Galeeva E. Kh., Asadullin A. R., Akhmetova E. A., Nikolayev I. V., Illarionov M. V. (Ufa) prevalence and incidence of new synthetic "designer" drug use in the Republic of Bashkortostan 69

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH CARE

Vedyashkin V. N., Sheremetyeva I. I. (Barnaul) Organization of suicidological help for adolescents of the Altay Krai 75

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Terekhina O. V. (Tomsk) Hardiness and quality of life of workers of atomic industry 81

LECTURES AND REVIEWS

Bokhan N. A., Sultanova A. N., Ovchinnikov A. A. (Tomsk, Novosibirsk) Cross-cultural aspects of posttraumatic stress disorders (literature review). 88

Almadakova O. A., Lasovskaya T. Yu. (Novosibirsk) Prevalence and risk factors of burnout in medical interns. Literature review 93

Ivashinenko D. M. (Tula) Aggression among adolescents: risk factors, predictors, features of emotional-personal sphere and social functioning 98

EPILEPTOLOGY

Kazennykh T. V., Epanchintseva E. M., Ivanova A. A., Lebedeva V. F. (Tomsk) Differentiated rehabilitation of patients with episodic paroxysmal anxiety 104

NEWS OF PSYCHIATRY

Mandel A. I., Matveeva N. P. (Tomsk, Yakutsk) Republican Forum “The Sober Arctic” within the congress “The Arctic without Alcohol” 111

Semke A. V. (Tomsk) The 125th anniversary of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of the SibSMU: history of establishment, development, reality 115

JUBILEES 117

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008.441.13(571.56)
ББК 56.145.11+52.54

АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ТРИПТОФАНПИРРОЛАЗЫ TDO2 С АЛКОГОЛИЗМОМ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Матвеева Н. П.[*1], Иванова С. А.[2], Тощакова В. А.[2], Хоютанова Н. В.[1], Максимова Н. Р.[3], Сухомясова А. Л.[3], Боярко Е. Г.[2], Матвеев А. А.[4], Пожидаев И. В.[2], Османова Д. З.[2], Охлопкова Е. Д.[1], Асекритова А. С.[3], Томский М. И.[1]

[1] **ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем»**
677010, Якутск, Сергеляхское шоссе, 4

[2] **НИИ психического здоровья Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук**
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

[3] **ФГАОУ ВПО «СВФУ имени М. К. Аммосова»**
677000, Якутск, ул. Белинского, 58

[4] **Марбургский университет**
Germany, 35037, Marburg, Biegenstrasse, 10

Одной из систем, отвечающих за формирование зависимости от психоактивных веществ, в том числе и алкоголя, является серотониновая система мозга. Триптофан-2,3-диоксигеназа (триптофанпирролазы TDO2) – ключевой фермент метаболизма триптофана, предшественника серотонина. Проведен анализ полиморфного варианта rs2271537 в гене TDO2 для лиц с алкогольной зависимостью в этнических группах русских и якутов, проживающих в Республике Саха (Якутия). Установлено, что распределение частот генотипов и аллелей полиморфизма rs2271537 в группах русских и якутов достоверно не различается. В группе якутов проведен анализ взаимосвязи частот генотипов и аллелей исследуемого полиморфизма с характером алкогольного абстинентного синдрома. Выявлено, что у якутов с генотипом A/A длительнее купируется алкогольный абстинентный синдром (через 8—10 дней у 66,7 %); при генотипе A/C наибольшая длительность купирования синдрома отмены составила 5—7 дней (58,3 %); генотип C/C характеризовался в большинстве случаев наименьшим периодом купирования синдрома отмены – 1—2 дня (40,7 %), при этом статистически значимой взаимосвязи не обнаружено (p=0,107). **Ключевые слова**: алкоголизм, якуты, русские, Республика Саха (Якутия), ген триптофан-2,3-диоксигеназы TDO2, алкогольный абстинентный синдром.

TRYPTOPHAN 2,3-DIOXYGENASE TDO2 POLYMORPHISM RS 2271537 IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE FROM YAKUT AND RUSSIAN POPULATION OF YAKUTIA.
Matveeva N. P.[1], Ivanova S. A.[2], Toshchakova V. A.[2], Khoyutanova N. V.[1], Maximova N. R.[3], Sukhomyasova A. L.[3], Boyarko E. G.[2], Matveev A. A.[4], Pozhidayev I. V.[2], Osmanova D. Z.[2], Okhlopkova E. D.[1], Asekritova A. S.[3], Tomsky M. I.[1] [1] **Yakut Scientific Center of Complex Medical Problems.** *Sergelyakhskoe Highway 4, 677010, Yakutsk, Republic of Sakha (Yakutia).* [2] **Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences**. *Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* [3] **North-Eastern Federal M.K. Ammosov University**. *Belinsky Street 58, 677000, Yakutsk, Republic of Sakha (Yakutia).* [4] **Marburg University**. *Biegenstrasse 10, 35037, Marburg, Germany.*
Analysis of rs 2271537 was performed using standard RT-PCR protocol. No significant differences between the frequency distribution of genotypes and alleles of rs 2271537 in populations of Russians and Yakuts were found. Statistical analysis revealed no significant differences in length of withdrawal symptoms period between genotype CC, CA, AA carriers (p=0.107). **Keywords**: alcoholism, Yakuts, Russians, Republic of Sakha (Yakutia), tryptophan 2,3-dioxygenase gene-TDO2, alcohol withdrawal symptoms.

Актуальность. В соответствии с данными M. A. Schuckit, T. L. Smith вклад наследственности в развитие зависимостей составляет от 40 до 70 % [13]. Другие исследователи [8, 12] выявили значительные межполовые различия в уровне и характере возникновения паттернов употребления алкоголя при наследственной предрасположенности и коморбидности алкоголизма с другой патологией [1, 2].

Функциональная недостаточность серотонинергической системы при алкогольном абстинентном синдроме [5] определяет актуальность изучаемой проблемы. Молекулярно-генетические исследования в области наркологии установили взаимосвязь полиморфизма гена 2A рецептора серотонина, регулирующего серотониновый обмен, с риском формирования алкогольных психозов [4]. Выявлена ассоциация полиморфизма гена рецептора серотонина 2C (HTR2C) с депрессивными расстройствами [6].

Анализ полиморфизма генов дофаминергической системы у больных алкоголизмом якутов и чукчей по этнической принадлежности показал, что ген рецептора D2 дофамина, DRD2 ассоциирован с повышенным риском развития острого алкогольного психоза у якутов. В популяции чукчей выявлена ассоциация гена моноаминоксидазы B с алкоголизмом [11]. Показана ассоциация полиморфизма генов переносчика дофамина DAT1(SLC6A3) с риском формирования алкогольной зависимости в якутской популяции [7]. Также исследована роль гормональных показателей, генетических маркеров и психометрических параметров в регуляции агрессивных форм поведения у больных алкоголизмом [9, 10, 14] и выявлено участие гуморальных факторов в развитии алкоголизма и формировании абстинентного синдрома.

[*] *Матвеева Нюргуяна Петровна, к.м.н., зав. лаб. ОЭХНИЗ ФГБНУ «ЯНЦ КМП». Телефон: (4112)321981. Электронная почта: nyusakha@mail.ru*

Иванова Светлана Александровна, д.м.н., проф. зам. директора ФГБНУ «НИИПЗ». Телефон: (3822)724015, Электронная почта: redo@mail.tomsknet.ru

Так, уровень дегидроэпиандростерон-сульфата был повышен у больных алкоголизмом, находящихся в стадии абстинентного синдрома, и выявлено значительное повышение уровня кортизола у больных алкоголизмом в стадии абстинентного синдрома и в стадии ремиссии по сравнению с контрольной группой соматически и психически здоровых лиц [11]. Кортизол ассоциирован также с агрессивным поведением [14]. Уровень дегидроэпиандростерон-сульфата был повышен у больных алкоголизмом, находящихся в стадии абстинентного синдрома [10]. В ранних исследованиях была показана связь полиморфного варианта rs2271537 гена TDO2 с акцентуациями характера по Леонгарду-Шмишеку среди больных алкоголизмом с противоправным поведением. Так, у носителей генотипа A/C по данному локусу выявлено повышение уровня возбудимости по отношению к носителям генотипа C/C [3].

Целью исследования являлся анализ ассоциации полиморфизма A>C (rs2271537) гена триптофан-2,3-диоксигеназы (TDO2) с алкоголизмом у жителей Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. Основным инструментом исследования являлась Карта стандартизированного описания обследуемого по теме НИР «Патобиологические основы клинической гетерогенности психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ», разработанная в НИИ психического здоровья (авторы-составители: д.м.н., проф. Н. А. Бохан, д.м.н., проф. А. И. Мандель).

Для генотипирования по полиморфному варианту rs2271537 гена TDO2 использовался метод ПЦР в реальном времени с помощью набора реагентов TaqMan®SNP Genotyping Assay фирмы «Applied Biosystems» (США). Амплификация и анализ результатов осуществлялись с помощью Real-Time ДНК амплификатора «StepOnePlus» фирмы Applied Biosystems (США).

Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами ведения исследований человека согласно протоколу, утвержденному комитетом по Биомедицинской этике ФГБНУ «НИИ психического здоровья».

Объект исследования. Было обследовано 404 мужчины из Республики Саха (Якутия), в том числе 65 больных алкоголизмом и 65 здоровых русских, 168 якутов с алкогольной зависимостью и 106 здоровых якутов.

Критериями включения в исследуемую выборку являлись зрелый возраст (от 18 до 75 лет); соответствие клинической картины на момент исследования диагностическим критериям диагноза по МКБ-10 (F10.2).

При анализе взаимосвязи частот генотипов и аллелей исследуемого полиморфизма с характером алкогольного абстинентного синдрома группа якутов была распределена в соответствии с принадлежностью к климатогеографическим зонам проживания на территории республики: центральная, вилюйская, субарктическая.

Статистический анализ и обработка данных проводились с использованием пакета прикладных программ STATISTICA, версия 6.0 для Windows и пакета программ SPSS, версия 19,0.

Результаты. Распределение частот генотипов и аллелей исследуемого полиморфизма в группах русских и якутов соответствовало равновесию Харди-Вайнберга (табл. 1).

Таблица 1

Распределение частот генотипов и аллелей полиморфного варианта *rs2271537* гена *TDO2* у больных алкогольной зависимостью и здоровых лиц в этнических группах русских и якутов, %

Группа обследованных	n	Частота					χ^2 (p) частот генотипов/аллелей
		генотипов			аллелей		
		A/A	A/C	C/C	A	C	
Русские							
Больные	65	23,1	50,8	26,2	48,5	51,5	2,98 (0,23)/ 0,76 (0,38)
Контроль	65	24,6	36,9	38,5	43,1	56,9	
Якуты							
Больные	168	26,2	43,5	30,4	47,9	52,1	0,62 (0,73)/ 0,50 (0,48)
Контроль	106	24,5	40,6	34,9	44,8	55,2	

В результате анализа распределения частот генотипов (χ^2=0,62, p=0,73) и аллелей (χ^2=0,50, p=0,48) полиморфного варианта rs2271537 в исследуемых группах больных алкоголизмом и здоровых лиц якутской популяции статистически значимых различий не обнаружено (рис. 1).

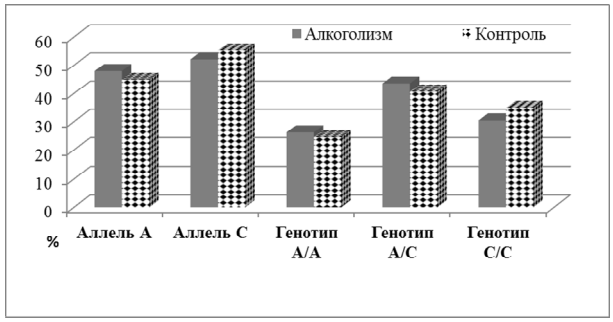


Рис. 1. Частоты генотипов и аллелей полиморфного варианта rs2271537 гена TDO2 в группах якутов

Частоты аллелей A и C в обеих группах русских статистически значимо не различались (рис. 2).

В общей выборке среди больных алкоголизмом разной национальности статистически значимых различий также не обнаружено.

Таким образом, ассоциация полиморфизма rs2271537 гена TDO2 с алкоголизмом не выявлена ни в русской, ни в якутской этнической группе.

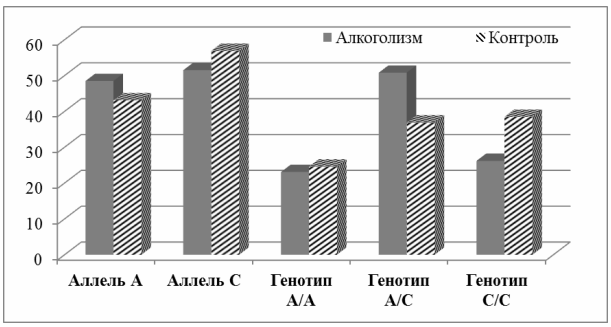


Рис. 2. Частоты генотипов и аллелей полиморфизма rs2271537 гена TDO2 в этнической группе русских

При анализе взаимосвязи частот генотипов и аллелей исследуемого полиморфизма с характером алкогольного абстинентного синдрома группа якутов-мужчин была распределена в соответствии с принадлежностью к зонам проживания обследуемых на территории республики. При проведении анализа результатов генотипирования в объединенной выборке обнаружилось, что у лиц с генотипом А/А длительнее купируется алкогольный абстинентный синдром (8—10 дней у 66,7 % обследованных); при генотипе А/С наибольшая длительность купирования синдрома отмены составила 5—7 дней (58,3 %); генотип С/С характеризовался в большинстве случаев наименьшим периодом купирования синдрома отмены – 1—2 дня (40,7 %), при этом статистически значимой взаимосвязи не установлено (p=0,107) (рис. 3).

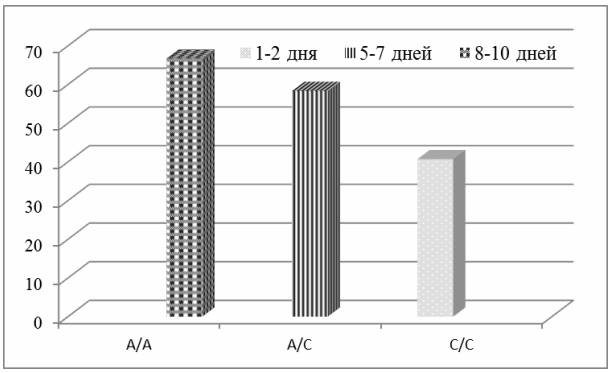


Рис. 3. Взаимосвязь частот генотипов и аллелей полиморфизма rs2271537 с длительностью алкогольного абстинентного синдрома в группе мужчин-якутов

Выявлено, что чем длительнее проходил алкогольный абстинентный синдром, тем чаще клиническая картина синдрома отмены была развернутой (p=0,001). Продолжительность купирования алкогольного абстинентного синдрома была длительнее у якутов из центральной зоны – от 5 до 10 суток в 75 % случаев (p=0,04), в вилюйской зоне синдром отмены длился 3—4 суток (36,7%), в субарктической зоне – 1—2 суток (44,4 %) (рис. 4).

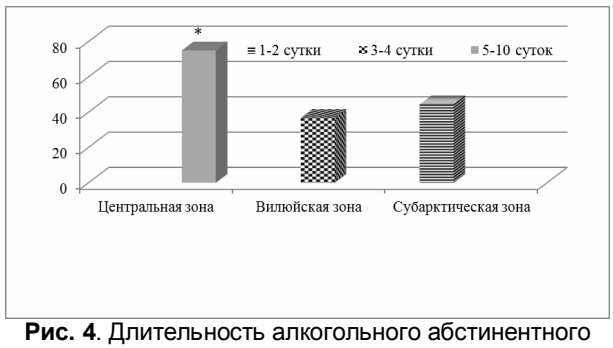


Рис. 4. Длительность алкогольного абстинентного синдрома в зависимости от территориальной принадлежности (* – p<0,05)

Наиболее частой сопутствующей неврологической патологией у обследованных была токсическая энцефалопатия (p=0,02). В структуре синдрома отмены у якутов центральной зоны преобладают соматовегетативные и неврологические расстройства (80 %), осложненные судорогами; вилюйская группа больных характеризовалась в 73,3 % случаев развернутой формой синдрома отмены; в субарктической зоне чаще наблюдалась вегетативно-астеническая форма синдрома отмены (71,4 %).

Заключение. Установлено, что распределение частот генотипов и аллелей полиморфного варианта rs2271537 гена TDO2 в этнических группах русских и якутов статистически значимо не различается. Генотип А/А у якутов ассоциирован с длительностью купирования алкогольного абстинентного синдрома (длительность до 10 дней в 66,7 % случаев). Клиническая гетерогенность синдрома отмены обусловлена генетической неоднородностью якутов на территории Республики Саха (Якутия), особенностями метаболизма и наличием сопутствующей неврологической патологии, которая является усугубляющим фактором тяжести течения синдрома отмены при алкоголизме.

Литература

1. *Бохан Н. А., Коробицина Т. В.* Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11—17.
2. *Бохан Н. А., Семке В. Я.* Коморбидность в наркологии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
3. *Бохан Н. А., Иванова С. А., Левчук Л. А.* Серотониновая система в модуляции депрессивного и аддиктивного поведения. – Томск, 2013. – С. 76—84.
4. *Галеева А. Р., Юрьев Е. Б., Валинурова И. Р., Хуснутдинова Э. К.* Анализ полиморфизма гена 2А рецептора серотонина у больных с острым алкогольным психозом разной этнической принадлежности // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – № 1. – С. 53—55.
5. *Де Витт Ф.* Влияние алкоголя на нейромедиаторные системы мозга // Вопросы наркологии. – 2002. – № 1. – С. 55—56.
6. *Левчук Л. А., Лосенков И. С., Вялова Н. М., Шмиголь М. В., Лебедева Е. В., Симуткин Г. Г., Иванова С. А.* Ассоциация полиморфизма гена рецептора серотонина 2С (HTR2C) с депрессивными расстройствами // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 1 (часть 2). – С. 299—303.

7. *Марусин А. В., Максимова Н. Р., Матвеева Н. П., Спиридонова М. Г., Степанов В. А.* Ассоциация полиморфизма генов переносчика дофамина DAT1 (SLC6A3) и этанол-метаболизирующих ферментов ADH1B и CYP2E1 с риском формирования алкогольной зависимости в якутской популяции // Якутский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 148—150.
8. *Семке В. Я., Чухрова М. Г., Бохан Н. А., Куприянова И. Е., Рахмазова Л. Д.* Психическое здоровье коренного населения восточного региона России. – Томск, Новосибирск: Изд-во «Наука», 2009. – 360 с.
9. *Стояк В. А., Гусев С. И., Куликов А. В., Бохан Н. А., Иванова С. А.* 5HTTLPR полиморфизм гена транспортера серотонина и G-703T полиморфизм гена триптофангидроксилазы-2 у больных алкоголизмом с антисоциальным поведением // Наркология-2010 : материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России. – М., 2010. – С. 142—143.
10. *Стояк В. А., Жернова Е. В., Бохан Н. А., Иванова С. А.* Кортизол, дегидроэпиандростерон сульфат и их соотношение у больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4 (61). – С. 88—91.
11. *Фасхутдинова Г. Г., Куличкин С. С., Матвеева Н. П., Гайсина Д. А., Носкова Т. Г., Казанцева А. В., Зайнуллина А. Г., Павлов Ф. В., Мартынова Т. Ф., Ручина, И. Л., Подлесный Е. В., Ноговицына А. Н., Федорова С. А., Хуснутдинова Э. К.* Анализ полиморфизма генов дофаминергической системы у больных алкоголизмом, якутов и чукчей по этнической принадлежности // Медицинская генетика. – 2008. – Т. 7, № 4. – С. 3—8.
12. *Kendler K. S., Myers J., Dick D., Prescott C. A.* The relationship between genetic influences on alcohol dependence and on patterns of alcohol consumption // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2010. – Vol. 34, № 6. – P. 1058—1065.
13. *Schuckit M. A., Smith T. L.* Onset and course of alcoholism over 25 years in middle class men // Drug Alcohol Depend. – 2011. – Vol. 113, № 1. – P. 21—28.
14. *Stoyak V., Ivanova S., Bokhan N., Gusev S.* Steroid hormones in patients with personality disorders in conditions of social isolation // European Psychiatry. – 2010. – Vol. 25. – P. 700.

Транслитерация русских источников

1. *Bokhan N.A., Korobitsina T.V.* [Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medicine practice]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2008; 3: 11—17. (In Russ.).
2. *Bokhan N.A., Semke V.Ya.* [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
3. *Bokhan N A., Ivanova S A., Levchuk L A.* [Serotonin system in modulation of depressive and addictive behavior]. Tomsk: Publishing House “Ivan Fedorov”, 2013; 76—84. (In Russ.).
4. *Galeeva A.R., Yuryev E.B., Valinurova I.R., Khusnutdinova E.K.* [Analysis of polymorphism of serotonin 2A receptor gene in patients with acute alcoholic psychosis of different ethnicity]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002; 1: 53—55. (In Russ.).
5. *De Witt Ph.* [Effect of alcohol on brain neurotransmitter systems]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2002; 1: 55—56. (In Russ.).
6. *Levchuk L.A., Losenkov I.S., Vyalova N.M., Shmigol M.V., Lebedeva E.V., Simutkin G.G., Ivanova S.A.* [Polymorphism of serotonin 2C receptor gene (HTR2C) in patients with depressive disorders]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental Research]. 2013; 1(2): 299—303. (In Russ.).
7. *Marusin A.V., Maximova N.R., Matveeva N.P., Spiridonova M.G., Stepanov V.A.* [Dopamine transporter DAT1 (SLC6A3) and alcohol metabolizing enzymes ADH1B, CYP2E1 gene polymorphism: association with alcohol dependence in Yakut population]. *Yakutskiy meditsinskiy zhurnal* [Yakut Medical Journal]. 2009; 2: 148—150. (In Russ.).
8. *Semke V.Ya., Chukhrova M.G., Bokhan N.A., Kupriyanova I.E., Rakhmazova L.D.* [Mental health of indigenous population of the eastern region of Russia]. Tomsk, Novosibirsk: Publishing House “Nauka”, 2009. 360 p. (In Russ.).
9. *Stoyak V.A., Gusev S.I., Kulikov A.V., Bokhan N.A., Ivanova S.A.* [5HTTLPR polymorphism of serotonin transporter gene and G-703T polymorphism of tryptophan hydroxylase-2 gene in alcoholic patients with antisocial behaviour]. Narkologiya-2010: materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyashchennoy 25-letiyu FGU NNTs narkologii Minzdravsotsrazvitiya Rossii [Narcology-2010: materials of scientific-practical conference devoted to the 25th annjiversary of FSI NNC of Narcology of Ministry of Healthcare and Social Development of Russia]. Moscow, 2010; 142—143. (In Russ.).
10. *Stoyak V.A., Zhernova E.V., Bokhan N.A., Ivanova S.A.* [Cortisol, dehydroepiandrosterone sulphate and their correlation in alcoholic patients]. Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii [Siberian Hearld of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 4(61): 88—91. (In Russ.)
11. *Faskhutdinova G.G., Kulichkin S.S., Matveeva N.P., Gaysina D.A., Noskova T.G., Kazantseva A.V., Zaynullina A.G., Pavlov F.V., Martynova T.F., Ruchina I.L., Podlesnyy E.V., Nogovitsyna A.N., Fedorova S.A., Khusnutdinova E.K.* [Analysis of dopamine system genes polymorphism in Yakut and Chukchi alcohol-dependent patients]. *Meditsinskaya genetika* [Medical Genetics]. 2008; 7(4): 3—8. (In Russ.).

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.895.8:615.851
ББК 56.145.51

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТАКТИКИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ НЕГАТИВНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА

Корнетова Е. Г.*, Микилев Ф. Ф., Семке А. В., Лебедева В. Ф., Павлова О. А., Мальцева Ю. Л., Каткова М. Н., Горбацевич Л. А.

НИИ психического здоровья
Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

В рамках технологии персонализированной терапии больных шизофренией с риском развития негативного симптомокомплекса были разработаны реабилитационные подходы к данной группе пациентов на основании выделения конституциональных характеристик больных для прогноза течения заболевания и индивидуально-ориентированной лечебно-реабилитационной тактики. Сочетание терапии заболевания у данной категории пациентов атипичными антипсихотиками, предложенных психотерапевтических мероприятий и психосоциальной интервенции показало бóльшую эффективность, чем традиционное лечение конвенциональными нейролептиками в комбинации с рациональной психотерапией. Применение технологии персонализированной терапии больных шизофренией с риском развития негативного симптомокомплекса позволяет оптимизировать и осуществлять индивидуально-направленную специализированную психиатрическую помощь данной группе пациентов и может стать моделью для разработки аналогичных технологий при других психических и поведенческих расстройствах. **Ключевые слова**: шизофрения, негативные нарушения, технология персонализированной терапии, антипсихотики, психотерапия.

THE WAYS TO IMPROVE REHABILITATION APPROACH IN SCHIZOPHRENIA WITH PREDOMINANCE OF NEGATIVE DISTURBANCES. Kornetova E. G., Mikilev F. F., Semke A. V., Lebedeva V. F., Pavlova O. A., Mal'tseva Yu. L., Katkova M. N., Gorbatsevich L. A. Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. *Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* For prognosis of the process of the disease and individually oriented treatment within the framework of the technology of personalized therapy of patients with schizophrenia with the risk of developing negative symptoms the rehabilitation approaches to this patient group were developed by identifying the constitutional characteristics of the patients. The combination of therapy of the disease with atypical antipsychotics, psychotherapeutic and psychosocial interventions in this patient group has shown greater efficiency than treatment with conventional neuroleptics in combination with rational psychotherapy. The use of the technology of personalized therapy of patients with schizophrenia with the risk of developing negative symptoms allows optimizing and implementing individually oriented and specialized mental health care for this patient group and could become a model for developing similar technologies for other mental and behavioral disorders. **Keywords**: schizophrenia, negative disturbances, the technology of personalized therapy, antipsychotics, psychotherapy.

Введение. Шизофрения с преобладанием негативных нарушений, являясь непрерывным процессом, требует качественно иного по сравнению с эпизодическими вариантами с позитивной симптоматикой подхода для разработки стратегии персонализированной терапии в силу выраженных эмоционально-волевых нарушений, что сказывается на адаптации больных [5, 6]. На основании изученного комплекса клинико-психопатологических, клинико-динамических, клинико-конституциональных закономерностей и адаптационных возможностей пациентов, страдающих шизофренией с формированием первичных негативных нарушений, в рамках технологии персонализированной терапии больных шизофренией с риском развития негативного симптомокомплекса [9] были разработаны реабилитационные основы для данной группы пациентов. Ключевым подходом в технологии является выделение конституциональных характеристик больных для прогноза течения заболевания [3, 4] с созданием индивидуально ориентированной тактики терапии. Использование клинико-конституционального метода позволяет уже на ранних этапах заболевания у лиц, имеющих патогномоничные для негативных нарушений конституциональные характеристики, такие как астенический соматотип и множественные регионарные морфологические дисплазии, проводить целенаправленную интервенцию, направленную на стабилизацию течения шизофренического процесса и повышение адаптационного потенциала.

В данной работе мы приводим обобщение основных направлений реабилитации, использованных нами при ведении больных с изучаемым расстройством.

Целью исследования являлась разработка персональной лечебно-реабилитационной программы для пациентов, имеющих риск развития негативного симптомокомплекса в рамках шизофрении, с целью повышения эффективности интервенции и снижения социальных последствий болезни на основе оценки комплекса конституционально-морфологических характеристик больных.

Материалы и методы. Была проанализирована эффективность предложенного подхода на примере 20 пациентов (14 мужчин – 70 % и 6 женщин – 30 %), страдающих шизофренией с формированием негативной симптоматики,

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

в сравнении с терапией конвенциональными нейролептиками в сочетании с рациональной психотерапией также для 20 больных (15 мужчин – 75 % и 5 женщин – 25 %). В обеих выборках возраст лиц, включенных в исследование, находился в пределах 18–65 лет (27,1±1,2 и 27,3±1,3 года соответственно), все пациенты принадлежали к европеоидной расе. Сравниваемые выборки не имели достоверных различий по полу и возрасту, клиническая картина в них была преимущественно представлена отдельными проявлениями потери влечений и интересов, бездеятельности и бесцельности в поведении, самопоглощенности и социальной аутизации; постепенным появлением апатии, обеднением речи, гипоактивности, эмоциональной сглаженности, пассивности, отсутствием инициативы и обеднения невербального общения, снижением социальной, учебной или профессиональной продуктивности на фоне отчетливых изменений преморбидной личности. Длительность наблюдения составила 6 недель. Все пациенты проходили лечение в отделении эндогенных расстройств ФГБУ «НИИ психического здоровья» (Томск).

Реабилитационные мероприятия проводились стационарно в рамках «Технологии персонализированной терапии больных шизофренией с риском развития негативного симптомокомплекса». При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации, исследование одобрено Локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья (протокол № 88 от 14 марта 2016 г.; дело № 88/3.2016).

В качестве основных методов исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, клинико-конституциональный, клинико-терапевтический и статистический.

В качестве инструментов исследования использовались модифицированный вариант Базисной карты, стандартизированного описания больного шизофренией и родственника [7], Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [13], Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression – CGI) [12]. Проводилось антропометрическое обследование пациентов по методике В. В. Бунака [1].

Статистический анализ полученных данных с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок, позволяющего провести оценку различий величин средних значений двух выборок, которые распределены по нормальному закону, метод «Хи-квадрат» (χ^2) для оценки значимости различий распространенности в группах, U-критерий Манна-Уитни для сравнения независимых выборок.

Результаты исследования и их обсуждение. Рассматривая шизофрению как мультифакториальный клинический феномен, который тесно взаимосвязан с рядом биопсихосоциальных параметров, основным реабилитационным принципом мы считали комплексность оказания помощи. Поэтому процесс реабилитации мы строили по нескольким направлениям.

Первым, базисным направлением в реабилитации больных шизофренией с формированием негативной симптоматики в клинической картине была психофармакотерапия, а так как негативные нарушения чаще отличаются хроническим течением, главный принцип терапии заключался в выборе препарата для длительного применения.

Уже в первые дни лечения проводился подбор препарата, а важными факторами в этом процессе были максимальная эффективность для лечения данного пациента, в том числе с учетом его клинико-конституциональных характеристик, высокая безопасность, минимальная выраженность побочных явлений, удобство применения и доступность при длительной терапии. Фармакологическими средствами, удовлетворявшими большинству этих требований, были атипичные антипсихотики – рисперидон, кветиапин, оланзапин. Выбор дозировки определялся клинической картиной, антропометрическими характеристиками больных и индивидуальной переносимостью. Стойкий эффект лечения отмечался с 4-й недели терапии.

Другим направлением в реабилитации больных была психотерапия, которая имела несколько векторов направленности.

Семейная психотерапия строилась на основе работы с выявленной дисфункцией в семейных взаимоотношениях с использованием персонологического подхода [8]. Анализировалось влияние семейной обстановки, начиная с раннего детского возраста. Отдельно рассматривалось воспитание с точки зрения нарушения эмоциональных связей, опеки и его противоречивости. Большое внимание уделялось выявлению и осознанию ближайшим окружением больного влияния семейной обстановки и воспитания на его социальные навыки, ролевое положение, способности коммуникации. Если пациент состоял в браке, то проводился тренинг ролевой коммуникации не только между ним и его супругом(ой), но и с их родителями. Данный вид психотерапии включал работу как со всей семьей, так и с отдельными ее членами. Это диктовалось необходимостью разъяснения каждому из них смысла расстройства, роли каждого из окружающих в помощи пациенту. Благодаря психотерапевтическому воздействию удавалось проводить изменение внутрисемейных взаимодействий, способов выражения эмоциональных реакций.

В результате происходило положительное влияние на ресурсы семьи с уменьшением бремени заботы о пациенте с шизофренией. При успешной работе, в условиях активности семейного окружения, больной из объекта и источника конфликтов превращался в равноправного члена семьи. Негативные, поведенческие и когнитивные нарушения переставали рассматриваться окружающими с «обвиняющей» позиции, а принимались как новая особенность родного им человека и учитывались в повседневной жизни. Это приводило к тому, что члены семьи, с одной стороны, переставали проецировать на больного свои представления и переживания, с другой – сами помогали ему преодолевать ощущение болезни и связанные с ней последствия, что способствовало также развитию ресурсов для социальной и трудовой адаптации.

Другим вектором приложения служила когнитивно-поведенческая психотерапия, базировавшаяся на современных интеллектуальных моделях принятия систематизированных персонализированных терапевтических решений [11]. Обязательным условием ее проведения было предоставление больным информации об имеющемся у них расстройстве, его распространенности, клинических симптомах, особенностях течения, прогнозе. Давались основные сведения о лекарственных препаратах, механизмах их действия, показаниях, безопасности применения и возможных побочных эффектах. На этой информации также акцентировалось внимание родственников, так как необходимо было принимать решение о длительном приеме лекарств, проводилась оценка возможности пациента и его окружения обеспечивать строгое выполнение предписаний врача относительно рекомендованного препарата. Кроме того, регулярно проводился тренинг существовавших повседневных проблем. Совершенствовались способы их преодоления, формировались и обсуждались методы совладания с неблагоприятными жизненными событиями. Важным направлением также было моделирование возможных стрессоров с разработкой плана их преодоления при использовании уже полученных навыков.

Терапия самовыражением [2] включала в себя различные тренинги творческих способностей, с мобилизацией существующих у больных ресурсов. Несмотря на формирующиеся негативные нарушения, у многих больных проявлялся интерес к данному виду психотерапии. Тренинг не вызывал негативизма, пациенты стремились поделиться своими достижениями с врачом, развить творческие навыки.

Не менее важным направлением в реабилитации была психосоциальная терапия [10]. Основное внимание в данном случае уделялось тренингу и совершенствованию социальных навыков пациентов. Он заключался в расширении круга восприятия и межличностного общения. Это позволяло повысить способность больных к адаптации в обществе, самостоятельно формировать и поддерживать социальные контакты. В результате у пациентов повышались адаптационные возможности в сфере социально-трудовой адаптации.

Таким образом, реабилитационный процесс через разнообразие его направлений интегрировался в единый комплекс мероприятий для клинической и социальной стабилизации проявлений шизофрении с формированием негативной симптоматики. Применяя реабилитационные программы, мы главным образом руководствовались персонализированным подходом и существовавшими терапевтическими и реабилитационными возможностями в каждой конкретной ситуации.

Инструментами для оценки эффективности реабилитационных мероприятий, проведенных в рамках представленной технологии, были шкалы CGI и PANSS.

Средние показатели тяжести состояния больных по шкале CGI до начала лечения были 6,07±0,3 балла в основной группе и 6,08±0,4 балла в контрольной группе (рис. 1). Контроль состояния проводился через 2, 4 и 6 недель от начала реабилитации. К окончанию 2-й недели лечения у пациентов основной группы произошло снижение среднего суммарного балла по шкале CGI до 4,01±0,5 балла против 5,65±0,3 балла в контрольной группке ($p<0,001$). К 4-й неделе лечения наблюдалось дальнейшее улучшение состояния в обеих группах. Однако средний суммарный показатель CGI в основной группе (3,55±0,7) оставался достоверно ниже ($p<0,001$), чем в контрольной группе (4,74±0,5). Эта же тенденция сохранилась и к концу наблюдения. Средний суммарный балл по шкале CGI в основной группе составил 3,27±0,8 балла против 4,25±0,6 балла в контрольной группе ($p<0,001$).

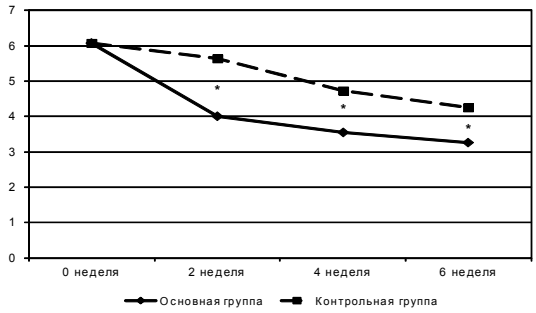


Рис. 1. Динамика состояния больных в процессе реабилитации по шкале CGI
Примечание. * – Данные с достоверностью $p<0,001$.

Оценка динамики выраженности негативного синдрома по PANSS проводилась в те же сроки, что и по шкале CGI (2, 4 и 6 недель от начала реабилитации) (рис. 2). Средний суммарный балл выраженности негативного синдрома по шкале PANSS до начала реабилитационных мероприятий у пациентов основной группы составил 36,7±1,6 балла против 36,9±1,7 балла в контрольной группе. Субъективно больные основной и контрольной групп отмечали у себя улучшение общего тонуса, самочувствия и повышения активности к концу 1-й недели лечения. При шкальной оценке динамики негативных симптомов (PANSS) после 2 недель реабилитационных мероприятий выявлено снижение среднего балла в основной группе до 24,1±1,4 балла и до 29,9±2,1 балла в контрольной группе (p<0,001). Дальнейшая динамика также показала преимущество предложенного подхода для реабилитации больных шизофренией с формированием негативных нарушений. К концу 4-й недели реабилитации средний суммарный показатель по шкале PANSS в основной группе составил 21,9±1,5 балла, что достоверно меньше (p<0,001), чем в контрольной группе – 25,5±1,8 балла. По окончании наблюдения (6 недель) отмечено снижение выраженности негативных симптомов до 20,4±1,9 балла в основной группе и до 23,2±1,8 балла в контрольной группе. Данное различие также является статистически значимым (p<0,001).

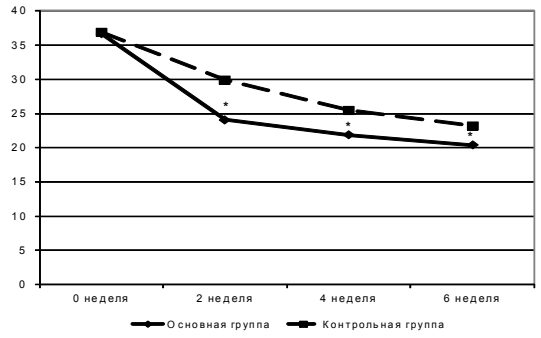


Рис. 2. Динамика негативных нарушений у больных шизофренией по PANSS
Примечание. * – Данные с достоверностью p<0,001.

Заключение. Таким образом, сочетание в терапии шизофрении с формированием первичных негативных нарушений атипичных антипсихотиков, предложенных психотерапевтических мероприятий и психосоциальной терапии показало большую эффективность, чем традиционное лечение конвенциональными нейролептиками в комбинации с рациональной психотерапией. Применение технологии персонализированной терапии больных шизофренией с риском развития негативного симптомокомплекса позволяет оптимизировать и осуществлять индивидуальную направленность специализированной психиатрической помощи данной группе пациентов и может стать моделью для разработки аналогичных технологий при других психических и поведенческих расстройствах.

Литература

1. *Бунак В. В.* Антропометрия. Практический курс. – М. : Учпедгиз, 1941. – 367 с.
2. *Бурно М. Е.* Клиническая психотерапия. – М. : Академический проект, ОППЛ, 2000. – 719 с.
3. *Корнетов Н. А.* Концепция клинической антропологии в медицине // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 7—31.
4. *Корнетов Н. А., Корнетова Е. Г., Семке А. В.* Патент (ru) № 2188577 C1. Способ прогнозирования негативных клинических проявлений в течении шизофрении. № 2001113341/14: заявл. 14.05.2001; Опубл. 10.09.2002. Бюл. № 25. – 12 с.
5. *Лобачева О. А.* Иммунные механизмы в системе адаптациогенеза при шизофрении // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5 (56). – С. 35—39.
6. *Лобачева О. А., Ветлугина Т. П., Семке А. В.* Иммунологические критерии прогноза эффективности антипсихотической терапии больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1 (76). – С. 66—70.
7. *Рицнер М. С., Логвинович Г. В., Корнетов Н. А., Красик Е. Д., Залевский Г. В.* Базисная карта стандартизированного описания пробанда и родственника. – Томск, 1985.
8. *Семке В. Я., Корнетов А. Н.* Персонологический подход к оценке депрессивных расстройств в соматическом стационаре: от медицинской психологии к клинической практике // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 3. – С. 17—19.
9. *Корнетова Е. Г., Семке А. В., Микилев Ф. Ф., Гуткевич Е. В.* Технология персонализированной терапии больных шизофренией с риском развития негативного симптомокомплекса : медицинская технология. – Томск : «Иван Федоров», 2016. – 24 с.
10. *Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Долныкова А. А., Шмуклер А. Б.* Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, вып. 4. – С. 67—77.
11. *Янковская А. Е., Корнетов Н. А., Корнетов А. Н., Казанцева Н. В.* Систематизация когнитивно-бихевиоральных вмешательств при организационном стрессе в целях использования в интеллектуальной системе ИМСЛОГ // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 341. – С. 191—194.
12. *Guy W. Ed.* ECDEU Assessment Manual for psychopharmacology. Revised. – Rockville, Md. : National Institute of Mental Health, 1986.
13. *Kay S. R., Opler L. A., Fiszbein A.* The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1987. – Vol. 13, № 2. – P. 261—276.

Транслитерация русских источников

1. *Bunak V.V.* [Anthropometry. Practical course]. Moscow: Uchpedgiz, 1941. 367 p. (In Russ.).
2. *Burno M.E.* [Clinical psychotherapy]. Moscow: Akademicheskiy proekt, OPPL, 2000. 719 p. (In Russ.).
3. *Kornetov N.A.* [Conception of clinical anthropology in medicine]. *Byulleten' sibirskoy meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2008; 7(1): 7—31. (In Russ.).
4. *Kornetov N.A., Kornetova E.G., Semke A.V.* Pat. (ru) no. 2188577 C1. The method for predicting negative clinical manifestations in the course of schizophrenia [Text]. No. 2001113341/14: applied 14.05.2001; publish. 10.09.2002. Bul. no. 25. 12 p. (In Russ.).

5. *Lobacheva O.A.* [Immune mechanisms in adaptatiogenesis system during schizophrenia]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Hearld of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5(56): 35—39. (In Russ.).
6. *Lobacheva O.A., Vetlugina T.P., Semke A.V.* [Immunological criteria of prognosis of antipsychotic therapy efficiency in patients with schizophrenia]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Hearld of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 1(76): 66—70. (In Russ.).
7. *Ritsner M.S., Logvinovich G.V., Kornetov N.A., Krasik E.D., Zalevsky G.V.* [The base map of a standardized description of the proband and relative]. Tomsk, 1985. (In Russ.).
8. *Semke V.Ya., Kornetov A.N.* [Personological approach to estimation of depressive disorders in somatic hospital: from medical psychology to clinical practice]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Hearld of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 3: 17—19. (In Russ.).
9. *Kornetova E.G., Semke A.V., Mikilev Ph.Ph., Gutkevich E.V.* [The technology of personalized therapy of patients with schizophrenia with the risk of developing a complex of negative symptoms: the medical technology]. Tomsk: Ivan Fedorov, 2016. 24 p. (In Russ.).
10. *Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Dolnykova A.A., Shmukler A.B.* [The training program of cognitive and social skills (TPCSS) in patients with schizophrenia]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2007; 17(4): 67—77. (In Russ.).
11. Yankovskaya A.E., Kornetov N.A., Kornetov A.N., Kazantseva N.V. [Systematization of cognitive-behavioral interventions in organizational stress for use in the intelligent system IMSLOG]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Tomsk State University Bulletin]. 2010; 341: 191—194. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.44-07
ББК 56.14-322-38-4

СУИЦИДЫ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ЖЕЛЕЗНОЙ ДОРОГИ: ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ, СРОК ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ЛАБОРАТОРНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Лазуткина А. Ю.*[1], Горбунов В. В.[2], Сахаров А. В.[2]

[1] Региональная дирекция медицинского обеспечения на Забайкальской железной дороге
672000, Чита, ул. Чкалова, д. 117

[2] ГБОУ ВПО Читинская ГМУ Минздрава России
672090, Чита, ул. Горького, д. 39-а

Целью работы стало исследование вероятности развития, срока возникновения и прогнозирования самоубийств у работников локомотивных бригад Забайкальской железной дороги. С 2008 по 2013 г. наблюдения в группе респондентов было установлено 22 случая завершенных суицидов, которые оценили в объёме выборки 7 959 лиц полного списочного состава работников локомотивных бригад многофакторным регрессионным и факторным дисперсионным анализом. Были определены предикторы суицидов: возрастной фактор в обратной зависимости с его относительным риском. При сочетании возрастного предиктора с фактором риска «стресс» установлено многократное увеличение риска развития этого исхода. Анализом выживаемости определены вероятность развития и срок возникновения суицидов в различные возрастные периоды; предложены способы психофизиологического и лабораторного прогнозирования этого исхода. **Ключевые слова**: самоубийство, суицид, факторы риска, стресс, прогнозирование.

SUICIDES IN WORKERS OF LOCOMOTIVE CREWS AT RAILWAY: PROBABILITY OF DEVELOPMENT, PERIOD OF OCCURRENCE, POSSIBLE PSYCHOPHYSIOLOGICAL AND LABORATORY PREDICTION. Lazutkina A. Y.[1], Gorbunov V. V.[2], Sakharov A. V.[2] [1] Regional Directorate of Medical Supply on Trans-Baikal Railroad. *Chkalov Street 117, 672000, Chita, Russian Federation.* **[2] Chita State Medical Academy**. *Gorky Street 39-a, 672090, Chita, Russian Federation.* The goal of this work was to investigate probability of development, period of occurrence and prediction of possible suicides among workers of locomotive crews at Trans-Baikal Railway. From 2008 to 2013, regular observations of respondents have revealed 22 cases of committed suicides, which were estimated among volume of data collected for 7 959 persons (workers of locomotive crews) by methods of statistical analysis. Predictors of suicide were identified: age factor in inverse relationship to its relative risk. Combination of age predictor and stress as a risk factor correlates with increasing suicide probability. By using survival analysis probabili-

* *Лазуткина Анна Юрьевна, старший инспектор – врач лечебно-профилактического отдела, тел.: (3022)224827, факс: (3022)325926, E-mail: lazutkina_au59@mail.ru*

Горбунов Владимир Владимирович, д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, тел.: (3022)354324, E-mail: gorbunovvv2008@mail.ru

Сахаров Анатолий Васильевич, д.м.н., доцент, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии, тел.: 89144796543, E-mail: sawt@list.ru

ty of occurrence and period of suicide occurrence in different age periods were revealed; methods of psychophysiological and laboratory prediction of this outcome were proposed. **Keywords**: suicide, risk factors, stress, prediction.

Актуальность. Проблема суицидального поведения в настоящее время по-прежнему является чрезвычайно актуальной, что связано не только с высокой распространенностью, но и с нерешенными вопросами факторной обусловленности, диагностики суицидального риска и профилактики самоубийств [6, 11, 12, 14, 23, 25, 26].

В России самоубийства стоят на 5-м месте среди всех причин смертности, занимая лидирующие позиции у умерших лиц молодого, трудоспособного возраста [4, 7, 10], особенно в некоторых регионах страны [7, 24]. Особые вопросы относятся к профилактике самоубийств в группах операторских профессий, так как смерть работника во время выполнения профессиональных обязанностей может повлечь гибель большого количества людей, трагические примеры подобных случаев отмечаются и в настоящее время. Вместе с тем среди работников локомотивных бригад на Забайкальской железной дороге, относящихся к работникам стрессовых профессий [13], ежегодно происходят случаи завершенных суицидов, а решение врачебно-экспертной комиссии [20] о допуске к поездной работе не гарантирует отсутствие суицидов у работников локомотивных бригад и безопасность железнодорожного движения. Одним из аспектов медицинского решения данной проблемы является совершенствование превентивных мер, включающих раннюю надежную диагностику состояний, угрожающих суицидом, особенно депрессивных расстройств, а также серьезное совершенствование методик диагностики суицидального риска [4, 14, 15].

В этой связи интересные результаты получены И. В. Романовой (2010), которая установила взаимосвязь возрастных особенностей со стрессовым фактором и неустойчивым функционированием симпатоадреналовой системы, а также с развитием дисбаланса в системе «перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита». Автором определено повышенное содержание липопероксидов (особенно вторичных изопропанол-растворимых продуктов ПОЛ на 36,4 %) в слюне у лиц с высоким суицидальным риском и под влиянием стрессовых факторов; а коррекционная работа достоверно снижала содержание всех категорий липопероксидов [21].

Безусловно, свободнорадикальное окисление и перекисное окисление липидов (ПОЛ) являются интегральным компонентом метаболических процессов в организме, стационарная скорость которых поддерживается существующими системами антиоксидантной защиты. Нарушение скорости свободнорадикальных процессов считается ранним неспецифическим показателем наличия повреждения и характерно практически для всех заболеваний, в том числе и психических. Коррекция происходящих нарушений помогает во многих случаях предотвратить или ослабить прогрессирование патологического процесса [27]. Доказано, что продукты ПОЛ изменяют физическую структуру мембран и повреждают их фундаментальные свойства, что в конечном итоге ведет к нарушению многочисленных функций клеток, в том числе головного мозга [28]. Вместе с тем в основе стрессорного воздействия часто также лежит активация процессов ПОЛ и процессов перестройки структурной организации мембран нейронов, их фосфолипидного состава, изменение текучести и ионной проницаемости с утратой функциональной способности клеток [9, 17, 29]. Эти явления, вероятно, происходят и при суицидальном поведении, как результат токсического повреждения нервных клеток соединениями алкильных радикалов, что, конечно же, требует лабораторного и морфологического подтверждения.

Цель исследования: изучение вероятности, срока возникновения, а также возможности прогнозирования самоубийств в различные возрастные периоды у работников локомотивных бригад железной дороги.

Материал и методы. В исследование на протяжении 2008—2013 гг. были включены 7 959 работников локомотивных бригад ЗабЖД в возрасте на начало наблюдения 35,7±10,5 года (от 18 до 66 лет), не имеющие, согласно установленным правилам [20], тяжелой соматической патологии и органического поражения головного мозга. В силу стрессовой профессии РЛБ [13] учитывали психосоциальный стресс, тревожную и/или депрессивную симптоматику по результатам скринингового опроса [11], а также итоги тестирования по Спилбергеру и Люшеру [19].

За время наблюдения в изучаемой группе произошло 22 случая завершенных суицидов, которые в Statistica 6.0. и KRelRisk 1.1 в объеме всей выборки были оценены многофакторным регрессионным и факторным дисперсионным анализом с установлением предиктора этого исхода – возрастного фактора в обратной зависимости с его относительным риском. Сочетание возрастного предиктора с фактором риска «стресс» показало многократное увеличение риска развития суицида (табл. 1) [15].

Для выяснения влияния возрастного предиктора самоубийств на выживаемость (вероятность развития исхода во времени исследования) в выборке 7 959 лиц в Statistica 6.0 выполнили анализ выживаемости [1].

Таблица 1

Прогностическое значение предиктора «возраст» и его сочетание с фактором риска «стресс» для возникновения суицидов

Предиктор	Суициды (n=22)			
	Множественная регрессия			Факторный ДА возраст + стресс
	β	ОР (95 % ДИ)[1]	p	ОР (95 % ДИ)[1]
Возраст[2]	-0,02	5,5 (0,74-41,05)	0,02	1,1 (0,1-9,4)
19	0,05	22,2 (3,2-156,2)	0,00	67,8 (8,8-520,8)
23	0,03	5,3 (1,2-22,4)	0,00	16,6 (1,9-144,4)
26		2,5 (0,6-10,6)		-
27		2,5 (0,6-10,6)		-
28		1,3 (0,2-9,7)		7,04 (0,8-61,9)
30		2,9 (0,7-12,5)		-
31		1,4 (0,2-10,0)		6,4 (0,9-49)
32		1,5 (0,2-11,0)		-
33		1,9 (0,3-14,3)		-
34		1,6 (0,2-11,8)		-
36		1,8 (0,2-13,5)		-
38		1,7 (0,2-12,2)		9,0 (1,0-79,1)
39		1,7 (0,2-12,3)		-
40		1,5 (0,2-11,1)		-
44		2,1 (0,3-15,2)		-
45		1,9 (0,3-14,0)		-
47		2,1 (0,3-15,4)		-
49		1,7 (0,2-12,8)		-

Примечание. [1] – 95 % доверительный интервал; [2] – оцененный возрастной диапазон исходов по суицидам самоубийств у работников локомотивных бригад Забайкальской железной дороги 19—49 лет. ОР – относительный риск, ДИ – доверительный интервал, ДА – дисперсионный анализ.

По таблицам кумулятивной вероятности выживания определили время развития суицида во времени наблюдения и 25-ю, 50-ю и 70-ю процентили суицидов в выборке исследования в условиях изучаемого исхода [1]. Анализом выживаемости по кривым Каплана-Майера функцией выживания (ФВ) оценили силу воздействия предиктора «возраст» в целом и для каждого возрастного периода совершенного самоубийства, а также время возникновения этого исхода от воздействия установленного предиктора. В регрессионной модели Кокса пропорционального риска определили возрастные периоды, наиболее значимо связанные с возникновением суицида. Установили величину агрессивности возрастов совершенных суицидов и увеличение вероятности риска события в случае пребывания индивидуума в этом возрастном периоде.

Опираясь на полученные знания о предикторе «возраст» и на его субклинические характеристики (время воздействия предиктора до развития исхода, сила воздействия предиктора и уровень его агрессии), выделили самостоятельные (главные), взаимодействующие и мешающие предикторы (кофаундеры) [22].

В результате были составлены практические рекомендации по определению круга лиц, наиболее опасного в плане риска суицидального поведения.

Результаты и обсуждение. Кумулятивная вероятность выживания при суицидах в первый год наблюдения определена в 100 % случаев, при этом к концу исследования она составила 99,9 % при статистической значимости стандартной ошибки выживаемости до конца наблюдения. Таким образом, за 6 лет наблюдения суициды развились у 0,1 % респондентов. Графическая оценка влияния предиктора «возраст» на функцию выживания (ФВ) позволила определить критический временной интервал развития этого исхода (рис. 1).

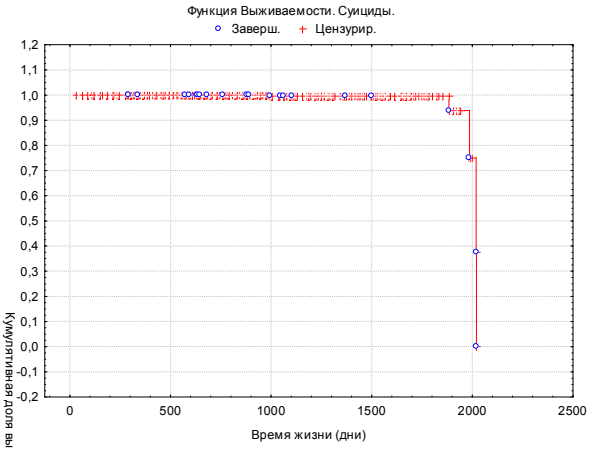


Рис. 1. Графическая оценка влияния предиктора «возраст» на функцию выживания за время наблюдения в группе 7 959 респондентов при исходе суицид

Точкой отсчета на кривой Каплана-Майера определили 30-й день наблюдения. С 30-го до 290-го дня наблюдения кривая находится на базовой линии. С 290-го до 1884-го дня наблюдения ФВ снижается до 99,73 % и в течение 137 дней резко падает до 0 %. Расчет процентили функции выживаемости показал, что 25 %, 50 % и 75 % респондентов в условиях изучаемого исхода совершат самоубийство в течение 1987,08; 2008,387 и 2019,668 дня. Сравнение времени жизни лиц, не совершивших и совершивших суицид, проводили в регрессионных моделях Кокса с включением в них возрастного фактора в диапазоне совершенных суицидов 19—49 лет и фактора риска «стресс», а также всех возрастов завершённых суицидов (табл. 2).

По значениям χ^2 и ρ-критерия определили статистическую значимость моделей Кокса. При оценке параметров моделей Кокса по критериям t и ρ получили статистически значимый результат для предиктора «возраст» в диапазоне совершённых суицидов 19—49 лет и возрастов 19, 23, 26, 27, 33, 34, 36, 38, 39, 45, 47 лет, что подтвердило значимое влияние этих предикторов на функцию выживания при развитии суицида. В отношении остальных возрастов статистически значимый результат получен не был (табл. 2).

Таблица 2

Результаты регрессионной модели Кокса пропорционального риска*

Предик-тор	Степ. сво-боды	t-кри-терий	Станд. ошибка	p	Отн. риск #	95 % ДИ	Уве-личе-ние риска
Суициды: возрастной диапазон 19–49# лет и психосоциальный стресс (χ^2=9,31482, p=0,009)							
19-49 лет	2	-2,79	0,02	0,005	5,52	(0,74-41,05)	+452%
Стресс	2	0,25	0,52	0,80	1,14	(0,42-3,08)	+14 %
Возраст совершенных суицидов и психосоциальный стресс (χ^2=29,37, p=0,03)							
Стресс	17	0,22	0,53	0,83	1,14	(0,42-3,08)	+14 %
19 лет	17	5,19	1,26	0,000	22,2	(3,2-156,2)	+2120%
23 года	17	3,48	1,04	0,000	5,3	(1,2-22,4)	+430 %
26 лет	17	2,82	1,03	0,004	2,5	(0,6-10,6)	+150 %
27 лет	17	2,40	1,05	0,02	2,5	(0,6-10,6)	+150 %
28 лет	17	1,83	1,25	0,07	1,3	(0,2-9,7)	+30 %
31 год	17	1,85	1,25	0,06	1,4	(0,2-10,0)	+40 %
32 года	17	0,55	1,46	0,58	1,5	(0,2-11,0)	+50 %
33 года	17	2,05	1,25	0,04	1,9	(0,3-14,3)	+90 %
34 года	17	2,02	1,25	0,04	1,6	(0,2-11,8)	+60 %
36 лет	17	2,08	1,25	0,04	1,8	(0,2-13,5)	+80 %
38 лет	17	2,04	1,25	0,04	1,7	(0,2-12,2)	+70 %
39 лет	17	2,03	1,25	0,04	1,7	(0,2-12,3)	+70 %
40 лет	17	1,86	1,25	0,06	1,5	(0,2-11,1)	+50 %
45 лет	17	2,13	1,25	0,03	1,9	(0,3-14,0)	+90 %
47 лет	17	2,10	1,25	0,04	2,1	(0,3-15,4)	+110 %
49 лет	17	1,52	1,29	0,12	1,7	(0,2-12,8)	+70 %

Примечание. * – Расчеты выполнены на выборке (n=7959). # – Относительный риск для предиктора «возраст» оценен с n-1 степенями свободы в возрастном диапазоне совершенных суицидов. Для возраста 19 лет в модель введены пользовательские значения верхних границ распределения (0,048), для возрастов 30 лет и 44 года пользовательские значения в границах их распределения подобрать не удалось и их исключили из модели Кокса.

При оценке методом Каплана-Майера сравнением двух групп (в присутствии предиктора и без него) каждого возрастного предиктора как отдельного эффекта, способного оказать влияние на ФВ, получили статистически значимую модель для возрастов 19, 23, 26—28, 31, 32, 44 года. Для возрастов установленных суицидов 30, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 45, 47, 49 лет статистически значимый результат для графических моделей установлен не был (рис. 2).

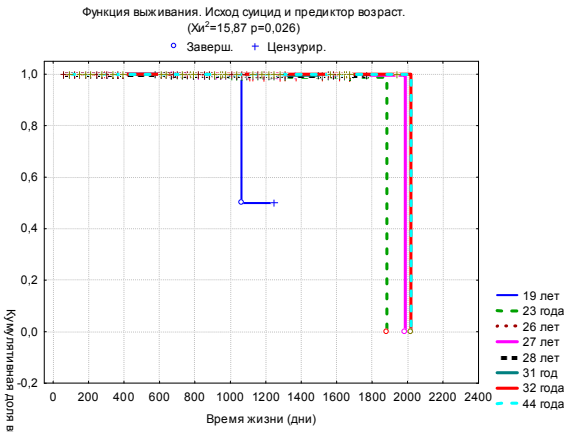


Рис. 2. Функция выживания и возрастной предиктор с разбивкой на отдельные возрасты

Для проверки независимых эффектов ряда возрастов, в которые были совершены самоубийства, применили регрессионную модель Кокса пропорционального риска, с помощью которой получили оценки возрастов, используя разновидность максимального правдоподобия.

Модель имеет вид:

$\lambda i(t)=\{\lambda 0(t)\ exp\ \beta 1X1 + \beta 2X2 + \ldots + \beta kXk\}$, где

λi(t) – риск пациента (i) во время (t);

λ0(t) – произвольный базовый риск, в котором мы не заинтересованы;

X1..., Xk – предикторы в модели Кокса;

β1…, βk – соответствующие коэффициенты;

b1…, bk – получаемые оценки этих параметров, используя разновидность максимального правдоподобия, известную как частное правдоподобие.

Экспонента от этих значений (например, exp{b1}=eb1) есть оценка относительного риска (ОР) или отношения рисков исхода. Для конкретного значения предиктора «возраст» (X1) относительный риск равен повышению или понижению опасности достижения конечной точки, связанной с единичным увеличением до (X1+1), с учетом других предикторов в модели. ОР интерпретируется как отношение интенсивностей. Величины более 1,0 означают повышенный риск. Величины менее 1,0 – пониженный риск. Величины, равные единице, означают, что риск отсутствует.

В такой модели допускается постоянный в течение времени относительный риск, т. е. предполагается, что риски для сравниваемых групп пропорциональны. При выполнении анализа выживаемости вначале визуально по графикам определили разницу выживаемости в сравниваемых группах под действием различных возрастов. По критериям значимости (p) установили её существенность. Для объяснения соотношения разницы в прогностических возрастах лиц, совершивших самоубийства в исходном состоянии, использовали регрессионную модель Кокса пропорционального риска с пошаговым отбором и по критериям оценки определили возрасты, независимо и значимо связанные с суицидом, пребывание в каждом из них повышает риск возникновения исхода на величину его агрессивности [16]. Из установленных многофакторным регрессионным анализом возрастов показали статистически значимый результат в регрессионной модели Кокса возраста в диапазоне 19—49 лет: 19, 23, 26, 27, 33, 34, 36, 38, 39, 45, 47 лет (табл. 2).

Оценили эти значения в связи с их относительным риском. Результаты модели пропорционального риска Кокса показывают, что в случае самоубийства предиктор «возраст» в диапазоне совершенных суицидов 19—49 лет остается независимо связанным с более короткой выживаемостью после корректировки фактора риска «стресс», связанного с этим исходом [15].

Лица, находящиеся в возрастном диапазоне совершенных суицидов 19—49 лет, имели риск возникновения суицида в 5,52 раза выше, чем лица с более низкими уровнями (p=0,005). Опасность суицида у этих респондентов (ОР – 5,52) была увеличена на 452 % (так как ОР=1,0 оценивается в 100 %). Возрастной предиктор 19 лет увеличивает риск на 2120 % (ОР=22,20). Предиктор «возраст 23 года» увеличивает риск возникновения суицида на 430 % (ОР=5,3); предиктор «возраст 26 и 27 лет» – на 150 % (ОР=2,5); возраст 33 года – на 90 % (ОР=1,9); возраст 34 года – на 60 % (ОР=1,6); возраст 36 лет – на 80 % (ОР=1,8); возраст 38 и 39 лет – на 70 % (ОР=1,7); возраст 45 лет – на 90 % (ОР=1,9); возраст 47 лет – на 110 % (ОР=2,1). Результат возрастов 28, 31, 32, 40, 49 лет как предиктора, играющего решающую роль для развития суицида, не нашёл подтверждения. При этом любая оценка параметра (регрессионной модели) по крайней мере в 2 раза должна превосходить свою стандартную ошибку (t>2,0) и может рассматриваться как статистически значимая на уровне p<0,05.

Данное условие выполнено не было [18]. Также обязательно оцениваются значения границ 95 % доверительного интервала. Если нижняя граница доверительного интервала меньше 1, а верхняя больше, то делается вывод об отсутствии статистической значимости влияния фактора на частоту исхода, независимо от величины ОР [8], и поэтому эти возрасты следует рассматривать как взаимодействующие предикторы [22]. О взаимодействии между переменными в исходе говорят, когда влияние фактора риска на исход зависит от значения третьей синтетической переменной, составленной из двух сходных независимых переменных. В то же время сама третья переменная не является независимым фактором риска или мешающей переменной. Взаимодействие между переменными также называют эффектом модификации в том случае, если одна из них рассматривается как основная по своему содержанию (рис. 3, 4).

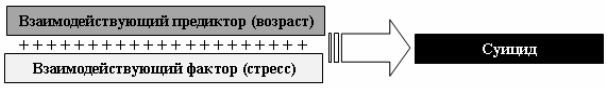


Рис. 3. Схема взаимодействия сходных независимых факторов

Рис. 4. Схема взаимодействия независимых факторов (эффект модификации)

На связь между предиктором и исходом могут влиять мешающие факторы (конфаундеры). О мешающих факторах говорят, когда на видимую связь между фактором риска и независимой переменной (результатом) воздействует третья переменная, влияющая как фактор риска, так и непосредственно (причинно) на сам результат, как показано на рисунке 5.

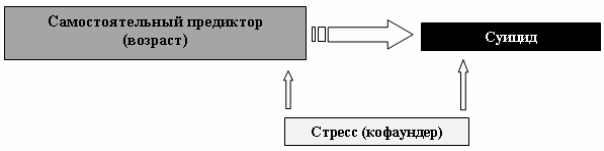


Рис. 5. Схема взаимодействия факторов, влияющих на результат (самостоятельный предиктор и кофаундер)

Определить в многофакторном анализе, какая переменная является независимым фактором риска, а какая из них кофаундером, иногда невозможно: один и тот же фактор может как оказывать независимый эффект на результат, так и быть мешающим фактором, влияющим на другую переменную [22]. Так как психосоциальный стресс только в сочетании с возрастным фактором некоторых возрастов показал статистически значимый результат и многократное увеличение риска развития суицида, то этот фактор риска в исходе самоубийства следует расценивать как кофаундер и/или взаимодействующий предиктор в зависимости от величины возрастного предиктора [15, 22].

Таблица 3

Достигнутый уровень значимости предикторов исхода суицид в разных статистических моделях. Главные (самостоятельные) предикторы и взаимодействующие предикторы

Предиктор	Суициды (n-22)			
	1	2	3	4
Возраст 19 – 49 лет	+	+/-	+	+
Стресс+возраст	-	+/-	-	-
19 лет	+	+	+	+
23 года	+	+	+	+
26 лет	-	-	+	+
27 лет	-	-	+	+
28 лет	-	-	+	-
30 лет	-	-	-	-
31 год	-	-	+	-
32 года	-	-	+	-
33 года	-	-	-	-
34 года	-	-	-	-
36 лет	-	-	-	-
38 лет	-	-	-	-
39 лет	-	-	-	-
40 лет	-	-	-	-
44 года	-	-	+	-
45 лет	-	-	-	-
47 лет	-	-	-	-
49 лет	-	-	-	-

Примечание. Уровни статистической значимости предиктора: (+) – достигнутый; (-) – недостигнутый; 1 – многофакторный регрессионный анализ; 2 – относительный риск; 3 – модели Каплана-Майера; 4 – регрессионная модель Кокса.
– главный (самостоятельный) предиктор.
– взаимодействующий предиктор или кофаундер.

Возрастные предикторы 19 лет и 23 года с установленным относительным риском показали статистически значимый результат во всех моделях: многофакторном регрессионном анализе, регрессионной модели пропорционального риска Кокса, графической модели Каплана-Майера; они, вероятно, являются главными предикторами в исходе суицида (табл. 3).

Все остальные изученные возрасты с установленным ОР не достигли уровня статистической значимости по p-критерию во множественном пошаговом регрессионном анализе, и/или модели Кокса, и/или модели Каплана-Майера, а также по критерию доверительного интервала при оценке относительного риска и, вероятно, увеличивают риск развития суицида в качестве несамостоятельных, а взаимодействующих предикторов, реализующих себя при взаимодействии с фактором риска «стресс». Нивелировать совместное действие возрастного предиктора и стрессового фактора в этих возрастах возможно через устранение фактора риска «психосоциальный стресс» (табл. 3).

Таким образом, фактор риска «стресс», установленный дисперсионным анализом, следует рассматривать как кофаундер и/или взаимодействующий модифицирующий фактор, потенцирующий воздействие самостоятельных предикторов: 19 лет, 23 года и возраст в диапазоне 19—49 лет.

Так как установлено, что свободнорадикальное окисление и перекисное окисление липидов (ПОЛ) вовлечены в патогенез и клиническое течение психических заболеваний [27, 28], была сформулирована гипотеза, что доклиническое течение самоубийств под воздействием возрастного предиктора, возможно, обусловлено течением фаз свободнорадикального окисления и ПОЛ с реализацией в конечный исход. Следовательно, кривые выживаемости Каплана-Майера отражают особенности доклинического и клинического течения, прогноза исследуемого исхода [1].

Под методами оценки выживаемости понимается изучение закономерности появления ожидаемого события во времени у представителей наблюдаемой выборки [22]. Кривая Каплана-Майера является ступенчатой функцией и показывает оценки, выраженные в процентах числа пациентов, оставшихся в живых, на различных временных этапах с начала исследования [16]. Вместе с тем переменная отклика в анализе выживаемости – это время до наступления события и связанные с ним факторы, которые могут приблизить или отдалить этот исход [16, 18].

В Statistica 6.0 при многократном фрагментарном увеличении до определения точного значения времени и ФВ изучили кривые Каплана-Майера возрастного предиктора. Используя возможности программы, установили, что в начале наблюдения кривые Каплана-Майера не начинают свой отчет от нулевой точки начала наблюдения, а имеют различный временной отступ. По его завершении на базовой линии появляется точка отсчета и её продолжение в виде прямой на графике Каплана-Майера, которая некоторое время не отклоняется от 100-процентного результата – все пациенты живы – конструктивные и деструктивные процессы свободнорадикального окисления, ПОЛ и систем антиоксидантной защиты уравновешены – суицидов нет. С течением времени деструктивные процессы в нервных клетках начинают преобладать. Появляются первые клинические проявления – «отказы», и кривая Каплана-Майера начинает постепенно отклоняться от базовой линии. С течением времени деструктивные процессы в нервных клетках уже превалируют над конструктивными, происходит срыв компенсаторных процессов и развитие суицида, что проявляется критическим падением ФВ и массовыми «отказами».

Известно, что окисление липидов в биологических системах протекает в виде цепной реакции, состоящей из трёх фаз: инициации, продолжения цепной реакции и обрыва (завершения) цепной реакции [28]. Многие стадии этого процесса изучены недостаточно полно, но в целом процесс ПОЛ представляется в следующем.

Во время фазы инициации свободный кислородный радикал (инициатор) взаимодействует с жирной кислотой, имеющей ненасыщенные связи (полиненасыщенными жирными кислотами – ПНЖК), из жирной кислоты образуется алкильный радикал. Фаза инициации сопровождается рядом немедленных конфигурационных изменений исходной молекулы жирной кислоты – перенос свободного электрона на другие углеродные атомы. Это приводит к образованию конъюгированных двойных связей, что является признаком ранней стадии свободнорадикального повреждения. В фазе продолжения цепной реакции к алкильному радикалу присоединяется O_2 с образованием пероксильных радикалов, которые отделяют водородный атом от близлежащих молекул, в результате чего образуются метастабильные (неустойчивые) липидные гидропероксиды. В отсутствие антиоксидантов или других ингибиторов ПОЛ пероксильные радикалы могут отделять атом водорода от другой молекулы липида, продуцируя другой высоко активный алкильный радикал, который затем продолжает другую цепную реакцию. В фазе обрыва (или завершения) цепной реакции алкильные радикалы могут взаимодействовать с окружающими радикалами, и на этом процесс ПОЛ завершается в результате образования кислородных мостиков

между этими радикалами или алкильные радикалы образуют С-С связи с другими алкильными радикалами. Образовавшиеся соединения являются относительно инертными и не обладают свободнорадикальной активностью, но эти вещества являются высокотоксичными. При этом продукты ПОЛ изменяют физическую структуру мембран и повреждают их фундаментальные свойства, что в конечном итоге ведет к нарушению многочисленных функций клеток [5, 28, 30].

Исходя из представленного материала, по кривым Каплана-Майера предиктора «возраст» 19, 23, 26—28, 31, 32, 44 года определили отличия и оценили динамику во времени наблюдения значений функции выживания в двух группах лиц, имевшей и не имевшей воздействия исследуемых предикторов (табл. 4).

Функция выживания (ФВ) при воздействии предиктора «возраст 19 лет» имеет 3 временных периода (рис. 2; табл. 4).

Инициация цепной реакции – 60 дней. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия компенсации) – с 60-го до 1063-го дня – 1003 дня наблюдения. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %. Фаза продолжения цепной реакции (стадия субкомпенсации) отсутствует.

Фаза обрыва (стадия декомпенсации) цепной реакции и совершения суицида развивается на 1063-й день и длится до 1248-го дня. Функция выживания – 50 %. Число отказов – 50 %.

Таблица 4

Вероятность и время возникновения суицида от воздействия предиктора «возраст»

Предиктор	Суициды (n=22)				ФВ/t1-4
	t1	t2	t3	t4	
Возраст 19 лет	60	1003	-	185	t1-4
	100	**100**	**-**	**50,00**	**ФВ**
Возраст 23 года	60	1045	779	0	t1-4
	100	**100**	**98,95**	**0**	**ФВ**
Возраст 26 лет	60	588	1026	-	t1-4
	100	**100**	**99,24**	**-**	**ФВ**
Возраст 27 лет	60	700	1227	0	t1-4
	100	**100**	**99,63**	**0**	**ФВ**
Возраст 28 лет	60	576	1135	-	t1-4
	100	**100**	**99,60**	**-**	**ФВ**
Возраст 31 год	60	833	781	-	t1-4
	100	**100**	**99,60**	**-**	**ФВ**
Возраст 32 года	60	1959	-	0	t1-4
	100	**100**	**-**	**0**	**ФВ**
Возраст 44 года	91	1930	-	0	t1-4
	100	**100**	**-**	**0**	**ФВ**
Возраст 19–49 лет	30	260	1594	137	t1-4
	100	**100**	**99,73**	**0**	**ФВ**

Примечание. Время (дни): t1 – фаза инициации цепной реакции свободнорадикального окисления и ПОЛ; t2 – фаза продолжения цепной реакции (стадия компенсации); t3 – фаза продолжение цепной реакции (стадия субкомпенсации); t4 – фаза обрыва (завершения) цепной реакции (стадия декомпенсации); ФВ – функция выживания в % лиц, избежавших развития суицида.

ФВ при воздействии предиктора «возраст 23 года» имеет 4 временных периода (рис. 2; табл. 4).

Инициация цепной реакции – 60 дней. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия компенсации) с 60-го до 1105-го дня – 1045 дней наблюдения. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия субкомпенсации) с 1105-го до 1884-го дня – 779 дней наблюдения. Функция выживания – 98,95 %. Число отказов – 1,05 %.

Фаза обрыва (стадия декомпенсации) цепной реакции и совершения суицида – 1884-й день наблюдения. Функция выживания – 0 %. Число отказов – 100 %.

ФВ при воздействии предиктора «возраст 26 лет» имеет 3 временных периода (рис. 2; табл. 4).

Инициация цепной реакции – 60 дней. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия компенсации) с 60-го до 648-го дня – 558 дней наблюдения. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия субкомпенсации) с 648-го до 1674-го дня – 1026 дней наблюдения. Функция выживания – 99,24 %. Число отказов – 0,76 %.

Время срыва компенсаторных функций (фаза обрыва) – стадия декомпенсации и критического падения ФВ не определено. Кривая ограничена 1674-м днем наблюдения.

ФВ при воздействии предиктора «возраст 27 лет» имеет 4 временных периода:

Инициация цепной реакции – 60 дней. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия компенсации) с 60-го до 760-го дня – 700 дней наблюдения. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия субкомпенсации) с 760-го до 1987-го дня – 1227 дней наблюдения. Функция выживания – 99,63 %. Число отказов – 0,37 %.

Фаза обрыва (стадия декомпенсации) цепной реакции и развития суицида – 1987-й день наблюдения. Функция выживания – 0 %. Число отказов – 100 %.

ФВ при воздействии предиктора «возраст 28 лет» имеет 3 временных периода.

Инициация цепной реакции – 60 дней. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия компенсации) с 60-го до 636-го дня – 576 дней наблюдения. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия субкомпенсации) с 636-го до 1771-го дня – 1135 дней наблюдения. Функция выживания – 99,60 %. Отказы – 0,40 %.

Время срыва компенсаторных функций (фаза обрыва – декомпенсации и критического падения ФВ) не определено. Кривая ограничена 1771-м днем наблюдения.

ФВ при воздействии предиктора «возраст 31 год» имеет 3 временных периода.

Инициация цепной реакции – 60 дней. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия компенсации) – с 60-го до 893-го дня – 833 дней наблюдения. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия субкомпенсации) с 893-го до 1674-го дня – 781 дней наблюдения. Функция выживания – 99,60 %. Число отказов – 0,40 %.

Время срыва компенсаторных функций (фаза обрыва – стадия декомпенсации и критического падения ФВ) не определено. График ограничен 1674-м днем наблюдения.

ФВ при воздействии предиктора «возраст 32 года» имеет 3 временных периода.

Инициация цепной реакции – 60 дней. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия компенсации) – с 60-го до 2019-го дня – 1959 дней наблюдения. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия субкомпенсации) отсутствует.

Фаза обрыва (стадия декомпенсации) и совершения суицида – 2019-й день наблюдения. Функция выживания – 0 %. Число отказов – 100 %.

ФВ при воздействии предиктора «возраст 44 года» имеет 3 временных периода (рис. 2; табл. 4).

Инициация цепной реакции – 91 день. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия компенсации) – с 91-го до 2021-го дня – 1930 дней наблюдения. Функция выживания – 100 %. Число отказов – 0 %.

Фаза продолжения цепной реакции (стадия субкомпенсации) отсутствует.

Фаза обрыва (стадия декомпенсации) и совершения суицида – 2021-й день наблюдения. Функция выживания – 0 %. Число отказов – 100 %.

Как обсуждалось выше, активация процессов перекисного окисления липидов и процессов перестройки структурной организации мембран [5], их фосфолипидного состава, изменение текучести и ионной проницаемости с утратой функциональной способности нервных клеток лежат в основе стрессорных поражений, а также, возможно, некоторых поведенческих расстройств [8, 17, 29]. Вероятно, сочетание свободнорадикального окисления и ПОЛ, обусловленных предиктором «возраст» (эндогенного источника свободных радикалов), и дополнительная активация процессов ПОЛ стрессовой нагрузкой объясняет многократное увеличение риска развития суицида при сочетанном воздействии факторов риска «возраст» и «стресс» (табл. 1).

Заключение. Установлено, что предиктором суицидального риска у работников локомотивных бригад железной дороги является возрастной фактор, при этом величина риска суицидального поведения находится в обратной зависимости с численным значением возрастного предиктора. До достижения возраста 23 лет фактор риска «возраст» имеет самостоятельное прогностическое значение в возникновении суицида и вместе с тем способен многократно модифицироваться и/или потенцироваться фактором риска «психосоциальный стресс». После 23 лет предиктор «возраст» может реализоваться в суицид посредством взаимодействия с фактором риска «психосоциальный стресс», так как после 23 лет возрастной предиктор приобретает субклинические характеристики взаимодействующего предиктора. Фактор риска «психосоциальный стресс» не имеет самостоятельного прогностического значения в развитии самоубийств, так как является взаимодействующим предиктором или кофаундером в зависимости от величины возрастного значения предиктора, с которым он взаимодействует. Нивелирование действия предиктора «возраст + стресс» после 23 лет возможно через устранение действия одного из взаимодействующих факторов – фактора риска «стресс».

Выдвинута гипотеза, что в основе метаболических нарушений нервных клеток головного мозга при суицидальном поведении лежит свободнорадикальное окисление и перекисное окисление липидов. Вероятно, следствием этих процессов является перестройка структурной организации мембран, их фосфолипидного состава, изменение текучести и ионной проницаемости с ослаблением/утратой функциональной способности нервных клеток в определённые возрастные периоды, повреждение нервных клеток головного мозга токсическими соединениями алкильных радикалов, в том числе в результате стрессорных поражений. Вместе с тем графическое изображение течения свободнорадикального окисления и ПОЛ при суицидах может стать предметом прицельных научных исследований биохимических процессов и морфологических изменений в клетках головного мозга, сопровождающих этот процесс, так как любая гипотеза, основанная на логике знаний фактов и предположении об устойчивой качественной зависимости, требует своего завершающего этапа – практической проверки (опровержения или неопровержения) [2, 3], а также выработки четких лабораторных критериев диагностики и контроля.

Предполагается, что фаза инициации свободнорадикального окисления и перекисного окисления липидов в нервных клетках головного мозга в исходе суицида может протекать в одну стадию компенсации или в две стадии: компенсации и субкомпенсации. Фаза обрыва свободнорадикального окисления и перекисного окисления липидов может отсутствовать или протекать в один день. Пресуицидальный этап протекает неравномерно в различные возрастные периоды и может самопроизвольно абортивно заканчиваться на стадии субкомпенсации фазы инициации свободнорадикального окисления и перекисного окисления липидов, как это было установлено для возрастов 26 лет, 28 лет и 31 год.

Таким образом, представляется возможной диагностика суицидального риска у работников операторских профессий, включающая ежегодное скрининговое тестирование на стресс на психодиагностических комплексах [19] и определение общей антиоксидантной активности (АОА) в слюне и моче [9]. При этом важно не столько учитывать вклад того или иного антиоксиданта, сколько оценить резервы антиоксидантной защиты слюны или мочи в целом. Данная методика уже разработана и апробирована (Замбржицкий О. Н. и др., 2008).

Выявленные лица с высоким суицидальным риском должны в последующем проходить более углубленное обследование. Особый акцент следует делать на работников, находящихся в критических возрастных периодах (ФВ 0 %), а также пребывающих в состоянии диагностированного психосоциального стресса, с последующим оказанием им психологической и психотерапевтической помощи.

Благодарность. Авторы выражают благодарность компании MEDESK за оцифровку и формализацию массива исследовательского материала, что сделало возможным провести его программную статистическую обработку.

Литература

1. Анализ выживаемости и регрессия для цензурированных данных // STATISTICA. – StatSoft, 1995. – Гл. 10. – С. 3473—3534.
2. *Бабайлов В. К., Лебедева Л. В., Журавка Е. Н.* К проблеме дефиниции гипотезы // Бизнес Информ. – 2009. – № 1. – С. 146.
3. *Бабайлов В. К.* Анализ и синтез // Бизнес Информ. – 2012. – № 4. – С. 16—19.
4. *Бузук С. А.* Индивидуально-психологические особенности, ассоциированные с высоким суицидальным риском, у больных с депрессивными расстройствами // Психическое здоровье. – 2012. – № 9 (76). – С. 85—88.
5. *Владимиров Ю. А., Арчаков А. И.* Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М. : Наука, 1972. – 251 с.
6. *Говорин Н. В., Сахаров А. В.* Роль алкогольного фактора в суицидогенезе // Социальные преобразования и психическое здоровье : II Национальный конгресс с международным участием по социальной психиатрии. – 2006. – С. 131—132.
7. *Говорин Н. В., Сахаров А. В., Ступина О. П., Кичигина И. В.* Психическое здоровье призывного контингента. – Чита : Экспресс-издательство, 2011. – 203 с.
8. *Гржибовский А. М.* Анализ номинальных данных (независимые наблюдения) // Экология человека. – 2008. - № 6. – С. 58—68.
9. *Замбржицкий О. Н., Бацукова Н. Л., Катковская М. В., Кухарчик М. А.* Определение общей антиоксидантной активности в пробах слюны и мочи студентов с помощью модельной системы // Здоровье и окружающая среда: сборник научных трудов. – Минск, 2008. – Вып. 12. – С. 127—129.
10. *Зотов П. Б.* Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – № 2. – С. 58—63.
11. *Корнетов Н. А., Ветлугина Т. П., Языков К. Г., Счастный Е. Д., Иванова С. А., Симуткин Г. Г.* Распространенность и клинико-конституциональные закономерности клинического полиморфизма депрессивных расстройств и суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 4. – С. 19.
12. *Корнетов Н. А., Симуткин Г. Г., Счастный Е. Д., Потапкина Е. В., Ермаков А. В., Рогозина Т. А.* Распространенность, коморбидность, закономерности клинического полиморфизма аффективных расстройств и суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 3. – С. 20—24.
13. *Крюков Н. Н., Романчук П. И.* Артериальная гипертония и медицинское обеспечение на железнодорожном транспорте. – Самара : ООО ИПК «Содружество», 2005. – 703 с.
14. *Кудрявцев И. А., Декало Е. Э.* Психологические предикторы суицидального риска // Психическое здоровье. – 2012. – № 4 (71). – С. 46—54.
15. *Лазуткина А. Ю., Горбунов В. В., Говорин Н. В., Сахаров А. В.* Оценка прогностической значимости возрастного и психосоциального факторов риска для возникновения суицидов у работников локомотивных бригад Забайкальской железной дороги // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 3 (16). – С. 53—59.
16. *Ланг Т. А., Сесик М.* Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для редакторов и рецензентов / пер. с англ. / под ред. В. П. Леонова. – М. : Практическая медицина, 2011. – 480 с.
17. *Львовская Е. И., Григорьева Н. М.* Перекисное окисление липидов в норме и особенности протекания ПОЛ при физических нагрузках. – Челябинск, 2005. – 88 с.
18. *Петри М. А., Сэбин К.* Наглядная медицинская статистика : учебное пособие для медицинских вузов. – 2-е изд., перераб. и доп. / пер. под ред. В. П. Леонова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 167 с.
19. *Балин В. Д., Гайда В. К., Горбачевский В. К. и др.* Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии : учебное пособие / под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – СПб. : Питер, 2000. – 560 с.
20. Приказ Минздравсоцразвития РФ № 796 от 19.12.2005 г. «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний к работам, непосредственно связанным с движением поездов и маневровой работой» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://base.consultant.ru
21. *Романова И. В.* Психофизиологические критерии риска суицидального поведения у школьников 14—17 лет : дис. ... канд. биолог. наук. – Челябинск, 2010. – 149 с.
22. *Румянцев П. О., Саенко В. А., Румянцева У. В., Чекин С. Ю.* Статистические методы анализа в клинической практике. Часть II. Анализ выживаемости и многомерная статистика // Проблемы эндокринологии. – 2009. – Т. 55, № 6. – С. 48—56.
23. *Сахаров А. В., Говорин Н. В., Ступина О. П.* Алкогольный фактор в суицидогенезе в Забайкалье // Забайкальский медицинский вестник. – 2007. – № 1. – С. 12—17.

24. *Сахаров А. В., Говорин Н. В.* Смертность по причине самоубийств в Забайкальском крае // Суицидология. – 2011. – Т. 2, № 1 (2). – С. 46—47.
25. *Счастный Е. Д.* Распространенность и клинико-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств : дис. … д-ра мед. наук. – Томск, 2001.
26. *Суровцева А. К., Счастный Е. Д.* Особенности субъективной оценки качества жизни пациентов с аффективными расстройствами с различным риском суицидального поведения // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 4. – С. 52—57.
27. *Узбеков М. Г.* Перекисное окисление липидов и антиоксидантные системы при психических заболеваниях. Сообщение I // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 4. – С. 97—103.
28. *Узбеков М. Г.* Перекисное окисление липидов и антиоксидантные системы при психических заболеваниях. Сообщение II // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, № 4. – С. 92—101.
29. *Cross M. D.* Oxygen radicals and human decease // Ann. Intern. Med. – 1987. – № 107. – P. 526—545.
30. *Halliwell B. H.* Reactive Oxygen species and the central nervous system // J. Neurochem. – 1992. – Vol. 59. – P. 1609—1623.

Транслитерация русских источников

1. [Analysis of survival rate and regression for censured data]. In: STATISTICA. StatSoft, 1995; 10: 3473—3534. (In Russ.).
2. *Babailov V.K., Lebedeva L.V., Zhuravka E.N.* [To the problem of definition of the hypothesis]. *Biznes Inform* [Business Inform]. 2009; 1: 146. (In Russ.).
3. *Babailov V.K.* [Analysis and synthesis]. *Biznes Inform* [Business Inform]. 2012; 4: 16—19. (In Russ.).
4. *Buzuk S.A.* [Individual-psychological characteristics, associated with high suicidal tendencies, of patients with depression disorder]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2012; 9(76): 85—88. (In Russ.).
5. *Vladimirov Yu.A., Archakov A.I.* [Peroxidation of lipids in biological membranes]. Moscow: Nauka, 1972. 251 p. (In Russ.).
6. *Govorin N.V., Sakharov A.V.* [Role of alcohol factor in suicidogenesis]. *Sotsial'nye preobrazovaniya i psikhicheskoe zdorov'e : II Natsional'nyy kongress s mezhdunarodnym uchastiem po sotsial'noy psikhiatrii* [Social reforms and mental health: II National Congress of Social Psychiatry with international participation]. 2006; 131—132. (In Russ.).
7. *Govorin N.V., Sakharov A.V., Stupina O.P., Kichigina I.V.* [Mental health of draftees]. Chita: Ekspress-izdatel'stvo, 2011. 203 p. (In Russ.).
8. *Grzhibovsky A.M.* [Analysis of nominal data (independent observations)]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2008; 6: 58—68. (In Russ.).
9. *Zambrzhitsky O.N., Batsukova N.L., Katkovskaya M.V., Kukharchik M.A.* [Identification of total antioxidant activity in saliva and urine tests of students with use of model system]. In: [Health and the environment: collection of scientific papers]. Minsk, 2008; 12: 127—129. (In Russ.).
10. *Zotov P.B.* [Antisuicidal factors barrier in the psychotherapy of suicidal behavior of persons of different age groups]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2013; 2: 58—63. (In Russ.).
11. *Kornetov N.A., Vetlugina T.P., Yazykov K.G., Schastnyy E.D., Ivanova S.A., Simutkin G.G.* [Prevalence and clinical-constitutional patterns of clinical polymorphism of depressive disorders and suicidal behaviour]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Hearld of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 1999; 4: 19. (In Russ.).
12. *Kornetov N.A., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Potapkina E.V., Ermakov A.V., Rogozina T.A.* [Prevalence, comorbidity, patterns of clinical polymorphism of affective disorders and suicidal behavior]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Hearld of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2003; 3: 20—24. (In Russ.).
13. *Kryukov N.N., Romanchuk P.I.* [Arterial hypertension and medical provision on rail transport]. Samara: OOO IPK “Sodruzhestvo”, 2005. 703 p. (In Russ.).
14. *Kudryavtsev I.A., Dekalo E.E.* [Psychological predictors of suicidal risk]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2012; 4(71): 46—54. (In Russ.).
15. *Lazutkina A.Yu., Gorbunov V.V., Govorin N.V., Sakharov A.V.* [Evaluation of prognostic significance of age and psychosocial risk factors for the occurrence of suicides among workers of locomotive brigades of the Transbaikalian railway]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2014; 5, 3(16): 53—59. (In Russ.).
16. *Lang T.A., Sesik M.* [How to describe the statistics in medicine. Annotated guide for authors, editors and reviewers]. Transl. from English. V.P. Leonov, ed. Moscow: Prakticheskaya meditsina, 2011. 480 p. (In Russ.).
17. *L’vovskaya E.I., Grigoryeva N.M.* [Peroxidation of lipids in norm and features of course of peroxidation of lipids under physical loads]. Chelyabinsk, 2005. 88 p. (In Russ.).
18. *Petrie A., Sabin C.* [Medical statistics at a glance: tutorial for medical schools]. The 2nd edition, revised and updated . Transl. from English. V.P. Leonov, ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2010. 167 p. (In Russ.).
19. *Balin V.D., Gaida V.K., Gorbachevsky V.K. et al.* [Tutorial in general, experimental and applied psychology]. A.A. Krylov, S.A. Manichev, eds. SPb: Piter, 2000. 560 p. (In Russ.).
20. Order of Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation no. 796 of 19.12.2005 “About approval of the list of medical contraindications to works immediately connected with movement of trains and shunting operations”. http://base.consultant.ru (In Russ.).
21. *Romanova I.V.* [Psychophysiological criteria of risk for suicidal behaviour in schoolchildren aged 14—17 years]. *Dis. ... kand. biolog. nauk* [PhD thesis in biology]. Chelyabinsk, 2010. 149 p. (In Russ.).
22. *Rumyantsev P.O., Saenko V.A., Rumyantseva U.V., Chekin S.Yu.* [Statistical methods for the analyses in clinical practice. Part 2. Survival analysis and multivariate statistics]. *Problemy endokrinologii* [Endocrinology Problems]. 2009; 55(6): 48—56. (In Russ.).
23. *Sakharov A.V., Govorin N.V., Stupina O.P.* [Alcohol factor in suicidogenesis in Transbaikalia]. *Zabaykal'skiy meditsinskiy vestnik* [Transbaikalian Medical Bulletin]. 2007; 1: 12—17. (In Russ.).
24. *Sakharov A.V., Govorin N.V.* [Deaths due to suicide in the Trans-Baikal Region]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2011; 2, 1(2): 46—47. (In Russ.).
25. *Schastnyy E.D.* [Prevalence and clinical-constitutional patterns of polymorphism of depressive disorders]. *Dis. … d-ra med. nauk* [MD thesis]. Tomsk, 2001. (In Russ.).
26. *Surovtseva A.K., Schastnyy E.D.* [Features of self-reported of life of patients with affective disorders under different risk for suicidal behavior]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2014; 5, 4: 52—57. (In Russ.).
27. *Uzbekov M.G.* [Lipid peroxidation and antioxidant systems in mental disorders. Part I]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014; 24, 4: 97—103. (In Russ.).
28. *Uzbekov M.G.* [Lipid peroxidation and antioxidant systems in mental disorders. Part II]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2015; 25, 4: 92—101. (In Russ.).

УДК 616.891-07:159.9
ББК 56.145.81-3-43

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И АГОРАФОБИЕЙ

Погосова И. А.*

ГОУ ВПО Курский ГМУ Минздрава России
305041, Курск, ул. К. Маркса, д.3

В статье представлены результаты изучения клинико-психопатологического исследования сочетанного течения панического расстройства и агорафобии. Отражено видоизменение клинических проявлений панических расстройств (паническая атака и межприступный период), в случае присоединения к паническому расстройству агорафобии. Выявлены изменения личностных характеристик больных основной группы. Больные проявляли чрезмерное внимание к изменениям в своем физическом состоянии, пессимистический настрой, повышенную чувствительность к внешним неблагоприятным факторам, эгоцентрические установки, зависимость от окружающих, в том числе и отгороженность от окружающего мира, с погруженностью в болезненные переживания. Болезненные переживания носили аффективную окраску, наблюдались враждебность, паранойяльность. **Ключевые слова**: паническое расстройство, агорафобия, коморбидность, личностные характеристики.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH PANIC DISORDER AND CO-MORBID AGORAPHOBIA. Pogosova I.A. Kursk State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. *K. Marx Street 3, 305041, Kursk, Russian Federation.* The article presents results of investigation of clinical and psychopathological examination of co-morbid panic disorder and agoraphobia. It reflects a transformation of symptoms of panic disorders (panic attacks and attack-free interval) in case panic disorder coexists with agoraphobia. During the investigation we identified personality changes in the main group of patients. They exhibited excessive attention to changes in their physical condition, pessimistic mood, increased sensitivity to external adverse factors, egocentricity, dependence on others, avoidance of the external world and absorption in painful experiences. Experiences of patients had an affective character; they were hostile to others and paranoid. **Keywords**: panic disorder, agoraphobia, personality characteristics, co-morbidity.

В последние годы отмечается рост интереса исследователей к изучению тревожно-фобических расстройств (ТФР). Указанная тенденция объясняется высокой распространенностью ТФР во всем мире. Частота их встречаемости в общей популяции составляет 5 % [14, 6, 17, 10, 16, 18, 19, 24]. Одним из тяжелых проявлений ТФР, значительно снижающих качество жизни больных, являются панические атаки. Последние встречаются в популяции в пределах 4,7 % [11, 13, 21, 22]. Среди разнообразных коморбидных паническим расстройствам (ПР) нозологий агорафобия (АГ) наблюдается в 30—50 % случаев [26, 27].

Присоединение агорафобии к паническим расстройствам характерно для лиц социально активного возраста, способствует длительному течению заболевания, обусловливает высокую резистентность к терапевтическим мероприятиям [5, 15, 16, 20—22]. Такие пациенты часто обследуются, госпитализируются в стационары соматического профиля, у них нарушаются отношения с близкими и сослуживцами, снижается трудоспособность, ухудшаются качество жизни и социальная адаптация, формируется зависимость от психоактивных веществ [5, 4].

Развитие агорафобии у больных паническим расстройством определяет «психопатологическую гетерогенность» указанных состояний [8], а также приводит к видоизменению личностного профиля больных.

Анализ литературных источников показал, что большое число отечественных и зарубежных исследований посвящено изучению личностных особенностей пациентов в рамках самостоятельных нозологических единиц без учета коморбидности. Так, в ряде работ представлены изменения личностного профиля у больных ПР [2, 7, 25] и больных АГ [3, 5, 23].

За последние 10 лет опубликованы работы отечественных исследователей, направленные на анализ личностных особенностей больных в рамках ПР и АГ. В исследовании И. В. Агамамедовой [2] представлены коморбидные больным ПР и АГ личностные расстройства: гистрионное (15,4 %), эмоционально неустойчивое (14 %), тревожное и зависимое (9,2 %), ананкастное (5,1 %). Согласно данным И. Б. Позе [10], у 41,96 % пациентов в рамках коморбидности панического расстройства и агорафобии выявлено сочетание следующих типов личностных девиаций – истерические (34 %), смешанные: истеронеустойчивые (13,0 %), истероананкастные (16,0 %), истеропараноидные (4 %), ананкастные (19,0 %); зависимые (17,0 %); неустойчивые (4,0 %).

Клинические и психологические особенности больных в случаях сочетанного течения панического расстройства и агорафобии в настоящее время изучены не в полной мере. Личностные характеристики больных АГ и ПР связаны с избегающим поведением, определяют степень тяжести последнего, влияют на социальную адаптацию и прогноз указанных больных. Результаты клинико-психопатологического исследования сочетанного течения ПР и АГ, личностной сферы больных позволят выявить психологические механизмы коморбидных взаимосвязей и будут учтены при разработке психотерапевтических мероприятий для таких больных.

Целью работы являлось изучение клинико-психологических особенностей больных в рамках сочетанного течения панического расстройства и агорафобии.

* *Погосова Инна Альбертовна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики. Телефон: 89202633638.*

Материал и методы исследования. В 2012—2013 гг. в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы, дневных стационарах Курского клинического психоневрологического диспансера обследовано 63 больных (применяли метод случайной выборки), из которых были сформированы две группы. У 30 больных (52,38 %) диагностирована (по указаниям МКБ-10) агорафобия с паническим расстройством (F40.01): основная группа – 13 (43,33 %) мужчин, 17 (56,67 %) женщин, средний возраст 41,67±1,2 года. У 33 (47,62 %) больных диагностировано только паническое расстройство (F41.0): группа сравнения – 14 (42,42 %) мужчин, 19 (57,58 %) женщин, средний возраст 39,8±1,2 года.

Для изучения влияния агорафобии на клинические проявления и течение панического расстройства и проведения анализа изменений психологических особенностей больных были использованы клинико-психопатологические и экспериментально-психологические методы исследования. Личностный профиль оценивался с помощью стандартизированного многофакторного метода исследования личности СМИЛ (Л. Н. Собчик [12]), стандартизированного 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла (А. Н. Капустина [10]).

Статистический анализ результатов выполнен с использованием стандартной программы Excel в системе Windows′XP и пакета прикладных программ Statistica 8.0. Применялся непараметрический статистический метод для оценки значимости различий количественных переменных в двух связанных выборках (U-критерий Манна-Уитни) и критерий углового преобразования F Фишера. Полученные результаты сравнивались в основной группе и группе сравнения.

Результаты и обсуждение. Как видно из таблицы 1, у всех больных основной группы (сочетание ПР и агорафобии) появлению агорафобии предшествовали панические атаки. В структуре панической атаки почти у всех больных группы сравнения наблюдался «страх смерти от соматического заболевания» (31 – 93,94 %). В основной группе больных в панической атаке зафиксированы различные по содержанию страхи: «страх задохнуться в толпе», «страх окон с решетками», «страх закрытых дверей», «страх перегородок» – 30 (100,0 %); «страх смерти от соматического заболевания» отмечался только у 1 (3,33 %) больного. Среди психических проявлений в приступе панической атаки в основной группе больных доминировала «аутопсихическая деперсонализация» – 28 (93,33 %), что достоверно (p<0,001) выше, чем в группе сравнения.

Другие разновидности деперсонализации (алло- и соматопсихическая) зафиксированы лишь у 2 (6,66 %) больных. В 32 (96,97 %) случаях у пациентов группы сравнения в клинической картине панической атаки диагностированы алло- и соматопсихическая деперсонализация, у 1 (3,03 %) больного отмечена «аутопсихическая деперсонализация». В межприступном периоде панического расстройства у больных основной группы на уровне статистической значимости (p<0,001) обнаружены проявления «сверхценной ипохондрии» – 29 (96,67 %), в группе сравнения – «навязчивой ипохондрии» – 31 (93,94 %).

Таблица 1

Сравнительная оценка частотного распределения клинических проявлений панического расстройства (группа сравнения) и панического расстройства, сочетающегося с агорафобией (основная группа)

Проявления	Группы				φ*
	сравнения ПР (n=33)		основная ПР и АГ (n=30)		
	абс.	%	абс.	%	
ПА предшествовали агорафобии	–	–	30	100,0	*
Страх смерти от соматического заболевания (инфаркт, инсульт)	31	93,94	1	3,33	*
Страх задохнуться в толпе, страх находиться в помещении с окнами в решетках с закрытыми дверьми	2	6,06	30	100,0	*
Сверхценная ипохондрия в межприступном периоде ПР	3	9,09	29	96,67	*
Навязчивая ипохондрия в межприступном периоде ПР	31	93,94	1	3,33	*
Деперсонализация аутопсихическая	1	3,03	28	93,33	*
Деперсонализация аллопсихическая, соматопсихическая	32	96,97	2	6,66	*

Примечание. Достоверность различий: * (p<0,001) – статистически значимые различия. φ* – Критерий Фишера.

Таким образом, присоединение к паническому расстройству агорафобии способствовало видоизменению клинических проявлений панических расстройств (паническая атака и межприступный период). В панической атаке в качестве психических проявлений доминировали разнообразные по содержанию страхи: «страх задохнуться в толпе», «страх окон с решетками», «страх закрытых дверей», «страх перегородок», аутопсихическая деперсонализация (дереализация). Межприступный период панического расстройства существенно отличался от клинических проявлений такового у больных группы сравнения. Формировались проявления сверхценной ипохондрии. Жизненный уклад больных претерпевал определенные изменения. Они делали всё, для того чтобы устранить причины, которые, по их мнению,

могли вызвать проявления болезни. Больные основательно меняли свой семейный и профессиональный статус, «обрастая» при этом новыми «полезными» связями. В их окружении появлялись люди, которые могли способствовать предотвращению наступления клинических проявлений заболевания. При сочетании панического расстройства и агорафобии тяжесть заболевания определяла степень генерализации агорафобии. По мере расширения количества агорафобических ситуаций утяжелялось течение панических расстройств. ПА становились более продолжительными и более полиморфными, «богатыми» по клиническим проявлениям.

В динамике заболевания менялась тяжесть избегающего поведения. На начальных этапах у больных основной группы имеют место признаки легкого варианта «агорафобического избегания», в дальнейшем «агорафобическое избегание» становилось более тяжелым.

Переходя к анализу изменений в личностном профиле у больных основной группы, следует отметить, что усредненный личностный профиль имел достоверный характер (рис. 1).

По основным шкалам значения показателей варьировали от 45,0 Т (шкала «мужественность-женственность») до 92,60 Т (шкала «индивидуалистичность»). В личностном профиле лиц, страдающих сочетанными ПР и АГ, наблюдалось повышение значений по шкалам: «индивидуалистичность» (92,60 Т), «ригидность» (85,10 Т), «тревожность» (82,42 Т), «эмоциональная лабильность» (78,01 Т), «пессимистичность» (78,5 Т), «невротический сверхконтроль» (77,03 Т), понижение по шкале «оптимистичность» (42,50 Т). Больные основной группы чрезмерно внимательно относятся к изменениям в своем физическом состоянии, тревожны, пессимистически настроены, повышенно чувствительны к внешним неблагоприятным факторам, эгоцентричны. У больных ПР и АГ наблюдаются зависимость от окружающих, непредсказуемость поступков, враждебность, паранойяльные реакции, погруженность в болезненные переживания, социальная интроверсия.

Средние значения основных шкал личностного профиля больных группы сравнения имели ряд отличий. За пределами нормы (70 Т) были показатели по шкалам «эмоциональная лабильность» (77,36 Т), «тревожность» (77,03 Т), «пессимистичность» (72,50 Т) и «невротический сверхконтроль» (72,06 Т). Полученные данные указывают на то, что больным ПР свойственны следующие личностные особенности: тревожность, склонность преувеличивать тяжесть своего состояния, чрезмерное внимание на любые отклонения в организме, снижение настроения, неустойчивость эмоционального состояния вплоть до истерических реакций.

При сравнительной оценке усредненных показателей личностного профиля больных обеих групп установлено, что больные основной группы имели большие значения по шкалам «индивидуалистичность» (92,6 Т и 66,73 Т), ригидность (85,10 Т и 58,30 Т), «социальная интроверсия» (71,12 Т и 53,07 Т) и меньшие по шкале «оптимистичность» (42,50 Т и 45,3 Т). По остальным шкалам личностного профиля существенных отличий между показателями основной группы и группы сравнения выявлено не было.

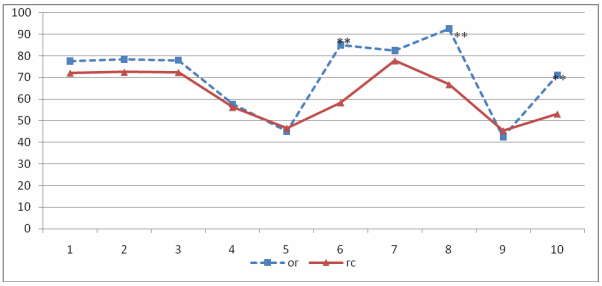


Рис. 1. Усредненные личностные профили больных основной группы и группы сравнения по данным СМИЛ

Примечание. Шкалы: 1 – ипохондрии (невротического сверхконтроля), 2 – депрессии (пессимистичности), 3 – истерии (эмоциональной лабильности), 4 – психопатии (импульсивности), 5 – мужественности-женственности, 6 – паранойяльности (ригидности), 7 – психастении (тревожности), 8 – шизоидности (индивидуалистичности), 9 – гипомании (оптимистичности), 0 – социальной интроверсии. ** ($p<0,05$) – Статистически значимые различия.

По данным опросника Р. Кеттелла, личностные особенности больных ПР отличались от таковых у пациентов с сочетанными проявлениями ПР и АГ (рис. 2).

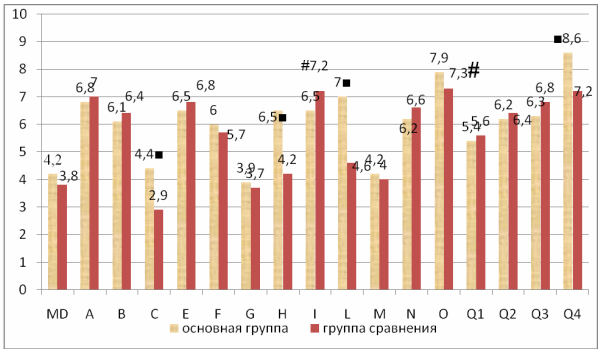


Рис. 2. Усредненные личностные профили больных основной группы и группы сравнения по данным методики Р. Кеттелла

Примечание. MD – Адекватная/неадекватная самооценка, A – замкнутость/общительность, B – интеллект, C – эмоциональная нестабильность/эмоциональная стабильность, E – подчиненность/доминантность, F – сдержанность/ экспрессивность, G – низкая/высокая нормативность поведения, H – робость/смелость, I – жесткость/чувствительность, L – доверчивость/подозрительность, M – практичность/мечтательность, N – прямолинейность/дипломатичность, O – спокойствие/тревожность, Q1 – консерватизм/радикализм, Q2 – конформизм/нонконформизм, Q3 – низкий/высокий самоконтроль, Q4 – расслабленность/напряженность. Различия: ■ ($p\leq0,01$) – Статистически значимые; # ($p\geq0,01$, $p\leq0,05$) – на уровне статистической тенденции.

По ряду шкал у обследованных больных зафиксированы изменения показателей, в частности по шкалам C, H, L, I, O, Q4. У больных основной группы отмечались средние показатели по шкалам «эмоциональная нестабильность/эмоциональная стабильность» ($X_{ср}$ 4,4), «робость/смелость» ($X_{ср}$ 6,5) и высокие значения по шкалам «спокойствие/тревожность» ($X_{ср}$ 7,9), «расслабленность/напряженность» ($X_{ср}$ 8,6), «доверчивость/подозрительность» ($X_{ср}$ 7,0).

У больных ПР (группа сравнения) наблюдались высокие значения показателей по шкалам «спокойствие/тревожность» ($X_{ср}$ 7,3), «расслабленность/напряженность» ($X_{ср}$ 7,2), средние значения показателей по шкалам «жесткость/чувствительность» ($X_{ср}$ 6,5), «доверчивость/подозрительность» ($X_{ср}$ 4,6), «робость/смелость» ($X_{ср}$ 4,2) и низкие значения показателей по шкале «эмоциональная нестабильность/эмоциональная стабильность» ($X_{ср}$ 2,9).

При сравнительном анализе показателей опросника Р. Кеттелла у больных основной группы и группы сравнения выявлены достоверные различия по ряду шкал. При коморбидных ПР и АГ (основная группа) на уровне статистической значимости ($p \leq 0,01$) отмечалось изменение показателей по сравнению с таковыми в группе сравнения по шкалам C, H, L, Q4: «эмоциональная нестабильность/эмоциональная стабильность» (4,4 и 2,9), «робость/смелость» (6,5 и 4,2), «доверчивость/подозрительность» (7,0 и 4,6), «расслабленность/напряженность» (8,6 и 7,7). Достоверность различий на уровне статистической тенденции ($p \geq 0,01$, $p \leq 0,05$) выявлена по шкалам I, O: «жестокость/чувствительность» (6,5 и 7,2), «спокойствие/тревожность» (8,9 и 7,3).

Анализ сочетания ряда шкал основной группы и группы сравнения показал, что у больных основной группы имело место наличие средних значений по шкалам C и I, что свидетельствует о сохранности эмоционального равновесия в привычной для больных обстановке, в сложных же ситуациях больные могут испытывать тревогу и беспокойство. В группе больных ПР зафиксированы низкие значения показателей по шкале C и высокие значения показателей по шкале I, что говорит о высокой эмоциональной чувствительности данных больных. У больных основной группы и группы сравнения в рамках сочетания шкал L и N отмечались средние значения показателей; следовательно, отношение к людям у пациентов обеих групп доброжелательное, но без особой доверчивости. Средние значения по шкалам Q3 и G у больных основной группы и группы сравнения свидетельствуют о затруднениях, возникающих при попадании в новые обстоятельства. Высокие значения показателей по шкалам O и Q4 у больных обеих групп говорят о их чрезмерной тревожности. Высокие показатели по шкалам O+, Q4+ и L+ со средними или низкими показателями по шкале C- в профиле больных основной группы свидетельствуют о дезадаптации тревожной личности, проявляющейся в психоэмоциональном напряжении. Однако, характеризуя профиль больных в рамках сочетанной патологии, следует отметить, что наряду с общими чертами, свойственными больным обеих групп, значимыми являются эмоциональная лабильность, робость, напряженность и подозрительность.

По результатам опросника СМИЛ в основной группе и группе сравнения выявлен «невротический тип личностного профиля» [12]. Однако в основной группе наблюдались аффективная насыщенность болезненных переживаний, враждебность, паранойяльность. Больные проявляли чрезмерное внимание к изменениям в своем физическом состоянии, пессимистический настрой, повышенную чувствительность к внешним неблагоприятным факторам, эгоцентрические установки, зависимость от окружающих, в том числе и отгороженность от окружающего мира с погруженностью в болезненные переживания.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволили выделить некоторые психологические механизмы коморбидных взаимосвязей тревожных расстройств на модели сочетанного течения панического расстройства и агорафобии. Присоединение к паническому расстройству агорафобии вносит своеобразие в состояние личностной сферы больных. Полученные данные сообразуются с результатами изучения клинических аспектов коморбидности тревожных расстройств, свидетельствующие о взаимном влиянии сочетающихся заболеваний [8, 10, 15].

Выявленные нарушения подлежат соответствующей медикаментозной и психотерапевтической коррекции. В качестве медикаментозной коррекции целесообразно кроме традиционных фармакологических препаратов, используемых в лечении панических расстройств (антидепрессанты, транквилизаторы), применение нейролептиков мягкого действия или атипичных антипсихотиков. Психотерапевтическая коррекция должна быть направлена на гармонизацию психологического профиля личности с учётом обнаруженных особенностей. При составлении психотерапевтической программы больным паническим расстройством и агорафобией рекомендуется проведение когнитивно-поведенческой психотерапии, направленной на коррекцию избегающего поведения и формирование адекватных коппинг-механизмов совладения со стрессом. Для устранения фактора влияния личности психотерапевта занятия необходимо проводить в форме «психотерапии в группе».

Предложенные меры позволят повысить эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, оптимизировать уровень социальной адаптации и качество жизни таких больных.

Литература

1. *Аведисова А. С.* Начальные этапы малопрогредиентной ипохондрической шизофрении // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1982. – Т. 82, вып. 1. – С. 91—97.
2. *Агамамедова И. Н.* Комбинированная терапия панического расстройства и агорафобии (фармакотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия) : автореф. дис. ... к.м.н. – М., 2008. – 23 с.
3. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства : руководство для врачей. – М.; Ростов-на-Дону : «Зевс»-«Феникс», 1997. – 576 с.
4. *Андреев А. М.* Тревожно-фобическое расстройство со стойкой агорафобией (клинико-катамнестическое исследование): автореферат дис. ... к.м.н. – М., 1999. – 22 с.
5. *Бобров А. Е., Головин С. А.* Агорафобия: клинические проявления и особенности личности // Депрессия и коморбидные расстройства / под ред. А. Б.Смулевича. – М., 1997. – С. 63—72.
6. *Бобров А. Е.* Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, № . – С. 328—332.
7. *Вертоградова О. П., Довженко Т. В., Мельникова Т. С.* Панические расстройства в общесоматической практике // Журнал социальной и клинической психиатрии. 1996. – Т. 6, № 3. – С. 34—40.
8. *Иванов В. С., Андреев А. М.* Типологическая дифференциация хронической агорафобии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2000. – Вып. 2. – С. 11—18.
9. *Капустина А. Н.* Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла : учебно-методическое пособие. – СПб. : Речь, 2004. – 104 с.
10. *Позэ И. Б.* Клинико-психологические предикторы неблагоприятного течения агорафобии с паническим расстройством : автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2012. – 25 с.
11. *Семке В. Я., Аксенов М. М.* Пограничные состояния (региональные аспекты). – Томск, 1995. – С. 91—92.
12. *Собчик Л. Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. – СПб. : «Речь», 2006. – 224 с.
13. *Смулевич А. Б., Колюцкая Е. В., Иванов С. В.* Обсессивно-фобические расстройства с паническими атаками и явлениями стойкой агорафобии (клиника, прогноз, терапия) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 4. – С. 40—48.
14. *Смулевич А. Б., Ротштейн В. Г., Козырев В. Н., Долгов С. А., Богдан М. Н., Колюцкая Е. В., Иванов С. В. и др.* Эпидемиологическая характеристика больных с тревожно-фобическими расстройствами // Тревога и обсессии. – М. : МИА, 1998. – С. 54—65.
15. *Стаценко О. А.* Виды ремиссий и типы динамики агорафобии с паническим расстройством // Психическое здоровье. – 2011. – № 3. – С. 55—57.
16. *Тукаев Р. Д., Кузнецов В. В.* Когнитивно-ориентированная психотерапия при тревожных расстройствах: оценка в контролируемом исследовании // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, № 2. – С. 55—64.
17. *Чуркин А. А., Касимова Л. Н.* Распространенность тревожно-фобических расстройств в популяции крупного промышленного города // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 3. – С. 14—21.
18. *Boer J. A.* Serotoninergic Mechanisms in Anxiety Disorders: An Inquiry into Serotonin Function in Panic Disorder. Proefschrift Utrecht. – 1988. – 232 p.
19. *Bronisch T.* Review of recent empirical studies of the classification, pathogenesis and therapy of anxiety disorders // Fortsch. Neurol. Psychiatк. – 1990. – Bd. 68, № 2. – S. 98—113.
20. *Grant B. F., Hasin D. S., Stinson F. S. et al.* The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, № 3. – P. 363—364.
21. *Kessler R. C., Chiu W. T., Demier O. et al.* Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – Vol. 62. – P. 617—627.
22. *Kessler R. C., Chiu W. T., Jin R.* The epidemiology of panic attacks, panic disorders, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. – 2006. – Vol. 63. – P. 415—424.
23. *Leonhard K.* Haufigkeit der Neuroseformen in Verschiedenen Zeitabschnitten // Psychiat. Neurol. Med. Psychol. – 1971. – V. 23. – P. 129—137.
24. *Lepine J. P.* The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63. – Suppl. 14. – P. 4—8.
25. *Ozkan M., Altindag A.* Comorbid personality disorders in subjects with panic disorder: do personality disorders increase clinical severity? // Compr. Psychiatry. – 2005. – Jan.–Feb. – Vol. 46 (1). – P. 20—26.

Транслитерация русских источников

1. *Avedisova A.S.* [Initial stages of low-progressing hypochondriac schizophrenia]. *Zhurn. nevropatologii i psikhiatrii* [Journal of Neuropathology and Psychiatry]. 1982; 82, 1: 91—97. (In Russ.).
2. *Agammamedova I.N.* [Combined therapy of panic disorder and agoraphobia (pharmacotherapy and cognitive-behavioural psychotherapy]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2008. 23 p. (In Russ.).
3. *Alexandrovsky Yu.A.* [Borderline mental disorders: Handbook for doctors]. Moscow, Rostov-on-Don: “Zevs”-“Feniks”, 1997; 576. (In Russ.).
4. *Andreev A.M.* [Anxiety-phobic disorder with persistent agoraphobia (clinical-follow-up study)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1999. 22 p. (In Russ.).
5. *Bobrov A.E., Golovin S.A.* [Agoraphobia: clinical manifestations and personality traits]. In: [Depression and comorbid disorders]. A.B. Smulevich, ed. Moscow, 1997; 63—72. (In Russ.).
6. *Bobrov A.E.* [Anxiety disorders: their taxonomy, diagnostics and pharmacotherapy]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2006; 14, 4: 328—332. (In Russ.).
7. *Vertogradova O.P., Dovzhenko T.V., Melnikova T.S.* [Panic disorders in general medicine practice]. *Zhurnal sotsial'noy i klinicheskoy psikhiatrii* [Journal of Social and Clinical Psychiatry]. 1996; 6, 3: 34—40. (In Russ.).
8. *Ivanov V.S., Andreev A.M.* [Typological differentiation of chronic agoraphobia]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2000; 2: 11—18. (In Russ.).
9. *Kapustina A.N.* [Multi-factor personality technique by R. Cattell: tutorial]. SPb: Rech’, 2004. 104 p. (In Russ.).
10. *Poze I.B.* [Clinical-psychological predictors of adverse course of agoraphobia with panic disorder]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2012. 25 p. (In Russ.).
11. *Semke V.Ya., Axenov M.M.* [Borderline states (regional aspects]. Tomsk, 1995; 91—92. (In Russ.).
12. *Sobchik L.N.* [Standardized multi-factor method of the investigation of the personality]. SPb: Rech’, 2006. 224 p. (In Russ.).
13. *Smulevich A.B., Kolyutskaya E.V., Ivanov S.V.* [Obsessive-phobic disorders with panic attacks and phenomena of persistent agoraphobia (clinic, prognosis, therapy]. *Zhurnal sotsial'noy i klinicheskoy psikhiatrii* [Journal of Social and Clinical Psychiatry]. 1998; 4: 40—48. (In Russ.).

14. *Smulevich A.B., Rothstein V.G., Kozyrev V.N., Dolgov S.A., Bogdan M.N., Kolyutskaya E.V., Ivanov S.V. et al.* [Epidemiologic characteristics of patients with anxiety-phobic disorders]. In: [Anxiety and obsessions]. Moscow: MIA, 1998; 54—65. (In Russ.).
15. *Statsenko O.A.* [Types of remissions and dynamics of agoraphobia with panic disorder]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2011; 3: 55—57. (In Russ.).
16. *Tukaev R.D., Kuznetsov V.V.* [Cognitively oriented therapy in anxiety disorders: evaluation in a controlled trial]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2015; 25, 2: 55—64. (In Russ.).
17. *Churkin A.A., Kasimova L.N.* [Prevalence of anxiety-phobic disorders in population of large industrial city]. *Rossiyskiy psikhiatricheskiy zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2000; 3: 14—20. (In Russ.).

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.33
ББК 56.145.12+53.43

РЕЗИСТЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ

Мингазов А. Х.[*1], Васильев В. Н.[2]

[1] **ГБОУ ВПО Южно-Уральский ГМУ Минздрава России**
454092, Челябинск, ул. Воровского 64

[2] **ГБУЗ ТО ОКПБ**
625530, Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19.

Обследовано 133 мужчины с диагнозом «опиоидная наркомания». В зависимости от эффективности лечения обследованные разделены на 2 группы. В первой группе представлены пациенты, прервавшие реабилитацию и возобновившие наркотизацию, во второй группе – с ремиссией после реабилитации более 1 года. Исследован ряд медико-биологических характеристик: возраст на момент поступления, возраст начала употребления ПАВ, наследственность, наличие хронических соматических заболеваний, перенесенных ЧМТ, ВИЧ-статус, неврологические расстройства, максимальная суточная доза героина, передозировки наркотиков в анамнезе, продолжительность заболевания, предыдущее лечение по поводу наркотической зависимости, диспансерное наблюдение, психосоматический статус. Выделены факторы со значимыми различиями в группах исследования. **Ключевые слова**: опийная наркомания, факторы риска рецидива.

RESISTANT COURSE OF OPIOID ADDICTION. Mingazov A. Kh.[1], Vasiliev V. N.[2] [1] South-Ural State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. *Vorovsky Street 64, 454092, Chelyabinsk, Russian Federation.* [2] **Regional Clinical Psychiatric Hospital**. *Sosnovaya Street 19, 625530, v. Vinzili, Tyumen District, Tyumen Region, Russian Federation.* 133 males with the diagnosis of opioid addiction were examined. They were divided into 2 groups according to treatment efficiency. The first group consisted of subjects who terminated aftercare and resumed narcotization; the second group consisted of subjects with remission after-care stage for more than 1 year. The differences in the groups of the study were defined according to the following medical and biological characteristics: age at admission, age of starting administrating psychoactive substance, hereditary background, availability of chronic somatic diseases, availability of craniocerebral trauma, HIV status, neurological disorders, maximum daily dose of acetomorphine, cases of drug overdose in past medical history, duration of disease, previous treatment for drug abuse, dispensary observation, deviation of physical status at admission, sleep disruption. The factors with essential differences were defined in the study groups. **Keywords:** opium addiction, relapse risks factors.

Введение. Опиоидная наркомания является одной из наиболее тяжелых форм зависимости от психотропных веществ. В России пик заболеваемости опиоидной наркоманией приходился на 2000-е годы [5]. В настоящее время распространенность опиоидной наркомании в России остается высокой, несмотря на некоторую стабилизацию, по данным 2014 г. – 172,6 на 100 тысяч населения [9]. В последние годы происходит перераспределение соотношения наркоманий в зависимости от вида наркотика, однако опийная наркомания по-прежнему составляет значительную часть. По данным официальной статистики на 2014 г., на ее долю приходилось 78,4 % от всех наркоманий [9]. Последнее время согласно государственной направленности [10] создается большое количество реабилитационных учреждений, появляются новые частные и государственные реабилитационные центры. Вопрос об эффективности их работы остается открытым, приводимые в публикациях количественные данные о доле качественных ремиссий весьма противоречивы.

Так, по результатам исследований испанских ученых [16], после амбулаторного лечения через 2 года в ремиссии находились 54 % пациентов. По данным английского общенационального исследования, только 40 % наркозависимых преодолевают годовой порог ремиссии [15]. Отечественные ученые [12] утверждают, что годовая ремиссия достигается лишь у 15 % наркозависимых, несмотря на длительный курс терапии. Существует ряд факторов, влияющих на течение опиоидной наркомании. Среди медико-биологических факторов следует отметить наследственность [1, 2, 3, 14], раннее начало заболевания [7, 13, 14], возраст [4, 11], количество передозировок [1], продолжительность заболевания [1, 2, 11] предыдущее лечение [6], толерантность, нарушения сна [8], наличие сопутствующих хронических соматических заболеваний и ЧМТ [8, 11]. По ряду позиций в отношении благоприятного и неблагоприятного влияния на течение заболевания мнения ученых совпадают. Так, факторами, способствующими неблагоприятному течению заболевания, считаются возраст начала употребления ПАВ, наличие сопутствующих соматических заболеваний. По характеру влияния других факторов (например, наследственной предрасположенности, продолжительности заболевания) мнения авторов разделились. Сведений о влиянии других медико-биологических факторов нам не удалось обнаружить.

Цель исследования – выявить медико-биологические факторы, определяющие течение опиоидной наркомании у лиц мужского пола.

Материалы и методы. Клинико-катамнестическому исследованию подверглись 133 мужчины, страдающие опиоидной наркоманией, поступившие на реабилитацию в ГУ ДЗ УХМАО-Югры «Лемпинский наркологический реабилитационный центр» с 2004 по 2014 г.

[*] *Мингазов Андрей Ханифович, д.м.н., доцент кафедры психиатрии. E-mail: right.course.174@gmail.com*

Васильев Владимир Николаевич, врач-психотерапевт, E-mail: avelisov74@mail.ru

По признаку устойчивости и продолжительности ремиссии было выделено две группы исследуемых. В первую группу включено 60 пациентов, самостоятельно прервавших реабилитацию и возобновивших наркотизацию. Из группы исключались пациенты, вынужденно прервавшие реабилитацию по причине соматической патологии. Во вторую группу включено 73 пациента, прошедших полный курс реабилитации и не употребляющих опиоиды в течение года. Из группы исследования исключались пациенты с вынужденным отказом от употребления (тяжелые соматические расстройства, отбывание наказания в местах лишения свободы). Возраст исследуемых составлял от 20 до 38 лет. До поступления все пациенты осмотрены терапевтом, инфекционистом, сданы анализы крови, в том числе на ВИЧ. При поступлении всем произведен анализ мочи на наличие наркотических веществ. В случае положительного результата пациент на реабилитацию не принимался. В течение первых 10 дней реабилитации все пациенты осмотрены психиатром-наркологом, неврологом.

В качестве медико-биологических факторов риска резистентного течения оценивались возраст на момент поступления, возраст начала употребления ПАВ, наследственность, наличие хронических соматических заболеваний, перенесенных ЧМТ, ВИЧ-статус, максимальная суточная доза героина, передозировки наркотиков в анамнезе, продолжительность заболевания, предыдущее лечение по поводу наркотической зависимости, диспансерное наблюдение, отклонение соматического статуса в момент поступления, нарушения сна.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов первой группы был достоверно ниже, чем у пациентов второй группы – 25,8±9,2 и 28,4±9,6 года соответственно ($p<0,01$), что противоречит распространенному мнению о том, что более молодой возраст является благоприятным фактором в формировании ремиссии. Более молодой возраст в первой группе также подтверждают данные, приведенные в таблице 1, где проведено разделение исследовательской выборки на возрастные группы согласно последней классификации ВОЗ (2015): до 24 лет – возраст взросления, 25—44 года – молодой возраст.

Таблица 1

Возрастной состав респондентов по группам

Возраст	1-я группа (n=60)		2-я группа (n=73)	
	абс.	%	абс.	%
18–24 года	28	47,6	14	19,6
25–44 года	32	52,4	59	80,4

Большинство наркозависимых начали употреблять ПАВ в подростковом возрасте. Чаще всего первой пробой был табак, затем следовали алкоголь, каннабиноиды и опиаты. В таблице 2 приведены средневозрастные данные первой пробы ПАВ.

Таблица 2

Возраст начала употребления ПАВ по группам, лет

Вещество	1-я группа (n=60)	2-я группа (n=73)
Курение табака	14,1±7,9	14,8±7,9
Алкоголь	15,2±4,2	16,1±6,1*
Каннабиноиды	15,6±3,6	16,3±4,3
Опиоиды	17,6±9,4	18,9±5,1*

Примечание. * – $p<0,05$.

Анализ полученных данных показывает, что пациенты первой группы раньше начинали потребление ПАВ. Статистически значимые отличия выявлены при сравнении возраста начала употребления алкоголя и опиодов. Исследуемые второй группы начали употреблять наркотики в среднем на 1,3 года позже.

Длительность заболевания исследуемых варьировала от 1 года до 16 лет. Пациенты второй группы имели достоверно более продолжительное наличие синдрома зависимости: 8,2±6,8 и 9,6±8,6 года соответственно ($p<0,05$), что противоречит общепринятому мнению о том, что чем длительнее заболевание, тем реже удается достичь его ремиссии [2].

Далее было рассмотрено количество потребляемого наркотика опийной группы (ханка, семена мака, дезоморфин и др.). За стандарт употребления была взята максимальная суточная доза героина в граммах, так как все респонденты употребляли героин либо до лечения, либо в анамнезе. Кроме того, способ расчета дозы героина прост и показателен для оценки уровня толерантности. Наибольшая среднесуточная доза героина у исследуемых колебалась от 0,25 до 15 граммов. В первой группе она была достоверно выше, чем во второй группе: 3,3±6,7 и 2,2±3,8 грамма ($p<0,05$). Это прогнозируемый результат, так как высокая толерантность утяжеляет течение абстинентного и постабстинентного периодов, способствует повышению фармокорезистентности, снижая тем самым возникновение у зависимых стойкой мотивации на отказ от употребления наркотиков.

Наследственная отягощенность в основном был представлена алкоголизацией отца, деда и наркотизацией братьев. В первой группе она составила 25 %, во второй группе – 36,4 %. Полученные различия не достоверны.

В первой группе передозировки в анамнезе наблюдались у 33,4 % пациентов, из них однократно у 16,7 % больных. Среди исследуемых второй группы – у 41,1 % и 13,7 % соответственно. Различия не достоверны.

Основная часть исследуемых ранее обращалась за оказанием помощи в медицинские и социальные государственные учреждения, несколько человек лечилось в частных медицинских центрах.

Таблица 3

Предыдущее лечение наркомании и диспансерное наблюдение у нарколога

Вид оказываемой помощи	1-я группа (n=60)		2-я группа (n=73)	
	абс.	%	абс.	%
Обратился впервые	11	18,3	9	12,3
Стационарное купирование абстиненции	37	61,7	63	72,6
Реабилитация	12	20	11	15,1
Состоит на «Д» учете	40	66,7	54	74

Наиболее часто исследуемые пациенты, страдающие опиоидной наркоманией, получали стационарную наркологическую помощь в виде купирования абстинентного синдрома, значительно реже они обращались за реабилитационной помощью. Диспансерному наблюдению подлежала большая часть пациентов обеих групп. Достоверных различий по всем вышеуказанным показателям между группами не выявлено.

Соматические и инфекционные заболевания часто становятся спутниками наркотизации. Как правило, в период употребления ПАВ они протекают в латентной форме, а в период ремиссии обостряются. Все пациенты при поступлении на реабилитацию были осмотрены врачом. У части из них отмечались отклонения в виде артериальной гипертензии, повышенной температуры тела, сыпи на кожных покровах и др. В первой группе соматические отклонения обнаружены у 25 (41,7 %), во второй группе – у 26 (35,6 %) человек. В момент поступления на реабилитацию на нарушение сна жаловалось более половины исследуемых в первой группе (65 %), во второй группе – 58,9 %. Различия в группах по вышеуказанным параметрам не достоверны.

Таблица 4

Соматические отклонения

Заболевания	1-я группа (n=60)		2-я группа (n=73)	
	абс.	%	абс.	%
Наличие хронических соматических заболеваний	22	36,7	26	35,6
Положительный ВИЧ-статус	13	21,7	16	21,9
Наличие перенесенных ЧМТ	15	25	18	24,7
Неврологические Расстройства	42	70	50	68,5

В полученных нами результатах также не было найдено существенных различий по наличию хронических заболеваний, ВИЧ-статусу, перенесенных черепно-мозговых травм, неврологических расстройств.

Выводы и обсуждение. Риск резистентного течения опиоидной наркомании увеличивается при раннем возрасте начала употребления алкоголя и опиодов (приёма алкоголя до 16 лет, а опиоидов до 18 лет) и максимальной суточной доза более 2,5 грамма. Полученные нами результаты соответствуют более ранним исследованиям.

Особого внимания заслуживают факты большей продолжительности заболевания у лиц с благоприятным течением, а также их старшинство относительно лиц первой группы. Это расходится с общепринятым мнением о том, что чем длительнее зависимость, тем тяжелее ее лечить. По нашему мнению, такая установка ошибочна.

Около половины исследуемых первой группы (47,6 %) находятся в периоде взросления, для которого характерна недостаточная зрелость центральной нервной системы и, соответственно, неустойчивость психических функций, слабость критических способностей. Эти особенности затрудняют формирование устойчивой мотивации на отказ от употребления наркотиков. Среди пациентов второй группы большинство (80,4 %) находятся в более старшем возрастном периоде.

Таким образом, анализируя данные показатели, можно сделать вывод, что чем младше возраст пациента и, соответственно, чем короче у него период зависимости, тем выше риск рецидива. Следовательно, пациенты, находящиеся в возрасте взросления (до 25 лет) и имеющие стаж зависимости менее 8 лет, так же попадают в группу риска по резистентному течению опиоидной наркомании. Более старший возраст и длительность течения зависимости у пациентов второй группы мы связываем с нарастанием социальных и физиологических проблем в процессе течения заболевания и с осознанием необходимости отказа от наркотиков, как средства, неизбежно ведущего к серьезным негативным последствиям.

Литература

1. *Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А.* Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар: Изд-во РГКП «РНПЦ МСПН», 2005. – 287 с.
2. *Дудко Т. Н.* Реабилитация наркологических больных: Наркология : национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 575—612.
3. *Кибитов А. О.* Генетика наркологических заболеваний: клинико-биологический феномен семейной отягощенности // Наркология. – 2015. – № 2. – С. 53—68.
4. *Кесельман Л. Е., Мацкевич М. Г., Тимофеев Л. М.* Социальное пространство наркотизма // Наркобизнес. Начальная теория наркотической отрасли. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Издательство «Медицинская пресса», 2001. – 272 с.
5. *Кошкина Е. А., Киржанова В. В.* Эпидемиология наркологических заболеваний: Наркология : национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 15—31.
6. *Мандель А. И., Семке В. Я., Бохан Н. А.* Психологические характеристики больных наркоманиями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 2. – С. 56—61.
7. *Семке В. Я., Бохан Н. А, Гусев С. И., Мандель А. И., Снигирева Г. Я. Трифанов О. И.* Медицинские и социальные аспекты терапии алкогольной и наркотической зависимостей в пенитенциарных условиях // Сибирский

вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 114—117.
8. *Сиволап Ю. П., Савченко В. А.* Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. – М. : ОАО Издательство « Медицина», 2005. – 304 с.
9. *Тетенова Е. Ю., Надеждин А. О., Колгашкин А. Ю.* Некоторые тенденции потребления наркотиков в 2012—2014 годах. Сравнительный аспект // Наркология. – 2015. – № 12. – С. 7—12.
10. Указ Президента Российской Федерации от 09.06.2010 № 690 «Об утверждении стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации. – 14.06.2010. – № 24. – ст. 3015. В редакции от 01.07.2014. – СПС «Гарант».
11. *Чирко В. В., Демина М. В.* Очерки клинической наркологии (наркомании и токсикомании: клиника, течение, терапия). – М. : Медпрактика-М, 2002. – 240 с.
12. *Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю.* Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / под ред. А. Я. Гриненко. – СПб. : Изд-во «Лань», 2000. – 368 с.
13. *Шигакова Ф. А., Султанов Ш. Х.* Сравнительный анализ типов течения опийной наркомании с учетом гендерных различий // Наркология. – 2012. – № 10. – С. 67—71.
14. *Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A.* Dissociative model of addictions formation. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
15. *Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J.* Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses // Addiction. – 2002. – V. 97, № 10. – P. 1259—1267.
16. *Sanchez-Carbonel J., Brigos B., Cami J.* Outcome of a sample of heroin addicts 2 year after the beginning of treatment // Med. Clin. – 1989. – V. 92, № 4. – P. 135—139.

Транслитерация русских источников

1. *Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A.* [Early prevention and neoabilitation of patients with opioid addiction]. Pavlodar: Publishing House of RGKP “RNPC MSPN”, 2005. 287 p. (In Russ.).
2. *Dudko T.N.* [Rehabilitation of substance abuse patients]. In: [Narcology: national manual]. N.N. Ivanets, I.P. Anokhina, M.A. Vinnikova, eds. Moscow: GEOTAR-Media, 2008; 575—612. (In Russ.).
3. *Kibitov A.O.* [Genetics of substance dependence: family history as a biomedical phenomenon]. *Narkologiya* [Narcology]. 2015; 2: 53—68. (In Russ.).
4. *Keselman L.E., Matskevich M.G., Timofeev L.M.* [Social space of narcotizm]. In: [The drug trafficking. Initial theory of drug industry]. 2nd edition, rev. and added. SPb: Publishing House “Meditsinskaya pressa”, 2001. 272 p. (In Russ.).
5. *Koshkina E.A., Kirzhanova V.V.* [Epidemiology of narcological diseases: Narcology: national manual]. N.N. Ivanets, I.P. Anokhina, M.A. Vinnikova, eds. Moscow: GEOTAR-Media, 2008; 15—31. (In Russ.).
6. *Mandel A.I., Semke V.Ya., Bokhan N.A.* [Psychological characteristics of patients with drug addiction]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2000; 2: 56—61. (In Russ.).
7. *Semke V.Ya., Bokhan N.A., Gusev S.I., Mandel A.I., Snigireva G.Ya., Trifonov O.I.* [Medical and social aspects of therapy of alcohol and drug dependence under penitentiary conditions]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 114—117. (In Russ.).
8. *Sivolap Yu.P., Savchenko V.A.* [The abuse of opioids and opioid dependence]. Moscow: JSC Publishing House “Medicina”, 2005. 304 p. (In Russ.).
9. *Tetenova E.Yu., Nadezhdin A.O., Kolgashkin A.Yu.* [Certain trends in drug consumption in 2012-2014. The comparative aspect]. *Narkologiya* [Narcology]. 2015; 12: 7—12. (In Russ.).
10. The decree of the President of the Russian Federation dated 09.06.2010 No. 690 “On approval of strategy of state antidrug policy of the Russian Federation”. 14.06.2010. No. 24. P. 3015. Edited as of 01.07.2014. The company “Garant”. (In Russ.).
11. *Chirko V.V., Demina M.V.* [Essays of clinical narcology (drug addiction and substance abuse: clinical features, course, therapy)]. Moscow: Medpraktika-M, 2002. 240 p. (In Russ.).
12. *Shabanov P.D., Stakelberg O.Yu.* [Drug abuse: pathopsychology, clinic, rehabilitation]. A.Ya. Grinenko, ed. SPb: Publishing House “Lan’”, 2000. 368 p. (In Russ.).
13. *Shigakova F.A., Sultanov Sh.Kh.* [Comparative analysis of the types of opioid addiction flowing with a gender differences]. *Narkologiya* [Narcology]. 2012; 10: 67—71. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.13(571.1/.5)
ББК 56.145.11-38

СНИЖЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА В СИБИРИ: ТЕНДЕНЦИЯ ИЛИ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ АРТЕФАКТ?

Артемьев И. А.*

НИИ психического здоровья
Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, ул. Алеутская,4

Рассматриваются динамические ряды зарегистрированных наркологическими учреждениями больных алкоголизмом (болезненность) и их корреляционная связь с пациентами, которым впервые установлен диагноз зависимости от алкоголя. В разработку вошли только те административно-территориальные образования Сибири, где эта связь слабая. Методика выявления основной тенденции развития временного ряда (тренда) осуществляется выравниванием временного ряда. Выравнивание позволяет характеризовать особенность данного динамического ряда в наиболее общем виде как функцию времени, предполагая, что через время можно выразить влияние всех основных факторов. Для аналитического выравнивания динамических рядов алкогольной зависимости по каждой территории использовались различные формы трендов, выражающие те или иные качественные свойства развития тенденций. Качественное выражение изменений выравниваемого динамического ряда имеет количественное выражение в форме коэффициента детерминации, который рассчитывается для оценки качества подбора уравнения регрессии, на основании которой давались прогностические оценки. Для приемлемых моделей предполагается, что коэффициент детерминации должен быть хотя бы не меньше 50 %. Коэффициент детерминации характеризует долю вариации (дисперсии) результативного признака, объясняемую регрессией, в общей вариации. Для аналитического выравнивания динамических рядов по каждой территории использовались линейная, полиномиальная, экспоненциальная, логарифмическая формы трендов и тренд в форме степенной кривой. **Ключевые слова**: алкоголизм, тренды, коэффициенты корреляции и детерминации, прогностика.

DECREASE IN PREVALENCE OF ALCOHOLISM IN SIBERIA: TENDENCY OR PREDICTIVE ARTIFACT? **Artemyev I. A. Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences.** *Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk.* The time series of patients with alcoholism registered by narcological institutions (morbidity) and their correlation with patients newly diagnosed as having alcohol dependence were considered. The development included only those administrative-territorial formations of Siberia, where this correlation is weak. The technique of identification of the main tendency of development of the time series (trend) was carried out by alignment of the time series. Alignment allows characterizing the feature of change of this time series over time in the most general view as function of time, assuming that further it will be possible to express influence of all major factors. For analytical alignment of time series of alcohol dependence across each territory various forms of trends expressing those or other qualitative properties of development of tendencies were used. Identification of the main pattern of change of levels of a series assumes its quantitative expression, to a certain extent free from random influences in the form of coefficient of determination that allows to characterize feature of change of this time series over time in the most general view as function of time, assuming that further it will be possible to express influence of all major factors. The coefficient of determination characterizes the part of variability (dispersion) of the effective sign y explained by regression in the general variability (dispersion). The coefficient of determination is calculated for assessment of quality of selection of the equation of regression. For the acceptable models it is supposed that the coefficient of determination has to be at least not less than 50 %. The coefficient of determination characterizes the part of variability (dispersion) of effective sign y explained by regression in the general variability (dispersion) of y. The coefficient of determination is calculated for assessment of quality of selection of the equation of regression on which basis predictive estimates were provided. Linear, polynomial, exponential, logarithmic forms of trends and a trend in the form of the exponential curve were used for analytical alignment of time series across each territory. **Keywords**: alcoholism, trends, coefficients of correlation and determination, prognostics.

Введение. В настоящее время разработано более 150 методов прогнозирования, которые можно объединить в 4 группы: экспертные оценки, экстраполяция, моделирование, комбинированные прогнозы [1, 2]. Как правило, составляется прогнозирование возможного числа больных в интенсивных или абсолютных показателях с применением статистических данных о контингентах больных как с впервые в жизни установленным диагнозом (заболеваемость), так и находящихся под наблюдением учреждения (болезненность, накопленная заболеваемость [3].

Прогнозирование в психиатрии и наркологии базируется, как правило, на определении гипотетического числа больных в определенных единицах – это либо абсолютные значения, либо показатели в интенсивных параметрах, либо в иных номинальных функциях. Для достижения поставленной задачи используются многочисленные медико-статистические приемы, порой весьма трудоемкие и трудно воспроизводимые без непосредственного участия автора (личное сообщение И. В. Линского [2010]) предлагаемого прогностического приема [4]. При этом нам не удалось найти сведений о совпадении либо, наоборот, об ошибочности сделанных прогнозов, ввиду того, что к этому времени теряется актуальность проблемы: событие произошло и комментарии становятся излишними [5, 6, 7].

Ранее нами в цикле работ [8, 9] были опубликованы экстраполяционные модели прогнозирования на основе временных рядов, исторической динамики распространенности алкоголизма, прогнозирование по абсолютному приросту показателей в различные календарные периоды, в том числе и в реальном хронологическом интервале, осуществлялся прогноз по эталонным величинам и по «жесткому» показателю смертности. Однако все перечисленные приемы в точке прогнозирования, когда она становилась реальной хронологической датой, не дали необходимой точности тех величин, в которых проводилось прогнозирование.

* *Артемьев Игорь Андреевич, д.м.н., в.н.с. отд. эпидемиологии и социальной психиатрии. Телефон: (8-382-2)723002.*

Одной из причин такого несовпадения могут быть управленческие решения по наркологической службе, изменения паттернов потребления алкоголя различных субпопуляций, наряду с номенклатурными изменениями в профессиональной среде как врачей-наркологов, а также в широкой медицинской среде, привлекаемой к оказанию помощи лицам, страдающим рассматриваемой аддикцией.

В. А. Медик (2003) видит одну из задач, возникающих при анализе рядов динамики, таковой, по его мнению, является установление закономерности изменения уровней изучаемого показателя во времени. Уровни динамического ряда формируются под совокупным влиянием множества длительно и кратковременно действующих факторов, в том числе различного рода случайных обстоятельств. Выявление основной тенденции развития (тренда) осуществляется методами выравнивания, которое позволяет характеризовать особенность изменения по времени данного динамического ряда в наиболее общем виде как функцию времени, предполагая, что через время можно выразить влияние всех основных факторов.

Коэффициент детерминации характеризует долю вариации (дисперсии) результативного признака y, объясняемую регрессией, в общей вариации (дисперсии) y. Коэффициент детерминации рассчитывается для оценки качества подбора уравнения регрессии. Для приемлемых моделей сделано предположение, что коэффициент детерминации должен быть хотя бы не меньше 50 %. Модели с коэффициентом детерминации выше 80 % можно признать достаточно хорошими.

Хорошими результатами следует считать нахождение аппроксимирующей функции с коэффициентом достоверности R^2>0,87. Отличный результат отмечен при R^2>0,94 (http://alvo/spravochnik-excel) (10). Значение коэффициента детерминации R^2=1 означает функциональную зависимость между переменными. Вообще говоря, значение коэффициента детерминации не объясняет то, имеется ли между факторами зависимость, а если да, то насколько она тесная. Данное значение свидетельствует только о качестве того уравнения, которое мы построили. Удобно сравнивать коэффициенты детерминации для нескольких разных уравнений регрессии, построенных по одним и тем же данным наблюдений. Из нескольких уравнений лучше то из них, у которого больше коэффициент детерминации (http://www.allbest.ru) [11, 12]. Коэффициент детерминации может варьировать в диапазоне от нуля до единицы, причем чем ближе полученная цифра к единице, тем сильнее оказывается влияние факторов на изучаемую величину.

Материалы и методы. Нами проведено краткосрочное прогнозирование алкогольной ситуации некоторых территорий Западной Сибири по направлению трендов интенсивных показателей зарегистрированных больных алкоголизмом (болезненность) и впервые в данном году зарегистрированных больных при обращении за наркологической помощью (заболеваемость). Взаимосвязь накопленной и первичной заболеваемости определялась по величине коэффициента корреляции (ρ).

Наглядно представить процесс развития явления во времени позволяет графическое изображение уровней динамического временного ряда показателей заболеваемости, используя основные уравнения тренда, выражающие те или иные качественные свойства развития тенденции. Таким образом, тренд представляет собой плавно изменяющуюся составляющую, которая отражает влияние факторов, оказывающих долговременное воздействие, и позволяет проследить тенденцию изменения данных.

Для аналитического выравнивания динамического ряда показателей заболеваемости использовались следующие основные типы уравнений тренда, выражающие те или иные качественные свойства развития тенденции:

- линейная (показательная) функция

$$y1=bx+a$$

- полиномиальная (параболическая)

$$y1=cx^2+bx+a$$

- экспоненциальная

$$y1=ak$$

- логарифмическая

$$y1=b\ lnx+a$$

- тренд в форме степенной кривой

$$y1=axb$$

При этом при сопоставлении эмпирического и теоретического рядов эмпирические значения функций принимались за y, а теоретические значения – за y1; a – начальный уровень тренда, принятый за начало отсчёта времени; x – порядковый временной номер (1–16) хронологической даты наблюдения (1999–2014 гг.); c – квадратический параметр, равный половине ускорения (константа полиномиального тренда); k – темп изменения в разах (константа экспоненциальной формы тренда). Если k>1, экспоненциальный тренд выражает тенденцию ускоренного возрастания уровней; при 0<k<1 рассматриваемый тренд означает тенденцию к снижению уровней динамического ряда. Аналогичные обозначения логарифмической формы тренда и тренда в форме степенной кривой [1].

Результаты и обсуждение. Нами рассматривается группа территорий восточного региона России, которая характеризуется слабыми корреляционными связями показателей заболеваемости и болезненности (ρ≥0,3).

В Республике Бурятии болезненность имеет логарифмическую форму тренда с высоким коэффициентом детерминации (R^2=0,936). Направление этого тренда при долгосрочном прогнозе указывает на медленное сокращение количества зарегистрированных больных в республике. Так, если в начале рассматриваемого периода количество больных алкоголизмом составило 1327, то к концу прогнозируемого периода их может быть около 600 человек, то есть контингент обслуживаемых больных сократится в 2 раза. Полиномиальная форма тренда заболеваемости при коэффициенте детерминации R^2=0,415 не дает оснований утверждать о прогностически лавинообразном сокращении числа ежегодно впервые выявленных больных. Однако в реальном временном промежутке (1999–2014 гг.) избранная нами оптимальная полиномиальная форма тренда указывает на увеличение показателя первичной заболеваемости в течение указанного времени, но показатель болезненности (накопленная заболеваемость) за этот же период продолжает падать. Такую ситуацию в анализируемом реальном временном отрезке можно рассматривать как интенсивное выявление новых случаев заболеваний алкоголизмом, который ежегодно носит хаотичный характер, а низкий коэффициент детерминации (R^2=0,415) не позволяет выявить определенные закономерности, о чем также свидетельствует и слабая корреляционная связь этих показателей.

Таким образом, следует признать, что сокращение числа зарегистрированных больных происходит при низкой их выявляемости в населении, т. е. деятельность наркологической службы в Республике Бурятии в этом направлении проводится недостаточно активно.

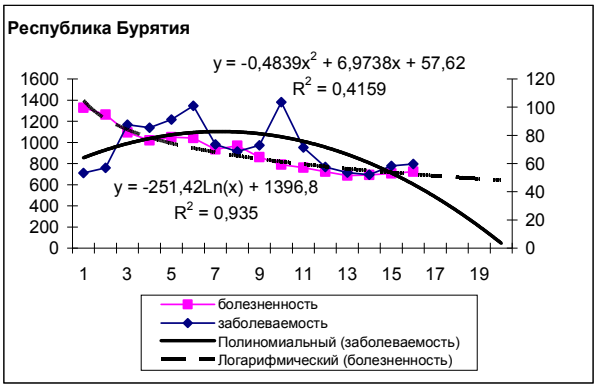


Рис. 1. Коэффициенты корреляции (ρ=0,189) и детерминации (R^2=0,935) заболеваемости и болезненности (R^2=0,415) алкоголизмом в Республике Бурятии

Тренд заболеваемости алкоголизмом в Забайкальском крае имеет определенное сходство с заболеваемостью населения предыдущей административно-территориальной единицы – Бурятии. На обеих территориях полиномиальный тренд имеет одинаковую направленность к снижению, более выраженную в Забайкальском крае. Однако здесь необходимо учитывать, что если в Бурятии он менее подвержен неучтенным факторам за последние 16 лет (коэффициент детерминации R^2=0,935), то в Забайкальском крае влияние других факторов, могущих повлиять на выявление больных, выражено в большей степени здесь (R^2=0,701). Поэтому интенсивные показатели заболеваемости в этом регионе к концу периода менее вариабельны по сравнению с начальным периодом. Однако прогностически оба региона скорее идентичны, нежели разнородны. Тренды болезненности на обеих территориях имеют общую направленность к сокращению интенсивных показателей в краткосрочной перспективе, но по сравнению с трендами заболеваемости носят противоположный характер. Так, если в Бурятии можно признать, что при R^2=0,415 величина состоящих на учете больных подвержена большим вероятностным изменениям под влиянием иных, нежели действующих в последние годы факторов, то в Забайкальском крае влияние этих неучтенных факторов будет проявляться в меньшей степени (при R^2=0,756). При этом сокращение больных алкоголизмом присуще обеим территориям, но в одной – это будет происходить более интенсивно, в другой – менее. Общим и для Бурятии, и для Забайкальского края является низкая взаимосвязь заболеваемости как накопленной, так и впервые выявленной.

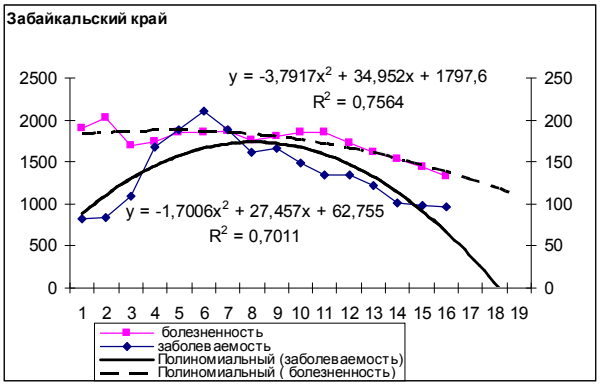


Рис. 2. Коэффициенты корреляции (ρ=0,362) и детерминации (R^2=0,701) заболеваемости и болезненности (R^2=0,756) алкоголизмом в Забайкальском крае

Количество зарегистрированных больных в Иркутской области за рассматриваемый период остается относительно стабильным, конечное снижение показателя составило 11 %. Поэтому нами избрана линейная форма тренда с коэффициентом детерминации (R^2=0,530). В то время как заболеваемость (впервые зарегистрированные больные) неуклонно падает

к концу периода. При этом в течение 1/3 срока наблюдения (7 лет) этот показатель возрастал, в дальнейшем имеет место постепенное его снижение при статистически неизменном количестве зарегистрированных больных. В целом тренд заболеваемости за весь период наблюдения имеет полиномиальную форму (при R^2=0,795), т. е. на падение показателей первичной заболеваемости иные факторы оказывают незначительное влияние. Прогностически это выражается в том, что количество зарегистрированных больных будет оставаться относительно стабильным при неуклонном снижении первичного их выявления. Таким образом, сокращение числа выявленных больных и прогностическое падение этого тренда, зарегистрированная болезненность не меняется, из чего следует слабая корреляционная связь этих показателей, т. е. выявление больных (первичная заболеваемость) не связано с количеством зарегистрированных больных, наблюдаемых врачами-наркологами в наркологических учреждениях области. Можно полагать, что программы специализированной помощи находящимся под наблюдением больных проводятся в достаточном объеме, при этом страдает выявление новых контингентов.

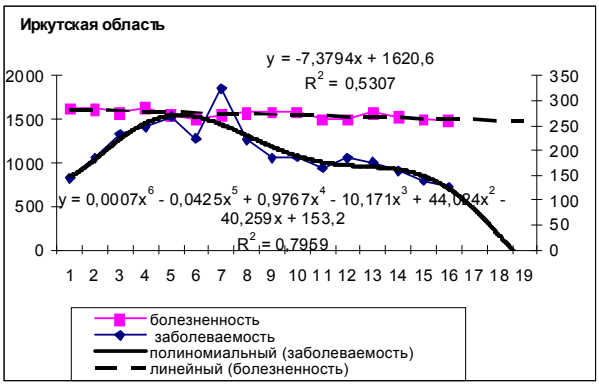


Рис. 3. Коэффициенты корреляции (ρ=0,229) и детерминации (R^2=0,765) заболеваемости и болезненности (R^2=0,530) алкоголизмом в Иркутской области

Болезненность в Якутии (Республика Саха), так же как и в Иркутской области, укладывается в линейную форму тренда, однако с более высоким коэффициентом детерминации (R^2=0,722) и с более резким снижением рассматриваемого показателя (на 20 %) по сравнению с начальной точкой отсчета. В то время как эта величина в Иркутской области равна 11 %, т. е. сокращение контингентов зарегистрированных больных при одинаковой форме тренда – линейной – в Якутии происходит более интенсивно, нежели в Иркутской области. При этом необходимо отметить, что величина показателей заболеваемости в Якутии при полиномиальной форме тренда и коэффициенте (R^2=0,631) детерминации в целом уменьшается при разнонаправленности их значений в различные временные промежутки. Таким образом, в Якутии (Республика Саха) показатели первичной и накопленной заболеваемости (болезненности) синхронно сокращаются. При этом необходимо учитывать среднюю корреляционную связь этих показателей (ρ=0,497), что прогностически менее благоприятно. Следовательно, если сохранится уровень риска таким же, как и в рассматриваемом временном промежутке (исходя из коэффициентов детерминации R^2=0,631 и R^2=0,722), то наркологическая помощь в республике будет оказываться меньшему количеству больных алкоголизмом, причем их выявление в населении будет сокращаться.

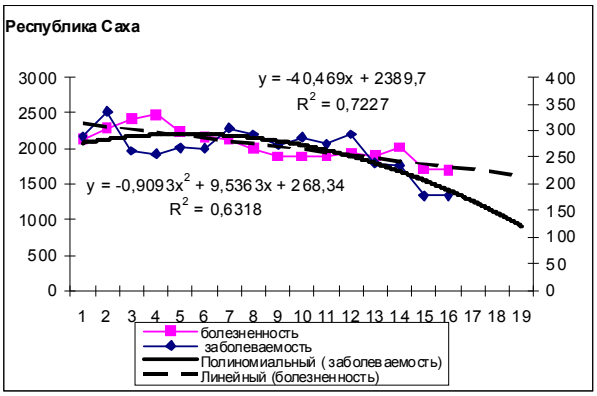


Рис. 4. Коэффициенты корреляции (ρ=0,497) и детерминации (R^2=0,613) заболеваемости и болезненности (R^2=0,722) алкоголизмом в Республике Саха (Якутии)

Для Омской области нами была избрана полиномиальная форма тренда болезненности, так как здесь оказался самый высокий коэффициент детерминации (R^2=0,908), что свидетельствует о стабильном количестве зарегистрированных больных. Прогностически такая тенденция будет сохраняться и в дальнейшем. Однако первичное выявление больных (заболеваемость) на этой территории весьма вариабельно, и такая форма тренда при коэффициенте детерминации R^2=0,711 прогностически заканчивается резким подъемом выравненной кривой в прогнозируемом временном промежутке. Следует ли в реальной ситуации, сложившейся на территории Омской области, ожидать резкого подъема выявления заболеваемости алкоголизмом при краткосрочном прогнозе – вопрос дискуссионный. Однако следует признать, что нарастание первичного выявления больных алкоголизмом наркологическими учреждениями области – факт вполне ожидаемый, что может привести к более тесной взаимосвязи первичной и накопленной заболеваемости, поскольку в рассматриваемом временном промежутке эта взаимосвязь слабая (ρ=0,297).

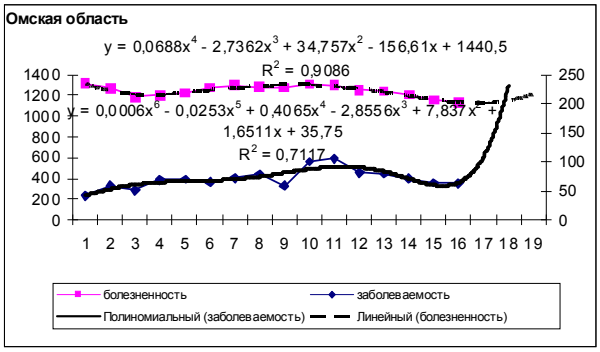


Рис. 4. Коэффициенты корреляции (ρ=0,297) и детерминации (R^2=0,711) заболеваемости и болезненности (R^2=0,908) алкоголизмом в Омской области

Аналогичная картина первичной заболеваемости имеет место и в Республике Хакасия. Здесь также в прогнозируемом периоде ожидается резкий подъем линии тренда, что может не соответствовать реальности, хотя коэффициент детерминации (R^2=0,925) указывает на малое влияние неучтенных факторов в конкретных условиях региона. В отличие от предыдущей территории, показатели болезненности практически остаются на стабильном уровне. При этом выравнивание динамического ряда показателей болезненности фиксирует сокращение количества зарегистрированных больных, однако корреляционная связь рассматриваемых показателей слабая (ρ=0,287).

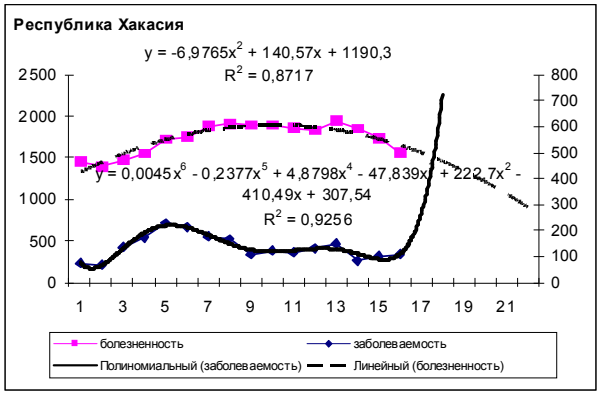


Рис. 5. Коэффициенты корреляции (ρ=0,287) и детерминации (R^2=0,925) заболеваемости и болезненности (R^2=0,817) алкоголизмом в Республике Хакасии

Сокращение зарегистрированных больных в Туве происходит линейно с высоким значением коэффициента детерминации (R^2=0,928). Эта тенденция будет сохраняться, учитывая минимальные риски влияния иных факторов на величину накопления учтенного контингента и при краткосрочном и среднесрочном прогнозах. К концу рассматриваемого периода этот показатель сократился на 1/3. Вместе с тем заболеваемость алкоголизмом имеет ежегодные значительные колебания интенсивных показателей, поэтому полиномиальный тренд в целом отражает тенденцию к сокращению первично выявленных больных. При этом следует признать, что при коэффициенте детерминации R^2=0,60 нельзя исключать иное направление тренда, отражающее большие величины первичной заболеваемости. Однако в настоящее время в Туве происходит сокращение как первичной, так и накопленной заболеваемости алкоголизмом. Необходимо учитывать так же, что корреляционная взаимосвязь этих показателей (ρ=0,663) свидетельствует о средней силы связи.

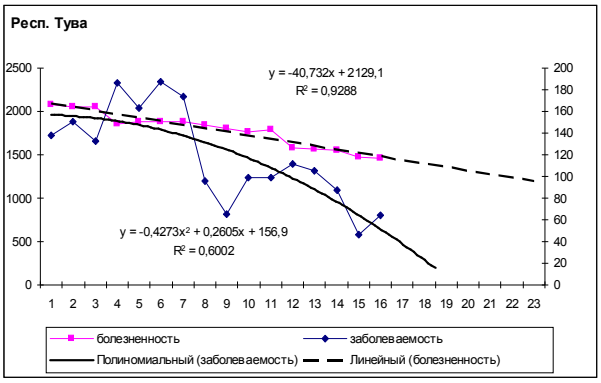


Рис. 6. Коэффициенты корреляции (ρ=0,663) и детерминации (R^2=0,60) заболеваемости и болезненности (R^2=0,928) алкоголизмом в Республике Тува

Выводы. Таким образом, прогнозирование уровня болезненности населения алкоголизмом по направлению трендов свидетельствует о снижении количества зарегистрированных больных на всех рассматриваемых территориях восточного региона страны. Однако этот метод может свидетельствовать только об общих тенденциях накопленной заболеваемости на ближайшую перспективу, но не о конкретных параметрах этого явления. Вместе с тем первичное выявление больных алкоголизмом слабо связано с их количеством на рассматриваемых территориях.

Литература

1. *Медик В. А.* Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. – М. : Медицина, 2003. – 512 с.
2. *Шиган Е. Н.* Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. – М. : Медицина, 1986. – 208 с.
3. *Безнос С. А., Максимова Н. Е.* Долгосрочный прогноз числа психически больных пожилого и старческого возраста в Российской Федерации // Российский психиатрический журнал. – 2006. – С. 21—25.
4. *Линский И. В., Минко А. И., Первомайский Э. Б.* Актуальные тенденции распространенности зависимости от психоактивнных веществ в Украине // Наркология. – 2005. – № 4. – С. 12—17.
5. *Кошкина Е. А.* Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет // Вопросы наркологии. – 2011. – № 1. – С. 17—27.

6. *Казаковцев Б. А.* Организация наркологической помощи // Психическое здоровье. – 2011. – № 3. – С. 16—35.
7. *Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Сидорюк О. В. и др.* Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2009—2010 годах (статистический сборник). – М., 2011.
8. *Миневич В. Б., Красик Е. Д., Артемьев И. А., Редченкова Е. М.* Алкоголизм в Сибири. – Томск, 1990. – 174 с.
9. *Красик Е. Д., Артемьев И. А.* Эпидемиологические реалии и прогностические тупики в наркологии // Вопросы наркологии. – 1993. – № 2. – С. 63—65.
10. http://al-vo/spravochnik-excel
11. http://www.allbest.ru
12. *Мамаева З. М.* Математические методы и модели в экономике : учебное пособие. – Нижний Новгород, 2010. – Ч. 2. – 71 с.

Транслитерация русских источников

1. *Medik V.A.* [Sickness rate of population: history, state-of-the-art and methodology of study]. Moscow: Meditsina, 2003. 512 p. (In Russ.).
2. *Shigan E.N.* [Methods of prediction and modeling in social-hygienic studies]. Moscow: Meditsina, 1986. 208 p. (In Russ.).
3. *Beznos S.A., Maximova N.E.* [Long-term prognosis of the incidence of mental disease among Russia's middle-aged and elderly population]. *Rossiyskiy psikhiatricheskiy zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2006; 5: 21—25. (In Russ.).
4. *Linsky I.V., Minko A.I., Pervomaysky E.B.* [Relevant tendencies of prevalence of dependence on psychoactive substances in Ukraine]. *Narkologiya* [Narcology]. 2005; 4: 12—17. (In Russ.).
5. *Koshkina E.A.* [The dynamics of mental and behavioral morbidity associated with psychoactive substance use in the Russian Federation during 5 years]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2011; 1: 17—27. (In Russ.).
6. *Kazakovtsev B.A.* [Organization of narcological care]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2011; 3: 16—35. (In Russ.).
7. *Koshkina E.A., Kirzhanova V.V., Sidoryuk O.V. et al.* [Main indices of activity of narcological service in the Russian Federation in 2009—2010 (statistical collection)]. Moscow, 2011. (In Russ.).
8. *Minevich V.B., Krasik E.D., Artemyev I.A., Redchenkova E.M.* [Alcoholism in Siberia]. Tomsk, 1990. 174 p. (In Russ.).
9. *Krasik E.D., Artemyev I.A.* [Epidemiologic reality and prognostic deadlocks in narcology]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 1993; 2: 63—65. (In Russ.).
10. http://al-vo.ru/spravochnik-excel
11. http://allbest.ru
12. *Mamaeva Z.M.* [Mathematical methods and models in economics: tutorial]. Nizhni Novgorod, 2010; 2. 71 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.13-036.2
ББК 56.145.12+53.435

АТАРАКТИЧЕСКАЯ МОТИВИРОВКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Белокрылов И. И.*, Аболонин А. Ф.

НИИ психического здоровья
Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Одной из ведущих тенденций современной наркологической ситуации является повышение удельного веса атарактической мотивировки потребления психоактивных веществ. В большей степени это проявляется для наркотиков и табака, в меньшей мере – для алкоголя. Патопсихологической основой для атарактического потребления психоактивных веществ выступают иррациональная когнитивная установка низкой фрустрационной толерантности и неадаптивный копинг-стиль с низкой способностью к активному разрешению проблем, к отвлечению от проблем на какую-либо деятельность (любимое дело, хобби), к продуктивному взаимодействию с микросоциальным окружением в трудных ситуациях. Наличие атарактической мотивировки потребления психоактивных веществ сопровождается тревожно-депрессивной симптоматикой, что необходимо учитывать при вмешательствах. **Ключевые слова**: мотивации потребления психоактивных веществ, аддикции, социально-психологическая адаптация, тревога, депрессия, копинг, когнитивно-поведенческая психотерапия.

ATARACTIC MOTIVATION OF SUBSTANCE USE AMONG YOUNG PEOPLE. Belokrylov I. I., Abolonin A. F. Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. *Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* One of the leading trends of modern narcological situation is the increase of the ataractic motivation's proportion of psychoactive substances using. To a large extent it is shown for drugs and tobacco, and less for alcohol. Pathopsychological basis for ataractic substances using appears the irrational cognition of low frustration tolerance and non-adaptive coping style with low ability to resolve problems actively; to distract from problems to any of the activities (favorite activity, hobby); to interact productively with microsocial environment in difficult situations. Availability of ataractic motivation is accompanied by anxiety and depressive symptoms that must be considered during interventions. **Keywords**: substance use motivation, addiction, social and psychological adaptation, anxiety, depression, coping, cognitive-behavioural psychotherapy.

Мотивы и мотивировки употребления психоактивных веществ (ПАВ) имеют доказанную исследователями значимость в плане оказания медико-психологической помощи не только зависимым, но и тем, кто рискует ими стать [3, 8, 14]. Продемонстрировано, что доминирующие мотивы употребления алкоголя отражают иррациональные установки, которые являются мишенями психотерапевтического воздействия при когнитивно-поведенческой терапии алкоголизма [4].

* *Белокрылов Илья Игоревич, м.н.с. отделения аффективных состояний. Эл. почта: ibvk11@mail.ru*
Аболонин Алексей Федорович, к. м. н., с.н.с. отделения аддиктивных состояний. Эл. почта: abolonin2004@mail.ru

Соотношением удельного веса различных мотивировок наркотизации определяется акцент в предлагаемых профилактических мероприятиях, например, таких как обучающие тренинги в студенческой среде [6].

Принципиальное значение в этих условиях приобретают используемая специалистом классификация мотивов (мотивировок) и представления о факторах, влияющих на мотивы потребления ПАВ. Между применяемыми в настоящее время классификациями обнаруживаются порой ярко выраженные различия. Так, в одном исследовании выявляется высокая распространенность псевдокультуральной мотивировки [6], в другой работе авторы предлагают исключить данный мотив как понятие в связи с крайней нечеткостью критериев отнесения того или иного потребителя ПАВ к категории имеющих данную мотивировку в качестве ведущей [6]. Однако даже единство понимания исследователями сущности мотивировки не гарантирует наличия достаточной информации о факторах, способствующих ее доминированию. Например, влияние личностных черт на ведущие мотивы алкоголизации одними авторами оценивается как значительное [12], другими исследователями, напротив, ставится под сомнение [13].

Углубленное изучение атарактической мотивировки, означающей употребление ПАВ с целью ухода от проблем или трудностей, представляется необходимым в связи с неуклонным возрастанием роли психоактивных веществ, как способа ухода от жизненных трудностей, в среде студенческой молодежи [2, 7, 15]. Люди, которые в ближайшем будущем составят основу экономически активного населения, нередко оказываются неготовыми адаптивно отреагировать на стресс и используют вызывающие зависимость вещества для временной дезактуализации проблемы и связанного с ней эмоционального дискомфорта. Такое поведение может казаться полностью понятным, если исходить из представлений об обязательном анксиолитическом или эйфоризирующем эффекте любого ПАВ. Однако эти представления не подтверждаются даже в отношении алкоголя, воздействие которого на психику наиболее изучено. Алкоголь, как заключает С. С. Федорова (2013), не оказывает прямого психофармакологического действия на снижение уровня тревожности [10]. Для того чтобы тревога привела к злоупотреблению спиртным, необходимы дополнительные факторы, такие как повышенная восприимчивость к тревоге (anxiety sensitivity), нарушения адаптации к стрессовым ситуациям, недостаток адаптивных копинг-стратегий [11], низкая стрессоустойчивость [17]. Психотерапевтическое воздействие на эти особенности часто приводит к положительным результатам, что отражают данные о высокой эффективности когнитивно-поведенческой терапии в случае коморбидности тревоги и алкогольно-обусловленных проблем [5, 16].

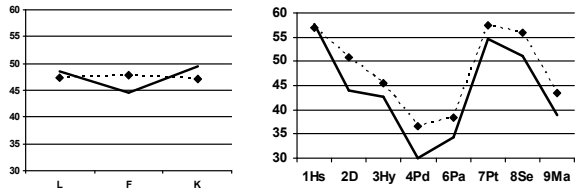
О факторах, связывающих аффективную симптоматику и стресс-реагирование с употреблением наркотиков, информации имеется значительно меньше. При этом распространенность аддиктивных, тревожно-депрессивных расстройств и психодезадаптационных состояний среди учащейся молодежи [1] подтверждает актуальность изложенных проблем, от решения которых зависит эффективность принимаемых профилактических мер.

Материал и методы. Обследовано 202 человека в возрасте от 18 до 26 лет, средний возраст составлял 20,4±1,6 года; из них 75 (37,1 %) мужского, 127 (62,9 %) женского пола. Проводилось анонимное анкетирование; тревога и депрессия оценивались по методике HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), индивидуально-психологические особенности – по методике Mini-Mult, социально-психологическая адаптация и качество жизни – по методу M. Bosc, когнитивные установки – по методу A. Ellis, копинг-стиль – по методам J. Amirkhan и E. Heim в модификации И. В. Воеводина [5]. Сравнительный анализ количественных показателей осуществлялся по методу Манна-Уитни, процентных показателей – по точному критерию Фишера с поправкой Бонферрони.

Результаты исследования. Употребление табака выявлено в 30,7 % случаев, злоупотребление алкоголем – в 29,2 %, употребление наркотиков – в 21,8 %. Атарактическая мотивировка занимает 2-е место в общих рейтингах мотивировок употребления табака (24,5 % указаний) и наркотиков (32,0 %), уступая лишь гедонистической; менее распространен в качестве средства ухода от проблем алкоголь (18,1 %).

Сравнение индивидуально-психологических особенностей не выявило статистически значимых отличий профиля атарактических потребителей табака от профиля студентов, курящих без атарактической мотивировки. Более специфичной в плане психологических характеристик является атарактическая наркотизация: различия профилей по шкалам 6Pa (U=137,0, Z=-2,88, p=0,003) и 9Ma (U=192,5, Z=-2,16, p=0,03) показывают, что у вовлеченных в нее лиц более выражены последовательность, целеустремленность, конфликтность. При атарактической алкоголизации определены различия по шкалам 2D (U=698,0; Z=-2,35; p=0,018), 4Pd (U=670,0; Z=-2,56; p=0,01), 8Se (U=739,0; Z=-2,03; p=0,042), 9Ma (U=723,5; Z=-2,15; p=0,031). Индивидуально-психологическими факторами риска для данной группы выступают эмоциональная неустойчивость, высокая готовность к реализации асоциальных установок (рис. 1).

Атарактическая мотивировка употребления алкоголя



Атарактическая мотивировка употребления наркотиков

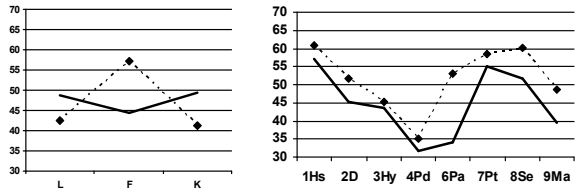


Рис. 1. Усредненные профили Mini-Mult при наличии (пунктирная линия) и отсутствии (сплошная линия) атарактической мотивировки употребления ПАВ

Анализ когнитивных установок показал, что снижение уровня фрустрационной толерантности наблюдается у студентов с ведущей атарактической мотивировкой употребления различных ПАВ: табака (U=225,5; Z=2,58; p=0,009), алкоголя (U=688,0; Z=1,99; p=0,047) и наркотиков (U=116,5; Z=3,19; p=0,001) (рис. 2).

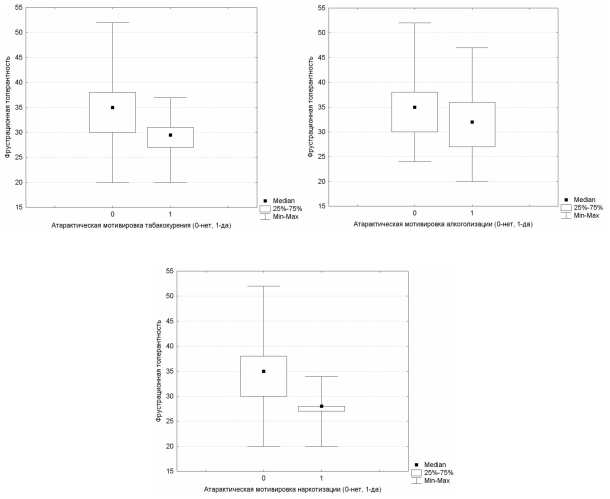


Рис. 2. Снижение уровня фрустрационной толерантности при наличии атарактической мотивировки употребления ПАВ

Полученные данные о копинг-стиле позволяют выделить следующие особенности потребителей ПАВ с атарактической мотивировкой. Студенты, применяющие для ухода от проблем табак, отличаются сниженной способностью к активному разрешению проблем и неадаптивностью в модуле «отвлечение». Атарактическому потреблению алкоголя сопутствуют снижение способности к активному разрешению проблем и неадаптивность в модулях «прогноз развития ситуации», «социальная поддержка». Наркотизация, объясняемая атарактической целью, связана с неадаптивностью в модуле «отвлечение» (табл. 1).

Таблица 1

Копинг-стиль при наличии и отсутствии атарактической мотивировки употребления ПАВ

Стратегия	Выраженность стратегии, баллы Me (25 %; 75 %)		U	Z	P
	наличие АМ	отсутствие АМ			
Табакокурение					
Разрешение проблем (по Amirkhan)	25,5 (23,5; 28,5)	28 (26; 30)	437,0	2,10	0,035
Активностное отвлечение	29 (21; 50)	50 (43; 65)	208,0	2,24	0,025
Алкоголизация					
Разрешение проблем (по Amirkhan)	26,5 (23,5; 29)	28 (26; 30)	708,0	2,13	0,032
Уверенность, оптимизм	70 (35; 100)	85 (70; 100)	604,0	2,04	0,040
Предложение поддержки	25 (21; 65)	58 (25; 70)	574,5	2,30	0,021
Отказ от поддержки, изоляция	58 (42; 72)	30 (15; 72)	533,5	-2,65	0,007
Наркотизация					
Субстанционное отвлечение	80 (50; 85)	30 (15; 70)	161,0	-2,48	0,013

Примечание. АМ – Атарактическая мотивировка.

Данные о социально-психологической адаптации и качестве жизни свидетельствуют о снижении адаптации в сфере «семья» у лиц с атарактической мотивировкой табакокурения, в сфере «хобби» – при атарактической мотивировке наркотизации. Статистически значимого снижения адаптации при атарактической алкоголизации не обнаружено ни в одной из сфер.

Имеющиеся данные о роли пережитых психических травм в формировании психодезадаптационных состояний [1] обусловили необходимость учета в настоящем исследовании данных о распространенности острых психотравм (ОПТ) высокой субъективной значимости и хронических психотравм (ХПТ) средней значимости. Общая распространенность первого показателя в выборке – 27,2 %, второго показателя – 30,2 %. Выявлена повышенная распространенность этих показателей при атарактической мотивировке табакокурения (40,7 % и 48,1 %) и атарактической наркотизации (37,5 % и 50,0 %, p<0,05 во всех случаях). При атарактической алкоголизации повышенного уровня подверженности психотравмам не выявлено.

Распространенность тревоги субклинического и клинического уровней в среднем среди опрошенных составила 38,1 %, на депрессии того же уровня приходилось 9,9 %. Данные показатели существенно повышены в группе атарактических потребителей табака (48,1 % и 22,2 %) и, еще более выражено, среди атарактических потребителей наркотиков (68,8 % и 31,3 %, p<0,05 во всех случаях). Значения этих показа-

телей ниже как в группах потребителей табака/наркотиков без атарактической мотивации, так и в группах лиц, отрицающих потребление табака/наркотиков.

Иная картина наблюдается при сравнительном анализе показателей распространенности тревоги и депрессии в группах студентов с атарактической мотивацией потребления алкоголя, «неатарактически пьющих» и отрицающих потребление алкоголя. Повышенные значения показателей выявлены в группах атарактических потребителей (48,1 % и 14,8 %) и не употребляющих алкоголь (48,5 % и 12,1 %). В то время как среди потребителей алкоголя без атарактической мотивации данные показатели имеют более низкие значения (30,4 % и 7,0 %).

Потребность в медико-психологической помощи в среднем в выборке выявлена у 46 % обследованных. Будучи связанным с тревожно-депрессивной симптоматикой, этот показатель обнаруживает такие же особенности – повышение в группе студентов с атарактической мотивировкой табакокурения (59,3 %), выраженное повышение у потребителей наркотиков с атарактической мотивировкой (87,5 %), а также повышение (59,3 %) у потребителей алкоголя с атарактической мотивировкой и неупотребляющих алкоголь (54,5 %). Минимальное значение показателя выявлено у потребителей алкоголя без атарактической мотивировки (37,4 %).

Обсуждение результатов. С позиций когнитивно-поведенческой копинг-профилактики [3, 4], в формировании аддиктивного поведения с ведущей атарактической мотивацией потребления ПАВ основную роль играет наличие иррациональной когнитивной установки низкой фрустрационной толерантности и связанная с ней тревожно-депрессивная симптоматика. При этом формирование атарактического табакокурения, алкоголизации и наркотизации имеет свои особенности (табл. 2).

В атарактическое табакокурение вовлекаются лица с разными индивидуально-психологическими характеристиками без четкой специфики. Определенным фактором риска выступает нарушение адаптации в семейной сфере. Значимую роль играет подверженность психотравмам, которые драматизируются на фоне низкой фрустрационной толерантности и с которыми данные лица не всегда успешно справляются вследствие неадаптивного копинг-стиля – низкой способности к активному, продуктивному разрешению проблем и неадаптивности в модуле «отвлечение от проблем». Атарактически мотивированные потребители наркотиков характеризуются нарушениями адаптации в сфере «хобби, увлечения» и неадаптивностью копинга в модуле «отвлечение от проблем». Так же, как и при табакокурении, велика роль психотравм в возникновении данного вида аддикций.

Таблица 2

Формирование атарактического потребления ПАВ

Показатель	Табак	Алкоголь	Наркотики
Иррациональные когнитивные установки	Низкая фрустрационная толерантность		
Индивидуально-психологические особенности	-	Эмоциональная неустойчивость, возможна реализация асоциальных установок	Последовательность, целенаправленность, возможна конфликтность
Копинг-стиль	Неразвито «разрешение»; нарушения в модуле «отвлечение»	Неразвито «разрешение»; нарушения в модулях «прогноз», «социальная поддержка»	Нарушения в модуле «отвлечение»
Нарушения социально-психологической адаптации	В сфере «семья»	-	В сфере «хобби»
Острые психотравмы высокой значимости	Показатель повышен	-	Показатель Повышен
Хронические психотравмы средней значимости	Показатель повышен	-	Показатель Повышен
Тревога субклиническая и клиническая	Показатель повышен как по отношению к курящим с неатарактическими мотивациями, так и по отношению к некурящим	Показатель повышен, сопоставимый показатель – у не употребляющих алкоголь, минимальный – у употребляющих алкоголь без атарактической мотивации	Показатель повышен по отношению к потребителям наркотиков без атарактической мотивации и к отрицающим опыт потребления
Депрессия субклиническая и клиническая	Показатель повышен как по отношению к курящим с неатарактическими мотивациями, так и по отношению к некурящим	Показатель повышен, сопоставимый показатель – у не употребляющих алкоголь, минимальный – у употребляющих алкоголь без атарактической мотивации	Показатель повышен по отношению к потребителям наркотиков без атарактической мотивации и к отрицающим опыт потребления
Потребность в медико-психологической помощи	Показатель повышен по отношению к курящим с неатарактическими мотивациями так и к некурящим	Показатель повышен, сопоставимый показатель – у не употребляющих алкоголь, минимальный – у употребляющих алкоголь без атарактической мотивации	Показатель повышен по отношению к потребителям наркотиков без атарактической мотивации и к отрицающим опыт потребления

При атарактической алкоголизации драматизация сложных жизненных ситуаций вследствие низкой фрустрационной толерантности усугубляется выражено неадаптивным копинг-стилем – неумением продуктивно разрешать проблемы, пессимистическим прогнозом, неумением адаптивно пользоваться ресурсами микросоциального окружения.

При этом, в отличие от предыдущих случаев, нет достоверных нарушений адаптации и не столь велика роль реально пережитых психотравмирующих ситуаций. Показатели распространенности тревоги и депрессии в группе атарактически пьющих повышены, но лишь в отношении потребителей алкоголя без атарактической мотивировки – у отрицающих потребление алкоголя также выявлено повышение показателя.

Удельный вес атарактической мотивировки в общем рейтинге мотивировок потребления алкоголя существенно ниже (18,1 %, четвертое место в рейтинге), чем соответствующий показатель для табака (24,5 %, второе место) или наркотиков (32,0 %, второе место). Это дает основание предположить, что алкоголизация среди современных студентов шире, чем курение и наркотизация, включена в контекст социального поведения. Изначальная асоциальность наркопотребления и активно проводимая в последние годы «десоциализация» курения, по-видимому, обусловливают общие моменты в атарактическом потреблении данных ПАВ. К ним можно отнести высокое значение реально перенесенных психотравм в возникновении данных форм аддиктивного поведения, достоверно определяемые нарушения в социально-психологической адаптации, в отличие от атарактической алкоголизации.

Таким образом, атарактический механизм формирования у студентов табакокурения и наркотизации становится ведущим, соперничая с гедонистическим и опережая механизм гиперактивации поведения. Выбор более «тяжелой» наркотической аддикции при этом сопряжен с психологическими характеристиками активности, целенаправленности и конфликтности.

Спектр механизмов формирования алкогольной аддикции представляется более широким – как за счет высокого удельного веса традиционного (ритуального, культурального) механизма, так и в силу механизма гиперактивации. Выбор атарактической алкоголизации в меньшей степени обусловлен реальными психотравмами и нарушениями адаптации, в большей – психологическими чертами эмоциональной неустойчивости, готовности к реализации асоциальных установок и связанным с данными чертами неадаптивным копингом. Отдельно, как нуждающийся в дополнительном изучении, следует отметить тот факт, что значительная часть студентов со сформировавшейся тревожно-депрессивной симптоматикой сконцентрировалась в группе отвергающих алкоголизацию.

Полученные в ходе исследования данные предлагается использовать в программах вторичной профилактики аддикций среди студентов на когнитивно-поведенческой основе.

Литература

1. *Бохан Н. А., Воеводин И. В.* Организационные основы медико-психологической помощи студентам вузов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 1 (86). – С. 14—17.
2. *Бохан Н. А., Воеводин И. В., Асланбекова Н. В.* Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности ее отражения в программах по психопрофилактике // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, вып. 5—2. – С. 29—32.
3. *Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А.* Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар: Изд-во РГКП «РНПЦ МСПН», 2005. – 287 с.
4. *Бурдин М. В., Обросов И. Ф.* Когнитивно-поведенческая психотерапия и иррациональные установки больных алкогольной зависимостью с различными мотивами потребления алкоголя при анонимном амбулаторном лечении // Вопросы наркологии. – 2007. – № 5. – С. 54—61.
5. *Воеводин И. В., Бохан Н. А.* Когнитивно-поведенческая копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2015. – № 2. – С. 42—50.
6. *Воеводин И. В., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Белокрылов И. И., Назарова И. А.* Структура, динамика и психологические характеристики мотивировок употребления психоактивных веществ у учащихся высших и средних учебных заведений // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 37—42.
7. *Мандель А. И., Артемьев И. А., Невидимова Т. И., Батухтина Е. И., Воеводин И. В., Аболонин А. Ф., Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Тощакова В. А., Епимахова Е. В., Шушпанова Т. В.* Клинико-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза алкоголизма и наркоманий в социально-организованных популяциях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3 (88). – С. 53—63.
8. *Мандель А. И., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Гусев С. И., Назарова И. А.* Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2006. – Т. XII, № 1. – С. 63.
9. *Москвитин П. Н.* Изменение аддиктивной мотивировки у детей и подростков в процессе первичной профилактики // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6. – С. 36—38.
10. *Федорова С. С.* О коморбидности алкоголизма и тревожных расстройств // Наркология. – № 7. – 2013. – С. 92—99.
11. *Фёдорова С. С., Сиволап Ю. П., Клячин А. И., Пронин Р. А., Жарова Е. В.* Влияние тревоги, стресса и психических травм на формирование и течение алкогольной зависимости // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2013. – Т. XLV, № 4. – С. 24—29.
12. *Adams Z. W., Kaiser A. J., Lynam D. R., Charnigo R. J., Milich R.* Drinking motives as mediators of the impulsivity-substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking // Addictive Behaviors. – 2012. – Vol. 37. – Iss. 7. –P. 848—855.
13. *Arbeau K. J., Kuiken D., Wild T. C.* Drinking to enhance and to cope: A daily process study of motive specificity // Addictive Behaviors. – 2011. – Vol. 36. – Iss. 12. – P. 1174—1183.
14. *Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A.* Dissociative model of addictions formation. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
15. *Buckner J. D., Bonn-Miller M. O., Zvolensky M. J., Schmidt N. B.* Marijuana use motives and social anxiety among marijuana-using young adults // Addictive Behaviors. – 2007. – Vol. 32. – Iss. 10. – P. 2238—2252.

16. *Goldsmith A. A., Tran G. Q., Smith J. P., Howe S. R.* Alcohol expectancies and drinking motives in college drinkers: Mediating effects on the relationship between generalized anxiety and heavy drinking in negative-affect situations // Addictive Behaviors. – 2009. – Vol. 34. – Iss. 6—7. – P. 505—513.
17. *Howell A. N., Leyro T. M., Hogan J., Buckner J. D., Zvolensky M. J.* Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers // Addictive Behaviors. – 2010. – Vol. 35. – Iss 12. – P. 1144—1147.

Транслитерация русских источников

1. *Bokhan N.A., Voevodin I.V.* [Organizational bases of medico-psychological care for university students]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2015; 1(86): 14—17. (In Russ.).
2. *Bokhan N.A., Voevodin I.V., Aslanbekova N.V.* [The dynamics of addictions in students and possibilities of reflecting it in psychorehabilitative programs]. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. C. C. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 114(5—2): 29—32. (In Russ.).
3. *Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A.* [Early prevention and neoabilitation of patients with opioid addiction]. Pavlodar: Publishing House of RGKP “RNPC MSPN”, 2005. 287 p. (In Russ.).
4. *Burdin M.V., Obrosov I.F.* [Cognitive and behavioral psychotherapy and irrational aims of alcoholic patients with different motives for drinking at anonymous outpatient treatment]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2007; 5: 54—61. (In Russ.).
5. *Voevodin I.V., Bokhan N.A.* [Cognitive-behavioural coping-prevention of addictive and affective disorders among the students (new approach to evaluation of irrational cognitions and coping)]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2015; 2: 42—50. (In Russ.).
6. *Voevodin I.V., Bokhan N.A., Abolonin A.F., Belokrylov I.I., Nazarova I.A.* [Structure, dynamics, and psychological characteristics of substance use motivation among the students of high and secondary school]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014; 4: 37—42. (In Russ.).
7. *Mandel A.I., Artemyev I.A., Nevidimova T.I., Batukhtina E.I., Voevodin I.V., Abolonin A.F., Solonsky A.V., Prokopyeva V.D., Toshchakova V.A., Epimakhova E.V., Shushpanova T.V.* [Clinical-pathobiological regularities of alcoholism and drug addictions formation and pathomorphosis in socially organised populations]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2015; 3(88): 53—63. (In Russ.).
8. *Mandel A.I., Bokhan N.A., Abolonin A.F., Gusev S.I., Nazarova I.A.* [Sociopsychological determinants of delinquent forms of behaviour in addictive states]. *Voprosy mental'noy meditsiny* i ekologii [Issues of Mental Medicine and Ecology]. 2006; XII(1): 63. (In Russ.).
9. *Moskvitin P.N.* [Change of addiction motivations in children and adolescents in the process of primary prophylaxis]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 6: 36—38. (In Russ.).
10. *Fedorova S.S.* [Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders (review)]. *Narkologiya* [Narcology]. 2013; 7: 92—99. (In Russ.).
11. *Fedorova S.S., Sivolap Yu.P., Klyachin A.I., Pronin R.A., Zharova E.V.* [The influence of anxiety, stress and psychological trauma on the development of alcohol abuse]. *Nevrologicheskiy vestnik im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Neurological Bulletin]. 2013; XLV(4): 24—29. (In Russ.).

УДК 615.015.6(571.51-21Красноярск)+571.51
ББК 56.145.12+53.43

ОСОБЕННОСТИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ АМФЕТАМИНОВОГО РЯДА (МЕТИЛЕНДИОКСИПИРОВАЛЕРОНОМ И ПИРРОЛИДИНОВАЛЕРОФЕНОНОМ) В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Дралюк Н. М.*, Сумароков А. А.

ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ
660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1

Существенные изменения, произошедшие на рынке наркотических средств за последние годы, привели к формированию иной картины наркопоребления. Большая популярность новых синтетических производных амфетамина является актуальной проблемой современности. В статье рассматриваются особенности злоупотребления синтетическими амфетаминами в Красноярске и Красноярском крае. По данным лабораторных исследований в регионе превалирует злоупотребление такими веществами, как пиролидиновалерофенон и метилендиоксипировалерон. Клиника опьянения этими веществами типична для группы стимуляторов. Злоупотребление данными веществами сопряжено с психотическими осложнениями, проявляющимися, как правило, галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. **Ключевые слова**: дизайнерские наркотики, амфетамин, психостимулятор, синтетические катиноны, метилендиоксипировалерон, пирролидиновалерофенон.

PSYCHOACTIVE AMPHETAMINE TYPE STIMULANTS (METHYLENEDIOXYPYROVALERONE AND PYRROLIDINOPHENONE) IN THE KRASNOYARSK REGION. Dralyuk N. M., Sumarokov A. A. Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voino-Yasenetsky. *Partizan Zheleznyak Street 1, 660022, Krasnoyarsk, Russian Federation.* Significant changes occurred in the market of drugs in recent years have led to the formation of a particular pattern in drug use. The great popularity of new synthetic amphetamine derivatives is a relevant problem at present. The article considers the peculiarities of synthetic amphetamine abuse at the level of Krasnoyarsk and the Krasnoyarsk region. According to laboratory research data the abuse of such substances as pyrrolidinophenone and methylenedioxypyrovalerone is prevalent in the region. Intoxication with these agents is typical for the group of stimulants. The abuse of these agents is often associated with psychotic complications generally manifested by hallucinatory–paranoid symptoms. **Keywords**: synthetic cathinone, designer drug, amphetamine, locomotor stimulant, pyrrolidinopentiophenone, methylenedioxypyrovalerone.

Введение. Психоактивные вещества амфетаминового ряда всегда занимали ведущее место в структуре наркопотребления. По данным, представленным во «Всемирном докладе о наркотиках» ООН (2012), общемировой пока-

* *Дралюк Н. М., аспирант кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО. Телефон: 8(391)2231739. E-mail: dralukn m@gmail.com*

Сумароков Андрей Алексеевич, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО. Телефон: 8(391)2231739. E-mail: sumarokv@gmail.com

затель распространенности стимуляторов амфетаминового ряда колеблется в пределах от 0,3 до 1,2 % [13].

По данным ВОЗ, суммирующим материалы множества зарубежных исследований, более 35 миллионов человек в мире злоупотребляют психоактивными веществами амфетаминового ряда, более 15 миллионов – кокаином, около 10 миллионов – героином [8, 11].

По результатам социологических исследований в РФ за 2007 г., в структуре распространенности потребления незаконных ПАВ 1-е место занимают производные конопли (47,1 %), далее следуют сильнодействующие медицинские препараты (22,1 %), галлюциногены (10,4 %), синтетические стимуляторы (7,8 %), опиаты (6,3 %), препараты бытовой химии (4,9 %), растительные стимуляторы (1,4 %) [7]. В связи с этим встает остро встает вопрос о характере потребления незаконных ПАВ в восточном регионе РФ [7]. По данным специальных исследований, за последние годы существенно возросло потребление стимуляторов амфетаминового ряда, что опережает рост потребления наркотических средств иных групп. При этом выявляется уменьшение представленности сегмента опиатов [6, 8].

За последние несколько лет на рынке нелегальных наркотических веществ возросла доля синтетических наркотиков, среди них большой объем занимают синтетические амфетамины [1—10]. В настоящее время в наркотическом обороте появилось множество наркотических веществ, ранее либо занимавших крайне незначительное место в структуре наркопотребления, либо недавно синтезированных [3—5, 12, 13]. Для обозначения данной группы веществ в 2012 г. Комиссией по наркотическим средствам ООН был введен термин «новые психоактивные вещества» (НПВ) [12, 14].

НПВ определяются как психотропные вещества, не включенные в Единую конвенцию о наркотических средствах 1961 г. или Конвенцию о психотропных веществах 1971 г., но которые могут представлять угрозу для здоровья населения. Число зарегистрированных НПВ выросло с 166 на конец 2009 г. до 251 на середину 2012 г., т. е. более чем на 50 %, и превысило общее число наркотических веществ, находящихся под международным контролем (234) [12, 14].

Среди НПВ, выявленных до середины 2012 г., согласно данным ООН, 23 % составили синтетические каннабиноиды, 23 % – фенетиламины, 18 % – синтетические катиноны, 10 % – триптамины, 8 % – вещества растительного происхождения, 5 % – пиперазины. Из данных веществ к амфетаминовому ряду можно отнести синтетические катиноны, фенетиламины, триптамины [13, 11].

По данным службы статистики Красноярского краевого наркологического диспансера, структура наркопотребления в Красноярске и Красноярском крае за 2012, 2013 и 2014 гг. распределилась следующим образом. В 2012 г. потребители опиоидов составляли 94,43 %, потребители канабиноидов – 1,04 %, потребители психостимуляторов – 1,22 %, на случаи полинаркомании приходилось 3,30 %. В 2013 г. данные показатели изменились: потребители опиоидов – 70,35 %, потребители канабиноидов – 3,10 %, потребители психостимуляторов – 10,95 %, полинаркомания – 15,60 %. В 2014 г. потребители опиоидов – 14,50 %, потребители канабиноидов – 9,73 %, потребители психостимуляторов – 32,14 %, полинаркомания – 43,63 %. Кроме того, следует отметить, что количество госпитализаций наркопотребителей в связи с психотическими расстройствами на фоне приема наркотических средств за эти 3 года существенно возросло. И психотические расстройства, вызванные злоупотреблением ПАВ амфетаминового ряда, занимают здесь немалую долю. Так, в 2012 г. психотические расстройства в структуре госпитализаций потребителей ПАВ занимали 3,33 %, а уже в 2013 г. эта цифра возросла до 36,95 %, в 2014 г. составила 44,88 %.

В связи с изменившейся структурой наркотического рынка и наркопотребления и появлением в нелегальном доступе новых психоактивных веществ амфетаминового ряда возникает необходимость исследовать особенности злоупотребления этими ПАВ в современной действительности. Кроме того, стоит задача подробно исследовать особенности клиники злоупотребления данными ПАВ и клиники осложнений злоупотребления, выработать адекватные способы лечения и меры профилактики.

Цель исследования. Изучение особенностей злоупотребления и клиники опьянения новыми ПАВ амфетаминового ряда (метилендиоксипировалероном и пирролидиновалерофеноном) в Красноярске и Красноярском крае, изучение клиники осложнений злоупотребления данными веществами, в том числе психотических осложнений, выявление клинических вариантов психотических осложнений злоупотребления данными веществами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие лица мужского пола, госпитализированные в отделение неотложной наркологической помощи Красноярского краевого наркологического диспансера с клиникой злоупотребления психостимуляторами. Во всех случаях употребление синтетических производных амфетамина было подтверждено лабораторно. В исследовании участвовали 143 человека. Возраст больных варьировал от 19 до 41 года (средний возраст 31,6±0,5 года).

В рамках исследования использован клинико-патопсихологический метод, включающий анамнестическое исследование и оценку психического статуса. Были изучены данные архивных историй болезни по исследуемой патологии. На каждого участника исследования заполнялась специально разработанная карта.

Результаты и их обсуждение. Синтетические амфетамины (синтетические катиноны) закупались обследуемыми в интернет-магазинах или приобретались с рук у перекупщиков. Наркотик, как правило, представлял собой белый или желтоватый кристаллический порошок, реже был в виде крупных кристаллов. Было установлено, что синтетические амфетамины так же часто присутствуют в составе так называемых курительных смесей, так как у участников нашего исследования, перед госпитализацией употреблявших курительные смеси, по результатам ХТИ мочи часто выявлялись синтетические амфетамины.

Тривиальные названия наркотиков, содержащих амфетамины, наиболее принятые в настоящее время у наркопотребителей: «соль», «скорость», «спайс».

Участники исследования поступали в стационар по направлению скорой помощи, как правило, скорой психиатрической бригады, либо реже по направлению участкового нарколога в случае самостоятельного обращения. Обследуемые использовали различные пути введения наркотика: в 71 % случаев наркотик вводился внутривенно, в 16 % случаев – интраназально, в 12 % случаев – посредством курения.

Большая часть больных, принявших участие в исследовании, поступила в наркологический стационар первично (83 % – 119 человек), количество повторно поступивших составило 17 % (24 человека). 67 % поступивших участников исследования ранее злоупотребляли психоактивными веществами группы опиатов, но отказались от опиатов и предпочли психостимуляторы.

При поступлении, в силу тяжести состояния, многие больные были госпитализированы в палату интенсивной терапии, которая оборудована при отделении неотложной наркологической помощи. В ПИТ больные проводили от одного до нескольких дней. Длительность пребывания в стационаре во всех случаях составляла от 8 до 12 дней.

В 33 % случаев в отделении больным был выставлен диагноз зависимости от психостимуляторов. В 42 % случаев был выставлен диагноз зависимости от психоактивных веществ, в том числе психостимуляторов. В 15 % случаев был выставлен диагноз «эпизодическое употребление психостимуляторов с вредными последствиями». В 10 % случаев был выставлен диагноз эпизодического употребления ПАВ с вредными последствиями. У всех участников исследования по результатам химико-токсикологического исследования в моче выявлены синтетические производные амфетамина. У 48 % обследованных обнаружен метилендиоксипировалерон, у 10 % – пирролидиновалерофенон, у 20 % – смесь метилендиоксипировалерона и пирролидиновалерофенона, в 21 % случаев – смесь указанных производных амфетаминов с примесями иных психоактивных веществ.

97 % участников исследования были госпитализированы в остром психотическом состоянии. При оценке состояния при поступлении пациентов, отобранных для исследования и поступивших в ККНД № 1 в состоянии острого психоза, было выделено три возможных клинических варианта протекания острого психотического расстройства: острый параноидный синдром (50 %), наркотический делирий (30 %), кататоническое возбуждение (18 %).

Острый параноидный синдром диагностировали в случае преобладания галлюцинаторно-параноидной симптоматики, с бредом преследования и обманами восприятия. В большинстве случаев тематика бреда соответствовала актуальной жизненной ситуации наркопотребителя. Лишь у 5 пациентов бред носил фантастический характер. Наркотический делирий у данной категории больных характеризовался нарушением ориентировки, обильными зрительными и слуховыми галлюцинациями, фрагментарным острым чувственным бредом, тревогой, двигательным возбуждением. Кататоническое возбуждение проявлялось неспособностью больного к продуктивному контакту, беспорядочным двигательным и речевым возбуждением, активным сопротивлением любым медицинским манипуляциям, отсутствием критики. 4 % участников исследования были госпитализированы с симптомами выраженной тревоги. В 5 случаях имели место аутоагрессивные действия. Лечение проводилось типичными и атипичными антипсихотиками, транквилизаторами бензодиазепинового ряда. В лечении использовалась детоксикационная терапия. У большинства участников исследования полная редукция психоза происходила в течение 1—3 суток. В 30 % случаев больные выписывались с остаточным бредом.

Выводы и заключение. Таким образом, злоупотребление синтетическими амфетаминами в настоящее время приобрело большую популярность. Характерно, что бывшие потребители героина переходят на регулярное употребление амфетаминов, оставляя героин. Высокая распространенность метилендиоксипировалерона, пиролидиновалерофенона, вероятно, характерна для Красноярска и Красноярского края.

Клиника опьянения выявленными в исследовании синтетическими амфетаминами соответствует представлениям о клинике опьянения психоактивными веществами амфетаминового ряда. Злоупотребление данными психоактивными веществами часто сопровождается психотическими осложнениями. Выделено три клинических варианта: острый параноидный синдром, наркотический делирий, кататоническое возбуждение.

Литература

1. *Степущенко О. А., Фицев И. М., Блохин В. К. и др.* Дизайнерские наркотики и проблема их отнесения к аналогам наркотических веществ // Общество и право. – 2010. – № 5. – С. 138—141.
2. *Мелкозеров В. П., Шевырин В. А.* Аналитические характеристики 4-метилэткатинона и «N-метилбутилона» – «структурных аналогов» наркотических средств мефедрона и метилона // Судебная экспертиза. – 2011. – № 1. – С. 10—18.
3. *Редько А. Н., Любченко Д. А., Борисенко Л. Н., Ермакова Г. А.* Мефедроновая наркомания: клинико-эпидемиологические аспекты и организация межведомственных профилактических мероприятий // Наркология. – 2011. – № 1. – С. 57—61.
4. *Шулькин Л. М., Любченко Д. А., Светличная Е. В., Золотухин А. И.* Новый вид легальных наркотических средств в Краснодарском крае // Наркология. – 2010. – № 9. – С. 101—102.
5. *Еловиков С. Н.* О клинических случаях злоупотребления мефедроном и метилендиоксипировалероном // Наркология. – 2010. – № 9. – С. 99—100.
6. Осторожно, спайсы убивают! [Электронный ресурс] // Иланские вести. – 2015. – № 4. – URL: http://ilanskievesti.ru/article/62268
7. *Семке В. Я., Чухрова М. Г., Бохан Н. А., Куприянова И. Е., Рахмазова Л. Д.* Психическое здоровье коренного населения восточного региона России. – Томск, Новосибирск: Изд-во «Наука», 2009. – 360 с.
8. *Степанчук Ю. Б., Шипилин М. Ю., Иванов М. В.* Психические расстройства, индуцированные употреблением веществ амфетаминовой группы: патогенез, клиника и терапия (обзор литературных данных) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 3. – С. 76—81.
9. *Mas-Morey P., Visser M. H. M., Winkelmolen L. et al.* Clinical Toxicology and Management of Intoxications With Synthetic Cathinones («Bath Salts») // Journal of Pharmacy Practice. – 2013. – № 4. – P. 353—357.
10. *Coppola M., Mondola R.* Synthetic cathinones: Chemistry, pharmacology and toxicology of a new class of designer drugs of abuse marketed as «bath salts» or «plant food» // Toxicology Letters. – 2012. – Vol. 211. – P. 144—149.
11. *Milne D.* Experts desperately seeking meth abuse prevention, treatment // Psychiatric News. – 2003. – Vol. 38 (1). – P. 12.
12. The challenge of new psychoactive substances 2013. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). – 2013. – 108 p.
13. The world drug report 2012. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). – 2013. – 112 p.
14. The world drug report 2013. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). – 2013. – 151 p.

Транслитерация русских источников:

1. *Stepushchenko O.A., Fitsev I.M., Mukhametzyanov A.H., Fomin A.A., Zavgorodnev A.A* [Designer drugs and the problem of their attribution to analogs of drugs]. *Obshchestvo I pravo* [Society and Law]. 2010; 5: 138—141. (In Russ.).
2. *Melkozerov V.P., Shevyrin V.A.* [Analytical characteristics of 4-methylcathinone and n-methylbutylone – structural analogs mephedrone and methylone]. *Sudebnaya expertiza* [Forensic examination]. 2011; 1: 10–18. (In Russ.).
3. *Red'ko A.N., Lyubchenko D.A., Borisenko L.N., Ermakova G.A.* [Mephedrone addiction: clinical and epidemiological aspects and organization of interdepartmental prevention]. *Narkologiya* [Narcology]. 2010; 9, 1: 101—102. (In Russ.).
4. *Shulkin L.M., Lyubchenko D.A., Svetlichnaya E.V., Zolotukhin A.I.* [New legal narcotic compound in Krasnodar region]. *Narkologiya* [Narcology]. 2010; 9: 101—102. (In Russ.).
5. *Elovikov S.N.* [On clinical cases of mephedrone and methylenedioxypyrovalerone abuse] *Narkologiya* [Narcology]. 2010; 9: 99—100. (In Russ.).
6. [Attention, spice kill!]. *Ilanskie vesti* [Ilan News]. 2015; 4, URL: http://ilanskievesti.ru/article/62268 (In Russ.).
7. *Semke V.Ya., Chukhrova M.G., Bokhan N.A., Kupriyanova I.E., Rakhmazova L.D.* [Mental health of indigenous population of the eastern region of Russia]. Tomsk, Novosibirsk: Publishing House "Nauka", 2009. 360 p. (In Russ.).
8. *Stepanchuk Yu.B., Shipilin M.Yu., Ivanov M.V.* [Mental disorders induced by amphetamine consumption: pathogenesis, clinic and therapy (review of literature data)]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 3: 76—81. (In Russ.).

УДК 616.895:615.212.7
ББК 56.145.6+56.145.12+53.43+53.435

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Патрикеева О. Н.[*1], Овчинников А. А.[2], Кормилина О. М.[1]

[1] **Новосибирский ОКНД**
630007, Новосибирск, ул. Каинская, 21а

[2] **ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ Минздрава России**
630091, Новосибирск, Красный пр., д. 52

В статье представлены результаты исследования аффективных нарушений у пациентов с синдромом вследствие употребления синтетических каннабиноидов. Исследованы уровни тревоги, депрессии, диссоциативных нарушений, алекситимических проявлений среди обследованных лиц. Установлен динамический характер выявленных нарушений. **Ключевые слова**: аффективные расстройства, алекситимия, диссоциативные нарушения, синтетические каннабиноиды.

AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH DEPENDENCE ON SYNTHETIC CANNABINOIDS. Patrikeeva O. N.[1], Ovchinnikov A. A.[2], Kormilina O. M.[1] [1] Novosibirsk Regional Clinical Narcological Dispensary. *Kainskaya Street 21a, 630007, Novosibirsk, Russian Federation.* **[2] Novosibirsk State Medical University.** *Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation.* The article presents the results of a study of affective disorders in patients with the syndrome as a result of the use of synthetic cannabinoids. There is evidence of high level of anxiety, dissociative disorders and alexithymia among examined persons. At the same time the dynamic nature of revealed disturbances was found. **Keywords**: affective disorders, alexithymia, dissociative disorders, synthetic cannabinoids.

Аффективные нарушения при наркотической зависимости, так же как и при алкогольной, по мнению большинства авторов, прослеживаются на любых этапах ее формирования [1, 3—7, 13—15, 17—22]. Аффективные расстройства присутствуют как в структуре патологического влечения к психоактивным веществам, так и облигатно определяются в состояниях отмены, в постабстинентном и в ремиссионном периодах. Аффективные нарушения также могут присутствовать в клинике в качестве коморбидного расстройства или в виде соматических эквивалентов, то есть в неявной форме [1, 2, 6—9].

Наиболее часто у пациентов с различными видами зависимостей определяются нарушения депрессивного и тревожного спектра – депрессии, дисфории, дистимии, апатические, астенодепрессивные состояния, тревожные, тревожно-депрессивные расстройства, эмоциональная неустойчивость [2, 7, 14, 15]. Длительное воздействие психофармакологических веществ, изменяющих психическое состояние субъекта, способствует диссоциированию, т. е. созданию автономной личностной структуры [6]. Возможно, феномен диссоциации при формировании зависимости от СК (а иногда и до начала ее формирования) – явление столь же облигатное, как и при алкоголизме, по мнению некоторых авторов [6]. Кроме того, во многих исследованиях подчеркивается ассоциированность аддиктивного поведения и алекситимических проявлений в структуре психологической характеристики личности [10—13, 16, 18].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей аффективных нарушений у потребителей синтетических каннабиноидов со сформированной зависимостью в период после перенесенных психотических состояний и в абстинентный период.

Материал и методы исследования. В исследование включены 63 пациента. В группу 1 вошло 29 пациентов психиатрического стационара в возрасте от 18 до 30 лет, в том числе 25 мужчин и 4 женщины, перенесшие психотические состояния вследствие употребления курительных смесей. Из них 12 человек перенесли психоз впервые, 17 человек – повторно. В группу 2 вошли 34 пациента (32 мужчины и 2 женщины), поступившие в наркологический стационар с целью лечения синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов. Возраст обследованных составлял 18—34 лет. Стаж употребления указанных ПАВ у пациентов групп 1 и 2 – от 6 месяцев до 4 лет.

У всех пациентов установлен диагноз «Синдром активной зависимости от синтетических каннабиноидов» (шифр F19.24 согласно МКБ-10). Критерием исключения явилось наличие психиатрической патологии, предшествующей формированию синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов.

В работе использовали методы клинического интервью и психометрический инструментарий (шкала Цунга, шкала Спилбергера-Ханина, Торонтская шкала алекситимии, шкала диссоциации, опросник «Мотивы употребления наркотиков» И. Аксючиц).

Обследование для изучения выраженности аффективной симптоматики проводилось на 2—-3-и сутки госпитализации и в динамике на 14—16-е сутки. Изучение мотивации употребления ПАВ проводили на 14—16-е сутки.

Математическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA 10.0. При сравнении групп использовали U-критерий Манна-Уитни.

[*] *Ольга Николаевна Патрикеева, зам. гл. врача по мед. части, аспирантка каф. психиатрии, наркологии и психотерапии ф-та социальной работы и клинической психологии. Телефон: 89139448430. E-mail:oli74@mail.ru*

Анатолий Александрович Овчинников, д.м.н., проф., зав. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии ф-та социальной работы и клинической психологии. E-mail: anat1958@mail.ru

Среди пациентов обеих групп установлено преобладание аффективных расстройств тревожного спектра. Показатель ситуативной тревожности, объективизируемый по шкале Спилбергера-Ханина на 3—4-е сутки госпитализации у 34,5 % пациентов группы 1 соответствовал уровню тревоги средней степени, а у 65,5 % пациентов – высокому уровню. В динамике данный показатель демонстрировал тенденцию к постепенному снижению (p≤0,05). Показатель ситуативной тревоги у 5,9 % респондентов группы 2 соответствовал низкому уровню, у 58,8 % пациентов – среднему, а у 35,3 % – высокому уровню. При этом у пациентов группы 2 в динамике достоверного отличия в снижении уровня ситуативной тревожности не обнаружено.

Достоверно значимых отличий в уровне личностной тревожности между пациентами исследуемых групп не выявлено. При обследовании установлено, что на 3—4-е сутки госпитализации у 9 % пациентов группы 1 показатель личностной тревожности соответствовал уровню тревоги легкой степени, у 54,6 % – уровню средней степени, а у 36,3 % – высокому уровню. На этих же сроках показатель личностной тревоги у 5,8 % респондентов группы 2 соответствовал низкому уровню, у 41,2 % пациентов – среднему, а у 52,9 % – высокому уровню. У пациентов обеих групп в динамике достоверного отличия в снижении уровня личностной тревожности не обнаружено.

Высокий уровень личностной тревожности объясняет значимую роль атарактических мотивов употребления ПАВ у обследованного контингента лиц. Так, для респондентов группы 1 атарактический мотив употребления ПАВ является ведущим в структуре подтипов МУН, для респондентов группы 2 – находится на втором месте в тройке ведущих.

В то же время частота встречаемости депрессивных проявлений у обследованных пациентов, как по результатам экспериментально-психологического скрининга, так и в клинической картине постинтоксикационного и абстинентного периодов, была низкой. Показатели депрессии, объективизируемые по шкале Цунга, на 3—4-й день госпитализации у пациентов находились в интервале, соответствующем отсутствию депрессии (у 86,2 % обследованных группы 1 и у 94,1 % пациентов группы 2) или умеренной депрессии (у 13,8 % и 5,9 %), а также практически не определялись клинически. Вероятнее всего, этот факт объясняется выраженным влиянием синтетических наркотиков на психопатологическую сферу в виде проявлений тревоги. В клинической картине у части пациентов определялись субдепрессивный фон настроения, дисфория, вызванные нахождением в условиях вынужденной изоляции и невозможностью реализации патологического влечения к ПАВ. Тем не менее к концу 2-й недели госпитализации исходно невысокий относительно нормативных показателей уровень депрессии достоверно снизился среди пациентов обеих групп.

При изучении показателя диссоциативной напряженности по шкале DES установлено значительное его снижение у респондентов обеих групп: с 11,4 (10÷20,4) до 10,4 (4,6÷17,5) (p≤0,05) у пациентов группы 1 и с 9,6 (5,4÷21,4) до 7,1 (3,9÷17,9) (p≤ 0,05) у пациентов группы 2 (табл.).

Таблица

Динамика степени выраженности уровней диссоциации и алекситимии у пациентов с синдромом зависимости от СК (в абсолютных значениях)

Показатель	Сутки госпитализации Me (Low÷Up)		p
	2–3-и сутки	14–16-е сутки	
Уровень диссоциации группа 1	11,4(10÷20,4)	10,4(4,6÷17,5)	0,00007
Уровень диссоциации группа 2	9,6(5,4÷21,4)	7,1(3,9÷17,9)	0,001
Уровень алекситимии группа 1	78(74÷84)	68(60÷74)	0,000002
Уровень алекситимии группа 2	70(62÷80)	61(55÷70)	0,00002

В то же время у некоторой части респондентов произошло увеличение показателей по шкале DES либо отмечалась неизменность данного показателя, что, на наш взгляд, свидетельствует о необходимости тщательного динамического наблюдения за пациентом, так как может отражать перенесенный травматический эмоционально дезорганизующий опыт (стресс), в роли которого выступают психопатологические нарушения в структуре психоза, или о возможном наличии латентного эндогенного процесса. Наличие высоких показателей по шкале DES и их плавное снижение в течение периода наблюдения среди пациентов без психотических расстройств показывает, что таким дезорганизующим травматическим опытом могут являться и преходящие расстройства восприятия при острой интоксикации СК. В качестве таких расстройств пациентами чаще всего описываются трудно дифференцируемые чувства страха, ужаса, необъяснимой угрозы, возникающие на высоте опьянения и самостоятельно редуцирующиеся по миновании периода острой интоксикации. Большинство этих расстройств остается вне поля зрения психиатров по причине их самостоятельного разрешения. При этом пациентами зачастую предпринимаются попытки самостоятельной регуляции этих болезненных для личности переживаний путем коррекции дозы наркотика при последующем приеме. В ряде случаев, несмотря на явную дискомфортность психопатологических расстройств, в структуре наркотического опьянения отмеча-

ются случаи отстраненного отношения к ним, готовность мириться с их наличием ради переживаний состояния опьянения. Возможно, повышенные показатели по шкале DES объясняются именно психофармакологической диссоциацией в состоянии опьянения или психоза.

Редукция показателей по шкале TAS составила у пациентов группы 1 от 78 (74÷84) до 68 (60÷74) ($p \leq 0,05$), у пациентов группы 2 – от 70 (62÷80) до 61 (55÷70) ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о преходящем характере алекситимии на данном этапе. При этом уровень алекситимии у пациентов группы 1 на 2—3-и сутки госпитализации был достоверно выше, чем у пациентов группы 2 ($p \leq 0,05$). На 14—16-е сутки у больных с психозами также сохраняется тенденция к более высокому уровню алекситимии в сравнении с пациентами без психозов ($p < 0,07$). Постепенное уменьшение различий в уровне исследуемой характеристики позволяет предположить, что алекситимия к этому периоду начинает проявлять себя как устойчивая черта личности, а не как транзиторная, косвенно связанная с тревогой. В перспективе дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий снижение уровней алекситимии и тревожности имеет большое значение, так как создает условия для формирования благоприятных терапевтических отношений между врачом и пациентом и повышения адаптивных возможностей больного.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что нарушения в аффективной сфере у пациентов с синдромом зависимости вследствие употребления синтетических каннабиноидов как с перенесенными психотическими состояниями, так и без них характеризуются повышенным уровнем тревожности, диссоциативными нарушениями и повышенным алекситимическим радикалом на фоне умеренной выраженности депрессивных проявлений. Характерным отличием пациентов группы 1 является достоверно более высокий уровень алекситимии в сравнении с пациентами без психозов. Эмоциональные нарушения носят не только статический, но и динамический характер. Показано, что при формировании зависимости от СК, а иногда и на более ранних этапах (в состоянии наркотического опьянения) наблюдаются диссоциативные феномены. Выявленное сочетание высоких уровней алекситимии и диссоциации, возможно, является предиктором психозов как экзогенного, так и эндогенного характера.

Коррекция аффективных нарушений в постинтоксикационный, абстинентный, постабстинентный и ремиссионный периоды способствует нормализации аффективной сферы, купированию активного патологического влечения к наркотику и создает предпосылки к формированию устойчивой ремиссии.

Литература

1. *Агибалова Т. В.* Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия): автореф. дис. … д.м.н. – М., 2007.
2. *Бохан Н. А., Анкудинова И. Э., Мандель А. И.* Коморбидные формы алкоголизма у женщин. – Томск: Иван Федоров, 2013. – С. 60—67.
3. *Бохан Н. А., Коробицина Т. В.* Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11—17.
4. *Бохан Н. А., Кривулина О. Е., Кривулин Е. Н.* Клинико-динамические особенности зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1. – С. 36—39.
5. *Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А.* Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар: Изд-во РГКП «РНПЦ МСПН», 2005. – 287 с.
6. *Бохан Н. А., Овчинников А. А.* Диссоциативная модель формирования алкоголизма (коморбидность, феноменология, реабилитация). – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2008. – С. 118—125.
7. *Бохан Н. А., Чащина О. А., Усов Г. М., Титов Д. С.* Коморбидная психическая патология у лиц с зависимостью от психоактивных веществ // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4 (61). – С. 18—20.
8. *Бузик О. Ж., Агибалова Т. В.* Коморбидные расстройства у больных с зависимостью от алкоголя // Российский медико-биологический вестник им. академика И. П. Павлова. – 2008. – № 3. – С. 79—86.
9. *Егоров А. Ю.* О клинических особенностях раннего женского алкоголизма // Вопросы наркологии. – 2004. – № 6. – С. 10—15.
10. *Илюк Р. Д., Громыко Д. И., Берно-Беллекур И. В.* Характеристики эмоциональных расстройств у зависимых от психоактивных веществ // Вестник СПбГУ. – Серия 11. – 2011. – Вып. 2. – С. 155—162.
11. *Искусных А. Ю.* Алекситимия. Причины и риски возникновения расстройства // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2015. – № 53. – С. 59—68.
12. *Копытов А. В.* Связь алекситимичности с алкогольными проблемами в подростковом и молодом возрасте // Здравоохранение. – 2011. – № 5. – С. 20—24.
13. *Менделевич В. Д.* Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – С. 196—200.
14. *Менделевич В. Д.* Психиатрия в эпоху аддиктологии: новые диагностические и терапевтические реалии // Неврологический вестник. – 2015. – Т. XLVII, вып. 2. – С. 5—15.
15. *Овчинников А. А., Наров М. Ю., Киреева А. И.* Аффективные расстройства и синдром отмены при алкогольной зависимости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1 (82). – С. 33—35.
16. *Плоткин Ф. Б.* Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. – 2009. – № 10. – С. 85—92.
17. *Пятницкая И. Н.* Наркомании. Руководство для врачей. – М. : Медицина, 994. – С. 104—113.
18. Руководство по аддиктологии / под редакцией проф. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – С. 715—724.
19. *Petty F.* The depressed alcoholic: Clinical features and medical management // Gen. hosp. Psychiat. – 1992. – N 14. – P. 458—464.
20. *Алтынбеков К. С., Бохан Н. А., Счастный Е. Д.* Типология, клиническая динамика и терапия аффективных расстройств при алкоголизме с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 64—65.

21. *Алтынбеков К. С., Счастный Е. Д.* Психофармакотерапия аффективных расстройств при алкоголизме с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 103—105.
22. *Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A.* Dissociative model of addictions formation. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.

Транслитерация русских источников

1. *Agibalova T.V.* [Affective disorders in alcohol, opioid and gamble addiction (clinic and therapy)]. *Avtoref. dis. … d.m.n*. [Abstract of MD thesis]. Moscow, 2007. (In Russ.).
2. *Bokhan N.A., Ankudinova I.E., Mandel A.I.* [Comorbid forms of alcoholism in women]. Tomsk: Ivan Fedorov, 2013; 60—67. (In Russ.).
3. *Bokhan N.A., Korobitsina T.V.* [Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medicine practice]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2008; 3: 11—17. (In Russ.).
4. *Bokhan N.A., Krivulina O.E., Krivulin E.N.* [Clinical-dynamic traits of synthetic cannabinoid dependence in adolescents]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 1: 36—39. (In Russ.).
5. *Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A.* [Early prevention and neoabilitation of patients with opioid addiction]. Pavlodar: Publishing House of RGKP “RNPC MSPN”, 2005. 287 p. (In Russ.).
6. *Bokhan N.A., Ovchinnikov A.A.* [Dissociative model of formation of alcoholism (comorbidity, phenomenology, rehabilitation)]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2008; 118—125. (In Russ.).
7. *Bokhan N.A., Chashchina O.A., Usov G.M., Titov D.S.* [Comorbid mental pathology in persons with substance dependence]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 4(61): 18—20. (In Russ.).
8. *Buzik O.Zh., Agibalova T.V.* [Comorbid disorders in patients with alcohol dependence]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskiy vestnik im. akademika I. P. Pavlova* [I.P. Pavlov Russian Medico-Biological Bulletin]. 2008; 3: 79—86. (In Russ.).
9. *Egorov A.Yu.* [About clinical features of early female alcoholism]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2004; 6: 10—15. (In Russ.).
10. *Ilyuk R.D., Gromyko D.I., Berno-Bellekur I.V.* [Characteristics of emotional disorders in substance addicts]. *Vestnik SPbGU* [SPbSU Bulletin]. Series 11. 2011; 2: 155—162. (In Russ.).
11. *Iskusnykh A.Yu.* [Alexithymia. Causes and risks of onset of the disorder]. *Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psikhologii* [Personality, Family and Society: Issues of Pedagogics and psychology]. 2015; 53: 59—68. (In Russ.).
12. *Kopytov A.V.* [Association of alexithymia with alcohol problems in adolescence and youth]. *Zdravookhranenie* [Healthcare]. 2011; 5: 20—24. (In Russ.).
13. *Mendelevich V.D.* [Drug dependence and comorbid disorders of behaviour (psychological and psychopathological aspects)]. Moscow: MEDpress-inform, 2003; 196—200. (In Russ.).
14. *Mendelevich V.D.* [Psychiatry in the epoch of addictology: new diagnostic and therapeutic reality]. *Nevrologicheskiy vestnik* [Neurological Bulletin]. 2015; XLVII(2): 5—15. (In Russ.).
15. *Ovchinnikov A.A., Narov M.Yu., Kireeva A.I.* [Affective disorders and withdrawal syndrome in alcohol dependence]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 1(82): 33—35. (In Russ.).
16. *Plotkin F.B.* [Alexithymia as factor of formation and maintenance of addiction]. *Narkologiya* [Narcology]. 2009; 10: 85—92. (In Russ.).
17. *Pyatnitskaya I.N.* [Drug addictions. Handbook for doctors]. Moscow, Medicina, 1994; 104—113. (In Russ.).
18. [Handbook of addictology]. V.D. Mendelevich, ed. SPb: Rech’, 2007; 715—724. (In Russ.).
19. *Altynbekov K.S., Bokhan N.A., Schastnyy E.D.* [Typology, clinical dynamic and therapy of affective disorders in alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2008; 3: 64—65. (In Russ.).
20. *Altynbekov K.S., Schastnyy E.D.* [Psychopharmacotherapy of affective disorders in alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2008; 3: 103—105. (In Russ.).

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.89-008.441.44:316
ББК 56.14-322+57.336.14

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ

Ворсина О. П.[*1,2]

[1] **ГБОУ ДПО Иркутская ГМА ПДО Минздрава России**
664049, Иркутск, микрорайон Юбилейный,100

[2] **ОГКУЗ Иркутская ОКПБ № 1**
664059, Иркутск, микрорайон Юбилейный, 11А

Изучены социально-демографические и клинические характеристики детей, совершивших завершенные суициды в Иркутской области по заключениям посмертных судебно-психиатрических экспертиз, описаны наиболее часто встречающиеся способы суицидов. Полученные данные свидетельствуют о необходимости коррекции существующей комплексной медико-психолого-педагогической программы по превенции суицидов детей и подростков. **Ключевые слова**: завершенные суициды, дети, подростки.

SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS HAVING COMPLETED SUICIDES. Vorsina O. P. Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education. *Jubilee Area 100, 64049, Irkutsk, Russian Federation.* **Irkutsk Regional Psychiatric Hospital no. 1.** *Jubilee Area 11A, Irkutsk, Russian Federation.* The prevalence, sociodemographic and clinical characteristics of children and adolescents, having completed suicides in the Irkutsk Region according to conclusions of post mortem forensic psychiatric examinations, often-occurring methods of suicides have been described. The obtained data testifies of necessity of correction of the existing complex medico-psychological-pedagogical program for prevention of the suicidal behavior of children and adolescents. **Keywords**: completed suicides, children, adolescents.

Введение. В 2012 г. в мире число смертей от самоубийств достигло 804 000, что составляет ежегодный глобальный стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств – 11,4 на 100 тысяч населения (15,0 для мужчин и 8,0 для женщин). Значительный вклад в развитие аффективной патологии и суицидального поведения вносят хронобиологические и конституционально-психологические факторы [3, 5, 7, 8]. По данным ВОЗ, суициды среди лиц в возрасте 15—24 лет среди причин смерти людей занимают 2-е место [4].

В России за последнее десятилетие частота суицидов среди подростков выросла в 3 раза и ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств в этой возрастной группе будет расти быстрыми темпами [6]. В стране ежегодно в последние годы уходят из жизни по причине самоубийств до 500 детей до 14 лет и 2,5 тысячи подростков 15—19 лет. В Иркутской области в 2014 г. частота самоубийств среди детей и подростков составила 3,8 и 18,3 на 100 тысяч населения данной возрастной группы.

Целью настоящего исследования явилось изучение социально-демографических и клинических особенностей суицидального поведения детей и подростков Иркутской области, совершивших завершенные суициды.

Материалы и методы. Были проанализированы заключения посмертных судебно-психиатрических экспертиз Иркутского областного психоневрологического диспансера. Изучено 28 несовершеннолетних, совершивших самоубийство в Иркутской области за 2011—2015 гг.: мальчиков – 15 чел. (53,6 %), девочек – 13 человек (46,4 %). 18 человек (64,3 %) проживали в сельской местности, 10 суицидентов (35,7 %) были горожанами.

Суициденты в возрастном аспекте распределились следующим образом: 5—9 лет – 1 человек (3,6 %), 10—14 лет – 16 человек (57,1 %),15—17 лет – 11 человек (39,3 %).

Результаты и обсуждение. Анализ социальной структуры детей и подростков показал, что все они были учащимися школ (92,9 %) либо техникумов (7,1 %). Из 26 человек, обучающихся в школе, 5 подростков (19,2 %) учились по вспомогательной программе. 8 подростков (38,1 %), обучающиеся в общеобразовательной школе, показывали слабые знания по предметам и низкую успеваемость.

Внимание, уделяемое раннему развитию детей и безопасным и конструктивным взаимоотношениям детей и их родителей, очень важно [10, 11]. В формировании суицидального поведения детей и подростков бесспорно значимыми являются такие факторы, как утрата близких, тяжелое материальное положение семьи, физическое насилие и жестокое обращение в семье [9].

Подавляющее большинство обследованных детей и подростков на момент совершения ими самоубийства жили дома с родителями – 22 человека (78,6 %), в приемной семье – 4 человека (14,3 %), лишь 2 человека (7,2 %) проживали вне семьи – в детском доме (приюте, СРНЦ).

В 8 случаях (28,6 %) родители были лишены родительских прав, подростки проживали в приемных семьях, в детских приютах либо их опекуном была бабушка.

[*] *Ворсина Ольга Петровна, д.м.н., тел.: (3952)763802, e-mail: ovorsina@mail.ru*

Более половины обследованных жили в полных семьях (16 – 57,1 %), 4 (14,3 %) воспитывались только матерью, в единственных случаях – отцом либо бабушкой (по 4,6 %). Семьи, в которых проживали дети и подростки, совершившие суицид, можно охарактеризовать следующим образом. Малообеспеченная семья (низкоквалифицированный труд, случайные заработки, сезонная работа) либо безработные родители встретились у 14 человек (63,6 %). Половина семей была многодетными (3 и более детей). В 5 случаях (22,7 %) у подростков не было нормальных условий проживания в семье (отсутствовало свое спальное место, семья жила в вагончике, часто за неуплату было отключено электричество).

В половине семей (50 %) злоупотребляют алкоголем один либо оба родителя, причем настораживает тот факт, что в 81,8 % случаев в этих семьях злоупотребляют матери семейств, что значительно снижает социальное благополучие семьи в целом и состояние подростка в ней, ухудшает выполнение матерью родительских обязанностей по отношению к ребенку.

У 54,5 % семей отмечались конфликтные внутрисемейные отношения (скандалы, ссоры, драки). Особенно резко увеличивает вероятность суицида физическое насилие в семье. Жестокое отношение к подростку со стороны родителей или других членов семьи (например, старших братьев) отмечалось в 5 случаях (22,7 %).

Различные проявления девиантного поведения (употребление психоактивных веществ, побеги из дома, совершение противоправных действий) наблюдались у 10 суицидентов (35,7 %).

По приводимым М. А. Качаевой и др. данным [2], наличие члена семьи, страдающего психическим расстройством, в 6—12 раз повышает вероятность самоубийства. В нашем исследовании отягощенность семейного анамнеза психическими расстройствами выявлена у 16 совершивших завершенные суициды детей и подростков (57,1 %) (табл. 1).

Таблица 1

Отягощенность семейного анамнеза по психическим расстройствам у детей и подростков с завершенными суицидами (родственники I степени родства)

Наследственная отягощенность	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Алкогольная зависимость	7	53,8	14	87,5	21***	72,4
Умственная отсталость	2	15,4	-	-	2	6,9
Расстройства личности	1	7,7	2	12,5	3	10,3
Эпилепсия	1	7,7	-	-	1	3,5
Суициды	2	15,4	-	-	2	6,9
Итого	13	100,0	16	100,0	29	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий: *** – $p<0,001$.

В структуре психической патологии у родственников I степени родства (n=29) покончивших с собой детей и подростков часто встречалась алкогольная зависимость – 72,4 % (χ^2=23,03; $p<0,001$), значительно реже выявлялись расстройства личности (10,3 %), умственная отсталость (6,9 %) и эпилепсия (3,5 %). Завершенные суициды наблюдались у 6,9 % ближайших родственников.

До совершения суицидов большинство детей и подростков (75 %) не попадало в поле зрения психиатров. В структуре психических расстройств, зарегистрированных на момент совершения суицида детей и подростков, чаще всего встретилась умственная отсталость легкой степени – 5 случаев (19,2 %), в единичных случаях наблюдались злоупотребление психоактивными веществами, шизофрения и органическое расстройство в связи с эпилепсией (по 3,6 %).

Установлено, что в 89,3 % случаев суицидов в контингенте детей и подростков присутствовали психотравмирующие мотивы совершения самоубийства, в 10,7 % случаев психотравмирующую ситуацию определить не удалось.

Анализ суицидогенных конфликтов показал (табл. 2), что ведущую роль при совершении завершенных суицидов играли семейные конфликты (моральное и физическое насилие со стороны членов семьи, смерть одного из родителей либо близких членов семьи, эмоциональная изоляция членами семьи, алкоголизация и аморальное поведение родителей) – 16 человек (57,1 %) (χ^2=13,46; $p<0,001$).

Таблица 2

Содержание психотравмирующих ситуаций у детей и подростков, совершивших завершенный суицид

Содержание психотравмирующей ситуации	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Семейные конфликты	8***	53,3	8***	61,5	16***	57,1
Школьные конфликты	1	6,7	2	15,4	3	10,7
Конфликты со сверстниками	1	6,7	1	7,7	2	7,1
Любовные конфликты	-	-	2	15,4	2	7,1
Судебные конфликты	2	13,3	-	-	2	7,1
Не выявлено	3	20,0	-	-	3	10,7
Итого	15	100,0	13	100,0	28	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий: *** – $p<0,001$.

Школьные конфликты (неудовлетворительные оценки, боязнь насмешек со стороны сверстников и осуждения со стороны учителей) встретились у 3 человек (10,7 %). Важно отметить, что в 2 случаях суициды были совершены до официального получения неудовлетворительной оценки. Во всех случаях осуждения, наказания, насмешек со стороны взрослых и сверстников подростков, совершивших суицид, не было. Но только в одной семье родители подбадривали, успокаивали подростка, в двух других отнеслись к этому факту равнодушно, холодно, не понимали переживаний подростка.

Конфликты со сверстниками (насмешки, оскорбления, вымогательство денег) отмечались в 2 случаях (7,1 %). С такой же частотой встречались любовные конфликты (девушки 15 и 17 лет) и судебные конфликты (юноши, совершившие правонарушения).

По мотивам суицидального поведения (категории личностного смысла) дети и подростки, совершившие суицид, распределились следующим образом. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдалось в 15 случаях (53,6 %) (χ^2=4,79; p<0,05). Суицидальные действия с целью привлечения внимания к ситуации (призыв) встретились у 7 суицидентов (25,0 %). Значительно реже выявлялись избегание угрозы, страданий – 2 человека (7,1 %) и самонаказание – 1 человек (3,6 %).

Анализ длительности психотравмирующей ситуации показал, что наиболее часто суициду предшествовали конфликтные ситуации длительностью менее 1 года (в 89,3 %). Достоверно реже психотравмирующие ситуации длились более 1 года – 10,7 % (χ^2=34,57; p<0,001).

Методом «психологической аутопсии» у детей и подростков, совершивших самоубийства, наличие пресуицидального периода определено у 9 человек (32,1 %). Чаще всего в пресуицидальном периоде отмечались сниженный фон настроения, переживания антивитального характера. Суицидальные высказывания удалось выявить в 7 случаях (25 %), чаще всего они имели депрессивную окраску (обида, одиночество, недовольство близкими). Предсмертные записки были обнаружены лишь в 2 случаях (7,1 %). В 67,9 % суициды носили импульсивный немотивированный характер без пресуицидального периода (χ^2=7,14; p<0,001).

Анализ способов самоубийств показал (табл. 3), что дети и подростки примерно с одинаковой частотой выбирали «жесткие» способы суицидов (к таковым относят повешение, огнестрельные ранения, падение с высоты, самосожжение).

Таблица 3

Способы совершения самоубийств детей и подростков

Способ совершения суицида	Мальчики		Девочки		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Повешение	13***	86,6	10***	76,9	23***	82,1
Огнестрельное оружие	1	6,7	-	-	1	3,6
Отравление	-	-	1	7,7	1	3,6
Падение с высоты	1	6,7	1	7,7	2	7,1
Утопление	-	-	1	7,7	1	3,6
Итого	15	100,0	13	100,0	28	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий: *** – p<0,001.

Как выяснилось, подавляющее число суицидентов предпочли повешение – 82,1 % (мальчики и юноши – 86,6 %, девочки и девушки – 76,9 %) (χ^2=31,87; p<0,001). Значительно реже встретились падения с высоты – 2 случая (7,1 %). Такие способы суицидов, как отравление, огнестрельные ранения и утопления, выявлены в единичных случаях (по 3,6 %).

Число детей и подростков, совершивших суицид в родительском доме, невелико и составляет 21,4 %. Большинство же суицидентов местом своего самоубийства выбирали сараи, хозяйственные постройки, заброшенные или недостроенные дома, огороды, хозяйственные или скотные дворы – 78,6 %, отдаленность этих мест от жилья родителей свидетельствует об истинном характере суицидальных намерений детей и подростков (χ^2=18,29; p<0,001).

Заключение. Анализ социально-демографических и клинических характеристик детей и подростков, совершивших завершенные суициды, показал следующее. Подавляющее число детей и подростков на момент совершения самоубийства жили дома с родителями. Деструктивные формы семейного взаимодействия имелись у половины суицидентов. Психопатологическая отягощенность наследственности обнаружена у 57,1 %. В структуре психической патологии у ближайших родственников покончивших с собой детей и подростков наиболее часто встречалась алкогольная зависимость (72,4 %). Широкий спектр проявлений девиантного поведения (ранняя алкоголизация, побеги из дома, совершение противоправных действий) зафиксирован в 35,7 %. Ведущую роль при совершении завершенных суицидов играли семейные конфликты. Суицидальное поведение по типу протеста наблюдалось в 53,6 % случаев, призыва – в 25,0 % случаев. Подавляющее число суицидентов сделали выбор в пользу повешения.

Полученные результаты свидетельствуют о сформировавшейся неблагополучной суицидальной ситуации в контингенте детей и подростков Иркутской области, что требует скорейшего принятия мер по улучшению работы детско-подросткового звена региональной суицидологической службы, коррекции существующей комплексной медико-психолого-педагогической программы по превенции суицидов детей и подростков.

Литература

1. *Бохан Н. А., Стоянова И. Я., Счастный Е. Д., Королев А. А.* Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 2 (15). – С. 55—59.
2. *Качаева М. А., Бадмаева В. Д.* Исследование распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации. Доклад Европейского регионального бюро ВОЗ. 2014 год. – Копенгаген : ВОЗ, 2014. – 29 с.
3. *Корнетов Н. А., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г.* Конституциональные и хронобиологические факторы в клинике и течении аффективных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 3 (21). – С. 23—28.

4. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. Доклад ВОЗ. 2014 год. Официальный русский перевод. – Женева : ВОЗ, 2014. – 97 с.
5. *Семке В. Я., Чухрова М. Г., Бохан Н. А., Куприянова И. Е., Рахмазова Л. Д.* Психическое здоровье коренного населения восточного региона России. – Томск, Новосибирск: Изд-во «Наука», 2009. – 360 с.
6. *Старшенбаум Г. В.* Суицидология и кризисная психотерапия. – М. : Когито-Центр, 2005. – 376 с.
7. *Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М.* Распространенность, коморбидность и клинико-конституциональные закономерности гетерогенности аффективных расстройств и суицидального поведения с учетом хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 22—25.
8. *Суровцева А. К., Счастный Е. Д.* Особенности субъективной оценки качества жизни пациентов с аффективными расстройствами с различным риском суицидального поведения // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 4. – С. 52—57.
9. *Холмогорова А. Б., Воликова С. В.* Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2012. – № 2. – URL:http://medpsy.ru (дата обращения: 03.03.2016).
10. *Chan M.* Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development // Lancet. – 2013. – V. 381. – P. 1514—1515.
11. *Sethi D. et al.* European report on preventing child maltreatment. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013. – http: //www.euro.who.int/en/publications/abstracts/ european-report-on-preventing-child-maltreatment (по состоянию на март 2016 г.).

Транслитерация русских источников

1. *Bokhan N.A., Stoyanova I.Ya., Schastnyy E.D., Korolev A.A.* [Pathopsychological characteristics of patients with dual diagnosis in the context of suicidal behavior]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2014; 5, 2(15): 55—59. (In Russ.).
2. *Kachaeva M.A., Badmaeva V.D.* [Investigation of prevalence of adverse events of childhood among young people in the Russian Federation. Presentation of the European Regional Bureau of WHO, 2014]. Copenhagen: WHO, 2014. 29 p. (In Russ.).
3. *Kornetov N.A., Schastnyy E.D., Simutkin G.G.* [Constitutional and chronobiological factors in clinic and course of affective disorders]. *Sibirskiy vestnik psychiatrii I narkologii* [Siberian Gerald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2001; 3(21): 23—28. (In Russ.).
4. [Prevention of suicides. Global Imperative. WHO Report, 2014]. Official Russian Translation. Geneva: WHO, 2014. 97 p. (In Russ.).
5. *Semke V.Ya., Chukhrova M.G., Bokhan N.A., Kupriyanova I.E., Rakhmazova L.D.* [Mental health of indigenous population of the eastern region of Russia]. Tomsk, Novosibirsk: Publishing House “Nauka”, 2009. 360 p. (In Russ.).
6. *Starshenbaum G.V.* [Suicidology and crisis psychotherapy]. Moscow: Kogito-Centr, 2005. 376 p. (In Russ.).
7. *Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Popova N.M.* [Prevalence, comorbidity and clinical-constitutional patterns of heterogeneity of affective disorders and suicidal behavior with account for chronobiological factors *Sibirskiy vestnik psychiatrii I narkologii* [Siberian Gerald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 22—25. (In Russ.).
8. *Surovtseva A.K., Schastnyy E.D.* [Features of self-reported of life of patients with affective disorders under different risk for suicidal behavior]. *Suitsidologiya* [Suicidology]. 2014; 5(4): 52—57 (In Russ.).
9. *Kholmogorova A.B., Volikova S.V.* [Main results of research of suicidal risk factors in adolescents based on psychosocial multifactor model of affective spectrum disorders]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii : elektron. nauch. zhurn.* [Medical Psychology in Russia: scientific e-journal]. 2012; 2. – URL:http://medpsy.ru (In Russ.).

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.89+616-007:612.014.482
ББК 56.14-329+51.26

АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ХРОНИЧЕСКОМУ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Буртовая Е. Ю.*, Кантина Т. Э., Литвинчук Е. А., Чебан А. Ю., Аклеев А. В.

ФГБУН Уральский НПЦ радиационной медицины ФМБА России
454076, Челябинск, ул. Воровского, 68 а

В статье приведена характеристика отдаленной астенической патологии у лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию. С использованием клинического, клинико-психологического, инструментального и лабораторного методов оценили спектр астенических расстройств у 140 человек, распределенных в три группы в зависимости от характера радиационного воздействия. Первую группу составили лица, облученные в антенатальном периоде развития, вторую группу – с постнатальным (внешним и внутренним) облучением, в третью группу – лица, не подвергавшиеся хроническому облучению. Полученные данные позволяют предположить, что в основе развития астенических расстройств у облученных лежит органическая патология головного мозга, проявляющаяся соответствующими клиническими, нейрофизиологическими и клинико-психологическими характеристиками. Непосредственным патологическим состоянием, формирующим астенические расстройства у облученных лиц, являются сосудистые нарушения (гипертоническая болезнь, хроническое нарушение мозгового кровообращения – ДЭП), наличие которых коррелировало с дозой облучения на красный костный мозг и возрастом исследуемых лиц. **Ключевые слова**: хроническое радиационное воздействие, антенатальное облучение, внешнее облучение, астеническое расстройство, зависимость доза-эффект, река Теча.

ASTHENIC DISORDERS IN PERSONS AFFECTED BY CHRONIC RADIATION EXPOSURE. Burtovaya E. Yu., Kantina T. E., Litvinchuk E. A., Cheban A. Yu., Akleev A. V. Urals Research Center for Radiation Medicine of Federal Medical Biological Agency of Russia. *Vorovsky Street 68 a, 454076, Chelyabinsk, Russian Federation.* The characteristic of a long-term asthenic disorder in chronically exposed individuals is presented. Using clinical, clinical -psychological, instrumental and laboratory methods, as well as the method of mathematical processing of data, we estimated the range of asthenic disorders in 140 people, who were subdivided into three groups, depending on the nature of radiation exposure. The first group consisted of persons exposed in prenatal period of development, the second – people with postnatal (external and internal) exposure, persons who were not affected by chronic exposure belonged to the third group. The obtained data allows for an assumption that organic pathology of the brains, which is manifested through respective neuro-physiological and clinical-psychological characteristics, lies at the basis of asthenic disorder development. Vascular disorders, which presence correlates with the exposure dose to the red bone marrow and age of the examined persons, are those very pathological conditions that form asthenic disorder (hypertension, chronic cerebrovascular disturbance). **Keywords**: chronic radiation exposure, prenatal exposure, external exposure, asthenic disorder, dose-effect relationship, the Techa River.

Введение. Астенический синдром – базовый симптомокомплекс, наблюдаемый у лиц, оказавшихся в ситуации радиационного воздействия (облученные в результате Южно-Уральских радиационных инцидентов, ликвидаторы аварии на ЧАЭС и др.). Актуальность изучения астенических расстройств определяется не только широким распространением данной патологии у лиц, подвергшихся радиационному воздействию, но и характерными особенностями – возникновением в ближайший период после облучения и длительным периодом сохранения данной симптоматики [1—3].

Характерными чертами астенического синдрома при воздействии ионизирующего излучения являются выраженная истощаемость, снижение функциональной активности нервной системы и деятельности внутренних органов. Также характерна повышенная физическая и психическая истощаемость по отношению к ранее хорошо переносившейся нагрузке [4].

В работах А. В. Аклеева и др. оценивалось состояние центральной нервной системы у жителей прибрежных сел реки Теча [1, 2]. Результаты этих исследований позволили выделить 4 неспецифических синдрома: вегетативной дисфункции, астенический, остеоалгический и синдром микроорганического поражения нервной системы. При этом, оценивая динамику развития указанных нарушений, авторы отмечали, что сначала появлялись признаки вегетативной дисфункции, к которым далее присоединялись астенические проявления, а в более поздние сроки и при более высоких дозовых нагрузках формировался синдром органического поражения нервной системы.

Е. В. Малининой, Н. Е. Буториной (2003) показано, что у детей, родившихся в семьях, чьи родители и прародители подверглись радиационному воздействию, наблюдались пограничные психические расстройства в рамках органического психосиндрома с повышенной психической истощаемостью, эмоциональной лабильностью и сниженной работоспособностью [5].

Многие аспекты проблемы отдаленных психических расстройств у лиц, подвергшихся радиационному воздействию, изучены недостаточно и носят дискуссионный характер. Так, до настоящего времени нет полного единства взглядов в оценке генеза психических рас-

* *Буртовая Елена Юрьевна, к.м.н., зав. лабораторией экологической патопсихологии, психотерапевт клинического отделения. Телефоны: (351)232798; 89226376337. E-mail: eburtovaya@gmail.com*

стройств у облученных лиц. Одни исследователи определяющее значение отводят психогенному фактору, другие исследователи – радиационному. Наиболее адекватным, по нашему мнению, является подход, согласно которому течение психических расстройств у лиц, подвергшихся радиационному воздействию, зависит от комплексного, сочетанного влияния многих неблагоприятных факторов, воздействующих до и после облучения [6, 7].

Наиболее важным и спорным вопросом в предикции воздействия радиации на центральную нервную систему (ЦНС) является вопрос о радиочувствительности мозговой ткани. Высокодифференцированные клетки головного мозга относятся к высокорезистентным, однако порог этой резистентности постоянно меняется. В 1990-е гг. появилось много данных о том, что нейроны реагируют даже на малые дозы радиации. Особенное внимание уделяют апоптотической клеточной (нейрональной) гибели, а также гибели и повреждениям клеток, опосредованным вторичными поражениями [3].

Разными авторами независимо друг от друга выявлены согласующиеся свидетельства органического поражения головного мозга и ускоренного старения ЦНС у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, подвергшихся радиационному воздействию в дозах менее 0,25 Зв. При этом остается невыясненным: являются ли эти отклонения первичным нейрональным пострадиационным эффектом влияния радиации в малых дозах или это вторичное церебральное поражение вследствие цереброваскулярных и/или аутоиммунных процессов («сосудисто-глиальный союз»), дисметаболических нарушений и др. Исследователи предполагают, что в отдаленные периоды после радиационного воздействия психоневрологическая симптоматика у облученных лиц связана с органическими структурными изменениями в белом и сером веществе полушарий мозга и его глубинных отделах, с нарушением функций диэнцефальных, диэнцефально-лимбических, диэнцефально-лобных и диэнцефально-стволовых структур головного мозга. Причем указанные изменения обусловлены главным образом дисциркуляторными сосудистыми нарушениями [8, 9].

Сложность оценки астенических расстройств у облученных заключается в неспецифичности данной патологии, коморбидности с тревожными и депрессивными расстройствами, сочетанностью с соматической патологией и трудностью дифференцировки ведущих патофизиологических механизмов их формирования [10—14].

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе клинического отделения ФГБУН Уральского научно-практического центра радиационной медицины ФМБА России.

Объект исследования – лица, подвергшиеся хроническому радиационному воздействию в результате сброса радиоактивных отходов в реку Теча. В течение 2012—2014 гг. было осмотрено 677 человек, из них 160 человек имели астенические нарушения органического или функционального генеза, что составило 24,7 % от общего числа осмотренных лиц. В настоящее исследование было включено 140 человек. В зависимости от характера радиационного воздействия все осмотренные были разделены на 3 группы: 1-я группа (облученные в период антенатального развития, 40 человек), 2-я группа (пациенты, подвергшиеся комбинированному внешнему и внутреннему облучению в постнатальном периоде, 50 человек). Группу сравнения (3-я группа) составили лица, проживавшие на радиоактивно не загрязненных территориях Челябинской области (50 человек).

Исследуемые в основном представлены женщинами (75 %, 66 % и 78 % соответственно), тюркской национальной принадлежности, со средним и средним специальным образованием, имеющими семью. Средний возраст обследуемых составил в 1-й группе 63,0±1,1 года, во 2-й группе – 62,5±7,4 года, в 3-й группе – 58,02±7,2 года. Достоверных отличий между группами обследованных по возрасту, полу, национальности не выявлено. Данные о дозе облучения были представлены сотрудниками Регионального национального радиационно-эпидемиологического регистра и составляли для 1-й группы 0,24±0,45 Гр, во 2-й группе – 0,58±0,59 Гр (доза облучения на красный костный мозг).

В настоящем исследовании были использованы клинические, клинико-психологические, нейрофизиологические и психофизиологические методы. Проводили определение маркеров функционального состояния эпифиза – продукта метаболизма мелатонина (мелатонина сульфата) в моче и серотонина в крови, также определяли концентрацию кортизола. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета прикладных программ STATISTICA, версия 6.0. При оценке достоверности полученных результатов был принят 5 % уровень значимости (p) [14,15].

Результаты и обсуждение. Во всех трех группах наблюдали органические непсихотические психические расстройства, при этом в группе облученных пациентов данная патология встречалась достоверно чаще (p=0,001) и была представлена органическим астеническим расстройством (62,5 % и 50 %) и органическим легким когнитивным расстройством (22,5 % и 26 %). В группе сравнения достоверно чаще встречали астеническое расстройство в рамках невротического расстройства адаптации (26 %, p=0,02).

Синдромально в группе антенатально облучённых пациентов достоверно чаще встречали астенический синдром в сравнении с двумя остальными группами (p<0,0001). Среди пациентов, подвергшихся постнатальному облучению, достоверно чаще в сравнении с не облучёнными пациентами наблюдали синдром когнитивных нарушений (p=0,01). Также во 2-й и 3-й группах достоверно чаще по сравнению с группой антенатально облученных наблюдали дисомнические расстройства.

В группе антенатально облученных лиц достоверно чаще выявляли гипостенический вариант астенического синдрома (p=0,01). В группе лиц, облученных в постнатальном периоде развития, наряду с гипостеническим вариантом наблюдали гиперстенический вариант астенического синдрома, обусловленный органическим характером выявленной патологии, о чем свидетельствовали выраженные изменения когнитивного статуса, такие как забывчивость (p<0,0001), затруднения при сосредоточении (p=0,007), плохая переносимость жары и духоты (p=0,04). У обследованных лиц группы сравнения наблюдалась как обратимая симптоматика функционального круга – повышенная тревожность (p=0,03), вспыльчивость (p=0,02), раздражительность и плаксивость (p=0,04), обморочные состояния в анамнезе (p=0,04)), так и проявления органического поражения головного мозга в виде забывчивости (p<0,0001) и затруднений при сосредоточении (p=0,03). Выявляемая симптоматика позволила клинически дифференцировать указанные расстройства как гиперстенический вариант астенического синдрома.

Результаты электроэнцефалографического исследования показали, что у большинства пациентов всех сравниваемых групп были выявлены умеренные нарушения биоэлектрической активности головного мозга (1-я группа – 72,5 %; 2-я группа – 61,7 %; 3-я группа – 68,0 %). В группе антенатально облученных лиц значимо преобладало влияние срединных структур (p=0,02), в группе обследованных с постнатальным облучением превалировало влияние стволовых структур, в группе сравнения доминирующее влияние стволовых структур было достоверным (p=0,03). Локализация выявленных изменений характеризовалась неоднородностью: у пациентов 1-й группы доминировали изменения в теменной и височной областях головного мозга (p≤0,05), у пациентов с постнатальным облучением преимущественно в лобной доле (p=0,042), что позволяет объяснить более выраженную когнитивную недостаточность у пациентов этой группы. В группе сравнения изменения локализовались преимущественно в теменной и затылочной областях (p≤0,05).

В фоновой записи ЭЭГ обследованных лиц были выявлены патологические тета- и дельта-ритмы, чаще тета-ритм (1-я группа – 60,0 %, 2-я группа – 46,8 %, 3-я группа – 64,0 %). Превышение допустимых значений амплитуды и индекса тета- и дельта-ритмов наблюдалось у 30,0 % пациентов из группы антенатально облученных лиц, 29,8 % обследуемых с постнатальным облучением и 28,0 % респондентов группы сравнения, что свидетельствует о снижении уровня функциональной активности мозга у этих респондентов и соответствует выявляемой астенической симптоматике.

В результате клинико-психологического исследования выявлено, что у большинства респондентов всех трех групп наблюдались проявления астенического состояния различной степени выраженности, причем в 1-й и 2-й группах преобладали лица со слабой астенией (75 % и 58 % соответственно), а в 3-й группе количество респондентов со слабой и умеренной астенией было практически одинаково (46 % и 48 % соответственно).

Большинство осмотренных лиц из числа облученных имели преддементные когнитивные нарушения (с антенатальным и постнатальным облучением – 60 % и 46 % соответственно), тогда как в 3-й группе преобладали обследуемые, не имеющие когнитивных нарушений (52 %), когнитивные функции у этих респондентов соответствовали возрастной норме.

Среди облученных пациентов преобладали лица, имеющие низкую эффективность работы (47,5 % и 51,1 % соответственно), тогда как в группе сравнения больше лиц со средней эффективностью работы (58 %). При оценке работоспособности в целом (скорости сенсомоторной реакции) было установлено, что большинство обследуемых всех трех групп имели значительно сниженную (1-я группа – 75 %, 2-я группа – 50 %, 3-я группа – 50 %) и существенно сниженную (1-я группа – 17,5 %, 2-я группа – 32 %, 3-я группа – 42 %) работоспособность, что является объективным отражением астенических расстройств, выявляемых у данных пациентов.

При работе над данным исследованием проводили определение маркеров функционального состояния эпифиза – продукта метаболизма мелатонина (мелатонина сульфата) в моче и серотонина в крови, также определяли концентрацию кортизола как маркера стрессового состояния. Несмотря на отсутствие достоверных различий по сравниваемым показателям, обращала на себя внимание тенденция к увеличению содержания кортизола, серотонина и мелатонина у пациентов с антенатальным облучением.

Для оценки роли факторов, способствующих формированию отдаленных астенических расстройств у облученных лиц был проведен множественный корреляционный анализ, который позволил выявить существующие взаимосвязи между отдельными характеристиками астенической патологии. Так, в группе пациентов с антенатальным облучением диагностированное астеническое расстройство характеризовалось обратной корреляционной связью с уровнем серотонина (r=-0,63), прямой связью с суммарным баллом по клинико-психологическому обследованию (ШАС, r=0,52; MFI-20, r=0,7), а также с курением (r=0,36) и наличием дисциркуляторной энцефалопатии (r=0,4).

Полученные результаты позволяют предположить роль хронической ишемии головного мозга в генезе астенического расстройства у лиц, облученных в пренатальном периоде развития. Доза облучения (в данном случае учитывали дозу на красный костный мозг) коррелировала с выраженностью астенического состояния по методике «Шкала астенического состояния» (r=0,61), а также с возрастом исследуемых (r=0,32).

У пациентов, подвергшихся радиационному воздействию в постнатальном периоде развития (2-я группа), по результатам корреляционного анализа была выявлена прямая корреляционная связь между диагностированным астеническим расстройством и возрастом (r=0,36), психогенным фактором (r=0,34), наличием травм черепа в анамнезе (r=0,33), наличием дисциркуляторной энцефалопатии (r=0,29). Кроме того, определена прямая корреляция между дозой облучения на красный костный мозг и возрастом (r=0,68) и гипертонической болезнью (r=0,34). Выявленная гипертоническая болезнь имела прямую корреляционную связь с возрастом (r=0,42), дозой облучения (r=0,34) и наличием дисциркуляторной энцефалопатии (r=0,36).

У пациентов группы сравнения (3-я группа) установлена прямая корреляционная связь между диагностированным астеническим расстройством и показателями по шкале астенического состояния (r=0,54), общим суммарным баллом по методике MFI-20 (r=0,36), травмами черепа (r=0,34), лицами, имеющими наследственность, отягощенную психическими заболеваниями (r=0,25); обратные корреляции с уровнем кортизола (r=-0,35) и серотонина (r=-0,48).

Полученные данные позволяют предположить, что у пациентов, не подвергавшихся хроническому радиационному воздействию, важное значение в формировании астенической патологии имеют перенесенные ранее черепно-мозговые травмы и снижение выработки серотонина и кортизола.

Выводы. У пациентов, подвергшихся хроническому радиационному воздействию, можно выделить общие патогенетические механизмы, способствующие формированию астенической патологии. Как следует из результатов множественного корреляционного анализа, в основе развития астенических расстройств у облученных лежит органическая патология головного мозга, определяемая нарушением нейрогуморальной регуляции и проявляющаяся соответствующими электроэнцефалографическими характеристиками. Непосредственным патологическим состоянием, формирующим астеническую патологию у облученных, является сосудистая патология (гипертоническая болезнь, хроническое нарушение мозгового кровообращения), наличие которых коррелировало с дозой облучения на красный костный мозг и возрастом обследуемых лиц.

Литература

1. *Аклеев А. В.* Экологические и медицинские последствия радиационной аварии 1957 года на ПО «Маяк» / под ред. А. В. Аклеева, М. Ф. Киселева. – М., 2001. – 294 с.
2. *Аклеев А. В., Косенко М. М., Крестинина Л. Ю. и др.* Здоровье населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях Уральского региона. – М. : Издат, 2001. – 195 с.
3. *Стюарт Ф. А. и др.* Отчет МКРЗ по тканевым реакциям, ранним и отдаленным эффектам в нормальных тканях и органах – пороговые дозы для тканевых реакций в контексте радиационной защиты / ред. А. В. Аклеев, М. Ф. Киселев / пер. с англ. Е. М. Жидкова, Н. С. Котова. – Челябинск : Книга, 2012. – 384 с.
4. *Буйков В. А., Колмогорова В. В.* Астенические и коморбидные расстройства у лиц старшего преклонного и пожилого возраста в результате радиационных катастроф на территории Уральского региона // Психическое здоровье. – 2014. – Т. 12, № 9 (100). – С. 31—35.
5. *Малинина Е. В., Буторина Н. Е.* Особенности резидуально-органического психосиндрома у детей, проживающих в зоне радиоэкологического неблагополучия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2003. – № 1 (27). – С. 74.
6. *Румянцева Г. М., Чинкина О. В., Бежина Л. Н.* Радиационные инциденты и психическое здоровье населения. – М. : ФГУ «ГНЦССП», 2009. – 288 с.
7. *Буртовая Е. Ю., Кантина Т. Э., Аклеев А. В.* Характеристика астенической патологии у лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Т. 10, № 5 (54). – С. 51—52.
8. *Bromet E. J., Havenaar J. M., Guey L. T.* A 25 year retrospective review of the psychological consequences of the Chernobyl accident // Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol). – 2011. – May. – V. 23 (4). –P. 297—305.
9. *Логановский К. Н.* Влияет ли ионизирующая радиация на головной мозг человека? // Украинский медицинский журнал. – 2009. – V/VI, № 3 (71). – С. 56—69.
10. *Чернусь Н. П., Шатихин А. И.* Синдром функциональной астении в общетерапевтической практике. Трудности диагностики и терапии // Трудный пациент. – 2009. – № 6—7. – С. 50—52.
11. Астенические расстройства в терапевтической практике. Руководство по диагностике и лечению / под ред. А. В. Шаброва, С. Л. Соловьёвой. – Изд-во «Информ Мед», 2011.

12. *Рудницкий В. А., Семке В. Я., Гарганеева Н. П.* Непсихотические психические расстройства в сочетании с соматическими заболеваниями у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 34—40.
13. *Рудницкий В. А., Никитина В. Б., Аксенов М. М., Гарганеева Н. П.* Экологическая, пограничная и социальная психиатрия: методологические подходы // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 1. – С. 55—59.
14. *Семке В. Я., Чухрова М. Г., Бохан Н. А., Куприянова И. Е., Рахмазова Л. Д.* Психическое здоровье коренного населения восточного региона России. – Томск, Новосибирск: Изд-во «Наука», 2009. – 360 с.
15. *Ситников В. Л.* Психодиагностические методы в практике клинических психологов : учебное пособие. – СПб.: Ленинградский государственный университет им. А. С. Пушкина, 2005 (Электронная версия: http://byb. su/node/1)
16. *Трухачева Н. В.* Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 384 с.

Транслитерация русских источников

1. *Akleev A.V.* [Ecological and medical consequences of the radiation accident in 1957 at Mayak PA]. Moscow., 2001. 294 p. (In Russ.).
2. *Akleev A.V., Kosenko M.M., Krestinina L.Y.* [The health of the population living in radioactively contaminated territories of the Ural region]. Moscow: Izdat, 2001. 195 p. (In Russ.).
3. *Stuart F.A., Akleev A.V., Kiselev M.F. et al.* [The ICRP report on tissue reactions and early and remote effects in normal tissues and organs – threshold doses for tissue reactions in a radiation protection context]. Chelyabinsk: Kniga, 2012. 384 p. (In Russ.).
4. *Buykov V.A., Kolmogorova V.V.* [Asthenic and comorbid disorders in persons of elder and old age as a result of radiation accidents in the territory of the Ural region]. *Psychicheskoe zdorovie* [Mental Health]. 2014; 12, 9(100): 31—35. (In Russ.).
5. *Malinina E.V., Butorina N.E.* [Features of residual organic psychosyndrome in children living in a zone of ecological distress]. *Sibirskiy vestnik psychiatrii I narkologii* [Siberian Gerald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2003; 1(27): 74. (In Russ.).
6. *Rumyantseva G.M., Chinkina O.V., Bezhina L.N.* [Radiation incidents and mental health of the population]. Moscow, 2009. 288 p. (In Russ.).
7. *Burtovaya E.Yu., Cantina T.E., Akleev A.V.* [Characterization of asthenic disease in persons exposed to chronic radiation exposure] *Akademicheskiy zhurnal Zapadnoy Sibiri* [Academic Journal of West Siberia]. 2014; 5(54), 10: 51—52. (In Russ.).
9. *Loganovsky K.N.* [Does ionizing radiation on the human brain?]. *Ukrainskiy medicinskiy zhurnal* [Ukrainian Medical Journal]. 2009; 3(71), V/VI: 56—69. (In Russ.).
10. *Chernus N.P. Shatikhin A.I.* [Syndrome of functional asthenia in general therapeutic practice. The difficulties of diagnosis and therapy]. *Trudniy pacient* [Difficult Patient]. 2009; 6—7: 50—52. (In Russ.).
11. [Asthenic disorders in therapeutic practice. Guide to the diagnosis and treatment]. Shabrov V., Solovyeva S.L, eds. Inform Med, 2011. (In Russ.).
12. *Rudnitsky V A., Semke V.Ya., Garganeeva N.P.* [Non-psychotic mental disorders in combination with somatic diseases among liquidators of the Chernobyl accident]. *Rossiyskiy psichiatricheskiy zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2010; 6: 34—40. (In Russ.).
13. *Rudnitsky V.A., Nikitina V.B., Axenov M.M., Garganeeva N P.* [Environmental, border control and social psychiatry: methodological approaches]. *Tuymenskiy medicinskiy zhurnal* [Tyumen Medical Journal]. 2014; 16(1): 55—59. (In Russ.).
14. *Semke V.Ya., Chukhrova M.G., Bokhan N.A., Kupriyanova I.E., Rakhmazova L.D.* [Mental health of indigenous population of the eastern region of Russia]. Tomsk, Novosibirsk: Publishing House “Nauka”, 2009. 360 p. (In Russ.).
15. *Sitnikov V.L.* [Psychodiagnostic methods in the practice of clinical psychologists. Tutorial]. (http://byb. su/node/1). (In Russ.).
16. *Trukhacheva N.V.* [Mathematical statistics in biomedical research with the use of Statistica]. Moscow: GEOTAR-Media, 2012. 384 p. (In Russ.).

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.89-008.441.33-058.56
ББК 56.145.12+56.148

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ МУЖЧИН, ВПЕРВЫЕ ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ

Коробицина Т. В.[*1,2], Находкин Е. Г.[2]

[1] **ФГАОУ ВПО Сибирский федеральный университет**
660041, Красноярск, пр. Свободный, 79

[2] **ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России**
660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1

[*]В статье анализируется структура аддиктивных расстройств среди мужчин, впервые осуждённых к лишению свободы. Изучены клинико-демографические показатели: возраст, семейное положение, уровень образования и криминологические особенности мужчин, отбывающих наказание в колонии строгого режима, страдающих зависимостью от психоактивных веществ. **Ключевые слова:** алкогольная зависимость, наркотическая зависимость, пенитенциарные условия, мужчины, аддиктивное поведение.

PREVALENCE OF DEPENDENCE ON THE PSYCHO-ACTIVE SUBSTANCES AMONG THE MEN, FOR THE FIRST TIME CONDEMNED TO THE DEPRIVATION OF FREEDOM, AND THEIR SOCIODEMOGRAPHIC SPECIAL FEATURES. Korobitsina T. V.[1,2], Nakhodkin E. G.[2 1] Siberian Federal University. *Svobodnyy Avenue 79, 660041, Krasnoyarsk, Russian Federation.* **[2] Krasnoyarsk SMU named after Prof V.F. Voino-Yasenetsky of Ministry of Healthcare of the Russian Federation.** *Partizan Zheleznyak Street 1, 660022, Krasnoyarsk, Russian Federation.* The article presents the analysis of the structure of addictive disorders among the men, for the first time condemned to the deprivation of freedom. The clinical-demographic indices are studied: age, marital status, level of education and the criminal behavior special features of men, who serve sentence in the colony of a strict regime, who suffer from dependence on the psycho-active substances. **Keywords:** alcohol dependence, drug dependence, penitentiary conditions, men, addictive behavior.

Введение. Возросла распространенность среди населения России потребления наркотических средств [6], психотропных и новых психоактивных веществ (их потребляют почти 7,5 миллиона человек с разной степенью регулярности), около 3 миллионов делают это ежедневно [9]). Всё это привело к тому, что в 2015 г. из 120 тысяч осужденных 90 тысяч были осуждены за хранение наркотиков без цели сбыта, все они – наркопотребители [10]. Злоупотребление алкоголем не только приводит к преждевременной, предотвратимой смерти около полумиллиона человек ежегодно [13], общепризнанной является точка зрения о провоцирующем значении алкогольного фактора в реализации противоправных деяний [11].

В связи с этим остается актуальным изучение распространенности синдрома зависимости от различных психоактивных веществ, которая, как и ее особенности в Сибири [1, 18], в частности в Республике Тыва [3], на Дальнем Востоке [2] и на других территориях, а также среди лиц, находящихся в местах лишения свободы [12, 16, 17], являлась предметом исследования ряда авторов.

Однако подобного рода работы в одном из наиболее крупных регионов России – Красноярском крае – не проводились. В Красноярском крае уровень отравлений наркотическими веществами в общей популяции, который служит показателем латентной наркотизации населения [5], в 2014 г. составил 24,2 случая на 100 тысяч населения при показателе 17,5 случая на 100 тысяч населения в 2013 г. Показатель среди мужчин был достоверно выше, чем среди женщин, в 6,3 и 6,6 раза соответственно [14]. По состоянию на 01.01.2016 г. в 42 пенитенциарных учреждениях Красноярского края содержалось 23 485 осужденных, подозреваемых, обвиняемых и подследственных [8]. Всё это в совокупности и определило интерес к изучению расстройств наркологического спектра среди находящихся в местах социальной изоляции мужчин.

Цель исследования. Оценка распространенности наркологических расстройств среди мужчин, впервые осуждённых к отбыванию наказания в местах лишения свободы, и социально-демографических особенностей мужчин, зависимых от психоактивных веществ.

Материал и методы. С использованием клинико-анамнестического, клинико-психопатологического, клинико-демографического и статистического методов было проведено сплошное обследование (в период с августа 2013 г. по ноябрь 2015 г.). Всего обследовано 1 136 осужденных мужчин в возрасте от 19 до 63 лет, находящихся (следующих этапом) в исправительной колонии строгого режима № 16 пос. Громадск Красноярского края, особенностью которой является содержание только впервые осужденных к лишению свободы мужчин.

Критерием включения являлось соответствие выявленных расстройств рубрике МКБ-10 F1x.21.x (синдром зависимости). Обследование проводилось с использованием формы № 030-1/у-02, утвержденной Минздравом России от 31.12.2002 г. № 420.

[*] *Коробицина Татьяна Валерьевна, д.м.н., проф. каф. теории и методики социальной работы; каф. психиатрии и наркологии с курсом ПО, телефон: (391)2329893, e-mail: tvkor@mail.ru*

Результаты и обсуждение. Синдром зависимости от психоактивных веществ диагностирован у 467 (41,1 %) человек. Показатель болезненности по аддиктивным расстройствам в учреждении, более чем в 3 раза превышающий аналогичный сводный показатель распространенности наркологической патологии по пенитенциарным учреждениям края (411,1‰, в сравнении с показателем по краю в целом – 115,3‰; p<0,01), можно объяснить углубленным целенаправленным выявлением наркологической патологии при проведении клинического обследования выборки.

Все осужденные с наркологической патологией были разделены на четыре группы. В I группу (n=168; 35,97 %) включены осужденные (средний возраст составил 43,3±7,6 года) с зависимостью от алкоголя (F10.21.x). II группу (n=111; 23,77 %) составили лица (средний возраст 24,8±9,7 года), потребляющие вещества группы каннабиноидов (F12.21.x). В III группу (n=62; 13,28 %) осужденных (средний возраст 34,4±7,3 года) вошли потребители опиоидов (F11.21.x). IV группу (n=126; 26,98 %) составили лица (средний возраст 36,2±6,6 года), страдающие полинаркоманией (F19.21.x) (рис. 1).

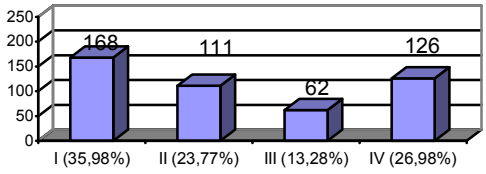


Рис. 1. Структура синдрома зависимости

Примечание. I – зависимые от алкоголя; II – зависимые от каннабиноидов; III – зависимые от опиоидов; IV – зависимые от нескольких психоактивных веществ.

Стоит отметить, что явление коморбидности в наркологии представляет существенный интерес ввиду, как правило, сочетанного употребления психоактивных веществ с трудностью отграничения стадийности зависимости от каждого из них. Рядом авторов поднимался вопрос о клинико-динамических закономерностях ассоциации алкогольной и наркотической зависимостей с различными психопатологическими и соматическими заболеваниями [7, 18].

В обследованной нами популяции больных обращает на себя внимание превалирование осужденных, страдающих зависимостью от алкоголя и полинаркоманией, представленной чаще комбинациями: алкоголь+каннабиноиды, каннабиноиды+опиоиды. Проблема «двойных диагнозов» у лиц мужского пола изучалась и ранее [4], в частности коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста была представлена двумя основными вариантами – где первично зависимость вызвана либо опиоидами, либо алкоголем.

В первом случае дополнительно выделялись варианты викарной алкоголизации и смены формы наркотизма. Во втором случае опиоидная зависимость на фоне предшествующего алкоголизма клинически развивалась как форма полинаркотоксикомании, а формирование прелиминарного (первичного) алкоголизма расценивалось как затяжной этап поискового наркотизма с переходом от алкоголизма к опиоидной наркомании. Были представлены этапы и дифференциальные критерии выделенных вариантов двойных расстройств.

В нашем исследовании возрастные отличия представителей I и II групп составляют около 20 лет (p<0,05), что можно объяснить особенностями трансформации моды на психоактивные вещества: отмечается предпочтение веществам группы каннабиноидов, новым психоактивным веществам, нежели традиционному потреблению алкоголя. Представители I группы в своих ответах указывали на непонимание иных средств расслабления, кроме алкоголя («лучше рюмочку пропустить, чем наркоту»). Алкоголь же у обследованных II группы ассоциировался с бедным, пришедшим в упадок образом жизни («водяру пьют бичи и нищие»). III и IV группы исследования представлены лицами в возрасте от 30 до 40 лет.

Был проведен анализ осужденных с различной наркологической аддикцией по социально-демографическим факторам: семейному положению, уровню образования и характеру преступного деяния. Достаточно низкий уровень брачности осужденных во всех группах (в браке состоят всего 19,1 %, 20,7 %, 33,9 % и 27,0 % представителей I, II, III и IV групп соответственно) можно объяснить их криминальным анамнезом, препятствующим построению стабильных отношений в долгосрочной перспективе. Следует заметить, что особенности функционирования личности зависят от воспитательного подхода в ранние годы. Так, в одном из исследований [15] более половины обследованных алкоголиков сообщали, что провели свои молодые годы в разрушенных, чаще всего разводом, семьях. Но и в полных семьях взаимоотношения между родителями были конфликтными и напряженными. В семьях с постоянными межсупружескими конфликтами, а также неконструктивными формами их разрешения (например, оскорбления, драки) вероятность появления алкоголизма у детей оказалась значительно выше, чем в благополучных семьях.

Можно было предположить, что негативный опыт детства также явился фактором, обусловившим низкий показатель брачности включенных в исследование мужчин. Несмотря на то что никто из обследуемых в нашей работе не сообщил о полном одиночестве, чаще указывали на сожительство («так живём, зачем пе-

чать»), чем на официальный брак, что может быть вызвано нежеланием обременять себя семейными обязанностями и низким престижем института брака в глазах испытуемых (рис. 2).

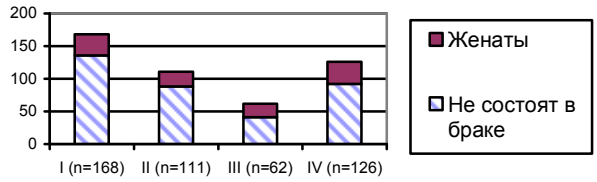


Рис. 2. Структура брачности

Примечание. I – зависимые от алкоголя; II – зависимые от каннабиноидов; III – зависимые от опиоидов; IV – зависимые от нескольких психоактивных веществ.

Достоверные отличия в группах отмечаются при анализе достигнутого уровня образования на момент обследования. Максимальным показателем по высшему (5,6 %) и минимальным по начальному (4,7 %) уровням образования отличаются представители IV группы, что указывает на их более позднее вовлечение в процесс наркотизации. Многие отмечали первые пробы алкоголя и курения марихуаны в период обучения в институте, что не помешало им освоить уровень высшего образования. Среди всех респондентов обращает на себя внимание преобладание в группе потребителей опиоидов (III) лиц с начальным (12,9 %) и средним профессиональным образованием (38,7 %), что характеризует группу по неоднородности ряда факторов: условиям воспитания, возрасту первой пробы, социальному окружению – ускоривших процесс маргинализации одних и позволивших социализироваться другим на уровне ремесленнических трудовых навыков. Группа обследуемых с каннабиноидной аддикцией (II) выделяется максимальным показателем осужденных со средним образованием – 34,2 %, с алкогольной зависимостью (I) – минимальным (1,2 %) числом лиц с высшим и максимальным (33,9 %) количеством осужденных с неполным средним образованием, что объяснялось обследованными отсутствием потребности в получении более высокого образования (табл. 1).

Таблица 1

Структура образовательного уровня осужденных

Группа		Начальное	Неполное среднее	Среднее	Среднее профессиональное	Высшее	Всего
I	абс.	17	57	50	42	2	168
	%	10,1	33,9	29,8	25,0	1,2	100
II	абс.	6	35	38	29	3	111
	%	5,4	31,6	34,2	26,1	2,7	100
III	абс.	8	14	13	24	3	62
	%	12,9	22,6	21,0	38,7	4,8	100
IV	абс.	6	41	39	33	7	126
	%	4,7	32,5	31,0	26,2	5,6	100

Достоверные различия в группах были выявлены при оценке особенностей совершенного преступления (табл. 2).

Таблица 2

Структура совершенных преступлений осужденных

Группа		Статьи УК РФ			Другие	Всего
		228,229,231	105,111,131	158,166,167		
I	абс.	7	137	13	11	168
	%	4,2	81,6	7,7	6,5	100
II	абс.	86	18	7	0	111
	%	77,5	16,2	6,3	0	100
III	абс.	45	9	7	1	62
	%	72,6	14,5	11,3	1,6	100
IV	абс.	91	23	10	2	126
	%	72,2	18,3	7,9	1,6	100

Распределение между группой страдающих алкоголизмом (I) и совокупностью II, III и IV групп следующее. За незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ (ст. 228, 229, 231 УК РФ) были осуждены только 4,2 % лиц, включенных в I группу, и 77,5 %, 72,6 % и 72,2 % лиц II, III и IV групп соответственно ($p<0,001$). Преступления против личности (ст. 105, 111, 131 УК РФ) совершили 81,6 % лиц I группы и лишь 16,2 %, 14,5 % и 18,3 % из групп страдающих каннабиноидной, опиоидной и полинаркоманической аддикцией ($p<0,001$). Достоверных различий среди групп по имущественным преступлениям (ст. 158, 166, 167 УК РФ) не выявлено: I группа – 7,7 %, II группа – 6,3 %, III группа – 11,3 %, IV группа – 7,9 %.

Относительное преобладание лиц, отбывающих наказание за совершение имущественных преступлений и преступлений против личности, в группе алкогольных аддиктов (группа I) связано с бытовым характером преступления на фоне алкогольного опьянения либо в состоянии абстиненции (убийства на почве личной неприязни, кражи с целью приобретения алкоголя, средств к существованию). Превалирование во II, III и IV группах лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, обусловлено как достоверно более частым осуждением лиц этих групп за наркопреступления, так и более ранним попаданием их в поле зрения правоохранительных органов и дальнейшим процессом судопроизводства, что снижает вероятность совершения данными лицами иных преступлений.

Выводы. 1. При проведении целенаправленного клинического обследования мужчин, отбывающих наказание, определяется достоверно более высокий уровень распространенности наркологических расстройств: 411,1‰ – в колонии по результатам исследования; 115,3‰ – в других пенитенциарных учреждениях Красноярского края ($p<0,01$).

2. Наибольший удельный вес в структуре наркологической патологии в условиях социальной изоляции имеет зависимость от алкоголя (35,97 %) и зависимость от нескольких пси-

хоактивных веществ (26,98 %): алкоголь и каннабиноиды, каннабиноиды и опиоиды.

3. Группа осужденных с зависимостью от алкоголя представлена наиболее возрастными больными (средний возраст 43,3±7,6 года), отличия с группой зависимых от каннабиноидов (средний возраст 24,8±9,7 года) достоверны (p<0,01).

4. Показатель достигнутого образовательного ценза свидетельствует, с одной стороны, о позднем вовлечении в употребление психоактивного вещества (в IV группе), с другой – о быстрой маргинализации потребителей опиоидов (III группа) и изначально заложенной низкой потребности в получении образования (I и II группы).

5. Структура совершенных обследованными выделенных групп преступлений характеризуется превалированием среди осужденных I группы преступлений против личности, а среди участников II, III и IV групп – в сфере незаконного оборота наркотиков; по иным составам достоверных отличий не выявлено.

Учитывая социально-демографические особенности осужденных, страдающих наркологической патологией, для цели профилактики зависимости от психоактивных веществ (на период интернирования лиц в пенитенциарные учреждения) перспективны разработка и внедрение комплекса медико-социальных мер, снижающих социально-деструктивный опыт потребления психоактивных веществ и его негативные последствия для психического здоровья.

Литература

1. *Артемьев И. А., Бохан Н. А., Мандель А. И., Галажинский Э. В.* Распространенность гашишизма в Сибири в этническом и территориальном аспекте // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Вып. 9. – С. 61—65.
2. *Артемьев И. А., Буторин И. Ю.* Территориально-географический анализ опиоидной и каннабиноидной зависимостей в Сибири и на Дальнем Востоке // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Материалы XII научной отчетной сессии НИИ психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН. – Томск, 2005. – Вып. 12. – С. 120—122.
3. *Бадыргы И. О., Бохан Н. А., Мандель А. И., Монгуш Ч. К., Пешковская А. Г.* Медико-социальные показатели наркологической ситуации среди населения Республики Тыва // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 29—32.
4. *Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И.* Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 5 (2). – С. 17—24.
5. *Бохан Н. А., Иванов А. А., Мандель А. И.* Латентная наркотизация населения и острые отравления наркотическими веществами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 27—29.
6. *Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А.* Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар: Изд-во РГКП «РНПЦ МСПН», 2005. – 287 с.
7. *Бохан Н. А., Семке В. Я.* Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
8. *Васильев Н.* Доклад об итогах работы ГУФСИН по Красноярскому краю в 2015 г. на заседании коллегии ГУФСИН по Красноярскому краю. – Красноярск, 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.24.fsin.su/news/detail.php?ELEMENT_ID=233850
9. Выступление председателя Государственного антинаркотического комитета В. П. Иванова на XVI Съезде психиатров России (Казань, 24 сентября 2015 г.). [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://gak.gov.ru/ncludes/periodics/speeches_gak/2015/0924/121139872/detail.shtml
10. Выступление председателя Государственного антинаркотического комитета Иванова В. П. на научно-практической конференции «Актуальные вопросы реализации Стратегии государственной антинаркотической политики» (Москва, Московский государственный юридический университет им. О. Е. Кутафина, 3 марта 2016 г.) [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://gak.gov.ru/includes/periodics/speeches_gak/2016/03/03/111542908/detail.shtml
11. *Говорин Н. В., Сахаров А. В., Гаймоленко А. С.* Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. – Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 184 с.
12. *Ишков Ю. В.* Некоторые проблемы наркомании среди подследственных и осужденных в пенитенциарных учреждениях в механизме медицинской безопасности уголовно-исполнительной системы // Право и безопасность. – 2013. – № 1–2. – С. 28—32.
13. О злоупотреблении алкогольной продукцией [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=2687
14. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Красноярском крае в 2014 г.: Государственный доклад Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю. – Красноярск, 2015. – 306 с. [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://24.rospotrebnadzor.ru/s/24/files/documents/regional/GosDoklad/132718.pdf
15. *Позднякова М. Е., Заиграев Г. Г., Рыбакова Л. Н., Шурыгина И. И., Моисеева В. В., Чекинева Т. В.* Потребление алкоголя в России социологический анализ // Информационно-аналитический бюллетень Института социологии Российской академии наук. – 2011. – № 1. С. 4—102.
16. *Половникова А. А., Давыдова Н. В.* Оценка состояния здоровья осуждённых в воспитательных колониях, участвующих в эксперименте по апробации модели воспитательного центра // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2013. – № 4 (131). – С. 28—33.
17. *Семенюк Р. А.* Криминологический анализ лиц, совершающих преступления в состоянии опьянения в Сибирском федеральном округе и его регионах // Вестник Томского государственного университета. – 2014. – № 382. – С. 152—155.
18. *Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A.* Dissociative model of addictions formation. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.

Транслитерация русских источников

1. *Artemyev I.A., Bokhan N.A., Mandel A. I., Galazhinsky E.V.* [Ethnoterritorial prevalence of hashishism in some Siberian areas]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 9: 61—65. (In Russ.).
2. *Artemyev I.A., Butorin I.Y.* [Territorial-geographical analysis of opioid and cannabinoid dependences in Siberia and in the Far East]. In: [Relevant problems of psychiatry and narcology. Materials of the XIIth Scientific Reporting Session of the Mental Health Research Institute TSC SB RAMSci]. Tomsk, 2005; 12: 120—122. (In Russ.).

3. *Badyrgy I.O., Bokhan N.A., Mandel A.I., Mongush Ch.K., Peshkovskaya A.G.* [Medico-social indices of substance abuse situation among population of Republic Tyva]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3: 29—32. (In Russ.).
4. *Bokhan N.A., Blagov L.N., Kurgak D.I.* [Co-morbidity of opioid addiction and alcoholism in the patients of the young age: the clinical versions of the dual diagnosis]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012; 112, 5(2): 17—24. (In Russ.).
5. *Bokhan N.A., Ivanov A.A., Mandel A.I.* [Latent narcotism of population and acute poisonings by the narcotic substances]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 6(75): 27—29. (In Russ.).
6. *Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A.* [Early prevention and neoabilitation of patients with opioid addiction]. Pavlodar: Publishing House of RGKP "RNPC MSPN", 2005. 287 p. (In Russ.).
7. *Bokhan N.A., Semke V.Ya.* [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
8. *Vasiliev N.* [Report about the results of work of FPS in the Krasnoyarsk Krai in 2015 at the session of FPS in the Krasnoyarsk Krai]. Krasnoyarsk 2016. [Electronic resource] Regime of the access: http:// www.24.fsin.su/news/detail.php?ELEMENT_ID=233850 (In Russ.).
9. Report of Chairman of the State Anti-Drug Committee V.P. Ivanov at the XVIth congress of psychiatrists of Russia (Kazan, 24 September 2015) [Electronic resource] Regime of the access: http://gak.gov.ru/includes/periodics/speeches_gak/2015/0924/121139872/detail.shtml (In Russ.).
10. Report of Chairman of the State Anti-Drug Committee V.P. Ivanov at the practical-scientific conference "Relevant problems of the realization of strategy of state anti-drug policy" (Moscow, Moscow State Juridical University named after O. E. Kutafin, 3 March 2016) [Electronic resource] Regime of the access: http://gak.gov.ru/includes/ periodics/ speeches_gak /2016/0303/111542908/detail.shtml (In Russ.).
11. *Govorin N.V., Sakharov A.V., Gaymolenko A.S.* [Alcohol factor in criminal aggression and auto-aggression]. Chita: Publishing House "Ivan Fedorov", 2009. 184 p. (In Russ.).
12. *Ishkov Y. V.* [Some problems of addiction among the under investigation and condemned in the penitentiary establishments in the mechanism of medical safety of the criminal-executive system]. *Pravo i bezopasnost* [Law and Safety]. 2013; 1—2: 28—32. (In Russ.).
13. The abuse of the alcohol production [Electronic resource] Regime of the access: http://rospotrebnadzor.ru/about/ info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=2687 (In Russ.).
14. The state of the sanitary-epidemiological prosperity of population in the Krasnoyarsk Krai in 2014: State report of the administration of the Federal Service for supervision in the sphere of the protection of the rights of users and prosperity of person in the Krasnoyarsk Krai. [Electronic resource] Regime of the access: http://24.rospotrebnadzorru/s/24/files/documents/regional/GosDoklad/132718.pdf (In Russ.).
15. *Pozdnyakova M.E., Zaigraev G.G., Rybakova L.N., Shurigina I.I., Moiseeva V.V., Chekineva T.V.* [Consumption of alcohol in Russia: the sociological analysis] *Informacionno-analiticheskii byulleten Instituta sociologii Rossiiskoi akademii nauk* [Information-Analytical Bulletin of the Institute of Sociology RAS]. 2011; 1: 4—102. (In Russ.).
16. *Polovnikova A.A., Davydova N.V.* [Estimation of the status of the health of those condemned in the educational colonies, which participate in the experiment on the approval of the model of the educational center]. *Vedomosti ugolovno-ispolnitelnoi sistemi* [News of the Criminal-Executive System]. 2013; 4(131): 28—33. (In Russ.).
17. *Semenyuk R.A.* [Criminological analysis of those, who commit crimes in the state of intoxication in the Siberian Federal Okrug and its regions]. *Vestnik Tambovskogo gosudarstvennogo universiteta* [Tambov State University Bulletin]. 2014; 382: 152—155. (In Russ.).

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.895.4-08-07-055.2:618.3
ББК 56.14-324+56.145.0+57.162.1

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

Никифорова Т. В.[1*], Агаркова Л. А.[1], Счастный Е. Д.[2], Казенных Т. В.[2], Гарганева Н. П.[3]

[1] **НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук** *634063, Томск, ул. С. Лазо, 5*

[2] **НИИ психического здоровья Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук** *634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

[3] **ФГБОУ ВО Сибирский ГМУ Минздрава России** *634050, Томск, Московский тракт, 2*

На основе анализа психического статуса 72 беременных женщин с потерей плода в анамнезе, страдающих депрессивным расстройством, предложена тактика лечения депрессии во время беременности. По итогам представленного исследования когнитивную психотерапию можно рекомендовать как метод выбора терапии легких и умеренных эпизодов депрессивного расстройства во время беременности. При недостаточном отклике на психотерапию необходимо предлагать альтернативные методы лечения депрессивного расстройства, в частности комбинированное медикаментозное лечение препаратом негрустин в сочетании с когнитивной психотерапией. **Ключевые слова**: депрессивное расстройство, беременность, женщины с потерей плода в анамнезе, когнитивная психотерапия, комбинированное медикаментозное лечение, растительный препарат негрустин.

THERAPEUTIC APPROACH TO DEPRESSIVE DISORDER DURING PREGNANCY IN WOMEN WITH FETAL LOSS IN OBSTETRIC HISTORY. Nikiforova T. V.[1], Agarkova L. A.[1], Schastnyy E. D.[2], Kazennykh T. V.[2], Garganeeva N. P.[3] [1] Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Institute. Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. *S. Lazo Street 5, 634063, Tomsk, Russian Federation.* **[2] Mental Health Research Institute. Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences.** *Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.*[3] **Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation**. *Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation.* On the basis of the analysis of mental status of 72 pregnant women with fetal loss in the obstetric history suffering from depressive disorder the therapeutic approach to depression during pregnancy was proposed. According to results of the presented research the cognitive psychotherapy may be recommended as an alternative therapy of mild and moderate episodes of depressive disorder during pregnancy. Under insufficient response to psychotherapy it is necessary to propose alternative methods of treatment of depressive disorder, in particular, combination of treatment with medication Negrustin® and cognitive psychotherapy. **Keywords**: depressive disorder, pregnancy, women with fetal loss in the obstetric history, cognitive psychotherapy, combined pharmacotherapy, herbal medication Negrustin®.

Введение. Депрессивные расстройства во время беременности являются актуальной проблемой современной психиатрии. Исследования, проводимые в этой области, преимущественно за рубежом, позволяют судить о высокой распространенности депрессии у беременных женщин, которая составляет от 10 до 25 %[3, 7, 8, 10]. На поздних сроках беременности (33—35 недель) эта величина колеблется в пределах от 33 до 37 % [9, 13, 16]. При наличии рекуррентного депрессивного расстройства риск возникновения депрессивного эпизода во время беременности увеличивается до 50 % [15].

Вопросы лечения депрессивных расстройств (ДР) во время беременности подчас являются противоречивыми. В одном из исследований [12] указывается, что лишь 20—30 % беременных считают синтетические антидепрессанты приемлемым вариантом лечения депрессии, большая часть пациентов предпочитает психотерапевтическое вмешательство либо склоняется к абсолютному отсутствию лечения при невозможности психотерапии. Психотерапевтический метод лечения депрессии во время беременности в настоящее время остается приоритетным [1]. В случаях неэффективности данного метода важно давать информацию об альтернативных методах лечения депрессивных расстройств во время беременности [2]. Поэтому в последнее время ряд исследователей [4, 5, 11, 14] в клинической практике при лечении ДР применяют растительные антидепрессанты на основе экстракта травы зверобоя.

Целью настоящей работы явился поиск тактики лечения депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе.

Материал и методы. На базе ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» нами наблюдались 72 беременные с потерей плода в анамнезе с верифицированным ДР (F32.0, F32.1, F33.0, F33.1) – основная группа, Из них легкий депрессивный эпизод (F32.0) наблюдался у 23 женщин (32 %), умеренный депрессивный эпизод (F32.1) регистрировали у 7 женщин (9,7 %). Рекуррентное депрессивное расстройство с текущим депрессивным эпизодом легкой степени (F33.0) было зафиксирова-

* *Никифорова Татьяна Владимировна, врач-психотерапевт. 83822661949, 89138003016. tanvlad116@yandex.ru*

Счастный Евгений Дмитриевич, проф., д.м.н., зав. отделением аффективных состояний. Электронная почта: schastnyy@mail.tomsknet.ru, redo@mail.tomsknet.ru

но у 24 пациентов (33,3 %), эпизодом умеренной тяжести (F33.1) – в 18 случаях (25 %).

Степень выраженности депрессивного состояния в основной группе была следующей: легкая степень депрессивного расстройства регистрировалась у 47 пациентов (65,3 %), умеренная степень тяжести – у 25 пациентов (34,7 %).

Средний возраст пациентов составил 27,9±4,1 года, средний возраст начала половой жизни у женщин был 18,4±2,2 года. Изучение семейного положения пациентов показало следующее: 83,2 % были замужем, 16,9 % – не замужем. Контрольную группу составила 31 психически здоровая беременная женщина с потерей плода в анамнезе. Средний возраст пациентов группы контроля соответствовал 28,3±5,5 года (p>0,05). Средний возраст начала половой жизни у женщин контрольной группы составил 17,9±1,9, p>0,05 года. В контрольной группе наблюдалось 75,7 % замужних и 24,3 % незамужних женщин (p>0,05). По количеству детей статистической разницы между группами не наблюдалось (p>0,05). Представленные данные указывают на то, что все беременные исследуемых групп были сопоставимы по представленным исследуемым факторам.

Динамика психопатологической симптоматики в исследуемых группах оценивалась по 17-пунктовой шкале Гамильтона до исследования, на 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 14-й неделях, перед родами и после родов (3—4-й день послеродового периода). Уровень тревоги регистрировался нами по шкале Гамильтона (HARS) до исследования и перед родами. Для оценки эффективности проводимой психотерапии мы изучали социальную адаптацию пациентов по шкале самооценки социальной адаптации (SASS) до начала психотерапии и на этапе ее завершения – перед родами, согласно методике [6]. Когнитивная психотерапия в основной группе начиналась в сроке 16—20 недель беременности, продолжалась на протяжении всего гестационного периода при частоте встреч с беременной женщиной 2 раза в неделю. Завершалась в раннем послеродовом периоде.

При отсутствии эффекта от психотерапевтического лечения пациентам рекомендовали прием антидепрессанта растительного происхождения негрустина (сухой экстракт травы зверобоя 425 мг) в капсулах, который беременные женщины принимали по 1 капсуле 2 раза в день (утром и вечером) до родов, продолжая посещать психотерапевтические сессии. В послеродовом периоде, после оценки психического состояния, вопрос о продолжении приема препарата решался индивидуально. В ситуациях неблагополучного исхода беременности пациентам предлагали психотерапевтическую работу с потерей.

Результаты исследования и обсуждение. Из 72 пациентов, вступивших в психотерапию, 15 пациентов её не завершили. Среди них у 3 пациентов развилась серьезная акушерская патология, у 12 женщин беременность завершилась потерей плода. Из числа завершивших психотерапию пациентов (n=57) 48 женщин ответили на данный вид терапии, они были выделены в подгруппу эффективной когнитивной терапии (эффективной КТ). После родоразрешения с ними проводились встречи с периодичностью 1 раз в 2 месяца в течение полугода.

У 9 пациентов к концу 2-й недели исследования стало очевидным отсутствие эффекта от психотерапевтического лечения. Этих пациентов мы выделили в подгруппу не ответивших на когнитивную терапию (не ответившие на КТ). Им рекомендовали комбинированный метод лечения антидепрессантом растительного происхождения негрустином с режимом приема по 1 капсуле 2 раза в день (утром и вечером) до родов, на фоне психотерапии.

Из числа не ответивших на КТ (n=9) 5 пациентов согласились следовать предложенной схеме лечения и образовали подгруппу, условно названную «Препарат+КТ». Посещая психотерапевтические сессии, они принимали по 1 капсуле негрустина 2 раза в день до родов. Перед родами прием препарата отменялся, в послеродовом периоде с ними проводили встречи с периодичностью 1 раз в 2 месяца в течение полугода. Из не ответивших на КТ пациентов (n=9) 4 женщин отказались от приема негрустина во время беременности и продолжали, как и прежде, посещать психотерапию. Они составили подгруппу неэффективной когнитивной терапии (неэффективная КТ). В послеродовом периоде им было предложено фармакологическое лечение и осуществлялось наблюдение.

В подгруппе эффективной КТ выраженность депрессивной симптоматики, оцененная по шкале HDRS-17, в начале исследования имела значение 14,5±3,1, а в контрольной группе – 2,74±2,0 (p<0,0001). Динамика депрессивной симптоматики представлена на рисунке 1.

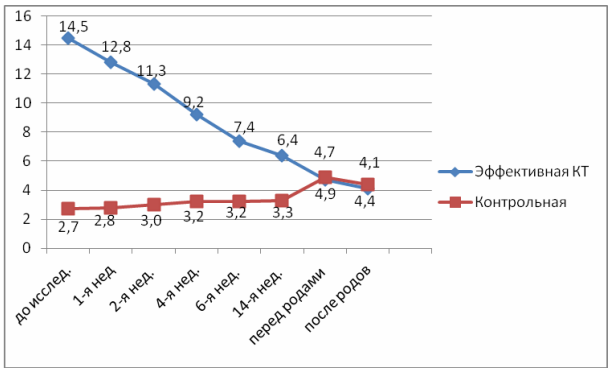


Рис. 1. Динамика депресивной симптоматики в исследуемых группах

К 14-й неделе исследования уровень значимости продолжал сохраняться (p<0,0001). Перед родами в подгруппе эффективной КТ среднее количество баллов по шкале HDRS-17 составило 4,7±1,9, что не имело статистически значимых различий с аналогичным показателем контрольной группы (p=0,5).

Подобная тенденция сохранялась и в раннем послеродовом периоде, когда средний депрессивный балл по шкале HDRS-17 соответствовал 4,1±2,0, а в контрольной группе был 4,4±0,9 (p=0,4).

Динамика депрессивной симптоматики в подгруппе пациентов, не ответивших на когнитивную терапию, в зависимости от предложенной тактики имела некоторые клинические особенности (рис. 2).

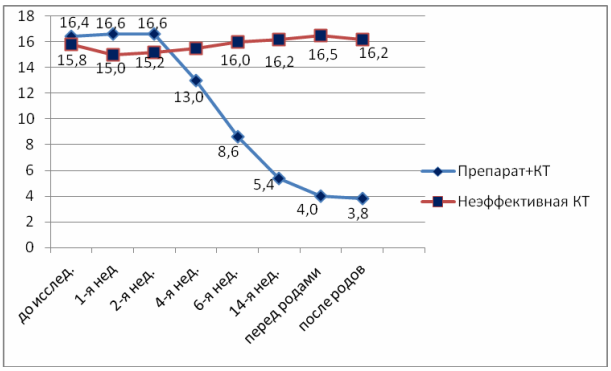


Рис. 2. Динамика депрессивной симптоматики в подгруппе не ответивших на когнитивную терапию

В подгруппе «Препарат+КТ» на момент оценки эффекта от проводимой психотерапии (конец 2-й недели исследования) общий балл по HDRS-17 был статистически более высоким (16,6±0,6) по сравнению с подгруппой неэффективной КТ – 15,2±0,9 (p=0,03). Вероятно, меньшая степень выраженности депрессивных симптомов в большей степени позволяет пациентам надеяться на собственные защитно-адаптивные ресурсы. К 6-й неделе исследования уровень значимости между сравниваемыми подгруппами достиг значения p<0,0001 и сохранялся до конца исследования.

Следует отметить, что к 6-й неделе исследования между подгруппами эффективной КТ и «Препарат+КТ» уровень значимости имел значение p=0,05. К концу исследования наблюдалось отсутствие статистически значимых различий между контрольной группой и подгруппами эффективной КТ и «Препарат+КТ» (p>0,05).

Уровень тревоги, оцениваемый по шкале HARS, в начале исследования в подгруппе эффективной КТ имел значение 15,7±1,4 балла, в контрольной группе – 5,8±1,1 балла (p<0,0001). Перед родами у женщин подгруппы эффективной КТ было зафиксировано снижение среднего балла по шкале HARS до 6,3±1,0, что соответствовало аналогичным показателям подгруппы «Препарат+КТ» (6,0±0,7) и контрольной группы (6,2±1,1) (p>0,05). В подгруппе неэффективной КТ средний балл по шкале HARS в конце исследования соответствовал значению 15±0,7 балла.

Для оценки результативности проводимой психотерапии в подгруппе эффективной КТ и контрольной группе была изучена социальная адаптация (шкала SASS). В начале исследования средний балл по шкале SASS в подгруппе эффективной КТ был 27,5±3,0, а в контрольной группе имел значение 35,2±3,4 (p<0,0001). В конце исследования средний балл по шкале SASS в подгруппе эффективной КТ вырос до 37,0±3,1 балла, а в контрольной группе составил 36,6±3,8 (p>0,05).

В подгруппе пациентов, проходивших комбинированное лечение («Препарат+КТ»), уровень социальной адаптации в конце исследования в соответствии со шкалой SASS не имел статистически достоверных различий (p>0,05) с подгруппой эффективной когнитивной терапии, точно так же как и с контрольной группой, и составил 37,2±0,8 балла.

В подгруппе отказавшихся принимать препарат пациентов и продолжавших психотерапевтическое лечение депрессии (неэффективная КТ) уровень социальной адаптации в конце исследования соответствовал уровню социальной адаптации на начальном этапе исследования (24,0±3,6 балла).

При проведении корреляционного анализа (Spearman) были получены следующие результаты: чем ниже оказалась социальная адаптация пациентов в начале исследования, тем выше был у них уровень депрессии, регистрируемый по шкале HDRS-17 (R=-0,4, p=0,006). Чем выше был уровень социальной адаптации в послеродовом периоде, тем меньшая тяжесть депрессии отмечалась у пациентов по шкале Гамильтона на всех этапах оценки, в том числе на 4-й неделе исследования (R=-0,4, p=0,02), на 6-й неделе (R=-0,4, p=0,002), на 14-й неделе (R=-0,5, p=0,001) и перед родами (R=-0,3, p=0,03).

Проанализированы факторы, влияющие на эффективность когнитивной терапии. При этом зарегистрированы отрицательные корреляционные связи между эффективностью психотерапии и такими параметрами, как паритет беременности (R=-0,27, p=0,04) и количество абортов в анамнезе (R=-0,3, p=0,02). Корреляционный анализ (Spearman) показал, что усиление депрессивных симптомов связано с инкурабельностью угрозы прерывания беременности (R=0,27, p=0,04), развитием преэклампсии R=0,56, p=0,0001) и плацентарной недостаточности (R=0,48, p=0,0001).

Выводы. Таким образом, метод когнитивной психотерапии является эффективным и безопасным при терапии легких и умеренных депрессивных эпизодов у беременных женщин с потерей плода в анамнезе в условиях амбулаторного наблюдения.

В соответствии с результатами исследования на положительный эффект психотерапии оказывают влияние малый паритет беременности и низкое количество абортов в анамнезе. Эффективность психотерапии снижается при усугублении акушерской патологии. Когнитивная психотерапия у женщин с потерей плода в анамнезе способствует улучшению социальной адаптации, содействует снижению тревоги у женщин перед родами. При недостаточном отклике на психотерапию необходимо рекомендовать альтернативные методы лечения, в частности комбинированное медикаментозное лечение препаратом негрустином в сочетании с когнитивной психотерапией.

Литература

1. *Корнетов Н. А., Корнетов А. Н., Воеводин И. В., Казанцева Н. В.* Распознавание и тактика ведения тревожных и депрессивных нарушений в период беременности и после родов : методическое пособие. – Томск, 2003. – 78 с.
2. *Мазо Г. З., Никифорова Ю. С., Ганзенко М. А.* Терапия депрессии при беременности: поиск решения в условиях неопределенности // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – *№ 3. – С. 8—13.*
3. *Пономарев В. И., Водка М. Е.* Распространенность аффективных расстройств и несуицидальных самоповреждений у женщин с потерей плода в анамнезе // ПсихатрIия, неврология, та медична психологIя. – 2014. –Т. 1, № 1. – С. 10–15.
4. *Симуткин Г. Г., Потапкина Е. В., Кудякова Т. А. и др.* Использование травы зверобоя в сочетании с ярким светом при терапии депрессивных расстройств // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / под ред. В. Я. Семке.– Томск: МГП «РАСКО» при издательстве «Радио и связь», 2005.– Вып. 12.–. – С. 108—111.
5. *Симуткин Г. Г.* Альтернативные и дополнительные методы терапии депрессии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2007. – 370 с.
6. *Bosc M., Dubini A., Polin V.* Development and validation of social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale // Europ. Neuropsychopharm. – 1997. – V. 7 (Suppl.). – P. 57—70.
7. *Breedlove G., Fryzelka D.* Depression screening during pregnancy // J. Midwifery Women's Health. – 2011. – Vol. 56. – P. 18—25.
8. *Crowley S. K., Youngstedt S. D.* Efficacy of light therapy for perinatal depression: a review // Journal of Physiological Anthropology. – 2012. – Vol. 31. – P. 15.
9. *Gausia K., Fisher C., Ali M., Oosthuizen J.* Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study // Women Ment Health. – 2009. – Vol. 12. – P. 351—358.
10. *Gavin N. I., Gaynes B. N., Lohr K. N., Meltzer-Brody S., Gartlehner G., Swinson T.* Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence // Obstet Gynecol. – 2005. – Vol. 106. – P. 1071—1083.
11. *Howland R. H.* Update on St. John's Wort // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health. Serv. – 2010. – Vol. 48 (11). – P. 20—24.
12. *Kim D. R., Sockol L., Barber J. P. et al.* A survey of patient acceptability of repetitive transcranial magnetic stimulation (TMS) during pregnancy // J. Affect. Disord. – 2011. – Vol. 129 (1–3). – P. 385—390.
13. *Lee A. M., Lam S. K., Lau S. M., Chong C. S., Chui H. W., Fong D. Y.* Prevalence, course, risk factors for antenatal anxiety and depression // J. Obstet Gynaecol. – 2007. – Vol. 110. – P. 1102—1112.
14. *Moretti M. E., Maxson A., Hanna F., Koren G.* Evaluating the safety of St. John's Wort in human pregnancy // Reprod. Toxicol. – 2009. – Vol. 28 (1). – P. 96—99.
15. *O'Keane V., Marsh M. S.* Depression during pregnancy // BMJ. – 2007. – May 12. – Vol. 334 (7601). – P. 1003—1005.
16. *Pearlstein T.* Depression during Pregnancy // Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. – 2015. – Vol. 29. – P. 7542764.

Транслитерация русских источников

1. *Kornetov N.A., Kornetov A.N., Voevodin I.V., Kazantseva N.V.* [Detection and approach of management of anxiety and depressive disturbances in the period of pregnancy and after delivery: methodical manual]. Tomsk, 2003. 78 p. (In Russ.).
2. *Mazo G.Z., Nikiforova Yu.S., Ganzenko M.A.* [Therapy of depression in pregnancy: search for decision under conditions of uncertainty]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystva* [Current Therapy of Mental Disorders]. 2015; 3: 8—13. (In Russ.).
3. *Ponomarev V.I., Vodka M.E.* [Prevalence of affective disorders and non-suicidal self-injuries in women with fetal loss in the obstetric history]. *Psikhatrliya, nevrologiya, ta medichna psikhologly* [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology]. 2014; 1(1): 10–15. (In Russ.).
4. *Simutkin G.G., Potapkina E.V., Kudyakova T.A. et al.* [Use of St. John's wort in combination with bright light in therapy of depressive disorders]. In: [Relevant Issues of psychiatry and addiction psychiatry]. Semke V.Ya., ed. Tomsk: MGP "RASKO" at Publishing House "Radio i svyaz", 2005; 12: 108—111. (In Russ.).
5. *Simutkin G.G.* [Alternative and complimentary methods of therapy of depression]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2007. 370 p. (in Russ.).

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

УДК 613.83
ББК 56.145.12+53.43

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ДИЗАЙНЕРСКИХ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Юлдашев В. Л.[*1], Галеева Е. Х.[2], Асадуллин А. Р.[1,2], Ахметова Э. А.[2], Николаев И. В.[2], Илларионов М. В.[2]

[1] **ГБОУ ВПО Башкирский ГМУ Минздрава России**
450008, Уфа, ул. Ленина, 3

[2] **ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер № 1» Минздрава РБ**
450057, Уфа, ул. Пушкина, 119/1

Синтез новых типов синтетических наркотиков является одним из грозных вызовов современному обществу. Их выявление, а также скрининг принимающих их аддиктов обеспечивают социальную стабильность. Исследованы аспекты потребления дизайнерских наркотиков, таких как амфетамины, синтетические катиноны и каннабимиметики на территории Республики Башкортостан: выявлены районы с повышенным уровнем употребления, а также определены возрастной и гендерный составы наркопотребителей. **Ключевые слова**: аддикты, синтетические наркотики, катиноны, амфетамины, каннабимиметики, газовая хроматография с масс-детекцией.

PREVALENCE AND INCIDENCE OF NEW SYNTHETIC "DESIGNER" DRUG USE IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN. Yuldashev V. L.[1], Galeeva E. Kh.[2], Asadullin A. R.[1,2], Akhmetova E. A.[2], Nikolaev I. V.[2], Illarionov M. V.[2] [1] Bashkir SMU of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. *Lenin Street 3, 450008, Ufa, Republic of Bashkortostan.* [2] **"Republican Narcological Dispensary no. 1" of Ministry of Healthcare of the Republic of Bashkortostan.** *Pushkin Street 119/1, 450057, Ufa, Republic of Bashkortostan.* Synthesis of a new type of the synthetic drugs is a major public health problem. Detection of drug abuse at an early stage and screening of the addicts help to preserve health of the society. The study examined aspects of taking designer drugs such as amphetamines, synthetic cathinones and cannabinoids in the Republic of Bashkortostan. The survey revealed districts where the drug abuse is more prevalent as well as age and gender of addicts. **Keywords**: addicts, synthetic drugs, cathinones, amphetamines, cannabimimetics, gas chromatography with mass detection.

[*] *Юлдашев Владимир Лабибович, д.м.н., проф., зав. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ИДПО, uvlprof@gmail.ru*

Асадуллин Азат Раилевич, к.м.н., доцент каф. психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ИДПО, зав. отделением, +79171934662, droar@yandex.ru

Ахметова Эльвина Аслямовна, психиатр-нарколог, +79177963362, aea1202@yandex.ru

Галеева Елена Хамитовна, зав. химико-токсикологической лабораторией, xtl.ufa@yandex.ru

Введение. В последние годы наблюдается общемировая тенденция перехода от приема опийных наркотиков [1, 19] к производству новых ПАВ наркотического действия [2], произведенных синтетическим путем, так называемых дизайнерских наркотиков. Это обусловлено их низкой ценой и доступностью, что позволило им стремительно обогнать по уровню потребления натуральные наркотические средства. Синтетические наркотики, известные под названиями «спайс», «соли», «кристаллы», «медленный китаец» и т. д., распространяются через интернет-пространство посредством общедоступных социальных сетей. Несмотря на усилия специализированных служб, постоянно пополняющих список запрещенных веществ, полностью взять ситуацию под контроль не удается, поскольку на смену уже запрещенным препаратам быстро приходят новые, не уступающие, а порой и превосходящие по своему токсическому воздействию и аддиктивному потенциалу вещества. Иногда действие новых синтетических наркотических средств значительно отличается от природного аналога настолько, что можно говорить о появлении нового класса наркотических средств. Условно их можно разделить на три большие группы: 1) дизайн-амфетамины; 2) синтетические катиноны; 3) синтетические каннабимиметики (или синтетические каннабиноиды).

Амфетамины входят в группу фенилэтиламинов, которые составляют наиболее обширную группу «дизайнерских наркотиков». Фенилэтиламины являются составной частью группы соединений под названием «фенилалкиламины». Кроме фенилэтиламинов, фенилалкиламины включают фенилизопропиламины. Сами же фенилалкиламины входят в состав общей группы – арилалкиламинов. В последней, наряду с фенилалкиламинами, находятся и индолалкиламины (делятся на N-замещенные триптамины, α-алкилтриптамины, эрголины или лизергамиды, β-карболины) [15]. К дизайнерским амфетаминам относится большая группа веществ, включающих метиловые производные амфетамина – метамфетамин (первитин, метедрин, «лед», «speed»); 2,5-диметокси-4-метиламфетамин (СТП); 3,4-метилендиоксиамфетамин (тенамфетамин, МДА, «наркотик любви»); 3,4-метилен-диоксиметамфетамин (МДМА, «экстази»); 4-бром-2; 5-диметоксиамфетамин (ДОБ); 4-метоксиметамфетамин (PMMA, 4MMA, метилМА) [2].

В другую группу синтетических наркотиков входят искусственно изготовленные катиноны. Природные катиноны (норэфедрон) – алкалоиды, впервые выделенные из каты, кустарника семейства Бересклетовых, произрастающего в Восточной Африке [17]. По токсическому действию катиноны сходны с амфетаминами, поэтому иногда распространяются под их видом.

Синтетические катиноны подразделяют на следующие группы: производные фенилэтиламина (метилендиоксипировалерон (MDPV), альфа-PVP, альфа-PVT, MHPH, и др.) и катиноны-β-кетоны (метилон, этилон, мефедрон и др.) [3]. Распространяются данные наркотические средства в виде «солей для ванн», пятновыводителей, удобрений, пищевых добавок.

Клиническая картина наркотического опьянения от приема амфетаминов и катинонов характеризуется чрезмерной физической активностью, подвижностью, повышением работоспособности, улучшением настроения, уменьшением аппетита. К побочным эффектам относятся беспокойство, усталость, агрессивность, бессонница, судороги челюстных мышц, непроизвольные движения тела (подергивания, чмокание губами и др.), различные соматовегетативные проявления: повышенное потоотделение, нарушения сердечной деятельности, начиная от тахикардии, артериальной гипертензии, гипертермического синдрома и заканчивая инфарктом миокарда, также возможно развитие острой почечной недостаточности, геморрагических и ишемических инсультов. Нередко прием амфетаминов сопровождается развитием острых психотических расстройств или токсическими психозами, которые проявляются психопродуктивными проявлениями в виде зрительных и слуховых галлюцинаций, появлением бредовых переживаний, спутанностью сознания, дезориентацией [2, 6]. При увеличении дозы наркотического вещества возможен летальный исход по причине токсического поражения внутренних органов [16].

Третья группа искусственно созданных наркотических средств – синтетические каннабимиметики, представляющие собой вещества различной химической структуры, объединенные способностью воздействовать на каннабиноидные рецепторы – CB1 и CB2 аналогично природным каннабиноидам – действующим веществам наркотических средств, получаемых из дикорастущей конопли. Каннабиноидные рецепторы находятся в мозге млекопитающих и тканях селезенки, однако детали структуры активных центров в настоящее время неизвестны [10]. Синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов разрабатывались за рубежом последние 50 лет и производились в лабораторных условиях как фармацевтические препараты [9]. Данные препараты позиционировались как легальные курительные смеси, поставляемые в продажу в виде сушеной травы, предварительно обработанной химическим веществом психотропного воздействия. В 2009 г. было установлено, что действующим компонентом смесей являются синтетические аналоги веществ растительного происхождения тетрагидроканнабинола – дельта-9-ТГК, выделенного в 1960-х г. Рафаэлем Мешулам [10, 11]. Однако, в отличие от природного дельта-9-ТГК, они обладают более широким спектром воздействия на психические и физиологические процессы в организме человека [12]. Огромный вклад в исследования синтетических канабиноидов внесла исследовательская группа доктора Хаффмана, занимающаяся синтезом аналогов и метаболитов Δ9-тетрагидроканнабинола (ТГК), основного активного компонента марихуаны. Долгосрочные цели данных исследований двояки: с одной стороны, они включают в себя возможность создания новых фармацевтических продуктов, с другой – происходит изучение геометрии рецепторов мозга (CB1) и периферийных (CB2) рецепторов. К настоящему времени синтезировано большое количество искусственных экзогенных каннабиноидов. Они представлены следующими основными группами в зависимости от химической формулы соединения, лежащего в основе вещества: нафтоилиндолы (JWH-007, JWH-015, JWH-018 и др.), нафтилметилиндолы (JWH-175, JWH-184, JWH-185 и др.), нафтоилпирролы (JWH-030, JWH-147, JWH-307), фенилацетилиндолы (JWH-167, JWH-203, JWH-250, и др.), бензоилиндолы (AM-630, AM-679, AM-694 и др.), нафтилметилидены (JWH-176 и др.), циклогексилфенолы (CP-47,497 и его гомолог каннабициклогексанол C8, CP-55,490, HU-308), адамантоилиндолы (AB-001, AM-1248), циклопропаноилиндолы (UR-144, 5F-UR-144 и др.).

В период 2012–2013 гг. на рынке курительных смесей в некоторых регионах РФ, в том числе в Республике Башкортостан, наблюдалось появление ряда новых синтетических каннабимиметиков и их аналогов. По химической структуре эти синтетические каннабимиметики можно разделить на две группы.

Первая группа – синтетические каннабимиметики, сложные эфиры 8-гидрооксихинолина и производных алкилиндола: каннабимиметики PB-22, PB-22F, BB-22, FUB-PB-22. PB-22F является фторированным аналогом PB-22 и отличается от него наличием в положении 5 N-алкильной цепи атома фтора. BB-22 и FUB-PB-22 представляют собой модификации структуры PB-22, полученные путем варьирования заместителя у атома азота 1 в индольном фрагменте.

Вторая группа – синтетические каннабимиметики, амиды валина и производных алкилиндазола, представлены 4 наименованиями: AB-PINACA, 5F-AB-PINACA, AB-FUBINACA, AB-CHMINACA. 5F-AB-PINACA отличается от AB-PINACA наличием в положении 5 N-алкильной цепи атома фтора. Каннабимиметики AB-FUBINACA и AB-CHMINACA представляют собой модификации структуры AB-PINACA, полученные путем варьирования N-алкильных заместителей.

В последнее время на территории Республики Башкортостан получили большое распространение индол-3-карбоксилаты и индазол-3-карбоксамиды. Представителями этих классов соединений на незаконном рынке наркотических средств и психотропных веществ являются хинолин-8-ил-1-пентил-1Н-индол-3-карбоксилат (PB-22F) и N-(1-карбомаил-2-метилпропил)-1-(циклогекислметил)-1Н-индазол-3-карбоксамид (AB-Chminaca).

Употребление синтетических каннабиноидов приводит к тяжелым психическим и соматическим нарушениям. Употребление курительных смесей, прежде всего, может привести к раздражению дыхательных путей, сопровождающемуся общей интоксикацией: тошнотой, рвотой, повышением артериального давления, тахикардией, судорожными проявлениями вплоть до обморока и комы. Однако психотропное негативное влияние спайсов ничуть не уступает соматическим нарушениям. Влияние на центральную нервную систему и психическую сферу этих наркотиков чрезвычайно сильное и разнообразное. Прежде всего это воздействие на эмоциональную сферу: появляется эйфория, сопровождающаяся неоправданными и немотивированными приступами, или, наоборот, наблюдаются уход в себя, отрешенность, замкнутость с неадекватной мимической реакцией и своеобразными двигательными реакциями – стереотипиями, неестественными повторяющимися движениями, невозможностью выполнить простейшие и привычные действия. Наблюдаются выраженные расстройства координации и ориентирования, наркотизирующийся утрачивает всякое представление о пространстве. Зачастую возникающие галлюцинаторные проявления в виде визуальных и слуховых галлюцинаций носят яркий, красочный характер. Параллельно возникают нарушения мыслительной деятельности бредового содержания. В таком состоянии наркоманы совершают нежелательные, опасные, повреждающие поступки и действия. Постоянный мониторинг и выявление новых типов каннабимиметиков, а также идентификация их метаболитов в биологическом материале является важным фактором для предотвращения злоупотребления наркотическими средствами данной группы.

Целью данного исследования явилось проведение анализа употребления синтетических наркотиков на территории Республики Башкортостан (далее – РБ). В работе были поставлены следующие задачи: выявление возрастных, гендерных и географических закономерностей приема искусственных наркотических средств на территории РБ; определение групп наибольшего риска для развития наркотической зависимости на территории РБ.

Материалы и методы. В работе использован биоматериал, полученный от 3 458 индивидов в возрасте от 1 года до 84 лет, проживающих на территории Республики Башкортостан. Биоматериалом для исследования являлась моча испытуемых, так как вследствие низкого содержания белковых компонентов она является наиболее простым биообъектом для определения наркотических веществ [15]. Все индивиды, моча которых использовалась, состояли на диспансерном учете в Республиканском наркологическом диспансере № 1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан либо проходили медицинское освидетельствование на предмет наличия наркотических средств в их организме в 2015 г. У всех представленных в изученной выборке людей в моче были обнаружены лекарственные препараты и/или наркотические средства и психотропные вещества.

Данная работа выполнена на базе химико-токсикологической лаборатории, а также в первом стационаре ГБУЗ Республиканского наркологического диспансера № 1 РБ.

Исследование проводилось с добровольного письменного согласия испытуемых либо их законных представителей (для несовершеннолетних).

В ходе проведения исследовательской работы использованы химико-токсикологические и статистические методы.

Химико-токсикологические методы. Химико-токсикологический анализ заключается в обнаружении психотропных веществ и/или продуктов их метаболизма в биологических жидкостях организма человека [2]. Учитывая стремительное расширение списка аналогов наркотических средств и психотропных веществ, предлагаемых к незаконному потреблению, для качественного определения в биологических средах человека метаболитов ряда синтетических каннабимиметиков и так называемых солей в настоящее время используется метод газовой хромато-масс-спектрометрии [7]. В нашем исследовании использован газовый хроматограф Agilent 7820, масс-селективный детектор Agilent 5975 (Agilent, США), колонка капиллярная HP-5MS (внутренний диаметр 25 мм, длина 30 м, толщина пленки 0,25 мкм). Подготовку проб проводили с применением неферментативного гидролиза. Дериватизацию образцов для улучшения детекции синтетических каннабимиметиков проводили путем модификации их метаболитов метилированием и ацетилированием. Анализ хроматограмм с целью идентификации компонентов проб проводили в программах ChemStation G1701DA и AMDIS (The Automatic Mass Spectral Deconvolution and Identification System, NIST).

Статистические методы. Обследованных индивидов стратифицировали по месту проживания, гендерному признаку, а также согласно психосоциальной возрастной периодизации Эриксона (с изменениями) [18].

Так, все испытуемые были разделены на 4 возрастные группы: «детство» – 1—19 лет (далее – группа I), «молодость» – 20—35 лет (группа II), «взрослость» – 36—60 лет (группа III) и «старость» – 61 и более лет (группа IV).

Был проведен анализ распределения частот в группах индивидов, различающихся по гендерному, возрастному и географическому признакам, проживающих на территории Республики Башкортостан. Статистические расчеты проводились в программе «Microsoft Excel, 2010» (Microsoft Excel, 2010).

Результаты и обсуждение. Изучена общая характеристика наркотизации синтетическими препаратами на территории Республики Башкортостан. Из всей исследовательской выборки обследованных (86 % мужчин и 14 % женщин) были отобраны индивиды, при изучении биологических сред которых были обнаружены синтетические наркотики: амфетамины и их производные – метамфетамины, искусственные каннабимиметики и катиноны. Показано, что уровень наркотизации синтетическими препаратами от общего числа обследованных индивидов составил 53 %. Установлено, что наиболее потребляемым синтетическим наркотиком на территории РБ является альфа-пирролидиновалерофенон (далее – альфа-PVP), синтетический катинон, «соль для ванн». На втором месте находятся синтетические каннабимиметики, а точнее, алкилиндазольное производное – AB-CHMINACA. Более подробная информация представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура потребления синтетических наркотиков в Республике Башкортостан

Тип синтетических наркотиков	% от общего к-ва потребителей
Амфетамины и их производные (метамфетамины)	1,3 %
Синтетические катиноны (альфа-PVP и MDPV)	75,2 %
Индольные синтетические каннабимиметики (PB-22F, XLR-11)	1,8 %
Индазольные синтетические каннабимиметики (AB-PINACA, 5F-AB-PINACA, AB-PINACA-F, AB-CHMINACA, AB-FUBINACA, ADB-CHMINACA, MDMB-BZ-F, MDMB-CHMINACA)	21,7 %

Доля страдающих «синтетической» полинаркоманией составила 3,6 % от общего числа обследованных, принимающих дизайнерские наркотики в изученной выборке индивидов. Среди их предпочтений также лидировали альфа-PVP и AB-CHMINACA. Их потребление сочетали ¾ аддиктов.

Выявлены районы Республики Башкортостан с высоким уровнем приема синтетических наркотических средств. При определении наркотизации районов РБ использовали официальное административно-географическое разделение. Определен средний уровень потребления – 34,15 человека. Из 54 районов республики неблагополучными нами признаны те, где уровень наркотизации превышал данный показатель. Таких районов оказалось 8 (Белебеевский, Белорецкий, Краснокамский, Куюргазинский, Мелеузовский, Стерлитамакский, Туймазинский и Уфимский). Более подробная информация представлена в таблице 2.

Таблица 2

Районы Республики Башкортостан с повышенным уровнем потребления синтетических наркотических средств

Район РБ	% от общего к-ва аддиктов	Превышение среднего значения по районам РБ (кол-во раз)
Белебеевский	3,0 %	1,61
Белорецкий	3,4 %	1,67
Краснокамский	6,9 %	3,79
Куюргазинский	2,2 %	1,23
Мелеузовский	5,5 %	2,96
Стерлитамакский	9,1 %	4,92
Туймазинский	2,6 %	1,41
Уфимский	50,2 %	27,70

Выявлено, что наибольшее число потребителей синтетических наркотиков приходилось на Уфимский и Стерлитамакский районы РБ. Данный факт может объясняться тем, что Уфа и Стерлитамак являются наиболее крупными городами РБ. Большая часть других районов с повышенным уровнем потребления дизайнерских наркотиков граничит с соседними регионами России – Республикой Татарстан и Челябинской областью. Это может указывать на возможные пути поставки синтетических наркотических веществ в РБ.

Далее дана оценка структуры потребления синтетических наркотиков в неблагополучных районах РБ. Показано, что средние значения незначительно отличались от полученных в целом по Республике Башкортостан. Более подробная информация приведена в таблице 3.

Таблица 3

Структура потребления синтетических наркотических средств в неблагополучных районах РБ

Район РБ	альфа-PVP	AB-CHMINACA	Другие вещества
Белебеевский	0,87	0,11	0,02
Белорецкий	0,50	0,39	0,11
Краснокамский	0,89	0,08	0,03
Куюргазинский	0,66	0,24	0,10
Мелеузовский	0,50	0,46	0,04
Стерлитамакский	0,70	0,21	0,09
Туймазинский	0,88	0,06	0,06
Уфимский	0,79	0,13	0,08
X±σ			
	0,70±0,15	0,23±0,14	0,06±0,03

Примечание. Здесь и далее X – среднее значение; σ – стандартное отклонение.

Из полученных данных видно, что в диапазоне потребляемых синтетических препаратов, как и в целом по Республике Башкортостан, лидирует альфа-PVP. На втором месте оказался такой дизайнерский каннабимиметик, входящий в состав спайсов, как AB-CHMINACA. Анализ данных, представленных в таблице 3, также указывает на повышенное потребление последнего в таких районах, как Белорецкий и Мелеузовский. Это отличие может быть обусловлено их относительной дешевизной, а также, возможно, возрастными особенностями аддиктов.

Определение гендерного и возрастного составов потребителей синтетических наркотиков. Нами была проведена оценка гендерных и возрастных особенностей испытуемых аддиктов из районов РБ с повышенным потреблением синтетических наркотических веществ. Подробная информация представлена в таблице 4.

Таблица 4

Гендерные и возрастные особенности аддиктов из районов РБ с повышенным потреблением синтетических наркотиков

Район РБ	Гендерный состав		Возрастные группы		
	Мужчины	Женщины	I	II	III
Белебеевский	0,75	0,25	0,02	0,62	0,36
Белорецкий	0,91	0,09	0,07	0,46	0,47
Краснокамский	0,85	0,15	0,03	0,58	0,39
Куюргазинский	0,83	0,17	0,02	0,60	0,38
Мелеузовский	0,95	0,05	0,13	0,58	0,29
Стерлитамакский	0,91	0,09	0,04	0,71	0,25
Туймазинский	0,85	0,15	0,02	0,58	0,40
Уфимский	0,92	0,08	0,13	0,67	0,20
X±σ					
	0,87± 0,06	0,13± 0,06	0,06± 0,05	0,60± 0,07	0,34± 0,09

Изучение гендерного состава потребителей синтетических наркотических средств из неблагополучных районов РБ показало, что гендерный состав аддиктов практически не отличается от такового в целом по республике. Подробный анализ полового распределения аддиктов показал, что самое большее количество женщин-потребителей синтетических наркотиков проживало в Белебеевском районе республики (0,25), вторым по их численности являлся Куюргазинский район. Возможно, полученное распределение указывает на социокультурные проблемы этих районов. Анализ возрастных особенностей потребления дизайнерских наркотических средств в неблагополучных регионах показал в 2 районах РБ (Уфимский и Мелеузовский) превышение чуть более чем в 2 раза (0,13 против 0,06 от их общего числа) количества потребителей в детской (1—19 лет) возрастной группе (группа I в таблице 4). Это может свидетельствовать о крайне неблагоприятной тенденции детской наркотизации в этих районах Республики Башкортостан.

В целом в возрастной структуре потребителей синтетических наркотиков преобладали молодые аддикты в возрасте от 19 до 35 лет (группа II в таблице 4). Единственным исключением являлся Белорецкий район, в котором с незначительным перевесом (в 0,01) преобладала группа взрослых потребителей 36—60 лет (группа III в таблице 4). Вероятно, данный факт может быть связан с переходом взрослых аддиктов от приема наркотических средств, изготавливаемых из натурального сырья, к потреблению синтетических наркотиков. Помимо Белорецкого района, доля взрослых аддиктов также была велика в Краснокамском (0,39) и Туймазинском (0,40) районах.

Выводы. По материалам исследования установлено, что потребление таких синтетических наркотических средств, как альфа-пирролидиновалерофенон (альфа-PVP) и AB-CHMINACA на территории Республики Башкортостан преобладает над другими видами синтетических «дизайнерских» наркотиков. Выявлено 8 районов Республики Башкортостан с повышенным уровнем потребления синтетических наркотиков (Белебеевский, Белорецкий, Краснокамский, Куюргазинский, Мелеузовский, Стерлитамакский, Туймазинский и Уфимский). Показано, что преобладающими потребителями дизайнерских наркотических средств в Республике Башкортостан являются мужчины в возрасте 20—35 лет. Проведение социально-воспитательной работы с аддиктами, их своевременное выявление и диспансеризация, а также пресечение путей поставок синтетических наркотиков позволит значительно снизить количество потребителей дизайнерских наркотиков на территории Республики Башкортостан.

Литература

1. *Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А.* Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар: Изд-во РГКП «РНПЦ МСПН», 2005. – 287 с.
2. *Шилейко И. Д., Айзберг О. Р., Кузьменко А. Т.* Новое поколение наркотиков: Состояние проблемы // Лечебное дело. – 2015. – № 2. – С. 27—0.
3. *Мажиев К. Т., Гладырев В. В., Любецкий Г. В., Кайргалиев Д. В., Васильев Д. В.* Современные угрозы национальной безопасности России (курительные смеси, содержащие аналоги каннабиноидов) и пути их преодоления // Электронный научный журнал: Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2 (часть 1).
4. *Позднякова М. Е.* Наркотики «новой волны» как фактор изменения наркоситуации в России // Социологическая наука и социальная практика. – 2013. – № 2. – С. 123—139.
5. *Каклюгин Н. В.* «Синтетическая» Россия: прогрессирующее самоубийство наркотизирующейся молодежи. Проблемы и перспективы // Медицина. – 2014. – № 4. – С. 1—27.
6. *Веселовская Н. В.* Наркотики. Свойства, действие, фармакокинетика, метаболизм: учебное пособие. – М. : Нарконет, 2008. – 264 с.
7. *Щукин А. М.* От добровольного тестирования – к обязательному освидетельствованию // Концепт. – 2014. – Современные научные исследования. Вып. 2. – ART 54992. – URL: http://e-koncept.ru/2014/54992.htm

8. *Николаева Э. Г., Марченко М. В., Бантыш И. Б., Крупина Н. А.* Обнаружение α-PVP и его метаболитов в биологических образцах методом газовой хроматографии, масс-спектрометрии // Судебная медицина, наука, практика, образование. – 2015. – № 2. – С. 79—80.
9. *Huffman J. W., Zengin G., Wu M. J., Lu J., Hynd G., Bushell K., Thompson A. L. S., Bushell S., Tartal C., Hurst D. P., Reggio P. H., Selley D. E., Cassidy M. P., Wiley J. L., Martin B. R.* Structure-activity relationships for 1-alkyl-3-(1-naphthoyl) indoles at the cannabinoid CB(1) and CB(2) receptors: steric and electronic effects of naphthoyl substituents. New highly selective CB(2) receptor agonists // Bioorg. Med. Chem. – 2005. – V. 13. – P. 89—112.
10. *Зобнин Ю. В., Стадлер Е. М.* Острые отравления синтетическими каннабиноидами («спайсами») // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 8. – С. 130–135.
11. *Sheikh I. et al.* SPICE/K2 synthetic marijuana-induced toxic hepatitis treated with N-acetylcysteine // Am. J. Case Rep. – 2014. – V. 15. – P. 584—588.
12. *Курдиль Н. В.* Актуальные вопросы токсикологии и лабораторной идентификации синтетических каннабиноидов // Медицина неотложных состояний. – 2015. – № 2. – С. 9—18.
13. *Дворская О. Н., Катаев С. С., Мелентьев А. Б., Курдина Л. Н.* Маркеры новых синтетических каннабимиметиков в моче // Наркология. – 2014. – № 3. – С. 55—65.
14. *Савчук С. А., Григорьев А. М.* Хромато-масс-спектрометрический анализ в наркологической и токсикологической практике. – М. : ЛЕНАНД, 2013. – 224 с.
15. *Савчук С. А., Гофенберг М. А., Никитина Н. М., Надеждин А. В., Тетенова Е. Ю.* Определение маркеров синтетических каннабимиметиков PB-22, PB-22F, AB-PINACA, AB-FUMINACA в волосах и моче методом ГХ-МС // Наркология. – 2013. – № 11. – С. 66—73.
16. *Головко А. И., Баринов В. А., Бонитенко Е. Ю., Зацепин Э. П., Иванов М. Б., Носов А. В., Шестова Г. В.* Токсикологическая характеристика дизайнерских наркотиков // Токсикология. – 2015. – Т. 16. – С. 26—57.
17. *Брагина А. И.* Острая интоксикация психостимуляторами, содержащими катинон (по материалам транскультурального исследования) // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 2. – С. 182—184.
18. *Эриксон Э.* Детство и общество. – СПб. : Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
19. *Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A.* Dissociative model of addictions formation. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.

Транслитерация русских источников

1. *Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A.* [Early prevention and neoabilitation of patients with opioid addiction]. Pavlodar: Publishing House of RGKP “RNPC MSPN”, 2005. 287 p. (In Russ.).
2. *Shileyko I. D., Ayzberg O. R., Kuz’menko A. T.* [The problem of a new drugs] Lechebnoe delo [Medical business]. 2015; 2: 27—30. (In Russ.).
3. *Mazhiev K. T., Gladyrev V. V., Lyubetskiy G. V., Kayrgaliev D. V., Vasil’ev D. V.* [Contemporary threats to national security and the ways to deal with them]. Elektronnyy nauchnyy zhurnal: sovremennye problem I obrazovaniya [Contemporary problems of science and education]. 2015; 2, part 1. (In Russ.).
4. *Pozdnyakova M. E.* [New wave of drugs and its impact on the drug abuse situation in Russia]. Sotsiologicheskaya nauka I socialnaya praktika [The sociological science and social practice]. 2013: 2: 123—139. (In Russ.).
5. *Kaklyugin N. V.* [Drug-related suicides among youth. Problems and prospects] Meditsina [Medicine]. 2014: 4: 1—27. (In Russ.).
6. *Veselovskaya N. V.* [Drugs. Properties of action, pharmacokinetics, metabolism: textbook]. M. : Narkonet, 2008. 264 p. (In Russ.).
7. *Shchukin A. M. [*From voluntary testing to statutory screening checks] Kontsept – Sovremennye nauchnye issledovaniya [Concept – The modern scientific research]. 2015: 2: – ART 54992. – URL: http://e-koncept.ru/2014/54992.htm (In Russ.).
8. *Nikolaeva E. G., Marchenko M. V., Bantish I. B., Krupina N. A.* [Detection of α-PVP and its metabolites in biological samples using gas chromatographic-mass spectrometric techniques] Zhurnal sudebnaya meditsina, nauka, praktika, obrazovanie [Journal of forensics science, practice, education]. 2015: 2: 79—80. (In Russ.).
9. *Zobnin Y. V., Stadler E. M.* [Acute poisoning with synthetic cannabinoids («spice»)] Sibirskiy meditsinskiy zhurnal [Siberian Medical Journal]. 2014; 8:130—135. (In Russ.)
11. *Kurdil N. V.* [Topical issues of toxicology and laboratory identification of synthetic cannabinoids] Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy [Treatment of emergency conditions]. 2015; 2: 9—18. (In Russ.).
12. *Dvorskaya O. N., Kataev S. S., Melentyev A. B., Kurdina I. N.* [Markers of new synthetic cannabimimetics in urine] Narkologiya [Narcology]. 2014: 3: 55—65. (In Russ.).
13. *Savchuk S. A., Grigoriev A. M.* [Gas chromatography-mass spectrometry analysis in drug and toxicological practice]. M. : LENAND, 2013, 224 p. (In Russ.).
14. *Savchuk S. A. Gofenberg M. A. Nikitina N. M. Nadezhdin A. V., Tetenova E. J.* ON [Detection of markers for synthetic cannabimimetics pb-22, pb-22f, ab-pinaca, ab-fubinaca in urine and hair samples by gas chromatography-mass spectrometry methods] Narkologiya [Narcology]. 2013: 11; 66—73. (In Russ.).
15. *Golovko A. I., Barinov V. A., Bonitenko E. Y., Zatsepin E. P., Ivanov M. B., Nosov A. V., Shestova G. V.* [Toxicological characterization of designer drugs] Toksikologiya [Toxicology]. 2015: T. 16; 26—57. (In Russ.).
16. *Bragina A. I.* [Acute intoxication stimulants containing cathinone (based on transcultural studies)] Ukrainskiy vestnik pcikhonevrologii [Ukrainian Journal of psychoneurology]. 2002: T. 10(2); 182—184. (In Russ.).
17. *Erikson E.* [Childhood and Society]. – SPb. : Lenato, AST, The fund «University book», 1996, 592 p. (In Russ.).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.89-008.441.44:316(571.15)
ББК 57.336.14+56.14.322+51.1,09

ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

Ведяшкин В. Н.[*1], Шереметьева И. И.[2]

[1] **КГБУЗ Алтайский краевой ПНД для детей**
656045, Барнаул, ул. Змеиногорский тракт, д. 69
[2] **ГБОУ ВПО Алтайский ГМУ Минздрава России**
656056, Барнаул, ул. Луговая, д. 19

В статье приведена подробная статистическая характеристика суицидального поведения несовершеннолетних Алтайского края за последние 3 года. Описан опыт организационно-методической работы по профилактике и реабилитации детей и подростков с суицидальным поведением. Отражено поэтапное становление суицидологической помощи детского населения в регионе. **Ключевые слова**: дети, подростки, опыт, организация, стандарт, суицид, регион.

ORGANIZATION OF SUICIDOLOGICAL HELP FOR ADOLESCENTS OF THE ALTAY KRAI. Vedyashkin V. N.[1], Sheremetyeva I. I.[2] [1] Altay Krai PND for children. *Zmeinogorsky Trakt 69, 656045, Barnaul, Russian Federation.* **[2] Altay SMU of Ministry of Healthcare of the Russian Federation.** *Lugovaya Street 19, 656056, Barnaul, Russian Federation.* The article contains detailed statistical characteristics of the suicidal behavior of minors in Altay Krai over the past three years. It describes the experience of organizational and methodical work for the prevention and rehabilitation of children and adolescents with suicidal behavior. The gradual formation of suicidological help for child population in the region is also reflected. **Keywords**: children, adolscents, experience, organization, standard, suicide, region.

Актуальность проблемы. В сложившихся условиях современного общества изучение отклоняющегося поведения у несовершеннолетних не теряет своей актуальности [1, 2, 11, 17, 18, 19, 23, 24], так же как и его аддиктивных форм [3, 27]. Всё большего внимания требует оценка трансформации клиники и роли динамических сдвигов в терапевтических подходах при решении данных проблем [5, 7, 8, 15, 22, 25]. Среди различных форм поведенческих нарушений суицидальное поведение занимает лидирующие позиции по уровню угрозы жизни подрастающего поколения.

Суицидальное поведение было свойственно человеку с древнейших времен [13]. За последние 45 лет частота суицидов в мире увеличилась на 60 %, достигнув к 2008 г. уровня 16,4 случая на 100 тысяч населения [12, 21]. Учитывая современные тенденции роста суицидальной активности в мире, прогностические модели указывают на повышение числа самоубийств в 2 раза к 2020 г. [26]. Подростковый возраст представляет собой период повышенного риска суицидального поведения [20]. В настоящее время по абсолютному количеству подростковых самоубийств среди детей в возрасте от 15 до 19 лет Россия занимает первое место в мире [14]. Уровень завершенных суицидов в России превышает среднемировой в 1,7 раза, а критический уровень ВОЗ – в 1,4 раза [7]. При этом количество суицидальных попыток в несколько раз превосходит долю самоубийств [20].

Сибирский федеральный округ находится на первом месте по числу завершенных самоубийств среди детско-подросткового населения России [16]. В Алтайском крае проводится систематическая работа, направленная на профилактику суицидального поведения среди несовершеннолетних [4, 6, 10].

На основе оценки статистических показателей установлено, что за 2013 г. совершено 18 суицидов среди несовершеннолетних. Из них 8 детей и 10 подростков. Среди суицидентов мальчики преобладают над девочками (55,6 % – 10 человек и 44,4 % – 8 человек). В сельской местности проживали 89 % (16 человек) несовершеннолетних, совершивших самоубийство. 2 детей ранее наблюдались у психиатра: 1 подросток с диагнозом умственной отсталости (F70) закончил коррекционную школу; второй подросток, 13 лет, наблюдался консультативно и амбулаторно получал лечение по поводу расстройства поведения. Путем повешения совершили суицид 16 несовершеннолетних, 1 девочка отравилась лекарственными препаратами, 1 подросток упал с высоты. Большинство несовершеннолетних проживали в социально неблагополучных, многодетных или неполных семьях. Основными мотивами суицидов являлись конфликты с родителями, сверстниками, «любовные переживания». Ведущая причина аутоагрессивного и суицидального поведения – депрессивные расстройства.

Из расчета на 100 тысяч населения за 2013 г. коэффициент составляет 3,9 (дети – 2,0, подростки – 15,4). Если сравнивать численность суицидов за 2013 г. и 2012 г., то в целом доля суицидов среди несовершеннолетних увеличилась в 1,6 раза (у детей – в 1,8 раза, у подростков – в 1,6 раза), т. е. произошло «омоложение» суицидов.

[*] *Ведяшкин Виктор Николаевич, к.м.н., заместитель главного врача по организационно-методической работе E-mail: viktor.vedyaschckin@yandex.ru*

Шереметьева Ирина Игоревна, д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии, мед. психологии и наркологии с курсом ФПК и ППС. E-mail: sheremeteva-ira@mail. ru

В 2014 г. покончили жизнь самоубийством 7 человек, из них 3 детей и 4 подростков в возрасте 16 лет (2 девочки и 4 мальчика). В сельской местности проживали 5 совершивших самоубийство несовершеннолетних, 2 человека проживали в городе. У врача-психиатра наблюдались 2 человека. Основные мотивы суицидов: конфликты с родителями, сверстниками, неудачи в романтических отношениях.

Из расчета на 100 тысяч населения за 2014 г. коэффициент составляет 1,5 (дети – 0,8, подростки – 6,2). Если сравнивать число суицидов за 2014 г. и 2013 г., то суициды среди несовершеннолетних снизились в 2,6 раза.

В 2015 г. покончили жизнь самоубийством 18 человек (7 девочек и 11 мальчиков), из них 3 детей и 15 подростков. В сельской местности проживали 12 совершивших самоубийство несовершеннолетних, 6 человек проживали в городе. До момента совершения суицидальной попытки у врача-психиатра наблюдались 2 человека. Выявлены основные мотивы суицидов: конфликты с родителями, разочарование в романтических отношениях.

Из расчета на 100 тысяч населения в возрасте от 0 до 17 лет в 2015 г. коэффициент составляет 3,83 (дети – 0,74; подростки – 23,34). При расчете на 100 тысяч населения в возрасте от 10 до 17 лет коэффициент в 2015 г. составляет 9,85 (данный коэффициент в 2014 г. составлял 4,38, а в 2013 г. – 10,03). Если сравнивать число суицидов за последние 5 лет, то их интенсивный показатель сохраняется примерно на одном уровне.

Таблица

Распространенность суицидов среди детей и подростков в Алтайском крае

Показатель	2011		2012		2013		2014		2015	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Всего по краю	16	3,5	11	2,5	18	3,9	7	1,5	18	3,83
Дети	3	0,79	4	1,1	8	2,0	3	0,8	3	0,7
Подростки	13	17,1	7	9,8	10	15,4	4	6,2	15	23,3

Примечание. 1 – Абсолютное число, 2 – на 100 тысяч.

В соответствии с приказом Управления по здравоохранению Администрации Алтайского края № 229 от 14 июля 2006 г. «Об организации помощи детям и подросткам с суицидальным поведением» определены этапы оказания специализированной медицинской помощи детям и подросткам с суицидальным поведением в крае и мероприятия по профилактике депрессивных расстройств и суицидов у детей и подростков. Проводится регистрация случаев незавершенных суицидов путем передачи сигнальных извещений и телефонограмм из лечебных учреждений в организационно-методический кабинет КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей».

Ведется мониторинг показателей смертности детей и подростков в Алтайском крае от суицидов и случаев незавершенных суицидов. Так, в 2011 г. поступило 23 экстренных извещений о случаях незавершенных суицидов, в 2012 г. – 18, за 2013 г. – 18 извещений. Всем несовершеннолетним с зарегистрированными суицидальными попытками предложена помощь психиатра и психотерапевта. Установлено, что в случаях незавершенных суицидов преобладают медикаментозные отравления, реже отмечаются самопорезы и самоповреждения.

В 2014 г. из 41 совершивших попытку суицида несовершеннолетних, фигурирующих в «реестре попыток суицида несовершеннолетних за 2014 г.», экспресс-анкеты поступили из лечебных учреждений в организационно-методический кабинет КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» на 29 детей и подростков. На остальных суицидентов информация поступила из других ведомств. Всем пострадавшим предложена помощь врача-психиатра и психолога. Из них ранее наблюдались у врача-психиатра 9 несовершеннолетних. После совершения суицидальной попытки взяты на диспансерный учет у врача-психиатра 19 человек. Среди способов суицидальной попытки в 2014 г. преобладают медикаментозные отравления – у 24 человек, вскрытие вен – у 15 человек, 1 подросток совершил прыжок с высоты, 1 девочка пыталась покончить жизнь самоубийством путем повешения.

В 2015 г. из 35 совершивших попытку суицида несовершеннолетних, фигурирующих в «реестре попыток суицида несовершеннолетних за 2015 г.», экспресс-анкеты поступили из лечебных учреждений в организационно-методический кабинет КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» на 33 детей и подростков. На остальных информация поступила из других ведомств. Всем пострадавшим предложена помощь врача-психиатра и психолога. Из них ранее наблюдались у врача-психиатра 6 несовершеннолетних. После совершения суицидальной попытки взяты на диспансерный учет у врача-психиатра 23 человека. Среди способов суицидальной попытки преобладают медикаментозные отравления – у 16 человек, вскрытие вен – у 12 человек, 6 подростков совершили или пытались совершить прыжок с высоты, 1 девочка пыталась покончить жизнь самоубийством путем повешения.

На сегодняшний день за 2016 г. совершено 3 завершенных самоубийства (2 мальчиками 11 и 12 лет и 1 девочкой 11 лет). 12-летний мальчик, житель города, ранее наблюдался у психиатра.

В «реестре попыток суицида несовершеннолетних за 2016 г.» фигурируют 24 несовершеннолетних, совершивших попытку суицида. Всем пострадавшим предложена помощь врача-психиатра и психолога. Из них ранее наблюдались у врача-психиатра 4 несовершеннолетних. В большинстве случаев среди способов суицидальной попытки преобладают медикаментозные отравления.

Организационно-методическая работа. Администрация Алтайского края решила оставить приоритетным направление по межведомственному взаимодействию профилактики суицидов у детей. С этой целью в ноябре 2013 г. органы здравоохранения, образования, МВД, социальной защиты населения приняли совместный приказ «Об организации работы межведомственной рабочей группы по профилактике и анализу суицидального поведения детей и подростков Алтайского края». Данным приказом были утверждены состав и план работы межведомственной рабочей группы, определены состав и порядок работы группы оперативного реагирования по расследованию фактов суицида, примерная программа выездных психолого-педагогических мероприятий и порядок работы с банком данных по фактам и попыткам суицида среди населения. Основной задачей рабочей группы теперь является объединение и структурирование действий различных ведомств, направленных на профилактику суицидальных рисков детей и подростков.

Группа оперативного реагирования подробно расследует и анализирует каждый суицид и суицидальную попытку, проводит организационно-методическое сопровождение каждой кризисной ситуации, осуществляет контроль за выполнением рекомендаций. По каждому факту суицида или его попытки предложена помощь психиатра и психотерапевта, организовано психолого-медико-педагогическое сопровождение всех участников критического инцидента, спланирован динамический контроль в течение 1 года за совершившим суицидальную попытку. При необходимости специалисты органов и учреждений социальной защиты населения ставят семьи на динамический контроль [6].

Выявление уровня тревожности подростков Алтайского края. В соответствии с планом мероприятий по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних на 2012—2013 гг. с 1 по 15 апреля 2013 г. было проведено анонимное анкетирование подростков-учащихся (15—17 лет) общеобразовательных школ с целью выявления контингента подростков с тревожными расстройствами в городах Бийске и Рубцовске и районах края (Первомайском, Кулундинском, Курьинском, Кытмановском, Троицком, Благовещенском, Тюменцевском) совместно со специалистами отделов образования на местах. Выбор данных территорий основывался на фактах завершенных суицидов и неоднократных суицидальных попыток, зафиксированных там за последние 3 года.

Ответственными за организацию проведения анкетирования и сбор информации были определены районные психиатры, в том числе детские. Обрабатывались анкеты медицинскими психологами КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей».

Для исследования уровня тревожности среди несовершеннолетних Алтайского края использовали стандартный тест Спилбергера-Ханина как методику субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности. Данная методика позволяет сделать первые и существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, т. е. личностной. Результаты методики относятся не только к психодинамическим особенностям личности, но и к общему вопросу взаимосвязи параметров реактивности и активности личности, её темперамента и характера. Эта методика является развёрнутой субъективной характеристикой личности, что вовсе не уменьшает её ценности в психодиагностическом плане.

Результаты исследования выглядели следующим образом: всего в исследовании участвовали 4 714 подростков, из них 2 702 (57,3 %) подростка проживали в городе и 2 012 (42,7 %) подростков – в сельской местности. При анализе общих показателей удалось установить, что у большей половины протестированных подростков имелась умеренная ситуативная (59,0 %) и личностная (56,6 %) тревожность. У четверти подростков ситуативная и у 31,2 % подростков личностная тревожность достигала высоких результатов. У незначительной части (15,4 % и 12,2 %) подростков ситуативная и личностная тревожность на момент исследования отличалась низкими показателями.

При сравнении городского и сельского населения показатели ситуативной и личностной тревожности были примерно одинаковы, с той лишь разницей, что ситуативная тревожность была выше у сельского населения, а личностная тревожность – у городских жителей.

Наиболее высокие показатели ситуативной тревожности в сравнении с общими отмечались у подростков Тюменцевского (32,9 %), Благовещенского (31,1 %), Курьинского (32,3 %) районов. Низкие показатели (16,8 %) – у жителей Кулундинского района. При оценке результатов личностной тревожности они были более высокие у подростков, проживающих в г. Бийске (36,4 %) и Кытмановском районе (37,2 %), а менее высокие (24,9 %) – в Благовещенском районе [9].

Результаты анкетирования были учтены при разработке методического пособия по формированию жизнестойкости и совладания с трудными жизненными и стрессовыми ситуациями несовершеннолетних в системе образования.

Образовательная деятельность. Созданный в январе 2014 г. Алтайский краевой центр диагностики и консультирования стал площадкой для консолидации научно-методических ресурсов по проблеме профилактики суицидов. Подбор нормативно-методических документов и проводимые вебинары со специалистами системы образования направлены на организацию деятельности педагогов-психологов, повышение престижа этой профессии, повышение квалификации и расширение профессиональных связей.

Участниками рабочей группы в I квартале 2014 г. были проведены выездные семинары-совещания в округах Алтайского края на тему: «Формирование жизнестойкости у детей и подростков. Межведомственные подходы к профилактике саморазрушающего поведения несовершеннолетних». В семинаре участвовали специалисты органов и учреждений системы образования, социальной защиты населения, представители родительской общественности. От здравоохранения в семинаре приняли участие районные педиатры, детские неврологи и психиатры. Всего в работу семинара было вовлечено более 800 человек. Основной задачей семинара являлось выработка единых механизмов по профилактике суицидальных рисков у несовершеннолетних.

Стандартизация помощи несовершеннолетним, пережившим попытку суицида. В 2015 г. утвержден и внедрен в работу единый стандарт оказания реабилитационной (медицинской, психологической) помощи несовершеннолетним, пережившим попытку суицида. Настоящий межведомственный стандарт оказания комплексной помощи (медицинской реабилитации, социально-психологической, психолого-педагогической) пережившим попытку суицида несовершеннолетним (далее – помощь) определяет порядок взаимодействия специалистов, ее содержание и формы.

Под организацией медицинской реабилитации понимается система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание специализированной помощи несовершеннолетним с суицидальными (аутоагрессивными) проявлениями. Медицинскую реабилитацию оказывает медицинское учреждение по месту жительства (пребывания) несовершеннолетнего. В случае отсутствия специалиста, прошедшего подготовку по суицидологии или кризисной психотерапии, ответственным за оказание помощи несовершеннолетним, пережившим попытку суицида, является врач-психиатр.

Медицинская реабилитация включает в себя несколько этапов: 1) постановку на диспансерный учет (с согласия самого несовершеннолетнего либо его законного представителя), 2) организацию психиатрической помощи (в виде подбора индивидуальной психофармакотерапии), индивидуальной и групповой психотерапевтической помощи в течение от 6 месяцев до 1 года и далее в сроки, необходимые для преодоления последствий попытки суицида. Направления медицинской помощи прописаны в стандарте на всех этапах реабилитации и включают в себя работу с соматическими осложнениями, купирование основного психического расстройства, приведшего к совершению суицидальных действий, предотвращение развития посттравматического стрессового расстройства. При этом учитывается наличие сочетанных форм отклоняющегося поведения (химические и нехимические зависимости, уходы из дома и бродяжничество, противоправные делинквентные поступки, сексуальные девиации).

Выводы. Учитывая, что на сегодняшний день в Сибирском федеральном округе и в России в целом суицидальная активность среди молодого поколения сохраняется на высоком уровне, необходимо совершенствовать суицидологическую помощь данному контингенту пациентов. Решение проблемы видится в укреплении межведомственного и внутриведомственного взаимодействия на всех этапах реабилитации несовершеннолетних с суицидальным поведением.

Литература

1. *Аболонин А. Ф., Асланбекова Н. В.* Социально-психологические характеристики и особенности проявления агрессивности у девиантных подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 3 (78). – С. 45—51.
2. *Бохан Н. А.* Наркоситуация в среде высокообразованной молодежи: новые вызовы старых проблем // Актуальные вопросы психического здоровья, перспективы развития психиатрической службы : материалы научно-практ. конф., посвящ. 80-летию Ц. П. Короленко и 10-летию детской психиатрической службы Новосибирской области / сост. В. А. Макашева, Д. С. Суворова. – Новосибирск : Сибмедиздат, 2013. – С. 17—22.
3. *Бохан Н. А., Коробицина Т. В.* Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11—17.
4. *Ведяшкин В. Н.* Вопросы реабилитации суицидального поведения у детей и подростков Алтайского края // Нарушения поведения у детей, современные подходы к диагностике и терапии : сб. тез. докл. межрегион. научно-практ. конф. – Барнаул : Изд-во «Арбат», 2015. – С. 10—13.
5. *Ведяшкин В. Н., Шереметьева И. И.* Изменения клинико-социальных характеристик суицидального поведения подростков-пациентов наркологического стационара за 10 лет // XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практ. конф. с междунар. участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», тезисы [Электронный ресурс] / под общ. ред. Н. Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – С. 887.

6. *Ведяшкин В. Н., Шереметьева И. И.* Организация профилактики и анализа суицидального поведения у детей и подростков Алтайского края // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации : сб. материалов Всероссийской научно-практ. конф. с междунар. участием / под ред. Н. Г. Незнанова, И. В. Макарова. – СПб., 2014. – С. 23—24.
7. *Ведяшкин В. Н., Шереметьева И. И.* Особенности патоморфоза аддикций у подростков // Уральский медицинский журнал. – 2014. – № 01 (115). – С. 122—126.
8. *Ведяшкин В. Н., Шереметьева И. И.* Патоморфоз суицидального поведения у подростков // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 3. – . 61—68.
9. *Ведяшкин В. Н., Чунихина А. В., Московая Н. В. и др.* Состояние уровня тревожности среди подростков Алтайского края // Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств : сб. статей. – Барнаул : ИП Колмагоров И. А., 2014. – С. 63—64.
10. *Ведяшкин В. Н., Владыкина Л. Н., Шереметьева И. И.* Суицидальное поведение у несовершеннолетних Алтайского края // Актуальные вопросы детской и подростковой психиатрии : материалы докл. межрегионал. научно-практ. конф., посвящ. 10-летнему юбилею КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей». – Барнаул, 2012. – С. 16—20.
11. *Ведяшкин В. Н., Шереметьева И. И.* Уровень отклоняющегося поведения у подростков современности // Всерос. научно-практ. конф. с междунар. участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» и научно-практ. конф. «Современные проблемы социальной и клинической сексологии» / под общ. ред. Н. Г. Незнанова, К. К. Яхина. – СПб., 2012. – С. 176.
12. *Гелда А. П., Игумнов С. А.* Повторные непсихотические аутоагрессивные действия и особенности методологического подхода к их изучению // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 23—30.
13. *Кагарманов Д. С., Максютова З. Г., Сиргалина Л. Р.* Смысл жизни и суицид как аксиологическая проблема // Вестн. Башкирского ун-та. – 2007. – Т. 12, № 2. – С. 87—89.
14. *Коломыцев Д. Ю., Дроздовский Ю. В.* Анализ когнитивных искажений у подростков с пограничными нервно–психическими расстройствами, совершивших суицидальную попытку // Пограничные нервно-психические расстройства в Сибирском регионе (онтогенетические аспекты) : сб. тез. межрегион. научно-практ. конф. / под ред. В. Я. Семке, Н. А. Бохана, О. И. Салминой-Хвостовой. – Томск : Иван Федоров, 2013. – С. 147—151.
15. *Корнетов Н. А., Ветлугина Т. П., Языков К. Г., Счастный Е. Д., Иванова С. А., Симуткин Г. Г.* Распространенность и клинико-конституциональные закономерности клинического полиморфизма депрессивных расстройств и суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 4. – С. 19.
16. *Макашева В. А., Слободская Е. Р.* Социальное значение детской психиатрии: качество оказания психиатрической помощи детскому населению отрицательно связано с частотой суицидов на территории (по данным Сибирского федерального округа) // Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации : сб. материалов Всерос. научно-практ. конф. с междунар. участием / под ред. Н. Г. Незнанова, И. В. Макарова. – СПб., 2014. – С. 25—26.
17. *Макушкин Е. В.* Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием. – М. : МИА, 2009. – 240 с.
18. *Макушкин Е. В.* Клинико-эпидемиологические характеристики психических расстройств у детей и подростков в РФ // Актуальные вопросы психического здоровья, перспективы развития психиатрической службы : материалы научно-практ. конф., посвящ. 80-летию Ц. П. Короленко и 10-летию детской психиатрической службы Новосибирской области / сост. В. А. Макашева, Д. С. Суворова. – Новосибирск : Сибмедиздат, 2013. – С. 9—12.
19. *Пережогин Л. О., Вострокнутов Н. В.* Асоциальное поведение детей и подростков. Профилактика и коррекция ассоциированных психических расстройств : руководство для врачей. – М., 2012. – 234 с.
20. *Персидская А. Е.* Педагогическое снижение риска суицидального поведения подростков // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 57—58.
21. *Положий Б. С.* Интегративная модель суицидального поведения // Рос. психиатрический журн. – 2010. – № 4. – С. 55—62.
22. *Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М.* Распространенность, коморбидность и клинико-конституциональные закономерности гетерогенности аффективных расстройств и суицидального поведения с учетом хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 22—25.
23. *Шереметьева И. И., Ведяшкин В. Н.* Бродяжничество у подростков, осложненное делинквентным поведением // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, вып. 3. – С. 89—92.
24. *Шереметьева И. И., Ведяшкин В. Н.* Особенности отклоняющегося поведения у подростков как актуальный вопрос для детской психиатрии // Дети, молодежь и окружающая среда: здоровье, образование, экология : материалы междунар. научно-практ. конф. / под ред. С. Д. Каракозова, П. Г. Воронцова. – Барнаул: АлтГПА, 2012. – С. 289—292.
25. *Шереметьева И. И., Ведяшкин В. Н.* Приоритеты времяпрепровождения как предикторы нехимических зависимостей у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1. – С. 41—44.
26. *Bertolote J. M. F., Fleischmann A.* Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research // Am. J. Med. Genet. – 2005. – Vol. 133. – P. 8—12.
27. *Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A.* Dissociative model of addictions formation. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.

Транслитерация русских источников

1. *Abolonin A.F., Aslanbekova N.V.* [Social-psychological characteristics and traits of manifestations of aggressiveness in deviant adolescents]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 3(78): 45—51. (In Russ.).
2. *Bokhan N.A.* [Narcological situation in the environment of highly educated youth: new challenges of old problems]. *Aktual'nye voprosy psikhicheskogo zdorov'ya, perspektivy razvitiya psikhiatricheskoy sluzhby : materialy nauchno-prakt. konf., posvyashch. 80-letiyu Ts. P. Korolenko i 10-letiyu detskoy psikhiatricheskoy sluzhby Novosibirskoy oblasti* [Relevant issues of mental health, prospects of development of psychiatric service: materials of scientific-practical conference devoted to the 80th anniversary of C.P. Korolenko and the 10th anniversary of child psychiatric service of the Novosibirsk Region]. V.A. Makasheva, D.S. Suvorova, comp. Novosibirsk: Sibmedizdat, 2013; 17—22. (In Russ.).
3. *Bokhan N.A., Korobitsina T.V.* [Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medicine practice]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2008; 3: 11—17. (In Russ.).
4. *Vedyashkin V.N.* [Issues of rehabilitation of suicidal behaviour in children and adolescents of the Altay Krai]. In: [Behavioural disorders in children, current approaches to diagnostics and therapy: abstract book of the Interregional Scientific-Practical Conference]. Barnaul: Publishing House “Arbat”, 2015; 10—13. (In Russ.).

5. *Vedyashkin V.N., Sheremetyeva I.I.* [Changes of clinical-social characteristics of suicidal behaviour of adolescents-patients of narcological hospital for 10 years]. *XVI s#ezd psihiatrov Rossii. Vserossijskaja nauchno-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem «Psihiatrija na jetapah reform: problemy i perspektivy», tezisy [Jelektronnyj resurs]* [The XVIth Meeting of psychiatrists of Russia. Russian Scientific-Practical Conference with international participation "Psychiatry at stages of reforms: problems and prospects", abstracts]. N.G. Neznanov, ed. SPb: Alta Astra, 2015; 887. (In Russ.).
6. *Vedyashkin V.N., Sheremetyeva I.I.* [Organization of prevention and analysis of suicidal behavior in children and adolescents of Altay Krai]. In: [Child psychiatry: current issues of diagnostics, therapy, prevention and rehabilitation: collection of materials of the Russian Scientific-Practical Conference with international participation]. N.G. Neznanov, I.V. Makarov, ed. SPb, 2014; 23—24. (In Russ.).
7. *Vedyashkin V.N., Sheremetyeva I.I.* [Special characteristics of pathomorphism of addictions among adolescents]. *Ural'skij medicinskij zhurnal* [Ural Medical Journal]. 2014; 01(115): 122—126. (In Russ.).
8. *Sheremetyeva I.I., Vedyashkin V.N.* [Pathomorphism of adolescents' suicidal behavior]. *Vestnik psihiatrii i psihologii Chuvashii* [Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia]. 2015; 11, 3: 61—68. (In Russ.).
9. *Vedyashkin V.N., Chunikhina A.V., Mosckovaya N.V. et al.* [State of level of anxiety among adolescents of the Altay Krai]. In: [Relevant issues of prevention, diagnostics, therapy and rehabilitation of mental disorders: collection of articles]. Barnaul: IP Kolmagorov I.A., 2014; 63—64. (In Russ.).
10. *Vedyashkin V.N., Vladykina L.N., Sheremetyeva I.I.* [Suicidal behavior in minors of the Altay Krai]. In: [Relevant issues of child and adolescent psychiatry: materials of reports of the Interregional Scientific-Practical Conference devoted to the 10th jubilee of the Altay Krai Psychoneurological Dispensary for Children]. Barnaul, 2012; 16—20. (In Russ.).
11. *Vedyashkin V.N., Sheremetyeva I.I.* [Level of deviant behaviour in adolescents of today]. *Vseros. nauchno-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem "Psihicheskoe zdorov'e naselenija kak osnova nacional'noj bezopasnosti Rossii" i nauchno-prakt. konf. "Sovremennye problemy social'noj i klinicheskoj seksologii"* [The Russian Scientific-Practical Conference with international participation "Mental Health of the population as a basis of national safety of Russia" and Scientific-Practical Conference "Current problems of social and clinical sexology]. N.G. Neznanov, K.K. Yakhin, ed. SPb, 2012; 176. (In Russ.).
12. *Gelda A.P., Igumnov S.A.* [Repeated non-psychotic autoaggressive actions and features of methodological approach to their study]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2011; 1: 23—30. (In Russ.).
13. *Kagarmanov D.S., Maksyutova Z.G., Sargalina L.R.* [Meaning of life and suicide as an axiological problem]. *Vestn. Bashkirskogo un-ta* [Bashkir University Bulletin]. 2007; 12, 2: 87—89. (In Russ.).
14. *Kolomytsev D.Yu., Drozdovsky Yu.V.* [Analysis of cognitive distortions in adolescents with borderline neuro-mental disorders having attempted suicide]. In: [Borderline neuro-mental disorders in the Siberian region (ontogenetic aspects): Abstract Book of the Interregional Scientific-Practical Conference]. V.Ya. Semke, N.A. Bokhan, O.I. Salmina-Khvostova, eds. Tomsk: Ivan Fedorov, 2013; 147—151. (In Russ.).
15. *Kornetov N.A., Vetlugina T.P., Yazykov K.G., Schastnyy E.D., Ivanova S.A., Simutkin G.G.* [Prevalence and clinical-constitutional patterns of clinical polymorphism of depressive disorders and suicidal behavior]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 1999; 4: 19. (In Russ.).
16. *Makasheva V.A., Slobodskaya E.R.* [Social significance of child psychiatry: quality of provision of psychiatric care for child population is negatively associated with frequency of suicides in the territory (according to data of the Siberian Federal Okrug)]. In: [Child psychiatry: current issues of diagnostics, therapy, prevention and rehabilitation: collection of materials of the Russian Scientific-Practical Conference with international participation]. N.G. Neznanov, I.V. Makarov, eds. SPb, 2014; 25—26. (In Russ.).
17. *Makushkin E.V.* [Aggressive criminal behaviour in children and adolescents with developmental disturbances]. Moscow: MIA, 2009. 240 p. (In Russ.).
18. *Makushkin E.V.* [Clinical-epidemiological characteristics of mental disorders in children and adolescents in the Russian Federation]. In: [Relevant issues of mental health, prospects of development of psychiatric care: materials of the Scientific-Practical Conference devoted to the 80th anniversary of C.P. Korolenko and the 10th anniversary of child psychiatric service of the Novosibirsk Region]. V.A. Makasheva, D.S. Suvorova, comp. Novosibirsk: Sibmedizdat, 2013; 9—12. (In Russ.).
19. *Perezhogin L.O., Vostroknutov N.V.* [Asocial behaviour of children and adolescents. Prevention and correction of associated mental disorders: Handbook for doctors]. Moscow, 2012. 234 p. (In Russ.).
20. *Persidskaya A.E.* [Pedagogical decrease of risk of suicidal behaviour of adolescents]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2011; 1: 57—58. (In Russ.).
21. *Polozhy B.S.* [Integrative model of suicidal behaviour]. *Ros. psihiatricheskij zhurn.* [Russian Psychiatric Journal]. 2010; 4: 55—62. (In Russ.).
22. *Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Popova N.M.* [Prevalence, comorbidity and clinical-constitutional patterns of heterogeneity of affective disorders and suicidal behavior with account for chronobiological factors]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 22—25. (In Russ.).
23. *Sheremetyeva I.I., Vedyashkin V.N.* [Adolescent vagrancy complicated by delinquent behaviors]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2012; 22, 3: 89—92. (In Russ.).
24. *Sheremetyeva I.I., Vedyashkin V.N.* [Features of deviant behavior in adolescents as a relevant issue for child psychiatry]. In: [Children, youth and the environment; health, education, ecology: materials of the International Scientific-Practical Conference]. S.D. Karakozov, P.G. Vorontsov, eds. Barnaul: AltGPA, 2012; 289—292. (In Russ.).
25. *Sheremetyeva I.I., Vedyashkin V.N.* [Priorities of leisure time as predictors of non-chemical dependencies in adolescents]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 1: 41—44. (In Russ.).

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ППСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9+316.6:331.43
ББК 88.46+53.435

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РАБОТНИКОВ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Терехина О. В.*

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

В статье поднимается проблема оценки физического и психологического здоровья у представителей работников атомной промышленности и ресурсов их совладания с негативным влиянием условий производства. Определены выраженность показателей жизнестойкости и качества жизни у работающих на атомном производстве. При этом выделены три типа работников по характеру взаимосвязи удовлетворенности состоянием здоровья и выраженности психологического ресурса жизнестойкости. Определены критерии оценки уровней профессионального здоровья у работников атомного производства. Описаны возможности оказания медико-психологической помощи группе риска нарушения психического и соматического здоровья, мишени профилактики и коррекции проблем профессионального долголетия и развития работников атомного производства.
Ключевые слова: жизнестойкость, ресурсы совладания, качество жизни, физический компонент здоровья, психологический компонент здоровья, работники атомной промышленности.

HARDINESS AND QUALITY OF LIFE OF WORKERS OF ATOMIC INDUSTRY. Terekhina O. V. National Research Tomsk State University. *Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russian Federation.* The article raises the problem of assessing physical and psychological health of the representatives of the atomic industry workers and resources of coping with the negative influence of production conditions. The severity of indicators of hardiness and quality of life among atomic production workers are determined, three types of workers according to the nature of the relationship between satisfaction with the health condition and the severity of the psychological resource of hardiness are specified. The criteria for assessing levels of professional health among workers in atomic production, the possibility of providing medical and psychological assistance for risk group with mental and physical health problems, target of the prevention and correction of problems of professional longevity and development of the atomic industry workers are determined. **Keywords:** hardiness, resources of coping, quality of life, physical health component, mental health component, the atomic industry workers.

Исследование поддержано грантом РГНФ № 12-06-18013 «Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенной и экологической угрозы».

Study has been supported by RHSF grant no. 12-06-18013 "Psychological safety in the structure of the mental health among the population living under the risk of technogenic and ecological threats".

Важность исследований психического здоровья лиц, занятых в сфере атомной промышленности и энергетики, обусловлена необходимостью предупреждения преждевременной утраты трудоспособности и безаварийной эксплуатации предприятий с потенциально опасными технологиями [1, 2, 3]. За 40-летний период деятельности в Томской области на предприятиях атомного производства произошло более 30 аварийных инцидентов, причем 5 из них относятся к третьему уровню по международной шкале событий на атомных станциях и квалифицируются как серьёзные происшествия [4, 5].

В России и за рубежом проведен ряд исследований в области экологической психиатрии о распространённости психических расстройств у работников атомной промышленности [1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10]. Большая доля исследований связана с аварийными ситуациями на атомном производстве (Чернобыльская АЭС, Три-Майл-Айленд, ПО «Маяк», АЭС в Фукусиме и др.). В ряде исследований описывается высокая распространенность пограничных нервно-психических расстройств органического регистра, ухудшение состояния психического и соматического здоровья, негативные последствия в психологическом статусе, снижение качества жизни в клинической динамике у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС [3, 6, 7, 8]. E. J. Bromet выявлены долгосрочные эмоциональные последствия аварии на ЧАЭС: депрессия, тревога, ПТСР [9]. Высокая распространённость психологического дистресса и ПТСР отмечена также у работников АЭС в Японии через 2—3 месяца после катастрофы на Фукусиме [10].

Учитывая, что персонал радиационно опасных предприятий может подвергаться облучению выше допустимой дозы лишь в аварийных случаях, а в штатных условиях в процессе профессиональной деятельности работники предприятий могут испытывать воздействие малых доз радиации, которое сочетается с другими вредными производственными (химическими, пылевыми, токсико-инфекционными) и микросоциальными факторами [1, 11], изучение состояния психического здоровья лиц, занятых в особо опасном производстве предприятия ядерно-энергетического комплекса, является актуальным.

* *Терехина Ольга Владимировна, аспирант кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии. E-mail: doterekhina@mail.ru. Телефон: 529566.*

В рамках экологической психиатрии А. В. Антуховым изучена распространённость нарушений психического здоровья у работников особо опасного производства, оценена роль производственных и социальных факторов риска. Автором установлено, что распространенность психических расстройств среди работников атомного производства в таких условиях составила 105,2 на 1000 работающих, что ниже показателей, полученных в ходе аналогичных по дизайну исследований у работников других отраслей промышленности. Нарушения психического здоровья у работников атомного производства представлены непсихотическими психическими расстройствами, среди которых преобладающими являются пограничные психические расстройства [1].

Психическое нездоровье влияет на степень социально-производственной адаптации, снижает работоспособность и затрудняет процесс самореализации у специалистов, работающих на высокотехнологичных и опасных производствах. Такое состояние работающих может усиливать риск возникновения ошибок и, как следствие, техногенных и экологических проблем [12]. Наряду с ним, длительное пребывание в потенциально опасной среде в условиях атомного производства, жесткая регламентация поведения на рабочем месте, высокая ответственность за возможную ошибку, невозможность свободного обсуждения производственных проблем вследствие режима секретности способствуют повышению личностной тревожности и развитию состояния психического перенапряжения – хронического стресса. Хроническое напряжение обусловлено конфликтом между осознанием потенциальной опасности трудовой деятельности, опасением негативных для здоровья последствий и высокой оплатой опасного труда, хорошими социальными гарантиями [10].

Таким образом, для создания адекватных программ профилактики нарушений психической сферы и реабилитации персонала особо опасных производств необходимо раннее выявление снижения показателей психического здоровья и факторов, преломляющих негативное влияние среды и способствующих поддержанию здоровья и активной жизнедеятельности [13], среди которых особая роль отводится психологическому фактору [8, 14, 15, 16]. По литературным данным, одним из эффективных способов роста устойчивости к деструктивному влиянию может выступать жизнестойкость, препятствующая возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания, копинг-стратегий со стрессами и восприятия их как менее значимых. Развитие жизнестойкости рассматривается как эффективное противостояние стрессогенным факторам, как способ создания собственного, уникального смысла взаимодействия с богатым на стрессы миром, сохраняя внутреннюю сбалансированность, не снижая при этом успешность выполнения деятельности [17, 18].

Цель исследования: выявить взаимосвязь качества жизни, представленного оценкой физического и психологического здоровья, с показателями жизнестойкости у представителей работников атомной промышленности.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 127 работников производства (60 мужчин и 67 женщин) в возрасте от 19 до 64 лет (средний возраст 39,8 года). В работе использованы опросник SF-36 (J. E. Ware), тест жизнестойкости (С. Мадди, адаптация Д. А. Леонтьева).

Опросник SF-36 – русскоязычная версия опросника качества жизни, измеряет общее здоровье, те составляющие здоровья, которые не являются специфичными для возрастных групп, определенных заболеваний или программ лечения. Шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения: 1) физический компонент здоровья (физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья); 2) психологический компонент здоровья (жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психологическое здоровье). Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение равно 100. Чем выше был показатель по каждой шкале, тем лучше было качество жизни по этому параметру.

Тест жизнестойкости направлен на выявление системы убеждений о себе, мире, отношениях с ним, позволяющих человеку выдерживать и эффективно преодолевать стрессы. Включает общий показатель и 3 показателя по отдельным компонентам: вовлеченность – это активная жизненная позиция личности, уверенность в том, что только деятельный человек может найти в жизни стоящее и интересное; контроль – это уверенность в том, что, только борясь и преодолевая трудности, можно изменить происходящее и быть хозяином своей судьбы; принятие риска – готовность рисковать, убежденность в том, что на любых ошибках можно учиться. Нормативные показатели приведены в таблице 2.

Статистическая обработка данных проведена в программе IBM SPSS Statistics 23 с помощью описательной статистики, корреляционного анализа (критерий ранговой корреляции Спирмена), кластерного анализа (иерархическая кластеризация с расчетом внутригрупповых связей по методу косинуса) и выявления различий (непараметрический критерий Краскела-Уоллиса с пост-хок тестами по критерию Манна-Уитни).

Для изучения параметров выраженности характеристик качества жизни нами был использован метод квартильной оценки с целью определения нормативных значений по каждой характеристике для данной выборки респондентов.

Таблица 1

Параметры выраженности компонентов качества жизни у работников атомной промышленности

Шкала	Нормативные значения	Среднее в группе	Медиана	Мода
Физическое функционирование	65–85	82,56	90	100
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	50–75	70,75	100	100
Интенсивность боли	62–80	78,81	84	100
Общее состояние здоровья	60–81	62,77	65	77
Жизнеспособность	65–85	62,83	65	75
Социальное функционирование	50–63	40,57	50	50
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	67–80	69,70	100	100
Психологическое здоровье	60–83	63,69	64	44; 68

Согласно полученным результатам, у работников атомного производства выраженность показателей всех шкал физического компонента здоровья соответствуют нормативным средним значениям (табл. 1). В отношении психологического компонента здоровья выявлено, что показатели «Жизнеспособность» и «Социальное функционирование» ниже нормативного среднего, а показатели «Ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием», и «Психологического здоровья» соответствуют нормативным средним значениям. Однако низкие значения моды по показателю «Психологическое здоровье» указывают на то, что у респондентов наиболее часто встречаются значения данного показателя, которые ниже нормативного среднего.

Таблица 2

Средние значения показателей жизнестойкости у работников атомной промышленности

Шкала	Нормативные показатели	Среднее в группе	Медиана	Мода
Вовлеченность	37,64±8,08	33,02	32	28
Контроль	29,17±8,43	28,48	28	24
Риск	13,91±4,39	16,11	16	15
Жизнестойкость	80,72±18,53	77,61	75	65

В соответствии с результатами таблицы 2 выраженность всех компонентов жизнестойкости у работников атомной промышленности соответствует нормативным средним значениям.

Для выявления взаимосвязей показателей качества жизни и жизнестойкости использовался корреляционный анализ, критерий ранговой корреляции Спирмена при уровне значимости $p \leq 0,05$ (табл. 3). Выявленные прямые взаимосвязи «Физического функционирования» качества жизни и показателей «Вовлеченность», «Контроль» и «Жизнестойкость» указывают на то, что респонденты, ощущающие собственную значимость и ценность, способные осуществлять контроль над собой и ситуацией и обладающие большей жизнестойкостью, не ограничены в своей физической нагрузке из-за состояния здоровья. Прямые взаимосвязи показателей качества жизни «Общее состояние здоровья», «Жизнеспособность», «Психологическое здоровье» и всех показателей жизнестойкости говорят о том, что выше оценивают свое состояние здоровье, чувствуют себя более полными сил и энергии, психологически более благополучны те респонденты, которые более способны препятствовать возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания, копинг-стратегий.

Таблица 3

Результаты изучения связи показателей качества жизни и жизнестойкости у работников атомной промышленности

Шкала	Вовлеченность	Контроль	Риск	Жизнестойкость
Физическое функционирование	0,189	0,179	-	0,205
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	-	-	-	-
Интенсивность боли	-	-	-	-
Общее состояние здоровья	0,303	0,213	0,178	0,280
Жизнеспособность	0,249	0,279	0,188	0,289
Социальное функционирование	-	-	0,193	-
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	-	0,193	0,194	0,225
Психологическое здоровье	0,206	0,228	0,195	0,243

Выявленная прямая взаимосвязь показателя качества жизни «Социальное функционирование» и компонента жизнестойкости «Риск» указывает на то, что более социально активны и открыты вне зависимости от своего физического и эмоционального состояния те респонденты, кто более ориентирован на новый опыт и убежден, что все случившееся способствует развитию человека за счет знаний, извлекаемых из опыта. Прямые взаимосвязи показателей качества жизни «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и компонентов жизнестойкости «Контроль», «Риск», «Общая жизнестойкость» свидетельствуют о том, что чем более способны респонденты осуществлять контроль над собой и ситуацией в целом, проявлять готовность предпринимать действия без гарантии будущего успеха, относиться осмысленно к своей жизни, тем в меньшей степени их ролевое функционирование зависит от их эмоциональных состояний, что указывает на возможность саморегуляции эмоциональных состояний.

Для подтверждения гипотез корреляционного анализа и выявления типов респондентов по характеру связей их качества жизни с жизнестойкостью был использован кластерный анализ. Кластеризация проводилась для испытуемых (случаев) методом последовательной иерархической кластеризации с расчетом внутригрупповых связей по методу косинуса. Агломеративная кластеризация дает возможность предположить, что данную выборку целесообразно разделить на 3 кластерные группы (рис. 1). Выраженность показателя «Социальное функционирование» психологического компонента качества жизни во всех кластерных группах соответствует умеренно низкому уровню.

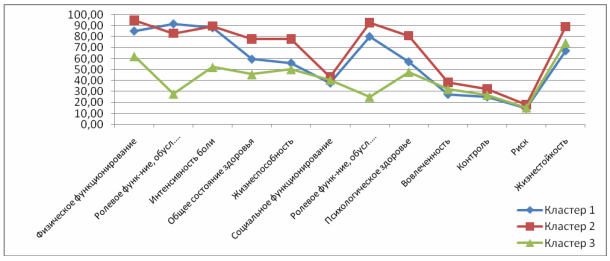


Рис. 1. Графики средних значений по показателям качества жизни и жизнестойкости

У респондентов, вошедших в кластерную группу 2, выраженность показателей «Физическое функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Интенсивность боли» физического компонента качества жизни и показателя «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» психологического компонента качества жизни соответствует высокому уровню. Среднему уровню соответствует выраженность показателей «Общее состояние здоровья» физического компонента качества жизни, «Жизнеспособность» и «Психологическое здоровье» психологического компонента качества жизни, всех показателей жизнестойкости.

У респондентов кластерной группы 1 выраженность показателей «Физическое функционирование» и «Общее состояние здоровья» физического компонента качества жизни, «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» психологического компонента качества жизни, показателей «Контроль», «Риск», «Жизнестойкость» соответствует среднему уровню; выраженность показателей «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «Интенсивность боли» физического компонента качества жизни соответствует высокому уровню; выраженность показателей «Жизнеспособность» и «Психологическое здоровье» психологического компонента качества жизни, «Вовлеченность» соответствует умеренно низкому уровню.

У респондентов кластерной группы 3 выраженность показателей «Физическое функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Интенсивность боли», «Общее состояние здоровья» физического компонента качества жизни, «Жизнеспособность», «Психологическое здоровье» психологического компонента качества жизни соответствует умеренно низким значениям. Выраженность показателя «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», психологического компонента качества жизни соответствует низкому значению, а выраженность всех показателей жизнестойкости соответствует средним значениям.

Для выявления различий по показателям качества жизни и жизнестойкости между тремя кластерами использовался непараметрический критерий Краскела-Уоллиса. В результате были выявлены статистически значимые различия (при $p \leq 0,05$) по всем показателям качества жизни, кроме «Социального функционирования», и по всем показателям жизнестойкости. Для этих данных был проведен пост-хок тест – попарные сравнения по критерию Манна-Уитни (табл. 4).

Таблица 4

Статистически значимые различия в показателях качества жизни и жизнестойкости между кластерами у работников атомной промышленности

Шкала	Кластеры		
	1 и 2	1 и 3	2 и 3
Физическое функционирование	U= 651,0 p=0,001	U=317,0 p=0,000	U=165,5 p=0,000
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	Нет	U=63,5 p=0,000	U=162,0 p=0,000
Интенсивность боли	Нет	U=202,0 p=0,000	U=205,0 p=0,000
Общее состояние здоровья	U=342,0 p=0,000	U=473,5 p=0,005	U=179,0 p=0,000
Жизнеспособность	U=269,5 p=0,000	нет	U=227,5 p=0,000
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	U=829,0 p=0,028	U=174,0 p=0,000	U=68,0 p=0,000
Психологическое здоровье	U=327,0 p=0,000	U=552,0 p=0,043	U=130,5 p=0,000
Вовлеченность	U=273,5 p=0,000	U=437,0 p=0,001	U=508,0 p=0,001
Контроль	U=390,0 p=0,000	нет	U=466,0 p=0,000
Риск	U=559,0 p=0,000	нет	U=612,0 p=0,025
Жизнестойкость	U=286,0 p=0,000	нет	U=455,0 p=0,000

Выявленные статистически значимые различия между кластерами говорят о том, что группу респондентов можно разделить по степени выраженности показателей качества жизни и жизнестойкости (табл. 4). В кластерной группе 2 значимо выше выраженность показателей качества жизни (общее состояние здоровья, физическое функционирование, ролевое,

обусловленное физическим и эмоциональным состояниями, жизнеспособность, интенсивность боли, психологическое здоровье) и всех компонентов жизнестойкости, чем в кластерной группе 3; также значимо выше, чем в кластерной группе 1, выраженность показателей «Физическое функционирование», «Общее состояние здоровье» физического компонента качества жизни, трех сравниваемых показателей психологического компонента качества жизни – «Жизнеспособность», «Ролевое, обусловленное эмоциональным состоянием», «Психологическое здоровье» и всех компонентов жизнестойкости. В кластерной группе 1 по сравнению с кластерной группой 3 значимо выше выраженность всех показателей физического компонента качества жизни, показателей «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «Психологическое здоровье» психологического компонента качества жизни, но значимо ниже выраженность показателя «Вовлеченность» жизнестойкости, в других компонентах жизнестойкости («Контроль», «Риск») различий между группами 1 и 3 не обнаружено.

Обсуждение результатов. По итогам выявления оценки качества жизни у респондентов по показателям физического и психологического здоровья установлено, что у многих респондентов физическая активность не ограничена состоянием здоровья, а повседневная деятельность (работа, выполнение обычной деятельности) – физическими состоянием. Большинство из них удовлетворено своим физическим состоянием и физическим здоровьем. Работники атомного производства в целом достаточно позитивны, в основном они не испытывают негативного влияния эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности. Однако у некоторых отмечается утомление, снижение жизненной активности, ограничение социальных контактов, уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Также есть респонденты, испытывающие депрессивные и тревожные переживания, психологическое неблагополучие.

Выявление ресурсов стрессоустойчивости показало, что многие респонденты способны ощущать собственную значимость и ценность, обладать мотивацией к реализации лидерства, здоровому образу мыслей и поведению, к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений, в противовес впадению в состояние беспомощности и пассивности, готово предпринять какие-либо действия без гарантии будущего успеха. Респонденты в основном открыты окружающему миру, воспринимают события жизни как вызов и испытания лично себе, которые позволят им самораскрыться и узнать больше о себе.

Жизнестойкость респондентов, смягчающая эффекты стрессогенных обстоятельств, помогает не только сохранить здоровье и трудоспособность, но и сократить риск возникновения ошибок на производстве.

Выявленные корреляционные взаимосвязи свидетельствуют о том, что работники атомного производства, обладающие высокими ресурсами стрессоустойчивости, способные контролировать себя и ситуацию, ощущающие собственную значимость и ценность, более удовлетворены своим физическим и психологическим состоянием здоровья, полны сил и энергии, активны в своей повседневной жизнедеятельности вне зависимости от физического и эмоционального состояния.

Согласно данным кластерного анализа, по уровням выраженности и характеру взаимосвязей показателей качества жизни и компонентов жизнестойкости можно выделить три типа работников.

Первый тип представляют работники с высокой удовлетворенностью состоянием своего физического и психологического здоровья, высокими ресурсами жизнестойкости, препятствующими возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях. Данный тип работников получил условное название «Высокий ресурс психического и психологического здоровья». Второй тип составляют работники, которые удовлетворены своим физическим здоровьем и состоянием, при этом они испытывают некоторое психологическое неблагополучие, проявляющееся в утомляемости, снижении активности, включенности в жизнь, в появлении тревожных, депрессивных переживаний. Данный тип работников был условно назван «Группа психологического риска нарушения психического здоровья». Третий тип работников отличается умеренно низким уровнем удовлетворенности следующими показателями физического здоровья: общим состоянием здоровья, физическим функционированием, ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием, интенсивностью боли; а также умеренно низким уровнем удовлетворенности такими показателями психологического компонента здоровья, как психологическим здоровьем, жизнеспособностью и ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием. При этом эти работники характеризуются способностью быть включенными в жизнь, преобразовывать жизненные события в новые возможности вопреки внешнему давлению и обстоятельствам.

Учитывая данные корреляционного анализа (критерий Спирмена при уровне $p \leq 0,05$), когда с жизнеспособностью и психологическим здоровьем прямо связаны такие показатели физического компонента здоровья, как физическое

функционирование (r=0,506 и r=0,641), общее состояние здоровья (r=0,408 и r=0,642) и интенсивность боли (r=0,636 и r=0,526), а с ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием, прямо связано ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (r=0,460), мы можем предположить, что у данного типа работников могут возникать реальные проблемы со здоровьем, которые могут эмоционально переживаться, снижая уровень психологического здоровья, и влиять на ролевое функционирование. В то же время наличие такого психологического ресурса, как жизнестойкость, особенно возможности респондентов быть включенными в жизнь, позволяет им трансформировать жизненные ситуации в новые собственные возможности, преодолевая давление внешних обстоятельств. Данный тип работников получил условное название «Группа физического риска нарушения психического здоровья».

Выводы. По уровню удовлетворенности состоянием физического и психологического здоровья и выраженности психологического ресурса жизнестойкости, а также характеру их взаимосвязей выделено три типа работников с высоким потенциалом психического и психологического здоровья, психологическим фактором риска нарушения психического здоровья и физическим фактором риска нарушения психического здоровья.

Выявленные типы позволяют рассматривать показатели качества жизни и жизнестойкость как важные критерии оценки уровней профессионального здоровья у работников атомного производства.

Показатель жизнестойкости может быть чувствителен к изменению психического здоровья работников, а также может рассматриваться в качестве личностного реабилитационного ресурса при оказании медико-психологической помощи группе риска нарушения психического и соматического здоровья.

Показатели качества жизни и жизнестойкости могут быть включены в критерии профессионального отбора, в предмет диагностики, в мишени профилактики и коррекции проблем профессионального долголетия и развития работников атомного производства.

Литература

1. *Антухов А. В.* Психическое здоровье работников особо опасного производства атомной промышленности: дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2010. – 190 с.
2. *Метляева Н. А.* Особенности психофизиологического статуса больных острой лучевой болезнью и участников ликвидации аварии на ЧАЭС // Медицинская радиология и радиационная безопасность. – 2007. – Т. 52, № 3. – С. 10—21.
3. *Рудницкий В. А.* Клинические особенности непсихотических психических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5 (56). – С. 97—99.
4. *Писарева Л. Ф., Одинцова И. Н., Бояркина А. П., Чердынцева Н. В., Воевода М. И., Белявская В. А., Рапута В. Ф., Чойнзонов Е. Л.* Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения, проживающего в зоне влияния Сибирского химического комбината // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – № 6 (36). – С. 28—36.
5. *Рихванов Л. П.* Состояние окружающей среды и здоровье населения в зоне влияния Сибирского химического комбината: Аналитический обзор. – Томск: Изд-во ТПУ, 1994. – 84 с.
6. *Рудницкий В. А.* Типы течения непсихотических психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и эффективность лечебно-профилактических мер // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6 (81). – С. 27—32.
7. *Рудницкий В. А., Никитина В. Б., Аксенов М. М., Гарганеева Н. П.* Экологическая, пограничная и социальная психиатрия: методологические подходы // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 1. – С. 55—59.
8. *Решетникова Е. М.* Психологический статус ликвидаторов аварии на ЧАЭС: отдаленные последствия и реабилитация: автореф. дис. … канд. психол. наук. – СПб., 2011. – 24 с.
9. *Bromet E. J.* Emotional Consequences of Nuclear Power Plant Disasters // Health Physics. – 2014. – № 106 (2). – P. 206—210.
10. *Shigemura J., Tanigawa T., Saito I., Nomura S.* Psychological distress in works at the Fukushima nuclear power plants // JAMA. – 2012. – Vol. 308 (7). – P. 667—669.
11. *Булдаков Л. А., Калистратова В. С.* Радиационное воздействие на организм – положительные эффекты. М. : Информ. Атом, 2005. – 246 с.
12. *Семке В. Я., Бохан Т. Г., Богомаз С. А., Гердт Ю. В.* Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1(64). – С. 57—62.
13. *Марухленко Д. В.* Психосоматические расстройства у работников особо опасного производства Сибирского химического комбината: дис. ... к.м.н. – Томск, 2004. – 229 с.
14. *Баева И. А.* Психологическая безопасность образовательной среды: теоретические основы и технологии создания: дис. ... д.п.н. – СПб., 2002. – 386 с.
15. *Бохан Т. Г.* Культурно-исторический подход к стрессу и стрессоустойчивости: дис. … д.п.н. – Томск, 2008. – 394 с.
16. *Бохан Т. Г., Богомаз С. А., Непомнящая В. А.* Психологическая готовность жителей 30-километровой зоны атомного производства к управлению «невидимым» стрессом // Сибирский психологический журнал. – 2008. – Вып. 28. – С. 75—81.
17. *Maddi S. R., Harvey R.* Hardiness Considered Across Cultures // Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping. – New York: Springer, 2005. – P. 403—420.
18. *Maddi S. R.* Hardiness: The courage to grow from stresses // Journal of Positive Psychology. – 2006. – Vol. 1 (3). – P. 160–168.

Транслитерация русских источников

1. *Antukhov A.V.* [Mental health among workers of especially dangerous production of atomic industry]. *Dis. ... kand. med. nauk.* [PhD thesis]. Tomsk, 2010. 190 p. (In Russ.).
2. *Metlyaeva N.A.* [Features of psychophysiological state among patients with acute radiation sickness and the liquidators of the Chernobyl accident]. *Meditsinskaya radiologiya I radiatsionnaya bezopasnost'* [Medical Radiology and Radiation Safety]. 2007; 52 (3): 10–21. (In Russ.).
3. *Rudnitsky V.A.* [Clinical features of non-psychotic mental disorders among patients exposed to small doses of radiation]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5(56): 97–99. (In Russ.).

4. *Pisareva L.F., Odintsova I.N., Boyarkina A.P., Cherdyntseva N.V., Voevoda M.I., Belyavskaya V A., Raputa V.F., Choynzonov E.L.* [Morbidity and mortality from malignant neoplasms among the population living in the zone of influence of the Siberian Chemical Plant]. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal* [Siberian Journal of Oncology]. 2009; 6(36): 28–36. (In Russ.).
5. *Rikhvanov L.P.* [The environment and the health of the population in the zone of influence of the Siberian chemical plant: an analytical review]. Tomsk. Publishing House of TPU, 1994. 84 p. (In Russ.).
6. *Rudnitsky V.A.* [Types of current of non-psychotic mental disorders among liquidators of the Chernobyl accident and the effectiveness of treatment and preventive measures]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 6(81): 27–32. (In Russ.).
7. *Rudnitsky V.A., Nikitina V.B., Aksenov M.M., Garganeeva N.P.* [Ecological, borderline and social psychiatry: methodological approaches]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal* [Tyumen Medical Journal]. 2014; 16(1): 55–59. (In Russ.).
8. *Reshetnikova E.M.* [Psychological status among liquidators of the Chernobyl accident: long-term effects and rehabilitation]. *Avtoref. dis. … k.p.n.* [Abstract of PhD thesis in psychology]. SPb., 2011. 24 p. (In Russ.).
11. *Buldakov L.A., Kalistratova V.S.* [Radiation effects on the body – positive effects]. Moscow: Inform. Atom, 2005. 246 p. (In Russ.).
12. *Semke V.Ya., Bokhan T.G., Bogomaz S. A., Gerdt Yu.V.* [Psychological safety in the structure of the mental health of population living under conditions of technogenic-ecological threat risk]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 1(64): 57–62. (In Russ.).
13. *Marukhlenko D.V.* [Psychosomatic disorders among workers of especially hazardous production of the Siberian Chemical Plant]. *Dis. ... kand. med. nauk.* [PhD thesis]. Tomsk, 2004. 229 p. (In Russ.).
14. *Baeva I A.* [Psychological safety of educational environment: theoretical bases and technologies of creation]. *Dis. ... d.p.n.* [PhD thesis in psychology]. St. Petersburg, 2002. 386 p. (In Russ.).
15. *Bokhan T.G.* [Cultural-historical approach to stress and stress resistance]. *Dis. ... d.p.n.* [PD thesis in psychology]. Tomsk, 2008. 394 p. (In Russ.).
16. *Bokhan T.G., Nepomnyashchaya V.A., Bogomaz S.A.* [Psychological availability of “invisible” stress management by people who live in area of atomic production]. Sibirskiy psikhologicheskiy zhurnal [Siberian Journal of Psychology]. 2008; 28: 75–81. (In Russ.).

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.89-008:159.96:325.1
ББК 56.145.7-1-3-4-5

КРОССКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (литературный обзор)

Бохан Н. А.[1,2], Султанова А. Н.[*3], Овчинников А. А.[3]

[1] **НИИ психического здоровья Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук** *634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

[2] **ГБОУ ВПО Сибирский ГМУ Минздрава России** *634050, Томск, Московский тракт, 2*

[3] **ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ Минздрава России** *630091, Новосибирск, Красный проспект, 52*

Проблема миграции рассматривается авторами в теоретическом аспекте с позиции социологической и психологической обусловленности. Соответствующие вопросы обсуждаются в диагностическом аспекте, и в этом русле проанализированы современные точки зрения на диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) в соответствии с диагностическими системами МКБ-10 и DSM (от DSM-III до DSM-IV-TR).Особое внимание уделяется необходимости понимания и осмысления культурного разнообразия в психиатрии. **Ключевые слова**: мигранты, дети-мигранты, психическое здоровье, посттравматическое стрессовое расстройство, факторы миграции, диагностические системы МКБ-10 и DSM.

CROSS-CULTURAL ASPECTS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS (LITERATURE REVIEW). Bokhan N. A.[1,2], Sultanova A. N.[3], Ovchinnikov A. A.[3] [1] Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. *Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* [2] **Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation.** *Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation.* [3] **Novosibirsk State Medical University.** *Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation.* The authors consider migration problem in a theoretical aspect from the view of sociological and psychological dependence. Related issues are discussed in the diagnostic aspect and modern point of view on the diagnosis “posttraumatic stress disorder” (PTSD) is analyzed in this way in accordance with diagnostic systems ICD-10 and DSM (from DSM-III to DSM-IV-TR). A special attention is paid to the necessity of awareness and understanding of cultural diversity in psychiatry. **Keywords**: migrants, migrant children, mental health, posttraumatic stress disorder, migration factors, diagnostic systems ICD-10 and DSM.

Во всем мире происходят массовые перемещения народов из одних стран в другие. L. Zanfrini [42] объясняет миграционные процессы в зависимости от различных социологических аспектов. По данным «сетевой теории» («network theory»), миграцию можно определить как совокупность общественных отношений, влияющих на решения одного человека. На выбор страны, как правило, влияет тот факт, что некоторые друзья уже мигрировали в эту страну, поэтому они ожидают от них определенную поддержку: помощь с жильем и работой, бюрократические процедуры, помощь с адаптацией в другой культуре. Эта теория объясняет, почему, например, миграционные потоки в страну продолжаются, несмотря на дефицит вакансий. Кроме того, мысли относительно работающих за рубежом знакомых, друзей вызывают чувство «сравнительного лишения» и осознание своей собственной бедности. Этот фактор, по мнению автора, подталкивает людей к миграции, что влечет за собой «миграцию культур».

В современном мире, в обществе глобализации, очень остро возникает все растущая потребность в разработке культурно соответствующих служб психического здоровья для лиц с миграционным анамнезом. Часто это лица, которые испытали социальное отчуждение и дискриминацию в стране переселения. Достаточно остро стоит вопрос внедрения интегрированных служб, оказывающих психологическую, педагогическую, юридическую и социальную поддержку и гибко реагирующих на потребности гетерогенных групп мигрантов способами, которые соответствуют их культурным представлениям и нормам. В свете этого уникального набора проблем существует постоянная потребность в информации о психообразовательных и психиатрических мерах, эффективных в работе с психологической травмой.

У ряда авторов вызывает беспокойство культурное несоответствие психологических методов оценки, уровень культурной компетентности персонала, который проводит психолого-психиатрическую диагностику [33, 38]. Существует множество межкультуральных сходств и различий в представлении симптомов, а также в методах реагирования на эти симптомы [21].

Эмпирические результаты исследований последних десятилетий позволяют сделать вывод, что мигранты подвержены развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в 10 раз чаще, чем принимающее население, и в 5 раз чаще большого депрессивного расстройства с различными симптомами сопутствующих психических расстройств [13, 34]. Однако теоретический анализ работ, посвященных вопросам психопатологии среди мигрантов, выявил различия как в количествен-

[*] *Султанова Аклима Накиповна, к.м.н., доцент, тел.: 89137735177, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru*

Овчинников Анатолий Александрович, доктор мед. наук, профессор

ной, так и в качественной характеристике данного показателя, что, скорее всего, связано с методологическими проблемами, а в первую очередь с культурной нечувствительностью диагностического инструментария.

В связи с этим остро встает вопрос о культурной применимости «модели травмы» и других западных методов оценки и моделей психического здоровья в незападных популяциях [10, 39].

В Стокгольмском транскультуральном центре исследователи оценили основные схемы культуральной адаптации (OCF – Outline for Cultural Formulation) DSM-IV при диагностике мигрантов и пациентов-беженцев в амбулаторной психиатрической клинике в Швеции. Использование OCF вместе со стандартными диагностическими процедурами привело к пересмотру диагнозов у 56,5 % пациентов. Тревожные расстройства, и особенно ПТСР, составляли основные группы, в которые было внесено большинство изменений. Чтобы понять, как информация из интервью OCF принудила клиницистов пересмотреть диагнозы, данные из клинических обсуждений были проанализированы посредством качественного контент-анализа. В результате проведенной статистической работы выявили 4 основные темы, связанные с переоценкой, а порой и подтверждением данных клинических психиатрических диагнозов: новизна информации, выражение неблагополучия на эмоциональном языке, выражение страдания в связи с жизненным опытом, улучшение понимания страдания пациента. Полученные данные свидетельствуют, что OCF может быть полезна для культуральной адаптации внутренней картины болезни, изучения в контексте диагностической классификации, улучшения целостного понимание пациента, что может облегчить индивидуальный подход к планированию лечения и терапии [8].

Исследователи из университета в г. Осло выявили высокодостоверную статистическую взаимосвязь между травмирующим опытом и инвалидностью. Авторы делают акцент на необходимости расширения услуг медицинского спектра для лиц, подвергшихся травматическому опыту [7].

В соответствии с DSM-III были выделены 4 диагностические категории для ПТСР. Первая категория включает этиологический фактор (в данном случае – стрессовое воздействие, которое почти у каждого человека вызывает сильный дистресс). Вторая диагностическая категория подразумевает симптомы повторного переживания травмы (повторяющиеся, вторгающиеся в сознание воспоминания о психотравмирующем событии – ПС, повторяющиеся сновидения о ПС, вызванные внешним раздражителем или воображением, внезапно возникающее ощущение, что ПС снова происходит, и соответствующая поведенческая реакция). Третья диагностическая категория (обозначенная как эмоциональная отстраненность, бесчувственность) включает выраженное снижение интереса к одному или более значимым видам деятельности; чувства отрешенности, отчужденности от окружающих; сужение аффекта. Четвертая диагностическая категория указывает на не наблюдавшиеся ранее симптомы. В этот перечень входят повышенная возбудимость и чрезмерная старт-реакция; нарушения сна; чувство вины спасшегося; проблемы с памятью или трудности концентрации внимания; избегание действий, которые могут напомнить о ПС; усиление клинических проявлений в условиях, напоминающих о ПС.

В соответствии с перечисленными критериями DSM-III диагностика ПТСР была правомерной при наличии этиологического фактора и, как минимум, 1 симптома из второй и третьей групп (осей) и 2 симптомов из четвертой. В другой редакции этой классификации – DSM-III-R (1987) [4] число необходимых для диагностики симптомов возросло с 4 до 7. Порядковые номера диагностических осей (именуемых критериями) получили буквенные наименования. Теперь для постановки диагноза ПТСР, помимо наличия этиологического фактора (критерий A), было необходимо наличие 1 симптома группы B (повторное переживание), 3 симптомов группы C (избегание) и 2 симптомов группы D (повышенная возбудимость). Был добавлен и критерий E (длительность заболевания не менее 1 месяца). Кроме того, в DSM-III-R были привнесены уточнения и дополнения, в частности особенности симптомов ПТСР у детей, например навязчивое повторение ПС в форме посттравматических игр.

В DSM-IV (1994) [5] впервые предложено диагностическое понятие острого стрессового расстройства (ОСР). Его появление объяснялось необходимостью описания ОСР у лиц, подвергшихся чрезвычайной психической травме, с развившимся впоследствии ПТСР. Тем самым подразумевалось, что ОСР – начальная стадия ПТСР [4]. При этом его длительность ограничивается 1 месяцем. Клиническое отличие ОСР от ПТСР определяется наличием в 1-й месяц после психической травмы диссоциативных симптомов. Для постановки диагноза ОСР, помимо критериев ПТСР, необходимо наличие еще как минимум трех симптомов диссоциативного круга (для детей достаточно одного). В DSM-IV впервые выделяется и тип течения (ПТСР) – острое (менее 3 месяцев) и хроническое (более 3 месяцев), а также ПТСР с отставленным началом заболевания – по меньшей мере через 6 месяцев после стрессорного воздействия.

Таким образом, все обусловленные стрессом расстройства в соответствии с данной классификацией разделяются на три этапа: ОСР, острое ПТСР и хроническое ПТСР.

При этом констатация ОСР проводится в большинстве исследований ретроспективно, на основе анализа анамнестических данных. С выделением диагноза ОСР разработчики DSM-IV были вынуждены ввести в критерий А, помимо фактора наличия психотравмирующего события, реакцию индивида на это событие в виде переживания ужаса и беспомощности (у детей – дезорганизованного ажитированного поведения). Таким образом, критерий субъективного восприятия события как значимой для личности угрозы становится необходимым для диагностики болезни. Это ограничивает группу пострадавших в результате какого-либо происшествия теми индивидами, у которых это событие вызвало душевное потрясение [2].

Проблему соответствия между объективным и субъективным компонентами травмы (критерии А1 и А2 соответственно), а также между различными видами травм и посттравматического стрессового расстройства у мигрантов попытались решить исследователи из США. Взаимосвязь между объективным и субъективным компонентами травмы была обнаружена, однако высокий уровень соответствия наблюдался при психологических травмах, имеющих политическую окраску. Наличие в анамнезе насилия, независимо от ее этиологии, было связано с высокими показателями ПТСР [35].

S. Shahnavaz, S. Ekblad [37] утверждают, что опыт войны и связанная с подобным бедствием травма являются менее прогнозирующими для развития серьезного психологического заболевания, чем опыт личной травмы, например, несчастные случаи, неуверенность и кажущееся отсутствие социального принятия. Авторами было предложено, что понимание и осмысление культурного разнообразия в психиатрии является более важным аспектом, чем культурная компетентность в отдельно взятой культуре. Сравнительный анализ уровня тревожности и ПТСР показал более высокий уровень исследуемых показателей в группе беженцев; трудовые мигранты обнаружили уровень тревожности выше, чем у местного населения, но ниже, чем у беженцев [25]. Исследователи из Германии также обнаружили, что депрессия, тревожность и ПТСР – это наиболее распространенные психиатрические расстройства среди мигрантов [24].

В обзоре норвежских авторов указывается на влияние культуры мигранта на этиологию психических расстройств, а также на приемлемость психиатрического лечения. Авторы подчеркнули важность понимания врачом культуры пациента, в том числе семейных систем и травматических событий в жизни [26]. В результате сравнительных исследований норвежских детей и детей-беженцев обнаружилось, что у детей-беженцев более часто диагностируются ПТСР [9]. Авторы предлагают создать мультидисциплинарную команду для оценки здоровья и обращения с детьми-беженцами, которая помогла бы построить компетентную в транскультуральном аспекте область медицины.

Подростки-мигранты подвергаются повышенному риску развития эмоциональных и поведенческих проблем, – как утверждают ученые из Бельгии, проведя скрининговое исследование с участием 1 249 подростков-мигрантов и 602 бельгийских подростков. Подростки-мигранты испытали больше травматических событий, чем их бельгийские сверстники, и показали более высокий уровень психологических проблем, характерной чертой этих подростков оказалась стратегия избегания. Бельгийские же подростки были склонны к экстернализации проблемы. Исследователи делают вывод о том, что факторами, влияющими на распространенность эмоциональных и поведенческих проблем, являются количество травмирующих ситуаций, которые подросток пережил, пол и отношение к нему в принимающей стране. Ученые призывают о необходимости внедрения всемирной программы поддержки групп риска среди мигрирующего населения, в которую входят девушки-подростки, чаще испытавшие большое число травмирующих событий [12].

В США проведено исследование, целью которого было выявить наличие риска соматических симптомов у лиц с ПТСР. Выяснили, что посттравматический стресс повышает риск соматических симптомов; помимо того, обнаружены коморбидные психические расстройства [6].

Исследования, проведенные среди местного населения Лондона, наглядно показали взаимосвязь стрессов, связанных с безработицей и другими социальными проблемами, с высоким уровнем ПТСР [14]. Мы можем говорить о необходимости введения понятия «порочного круга при ПТСР», поскольку само ПТСР, как причинный фактор многих сопутствующих заболеваний, связано с нетрудоспособностью. В высокоиндустриальных странах, где ведущим является стремление к достижению и человеческий фактор не является приоритетным, частая нетрудоспособность работника чревата безработицей, что является одним из пусковых моментов рецидива ПТСР.

Интересными представляются работы, акцентирующие внимание на психологических травмах, связанных с процессом миграции и постмиграционной ситуацией [36]. Результаты исследования показывают, что основные факторы, влияющие на успешную адаптацию, – это травма перед миграцией, семейное положение

и пол. Но ключевым фактором для психического здоровья мигранта, по мнению авторов, все же является социальная поддержка со стороны этнического сообщества мигранта.

Необходимость социальной поддержки связана, с нашей точки зрения, с тем, что основная масса мигрантов, переезжающих в высокоиндустриальные, в развитые страны, являются выходцами из традиционных, коллективистических культур. В коллективистических культурах, в отличие от индивидуалистических, люди принадлежат к определенным группам, которые, в свою очередь, должны заботиться о них в обмен на преданность членов группы ее интересам. Таким образом, социальная изоляция и процесс аккультурации могут быть основными культурно обусловленными проблемами психического здоровья мигрантов.

В этнопсихологическом плане накоплено много материала, который свидетельствует о влиянии индивидуальных характеристик мигранта на успешность адаптированности в новой культурной среде [1, 3, 31, 40]. Исследователи из Боснии подтверждают эти данные. Бывшие боснийские беженцы, которые остались жить в регионе, продолжали показывать психическое расстройство и нетрудоспособность спустя 3 года после первичной диагностики. Социальная изоляция, мужской пол, более старший возраст были связаны со смертностью [32]. За последнее десятилетие набрано большое количество эмпирического материала, указывающего на взаимосвязь гендерного фактора с уровнем тревожности и депрессии [15, 28]. Превалирующее число таких исследований отмечают женский пол как фактор риска для развития психической патологии. В то же время другие ученые говорят о том, что все-таки понятие «гендер» – это, в первую очередь, социально сконструированное понятие и опирается оно, конечно же, на культурально принятые основы ролевого поведения и идентичности [17, 23, 27].

Результаты лонгитудинального исследования, проведенные в Южной Корее, примечательны тем, что исследованы представители одного этноса, оказавшиеся гражданами разных стран. Если Южная Корея шла по пути экономического роста и модернизации, то Северная Корея перенесла большие экономические трудности и голод в результате краха коммунистического строя. С 1998 г. растет количество беженцев из Северной Кореи. Первой страной, в которую чаще попадают эти беженцы, становится Китай, уже оттуда они мигрируют в Южную Корею. Начиная с 2000 г. доля беженцев из Северной Кореи составляет более 2 500 человек в год, а к концу 2011 г. было отмечено, что Южная Корея приняла более 23 000 человек [30]. Южнокорейское общество озабочено вопросами сохранения здоровья северокорейских мигрантов и их успешной адаптации в их стране [41]. Проведенные исследования показали, что северокорейские мигранты чаще проявляют депрессивную симптоматику, у них также чаще диагностируется ПТСР и другие психологические проблемы, связанные с негативным опытом переселения и дезертирства [16, 18, 19, 22, 29]. Соматическое здоровье этих людей также было на низком уровне [20, 41].

Заключение. Проблема адаптации мигрантов в новой культуре − один из актуальных вопросов как в области психологии, так и в психиатрической сфере. Согласно МКБ-10, ПТСР возникает в ответ на психическую травму, имеющую экстраординарное значение, однако демографические показатели, микросоциум и личностные предпосылки играют важную роль в развитии ПТСР. В этнопсихологическом плане накоплено много материала, который свидетельствует о влиянии индивидуальных характеристик мигранта на успешность адаптации в новой культурной среде. К психологическим коррелятам ПТСР у мигрантов относят, в первую очередь, депрессивную симптоматику и тревожные состояния. Специалисты в области миграции предлагают внедрение всемирной программы поддержки групп риска среди мигрирующего населения.

Литература

1. *Гриценко В. В.* Роль индивидуальных различий в процессе адаптации вынужденных мигрантов // Психология беженцев и вынужденных переселенцев: опыт исследований и практической работы. – М., 2001. – С. 117.
2. *Кекелидзе З. И., Портнова А. А.* Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – № 12. – С. 4—7.
3. *Фрейнкман-Хрусталева Н. С., Новиков А. И.* Эмиграция и эмигранты: История и психология. – СПб., 1995. – С. 137.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition, revised. – Washington, DC : Am Psychiat Associat, 1987.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR). – Washington, DC : Am Psychiat Associat, 1994.
6. *Andreski P., Chilcoat H., Breslau N.* Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study // Psychiatry Res. – 1998. – Jun. 15. – V. 79 (2). – P. 131—138.
7. *Ayazi T., Lien L., Eide A. H., Jenkins R., Albino R. A., Hauff E.* Disability associated with exposure to traumatic events: results from a cross-sectional community survey in South Sudan // MC Public Health. – 2013. – May 14. – V. 13. – P. 469.
8. *Bäärnhielm S., Åberg Wistedt A., Rosso M. S.* Revising psychiatric diagnostic categorization of immigrant patients after using the Cultural Formulation in DSM-IV // Transcult. Psychiatry. – 2015. – Jun. – V. 52 (3). – P. 287—310.
9. *Basilier Vaage A., Garlov I., Hauff E., Hove Thomsen P.* Psychiatric symptoms and service utilization among refugee children referred to a child psychiatry department: A retrospective comparative case note study // Transcultural Psychiatry. – 2007. – V. 44 (3). – P. 440—458.
10. *Bracken P. J.* Trauma: Culture, meaning and philosophy. – London : Whurr Publishers, 2002.

11. *Bryant R. A., Harvey A. G.* Acute stress disorder: a critical review of diagnostic issues // Clin. Psychol. – 1997. – V. 17. – P. 757—773.
12. *Derluyn I., Broekaert E., Schuyten G.* Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. – 2008. – Feb. – V. 17 (1). – P. 54—62.
13. *Fazel M., Wheeler J., Danesh J.* Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review // Lancet. – 2005. – Apr. – V. 365 (9467). – P. 1309—1314.
14. *Frissa S., Hatch S. L., Gazard B., Fear N. T., Hotopf M.* Trauma and current symptoms of PTSD in a South East London community // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2013. – Aug. – V. 48 (8) – P. 1199—1209.
15. *Gwadz M. V., Nish D., Leonard N. R., Strauss S. M.* Gender difference in traumatic events and rates of posttraumatic stress disorder among homeless youth // J. Adolesc. – 2007. – V. 13. – P. 117—129.
16. *Hong C. H., Yoo J. J., Cho Y. A., Eom J., Ku H. J., Seo S. W.* A 3-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among North Korean defectors // J. Korean Neuropsychiat. Assoc. – 2006. – V. 45. – P. 49—56.
17. *Inhorn M. C., Whittle K. L.* Feminism meet the 'new' epidemiologists: toward an appraisal of antifeminist bias in epidemiological research on women's' health // Soc. Sci. Med. – 2001. – V. 13. – P. 553—567.
18. *Jeon B. H., Kim M. D., Hong S. C., Kim N. R., Lee C. I., Kwak Y. S., Park J. H., Chung J., Chong H., Jwa E. K. et al.* Prevalence and correlates of depressive symptoms among North Korean defectors living in South Korea for more than one year // Psychiatry Investig. – 2009. – V. 6. – P. 122—130.
19. *Jeon W. T., Yu S. E., Cho Y. A., Eom J. S.* Traumatic experiences and mental health of North Korean refugees in South Korea // Psychiatry Investig. – 2008. – V. 5. – P. 213–220.
20. *Kim D. S., Cho Y., Moon O. R.* The effect of unusual social experience on the global health of North Korean asylum seekers // Public Health. – 2007. – V. 121. – P. 287—295.
21. *Kleinman A.* Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience. – New York : The Free Press, 1988.
22. *Lee C., Min S., Jeon W., Kigawa M., Sugawara M.* Mental health and quality of life of North Korean defectors living in Japan // Asian J. Psychiatr. – 2009. – V. 2. – P. 95—99.
23. *Leung S. S., Martinson I. M., Arthur D.* Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study // Res. Nurs. Health. – 2005. – V. 13. – P. 27—38.
24. *Lindert J., Brähler E., Wittig U., Mielck A., Priebe S.* Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees. A systematic overview // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. – 2008. – Mar.–Apr. – V. 58 (3—4). – P. 109—122.
25. *Lindert J., Ehrenstein O. S., Priebe S., Mielck A., Brähler E.* Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis // Soc. Sci. Med. – 2009. – Jul. – V. 69 (2). – P. 246—257.
26. *Lustig S. L., Kia-Keating M., Knight W. G., Getman,P., Ellis H., Kinzie J. D., Saxe G. N.* Review of child and adolescent refugee mental health // J. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2004. – V. 43 (1). – P. 24—26.
27. *Macintyre S., Hunt K., Sweeting H.* Gender differences in health: are things really as simple as they seem? // Soc. Sci Med. – 1996. – V. 13. – P. 617—624.
28. *McLean C. P., Anderson E. R.* Brave men and timid women? A review of the gender difference in fear and anxiety // Clin. Psychol Rev. – 2009. – V. 13. – P. 496—505.
29. Medecins Sans Frontieres South Korea Departments. The 2005 Annual Report-Mental Health for North Korean Refugee in South Korea. – 2005.
30. Ministry of Unification, Republic of Korea. Current status of North Korean refugees' resettlement. – http://www. unikorea.go.kr (Accessed 31/01/2012).
31. *Moghaddam F. M., Taylor D. M., Wright S. C.* Social psychology in cross-cultural perspective. – N. Y., 1993.
32. *Mollica R. F., Sarajlic N., Chernoff M., Lavelle J., Vukovic I. S., Massagli M. P.* Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees // JAMA. – 2001. – Aug. 1. – V. 286 (5). – P. 546—554.
33. *Paniagua F. A.* Assessing and treating culturally diverse clients: Practical guide. Sage. – Thousand Oaks, CA, 2005.
34. *Porter M., Haslam N.* Predisplacement and post displacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis // JAMA. – 2005. – Aug. 3. – V. 294 (5). – P. 602—612.
35. *Rasmussen A., Rosenfeld B., Reeves K., Keller A. S.* The subjective experience of trauma and subsequent PTSD in a sample of undocumented immigrants // Nerv. Ment. Dis. – 2007. – Feb. – V. 195 (2). – P. 137—143.
36. *Schweitzer R., Melville F., Steel Z., Lacherez P.* Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2006. – Feb. – V. 40 (2). – P. 179—187.
37. *Shahnavaz S., Ekblad S.* Understanding the culturally diverse in psychiatry rather than being culturally competent: A preliminary report of Swedish psychiatric teams' views on transcultural competence // International Journal of Migration, Health and Social Care. – 2007. – V. 3. – P. 14—30.
38. *Sue S., Zane N., Nagayama Hall G. C., Berger L. K.* The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions // Annual Review of Psychology. – 2008. – Oct. 13. – V. 60 (10). – P. 1—10.
39. *Summerfield D.* A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas // Social Science and Medicine. – 1999. – V. 48. – P.1449—1462.
40. *Triandis H. C.* Culture and social behavior. – N. Y., 1994.
41. *Yoon I. J., Kim S.* Health and medical care of North Korean defectors in South Korea // Health Soc Sci. – 2005. – V. 17. – P. 149—182.
42. *Zanfrini L.* Sociologia delle migrazioni. – Bari : Laterza, 2007.

Транслитерация русских источников

1. *Gritsenko V.V.* [Role of individual differences in the process of adaptation of forced migrants]. In: [Psychology of refugees and forced migrants: experience in research and practical work]. Moscow, 2001; 117. (In Russ.).
2. *Kekelidze Z.I., Portnova A.A.* [Diagnostic criteria of posttraumatic stress disorder]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2009; 109(12): 4-7. (In Russ.).
3. *Freinkman-Khrustaleva N.S., Novikov A.I.* [Immigration and immigrants: History and psychology]. St. Petersburg. 1995; 137. (In Russ.).

УДК 159.96:614. 253
ББК 56.14-324

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ (обзор зарубежной литературы)

Алмадакова О. А.*, Ласовская Т. Ю.

ГБОУ ВПО Новосибирский ГМУ Минздрава России
630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

В последние годы исследователи проявляют интерес к изучению синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) на этапах последипломного образования (интернатура и клиническая ординатура, аналогом которой за рубежом является резидентура). Риск развития СЭВ повышен у интернов с высоким уровнем личностной тревожности, нейротизмом, недостаточным уровнем эмпатии, чертами расстройств личности и типом поведения D. Рассмотрена взаимосвязь формирования СЭВ с уровнем рабочего стресса и рабочей нагрузкой. Рабочий стресс у интернов связан со многими факторами – страхом совершить ошибку, недостаточностью средств для проживания, выполнением дополнительных обязанностей. Ограничение рабочего времени дает положительный результат в отношении СЭВ. Принадлежность к мужскому или женскому полу также может играть определенную роль в формировании СЭВ. Таким образом, изучение факторов риска СЭВ у резидентов является важным в проведении профилактических мероприятий (формирование группы риска и работа с ней). **Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, синдром эмоционального выгорания врачей-интернов, факторы риска развития синдрома эмоционального выгорания.

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF BURNOUT IN MEDICAL INTERNS. LITERATURE REVIEW. Almadakova O. A., Lasovskaya T. Y. Novosibirsk State Medical University. *Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russia*n Federation. In recent years, researchers are interested in study of burnout on postgraduate education stage (internship and clinical residency, an analog which is a residency abroad). The risk of development of burnout is high in residents with a high level of personal anxiety, neuroticism, insufficient empathy, traits of personality disorders and the type of behavior “D”. The interrelationship of formation of burnout with the level of work stress and workload was considered. Work stress among residents was associated with many factors – fear of making mistakes, lack of funds for the stay, additional responsibilities. Limitation of working hours gives a positive result in relation to the burnout. Belonging to a male or female sex may also play a role in the formation of the burnout. Thus, the study of the burnout risk factors in residents is important in carrying out preventive activities (formation of risk and work with it). **Keywords:** burnout syndrome, medical residents, risk factors for burnout.

Многочисленные исследования свидетельствуют о высокой распространенности выгорания среди практикующих врачей и показывают, что треть врачей испытывают симптомы эмоционального выгорания (СЭВ) на протяжении всей своей карьеры [47].

По данным Е. А. Бодаговой, Н. В. Говорина (2013), в России симптомы СЭВ имеют от 40 % до 80 % врачей. Сравнимые данные по распространенности СЭВ получены в Европе и Латинской Америке: разный уровень выраженности СЭВ отмечается у 20—45 % врачей разных специальностей [1].

На сегодняшний день нет четкого представления о том, на каком именно этапе профессиональной карьеры начинает формироваться СЭВ. Отдельные симптомы этого синдрома начинают складываться еще в процессе обучения в медицинском вузе [32]. Так, по данным J. Cecil et al. (2014), у студентов-медиков высокий уровень эмоционального истощения (ЭИ) присутствует в 54,8 % случаев, высокий уровень деперсонализации (ДП) – в 34 %, высокий уровень редукции профессиональных достижений (РПД) – в 46,6 %. Развитие симптомов СЭВ у студентов связано с повышенным уровнем физической активности, курением сигарет и наличием эпизодов тяжелого алкогольного опьянения [10]. Динамику симптомов СЭВ у студентов медицинского университета проследил S. A. Santen et al. (2010) в проспективном исследовании, где показано, что умеренный и высокий уровни СЭВ на первом курсе обучения имеют 21 % студентов, на втором курсе – 41 %, на третьем – 43 %, на четвертом – 31 % студентов. Симптомы СЭВ студентов были связаны с низким уровнем социальной поддержки, высоким уровнем стресса и трудностями в контроле собственной жизни [50]. Высокие показатели по всем трем составляющим СЭВ имеют 10,3 % студентов [12].

В последние годы исследователи проявляют интерес к изучению СЭВ на этапах последипломного образования (интернатура и клиническая ординатура, аналогом которой за рубежом является резидентура). Показано, что СЭВ широко распространен среди резидентов разных специальностей по всему миру в диапазоне от 41 до 76 % случаев [54, 13, 38]. Высокий уровень ЭИ выявлен в 37,84 % случаев, ДП – в 43,24 %, РПД – в 48,65 % случаев у резидентов разных специальностей [8]. Достоверные различия касаются уровня СЭВ у представителей разных специальностей резидентуры [16].

В последние несколько лет отмечается рост числа публикаций, посвященных изучению СЭВ у интернов и клинических ординаторов (residents) [46, 8, 56]. Резидентура признается как период риска для развития выгорания и возникновения проблем психического здоровья, таких как тревога и депрессия [40].

I. A. Guidio et al. (2012) при изучении СЭВ у интернов разных специальностей выявили высокий уровень ЭИ в 37,84 % случаев, ДП – в 43,24 %, низкий уровень профессиональных достижений – в 48,65 % [8].

* *Алмадакова Ольга Александровна – аспирант кафедры клинической психологии. Телефон: (383)2269831. E-mail: almadakova@bk.ru*

Ласовская Татьяна Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры клинической психологии. Телефон: (383)2285069. E-mail: Las121268@mail.ru

Например, исследование распространенности СЭВ у резидентов-терапевтов в США показал диапазон от 47 до 61 % ближе к концу стажировки, а 58 % сгорают во время третьего года обучения. Показатели СЭВ для резидентов по хирургии также очень высока и составляет от 47 до 70 % [60].

S. Martini et al. (2004), исследуя СЭВ у разных специальностей, выявили, что общий уровень выгорания составил диапазон от 27 до 75 % случаев. Однако темпы выгорания распределились следующим образом: 75 % – в акушерстве гинекологии, затем 63 % – по внутренним болезням, 63 % – в неврологии, 60 % – в офтальмологии, 50 % – в дерматологии, 40 % – в общей хирургии, 40 % – в психиатрии, 27 % – в семейной медицине [30].

J. L. Pantaleoni et al. (2013) было проведено исследование у резидентов-педиатров в Lucile Packard Children's Hospital 6 раз в период с февраля 2010 г. по февраль 2012 г. Средние значения симптомов СЭВ существенно изменились за период от начала обучения до середины резидентуры. Так, уровень ЭИ возрос с 15,8 до 24,5 ($p \leq 0{,}001$), показатели ДП повысились с 4,5 до 9,2 ($p \leq 0{,}001$), а показатели РПД снизились с 40,2 до 38,3 ($p \leq 0{,}04$). Данные показатели СЭВ сохранились вплоть до завершения резидентуры [39].

C. Rua et al. (2014) провели исследование среди резидентов акушеров-гинекологов и обнаружили, что высокий уровень ЭИ встречается в 19,45 %, ДП – в 33,33 %, РПД – в 11,11 % случаев [48]. По данным американских исследователей L. M. Govardhan et al. (2012), полностью сформированные симптомы СЭВ с высокими показателями наблюдаются у 13 % опрошенных; более 50 % имеют высокие показатели ДП и ЭИ [7].

Анализ литературы позволяет выделить следующие факторы риска развития СЭВ у резидентов.

Пол. Нет однозначного понимания о роли половой принадлежности в формировании СЭВ. Большинство авторов говорят о том, что достоверных различий по распространенности и уровню СЭВ у мужчин и женщин не выявлено [54, 18, 51]. В других исследованиях принадлежность к женскому полу рассматривается как фактор, способствующий формированию СЭВ [5, 19].

У интернов разных специальностей принадлежность к мужскому или женскому полу может играть определенную роль. Так, в педиатрической практике у мужчин уровень выгорания достоверно выше, чем у женщин той же специальности. Также у мужчин-педиатров достоверно чаще встречается тяжелая форма выгорания, по сравнению с женщинами [43, 45].

У интернов-анестезиологов риск развития выгорания связан с принадлежностью к женскому полу [37]. Кроме того, мужчины и женщины имеют разную структуру СЭВ: у мужчин преобладает высокий уровень деперсонализации (ДП), а у женщин превалирует высокий уровень эмоционального истощения (ЭИ) [33].

Рабочий стресс. Рабочий стресс рассматривался L. A. Guido et al. (2012) как один из важных факторов развития СЭВ. Высокий уровень рабочего стресса имеют 48,65 % врачей-интернов всех специальностей [8]. Корреляционный анализ выявляет высокий уровень связи между рабочим стрессом и симптомами СЭВ у интернов первого года работы [28].

Источниками рабочего стресса у врачей-интернов, связанными с уровнем СЭВ, являются боязнь не успеть сделать что-либо в установленные временные сроки, отсутствие стимулов и поощрений за выполненную работу, чувство, что труд мало оплачиваем, перегрузка телефонными звонками «по вызову», влияние работы на личную и семейную жизнь, отсутствие достаточного опыта для решения сложных рабочих ситуаций и поддержки со стороны руководителя, недобросовестная оценка деятельности интерна, выполнение обязанностей, не входящих в компетенцию интерна, страх инфекции [49].

P. Rajan et al. (2011) проранжировал факторы, создающие стресс для резидентов. Факторами высокого и очень высокого уровней стресса являются дополнительные обязанности, нехватка средств на проживание. Умеренный уровень стресса создают дефицит времени на учебу, дефицит отдыха, угроза инфицирования опасными инфекциями, условия учебы и работы, большие рабочие нагрузки. Низкий уровень стресса вызывают недостаток сна, условия обучения, отрицательное влияние работы на личную жизнь, ситуация оценки действий со стороны кураторов, взаимоотношения на месте проживания [44].

Согласно данным J. S. Cohen et al. (2008), высокий уровень стресса у большинства резидентов вызывают спешка, нервозная обстановка на работе и тяжелая финансовая ситуация [11]. S. Kang et al. (2015) выявили, что уровень профессионального стресса достоверно выше у резидентов-хирургов (66,7 %) по сравнению с практикующими хирургами (25,1 %) [21].

Уровень рабочей нагрузки. Обсуждается связь высокой рабочей нагрузки с симптомами СЭВ: риск развития симптомов нарастает при рабочей нагрузке более 80 часов в неделю и наличии более 8 внеплановых телефонных вызовов на рабочее место в течение месяца [27, 5].

По другим данным, интерны большого госпиталя, сравнимые между собой по демографическим характеристикам, имеют достоверно более высокий уровень СЭВ при 5 и более телефонных вызовах в месяц [14].

S. V. Waldman et al. (2008) показали, что интерны, имеющие дополнительную подработку, характеризуются достоверно более высоким уровнем деперсонализации [57].

Жесткая регламентация времени работы и отдыха может стать действенной мерой в профилактике СЭВ. Это подтверждается исследованиями, проведенными в ряде стран до и после введения Working Time Directive (WTD) [6, 31, 59]. D. Y. Aksoy et al. (2014) отметили высокий уровень выгорания у резидентов, не имеющих Working Time Directive (WTD) [4].

Канадские исследователи D. Sussman et al. (2015) провели исследование на резидентах-анестезиологах, у которых 24-часовое дежурство было заменено на 16-часовое. После введения таких временных ограничений резиденты подтвердили улучшение качества жизни [52].

Особенности личности профессионала. Некоторые исследования посвящены изучению личностных черт профессионалов как фактора риска развития СЭВ. J. P. Lemkau et al. (1988) выявили многочисленные корреляционные связи между особенностями личности и симптомами СЭВ. При этом ситуативные и демографические факторы не имели значения [26].

В ряде работ подчеркивается роль высокого уровня нейротизма в развитии СЭВ [42, 17, 20, 53, 55]. Некоторые исследования отмечают роль эмпатии в формировании СЭВ. N. Koehl-Hackert et al. (2012) при исследовании студентов-медиков последних курсов наблюдали высокие корреляция между низким уровнем эмпатии и высокими показателями СЭВ [24].

Н. В. Козина (1998), изучая роль эмпатии в формировании симптомов СЭВ, выявила высокий уровень эмпатии у молодых, начинающих врачей, с малым стажем работы, сенситивных, тревожных, высоко ответственных [2]. Роль эмпатии в формировании СЭВ описана и в работах других авторов. J. P. Lafreniere et al. (2015) показал, что деперсонализация достоверно связана с уровнем эмпатии ($p<0,001$) [25].

В литературе присутствуют лишь единичные данные относительно роли уровня тревожности в формировании СЭВ. Например, G. Gustafsson et al. (2009) в пилотажном исследовании показали, что «выгоревшие» медицинские работники имеют достоверно более высокие значения тревожности по 16-факторному опроснику Кеттелла [9].

N. Karaoglu et al. (2015) установлен высокий уровень корреляционной связи между симптомами СЭВ и тревожностью у интернов-педиатров [22].

Авторами статьи получены сходные данные о роли тревожности в формировании СЭВ. Лица, поступившие в интернатуру и имеющие высокий уровень личностной тревожности, имели достоверно более высокие показатели уровня СЭВ [3].

Установлено, что специалисты с высоким уровнем алекситимии имеют и высокий уровень выгорания [35].

A. A. Martinez et al. (2008) показал связь между чертами расстройств личности и СЭВ. Наиболее подвержены выгоранию интерны с выраженными чертами обсессивно-компульсивного, избегающего, гистрионического, зависимого и нарциссического расстройств личности [29].

В некоторых исследованиях обращается внимание на связь типа поведения D и СЭВ. У лиц с типом поведения D высокие значения по всем симптомам СЭВ составляют 27 % случаев, в то время как у лиц без типа D – 8 % случаев. Корреляционный анализ показывает высокий уровень связи типа поведения D и симптомов СЭВ ($r=4,1$) [34]. Лица с типом поведения D имеют тенденцию к субъективному восприятию обстановки на своем рабочем месте как более стрессовой, чем лица без типа D, в связи с чем их уровень СЭВ достоверно выше [36]. Формирование симптомов СЭВ у лиц с типом поведения D опосредуется целым рядом переменных, в первую очередь депрессией и неадекватными копинг-стратегиями в виде ухода или смирения [41, 34].

Некоторые исследования рассматривают связь типа поведения А и СЭВ. Тип поведения А характеризуется длительной борьбой за достижение цели, потребностью к контролю окружающих, потребностью в достижениях, тревожностью, враждебностью. Но только такая черта, как работоголизм (проведение длительного времени на работе и склонность увеличивать рабочую нагрузку), связана с СЭВ. Примечательно, что лидерские качества сочетаются у лиц типа поведения А с низким уровнем истощения и высоким уровнем удовлетворенности работой [15, 23, 58].

Таким образом, оценка факторов риска развития СЭВ у врачей-интернов поможет сформировать группу риска для проведения профилактических мероприятий на этапе постдипломного образования.

Литература

1. *Бодагова Е. А., Говорин Н. В.* Психическое здоровье врачей разного профиля // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23, № 1. – С. 21—26. – http://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskoe-zdorovie-vracheyraznogo-profilya
2. *Козина Н. В.* Исследование эмпатии и её влияния на формирование «синдрома эмоционального выгорания» у медицинских работников: автореф. дис. … к.п.н. – СПб., 1998. – С. 12, 24.

3. *Ласовская Т. Ю., Алмадакова О. А., Зеленская В. В.* Роль уровня личностной тревожности в формировании симптомов эмоционального выгорания у врачей-интернов // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – № 3.
4. *Aksoy D. Y., DurusuTanriover M., Unal S., Dizdar O., Kalyoncu U., Karakaya J., Unal S., Kale G.* Burnout syndrome during residency in internal medicine and pediatrics in a country without working time directive // Int. J. Health Care Qual. Assur. – 2014. – V. 27 (3). – P. 223—230.
5. *Ashkar K., Romani M., Musharrafieh U., Chaaya M.* Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country // Postgrad. Med. J. – 2010. – May. – V. 86 (1015). – P. 266—271.
6. *Gopal R., Glasheen J. J., Miyoshi T. J., Prochazka A. V.* Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions // Arch. Intern. Med. – 2005. – V. 165 (22). – P. 2595—2600.
7. *Govardhan L. M., Pinelli V., Schnatz P. F.* Burnout, depression and job satisfaction in obstetrics and gynecology residents // Conn. Med. – 2012. – V. 76, № 7. – P. 389—395.
8. *Guido L. de A., Goulart C. T., da Silva R. M., Lopes L. F., Ferreira E. M.* Stress and burnout among multidisciplinary residents // Rev. Lat. Am. Enfermagem. – 2012. – V. 20, № 6. – P. 1064—1071.
9. *Gustafsson G., Persson B., Eriksson S., Norberg A., Strandberg G.* Personality traits among burn out and non-burn out health-care personal at the same workplaces: a pilot study // Int. J. Ment. Health Nurs. – 2009. – V. 18, № 5. – P. 336—348.
10. *Cecil J., McHale C., Hart J., Laidlaw A.* Behaviour and burnout in medical students // Med. Educ. Online. – 2014. – Aug. 25. – V. 19. – P. 252—309.
11. *Cohen J. S., Leung Y., Fahey M., Hoyt L., Sinha R., Cailler L. et al.* The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada // BMC Res Notes. – 2008. – V. 1. – P. 105.
12. *Costa E. F., Santos S. A., Santos A. T., Melo E. V., Andrade T. M.* Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study // Clinics (Sao Paulo). – 2012. – V. 67, № 6. – P. 573—580.
13. *Fahrenkopf A. M., Sectish T. C., Barger L. K, Sharek P. J, Lewin D., Chiang V. W., Edwards S., Wiedermann B. L., Landrigan C. P.* Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study // B.M.J. – 2008. – Mar. 1. – V. 336 (7642). – P. 488—491.
14. *Fonseca M., Sanclemente G., Hernández C., Visiedo C., Bragulat E., Miró O.* Residents, duties and burnout syndrome // Rev. Clin. Esp. – 2010. – V. 210, № 5. – P. 209—215.
15. *Hallberg U. E., Johansson G., Schaufeli W. B.* Type A behavior and work situation: associations with burnout and work engagement // Scand. J. Psychol. – 2007. – Apr. – V. 48 (2). – P. 135—142.
16. *Hsu K., Marshall V.* Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows // Am. J. Psychiatry. – 1997. – V. 144. – P. 1561—1566.
17. *Hurt A. A., Grist C. L., Malesky L. A. Jr., McCord D. M.* Personality traits associated with occupational 'burnout' in ABA therapists // J. Appl. Res. Intellect Disabil. – 2013. – Jul. – V. 26 (4). – P. 299—308.
18. *IsHak W. W., Lederer S., Mandili C., Nikravesh R., Seligman L., Vasa M., Ogunyemi D., Bernstein C. A.* Burnout During Residency Training: A Literature Review // J. Grad. Med. Educ. – 2009. – V. 1, № 2. – P. 236—242.
19. *Joseph A. Garza et al.* Burnout in Residency: A Statewide Study // Southern Medical Journal. – 2004. – V. 97, № 12.
20. *Kamrowska A., Kamrowski C.* Professional burnout among psychiatrists // Pol. Merkul Lekarski. – 2010. – V. 28, № 165. – P. 242—243.
21. *Kang E. K., Lihm H. S., Kong E. H.* Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors // Korean J. Fam. Med. – 2013. – V. 34, № 1. – P. 36—42.
22. *Karaoglu N., Pekcan S., Durduran Y., Mergen H., Odabasi D., Ors R.* A sample of paediatric residents' loneliness-anxiety-depression-burnout and job satisfaction with probable affecting factors // J. Pak. Med. Assoc. – 2015. – Feb. – V. 65 (2). – P. 183—191.
23. *Khan S.* Relationship of Job Burnout and Type A Behaviour on Psychological Health among Secretaries // International Journal of Business and Management. – 2011. – Jun. – V. 6, № 6. – www.ccsenet.org/ijbm
24. *Koehl-Hackert N., Schultz J. H., Nikendei C., Möltner A., Gedrose B., van den Bussche H., Jünger J.* Burdened into the job – final-year students' empathy and burnout // Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualitätim Gesundheitswesen. – 2012. – V. 106, № 2. – P. 116—124.
25. *Lafreniere J. P., Rios R., Packer H., Ghazarian S., Wright S. M., Levine R. B.* Burned Out at the Bedside: Patient Perceptions of Physician Burnout in an Internal Medicine Resident Continuity Clinic // J. Gen. Intern. Med. – 2015. – Sep. 4.
26. *Lemkau J. P., Purdy R. R., Rafferty J. P., Rudisill J. R.* Correlates of burnout among family practice residents // J. Med. Educ. – 1988. – Sep. – V. 63 (9). – P. 682—691.
27. *López-Morales A., González-Velázquez F., Morales-Guzmán M. I., Espinoza-Martínez C. E.* The burnout syndrome in medical residents working long periods // Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. – 2007. – May–Jun. – V. 45 (3). – P. 233—242.
28. *Lue B. H., Chen H. J., Wang C. W., Cheng Y., Chen M. C.* Stress, personal characteristics and burnout among first postgraduate year residents: a nationwide study in Taiwan // Med. Teach. – 2010. – V. 32, № 5. – P. 400—407.
29. *Martínez A. A., BeriniAytés L., Gay Escoda C.* The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona // Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal. – 2008. – Jul. 1. – V. 13 (7). – E444—450.
30. *Martini S., Arfken C. L., Churchill A.* Burnout comparison among residents in different medical specialties // Acad. Psychiatry. – 2004. – V. 28, № 3. – P. 240—242.
31. *Martini S., Arfken C. L., Balon R.* Comparison of burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits // Acad. Psychiatry. – 2006. – Jul.–Aug. – V. 30 (4). – P. 352—355.
32. *Mazurkiewicz R., Korenstein D., Fallar R., Ripp J.* The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study // Psychol. Health Med. – 2012. – V. 17 (2). – P. 188—195.
33. *Michels P. J., Probst J. C., Godenick M. T., Palesch Y.* Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina family practice research consortium study // Acad. Med. – 2003. – V. 78, № 1. – P. 69—79.
34. *Mommersteeg P. M., Denollet J., Martens E. J.* Type D personality, depressive symptoms and work-related health outcomes // Scand. J. Public Health. – 2012. – Feb. – V. 40 (1). – P. 35—42.
35. *Niku K., Thomas M.* Resident Burnout // American Medical Association. All rights reserved. – 2004. – V. 292, № 23.
36. *Ogińska-Bulik N.* Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality // Int. J. Occup. Med. Environ Health. – 2006. – V. 19 (2). – P. 113—122.
37. *de Oliveira G. S. Jr, Chang R., Fitzgerald P. C., Almeida M. D., Castro-Alves L. S., Ahmad S., McCarthy R. J.* The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees // Anesth. Analg. – 2013. – Jul. – V. 117 (1). – P. 182—193.
38. *Olson S. M., Odo N. U., Duran A. M., Pereira A. G., Mandel J. H.* Burnout and Physical Activity in Minnesota Internal Medicine Resident Physicians // J. Grad. Med. Educ. – 2014. – Dec. – V. 6 (4). – P. 669—674.

39. *Pantaleoni J. L., Augustine E. M., Sourkes B. M., Bachragh L. K.* Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study // Acad. Pediatr. – 2014. – Mar.–Apr. – V. 14 (2). – P. 167—172.
40. *Pereira-Lima K., Loureiro S. R.* Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents // Psychol. Health Med. – 2014. – V. 17. – P. 1—10.
41. *Polman R., Borkoles E., Nicholls A. R.* Type D personality, stress, and symptoms of burnout: the influence of avoidance coping and social support // Br. J. Health Psychol. – 2010. – Sep. – V. 15 (Pt. 3). – P. 681—696.
42. *Poraj G.* Personality as a teache`s burnout predictor // Med. Pr. – 2009. – V. 60, № 4. – P. 273—282.
43. *Prins J. T., Hoekstra-Weebers J. E., van de Wiel H. B., Gazendam-Donofrio S. M., Sprangers F., Jaspers FC., van der Heijden F. M.* Burnout among Dutch medical residents // Int. J. Behav. Med. – 2007. – V. 14, № 3. – P. 119—125.
44. *Rajan P., Bellare B.* Work related stress and its anticipated solutions among post-graduate medical resident doctors: a cross-sectional survey conducted at a tertiary municipal hospital in Mumbai, India // Indian J. Med. Sci. – 2011. – Mar. – V. 65 (3). – P. 100—106.
45. *Reem A. Al-Youbi R. A., Jan M. M.* Burnout syndrome in pediatric practice // Oman Med. J. – 2013. – V. 28, № 4. – P. 252—254.
46. *Ripp J., Babyatsky M., Fallar R., Bazari H., Bellini L., Kapadia C., Katz J. T., Pecker M., Korenstein D.* The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: a five-institution study // Acad. Med. – 2011. – Oct. – V. 86 (10). – P. 1304—1310.
47. *Romani M., Ashkar K.* Burnout among physicians // Libyan Journal of Medicine. – 2014. – V. 9.
48. *Rua C., Body G., Marret H., Ouldamer L.* Prevalence of burnout among obstetrics and gynecology residents // Journal Gynecol. Obstet. Biol. Reprod (Paris). – 2014. – V. 20, № 13.
49. *Sami Abdo Radman A-Dubai, Kurubaran Ganasegeran, Wilson Perianayagam, Krishna Gopal Rampal.* Emotional Burnout, Perceived Sources of Job Stress, Professional Fulfillment, and Engagement among Medical Residents in Malaysia // The Scientific World Journal. – 2013. – Article ID 137620. – 9 p.
50. *Santen S. A., Holt D. B., Kemp J. D., Hemphill R. R.* Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors // South Med. J. – 2010. – V. 103, № 8. – P. 758—763.
51. *Sevencan F., Cayir E., Uner S.* Burnout status of interns and associated factors // Cah. Sociol. Demogr. Med. – 2010. – Oct.–Dec. – V. 50 (4). – P. 501—515.
52. *Sussman D., Paul J. E.* The impact of transitioning from a 24-hour to a 16-hour call model amongst a cohort of Canadian anesthesia residents at McMaster University – a survey study // Adv. Med. Educ. Pract. – 2015. – Aug. – V. 7, № 6. – P. 501—506.
53. *Taycan O., Taycan S. E., Celik C.* Relationship of burnout with personality, Alexitymia, and coping behaviors among physicians in a semiurban and rural area in Turkey // Arch. Environ Occup. Health. – 2014. – V. 69, № 3. – P. 159—166.
54. *Thomas N. K.* Resident burnout // JAMA. – 2004. – V. 292, № 23. – P. 2880—2889.
55. *Van der Wal R. A., Bucx M. J., Hendriks J. C., Scheffer G. J., Prins J. B.* Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: A survey // Eur. J. Anaesthesiol. – 2015. – Nov. 14.
56. *Velásquez-Pérez L., Colin-Piana R., González-González M.* Coping with medical residency depression burnout // Gac. Med. Mex. – 2013. – V. 149, № 2. – P. 183—195.
57. *Waldman S. V., Diez J. C., Arazi H. C., Linetzky B., Guinjoan S., Grancelli H.* Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina // Acad. Psychiatry. – 2009. – Jul.–Aug. – V. 33 (4). – P. 296—301.
58. *Włodarczyk D., Pawliszewska A.* Type a behaviour as a predictor of burnout and job satisfaction in intensive care units nurses // Med. Pr. – 2015. – V. 66 (2). – P. 213—224.
59. *Zaré S. M., Galanko J. A., Behrns K. E., Sieff E. M., Boyle L. M., Farley D. R., Evans S. R., Meyer A. A., Farrell T. M.* Psychologic well-being of surgery residents after inception of the 80-hour workweek: a multi-institutional study // Surgery. – 2005. – Aug. – V. 138 (2). – P. 150—157.
60. *Zis P., Anagnostopoulos F., Sykioti P.* Burnout in Medical Residents: A Study Based on the Job Demands-Resources Model // The Scientific World Journal. Published online. – 2014. – Oct. 30. – http://dx.doi.org/10.1155/2014/673279

Транслитерация русских источников

1. *Bodagova E.A., Govorin N.V.* [Mental health doctors in different fields]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2013; 23, 1: 21-26. (In Russ.).
2. *Kozina N.V.* [Investigation of empathy and its influence on the formation of “burnout” in health care workers]. *Avtoreferat dissertatsii kandidata psikhologicheskikh nauk* [Abstract of PhD thesis in psychology]. SPb, 1998; 12, 24. (In Russ.).
3. *Lasovskaya T.Yu., Almadakova O.A., Zelenskaya V.V.* [The role of trait anxiety level in the formation of symptoms of burnout among medical interns]. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri* [Health and Education in Siberia]. 2014; 3. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.44:316
ББК 56.14-325+57.336.14

АГРЕССИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ: ФАКТОРЫ РИСКА, ПРЕДИКТОРЫ, ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (литературный обзор)

Ивашиненко Д. М.*

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»
300012, Тула, пр. Ленина, 92

В статье представлен литературный обзор, в котором рассматриваются теоретические предпосылки и концептуальные основания исследования феномена агрессии в подростковой и молодёжной среде. Изучение агрессии в проблемном поле психиатрии и психологии является актуальным на данный момент. До настоящего времени общепризнанное определения понятия «агрессия» не сложилось. В статье приводится в качестве примера лишь несколько его трактовок. Историческая ретроспектива исследования агрессии в системе научного знания и анализ современного состояния данного вопроса позволят разработать теоретический подход к исследованию агрессии и агрессивности с целью разработки психопрофилактических и психокоррекционных программ. **Ключевые слова:** агрессия, агрессивность, буллинг, издевательства, подростки.

AGGRESSION AMONG ADOLESCENTS: RISK FACTORS, PREDICTORS, FEATURES OF EMOTIONAL-PERSONAL SPHERE AND SOCIAL FUNCTIONING. Ivashinenko D. M. Tula State University. *Lenin Avenue 92, 300012, Tula, Russian Federation.* The article presents a literature review, which examines the theoretical background and conceptual bases of research of the phenomenon of aggression in teenage and youth environment. The study of aggression in the problematic field of psychiatry and psychology is relevant at the moment. To date, there is no generally accepted definition of the term “aggression”. The article cited as an example a few of this interpretations. Historical retrospective study of aggression in the system of scientific knowledge and analysis of the current state of this issue will develop a theoretical approach to the study of aggression in order to develop psychoprophylactic programs. **Keywords:** aggression, bullying, teenagers.

При проведении анализа научной литературы было выявлено, что на данный момент сформировалось множество подходов к изучению этиологии, патогенеза, вопросов психокоррекции и профилактики агрессивного поведения. Можно сказать, что наибольший вклад внесли следующие зарубежные учёные: З. Фрейд (психоаналитическая теория), К. Лоренц (этологическая теория), Дж. Доллард (фрустрационная теория), А. Бандура (теория социального научения), Дж. Тедеши (теория социального влияния), М. Биллинг, Д. Гордон, М. Шериф (теория социального объяснения) и др.

В настоящее время видные научные деятели отказались от поиска единственной универсальной причины агрессивного поведения у детей и подростков [1]. Уже повсеместно признано, что выраженная дезадаптирующая агрессивность полиэтиологична, но обратной стороной этой позиции является громоздкость теоретических построений, учитывающих многофакторность феномена агрессии.

На данный момент агрессия и агрессивность не рассматриваются только с негативных позиций. Отмечают обоснованность и высокие функциональные возможности агрессивного поведения такие авторы как А. Басе, А. Зилменн, К. Лоренц, А. Ратинов, Г. Салливен, К. Хорни, Э. Фромм и другие. В наибольшей степени идею агрессии в своих работах развивал Э. Фромм, выделив доброкачественную и злокачественную агрессию [2].

В научных работах с различных сторон агрессию освещали Ю. М. Антонян, М. С. Бриль, В. Н. Буркова, Е. Г. Дозорцева, Е. Н. Евлашкина, С. Н. Ениколопов, А. Б. Крючкова, С. О. Кузнецова, М. Ю. Мишучкова, Я. Н. Николаенко, С. Г. Пилецкий, Е. Н. Прохорова, А. А. Реан, Л. Ф. Сербина и многие другие.

Упомянутые выше учёные внесли непосредственный вклад в развитие представлений об агрессии, но следует отметить и учёных, которые разработали методологические основания к её изучению: Л. С. Выготский (учение об интериоризации), А. Н. Леонтьев (учение о психологической структуре деятельности), Б. Ф. Ломов (учение о системности психической детерминации поведения человека), А. В. Петровский (учение о деятельностном опосредовании межличностных отношений), С. Л. Рубинштейн (учение о единстве внешних воздействий и внутренних условий).

Следует обратить внимание на то, что изначально в I—II вв. до н. э. быть агрессивным означало «двигаться в направлении цели», но позднее в IV—V вв. н. э. слово «агрессия» приобрело значение «нападение» [3].

Производными понятиями от агрессии являются «агрессивность» и «агрессивное поведение». Агрессивность рассматривается как одно из важных свойств личности, которое накладывает отпечаток на её социальное функционирование. Агрессивность понимается как склонность и/или готовность индивида к агрессивному поведению. В то же время в литературе вместе с термином «агрессивность» используют такие термины, как «враждебность», «жестокость». Однако намечается отчетливая тенденция к разделению «агрессии» и «агрессивности», «агрессивности» и «враждебности», «агрессивности» и «жестокости».

* *Ивашиненко Дмитрий Михайлович, к.м.н., зав. кафедрой психиатрии и наркологии, Телефон: 89202711762, email: divashinenko@mail.ru*

Ю. М. Антонян характеризует агрессивность как субъективную тенденцию к враждебному поведению, направленному на полное или частичное подавление другого человека или группы людей, управление ими, их ограничение, на причинение им страданий и/или ущерба [4].

В своих работах Д. Кенрик, С. Нейберг, Р. Чалдини выделили три ключевые составляющие для определения агрессии: 1) агрессия – это форма поведения, а не эмоция (например, ярость); 2) агрессивное поведение нацелено на причинение вреда или ущерба другому человеку; 3) агрессивное поведение имеет цель и является преднамеренным [5].

В настоящее время в психологии различают следующие виды агрессии: реактивную и проактивную (по К. А. Додж и Дж. Койе), враждебную и инструментальную (по С. Фешбаху), злокачественную и доброкачественную (по Э. Фромму), неумышленную и умышленную (по С. Фишбаху), конструктивную, деструктивную, дефицитарную (по Ю. М. Антонян), «инициативную» и «оборонительную» (по В. В. Знакову), физическую, вербальную, косвенную направленную, косвенную ненаправленную и негативизм (по А. Басе и А. Дарки), ауто- и гетероагрессию [6]. Далее подробнее рассматриваются эти виды агрессии.

Реактивная агрессия является ответом на реальную или нереальную (кажущуюся) угрозу и импульсивной оборонительной реакцией на определённые стимулы внешней среды, обычно сопровождается проявлением интенсивных вегетативных и эмоциональных проявлений. Она может быть связана с недостаточностью в когнитивной обработке социальной информации на различных уровнях принятия решений. Эти когнитивные и эмоциональные характеристики, возможно, опосредованы дефицитом в орбитальной и медиальной фронтальной коре, что может привести к нарушению регуляции поведения человека в ответ на предполагаемые угрозы [7].

Проактивная агрессия не имеет защитных функций и является средством удовлетворения собственных потребностей. Как раз именно проактивная агрессия направлена на более слабых и беззащитных окружающих. Она может быть враждебной и инструментальной.

Враждебная агрессия, согласно С. Фешбаху, возникает на фоне негативных чувств и эмоций, сопровождается намерением причинить ущерб и нанести вред.

Инструментальная же агрессия не сопровождается данным намерением, а является инструментом личного обогащения. По Ф. Парене, единственной целью враждебной агрессии является причинение вреда, а целью инструментальной – какая-либо другая цель [8].

Инструментальная агрессия, не связанная со стимулами, несущими потенциальную угрозу, определяется как агрессивные действия, совершаемые для достижения какой-либо цели. Лица, которые применяют инструментальную агрессию, как правило, оценивают её как эффективное средство и ожидают положительных результатов от их агрессивного поведения [9].

Доброкачественная агрессия представляет собой импульс к нападению или бегству, если ситуация представляет угрозу для жизни, имеет оборонительный характер и исчезает при исчезновении опасности. Может быть псевдоагрессией и оборонительной агрессией.

Псевдоагрессия – это действия, когда ущерб наносится ненамеренно. Её разновидностями являются несчастные случаи, спортивная агрессия (бокс, единоборства), агрессия как социально приемлемый способ самоутверждения при конкуренции. Если целью агрессии становится сохранение жизни, здоровья и собственности, то она является оборонительной. Оборонительная агрессия зарождается при опасности лишиться свободы, ущемлении позитивного отношения к самому себе, как реакция личности на попытку разбить его иллюзии и т. д.

Злокачественная агрессия – разрушающая агрессия, свойственная только человеческим существам. Не имеет аналогов в животном мире, так как не несёт в себе приспособительной функции. Проявляется как мстительность, экстатическая деструктивность, специфический характер [2].

В разделении агрессии на умышленную и неумышленную подчёркивается важность мотивации для оценки агрессивного поведения.

Конструктивную, деструктивную и дефицитарную агрессию выделяют в зависимости от преобладания того или иного компонента в её структуре. Конструктивная агрессия демонстрирует готовность личности противостоять вредным для неё воздействиям, её творческую активность и способность к развитию. При деструктивной агрессии вред наносится не только объекту, но и субъекту. При дефицитарной агрессии наблюдается низкий уровень активности, снижены возможности человека к творчеству и формируется аутоагрессия [4, 9].

При «инициативной» агрессии её инициатор субъект, а при «оборонительной» – объект [9].

Buss, Durke априори выделили базовые характеристики агрессивной личности: раздражительность, негативизм, подозрительность, склонность к нападению и негодованию (чувству обиды), косвенной и вербальной агрессии. Anderson факторным анализом выделил базовые категории: «агрессивность» (склонность к нападению, косвенной и вербальной агрессии, раздражительность); «враждебность» (склонность к негодованию, подозрительность) [10].

Разделение ауто- и гетероагрессии основано на противоположности направления агрессивных действий. Субъект и объект гетероагрессии – это различные лица, при аутоагрессии происходит слияние объекта и субъекта.

Существенные успехи были достигнуты в изучении нейробиологических факторов риска развития агрессивного поведения. К ним относятся нейрокогнитивный дефицит, осложнения перинатального периода, генетическая предрасположенность, психофизиологические особенности (например, низкая ЧСС в покое) [11].

В настоящее время установлено, что важный вклад в развитие агрессивности вносят генетические особенности. Важно учитывать, что теория существования гена агрессивности сейчас является сомнительной. Ряд зарубежных исследователей указывают, что склонность к агрессивным антисоциальным поступкам обусловлена генетическими предпосылками. Антисоциальное поведение без проявления физической агрессии в наибольшей степени связано со средовыми факторами [12].

Генетические механизмы формирования агрессивного поведения реализуются посредством нейромедиаторной системы головного мозга. Было доказано, что производные тестостерона активизируют агрессивное поведение, серотонин, напротив, тормозит [13].

По современным научным данным, хронический травматический стресс в результате негативного опыта в детстве (например, конфликты и насилие в семье, физическое насилие и пренебрежение по отношению к ребенку, сексуальное насилие, беспризорность, насильственное отлучение от родителей) может сформировать развитие нарушения функционирования гипоталамо-питуитарно-адренокортикальной системы (ГПАС). Вследствие дисфункции данных отделов головного мозга развитие адативных реакций в ответ на стрессоры становится невозможным. Исследования на животных помогли изучить развитие ГПАС, ассоциирующейся с агрессией и импульсивностью у человека [14]. На данный момент проводится всё большее число исследований по раскрытию механизмов генетических механизмов антиобщественного поведения людей, в том числе и агрессивного.

Уильямс и Пулийс выделили три личностные особенности, способствующие развитию агрессивных форм поведения, это так называемая тёмная триада личности: психопатия, нарциссизм, макиавеллизм [15].

В зарубежных исследованиях показана взаимосвязь антисоциального агрессивного поведения с такими чертами, как чёрствость, бесстрастность, отсутствие способности к эмпатии ($r=0,33$, $p<0,05$) [16]. И был развенчан миф, согласно которому агрессивные лица имеют низкую самооценку.

В совместном исследования Бушмана, Баумейстера продемонстрирована взаимосвязь уровня нарциссизма и агрессивности. Уровень самооценки лиц с выраженной агрессивностью не имеет существенных отличий от среднего по популяции [17].

Макиавеллизм – это использование любых средств для получения власти, включая манипуляции, агрессию и насилие. Макиавеллизм имеет прямую взаимосвязь с буллингом ($r=0,33$, $p>0,05$) [18].

В настоящее время можно выделить три группы теорий возникновения и формирования агрессии и агрессивности: биологизаторскую, социологизаторскую и целостную экзистенциально-гуманистическую.

К ученым, придерживающимся биологизаторской точки зрения на проблему агрессии, можно отнести З. Фрейда, Т. Гоббса, П. Гольбаха, Г. Спенсера, С. Шпильрейна, К. Лоренца, Н. Тинбергена, И. Эйбл-Эйбесфельдта и других. Согласно теориям этой группы, агрессия является постоянной составляющей в жизнедеятельности биологической особи.

К. Лоренц сопоставлял поведение животных и людей. По его мнению, у человека разумного, как биологического вида, агрессивность имеет индивидуальные формы и своеобразные проявления, а именно в виде некоего «боевого энтузиазма». Таким образом, агрессивное поведение рассматривается как инстинктивное, сформированное в процессе филогенеза, культурного развития явление. К. Лоренц считал, что склонность к насилию и убийствам у людей выражена больше, чем у животных. Механизмы же активации агрессивного поведения у животных и людей одинаковы [19].

З. Фрейд в своих научных трудах указывает на животную природу человека, рассматривая его как часть животного мира и отмечая дуалистический (бинарный) характер человеческой природы. Обращаясь к древней мифологии, он использует древнегреческих богов Эроса и Танатоса для метафорико-символического отображения противоборствующих сил в бессознательной части психики. Эрос – бог любви, а Танатос – разрушения и смерти. Таким образом, стремление к разрушению, деструктивность, агрессия происходят от Танатоса (энергия моридо) [20]. Таким образом, его энергия, как антитеза либидо, это импульс к разрушению живого, стремление живой материи вернуться к безжизненному состоянию. Хотелось бы оговориться, что по Фрейду термины «деструкция» и «агрессия» синонимичны.

Социологизаторские теории агрессии развивали зарубежные (А. Бандура, А. Басс, Л. Берковиц, Д. Доллард, Л. Дуб, Д. Лочман, Н. Миллер, Р. Ульрих, Л. Х. Хекхаузен, Р. Шенк, Л. Эрон) и отечественные (Т. Г. Румянцева,

Н. Д. Левитов, С. Н. Ениколопов) ученые. Они указывали, что в развитии агрессивного поведения ведущую роль играют социальные, экономические факторы, девиантные субкультуры, научение и т. д. Были разработаны социально-психологические концепции агрессии, когнитивная модель агрессии.

Особого внимания заслуживает фрустрационная теория Дж. Долларда, согласно которой агрессия является естественной реакцией на фрустрацию. Фрустрация всегда вызывает агрессию, а агрессия не может возникнуть вне фрустрирующей ситуации. Л. Берковиц продолжил развитие описанной выше научной мысли и ввёл некоторые уточнения в фрустрационную теорию: фрустрация не обязательно будет реализована в агрессивных актах; требуются особые условия для реализации фрустрации в агрессивных актах; фрустрация играет роль «почвы» для развития агрессивного поведения; если фрустрация разрешается посредством агрессивных актов, то это способствует выработке привычного агрессивного поведения.

Последнее уточнение теснейшим образом связано с теорией А. Бандуры − теорией социального научения, согласно которой агрессия является специфическим социальным поведением и формируется аналогично другим формам. В теории А. Бандуры утверждается, что агрессия включает в себя сложные умения и навыки, которым личность научается с раннего детства. Так же особое место занимают знания, необходимые для осуществления агрессивных актов. Например, необходимо знать правила обращения с оружием, места на теле жертвы, воздействие на которые будут наиболее болезненны, слова, при произношении которых будут причинены душевные страдания. Указанные выше знания, умения и навыки отсутствуют при рождении, и соответственно человек им учится в процессе своего роста и развития [21]. Вывод, который можно сделать благодаря теории А. Бандуры, заключается в том, что при возникновении агрессивного поведения у детей и подростков первопричину следует искать в их ближайшем окружении.

Альтернативой биологизаторской и социологизаторской теориям выступает экзистенциально-гуманистическая. Существенное влияние на развитие данного подхода оказали Э. Гуссерль, У. Джеймс, С. Кьеркегор, А. Маслоу, Р. Мэй, В. Франкл, Э. Фромм. В рамках гуманистического подхода утверждается, что агрессивное поведение характерно для неразвитых, незрелых или невротичных личностей. У зрелой личности в условиях свободы агрессия проявляется в виде справедливого негодования и имеет реактивный характер. Согласно А. Маслоу, она является проявлением сопротивления эксплуатации и доминированию, здоровым самоуважением, стремлением к справедливости и т. д. Это и есть проявление «здоровой» агрессивности, т. е. воли и самоутверждения. Такая агрессия является созидательной и выступает как важное качество индивидуального развития. Агрессия рассматривается как способность и готовность к преодолению препятствий, мешающих личностному росту. Агрессивность как инструмент самоутверждения определяет способность личности к достижению поставленной цели, способствует её росту и развитию, но только при условии отсутствия потребности подавлять людей. Такая агрессия не приводит к насилию или причинению вреда и нанесению ущерба другим.

Учение о «здоровой» позитивной агрессии, развивающей и воспитывающей, связано с гуманистическим направлением в психологии. Такая агрессия положительно влияет на адаптацию к окружающему миру в детском и подростковом возрастах. Посредством неё развиваются автономность и идентичность. Некоторая агрессивность облегчает вхождение подростка в состязательные и кооперативные формы активности с их сверстниками. Агрессия является силой и энергией, помогая личности повысить уровень уверенности в себе, стать доминантным и независимым. Она способствует свободному выражению своих чувств и своего мнения в общении с другими людьми. Есть мнение, что агрессивность способствует самодисциплине и самовоспитанию, что определяет успех в разных областях жизни, но при условии, что она остается под контролем индивида [22].

Агрессия – неотъемлемая часть жизни ребёнка в подростковом возрасте. Он сталкивается с ней в социуме и проявляет её сам. Агрессивное поведение подростка может иметь деструктивный характер, разрушающий личность, представляющий угрозу для окружающих, выходящий за пределы этических и юридических норм, а может иметь ситуационный, обусловленный обстоятельствами характер.

В общественных отношениях насилие, как проявление агрессии, играет роль древнейшего и наиболее простого способа разрешения конфликта интересов людей. Природой конфликта является фактическое неравенство субъектов, выраженного в неравенстве их потребностей. Потребности индивида не могут быть удовлетворены в полной мере только за счет внутренних ресурсов. Это приводит к неизбежной социализации, к использованию ресурсов других лиц для удовлетворения своих потребностей. Если использование чужих ресурсов не возможно на добровольной основе, это приводит к зарождению насилия, которое становится правовым регулятором общественных интересов, когда его применение большинством социальной группы признается допустимым.

Большой научный интерес вызывает мысль, что сущностью социокультурной эволюции человечества в целом является постоянное вытеснение крайних форм насилия (террор, война, убийства, разбой и т. д.) на периферию социального процесса и их замещение преобразованными формами принуждения (религия, закон, мораль). Нельзя отрицать существование противоречия между постоянно увеличивающимися потребностями индивида и возможными способами регуляции его коммуникации с другими ради удовлетворения собственных потребностей. Это несоответствие постепенно приобретает характер конфликта, ведущего к выплеску агрессии, как отдельными лицами, так и в социуме [21].

В зависимости от целей агрессивность детей и подростков может быть: 1) нормированная, основной целью является заявление о своих потребностях, о себе, своих правах, установление своего места в мире; 2) ненормативная: защитная (основная цель: защита от внешнего мира); деструктивная, (основная цель: нападение, насилие и т. д.); демонстративная (основная цель: получения хотя бы негативного внимания) [23].

В настоящее время ярким проявлением агрессии в подростковой и молодёжной среде является буллинг. Можно выделить следующие типы буллинга (издевательств): прямой (вербальный и физический); косвенный (сплетни, социальная депривация и т. п.). Прямой физический буллинг в большей степени характерен для лиц мужского пола, косвенный – для лиц женского пола. Мальчики-подростки чаще и активнее участвуют в буллинге, чем девочки [24].

Буллинг как уникальное сложное проявление агрессии принимает различные формы и выполняет разные функции. Является не просто диадическим феноменом, существующим только между хулиганом и жертвой, это групповое явление. В связи с этим разработана социально-экологической концепция издевательств в школьной и молодёжной среде [25].

Социально-экологическая теория Бронфенбреннера (1979) описывает развитие личности в рамках взаимодействия между отдельными лицами и группами лиц в процессе какой-либо деятельности. Таким образом, агрессивное поведение – не только результат индивидуальных особенностей, но и итог влияния взаимоотношений со сверстниками, семьёй, учителями, соседями и другими социальными группами. Случайные свидетели издевательств также подвержены риску развития негативных последствий [26].

В 2014 г. Ванг, Рой и Свирер провели исследование, в котором описали динамику личностных характеристик в буллинге. Они обнаружили, что наиболее часто жертвами и буллерами становятся подростки, которые в прошлом наблюдали подобный тип взаимоотношений. Если подросток начал принимать участие в буллинге, то прогностически он будет это продолжать в течение всего обучения, хотя при этом может менять роли. Ролевое поведение подростка может меняться в зависимости от социальной обстановки. Например, он может быть жертвой одноклассников в школе, но задирать своих братьев и сестер дома.

В США было проведено 2 лонгитюдных исследования по изучению динамики ролевого поведения в буллинге и процесса виктимизации среди детей от 9 до 12 и от 11 до 16 лет [Barker, Arseneault, Brendgen, Fontaine, Maughan, 2008; Haltigan, Vaillancourt, 2014]. Были получены следующие результаты: 73 % детей 9—12 лет и 75 % детей 11—16 лет не участвовали в буллинге и не имели признаков виктимизации в течение долгого времени (незадействованные студентов); 11 % (в обоих исследованиях) играли роль буллеров; 10 % детей 9—12 лет и 3 % детей 11—16 лет идентифицировали себя как жертв; 2 % играли как роль хулигана, так и роль жертвы; 6 % и 3 % студентов с течением времени сменили роль жертвы на роль буллера. Смена роли буллера на роль жертвы считается маловероятной [27].

Буллинг негативное влияет на психическое здоровье как агрессора, так и его жертвы. У участников буллинга повышается риск возникновения и развития тревожных и депрессивных состояний, заниженной самооценки, саморазрушающего и делинквентного поведения, суицидальных мыслей, злоупотребления алкоголем или психотропными препаратами, негативизма в учреждениях образования [28].

Халтиган, Ваилланкоурт (2014) у постоянно подвергавшихся издевательствам в образовательной среде выявили психопатологическую симптоматику: повышенный уровень депрессии и тревоги, дефицит внимания, гиперактивность [29]. При рассмотрении буллинга как динамического опыта, который формируется под влиянием социальной обстановки, ими была предложена диатез-стрессовая модель.

Представленный обзор не претендует на полный анализ указанной проблемы, но рассмотренный выше материал важен для определения вектора эмпирических исследований.

Литература

1. *Пилецкий С. Г.* Философский анализ предпосылок агрессивности человека в свете современной науки: дис. ... д.ф.н. – Ярославль, 2014. – 378 с.
2. *Добреньков В. И.* Гуманистическая антропология Эриха Фромма. – М. : Академический Проект, 2014. – 204 с.
3. *Караванов А. А.* Смысловое значение концепта агрессия // Территория науки. – 2013. – № 2. – С. 81—88.
4. *Антонян Ю. М., Ростокинский А. В., Гилинский Я. И.* Экстремизм и его причины. – М. : Логос, 2013. – 312 с.

5. *Чалдини Р., Кенрик Д., Нейберг С.* Агрессия. Социальная психология. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 256 с.
6. Агрессия у детей и подростков : учебное пособие / под ред. Н. М. Платоновой. – СПб. : Речь, 2006. – 336 с.
7. *Blair R. J. R.* The neurobiology of antisocial behaviour and psychpathy / E. Alexander, N. J. Emery (Eds.) // The cognitive neuroscience of social behavior. – New York : Psychology Press, 2005. – P. 291—324.
8. *Чурсинова О. В.* Психологические особенности представлений подростков об агрессивном поведении в условиях телевизионного влияния : автореф. дис. ... к.п.н. – М., 2014.
9. *Feschbach S.* The function of aggression and the regulation of aggressive drive // Psychological Review. – 1964. – № 4. – P. 257—272.
10. *Anderson C. A.* Violence and aggression / A. E. Kazdin (Eds.) // Encyclopedia of psychology. – Washington : American Psychological Association; Oxford University Press, 2000. – V. 8. – P. 162—169.
11. *Glenn A. L., Raine A.* Neurocriminology: Implications for the punishment, prediction and prevention of criminal behavior // Nature Reviews Neuroscience. – 2014. – № 15. – P. 54—63.
12. *Cadoret R. J. et al.* Genetic environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders // Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – V. 52, № 11. – P. 916—924.
13. *Simonoff E. et al.* Genetic and environmental influences on subtypes of conduct disorder behavior in boys // J. Abnorm. Child. Psychol. – 1998. – V. 26, № 6. – P. 495—509.
14. *Veenema A. H.* Early life stress, the development of aggression and neuroendocrine and neurobiological correlates: What can we learn from animal models // Frontiers in Neuroendocrinology. – 2009. – № 30. – P. 497—518.
15. *Paulhus D. L., Williams K. M.* The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy // J. Research in Personality. – 2002. – № 36. – P. 556—563.
16. *Frick P. J., Ray J. V., Thornton L. C., Kahn R. E.* Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review // Psychological Bulletin. – 2014. – № 140. – P. 1—57.
17. *Bushman B. J., Baumeister R. F.* Does self-love or self-hate lead to violence? // J. Research in Personality. – 2002. – № 36. – P. 543—545.
18. *Andreou E.* Bully/victim problems and their association with Machiavellianism and self-efficacy in Greek primary school children // British Journal of Educational Psychology. – 2004. – № 74. – P. 297.
19. *Лоренц К.* Агрессия. – М. : РИМИС, 2009. – 352 с.
20. *Кинодо Жан-Мишель* Читая Фрейда. Изучение трудов Фрейда в хронологической перспективе. – М. : Когито-Центр, 2012. – 416 с.
21. *Бочарова В. В.* Агрессия и насилие как социокультурные феномены : дис. ... к.ф.н. – Воронеж, 2012. – 165 с.
22. *Ермаков В. А.* Гуманистическая психология личности: учебное пособие. – М. : Евразийский открытый институт, 2011. – 126 с.
23. *Чепракова Е. А.* Влияние стиля взаимодействия с родителями на агрессивное поведение подростков : дис. ... к.п.н. – М., 2011. – 187 с.
24. *Boulton M. J., Trueman M., Chau C., Whitehand C., Amatya K.* Concurrent and longitudinal links between friendship and peer victimization: implications for befriending intervention // J. Adolescence. – 1999. – № 22. – P. 461—466.
25. *Swearer S. M., Espelage D. L., Koenig B., Berry B., Collins A., Lembeck P.* A social-ecological model of bullying prevention and intervention in early adolescence / S. R. Jimerson, A. B. Nickerson, M. J. Mayer, M. J. Furlong (Eds.) // Handbook of school violence and school safety. – N. Y.: Routledge, 2012. – P. 333—355.
26. *Rivers I., Poteat V. P., Noret N., Ashurst N.* Observing bullying at school: The mental health implications of witness status // School Psychology Quarterly. – 2009. – № 24. – P. 211—223.
27. *Haltigan J. D., Vaillancourt T.* Joint trajectories of bullying and peer victimization across elementary and middle school and associations with symptoms of psychopathology // Developmental Psychology. – 2014. – № 50. – P. 2426—2436.
28. *Berkowitz R., Benbenishty R.* Perceptions of teachers' support, safety, and absence from school because of fear among victims, bullies, and bully-victims // American Journal of Orthopsychiatry. – 2012. – № 82. – P. 67—74.
29. *Haltigan J. D., Vaillancourt T.* Joint trajectories of bullying and peer victimization across elementary and middle school and associations with symptoms of psychopathology // Developmental Psychology. – 2014. – № 50. – P. 2426—2436.

Транслитерация русских источников

1. *Piletsky S.G.* [Philosophical analysis of the prerequisites of human aggression in the light of modern science]. *Dis. ... d.f.n.* [Thesis of Doctor of Philosophical Sciences]. Yaroslavl`, 2014. 378 p. (In Russ.).
2. *Dobren'kov V.I.* [Humanistic anthropology by Erich Fromm]. Moscow: Akademicheskiy Proekt, 2014. 204 p. (In Russ.).
3. *Karavanov A.A.* [The meaning of the concept of aggression]. *Territoriya nauki* [Territory of Science]. 2013; 2: 81—88. (In Russ.).
4. *Antonyan Y.M., Rostokinsky A.V., Gilinsky Y.I.* [Extremism and its causes]. Moscow: Logos, 2013. 312 p. (In Russ.).
5. *Chaldini R., Kenrik D., Neuberg S.* [Aggression. Social psychology]. SPb: Praym-EVROZNAK, 2002. 256 p. (In Russ.).
6. [Aggression in children and adolescents: tutorial]. N.M. Platonova, ed. SPb: Rech`, 2006. 336 p. (In Russ.).
8. *Chursinova O.V.* [Psychological characteristics of adolescent perceptions of violent behavior under the influence of television]. : *Avtoref. dis. ... k. ps. n.* [Abstract of PhD thesis in psychology]. Moscow, 2014. 181 p. (In Russ.).
19. *Lorents K.* [Aggression]. Moscow: RIMIS, 2009. 352 p. (In Russ.).
20. *Quinodoz Jean-Michel* [Reading Freud. The study of Freud's works in chronological perspective]. Moscow: Kogito-Tsenter, 2012. 416 p. (In Russ.).
21. *Bocharova V.V.* [Aggression and violence as socio-cultural phenomena]. *Dis. ... k. filos. n.* [PhD thesis]. Voronezh`, 2012. 165 p. (In Russ.).
22. *Ermakov V.A.* [Humanistic psychology of personality: tutorial]. Moscow: Evraziyskiy otkrytyy institut, 2011. 126 p. (In Russ.).
23. *Cheprakova E.A.* [Influence of style of interaction with parents on the aggressive behavior of adolescents]. *Dis. ... k. ps. n.* [PhD thesis in psychology]. Moscow, 2011. 187 p. (In Russ.).

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

УДК 616.891.6-039.31-036.82/.83
ББК 56.145.81-5

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Казенных Т. В.*, Епанчинцева Е. М., Иванова А. А., Лебедева В. Ф.

НИИ психического здоровья
Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

На примере 15 пациентов с диагнозом «эпизодическая пароксизмальная тревожность», пролеченных стационарно в клинике НИИ психического здоровья в 2013—2015 гг. с последующим динамическим наблюдением в Междисциплинарном центре профилактики пароксизмальных расстройств, проанализированы значимые клинические, клинико-динамические, социально-психологические факторы, влияющие на формирование, течение и патоморфоз эпизодической пароксизмальной тревожности (панических атак). На основании полученных данных разработаны и внедрены в клиническую практику инновационные стратегии комплексных реабилитационных мероприятий для данной категории больных. Предлагаемая двухэтапная система реабилитации пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью обеспечивает преемственность, комплексность и максимально индивидуализирует терапевтический подход. За счет своевременного включения пациентов в дифференцированную реабилитационную программу удается повысить социальные и индивидуальные саногенные ресурсы. При повышении профилактической и превентивной активности пациентов, активном их включении в реабилитационный процесс улучшается позитивная медико-социальная активность больных, формируются и укрепляются установки на здоровый образ жизни, уменьшается нагрузка на государственные психиатрические и медико-социальные службы, экономятся человеческие и материальные ресурсы. **Ключевые слова**: эпизодическая пароксизмальная тревожность, панические атаки, клиника, динамика, терапия, психотерапия, реабилитация.

DIFFERENTIATED REHABILITATION OF PATIENTS WITH EPISODIC PAROXYSMAL ANXIETY. Kazennykh T. V., Epanchintseva E. M., Ivanova A. A., Lebedeva V. F., Bokhan N. A. Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. *Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* For example, 15 patients with a diagnosis of episodic paroxysmal anxiety who underwent inpatient treatment at the clinic of the Mental Health Research Institute in the period 2013—2015, with subsequent follow-up in Interdisciplinary center of prevention of paroxysmal disorders, we analyzed significant clinical, clinical-dynamic, social-psychological factors influencing the formation, course and pathomorphosis of episodic paroxysmal anxiety (panic attacks). Based on these data innovative strategies for complex rehabilitation measures for these patients were developed and introduced into clinical practice. The proposed two-stage system of rehabilitation of patients with episodic paroxysmal anxiety provides continuity, complexity and maximum individualizes the therapeutic approach. Due to the timely inclusion of patients differentiated in a rehabilitation programme can increase social and individual sanogenic resources. Increasing proactive and preventive activity of patients, their active inclusion in the rehabilitation process increases the positive health and social activity of patients, forming and strengthening attitudes towards healthy lifestyle, decreases burden to public psychiatric and medico-social services, saving human and material resources. **Keywords**: episodic paroxysmal anxiety, panic attacks, clinic, dynamics, therapy, psychotherapy, rehabilitation.

Введение. В современной медицине проблема панических атак (ПА) рассматривается в числе основных. Актуальность проблемы определяется широкой распространенностью ПА в общей популяции, манифестацией в молодом, социально активном возрасте, тенденцией к затяжному и хроническому течению, сложностью лечения и реабилитации в свете медицинских и социально-экономических аспектов. В последнее время возросла численность больных с синдромом ПА, что оказывает всё большее влияние на социально-психологические, экономические аспекты жизни и здоровья общества [1, 2, 3]. Трактовка пациентом ПА как проявления соматического заболевания приводит к частым посещениям врача, консультациям у специалистов разного профиля, неоправданным диагностическим исследованиям и создает у пациента впечатление сложности и уникальности его заболевания [4]. Неверные представления пациента о сути заболевания ведут к появлению ипохондрических симптомов, утяжеляющих течение болезни. ПА снижают качество жизни больных, влияют на течение и прогноз болезни, а несвоевременно начатое лечение способствует хроническому течению болезни и усугублению тяжести состояния и нередко приводит к трудностям в дальнейшей терапии.

Существует несколько стратегий в реабилитации панического расстройства: первое направление – купирование самой ПА; второе – предупреждение (контроль) ПА и вторичных по отношению к панике синдромов (агорафобии, депрессии, ипохондрии и т. д.). Однако в настоящий момент не создано четких и эффективных программ реабилитации, охватывающих все звенья патогенеза патологического процесса, лежащих в основе разных вариантов тревоги. Недостаточная эффективность помощи больным ПА во многом связана с редким использованием комплексного подхода к лечению, отсутствием четко определенных критериев применения разных методов лечения и препаратов с учетом неоднородности заболеваний, недостаточной изученности механизмов трансформации болезней и психофизиологических основ клинической неоднородности, с недостаточным вниманием, уделяемым механизмам пароксизмальности, лежащим в основе этих форм психосоматической патологии [5, 6, 7].

* *Казенных Татьяна Валентиновна, к.м.н., ученый секретарь. E-mail kazennyh@sibmail.com; redo@mail.tomsknet.ru Телефон: (83822)723149.*

Материалы и методы. На примере 15 пациентов с диагнозом «эпизодическая пароксизмальная тревожность», проходивших стационарное лечение на базе клиники НИИ психического здоровья в период 2013—2015 гг. с последующим динамическим наблюдением в Междисциплинарном центре профилактики пароксизмальных расстройств, проанализированы значимые клинические, клинико-динамические, социально-психологические факторы, влияющие на формирование, течение и патоморфоз эпизодической пароксизмальной тревожности (панических атак). На основании полученных данных были разработаны и внедрены в клиническую практику дифференцированные программы и методы персонализированной терапии для данной категории больных. Основными методами исследования явились клинический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, статистический.

Результаты. Проведено обследование 15 пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью, в возрасте от 35 до 50 лет, включая 11 женщин и 4 мужчин. Имеющих собственные семьи оказалось 11 человек (все мужчины и 7 женщин), одиноких женщин было 4 человека, при этом давность развода у 3 женщин составляла менее 3 лет, а у 1 пациентки – менее 6 месяцев. Работали 9 человек (все мужчины и 5 женщин), но из работающих мужчин 3 перешли на более щадящий режим работы или вынуждены были ограничить нагрузки на рабочем месте, 6 женщин потеряли работу в результате закрытия или реорганизации предприятий (все сотрудницы частных фирм). Причиной расстройств чаще всего назывались семейные проблемы, непонимание супругом (супругой), распад семьи (независимо от того был ли оформлен развод документально), снижение финансовых доходов, неприятности или конфликтные отношения на работе, угроза сокращения. Все пациенты считали себя тяжело соматически больными, на первичный прием предоставлялись амбулаторные карты с консультациями специалистов различного профиля и многочисленными анализами, при этом существенного снижения соматического здоровья выявлено не было.

Ведущим симптомом в клинической картине являлись приступы паники в виде сильного ощущения страха и внутреннего дискомфорта, которые возникали неожиданно, обычно без симптомов-предвестников, и сопровождались пугающими физическими симптомами в виде внезапно начавшегося сердцебиения, удушья, боли в груди, головокружения, сильной слабости, чувства нереальности происходящего и собственной измененности. При этом почти всегда выявлялся страх внезапной смерти, утраты контроля над собой или страх сойти с ума. Панический приступ длился приблизительно 10—20 минут (максимум до 2 часов) и проходил сам собой, не оставляя никаких следов и не представляя реальной угрозы для жизни пациента.

Клинические проявления панического расстройства, отвечая диагностическим критериям, отличались значительным разнообразием. Выраженность собственно страха варьировала от тревоги, ощущения неясной угрозы до панического неконтролируемого страха надвигающейся смерти. Все пациенты ярко описывали соматовегетативные проявления ПА. Чаще всего они предъявляли жалобы на учащенное сердцебиение, доходящее до ощущения «разрывает грудную клетку», «бьется в горле», сообщали о неприятных ощущениях в области сердца, варьирующих от прекардиального дискомфорта до интенсивных болевых ощущений. У значительного числа пациентов возникало чувство нехватки воздуха, вплоть до удушья, головокружение, «предобморочное состояние», больные жаловались на общую слабость либо ощущали слабость в ногах или руках, описывали дрожь во всем теле, иногда судорожные подергивания или ощущения «выкручивания» мышц. Часто отмечались потливость, покраснение или бледность кожных покровов, похолодание конечностей, ощущение покалывания или «ползания мурашек» в разных участках тела, головные боли. Нередкими были нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта – тошнота, боли или урчание в животе, частая диарея. Страх нарастал по мере развертывания соматовегетативных проявлений, сопровождался двигательным беспокойством или, напротив, скованностью во всем теле. Первый эпизод ПА пациенты обычно связывали с ближайшими стрессовыми ситуациями, эмоциональными переживаниями, умственным или физическим переутомлением. Панические приступы повторялись с течением времени, возникали все чаще, нарастала полиморфность клинических проявлений и длительность во времени; при этом реальных причин для их развития выявить не удалось.

Для установления диагноза «эпизодическая пароксизмальная тревожность» для каждого из 15 пациентов был применен индивидуальный диагностический алгоритм. При этом всем пациентам были проведены ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ и АД по Холтеру, фонокардиография, УЗИ сердца, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, реоэнцефалография, УЗДГ церебральных сосудов, УЗИ брюшной полости, щитовидной железы, 5 пациентов были направлены на рентгенографию шейного отдела позвоночника, исследование уровня гормонов щитовидной железы и катехоламинов, 8 пациентов самостоятельно прошли КТ (МРТ) головного мозга.

Все пациенты были проконсультированы терапевтом и неврологом. Имеющиеся изменения соматического статуса мы представили в таблице 1.

Таблица 1

Изменения соматического статуса пациентов с ПА, выявленные при диагностическом обследовании

Методы исследования	Мужчины (n=4)	Женщины (n=11)
ЭКГ	Пролапс митрального клапана – 1	Пролапс митрального клапана – 1 (9 %). Нарушения реполяризации в виде депрессии сегмента ST и отрицательного зубца T – 1 (9 %). Неполная блокада ножки пучка Гиса – 1 (9 %)
Суточный мониторинг ЭКГ и АД по Холтеру	Психогенно обусловленное колебание АД – 4 (100 %), эпизоды тахикардии – 2 (50 %)	Психогенно обусловленное колебание АД – 11 (100 %), эпизоды тахикардии – 3 (27%), эпизоды брадикардии – 1 (9 %)
Фонокардиография	Патологии не выявлено – 4 (100 %)	Патологии не выявлено – 11 (100 %)
УЗИ сердца	Патологии не выявлено – 4 (100 %)	Патологии не выявлено – 11 (100 %)
УЗИ щитовидной железы	Патологии не выявлено – 4 (100 %)	Патологии не выявлено – 11 (100 %)
ЭЭГ	Признаки вегетативной дисфункции – 4 (100 %)	Признаки вегетативной дисфункции – 11 (100 %)
Эхо-ЭГ	Патологии не выявлено – 4 (100 %)	Патологии не выявлено – 11 (100 %)
Рео-ЭГ	При функциональных нагрузках с поворотами головы снижение кровотока в позвоночной артерии (левой или правой) – 1 (25 %)	При функциональных нагрузках с поворотами головы снижение кровотока в позвоночной артерии (левой или правой) – 3 (27 %)
УЗДГ церебральных сосудов	Снижение кровотока в позвоночной артерии (левой или правой) – 1 (25 %)	Снижение кровотока в позвоночной артерии (левой или правой) – 3 (27 %)
УЗИ брюшной полости	Признаки хронического калькулёзного холецистита – 1 (25%). Умеренная гепатомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени, эхографически расцениваемые как признаки жирового гепатоза – 1 (25 %)	Признаки хронического калькулёзного холецистита – 2 (18 %)
Рентгенография шейного отдела позвоночника (n=5)	Признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника (n=1)	Признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника (n=4)
Исследование уровня гормонов щитовидной железы и катехоламинов	В пределах возрастной нормы	В пределах возрастной нормы
КТ (МРТ) головного мозга (n=8)	Патологии не выявлено – 2 (100 % из обследуемых 2 чел.)	Патологии не выявлено – 6 (100 % из обследуемых 6 чел.)

Согласно заключению терапевта, все пациенты были относительно соматически здоровы, неврологом был диагностирован остеохондроз шейного отдела позвоночника в 4 случаях (1 мужчина, 3 женщин), при этом у всех пациентов были описаны признаки вегетососудистой дистонии. Симпатоадреналовый пароксизм диагностировали у 10 человек (3 мужчины и 7 женщин), вагоинсулярный – у 4 пациентов (3 женщины и 1 мужчина), смешанный вид неэпилептических пароксизмов – у 1 пациентки.

Основным инструментом исследования являлся адаптированный вариант «Базисной карты стандартизованного описания пробанда и родственника», позволяющий оценить клинические, социально-демографические показатели, диагностику по критериям МКБ-10, а также особенности адаптации. С учетом важности клинических исследований нами использовался комплекс личностных, когнитивных и интеллектуально-мнестических методик.

При изучении актуального состояния и преморбидных индивидуально-типологических личностных особенностей пациентов с диагнозом «эпизодическая пароксизмальная тревожность», проходивших стационарное лечение на базе клиники НИИ психического здоровья, нами были использованы следующие экспериментально-психологические методики: Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина, Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), модификация теста MMPI Л. Н. Собчик, опросник Леонгарда–Шмишека.

Среди обследованных пациентов с диагнозом «эпизодическая пароксизмальная тревожность» с помощью методики Леонгарда–Шмишека чаще всего встречаются лица с выраженным сочетанием демонстративных и тревожно-мнительных черт характера (9 человек – 60 %, из них 7 женщин и 2 мужчин). У 4 пациентов – 26 % (2 мужчин и 2 женщины) ведущими были застревающие черты характера в сочетании с тревожно-мнительными (у 3 пациентов) либо демонстративными и эмотивными (у 1 человека). У 2 пациенток выявлено сочетание демонстративных, эмотивных, экзальтичных черт характера, что указывает на выраженный истерический радикал. У всех обследуемых выраженные черты соответствовали уровню акцентуации. Пациенты с ведущими тревожно-мнительными чертами в структуре личности отличаются повышенной тревожностью, мнительностью, декомпенсации обычно выступают в новой обстановке либо в моменты высоких требований к чувству ответственности. У пациентов с ведущими демонстративными (истероидными) чертами в структуре характера уязвимыми местами для развития параксизмальной тревожности, вероятно, являются уязвленное самолюбие, утрата внимания со стороны супруга, близких, появление соперника или соперницы, «отвержение» со стороны коллег на работе.

Пациенты с ведущими застревающими чертами характера склонны фиксироваться на негативных проблемах и переживаниях, что приводит к ухудшению эмоционального состояния и накоплению внутреннего напряжения. Нами были получены положительные корреляции между выраженными демонстративными чертами характера и повышением по шкале 3 эмоциональной неустойчивости – истерии (методика СМИЛ), застревающими чертами и повышением по шкале 1 невротического сверхконтроля – ипохондрии и шкале 6 застреваемости – ригидности (методика СМИЛ), тревожно-мнительными чертами и повышением по шкале 7 тревожности (методика СМИЛ). Также на момент поступления в стационар у всех пациентов (100 %) был выявлен высокий уровень ситуативной тревожности средний балл по шкале СТ (ситуативная тревожность) – 48 баллов, у 12 человек (80 %) обнаружен высокий уровень личностной тревожности средний показатель ЛТ (личностной тревожности) для всей выборки пациентов – 39 баллов.

В литературе указывается на большую вероятность формирования нервно-психических расстройств у лиц с выраженными акцентуированными чертами, которые могут быть декомпенсированы в определенных ситуациях. Чем сильнее выражена какая-либо характеристика личности, тем более ограниченным оказывается количество «степеней свободы» выбора адаптивных средств личности, тем труднее реализуется адаптация личности к сложившейся ситуации [8].

Полученные данные использовались в психокоррекционной работе и образовательных программах с целью превенции рецидива эпизодической пароксизмальной тревожности.

Реабилитация пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью включала в себя двухэтапную систему, предусматривающую стационарный и амбулаторный этап наблюдения за пациентами.

На первом стационарном этапе проводилась диагностика состояния, определялись факторы, способствующие запуску реакции тревоги. Для купирования собственно ПА использовались медикаментозные средства и психофизиологические приемы (обучение релаксации, переход на диафрагмальное дыхание, «дыхание в мешок»). Среди немедикаментозных методов контроля симптомов ПА наиболее простым и эффективным оказался контроль дыхания. Пациентам предлагалось вначале сделать максимально глубокий вдох, затем задержать дыхание на пару минут и сделать плавный постепенный замедленный выдох. На выдохе лучше закрыть глаза и расслабить все мышцы. Подобное дыхательное упражнение повторяли до 15 раз, с некоторыми перерывами на несколько обычных вдохов-выдохов. Специальное обучение пациентов приемам замедленного и спокойного дыхания позволяло во время приступа купировать гипервентиляцию и прервать порочный круг развития пароксизма.

Купирование приступа проводилось с учетом его характера. При лечении симпатоадреналового пароксизма (10 человек, 3 мужчины и 7 женщин) учитывалась его тяжесть и подбирались быстродействующие медикаменты. При высоких показателях артериального давления применять препараты, которые обеспечивают плавное и контролируемое снижение АД. В качестве гипотензивных препаратов внутрь или парентерально использовали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бетаадреноблокаторы или блокаторы ионов кальция, мочегонные препараты, при этом артериальное давление необходимо снижать до привычного для больного уровня. Для экстренного снижения АД применяли внутривенное введение лабеталола (2 мл/мин) или нитропруссида натрия (0,3–0,5 мкг/кг/мин). При тахикардии, ознобе, различных страхах вводили 1—3 мл 1 % раствора пироксана внутримышечно, или 4 мг сермиона, или 1 мл (0,3 мг) редергина внутримышечно, или 60—70 капель корвалола. Для снижения тревоги вводили 2 мл 0,5 % реланиума внутримышечно или 1 мл 1 % феназепама.

Для купирования вагоинсулярного пароксизма (4 пациента, 3 женщины и 1 мужчина) вводили 0,5—1,0 мл 0,1 % атропина сульфата подкожно или внутримышечно, 1 таблетка циклодола внутрь, в случае резкого снижения АД и частоты сердечных сокращений 1 мл раствора адреналина внутримышечно или 1 мл 1 % раствора мезатона подкожно. При отсутствии эффекта применяли 50—100 мг дофамина на 200—400 мл изотонического раствор хлорида натрия внутривенно капельно (вначале 3—6 капель в минуту) под контролем АД и пульса.

При смешанных видах неэпилептических пароксизмов (1 пациентка) лекарственные средства выбирались в зависимости от преобладающей симптоматики, а также комбинированные средства, действующие как на симпатический, так и парасимпатический отдел вегетативной нервной системы (белласпон, ганглиоблокаторы и др.).

Лечение в межприступном периоде подразумевало предупреждение повторных приступов. Выбор препарата осуществлялся в зависимости от структуры ведущего психопатологического синдрома: депрессивный – антидепрессант, тревожно-депрессивный – седативный антидепрессант или анксиолитик и антидепрессант, тревожный – анксиолитик или седативный антидепрессант, панический – седативный антидепрессант или анксиолитик, фобический – антидепрессант.

В терапевтическую схему включались антидепрессанты, которые не вызывали вегетативную дисфункцию (антидепрессанты третьего и четвертого поколений): трициклические антидепрессанты – амитриптилин до 75 мг/сут, тетрациклические антидепрессанты – калиста, леривон до 30 мг/сут, антидепрессанты избирательного действия (СИОЗы) – рексетин (пароксетин) в начальной дозе 10 мг с постепенным наращиванием до 60 мг/сут, средняя поддерживающая доза, как правило, составляла 20 мг/сут, флуоксетин 20 мг/сут, золофт (сертралин) в начальной дозе 25 мг/сут с последующим увеличением через 1 неделю до 50 мг/сут. При депрессии преимущественно с астеническими расстройствами, тревожно-депрессивными компонентами эффект в первую неделю приема отмечался при включении в терапию ингибиторов МАО – пиразидола, назначаемого в начальной дозе 50—75 мг/сут, разделенной на 2 приема, затем дозу постепенно увеличивали на 25—50 мг до 150—300 мг/сут. При преобладании в клинической картине тревожных расстройств применяли анксиолитик атаракс в дозе 25—100 мг/сут в несколько приемов в течение дня или на ночь, при этом средняя доза составляла 50 мг/сут (12,5 мг утром, 12,5 мг днем и 25 мг на ночь). Вторичные психовегетативные синдромы купировали нейролептиками – сонапакс до 75 мг/сут, эглонил до 200 мг/сут, хлорпротексин 10–15 мг на ночь.

На основании литературных данных и по материалам собственных наблюдений мы определили наиболее эффективные субстанции в лечении панической атаки: 1) трициклические (тетрациклические) антидепрессанты неизбирательного действия (ТАД), например: имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), амитриптилин (триптизол), миансерин (леривон), мапротилин (людиомил); 2) высокопотенциальные бензодиазепины (ВПБ), например: клоназепам (антелепсин, ривотрил), алпрозалам (ксанакс); 3) антидепрессанты избирательного действия (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), например: пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин), сертралин (золофт), флуоксетин (прозак), циталапрам (ципрамил), тианептин (коаксил) – препарат с особым механизмом действия (индуктор обратного захвата серотонина), оказывает нейромодуляторный эффект.

Как показано в таблице 2, каждый класс антипанических препаратов обладает не только определенными достоинствами, но и недостатками.

Далее в таблице 3 приведены терапевтические стратегии, которые мы предлагаем выстраивать в соответствии с тяжестью заболевания.

Таблица 2

Сравнительная характеристика высокопотенциальных бензодиазепинов и антидепрессантов в лечении панических расстройств

Параметр	Бензодиазепины	Антидепрессанты
Антипаническая эффективность	Да	Да
Эффективность в отношении конкурирующей депрессии	?	Да
Эффективность в отношении конкурирующей тревоги	Да	Нет
Эффективность в отношении агорафобии	Менее выражена	Более выражена
Длительность периода начала проявления эффективности	Короткий, 5—10 дней	Длительный, 2—4 недели
Синдром отмены	Да	Единичные описания
Кардиоваскулярное побочное действие	Нет	Да
Седативное побочное действие	Да	Нет
Использование в качестве поддерживающей терапии	?	ДА

Таблица 3

Терапевтические стратегии для пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью в соответствии с тяжестью заболевания

Тяжесть заболевания	Терапевтические стратегии
Мягкое ПР. В месяц 4 атаки с мягкой симптоматикой; мягкая тревога ожидания; мягкая агорафобия	Аутотренинг. Дыхательная гимнастика. Симптоматическая фармакотерапия
Среднее ПР. 4 атаки в месяц со средней симптоматикой; очевидная тревога ожидания; очевидная агорафобия, ухудшающая социальную адаптацию; средней выраженности депрессивное расстройство или коморбидный мягкий депрессивный эпизод	Выбор фармакотерапии: трициклические (тетрациклические) антидепрессанты неизбирательного действия, СИОЗС, бензодиазепины
Тяжелое ПР. Высокая частота атак (>10 в месяц) с тяжелой симптоматикой; тяжелая агорафобия, приводящая к социальной дезадаптации (потеря работы); коморбидность с тяжелым депрессивным расстройством, алкогольным и/или медикаментозным абузусом, социальной фобией, генерализованной тревогой, личностным	Комбинация психофармакотерапии и психотерапии (одновременно или последовательно) Комбинация - ТАД/СИОЗС; - Бензодиазепины ТАД/СИОЗС; - ТАД/СИОЗС/ малые нейролептики

Эффективность мероприятий оценивали по шкале выздоровления, предложенной академиком РАМН В. Я. Семке [9] и согласно оценке адаптационных возможностей и состояния социальной адаптации; дополняли друг друга данные шкал удовлетворенности качества жизни и уровня самооценки [10, 11]. Все 15 пациентов были выписаны с неполным выздоровлением в связи с сохранившимися слабо выраженными и остаточными проявлениями психопатологической симптоматики в виде легкой ситуационной тревожности и ослабления адаптационных способностей (ранг С по шкале выздоровления В. Я. Семке).

Второй амбулаторный этап был реализован на базе Междисциплинарного центра профилактики пароксизмальных расстройств. Нами проводилась стабилизирующая терапия, направленная на закрепление результатов (контроль панических атак), восстановление уровня социальной адаптации, преодоление агорафобических проявлений (тревога ожидания, избегающее поведение) и предотвращение ранних рецидивов (на протяжении 4–6 месяцев).

Терапевтическая тактика включала продолжение приема препаратов, обладающих антипаническим эффектом, проведение психокоррекционных мероприятий в виде индивидуальной и групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, основной целью которой являлось достижение позитивных личностных изменений (коррекция нарушенной системы отношений, неадекватных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов), что улучшало субъективное самочувствие пациентов и способствовало как устранению симптоматики, так и восстановлению полноценного функционирования личности. Индивидуальная и групповая когнитивно-поведенческая терапия была направлена на выработку более адаптивных стратегий преодоления когнитивных нарушений и решение социально-психологических проблем. Целями семейной психотерапии являлось создание благоприятных условий микросоциального окружения, социальной поддержки, благоприятствующих выработке адаптивных стратегий преодоления социальных трудностей, психогений и когнитивных проблем, улучшению показателей адаптации в основных социальных сферах жизни, повышению качества жизни.

Кроме того, пациентам предлагались неспецифические методы терапии, которые проводились специалистами клиники НИИ психического здоровья: общеукрепляющее воздействие лечебной физкультуры и стимулирующий эффект физиопроцедур, фитотерапии, а также различных видов массажа с целью повышения адаптационного ресурса физиологических процессов и укрепления саногенных механизмов у данной категории пациентов.

Нами была разработана образовательная программа для пациентов, которая включала раздел о природе панических атак, принципах поддерживающей факмакотерапии (в том числе психофармакотерапии), сопутствующих заболеваниях, стрессе, здоровом образе жизни, психогигиене и т. д.). В целом длительность второго этапа реабилитации, как правило, составляла не менее полугода. Отмена препарата была возможна на фоне полной редукции тревоги ожидания, если паническая атака не наблюдалась в течение 30—40 дней.

На сегодняшний день у 9 человек медикаментозные препараты были отменены, 2 женщины продолжают наблюдение в МЦППС (все они обратились за помощью в 2015 г.), при этом у снятых с наблюдения 9 пациентов мы определили полное выздоровление в виде стойкой редукции психопатологической симптоматики (ранг А по шкале В. Я. Семке [1979]). Последующее тестирование по шкалам удовлетворенности качеством жизни и по уровню самооценки выявило положительную динамику критериев качества жизни, а также значительное увеличение уровня самооценки.

Необходимо отметить, что в прогностическом плане важным моментом являлось как можно более ранее начало лечения. Каждая последующая паническая атака усугубляет состояние пациента, воспринимается им как доказательство наличия тяжелого заболевания, закрепляет страх ожидания приступа и формирует ограничительное поведение. Несвоевременные и нецелесообразные лечебные мероприятия способствуют прогрессированию панического расстройства. Своевременная адекватная терапия, сочетающаяся с правильно направленными усилиями самого пациента, обычно приводит к выздоровлению, а при хроническом течении – к минимизации клинических проявлений и частоты атак.

Выводы. Таким образом, панические атаки, которые сегодня относят к сфере междисциплинарной патологии, являются предметом изучения психологии, психиатрии и неврологии. Кроме того, психосоматическая окраска приступов выводит ПА в разряд проблем, актуальных для практиков во многих других областях медицины – кардиологии, гастроэнтерологии, эндокринологии, пульмонологии. Сократить количество дней нетрудоспособности, проведенных пациентом в стационаре, частоту обращений в соматические и психиатрические амбулаторные и стационарные учреждения, уменьшить неблагоприятные социальные последствия, повысить уровень социальной адаптации, улучшить качество жизни – основная задача, лежащая в основе разработанных нами инновационных стратегий комплексных реабилитационных мероприятий.

Предлагаемая двухэтапная система реабилитации пациентов с эпизодической пароксизмальной тревожностью обеспечивает преемственность, комплексность и максимально индивидуализирует терапевтический подход. За счет своевременного включения пациентов в дифференцированную реабилитационную программу удается повысить социальные и индивидуальные саногенные ресурсы. При повышении профилактической и превентивной активности пациентов, активном их включении в реабилитационный процесс повышается по-

зитивная медико-социальная активность больных, формируются и укрепляются установки на здоровый образ жизни, уменьшается нагрузка на государственные психиатрические и медико-социальные службы, экономятся человеческие и материальные ресурсы.

Литература

1. *Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Данилов А. Б.* Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты). – СПб.: Институт медицинского маркетинга, 1997. – 304 с.
2. *Рыбников А. И.* Анализ вегетативных нарушений церебрального генеза: Дис. … к.м.н. – М., 1978. – 138 с.
3. *Bankier B., Aigner M., Bach M.* Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression // Psychosomatics. – 2001. – May-Jun. –V. 42 (3). – P. 235—240.
4. *Blackwood D. H. R., St Clair D. M., Muir W. J., Duffy J. C.* Auditory P300 and eye tracking dysfunction in schizophrenic pedigrees // Arch. Gen. Psychiatry. – 1991. – V. 48. – P. 899—909.
5. *Вейн А. М.* Панические атаки. Лекции для практических врачей // Материалы Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 1998. – Вып. 2. – С. 81—90.
6. *Гребенюк О. В., Рудченко С. А., Казенных Т. В., Алифирова В. М., Котов Д. В., Поликарпов А. В., Астрейко Ж. А.* Функциональный резерв сердечно-сосудистой системы у пациентов с редкими пароксизмальными расстройствами сознания в анамнезе // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 54—57.
7. *Казенных Т. В., Гребенюк О. В., Казенных В. В.* Прогноз формирования фармакорезистентности больных эпилепсией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 2 (77). – С. 78—84.
8. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
9. *Семке В. Я., Епанчинцева Е. М.* Душевные кризисы и их преодоление. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005. – 212 с.
10. *Diener E., Emmons R. A., Larsen R. J., Griffin S.* The Satisfaction with Life Scale // J. of Personality Assessment. – 1985. – V. 49, N. 1. – P. 71—75.
11. *Judge T. A., Erez A., Bono J. E., Thoresen C. J.* The Core Self-Evaluations Scale: Development of a measure // Personnel Psychology. – 2003. – V. 56, N. 2. – P. 303—331.

Транслитерация русских источников

1. *Vein A.M., Dyukova G.M., Vorobyeva O.V., Danilov A.B.* [Panic attacks (neurological and psychophysiological aspects)]. SPb: Medical Marketing Institute, 1997. 304 p. (In Russ.).
2. *Rybnikov A.I.* [Analysis of vegetative disturbances of cerebral origin]. *Dis. … k.m.n.* [PhD thesis]. Moscow, 1978. 138 p. (In Russ.).
5. *Vein A.M.* [Panic attacks. Lectures for practitioners]. *Materialy Rossiyskogo natsional'nogo kongressa "Chelovek i lekarstvo"* [Materials of Russian National Congress "Person and drug"]. Moscow, 1998; 2: 81—90. (In Russ.).
6. *Grebenyuk O.V., Rudchenko S.A., Kazennykh T.V., Alifirova V.M., Kotov D.V., Polikarpov A.V., Astreiko Zh.A.* [Functional reserve of cardiovascular system in patients with rare paroxysmal disorders of consciousness in anamnesis]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3: 54—57. (In Russ.).
7. *Kazennykh T.V., Grebenyuk O.V., Kazennykh V.V.* [Prognosis of formation of pharmacoresistance in epileptic patients]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 2(77): 78—84. (In Russ.).
8. *Alexandrovsky Yu.A.* [Borderline mental disorders: Tutorial]. Moscow: Medicina, 2000. 496 p. (In Russ.).
9. *Semke V.Ya., Epanchintseva E.M.* [Mental crises and their overcoming]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2005. 212 p. (In Russ.).

НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ФОРУМ «ТРЕЗВАЯ АРКТИКА» В РАМКАХ КОНГРЕССА «АРКТИКА БЕЗ АЛКОГОЛЯ»

Мандель А. И.*[1], Матвеева Н. П.[2]

[1] **НИИ психического здоровья Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук**
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

[2] **ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем»**
677010, Якутск, Сергеляхское шоссе, 4

Приводится обзор материалов прошедшего в июне 2016 г. Республиканского форума «Трезвая Арктика». **Ключевые слова**: алкоголизм, алкогольные психозы, наркомания, токсикомания, болезненность, заболеваемость, наркологическая служба, коренное население Севера Сибири.

REPUBLICAN FORUM "THE SOBER ARCTIC" WITHIN THE CONGRESS "THE ARCTIC WITHOUT ALCOHOL". Mandel A. I.[1], Matveeva N. P.[2] [1] Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. *Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*. **[2] Yakut Scientific Center of Complex Medical Problems.** *Sergelyakhskoe Highway 4, 677010, Yakutsk, Republic of Sakha (Yakutia).* The review of materials of the Republican Forum "The Sober Arctic" (June 2016) is presented. **Keywords**: alcoholism, alcoholic psychoses, drug addiction, toxicomania, morbidity, sickness rate, narcological service, indigenous population of the North of Siberia.

С 13 по 15 июня 2016 г. в Жиганском Национальном эвенкийском районе Республики Саха (Якутия) по инициативе первого Президента М. Е. Николаева состоялся Республиканский Форум «Трезвая Арктика», к котором приняли участие представители пяти арктических районов республики (Анабарского, Булунского, Жиганского, Оленекского, Эвено-Бытантайского), врачи, ученые и общественные деятели.

В работе форума приняло участие более 90 делегатов и участников. Главным организатором форума выступило Правительство Республики Саха (Якутия) в лице министра здравоохранения М. Е. Охлопкова совместно с Республиканским Центром медицинской профилактики.

Форум проходил при поддержке депутата Государственного собрания (ИлТумэн) РС(Я), Генерального директора АО «Нижне-Ленское» И. И. Андреева. Соорганизаторами республиканского форума выступили Якутский республиканский наркологический диспансер и 5 муниципальных районов.

На пленарной части с приветственным адресом выступили глава МР «Жиганский национальный эвенкийский район» А. Е. Мандаров, заместитель министра здравоохранения РС (Я) Л. И. Вербицкая, специалист ОАО «Нижне-Ленское» С. А. Сивцева, священник Якутской Епархии Марк Беляков.

Главный внештатный нарколог МЗ РС (Я), главный врач ГБУ РС (Я) «Якутский наркологический диспансер» П. С. Тумусов представил развернутую характеристику наркологической службы республики. За 2015 г. в республике зарегистрировано 21 935 больных с наркологическими расстройствами, среднереспубликанский показатель болезненности составил 2 295 больных на 100 тысяч населения, или 2,3 % от общей численности населения. Отмечается, что большинство зарегистрированных пациентов – это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и пациенты с пагубным употреблением алкоголя, их количество составляет 89,1 % от общего числа зарегистрированных. На больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, пришлось 10,0 %, токсикоманией и лиц, злоупотребляющих ненаркотическими ПАВ, – 1,1 % на 100 тысяч населения. Если в целом по республике происходит снижение числа наркологических больных, то в арктических и северных районах, таких как Абыйский, Аллаиховский, Анабарский, Булунский, Верхнеколымский, Верхоянский, Жиганский, Момский, Нижнеколымский, Оленекский, Среднеколымский, Усть-Янский и Эвено-Бытантайский, в последние годы отмечаются нестабильные показатели, что свидетельствует о недостаточной обеспеченности регионов врачами-наркологами и неустойчивости социальной политики.

* *Мандель Анна Исаевна, д.м.н., проф., в.н.с. отделения аддиктивных состояний. Телефон: (3822)444780, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru*

Матвеева Нюргуяна Петровна, к.м.н., зав. лабораторией ОЭХНИЗ. Телефон: (4112)321981. Электронная почта: nyusakha@mail.ru

Д. м. н., профессор А. И. Мандель (НИИ психического здоровья, Томск) выступила с научно обоснованным докладом по проблеме алкоголизма среди коренного населения Северной Сибири. Докладчик отметила, что при лечении [1] и профилактике наркологических расстройств среди коренного населения [2] необходимо учитывать этнокультуральные особенности каждого этноса в отдельности. Специалисты, оказывающие помощь коренному населению, должны обладать «этнокультуральной компетенцией», которая включает знания о национальной культуре пациента. В связи с этим для оказания лечебно-профилактической помощи представляется целесообразным привлечение представителей коренных народов. Очевидно, что терапевтический контакт между представителями одного этноса будет более продуктивным. В свою очередь профилактическая стратегия должна представлять пролонгированный, систематический метод первичной, вторичной, третичной профилактики, преследующий «реанимацию» потерянного этноса, бережное отношение к истокам родного языка, культуры, традиций и этнического самосознания.

Проблемы злоупотребления алкоголем на современном этапе были раскрыты руководителем отделения коммуникационных технологий Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения Москвы, к. м. н. А. В. Надеждиным (Москва). Докладчик указал на тенденцию снижения общей заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами (до 1175,4 на 100 тысяч населения в 2015 г.) в Российской Федерации в течение последних 10 лет. В пределах тенденции в РС (Я) этот показатель выше и составляет 1694 на 100 тысяч населения. Заболеваемость алкогольными психозами в республике также превосходит средние показатели по РФ (68,6 и 45,5 на 100 тысяч населения). В 2015 г. число повторно поступивших больных алкоголизмом в РС (Я) почти в 2 раза превышало аналогичный показатель по РФ (29,4 и 16,6 соответственно).

Н. П. Матвеева, к. м. н., зав. лабораторией клинико-популяционных и медико-социальных исследований ЯНЦ КМП в своем докладе подробно изложила наркологическую ситуацию в циркумполярных регионах страны в этнотерриториальном аспекте. Республика Саха (Якутия) занимает третье место по распространенности и первичной заболеваемости алкоголизмом после Чукотского и Ненецкого автономных округов (рис. 1). В связи с этим было отмечено, что при организации профилактических мероприятий необходимо учитывать региональные особенности накопления наркологической патологии, т. е. профилактические мероприятия должны быть адресными.

Были представлены данные по женскому алкоголизму (Хоютанова Н. В., 2015) в результате исследований, проведенных в субарктическом и арктическом поясах республики. Установлено, что наиболее раннее систематическое употребление алкоголя (в 24,80±5,26 года) наблюдается у женщин-саха субарктического и арктического поясов, что на 3—4 года раньше, чем у саха умеренного пояса и эвенок субарктического пояса.

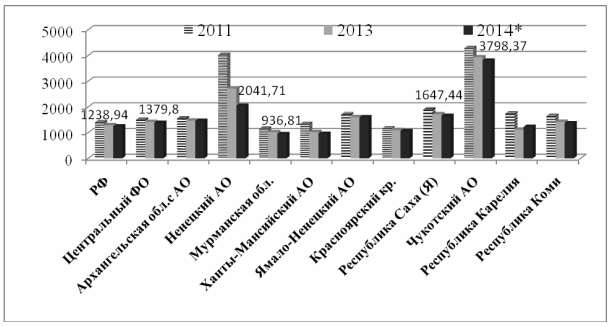


Рис. 1. Болезненность алкоголизмом, включая алкогольные психозы в циркумполярных регионах РФ, на 100 тысяч населения

Высокопрогредиентный тип течения алкоголизма установлен у женщин-саха умеренного пояса (через 3 года), среднепрогредиентный тип характерен для эвенок субарктического, арктического поясов и саха вилюйской группы улусов (через 4 года). Показатели смертности среди женщин, связанные с употреблением алкоголя (на 100 тысяч женского населения), имели тенденцию к снижению (табл.)

Таблица

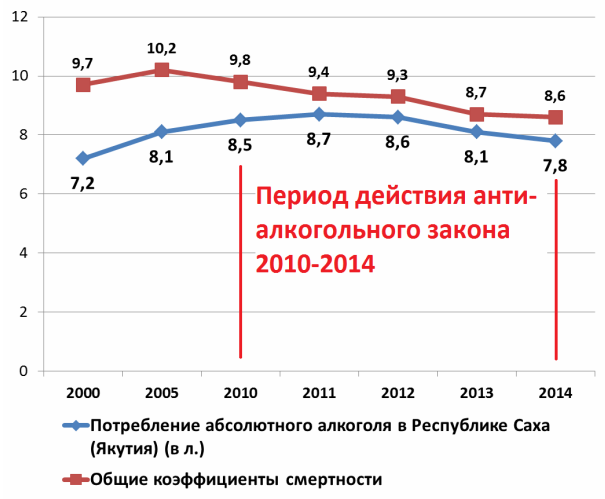
Показатели смертности в связи с употреблением алкоголя среди женщин (на 100 тысяч женского населения)

	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1	19,7	61,5	32,3	47,5	53,4	65,8	50,2	35,6	31,0
2	8	28,3	15,9	27,5	28,9	32,9	22,2	17,7	16,3
3	40,6	46	49,22	57,89	54,1	50	44,2	49,7	52,6

Примечание. В 1-м столбце приведены показатели смертности: 1 – смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя (на 100 тысяч взрослого населения); 2 – смертность женщин в связи с употреблением алкоголя (на 100 тысяч женского населения); 3 – доля смертности женщин по причине, связанной с употреблением алкоголя (%).

В работе форума также приняли участие представители Общественной палаты РС (Я) (И. Я. Егоров), специалисты Управления РС (Я) по лицензированию и осуществлению лицензионного контроля за розничной продажей алкогольной продукцией и представители арктических районов республики, которые представили развернутую информацию о деятельности антиалкогольной программы на местах.

Е. К. Колесникова, заместитель руководителя Госалкогольконтроля РС (Я) в своем докладе отметила, что в период действия антиалкогольной кампании в РС (Я) (2010—2014 гг.) потребление алкоголя снизилось на 8,2 %, общие коэффициенты смертности уменьшились за этот же период на 12,2 % (рис. 2). Также за данный период произошло снижение количества убийств (на 33,3 %) и самоубийств (на 15,4 %). Кроме того, с 2010 по 2015 г. в республике на 46,2 % снизилась смертность от случайных отравлений алкоголем.



В то же время в 2015 г. увеличилась доля розничной реализации пива в отличие от продажи крепкой алкогольной продукции.

В дни проведения форума также был осуществлен медицинский осмотр всего населения Жиганского района врачами Республиканского центра профилактики, Якутского республиканского наркологического диспансера. Так, психологом Якутского республиканского наркологического диспансера протестировано население с использованием программы психодиагностики и психокоррекции зависимого поведения. На мастер-классе «Теория и практика антинаркотической социальной рекламы» А. В. Надеждина участники форума ознакомились с эффективными формами антинаркотической социальной рекламы. Е. К. Колесниковой проведен семинар «Реализация антиалкогольной политики в РС (Я); профилактика употребления алкоголя и других психоактивных веществ» для глав, специалистов администраций муниципальных образований, представителей органов внутренних дел, прокуратуры, образования, здравоохранения, культуры, общественных объединений с выдачей сертификата участника. Организован Круглый стол с участием депутатов наслежных и районных советов, в котором были озвучены основные проблемы алкоголизации северных народов и пути их решения.

В Николаевской церкви Отец Марк (Беляков) провел богослужение о людях, страдающих алкогольной зависимостью. Директором Республиканского центра медицинской профилактики А. В. Сивцевой организованы школы здоровья «Боремся с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний», «Профилактика алкоголизма – путь к трезвой жизни».

В рамках протокольной встречи состоялось подведение итогов республиканского форума, подписаны соглашения между Министерством здравоохранения РС (Я) и администрациями пяти арктических и северных районов в части сотрудничества в области профилактики пьянства и алкоголизма. Участники форума и представители Ассоциации коренных малочисленных народов Севера приняли обращения к главам и населению арктических и северных районов республики.

Проведенный форум дал начало трезвенническому движению на территориях арктических и северных районов республики с предоставлением конкретных рекомендаций по пропаганде здорового образа жизни, для улучшения качества жизни населения в арктических районах республики.

Литература

1. *Бохан Н. А., Коробицина Т. В.* Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11—17.
2. *Бохан Н. А., Матвеева Н. П., Хоютанова Н. В., Томский М. И., Максимова Н. Р., Степанов В. А., Марусин А. В., Олесова Л. Д., Кривошапкина З. Н.* Клинико-патобиологические закономерности формирования алкоголизма у коренного населения Республики Саха (Якутия): результаты и перспективы междисциплинарных исследований // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (72). – С. 21—28.
3. *Матвеева Н. П., Хоютанова Н. В., Афонская М. И., Борисова В. И.* Реализация государственной политики формирования здорового образа жизни в Республике Саха (Якутия): анализ, результаты, прогноз // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. –2015. – № 2. – С. 31—37.
4. *Матвеева Н. П., Хоютанова Н. В., Афонская М. И., Тумусов П. С.* Анализ распространенности алкоголизма и алкогольных психозов в Республике Саха (Якутия) в этнотерриториальном аспекте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 4 (89). – С. 28—34.
5. *Матвеева Н. П., Афонская М. И., Гуляева В. П., Аргунов О. А., Сергин Д. Д.* Анализ эффективности принятых нормативных правовых актов Республики Саха (Якутия), направленных на снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора А. А. Корнилова. □ Якутск, 2013. – С. 42—43.
6. *Матвеева Н. П., Бохан Н. А., Хоютанова Н. В., Афонская М. И., Томский М. И.* Распространенность алкоголизма и алкогольных психозов в Республике Саха (Якутия) в этнотерриториальном аспекте // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 50-летию наркологической службы Республики Саха (Якутия). – Якутск, 2015. – С. 53.
7. *Никитин Е. В., Матвеева Н. П., Тумусов П. С., Бохан Н. А.* Совершенствование наркологической помощи

в труднодоступных местах компактного проживания коренных малочисленных народов Севера на примере Булунского района РС (Я) // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 50-летию наркологической службы Республики Саха (Якутия). – Якутск, 2015. – С. 57.
8. *Хоютанова Н. В., Матвеева Н. П., Иготти Е. А., Семенова Д. С., Томский М. И., Бохан Н. А.* Клинико-динамические особенности формирования и течения алкоголизма у женщин в зависимости от климатогеографических условий проживания на территории Республики Саха (Якутия) (этнокультуральный аспект) // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора А. А. Корнилова. – Якутск, 2013. – С. 70—71.
9. *Хоютанова Н. В., Матвеева Н. П., Бохан Н. А.* Этнотерриториальные особенности течения алкоголизма у женщин вилюйской и центральной группы районов Республики Саха (Якутия) // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 50-летию наркологической службы Республики Саха (Якутия). – Якутск, 2015. – С. 80.
10. *Хоютанова Н. В., Матвеева Н. П., Бохан Н. А., Иванова С. А., Кривошапкина З. Н., Иготти Е. А.* Клинико-динамические особенности формирования и течения алкоголизма у женщин в зависимости от климатогеографических условий проживания на территории Республики Саха (Якутия) // Якутский медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 14—18.
11. *Семке В. Я., Бохан Н. А.* Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
12. *Сивцева А. П., Матвеева Н. П.* Опорные центры здорового образа жизни РС (Я) // Сборник под общей редакцией Н. Н. Дегтярева. – Якутск, 2012. – 56 с.

Транслитерация русских источников

1. *Bokhan N.A., Korobitsina T.V.* [Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medicine practice]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2008; 3: 11—17. (In Russ.).
2. *Bokhan N.A., Matveeva N.P., Khoyutanova N.V., Tomsky M.I., Maximova N.R., Stepanov V.A., Marusin A.V., Olesova L.D., Krivoshapkina Z.N.* [Clinical and biological aspects of course of alcoholism among indigenous people of the Republic of Sakha (Yakutia)]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3(72): 21—28. (In Russ.).
3. *Matveeva N.P., Khoyutanova N.V., Afonskaya M.I., Borisova V.I.* [The analysis of the implementation of the state policy of a healthy lifestyle in the Republic of Sakha (Yakutia)]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2015; 2: 31—37. (In Russ.).
4. *Matveeva N.P., Khoyutanova N.V., Afonskaya M.I., Tumusov P.S.* [The ethnoterritorial aspects of alcoholism and alcoholic psychosis in the Republic of Sakha (Yakutia)]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2015; 4(89): 28—34. (In Russ.).
5. *Matveeva N.P., Afonskaya M.I., Gulyaeva V.P., Argunov O.A., Sergin D.D.* [Analysis of the efficiency of adopted normative law acts of the Republic of Sakha (Yakutia) directed at reduction of scales of alcohol production abuse]. In: [Materials of the Interregional Scientific-Practical Conference devoted to memory of Prof A.A. Kornilov]. Yakutsk, 2013; 42—43. (In Russ.).
6. *Matveeva N.P., Bokhan N.A., Khoyutanova N.V., Afonskaya M.I., Tomsky M.I.* [Prevalence of alcoholism and alcoholic psychoses in the Republic of Sakha (Yakutia) in the ethnoterritorial aspect]. In: [Materials of the Interregional Scientific-Practical Conference devoted to the 50th anniversary of the narcological service of the Republic of Sakha (Yakutia)]. Yakutsk, 2015; 53. (In Russ.).
7. *Nikitin E.V., Matveeva N.P., Tumusov P.S., Bokhan N.A.* [Improvement of narcological care in remote places of compacted living of indigenous small peoples of the North by way of example of Bulunsky District of the RS (Yakutia)]. In: [Materials of the Interregional Scientific-Practical Conference devoted to the 50th anniversary of the narcological service of the Republic of Sakha (Yakutia)]. Yakutsk, 2015; 57. (In Russ.).
8. *Khoyutanova N.V., Matveeva N.P., Igotti E.A., Semenova D.S., Tomsky M.I., Bokhan N.A.* [Clinical-dynamic features of formation and course of alcoholism in women depending on climatic-geographic conditions of living in the territory of the Republic of Sakha (Yakutia) (ethnocultural aspect)]. In: [Materials of the Interregional Scientific-Practical Conference devoted to memory of Prof A.A. Kornilov]. Yakutsk, 2013; 70—71. (In Russ.).
9. *Khoyutanova N.V., Matveeva N.P., Bokhan N.A.* [Ethnoterritorial features of course of alcoholism in women of Vilyui and central group of districts of the Republic of Sakha (Yakutia)]. In: [Materials of the Interregional Scientific-Practical Conference devoted to the 50th anniversary of the narcological service of the Republic of Sakha (Yakutia)]. Yakutsk, 2015; 80. (In Russ.).
10. *Khoyutanova N.V., Matveeva N.P., Bokhan N.A., Ivanova S.A., Krivoshapkina Z.N., Igotti E.A.* [Clinical-dynamic characteristic of formation and course of alcoholism at women depending on climatic-geographic living conditions in the territory of the Republic of Sakha (Yakutia)]. *Yakutskiy meditsinskiy zhurnal* [Yakut Medical Journal]. 2015; 1: 14—18. (In Russ.).
11. *Semke V.Ya., Bokhan N.A.* [Transcultural addictology]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2008. 588 p. (In Russ.).
12. *Sivtseva A.P., Matveeva N.P.* [Main centers of healthy lifestyle of the RS (Ya)]. Collection, N.N. Degtyarev, ed. Yakutsk, 2012. 56 p. (In Russ.).

125-ЛЕТИЕ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ СИБГМУ: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ, РАЗВИТИЕ, РЕАЛЬНОСТЬ

Семке А. В.*

НИИ психического здоровья
Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

«Каждый день, в который вы не пополнили своего образования хотя бы маленьким, но новым для вас куском знания... считайте бесплодно и невозвратно для себя погибшим».
К. С. Станиславский

Торжественное открытие Томского университета состоялось 22 июля (3 августа по новому стилю) 1888 г. Первый набор студентов состоял из 72 человек. Причем уроженцев Сибири из них было 44, выпускников гимназий – 30, выпускников духовных семинарий – 40 и перешедших из других университетов – 2. В 1893 г. университет сделал свой первый выпуск – дипломы врачей (лекарей по официальной терминологии тех лет) получили 34 человека. Большинство из них осталось работать в Сибири. Всего к началу XX века Томский университет выпустил 335 врачей.

Чтение курса нервных и душевных болезней началось в Императорском Томском Университете с осеннего полугодия 1891—1892 учебного года для студентов VII семестра. Первому профессору по кафедре нервных и душевных болезней Якову Афанасьевичу Анфимову приходилось пользоваться для лекций и демонстраций больными амбулаторными и больными из больницы Ведомства Общественного Призрения. Им была составлена программа преподавания психиатрии студентам IX и X семестров из расчёта по одному двухчасовому занятию в неделю.

После отъезда из Томска проф. Я. А. Анфимова с февраля 1895 г. заведывание кафедрой нервных и душевных болезней было возложено на проф. Михаила Николаевича Попова. В 1899 г., по инициативе последнего, при факультетских клиниках был открыт специальный небольшой психиатрический барак на 10 коек. Спустя десятилетие, в 1909 г., была открыта построенная близ Томска новая большая хорошо обставленная и оборудованная Окружная психиатрическая лечебница, являвшаяся основной базой для преподавания психиатрии. Пользуясь материалом этой больницы, в дальнейшем преподавание душевных болезней вел преемник проф. М. Н. Попова – профессор В. А. Муратов. Его заместителем и преемником явился профессор Николай Николаевич Топорков (1912–1918). Наконец, с января 1918 г. профессором, ведшим курс нервных и душевных болезней, был Леонид Иванович Омороков, возглавлявший кафедру вплоть до 1930 г. Его приемником избран и утвержден в качестве заведующего кафедрой профессор Герман Оскарович Гольдблат. Профессор Г. О. Гольдблат пробыл в Томске с 1930 по 1934 г., а после его отъезда кафедра была вакантна в течение 2 лет. С июля 1936 г. заведующим кафедрой психиатрии Томского мединститута, Наркомздравом РСФСР, был избран и утвержден профессор, доктор медицинских наук Александр Августович Перельман. При профессоре А. А. Перельмане значительно улучшилась работа сотрудников кафедры, клиники, учебная и научная деятельность. Гораздо шире для демонстраций стали привлекаться больные из психолечебницы, курация больных в клинике стала обязательной.

В годы Великой Отечественной войны большинство сотрудников клиники и кафедры ушли на фронт. На оставшихся легла возросшая тяжесть врачебной и педагогической нагрузки. Работники кафедры находились в постоянном деловом контакте с коллективом Московского НИИ психиатрии, эвакуированного в Томскую область.

В послевоенные годы было приложено много сил для улучшения хозяйственного обеспечения кафедры и клиники, привлечения новых кадров. Кафедра была развёрнута на базе больницы в 1950 г. После смерти А. А. Перельмана исполняющим обязанности заведующего кафедрой стал доцент В. И. Запускалов, а в 1967 г. кафедру психиатрии Томского медицинского института возглавил Евсей Давидович Красик. Приехав в Томск, Е. Д. Красик работает в полном содружестве с администрацией больницы и недавно назначенным главным врачом Анатолием Ивановичем Потаповым. Как реабилитационный фактор была широко внедрена трудотерапия, приравнявшая труд к лекарству, к психофармакологии. Сложился совершенно новый стиль отношений в диаде «кафедра – клиника». С 1967 г. кафедра и больница представляли собой первое в стране единое функциональное объединение психиатров, хотя положение о научно-практическом объединении было утверждено лишь в 1976 г. В 1985 г. в его состав вошёл НИИ ПЗ ТНЦ РАМН, и оно было реорганизовано в Томское научно-учебно-

* *Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., проф., заместитель директора по клинической работе НИИ психического здоровья, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО СибГМУ. Телефон: (3822)724379. E-mail: asemke@mail.ru*

практическое объединение психиатров. Результатом многолетней совместной работы с НИИ психического здоровья явилось издание первого в стране «Атласа психических заболеваний в Сибири и на Дальнем Востоке» (1988).

С 1994 по 1996 г. заведование кафедрой было возложено на д-ра мед. наук В. Б. Миневича. Являясь основателем этнокультурального направления в научной работе кафедры, он был инициатором начала выпуска научной серии «Психиатрия в контексте культуры». В 1997 г., после смерти В. Б. Миневича, обязанности заведующего исполнял И. Р. Сёмин, а с 1998 по 2014 г. кафедру возглавлял профессор П. П. Балашов. Под его руководством научно-исследовательским направлением кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии стало изучение формирования, течения и реабилитации психических и поведенческих расстройств в современных условиях. Целью исследований является углубленное изучение распространенности и механизмов развития нервно-психической патологии, клинико-динамическое описание синдромогенеза основных нервно-психических расстройств, разработка новых психодиагностических методов исследования, форм и методов охраны психического здоровья.

Преподавание психотерапии началось в Томском государственном медицинском институте с сентября 1994 г., когда приказом Минздрава Российской федерации на факультете усовершенствования врачей был открыт курс медицинской психологии и психотерапии. Этим же приказом руководителем курса был назначен заведующий отделом психофизиологии, медпсихологии и психотерапии ЦНИЛ, к.б.н., с.н.с. Александр Васильевич Ротов. С 1 сентября 1996 г. курс был преобразован в кафедру психотерапии и медицинской психологии СГМУ. Заведующим кафедрой был избран академик РАМН, д.м.н., профессор Валентин Яковлевич Семке. В 1998 г. кафедра психотерапии и медицинской психологии была объединена с кафедрой психиатрии, зав. кафедрой был избран д.м.н., профессор Балашов Петр Прокопьевич.

В 2004 г. из структуры кафедры выделилась в качестве самостоятельной кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС, которую возглавил профессор Николай Алексеевич Корнетов. Образовательная концепция кафедры в тот период была основана на преподавании международных стандартов в диагностике, тактики ведения и терапии психических и поведенческих расстройств с опорой на социокультурные основы российского общества и гуманистические традиции отечественной психиатрии, обучении навыкам работы в биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи.

С 2014 г. кафедру возглавил член-корр. РАН, проф. Н. А. Бохан. Под его руководством продолжаются интегративные процессы в томской психиатрии, усилилось взаимодействие кафедры, ОГБУЗ ТКПБ, НИИ психического здоровья.

С 1 июля 2016 г. кафедра постдипломного образования присоединилась к кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии, сейчас это большой монолитный коллектив: профессора А. Н. Корнетов, А. П. Агарков, И. Р. Семин, А.В.Семке, доценты Н, Л. Мамышева, Е. Н. Макарова, С. А. Рожков, А. Л. Сериков, ассистенты С. В. Кадочникова, Ю. А. Краснятова, И. И. Украинцев, Е. А. Бабухадия, Е. О. Старинсская, С. М. Андреев и др. Стратегией научных исследований является широкий круг изучаемых тем: закономерности формирования непсихотических психических расстройств в условиях Сибири; приспособительное поведение больных шизофренией; факторы полиморфизма аффективных расстройств; психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, в социально-организованных популяциях; проблемы превенции и профилактики психических расстройств; синтез фармакотерапии и психотерапевтической коррекции в терапии психических расстройств. Клиническими базами кафедры являются Томская областная клиническая психиатрическая больница, Областной наркологический диспансер, Клиники Сибирского государственного медицинского университета и НИИ психического здоровья.

Можно с уверенностью прогнозировать изменение тактики и стратегии медицины ввиду увеличивающейся роли психических заболеваний в общей патологии населения. Будущее медицины, по мнению экспертов ВОЗ, всё в большей мере будет связано с программами охраны психического здоровья. Это положение ставит перед коллективом кафедры большие задачи на будущее: совершенствование учебно-методической работы, расширение и углубление научных исследований, оптимизация программ охраны психического здоровья населения и реабилитации психически больных.

ЮБИЛЕИ

Любомир Иванович Афтанас

18 сентября 2016 г. отметил свой 60-летний юбилей Любомир Иванович Афтанас, известный российский ученый, академик РАН, член Президиума РАН, заместитель Президиума СО РАН, директор НИИ физиологии и фундаментальной медицины.

Любомир Иванович Афтанас после окончания в 1979 г. лечебного факультета Ивано-Франковского государственного медицинского института до 1982 г. работал врачом-психиатром Отделения пограничных состояний психоневрологической клиники. За 30-летний период – с 1982 по 2012 г. – совершил замечательную научную карьеру благодаря целеустремленности характера, пройдя все ступени профессионального становления: аспирант, младший, старший и главный научный сотрудник, заведующий лабораторией психофизиологии, заместитель директора по научной работе Института физиологии СО РАМН.

С 2012 г. возглавил Отдел экспериментальной и клинической нейронауки, лабораторию аффективной, когнитивной и трансляционной нейронауки, Психотерапевтическое отделение клиники и был назначен директором ФГБНУ «НИИ физиологии и фундаментальной медицины». В 2016 г. организовал и возглавил кафедру нейронаук в Институте медицины и психологии Новосибирского национального исследовательского университета.

Академическая карьера: 2004 г. – член-корреспондент РАМН, 2007 г. – академик РАМН, 2011 г. – вице-президент РАМН и член Президиума РАМН, председатель СО РАМН, 2013 г. – академик РАН, член Президиума РАН, зам. председателя СО РАН, председатель ОУС по медицинским наукам СО РАН.

Руководитель грантов РНФ, РФФИ, РГНФ, Программы президиума РАН «Аффективная нейронаука», стратегической академической единицы «Нейронауки в трансляционной медицине» НГУ, основной исполнитель в проекте «CoBrain-Аналитика» НТИ Нейронет. Как лидер российского сегмента международного научного консорциума ENIGMA выполняет масштабное геном-ассоциативное исследование диагностических и прогностических нейровизуализационных эндофенотипов/маркеров нарушения структуры и функций головного мозга у пациентов с психическими и неврологическими заболеваниями.

Автор более 200 научных работ, 4 монографий, 1 руководства, 3 патентов. Подготовил 5 докторов и 14 кандидатов наук.

Эксперт РАН, член профессиональных международных организаций в области нейронаук: International Organization of Psychophysiology, Society for Psychophysiological Researches, Society of Applied Neuroscience, Society of Biological Psychiatry, International Pharmaco-EEG Society, Association for Electrophysiological Brain Research in Preclinical and Clinical Pharmacology and Related Fields, International Society of Electro-Convulsive Therapy and Neurostimulation.

Первый представитель от Российской Федерации, избранный вице-президентом Международного Союза по Приполярной медицине, член Ученого совета НГУ, научный рецензент международных журналов: International Journal of Psychophysiology, World Journal of Biological Psychiatry, Psychophysiology, Biological Psychology, Brain Researches, Psychosomatic Medicine, главный редактор журнала «Сибирский научный медицинский журнал», член редколлегии журналов «Вестник РАМН», «Бюллетень экспериментальной биологии и медицины», «Патогенез», «Сибирский вестник наркологии и психиатрии», «Сибирский медицинский журнал», член штаба «Нейронет», сопредседатель экспертного Совета «CoBrain».

С 2016 г. – заместитель председателя ВАК при Министерстве образования и науки РФ. Координатор представительства Отделения медицинских наук РАН в качестве преемника РАМН в международном «Союзе М8» («M8 Alliance»), объединяющего мировые Академические центры здоровья, университеты и национальные академии.

Высоко оценены на национальном и международном уровнях научные и научно-организационные заслуги: Медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, Лауреат премии Президиума РАМН в области фундаментальных исследований, выполняемых в учреждениях РАМН, дипломант Фонда содействия отечественной медицине Президиума РАМН в области медицины и междисциплинарных знаний в номинации «клиническая медицина». Международным союзом по приполярной медицине присуждена именная медаль и премия им. Артура Хилдса за большой вклад в организацию и развитие науки, содействие и поддержку международного сотрудничества в области полярной медицины.

Редколлегия СВПН поздравляет Любомира Ивановича Афтанаса с прошедшим юбилеем и желает ему здоровья, благополучия в жизни, неиссякаемой творческой энергии, оптимизма и дальнейших успехов в научной и общественной работе.

Редколлегия СВПН

Научно-практический
рецензируемый журнал

Сибирский вестник
психиатрии и наркологии.
2016. № 3 (92).

Оригинал-макет СВПН. 2016. № 3 (92) подготовлен
в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении
«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
«Научно-исследовательский институт психического здоровья» (НИИ психического здоровья)
выпускающим редактором И. А. Зеленской.
Переводчик С. В. Владимирова

Подписано к печати 31.08.2016 г.
Формат 60x84 1/8. Печать офсетная.
Бумага мелованная Гарнитура «Arial».
Печ. л. 14,75; усл. печ. л. 13,72; уч.-изд. л. 13,41.
Тираж 1000 экз. Заказ № 16570.
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