

ISSN 1810-3111

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Клиническая психиатрия

Клиническая наркология

Детско-подростковая психиатрия

Пенитенциарная психиатрия

Психотерапия и медицинская психология

Лекции. Обзоры

Организация психиатрической помощи

Этнонаркология

Психофармакотерапия

Новые медицинские технологии

Эпилептология

Всемирная психиатрия

Некролог

2017. № 1 (94).

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 2017. № 1 (94).

Учредитель:

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

Томск
Томск
Томск

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Алматы
Томск
Томск
Мексика
Чита
США
Новосибирск
Калининград
Новосибирск
Германия
Нидерланды
Харьков
Казань
Москва
Новосибирск
С-Петербург
Барнаул
Швейцария
Кемерово
Томск
Красноярск
Москва
Владивосток
Китай
Монголия

Журнал основан в 1996 г.

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете Российской Федерации по печати.

Свидетельство о регистрации № 017413 от 10 апреля 1998 г.

Свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № 77-13364 от 19 августа 2002 г. выдано Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

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

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

Редакция журнала:

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: tomsk institute.mental-health.ru

Web-сайт журнала: svpin.org

© Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 1 (94)

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

SCIENTIFIC-PRACTICAL
REVIEWED JOURNAL
2 0 1 7 . № 1 (9 4) .

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

Academician 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
Corr. member of RASci B. D. Tsygankov	Moscow

EDITORIAL COUNCIL

Prof. S. A. Altynbekov	Almaty
M.D. I. A. Artemyev	Tomsk
M.D. M. F. Belokrylova	Tomsk
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

СОДЕРЖАНИЕ
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Строганов А. Е., Стреминский С. Ю. (Барнаул) Дифференциально-диагностические маркеры коморбидности экзогенно-органических заболеваний головного мозга и невротических расстройств у бывших военнослужащих	5
Дубровская В. В., Корнетова Е. Г., Микилев Ф. Ф., Дмитриева Е. Г., Мальцева Ю. Л., Корнетов А. Н., Семке А. В. (Томск) Опыт применения неинвазивной биоимпедансометрии для оценки изменений жировой компоненты состава тела больных шизофренией в ходе антипсихотической терапии	10
Костин А. К., Рудницкий В. А., Аксенов М. М., Белокрылова М. Ф., Лебедева В. Ф., Епанчинцева Е. М., Иванова А. А., Никитина В. Б., Перчаткина О. Э., Гарганеева Н. П., Цыбульская Е. В. (Томск) Персонализированная психофармакологическая и когнитивно-поведенческая терапия и реабилитация больных с соматоформной симптоматикой	15

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Пакриев С. Г. (Ижевск) Распространенность и коморбидность табакокурения у соматических пациентов терапевтического стационара Ижевска	21
---	----

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Стоянова И. Я., Смирнова Н. С. (Барнаул, Томск) Нарушения социальной ситуации развития в подростковом возрасте в контексте антивиталяного поведения и социальной тревоги	25
Дворянинова В. В., Касимова Л. Н., Альбицкая Ж. В. (Нижний Новгород) Когнитивные расстройства у родственников детей, больных ранним детским аутизмом	33
Скутин А. В., Ефименко Т. С., Шайхетдинов Р. Г., Громов В. А. (Челябинск) Программа терапии первичного неосложнённого энуреза у детей и подростков	35

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Макушкина О. А. (Москва) Внебольничные аспекты применения структурированной оценки риска опасного поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами	41
--	----

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Кайгородова Н. З., Парамонова О. В., Прохоров Н. В., Смирнова Я. К., Яценко М. В. (Барнаул) Психологические и иммунологические характеристики онкобольных в контексте особенностей психотерапевтического вмешательства	48
Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Спивак С. В., Петрова Е. И., Минакова Ю. В. (Томск) Психотерапевтические подходы в комплексной реабилитации беременных с хроническими гепатитами В и С	53

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

Лобастов Р. Л. (Новосибирск) К вопросу о многоаспектности (поликаузальности) в подходе к изучению феномена шизофренического расстройства	57
---	----

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Шереметьева И. И., Плотников А. В. (Барнаул) Организация психиатрической и наркологической помощи больным туберкулезом легких в современных условиях	65
Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г. (Санкт-Петербург) Новая организационная форма реабилитации психически больных	69

ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

Максимова И. В., Березовская М. А. (Красноярск) Эпидемиологические исследования алкогольных расстройств в Красноярском крае	76
--	----

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Алтынбеков К. С., Семке А. В. (Алматы, Томск) Клинические особенности и эффективность терапии больных шизофренией рisperидоном и галоперидолом	80
---	----

НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Коляго О. О., Попов М. М. (Москва) Применение метода транскраниальной магнитной стимуляции в комплексной терапии эндогенных депрессий со сверхценными образованиями	85
--	----

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

Гребенюк О. В., Казенных Т. В., Алифирова В. М. (Томск) Особенности вызванных потенциалов на значимый аудиальный стимул при симптоматической фокальной эпилепсии у взрослых	89
--	----

ВСЕМИРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Вилласенур-Баярдо Серхио Х., Асевес Пулидо Марта П., Руэлас Рангел Мария Д., Гарсия Эрнандес Изаура М. (Гвадалахара, Мексика) «Болезни духа» и психические расстройства среди гуасу у сави – коренного народа мексиканского города Гвадалахара	95
НЕКРОЛОГ	104

C O N T E N T S	
CLINICAL PSYCHIATRY	
Stroganov A. E., Streminsky S. Yu. (Barnaul) Differential-diagnostic markers of a co-morbidity of exogenous-organic brain diseases and neurotic disorders in the former military personnel.....	5
Dubrovskaya V. V., Kornetova E. G., Mikilev F. F., Dmitrieva E. G., Maltseva Yu. L., Kornetov A. N., Semke A. V. (Tomsk) Experience of use of noninvasive bioimpedancometry for assessment of changes of fat component of the body composition of schizophrenic patients in the course of antipsychotic therapy	10
Kostin A. K., Rudnitsky V. A., Axenov M. M., Belokrylova M. F., Lebedeva V. F., Epanchintseva E. M., Ivanova A. A., Nikitina V. B., Perchatkina O. E., Garganeeva N. P., Tsybulskaya E. V. (Tomsk) Personalized psychopharmacological and cognitive-behavioral therapy and rehabilitation of patients with somatoform dysfunction	15
CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY	
Pakriev S. G. (Izhevsk) Patterns of tobacco use in a general hospital.....	21
CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY	
Sagalakova O. A., Truevtsev D. V., Stoyanova I. Ya., Smirnova N. S. (Barnaul, Tomsk) Disturbances of social situation of development in adolescents in the context of antivital behavior and social anxiety	25
Dvoryaninova V. V., Kasimova L. N., Al'bitskaya Zh. V. (Nizhny Novgorod) Cognitive disorders in relatives of children suffering from early infantile autism	33
Skutin A. V., Efimenko T. S., Shaikhetdinov R. G., Gromov V. A. (Chelyabinsk) Program of therapy of primary uncomplicated enuresis in children and adolescents	35
PENAL PSYCHIATRY	
Makushkina O. A. (Moscow) Community-acquired aspects of the use of a structured risk assessment of dangerous behaviour in individuals with mental disorders	41
PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY	
Kaigorodova N. Z., Paramonova O. V., Prokhorov N. V., Smirnova Ya. K., Yatsenko M. V. (Barnaul) Psychological and immunological parameters in patients with cancer in the context of the features of psychotherapeutic interventions	48
Kupriyanova I. E., Chuikova K. I., Kovaleva T. A., Spivak S. V., Petrova E. I., Minakova Yu. V. (Tomsk) Psychotherapeutic approaches in the course of complex rehabilitation of pregnant women with chronic hepatitis B and C	53
LECTURES. REVIEWS	
Lobastov R. L. (Novosibirsk) To the question of multidimensionality (polycasuality) in the approach to study of the phenomenon of schizophrenic disorder	57
ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH CARE	
Sheremetyeva I. I., Plotnikov A. V. (Barnaul) Organization of psychiatric and substance abuse treatment of pulmonary tuberculosis patients in modern conditions	65
Kotsyubinsky A. P., Butoma B. G. (Saint-Petersburg) The new organizational form of rehabilitation for mentally ill patients	69
ETHNONARCOLOGY	
Maximova I. V., Berezovskaya M. A. (Krasnoyarsk) Epidemiologic studies of alcohol disorders in the Krasnoyarsk Region	76
PSYCHOPHARMACOTHERAPY	
Altynbekov K. S., Semke A. V. (Almaty, Tomsk) Clinical features and efficiency of therapy of schizophrenic patients with risperidone and haloperidol	80
NEW MEDICAL TECHNOLOGIES	
Kolyago O. O., Popov M. M. (Moscow) Transcranial magnetic stimulation in order to optimize treatment of endogenous depressions with overvalued ideas	85
EPILEPTOLOGY	
Grebenyuk O. V., Kazennykh T. V., Alifirova V. M. (Tomsk) Features of the auditory P300 evoked potentials in adults with symptomatic focal epilepsy	89
WORLD PSYCHIATRY	
Villaseñor-Bayardo Sergio J., Aceves Pulido Martha P., Ruelas Rangel María D., & García Hernández Isaura M. (Guadalajara, México) "Illnesses of the Mind" and "Illnesses of the Spirit" among the Ñu'u savi indigenous people that inhabit the Metropolitan Area of Guadalajara (MAG) City, in Mexico	95
OBITUARY	104

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.85:355.3:616.831(0765.5)
ББК 56.145.81+56.145.2+51.204.0

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КОМОРБИДНОСТИ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БЫВШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Строганов А. Е.^{*1}, Стреминский С. Ю.²

¹ ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России
656038, Барнаул, пр. Ленина, 40

² Центр психофизиологической диагностики
ФКУЗ «МСЧ МВД России по Алтайскому краю»
656056, Барнаул, ул. Анатолия, 66

В статье обсуждаются вопросы диагностики коморбидности экзогенно-органических заболеваний головного мозга с невротическими расстройствами у бывших военнослужащих. Проведено клинко-психологическое обследование 513 пациентов. Выявлены наиболее распространенные психопатологические симптомы, характерные для данной категории больных. Определены основные дифференциально-диагностические маркеры сочетания экзогенно-органических патологий и невротических расстройств у бывших военнослужащих. **Ключевые слова:** коморбидность, дифференциально-диагностические маркеры, экзогенно-органические заболевания головного мозга, невротические расстройства, комбатанты.

DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC MARKERS OF A COMORBIDITY OF EXOGENOUS-ORGANIC BRAIN DISEASES AND NEUROTIC DISORDERS IN THE FORMER MILITARY PERSONNEL. Stroganov A. E.², Streminsky S. Yu.^{1,4} *Altai State Medical University. Lenin Avenue 40, 656038, Barnaul, Russian Federation.* ² *Federal State Healthcare Institution "Occupational Health Facility of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation in Altai Krai". Anatoly Street 66, 656056, Barnaul, Russian Federation.* The issues of diagnostics of co-morbidity of exogenous-organic brain diseases with neurotic disorders in the former military personnel are discussed in the paper. Clinical-psychological examination of 513 patients has been conducted. The most common psychopathological symptoms typical for this group of patients have been revealed. The main differential-diagnostic markers of combination of exogenous-organic pathologies and neurotic disorders in the former military personnel have been identified. **Keywords:** co-morbidity, differential-diagnostic markers, exogenous-organic brain disorder, neuroses, former military personnel.

* Строганов Александр Евгеньевич, д.м.н., профессор каф. психиатрии и наркологии. Телефон 8385246651. E-mail: jazz200261@mail.ru

Стреминский Сергей Юрьевич, старший врач психиатр. Телефон 83852391846. E-mail: stremindoktor@mail.ru

Второе десятилетие XXI века отмечено в известной степени ожидаемым увеличением численности больных с сочетанием нескольких хронических заболеваний (коморбидность, мультиморбидность, полипатии и др.). Так, количество пациентов с пятью и более коморбидными патологиями увеличилось с 42 % в 1988–1994 гг. до 58 % в 2003–2008 гг. [2, 7, 20, 21].

По данным ряда авторов, на одного больного моложе 20 лет среднестатистически приходится 2,8 пациента с одновременно протекающими заболеваниями. В возрасте от 21 года до 40 лет на одну мононозолию приходится 3,2 пациента; в возрасте от 41 года до 60 лет – 4,5; а в возрасте от 60–75 лет – 5,8 верифицированных диагноза [10]. Значительное место занимают смешанные формы психического заболевания. В связи с этим выдвигаются предложения о необходимости их выделения в качестве самостоятельной группы расстройств [14].

Вполне естественно, что проблемы коморбидной патологии приобретают всё больший вес в сфере исследовательской деятельности. Это связано с их возрастающей медико-социальной значимостью, а также с формированием новых взглядов на общую структуру психической патологии [15, 19].

Анализ литературы, посвященной данному вопросу, показывает, что в общей структуре смешанных форм психической патологии часто встречаются такие варианты, где в качестве одного из сосуществующих заболеваний выступает экзогенно-органическое поражение головного мозга (ЭОЗГМ). Это обусловлено большой их распространенностью в популяции в целом, а также в психиатрической и общесоматической практике [6, 18].

Индивидуальный подход к пациенту диктует необходимость разностороннего изучения клинического течения как основного, так и сопутствующих и перенесенных заболеваний, а также их комплексной диагностики и рационального лечения [4].

Некоторые авторы отмечают, что на современном этапе развития психиатрии нейрхимические, нейроморфологические, нейрофизиологические и нейроиммунологические исследования существенно уточнили биологические аспекты этиологии и патогенеза психических расстройств, что позволило создать эффективные методы психофармакотерапии. Однако биологические тесты в диагностике психических расстройств выполняют лишь вспомогательную роль и не могут использоваться для скрининга психических заболеваний [19].

В исследованиях последних лет отмечается сложность диагностики коморбидной патологии, что связано с сопряженностью двух одновременно развивающихся заболеваний и влияния каждого из них на клиническую картину [8, 18].

Процесс верификации диагноза является одним из важнейших этапов лечебной работы в целом. Пациент же с двойным диагнозом представляет в диагностическом отношении большую сложность [5].

Сохраняющаяся стигматизация «психически больного» остается реальным сдерживающим фактором для своевременного обращения к психиатру пациентов с сочетанной психической и соматической патологией. От врача требуется проявление определенной активности в поиске и достижении нужного уровня и глубины обследования, так как часть пациентов в силу личностных особенностей и финансовых затруднений затягивают или прерывают процесс обследования, необходимый для постановки диагноза, ограничиваются фрагментарными, непоследовательными попытками лечения имеющихся актуальных расстройств [1].

В настоящее время особое значение имеют исследования контингента бывших военнослужащих как социальной группы, безусловно заслуживающей пристального внимания. Равно как и в среде гражданских лиц, здесь коморбидные патологии закономерно выявляются с большой частотой [23, 22].

Зарубежные авторы отмечают рост диагностированных экзогенно-органических поражений головного мозга среди призывников и военнослужащих, что сказывается на их возможности исполнять воинские обязанности [11, 17].

В то же время В. Я. Семке и др. [16] констатируют: «пограничные психические расстройства, включающие большую группу психогенно обусловленных реакций, неврозов, расстройств личности, по масштабам своей распространенности не имеют себе равных в медицинской практике и могут соперничать лишь с заболеваемостью гриппом в период эпидемий».

Сегодня, в свете последних событий в Украине и Сирии, актуальность проблемы бывших военнослужащих звучит с новой силой в контексте социальных рисков и угроз. [3]. Наличие угрозы военной безопасности России ведет к проблемам боеспособного состояния Вооруженных Сил страны, а также социального самочувствия военнослужащих, их удовлетворенности службой и дальнейших жизненных стратегий, связанных с периодом окончания военной службы и перехода к гражданской службе [24].

Цель исследования: определение дифференциально-диагностических маркеров для выявления сочетания экзогенно-органических заболеваний головного мозга и невротических расстройств у бывших военнослужащих

Работа выполнялась с использованием опросника «Распространенность и выраженность психопатологических симптомов», который разработал Б. Н. Пивень (1980), адаптированного для нашего исследования.

Материалы и методы. Проведено сплошное эпидемиологическое исследование 513 пациентов КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн», получавших лечение в период с 2013 по 2015 г. В работе использованы клинико-психопатологический, статистический методы. Результаты исследования обработаны с помощью пакета STATISTIKA 10.0. 228.8 Portable и Microsoft Excel.

Обсуждение результатов. Среди 513 бывших военнослужащих согласно критериям включения, к которым относились согласие пациента на участие в исследовании, наличие экзогенных воздействий во время прохождения службы, мужской пол, возраст от 23 до 60 лет, верифицированные диагнозы по МКБ-10 (рубрики F06–F07 и F40–F49, за исключением F43.1), отобраны 102 пациента.

Клиническое обследование данных пациентов позволило разделить их на 2 группы: контрольную (57 человек) и исследуемую (45 человек). В контрольной группе согласно МКБ-10 диагноз рубрики F06.0 «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью в связи с травмой головного мозга» выставлен 61,4 % пациентов; диагноз рубрики F07.0 «Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга в связи с травмой головного мозга» – 38,6 % пациентов. В исследуемой группе согласно МКБ-10 среди 45 пациентов соответствующие диагнозы выявлены у 62,2 % и 37,8 % пациентов. Также в исследуемой группе были обнаружены невротические расстройства, их распределение по МКБ-10 показало: F48.0 «Неврастения» – у 26 пациентов (57,8 %), F43.21 «Пролонгированная депрессивная реакция» – у 17 (37,8 %), F42 «Обсессивно-компульсивные» расстройства – у 2 (4,4 %).

Для выделения наиболее значимых психопатологических симптомов у комбатантов, страдающих экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, сочетанными с невротическими расстройствами, нами адаптирован опросник «Распространенность и выраженность психопатологических симптомов», которую разработал Б. Н. Пивень в 1980 г.

Выраженность психопатологических симптомов оценивалась по 4-балльной шкале, где 0 баллов – отсутствие симптома, 1 балл – незначительная степень выраженности, 2 балла – умеренная степень выраженности, 3 балла – выраженные симптомы.

Под незначительно выраженными симптомами подразумеваются кратковременные, однократно или эпизодически проявляющиеся, не вызывающие беспокойства, купирующиеся без приема медицинских препаратов расстройства.

Под умеренно выраженными симптомами – повторяющиеся время от времени, обращающие на себя внимание, но не вызывающие особого беспокойства, купирующиеся приемом медицинских препаратов симптомы. Выраженные симптомы длительны, обращают на себя внимание, беспокоят, требуют специализированной медицинской помощи.

Анализ полученных данных показал, что как для контрольной, так и для исследуемой групп наиболее часто встречающимися симптомами являются: головные боли (по 100 %), головокружения (92,9 % и 93,3 %), повышенная утомляемость (70,1 % и 84,4 %), раздражительность (87,7 % и 93,3 %), вспыльчивость (87,7 % и 91,1 %), эмоциональная неустойчивость (71,9 % и 82,2 %), общее ослабление памяти (89,4 % и 95,5 %). Проведенный статистический анализ распространенности психопатологических симптомов с помощью критерия χ^2 статистически достоверной разницы между группами не выявил ($p > 0,05$), данные представлены в таблице 1.

Таблица 1
Сравнительный анализ психопатологических симптомов по критерию χ^2

Психопатологический симптом	Контрольная группа (n=57)		Исследуемая группа (n=45)		p-level
	абс.	%	абс.	%	
Головные боли	57	100	45	100	$p > 0,05$
Головокружения	53	92,9	42	93,3	$p > 0,05$
Повышенная утомляемость	40	70,1	38	84,4	$p > 0,05$
Раздражительность	50	87,7	42	93,3	$p > 0,05$
Вспыльчивость	50	87,7	41	91,1	$p > 0,05$
Эмоциональная неустойчивость	41	71,9	37	82,2	$p > 0,05$
Общее ослабление памяти	51	89,4	43	95,5	$p > 0,05$

Таблица 2
Межгрупповые различия выраженности психопатологических симптомов по U-критерию Вилкоксона-Манна-Уитни

Психопатологический симптом	Выраженность психопатологических симптомов (средний балл)		p-level U-критерий
	контрольная группа (n=57)	исследуемая группа (n=45)	
Головные боли	1,7±0,6	2,02±0,7	$p \leq 0,05$ $U_{эмп}=967,5$
Головокружения	1,4±0,7	1,4±0,8	$p > 0,05$ $U_{эмп}=1202,5$
Повышенная утомляемость	0,9±0,7	1,4±0,9	$p \leq 0,01$ $U_{эмп}=894$
Раздражительность	1,2±0,7	1,9±0,8	$p \leq 0,01$ $U_{эмп}=717,5$
Вспыльчивость	1,6±0,9	1,8±0,8	$p > 0,05$ $U_{эмп}=1116$
Эмоциональная неустойчивость	1,1±0,8	1,5±1	$p > 0,05$ $U_{эмп}=1040,5$
Общее ослабление памяти	1,6±0,8	1,8±0,7	$p > 0,05$ $U_{эмп}=1109$

Выраженность некоторых из вышеописанных симптомов имеет статистически достоверные различия по U-критерию Вилкоксона-Манна-Уитни.

Как видно из таблицы 2, у пациентов исследуемой группы головные боли, повышенная утомляемость, раздражительность выражены в большей степени, чем в контрольной группе ($p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$). В то же время по остальным психопатологическим симптомам достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$).

Следует отметить, что отдельные симптомы, такие как раздражительность, вспыльчивость и эмоциональная неустойчивость, в контрольной группе выявляются при активном расспросе.

В дальнейшем был произведен анализ наиболее распространенных для исследуемой группы психопатологических жалоб, которыми явились пониженное настроение (95,5 %), нарушения засыпания (93,3 %), поверхностный сон (88,8 %), чувство надвигающейся неопределенной угрозы/тревога (88,8 %), отдельные судорожные проявления (77,7 %). Данный факт подтверждается статистически при помощи критерия χ^2 ($p \leq 0,05$), что наглядно отражено в таблице 3.

Таблица 3
Сравнительный анализ психопатологических симптомов, наиболее характерных для исследуемой группы по критерию χ^2

Психопатологический симптом	Контрольная группа (n=57)		Исследуемая группа (n=45)		p-level
	абс.	%	абс.	%	
Пониженное настроение	5	8,7	43	95,5	$p \leq 0,05$
Нарушения засыпания	28	43	42	93,3	$p \leq 0,05$
Поверхностный сон	40	38	70,1	84,4	$p \leq 0,05$
Чувство тревоги	50	42	87,7	93,3	$p \leq 0,05$

Как следует из рисунка 1, средний балл выраженности таких симптомов, как пониженное настроение и нарушения засыпания, был максимально приближен или равнялся 2 баллам, что соответствует умеренной степени выраженности симптома. Поверхностный сон и чувство тревоги имели одинаковый средний балл 1,6±0,8, что также было приближено к умеренной степени выраженности симптома.

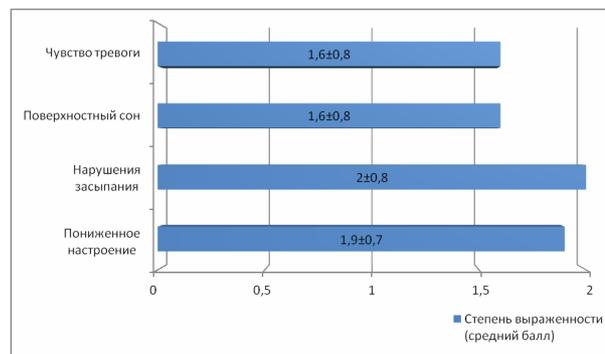


Рис. 1. Выраженность психопатологических симптомов

Менее распространенными, но не менее значимыми для исследуемой группы и имеющими статистические различия по критерию χ^2 с контрольной группой явились жалобы на неприятные сновидения (64,4 %), неосвежающий сон (64,4 %), отсутствие чувства сна (62,2 %), возникающие против воли болезненные мысли, эмоционально переживаемые, к которым сохранена критика (53,3 %), страхи (48,8 %), возникающие против воли человека, действия с сохраненной к ним критикой (33,3 %) (табл. 4)

Таблица 4

Сравнительный анализ психопатологических симптомов по критерию χ^2

Психопатологический симптом	Контрольная группа (n=57)		Исследуемая группа (n=45)		p-level
	абс.	%	абс.	%	
Неприятные сновидения	13	22,8	29	64,4	p≤0,05
Неосвежающий сон	17	29,8	29	64,4	p≤0,05
Отсутствие чувства сна	12	21,1	28	62,2	p≤0,05
Возникающие против воли болезненные мысли	1	1,7	24	53,3	p≤0,05
Страхи	3	5,2	22	48,8	p≤0,05
Возникающие против воли человека действия	0	0	15	33,3	p≤0,05

Представленный на рисунке 2 средний балл выраженности каждого из симптомов был меньше либо равен единице (≤ 1), что связано с небольшим количеством пациентов, предъявлявших данные жалобы, но степень их выраженности оценивалась пациентами как умеренно выраженная или выраженная.

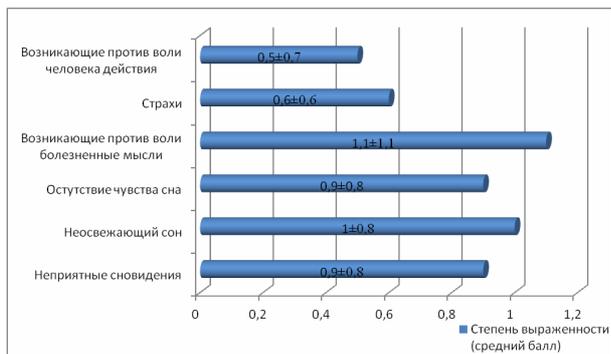


Рис. 2. Выраженность психопатологических симптомов

Описанные выше психопатологические жалобы и их особенности обозначены нами как дифференциально-диагностические маркеры сочетания ЭОЗГМ и неврозов у бывших военнослужащих.

По итогам работы сформулированы **выводы**.

1. Определены межгрупповые различия по одинаково распространенным жалобам.

2. Выявлены жалобы, наиболее характерные для исследуемой группы, и определена их степень выраженности.

3. Созданы предпосылки для разработки алгоритма диагностики сочетания ЭОЗГМ и невротических расстройств у бывших военнослужащих.

Литература

1. Белокрылова М. Ф., Гарганеева Н. П., Семке В. Я., Лебедева В. Ф., Епанчинцева Е. М., Редчиц О. А., Костин А. К., Лукьянова Е. В. Особенности медицинской реабилитации пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, ассоциированными с соматическими заболеваниями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 78–84.
2. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. – М., 1993.
3. Верещагина А. В., Самыгин С. И. Военно-политическая безопасность в системе социальной безопасности России: социальный ракурс теоретической рефлексии // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2015. – № 4.
4. Верткин А. Л., Румянцев М. А., Скотников А. С. Коморбидность // Клиническая медицина. – 2012. – № 10. – С. 4–11.
5. Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы) / Б. Д. Цыганков, Я. В. Малыгин, Ю. В. Добровольская, А. Н. Ханнанова // Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. – Т. 109, № 6. – С. 91–94.
6. Жариков Н. М., Гиндикин В. Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – № 7. – С. 45–49.
7. Корсаков С. С. Курс психиатрии. – М., 1913.
8. Коморбидная психическая патология у лиц с зависимостью от психоактивных веществ / Н. А. Бохан, О. А. Чащина, Г. М. Усов, Д. С. Титов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 4. – С. 18–21.
9. Кутько И. И., Панченко О. А., Линева А. Н., Рачкаускас Г. С. Клинический метод диагностики на современном этапе развития психиатрии // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 10 (461). – С. 16–20.
10. Лазебник Л. Б., Дроздов В. Н. Заболевания органов пищеварения у пожилых. – М.: Анахарис, 2003. – 208 с.
11. Лазук-Бендас Т. И., Лукьянчук О. Т. Последствия органического поражения головного мозга у подростков // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. – СПб., 2005. – С. 59.
12. Логинов И. П. Клинико-патогенетические закономерности формирования опиоидной зависимости у коренных народов Дальнего Востока России и Северного Китая : автореф. дис. ... д.м.н. – Томск, 2007. – 40 с.
13. Пивень Б. Н. Распространенность и характеристика так называемых психопатологических симптомов у здоровых людей (к вопросу о норме и патологии в психиатрии) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1980. – Т. 80, вып. 11. – С. 1674–1679.
14. Пивень Б. Н. Смешанные формы психических заболеваний в лечебно-реабилитационном аспекте // Психическое здоровье и безопасность в обществе. – М., 2004. – С. 97.
15. Семке А. В., Мальцева Ю. Л. Шизофрения, сочетанная с соматической патологией: клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 42–44.
16. Семке В. Я., Епанчинцева Е. М., Аксенов М. М. Терапия, превенция кризисных состояний // Медицина в Кузбассе. – Кемерово, 2004. – Спецвып. № 10. – С. 77–81.
17. Соколовский В. Н. Проблемы военно-психиатрической экспертизы в г. Волгодонске с 1990 по 2003 гг. // Первая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного федерального округа. – Ростов н/Д, 2000. – С. 421–427.

18. Чуркин А. А., Творогова Н. А. Диагностическая структура больных с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства в РФ в 1999 г. // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 40.
 19. Шереметьева И. И. Смешанные формы психических заболеваний у диспансерного контингента больных (клинико-статистическое исследование): автореф. дис. ... к.м.н. – Новосибирск, 2001. – 21 с.
 20. Ширинский В. С., Ширинский И. В. Коморбидные заболевания – актуальная проблема клинической медицины // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – Т. 29, № 1. – С. 7–11.
 21. Boyd C. M. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for performance // JAMA. – 2005. – Vol. 294, N 6. – P. 716–724.
 22. Caughey G. E., Vitry A. I., Cibert A. L. Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia // BMC Public Health. – 2008. – Vol. 8. – P. 221.
 23. Shalev A. Y., Freedman S., Peri T. et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma // Am. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 155, N 5. – P. 630–637.
 24. Surkova I. Yo. Satisfaction by military service in the Russian army: factors and forecasts // Sociological researches. – 2012. – No. 3. – P. 96–103.
- Транслитерация русских источников**
1. Belokrylova M.F., Garganeeva N.P., Semke V.Ya., Lebedeva V.F., Epanchintseva E.M., Redchits O.A., Kostin A.K., Lukiyanova E.V. [Peculiarities of medical rehabilitation of patients with non-psychotic mental disorders associated with somatic diseases]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4: 78–84. (In Russ.).
 2. Bleuler E. [Handbook of Psychiatry]. M., 1993. (In Russ.).
 3. Vereshchagina A.V., Samygin S.I. [Military-political security in the system of social security of Russia; social perspective of the theoretic reflection]. *Gumanitarnye, social'no-ehkonomicheskie i obshchestvennye nauki* [Humanitarian, Social-Economic and Social Sciences]. 2015; 4: 26-29. (In Russ.).
 4. Vertkin A.L., Rumyantsev M.A., Skotnikov A.S. [Comorbidity]. *Klinicheskaja medicina* [Clinical Medicine]. 2012; 10: 4–11. (In Russ.).
 5. Tsygankov B.D., Malygin Ya.V., Dobrovolskaya Yu.V., Khannanova A.N. [Comorbidity of anxiety and depressive disorders (a review of foreign literature)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2009; 109, 6: 91–94. (In Russ.).
 6. Zharikov N.M., Gindikin V.Ya. [Prevalence of borderline mental disorders among persons not under observation of psychiatric institutions]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002; 7: 45–49. (In Russ.).
 7. Korsakov S.S. [Course of psychiatry]. M., 1913. (In Russ.).
 8. Bokhan N.A., Chashchina O.A., Usov G.M., Titov D.S. [Co-morbid mental pathology in persons with substance dependence]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 4: 18–21. (In Russ.).
 9. Kut'ko I.I., Panchenko O.A., Linev A.N., Rachkauskas G.S. [Clinical method of diagnostics at the modern stage of development of psychiatry]. *Novosti mediciny i farmacii* [News of Medicine and Pharmacy]. 2013; 10 (461): 16–20. (In Russ.).
 10. Lazebnik L.B., Drozdov V.N. [Diseases of the digestive system in the elderly]. M.: Anaharis, 2003. 208 p. (In Russ.).
 11. Lazuk-Bendas T.I., Lukiyanchuk O.T. [Consequences of organic brain impairment in adolescents]. In: [Relevant problems of clinical, social and military psychiatry]. SPb, 2005; 59. (In Russ.).
 12. Loginov I.P. [Clinical-pathogenetic patterns of formation of opioid dependence in the indigenous peoples of the Far East of Russia and North China]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 2007. 40 p. (In Russ.).
 13. Piven' B.N. [Prevalence and characteristic of so called psychopathological symptoms in healthy people (to the question of norm and pathology in psychiatry)]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry]. 1980; 80, 11: 1674–1679. (In Russ.).
 14. Piven' B. N. [Mixed forms of mental diseases within therapeutic-rehabilitative aspect]. In: [Mental health and security in the society]. M., 2004; 97. (In Russ.).
 15. Semke A.V., Maltseva Yu.L. [Schizophrenia combined with somatic pathology: clinical, adaptive and rehabilitative aspects]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3: 42–44. (In Russ.).
 16. Semke V.Ya., Epanchintseva E.M., Axenov M.M. [Therapy, prevention of crisis states]. In [Medicine in Kuzbass]. Kemerovo, 2004. Special issue 10: 77–81. (In Russ.).
 17. Sokolovsky V.N. [Problems of military-psychiatric examination in Volgograd between 1990 and 2003]. *Pervaya nauchno-prakticheskaya konferenciya psikiatrov i narkologov Yuzhnogo federal'nogo okruga* [The first scientific-practical conference of psychiatrists and addiction specialists of the South Federal Okrug]. Rostov-on-Don, 2000; 421–427. (In Russ.).
 18. Churkin A.A., Tvorogova N.A. [Diagnostic structure of patients with newly diagnosed mental disorders in the Russian federation in 1999]. *XIII s»ezd psikiatrov Rossii* [XIII Meeting of Psychiatrists of Russia]. M., 2000; 40. (In Russ.).
 19. Sheremetyeva I.I. [Mixed forms of mental diseases in dispensary contingent of patients (clinical-statistical study)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Novosibirsk, 2001. 21 p. (In Russ.).
 20. Shirinsky V.S., Shirinsky I.V. [Comorbid diseases as an important problem of clinical medicine]. *Sibirskij meditsinskij zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2014; 29, 1: 7–11. (In Russ.).

УДК 616.895.8-085:615.851
ББК 56.145.51

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕИНВАЗИВНОЙ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ ЖИРОВОЙ КОМПОНЕНТЫ СОСТАВА ТЕЛА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ХОДЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Дубровская В. В.^{*1}, Корнетова Е. Г.^{1,2},
Микилев Ф. Ф.¹, Дмитриева Е. Г.¹,
Мальцева Ю. Л.¹, Корнетов А. Н.²,
Семке А. В.^{1,2}

¹ Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук 634014, Томск, Россия, ул. Алеутская, 4

² ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России 634050, Томск, Московский тракт, д. 2

В рамках технологии персонализированной терапии больных шизофренией с учетом показателей неинвазивной биоимпедансометрии была разработана индивидуально-ориентированная лечебно-реабилитационная тактика. Полученные результаты демонстрируют высокие уровни жировой компоненты состава тела больных, принимающих рisperидон и оланзапин. Представлен клинический случай формирования висцерального ожирения у пациента с шизофренией на фоне лечения антипсихотиками. Применение технологии персонализированной терапии больных шизофренией с учетом показателей неинвазивной биоимпедансометрии 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, биоимпедансометрия, технология персонализированной терапии, антипсихотики, висцеральная жировая ткань.

EXPERIENCE OF USE OF NONINVASIVE BIOIMPEDANCE METRY FOR ASSESSMENT OF CHANGES OF FAT COMPONENT OF THE BODY COMPOSITION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN THE COURSE OF ANTIPSYCHOTIC THERAPY. Dubrovskaya V. V.¹, Kornetova E. G.^{1,2}, Mikilev F. F.¹, Dmitrieva E. G.¹, Maltseva Yu. L.¹, Kornetov A. N.², Semke A. V.^{1,2}. ¹ Mental Health Research Institute, Tomsk National

* Дубровская Виктория Владимировна, м.н.с. отд. эндогенных расстройств 8(3822)738775 vika.dubrovskaya.vd@gmail.com
Корнетова Елена Георгиевна, д.м.н., в.н.с. отд. эндогенных расстройств, консультант психиатр клиник СибГМУ. 8(3822)738775. kornetova@sibmail.com

Микилев Филипп Филиппович, к.м.н., н.с. отд. эндогенных расстройств 8(3822)738825. ffmikel@mail.ru

Дмитриева Екатерина Георгиевна, м.н.с. отд. эндогенных расстройств. 8(3822)738775. egdtomsk@mail.ru

Мальцева Юлия Леонидовна, к.м.н., зав. вторым клин. психиатрическим отд. 8(3822)738775. doctorvs@sibmail.com

Корнетов Александр Николаевич, д.м.н., декан Ф-та поведенческой медицины и менеджмента, зав. каф. клинической психологии и психотерапии. kornetov@mail.tomsknet.ru

Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., проф., зам. директора, зав. отд. эндогенных расстройств, проф. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии. asemke@mail.ru

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. Individually-oriented treatment and rehabilitation strategy has been developed in the framework of technology of personalized therapy of patients with schizophrenia based on indicators of noninvasive bioimpedanceometry. The results show high levels of body fat composition of patients taking olanzapine and risperidone. The clinical case of formation of visceral obesity in patients with schizophrenia during treatment with antipsychotics has been presented. The use of the technology of personalized therapy of patients with schizophrenia based on indicators of noninvasive bioimpedanceometry allows optimizing and implementing individually oriented and specialized mental health care for the patient group and could become a model for developing similar technologies for other mental and behavioral disorders. **Keywords:** schizophrenia, bioimpedanceometry, the technology of personalized therapy, antipsychotics, visceral fat.

Введение. В настоящее время ведущее место среди причин смерти больных шизофренией занимают сердечно-сосудистые заболевания [1]. По сравнению с психически здоровыми у больных шизофренией отмечается более высокий риск развития метаболических нарушений, их отличительной особенностью является высокая частота абдоминального ожирения [2]. В ряде исследований последних лет показано, что атипичные антипсихотики (клозапин, оланзапин, рisperидон, амисульприд) часто вызывают побочные эффекты в виде значительного роста массы тела, нарушения обмена веществ, развития сахарного диабета, гипертензивного синдрома и т. д. [4, 11]. Имеется большое число причин развития метаболических нарушений у больных шизофренией, в том числе гормональные нарушения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, особенности образа жизни (малая физическая активность, употребление алкоголя и табака, неправильное питание) [5].

По зарубежным данным, от 25 до 60 % больных шизофренией страдают от сопутствующих метаболических нарушений [8]. По данным российских исследований, они также имеют широкую распространенность у пациентов, страдающих шизофренией: выявляются у каждой второй женщины и каждого четвертого мужчины [2]. Основным признаком метаболических нарушений является абдоминальное ожирение, определяемое по окружности талии. Данный показатель – результат суммы висцерального и наружного (подкожного) ожирения. Известно, что преобладание висцерального ожирения ассоциировано с более тяжелым течением метаболического синдрома и более ранним развитием сердечно-сосудистых осложнений. У пациентов с шизофренией, имеющих как избыточную массу тела, так и нормальный вес, в среднем выше уровень висцерального жира, нежели у здоровых, причем у мужчин соотношение висцерального жира к подкожному выше, чем у женщин [7].

Результаты исследований, объясняющих влияние нейролептической терапии на уровень висцерального жира, противоречивы. Так, согласно одним исследованиям, у пациентов, принимающих оланзапин, в процессе лечения повышается именно уровень висцерального жира. Согласно другим исследованиям известно, что все пациенты с шизофренией склонны к накоплению висцерального жира, независимо от того принимают ли они антипсихотическую терапию или нет [9].

В последние несколько лет для оценки качественного состава тела всё больше используется метод неинвазивной биоимпедансометрии, что позволяет объективизировать результаты, уменьшая вероятность погрешности при измерении. Данный метод основан на измерении электрического сопротивления тканей тела, благодаря чему можно не только узнать общий процент жира в организме, но и определить количество висцерального жира. Преимущества биоимпедансометрии над рутинной антропометрией заключаются в возможности разграничить пациентов, у которых окружность талии увеличена за счет висцеральной жировой ткани, что является неблагоприятным прогностическим признаком развития сахарного диабета [3]. Также этот метод дает возможность обследования относительно большой группы пациентов, в отличие от измерения количества жировой ткани посредством компьютерной томографии.

Целью исследования являлось изучение изменений жировой компоненты состава тела больных шизофренией в процессе антипсихотической терапии с применением неинвазивной биоимпедансометрии.

Материалы и методы. На базе клиник НИИ психического здоровья Томского НИМЦ было обследовано 30 пациентов с шизофренией (15 мужчин – 50 %, 15 женщин – 50 %). Исследование выполнено сплошным методом в рамках технологии персонализированной терапии больных шизофренией с учетом показателей неинвазивной биоимпедансометрии. 14 больных получали базисную терапию рисперидоном, 16 человек – оланзапином не менее 12 недель. Обе группы имели равномерное распределение по полу. Все пациенты проходили лечение в отделении эндогенных расстройств НИИ психического здоровья г. Томск. Биоимпедансометрия проводилась медицинским прибором Omron BF508, измерение роста осуществлялось опорным ростомером.

При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации, исследование одобрено локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 6.0). Применяли критерии χ^2 Пирсона, t-критерий Стьюдента и U-критерий Манна-Уитни для сравнения независимых выборок.

Результаты и обсуждение. Наибольшее содержание жира в организме регистрировалось у пациентов с шизофренией обоих полов, получающих оланзапин, хотя достоверных различий с группой пациентов, принимающих рисперидон, не отмечалось. Уровень висцерального жира и объем талии в группе больных с базисной терапией оланзапином у лиц обоего пола был немного выше, чем у пациентов, принимающих рисперидон, но достоверных отличий также не наблюдалось. Полученные результаты соответствуют данным других исследований, где обнаруживается наибольшая прибавка веса у больных шизофренией, получающих оланзапин, и представлены в таблицах 1–3 [10].

Таблица 1
Содержание жира у больных шизофренией

Показатель общего жира	Рisperидон		Оланзапин	
	абс.	%	абс.	%
Нормальный	5	35,7	2	12,5
Высокий	2	14,3	1	6,25
Очень высокий	7	50,0	13	81,25
Итого	14	100,0	16	100,0

Таблица 2
Уровень висцерального жира у больных шизофренией

Показатель висцерального жира	Рisperидон		Оланзапин	
	абс.	%	абс.	%
Нормальный	9	64,3	9	56,25
Высокий	3	21,4	4	25,0
Очень высокий	2	14,3	3	18,75
Итого	14	100,0	16	100,0

Таблица 3
Объем талии у больных шизофренией

Показатель	Рisperидон	Оланзапин
Объем талии (см)	89,6±17,1	100,75±16,3

Анализ полученных данных показал существенное повышение индекса массы тела у обследованных пациентов обоего пола, находящихся на лечении оланзапином (табл. 4), что совпадает с результатами ряда предыдущих исследований по данной тематике [6].

Таблица 4
Индекс массы тела у больных шизофренией

Показатель	Рisperидон	Оланзапин
Индекс массы тела	25,6±5,6	30,9±7,7*

Примечание. * – Обозначено достоверное статистическое различие по t-критерию Стьюдента ($p=0,03701$).

В то же время рассматривается факт отсутствия значимого влияния исходного индекса массы тела на его изменение в процессе лечения антипсихотическими препаратами.

Таким образом, врач не может в полной мере ориентироваться перед назначением нейролептика на показатели индекса массы тела. В данном случае целесообразнее проводить неинвазивную биоимпедансометрию перед началом терапии, затем еженедельный мониторинг показателей общего и висцерального жира с помощью данного метода, а также учитывать нежелательные явления в ходе предыдущей терапии.

Преимуществом использования неинвазивной биоимпедансометрии в клинической практике, которая, в отличие от традиционно применяющегося измерения обхвата талии, позволяет уже на ранних этапах формирования висцерального ожирения проводить реабилитационные мероприятия, направленные на снижение и редукцию данного серьезного нарушения, являющегося основным признаком формирования метаболического синдрома. При интенсивном увеличении жировой компоненты состава тела больных (особенно показателей висцерального жира) в процессе терапии необходимо рассматривать возможность назначения антипсихотических препаратов с нейтральным эффектом в отношении прибавки веса (арипипразол, зипрасидон). При наличии соответствующих показаний (например, повышение артериального давления, сахара крови) должна подключаться терапия сопутствующих нарушений с привлечением терапевта и назначением препаратов соматических групп. Дополнительно рекомендуется подключение психосоциотерапевтических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни с расширением круга интересов, увеличением подвижности пациентов и коррекцией пищевого поведения.

В качестве иллюстрации опыта применения неинвазивной биоимпедансометрии приведем клинический случай.

Пациент С., 1972 г. р.

Анамнез. Наследственность психопатологически отягощена: дед по материнской линии и отец пациента страдали алкоголизмом. Родился в Украине в Закарпатской области в г. Хуст вторым ребенком из троих детей в полной семье. Родная сестра в 16 лет совершила суицидальную попытку (самоотравление таблетками), лечилась у психиатров. Мать работала поваром, затем рабочей и мастером на лесозаготовке, отличалась энергичностью, тревожностью. Умерла в 49 лет от острой сердечной недостаточности. Отец работал рамщиком на лесозаготовке, по характеру пассивно-подчиняемый, замкнутый, зависимый от мнения матери. Страдал алкоголизмом, в молодом возрасте в состоянии алкогольного опьянения становился агрессивным. Скончался в 53 года от отравления угарным газом. Пациент имеет старшего брата (45 лет), по характеру весельчак, всегда в приподнятом настроении, энергичный, любит выпить, работает в милиции. Беременность и роды у матери больного протекали физиологично.

Рос и развивался в соответствии с полом и возрастом, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. В школу пошел с 7 лет, учился с трудом, неохотно. Совершенно не интересовался занятиями. Был неусидчивым, с трудом принимал и усваивал новый материал. Дублировал первый класс. Одноклассники обзывали его «дураком», считали умственно неполноценным. На обиды реагировал «внутри себя», никому не рассказывал о проблемах. Далее учился удовлетворительно. Увлечений, любимых занятий не было. Среди сверстников чувствовал себя очень дискомфортно, был неразговорчивым, стеснительным, со слов самого пациента «забытым». Никогда не отстаивал собственного мнения, подчинялся общему решению или делал так, как советовала мать. После окончания 8 классов поступил в ПТУ № 7 на специальность слесаря контрольно-измерительного оборудования, это училище выбрал благодаря самому короткому сроку обучения – 2 года. После его окончания пошел в военное училище связи. По-прежнему испытывал трудности в общении с сокурсниками, был необщителен, стремился к одиночеству. После окончания училища был направлен на службу в Подмоскowie в 1994 г. Был назначен командиром взвода. В марте 1995 г. (в возрасте 23 лет) возникло чувство страха, казалось, что «должно произойти что-то страшное, хотя бы убить». Стал замечать, что начальник несправедливо к нему относится, поручая работу, которую должны выполнять другие. Замечал, что окружающие смотрят на него ехидно, смеются, подчиненные не выполняют приказов. Перестал спать ночами, замкнулся, перестал звонить домой из воинской части, считая, что телефон прослушивают. Проживал отдельно от сослуживцев, снимал квартиру в городе. Чтобы попасть домой, выбирал самую короткую дорогу, избегая встреч со знакомыми. Окружающие казались измененными, везде была «какая-то суета», всё было спланировано против него. Слышал отдельные «выкрики» в свой адрес, в разговоре солдат слышал осуждение. Ощущал, что мысли стали известны окружающим, руки и ноги не слушались, были «как чужие». Считал, что частями тела управляет начальник. В голове мысли путались, актуальной казалась только одна: «как позвонить домой, чтобы никто не узнал». Окончательно замкнулся, перестал разговаривать, питаться. Возникло ощущение своей ничтожности, неполноценности, «не хотелось жить», казалось, что «перестал существовать». Не отвечал на вопросы, сидел с низко опущенной головой. Командованием отправлен на обследование в психиатрическое отделение госпиталя и признан негодным к военной службе и комиссован.

После выписки уехал в Томск, по желанию родственников 15.05.1995 г. был госпитализирован в НИИ психического здоровья. Находился на лечении с диагнозом: Шизофрения, параноидная форма, приступообразно-прогредиентное течение. Получал галоперидол 30 мг/сут. Выписался с улучшением: редуцировалась тревога, бредовые переживания дезактуализировались. Спустя 3 месяца была оформлена II группа инвалидности в связи с нестойкими и непродолжительными ремиссиями. В период с 1996 по 1997 г. дважды поступал в НИИ психического здоровья с симптоматикой по типу «клише». Получал галоперидол, клозапин.

Проживал совместно с родителями. Летом 1998 г. значительно снизилась активность, наблюдались симптомы восковой гибкости, был негативистичен, делая все наперекор родителям. Находился в состоянии ступора, который через некоторое время сменился возбуждением: убегал из дома, наносил порезы на предплечии, хватал веревку, закрывался в комнате, перестал спать по ночам. Данное состояние по инициативе матери лечили у гомеопата в течение месяца. По истечении данного срока гомеопат рекомендовал лечение у психиатра. Был госпитализирован в НИИ психического здоровья, получал галоперидол, хлорпромазин, клозапин.

В течение 1999 г. умерли оба родителя. Проживал с семьей брата, в хозяйственных делах помогал мало. Состояние ухудшилось в мае 2000 г. (в возрасте 28 лет): стал слышать голоса внутри головы, под их воздействием прыгнул с двухметровой высоты, получил перелом стопы, однако лечебный режим не соблюдал, продолжал ходить по городу ночами. Днем пытался трудоустроиться, интересовался снятием группы инвалидности по психическому заболеванию. Стремясь привлечь внимание родственников, облил себя уксусной кислотой. После этого по инициативе брата в порядке СМП был госпитализирован в ТОКПБ.

После купирования по настоянию родственников был переведен в клиники НИИ психического здоровья. В отделении, помимо психопатологической симптоматики, появились жалобы на выделения белого цвета из мочеиспускательного канала, был фиксирован на этих переживаниях, считая себя больным вирусным простатитом, намеревался лечиться у дерматолога и андролога. Получал галоперидол 30 мг, циклодол 6 мг, клозапин 50 мг. Выписался с улучшением: упорядочилось мышление, поведение, стал мягче по отношению к окружающим, редуцировалась псевдогаллюцинаторная симптоматика, сформировалась критика к своим переживаниям. Исчезла чрезмерная фиксация на состоянии здоровья.

Во время ремиссии проживал самостоятельно, справляясь с домашними делами. Познакомился с женщиной, в 2003 г. (31 год) оформил брак, после чего под влиянием жены стал более внимательно относиться к своему здоровью, исправно посещал ПНД, принимал поддерживающую терапию. Вскоре после свадьбы родилась дочь. Стал быстро набирать вес – за полтора года набрал около 6 кг. Проживал по этому поводу. Кроме того, заметил, что хуже стал переносить физические нагрузки, что усиливало ипохондрические идеи и снижало приверженность к лечению.

Впоследствии с 2003 по 2009 г. был неоднократно госпитализирован в ТОКПБ с симптоматикой по типу «клише»: наблюдалась галлюцинаторная симптоматика в виде вербальных императивных псевдогаллюцинаций, под влиянием которых выбегал голым на улицу, считал, что способен контролировать погоду, также возникали идеи ревности, отношения. В 2009 г. совершил суицидальную попытку после ссоры с женой, выпил большое количество клозапина. Находился на лечении в токсикологическом отделении ОКБ с диагнозом острого перорального отравления клозапином тяжелой степени. В последние 5 лет до 2014 г. неоднократно госпитализировался в ТОКПБ в связи с дезорганизованным поведением, нелепыми, непредсказуемыми действиями. Изредка алкого-

лизировался, набрасывался с кулаками на жену, развелся с ней. Нейролептическая терапия быстро корректировала поведение пациента, однако после выписок регулярности приема лекарств не было, отмечались регоспитализации, часто в порядке СМП, иногда с привлечением сотрудников МЧС. Применялись разные комбинации препаратов, в том числе атипичные антипсихотики. Выписывался в ремиссиях психопатоподобного типа. Проживает на одной жилплощади с дочерью, бывшей женой и ее сожителем, жена не работает, алкоголизуется, часты обоюдно провоцируемые конфликты, ссоры. Контроль со стороны родственников за пациентом отсутствует, регулярности амбулаторной терапии нет.

Таким образом, к началу декабря 2015 г. поведение становилось все более бесцельным, вновь актуализировались переживания по поводу наличия хронического простатита, обследовался у андролога, сдавал анализы на редкие инфекции, нарушился сон, стал бродяжничать по городу. Постепенно вес увеличился еще на 7 кг, что усиливало его фиксацию на соматических проблемах, вызывало обеспокоенность внешним видом. Набор веса связывал с побочными эффектами терапии, что снизило комплаенс пациента. В порядке СМП 27.12.2015 г. был госпитализирован в 24-е отделение ТОКПБ, где проходил лечение с диагнозом параноидной шизофрении, непрерывного типа течения, неполной ремиссии. Получал клопиксол-депо 400 мг в/м 1 раз в 3 недели, клозапин 100 мг/сут. Спустя 2 недели госпитализации упорядочился в поведении. В марте пользовался режимом домашних отпусков, однако, вернувшись из очередного домашнего отпуска, был взбудоражен, говорлив, проявлял недовольство лечением, высказывал отрывочные идеи особого содержания. После увеличения дозы клозапина до 250 мг быстро упорядочилось поведение в отделении.

По инициативе пациента был переведен во второе психиатрическое отделение клиник НИИ психического здоровья для дальнейшего лечения. Психический статус при поступлении определялся бредовыми идеями ипохондрического содержания на фоне дефицитной негативной симптоматики со специфическими нарушениями в эмоционально-волевой и ассоциативной сферах в рамках шизофрении, параноидной формы, эпизодического типа течения с нарастающим дефектом.

Получаемое лечение: рисперидон 6 мг/сут, клозапин 50 мг/сут, с последующим повышением дозы до 150 мг/сут, пантокальцин 1500 мг/сут, пикамилон 150 мг/сут, поливитамины.

Антропометрический профиль: рост 177 см, вес 86,1 кг, ИМТ 27,5.

Данные биоимпедансометрии: процент жира в организме 30 %, что соответствует высокому уровню. Уровень висцерального жира составляет 13, т. е. высокий (абдоминальное ожирение).

Учитывая высокие показатели процента жира в организме, пациенту проведена коррекция терапии с уменьшением дозы клозапина до 25 мг/сут, отменой рисперидона и переводом на пролонг зуклопентиксола 200 мг/мес. Через 4 недели после изменения тактики лечения уровень висцерального жира по данным биоимпедансометрии снизился до 10, что свидетельствует о тенденции к уменьшению жировой компоненты.

Представленный клинический случай ярко демонстрирует влияние антипсихотических препаратов на жировую компоненту состава тела. С началом регулярного приема антипсихотической терапии, в том числе клозапина (2000–2003 гг.) пациент стал набирать вес – около 6 кг за 1,5 года (к 2015 г. набрал суммарно 13 кг веса), что вызывало обеспокоенность пациента своим видом, усиливало его тревожно-ипохондрическую фиксацию на состоянии здоровья и снижало комплаенс.

Заключение. С помощью проведения неинвазивной биомпедансометрии можно повысить эффективность терапии у больных шизофренией, принимающих длительную антипсихотическую терапию, за счет улучшения комплаенса и добиться обратимости отдельных метаболических нарушений, прежде всего абдоминального ожирения. На основании результатов мониторинга жировой компоненты состава тела пациентов формируется стратегия специфических реабилитационных мероприятий на более раннем этапе болезни, что в конечном итоге снизит тяжесть болезненных проявлений в динамике и улучшит адаптационные возможности больных. Это позволяет уменьшить неблагоприятные нежелательные явления антипсихотической терапии и снизить их социальные последствия, а также повысить качество жизни пациентов с повышением саногенного ресурса социальной адаптации.

Л и т е р а т у р а

1. Волков В. П. Кардиологические причины смерти больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 4. – С. 41–45.
2. Мартынихин И. А. Метаболический синдром у больных шизофренией: распространенность, факторы риска, меры профилактики: автореф. дис. ... к.м.н. – СПб., 2009
3. Синдеева Л. В., Казакова Г. Н. Антропометрия и биомпедансометрия: параллели и расхождения // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9. – С. 476–480.
4. Узбеков М. Г., Гурович И. Я., Иванова С. А. Потенциальные биомаркеры психических заболеваний в аспекте системного подхода // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – № 1. – С. 77–93.
5. Шмуклер А. Б., Шендеров К. В. Динамика социального функционирования больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра как предиктор их стационарирования // Психическое здоровье. – 2011. – № 2. – С. 53–57.
6. Enez Darcin A., Yalcin Cavus S., Dilbaz N. et al. Metabolic syndrome in drug-naïve and drug-free patients with schizophrenia and in their siblings // Schizophr. Res. – 2015. – Vol. 166, № 1–3. – P. 201–206.
7. Konarzewska B., Stefańska E., Wendolowicz A., Cwalina U., Golonko A., Matus A., Kowzan U., Szulc A., Rudzki L., Ostrowska L. Visceral obesity in normal-weight patients suffering from chronic schizophrenia // BMC Psychiatry. – 2014. – № 14. – P. 35.
8. De Hert M., Dekker J. M., Wood D., Kahl K. G., Holt R. I., Möller H. J. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD)

- and the European Society of Cardiology (ESC) // European psychiatry. – 2009. – № 24. – P. 412–424.
9. Saarni S. E., Saarni S. I., Fogelholm M., Heliövaara M., Perälä J., Suvisaari J., Lönnqvist J. Body composition in psychotic disorders: a general population survey // Psychological medicine. – 2009. – № 39. – P. 801–811.
 10. Tek C., Kucukgoncu S., Guloksuz S. Antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis patients: a meta-analysis of differential effects of antipsychotic medications // Early Intervention in Psychiatry. – 2016. – № 10 (3). – P. 193–202.
 11. Zhang C., Zhang Y., Cai J. et al. Complement 3 and metabolic syndrome induced by clozapine: a cross-sectional study and retrospective cohort analysis // Pharmacogenomics J. – 2017. – № 17 (1). – P. 92–97.

Транслитерация русских источников

1. Volkov V.P. [Cardiac causes of death in schizophrenic patients]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2012; 4: 41–45. (In Russ.)
2. Martynikhin I.A. [Metabolic syndrome in patients with schizophrenia: prevalence, risk factors, preventive measures]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2009. (In Russ.)
3. Sindeeva L.V., Kazakova G.N. [Anthropometry and bioimpedancemetry: parallels and differences]. *Fundamental'nyye issledovaniya* [Fundamental Research]. 2013; 9: 476–480. (In Russ.)
4. Uzbekov M.G., Gurovich I.Ya., Ivanova S.A. [Potential biomarkers of mental disorders from the standpoint of systems biology]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2016; 1: 77–93. (In Russ.)
5. Shmukler A.B., Shenderov K.V. [Social functioning dynamics in patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders as a predictor of need for hospitalization]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2011; 2: 53–57. (In Russ.)

УДК 615.851-036.82/.83:616.891-039.07
ББК 56.145.82+52.817.10,5+53.574,5

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕН- ЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИ- ТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С СОМАТО- ФОРМНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

¹Костин А. К. *, ^{1,2}Рудницкий В. А.,
¹Аксенов М. М., ^{1,2}Белокрылова М. Ф.,
¹Лебедева В. Ф., ¹Епанчинцева Е. М.,
¹Иванова А. А., ¹Никитина В. Б.,
¹Перчаткина О. Э., ^{1,2}Гарганеева Н. П.,
¹Цыбульская Е. В.

¹ Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, Россия, ул. Алеутская, 4

² ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России
634050, Томск, Московский тракт, д. 2

В настоящее время распространенность соматоформных расстройств как в общей популяции, так и среди обращающихся за медицинской помощью в учреждения соматического либо психиатрического профиля достаточно высока. Однако соответствующая диагностика и квалифицированное лечение данных расстройств оставляют желать лучшего, эффекты терапии недостаточно стойкие, возникают проблемы в формировании и поддержании комплаентных отношений врача с пациентом, что создает значительные трудности в проведении поддерживающей терапии и в полной мере распространяется на пациентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Данная работа посвящена персонализированной терапии пациентов с соматоформными расстройствами в виде трех клинико-патогенетических вариантов. Предложенная нами технология включала комплексное использование психофармакотерапии, психотерапии, социотерапии. Использование данной технологии позволяло достичь выздоровления в 73,33 % случаев, улучшения в 26,67 % случаев, отсутствие динамики либо ухудшение не зарегистрировано. **Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, соматоформные расстройства, персонализированная терапия, иммунология, психофармакотерапия, психотерапия

PERSONALIZED PSYCHOPHARMACOLOGICAL AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AND REHABILITA- TION OF PATIENTS WITH SOMATOFORM DYSFUNCTION.

¹Kostin A. K., ^{1,2}Rudnitsky V. A., ¹Axenov M. M.,
^{1,2}Belokrylova M. F., ¹Lebedeva V. F., ¹Epanchintseva E. M.,
¹Ivanova A. A., ¹Nikitina V. B., ¹Perchatkina O. E.,
^{1,2}Garganeeva N. P., ¹Tsybul'skaya E. V. ¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. ²Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation. Currently, the prevalence of somatoform disorders both in the general population and among seeking medical care in general medical or psychiatric institutions is high enough, but the ap-

propriate diagnosis and expert treatment of these disorders is poor, treatment effects are not sufficiently resistant, there are problems in the formation and maintaining compliance with the physician-patient relationship, that creates significant difficulties in conducting maintenance therapy, that is fully extended to patients with somatoform dysfunction of the autonomic nervous system of the gastrointestinal tract (GIT). This work is dedicated to personalized treatment of patients with somatoform disorders. We have identified three clinical-pathogenetic variants of these disorders. The proposed technology includes comprehensive use of pharmacotherapy, psychotherapy, sociotherapy. This technology allows achieving recovery in 73.33 % of cases and improvement in 26.67 % of cases; no response or deterioration has not been recorded. **Keywords:** non-psychotic mental disorders, somatoform disorders, personalized therapy, immunology, psychopharmacotherapy, psychotherapy.

В настоящее время отмечается отчетливая тенденция к росту распространенности невротических, связанных со стрессом, соматоформных расстройств. Доля лиц с соматоформными расстройствами в населении оценивается от 0,2 до 2,0 %. В результате оценки за период 6 месяцев показатель распространенности соматоформных расстройств в населении достигает 21,9 % [1]. По данным международного эпидемиологического исследования ВОЗ на материале пациентов общемедицинской практики, распространенность соматоформных расстройств составила 21,0 % [2]. Причем, как указывается, пациенты с соматоформными расстройствами встречаются преимущественно в амбулаторной сети, тогда как в исследованиях, выполненных в условиях стационаров общего профиля, доли больных с соматоформными расстройствами существенно снижаются.

В патогенезе соматоформных расстройств ведущую роль играет нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной системы в виде изменений нейрогуморальной регуляции функционального состояния внутренних органов [3, 4]. В качестве пускового механизма необходимо рассматривать личностно значимые стрессовые ситуации. Под влиянием этиологических факторов, прежде всего психоэмоциональных стрессовых ситуаций, происходит изменение порога чувствительности висцеральных рецепторов, определяющих восприятие боли, моторную дисфункцию. В нейроанатомическом плане стресс традиционно связывают с нарушением состояния лимбической системы мозга [5, 6]. Именно в структурах лимбико-диэнцефальной системы (гипоталамус, гиппокамп, миндалина), которая входит в состав нервной регуляции функций иммунологической защиты, и расположены эмоциональные зоны [7, 8]. Чрезмерная гиперактивность эмоциональных зон лимбической системы при стрессе дезорганизует деятельность регуляторного аппарата, нарушает нейроиммунную регуляцию, индуцирует патологию функции иммунитета [9]. Это приводит к формированию вторичной иммунной недостаточности, иммунодефицитам,

* Ответственный за переписку: Костин Алексей Константинович, к.м.н., н.с. отделения пограничных состояний. 89069502750. apex79@sibmail.com

снижению сопротивляемости к инфекциям, развитию хронических и рецидивирующих процессов, что осложняет клиническую картину непсихотических психических расстройств, способствует их затяжному течению [10].

Исходя из сложившихся представлений о психонейроиммунологии, общности и взаимосвязи механизмов регуляции, целостного реагирования организма на стрессирующие факторы, параметры иммунной реактивности могут свидетельствовать о состоянии нервной системы и организма в целом, что позволит предсказать развитие психических и соматических изменений на раннем этапе [11].

В настоящее время распространенность соматоформных расстройств в общей популяции и среди обращающихся за медицинской помощью в учреждения соматического и психиатрического профилей высока. Однако соответствующая диагностика и квалифицированное лечение данных расстройств оставляют желать лучшего, эффекты терапии недостаточно стойкие, возникают проблемы в формировании и поддержании комплаентных отношений врача с пациентом, что создает значительные трудности в проведении поддерживающей терапии и в полной мере распространяется на пациентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы ЖКТ.

Причиной подобного, с одной стороны, является личность и особенности формирования социальных связей пациентом в нуклеарной семье, переносимые им в другие области функционирования и приводящие к патологической адаптации. С другой стороны, при срыве адаптации с течением времени соматическая симптоматика приобретает все большую значимость, вытесняя на периферию всё, что не относится к заболеванию либо методам лечения, приводя к патохарактерологическому развитию пациента с присутствием во внутренней картине болезни представлений об исключительности собственного заболевания, сложности его диагностики и лечения [12, 13, 14]. Всё это во многом обесценивает усилия врачей и располагает к прерыванию терапии под влиянием незначительных сторонних факторов. Длительное течение соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы ЖКТ может приводить к иммунологическим дисфункциям, как локальным, так и всей иммунной системы, которые, в свою очередь, способствуют прогрессированию сопутствующих соматических заболеваний и дальнейшему прогрессированию нарушения функционирования нервной системы. Верно и обратное утверждение, позволяющее на основании изучения иммунологических показателей с определенной долей вероятности предсказывать неблагоприятное течение соматоформных расстройств [15].

Цель исследования: исследование эффективности персонализированной терапии больных соматоформной дисфункцией вегетативной системы желудочно-кишечного тракта в условиях специализированного психиатрического стационара.

Материал и методы. В соответствии с поставленными задачами проводится обследование пациентов с диагнозом соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы ЖКТ, проходящих стационарное лечение на базе клиники НИИ психического здоровья.

В качестве основных методов исследования используют клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катамнестический, иммунологический, экспериментально-психологический, статистический. В качестве дополнительных применяются параклинические (ЭЭГ, РЭГ), иммунологическое, соматическое и неврологическое обследование (с учетом вырженности и значимости для адекватного построения реабилитационных программ соматического и неврологического субстратов) и другие методы исследования, необходимые для объективной оценки состояния больных в различные периоды течения заболевания и на разных этапах оказания специализированной психиатрической лечебно-профилактической помощи.

С учетом важности клинических исследований нами использован комплекс описанных ниже методик по оценке когнитивных и интеллектуально-мнестических нарушений. Эффективность мероприятий оценивалась по шкале выздоровления, предложенной академиком РАМН В. Я. Семке, и согласно оценке адаптационных возможностей и состояния социальной адаптации (дополняли друг друга данные шкал социальной адаптации и качества жизни ВОЗ).

Проведено обследование 15 пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, в возрасте от 19 до 54 лет, с установленным диагнозом соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы ЖКТ.

В исследовании использовались тесты для оценки памяти и внимания: методика оценки вербальной памяти – тест «10 слов» А. Р. Лурия; таблицы Шульте; тест Амтхауэра (второй субтест); тесты на уровень ситуационной и личностной тревоги Спилбергера-Ханина; Шкала удовлетворенности жизнью (SWLS), Опросник СО (Шкала базисной самооценки); Торонтская шкала алекситимии; методика Леонарда-Шмишека, шкалы MMPI. Исследование параметров иммунитета проведено с использованием иммунологических методов, включающих определение параметров клеточного (фенотипирование иммунокомпетентных клеток по кластерам дифференцировки CD-методом проточной цитометрии), гуморального (определе-

ние сывороточных иммуноглобулинов М, G, A и уровень пролактина методом ИФА; уровень циркулирующих иммунных комплексов ЦИК) и фагоцитарного звеньев иммунитета. Концентрацию пролактина определяли методом ИФА.

Результаты и их обсуждение. В выборке пациентов с соматоформными расстройствами выделены 3 клинико-патогенетических варианта: 1) конституциональный, при котором пациенты изначально предъявляли соматоформную симптоматику в ответ на воздействие психогений; 2) патохарактерологический, характеризовавшийся изменениями личности в когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферах; 3) критический, возникавший остро с появлением соматоформной симптоматики как признака дезадаптации, декомпенсации.

При анализе типов патохарактерологических реакций не отмечено четкой взаимосвязи между типами реакций и клиническими типами психосоматических расстройств. Выделялись ипохондрический (33,33 %), астенический (20,0 %), смешанный (46,67 %) варианты патохарактерологического психосоматического развития. Смешанный вариант, в свою очередь, подразделялся на астеноипохондрический (26,67 %) и истероипохондрический (20,0 %).

Анализ характерологических особенностей позволил выявить у большинства пациентов акцентированные черты (на гармонический вариант преморбида пришлось 6,67 %). Среди обследованных нами пациентов с помощью методики Леонгарда-Шмишека чаще всего встречались лица с выраженным сочетанием тревожно-мнительных и застревающих черт характера (46,67 %). На втором месте находятся лица с сочетанием демонстративных и тревожно-мнительных личностных черт (33,33 %). У 13,33 % пациентов ведущими были застревающие черты характера в сочетании с педантичными и эмотивными чертами. У 6,67 % ведущим было сочетание демонстративных, эмотивных, экзальтичных черт характера, что указывает на выраженный истерический радикал, возбудимость. Пациенты с ведущими застревающими чертами характера склонны фиксироваться на негативных проблемах и переживаниях, имеют склонность к построению труднокорректируемых концепций, что приводит к ухудшению эмоционального состояния и накоплению чувства внутреннего напряжения. Пациенты с ведущими тревожно-мнительными чертами в структуре личности отличаются повышенной тревожностью, мнительностью, декомпенсации у них обычно наступают 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 пароксизмальной тревожности, вероятно, являются увлеченное самолюбие, утрата внимания со сто-

роны супруга, близких, появление соперника или соперницы, «отвержение» со стороны коллег на работе. Нами получены положительные корреляции между выраженными демонстративными чертами характера и повышением по шкале 3 эмоциональной неустойчивости/истерии (по методике СМИЛ), между застревающими чертами и повышением по шкале 1 невротического сверхконтроля/ипохондри и шкале 6 застреваемости/ригидности (по методике СМИЛ), тревожно-мнительными чертами и повышением по шкале 7 тревожности (по методике СМИЛ).

Одним из распространенных психологических качеств пациентов с психосоматическими, соматоформными расстройствами являлась алекситимичность. В нашем исследовании она исследовалась с помощью Торонтской шкалы алекситимии, созданной G. J. Taylor et al. (1985). Среди обследованных пациентов алекситимией не страдали 13,34 %; 39,99 % относились к пограничной группе; у 46,67 % была обнаружена собственно алекситимия. Выраженность алекситимии коррелировала с выраженностью соматоформной симптоматики и наличием коморбидной патологии, при наличии двух и более коморбидных расстройств и выраженной соматоформной симптоматике отсутствовали лица, не имевшие признаков алекситимии, что соотносилось с худшим прогнозом в плане течения и терапии.

Иммунобиологическое обследование включало определение в периферической крови количества лейкоцитов, лимфоцитов, Т-лимфоцитов CD3⁺-фенотипа, субпопуляций Т-лимфоцитов CD3⁺-, CD4⁺-фенотипа (Т-хелперы/индукторы) и CD3⁺- и CD8⁺-фенотипа (цитотоксические Т-лимфоциты), В-лимфоцитов (CD3⁺-, CD19⁺-фенотипа), натуральных киллеров (CD3⁺-, CD16⁺-, CD56⁺-фенотипа и CD3⁺-, CD16⁺-, CD56⁺-фенотипа) и маркеры поздней активации – HLADR⁺-лимфоциты, концентрации сывороточных иммуноглобулинов классов М, G, A, уровня циркулирующих иммунных комплексов, фагоцитарной активности нейтрофилов, уровня пролактина (табл. 1).

При сравнительной характеристике иммунологических показателей выявлены различия между группами обследованных. Наиболее значимыми особенностями иммунного статуса в группе пациентов по сравнению с группой здоровых лиц являются более высокие значения количества цитотоксических Т-лимфоцитов (CD3⁺-, CD8⁺-фенотипа) и концентрации сывороточного иммуноглобулина класса G. На фоне повышения общего количества лейкоцитов отмечается рост их фагоцитарной активности. Наблюдается снижение числа лимфоцитов, несущих на своей поверхности рецепторы – маркеры поздней активации (HLADR).

Т а б л и ц а 1
Показатели системы иммунитета и уровень пролактина у больных соматоформными расстройствами и здоровых лиц – Me (LQ-UQ)

Показатель	Здоровые лица (n=86)	Пациенты (n=15)	Достоверность различий, p
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	6,5 (5,7–7,5)	6,0 (5,3–6,9)	0,023925
Лимфоциты, %	36 (30–40)	38 (30–40)	0,567155
CD3 ⁺ , %	76 (68–81)	77 (73–80)	0,145388
CD3 ⁺ , CD4 ⁺ , %	48 (43–54)	48 (43–53)	0,901833
CD3 ⁺ , CD8 ⁺ , %	24 (19–29)	28 (23–32)	0,040239
CD3 ⁺ , CD19 ⁺ , %	11 (7–14)	11 (8–13)	0,906081
CD3 ⁺ , CD16 ⁺ , CD56 ⁺ , %	12 (8–16)	11 (8–15)	0,203729
CD3 ⁺ , CD16 ⁺ , CD56 ⁺ , %	4 (2–6)	2 (2–5)	0,336402
HLADR ⁺ , %	19 (12–26)	13 (9–17)	0,003648
IgM, г/л	1,94 (1,54–2,42)	1,73 (1,22–2,83)	0,384283
IgG, г/л	15,27 (12,48–18,37)	17,55 (13,27–25,53)	0,028260
IgA, г/л	1,76 (1,33–2,17)	1,43 (1,08–2,12)	0,087220
ЦИК, усл. ед.	74 (49–99)	61 (76–80)	0,105642
ФИ, %	54 (48–58)	64 (56–72)	0,000074
Пролактин, мМЕ/л	260,1 (164,3–342,9)	750,5 (569,1–1379,5)	0,000000

Концентрация пролактина в сыворотке крови была достоверно выше контрольных значений. В процессе психофармакотерапии значимых изменений показателей иммунитета обнаружить не удалось. Установлена тенденция к повышению концентрации пролактина в сыворотке крови на фоне лечения (p=0,061884).

Иммунологические нарушения и рассогласованность нейроиммунных механизмов регуляции следует рассматривать в качестве своеобразных характеристик единого психобиологического процесса при соматоформных расстройствах. Нарушение иммунной защиты является неблагоприятным фактором, способствующим формированию и затяжному течению данного заболевания.

Клинико-динамический анализ психосоматической патологии в целом показал, что наряду с индивидуальными особенностями пациентов, отнесенных к выделенным клиническим вариантам, существовали общие закономерности в их формировании, что было обусловлено единством патогенетических механизмов, существовавших несмотря на многообразие психогенных и других этиологических и патогенетических факторов [16]. Наличие коморбидной патологии видоизменяло как соматическую, так и психическую клиническую картину заболевания, характеризовалось возникновением более частых обострений, обусловленных четкой их

связью с неспецифическими индивидуально значимыми психогениями. На психогении пациенты реагировали, как правило, появлением «привычных» соматоформных симптомов, тревоги, беспокойства, напряженности, раздражительности, слабости.

Все лечебные мероприятия проводились с учетом личностной структуры и варианта клинической динамики. В осуществлении этого принципа терапии важным оказалось использование оригинальных режимов наблюдения и ведения «пограничных больных», разработанных в отделении пограничных состояний НИИ психического здоровья [17].

Основной задачей лечения пациентов с психосоматической патологией ЖКТ являлась не только нормализация психического состояния, но и восстановление нарушенного вегетативного гомеостаза. При этом особенно вегетативные или функционально-неврологические феномены нами не отделялись от психических нарушений, так как образовывали единую патогенетическую сущность болезни, соответствуя на патогенетическом уровне синдромам межсистемной и внутрисистемной дезинтеграции.

Центральным звеном терапевтического воздействия на пограничные нервно-психические расстройства при психосоматических заболеваниях желудочно-кишечного тракта являлись психотерапевтические воздействия. Основным принципом психотерапевтического лечения являлась его направленность непосредственно на личность больного, а не на больной орган или систему. Психотерапия была ориентирована на устранение недостатка информации о соматическом и психическом состоянии пациента, нейтрализацию ятрогенных воздействий, имевших место на предшествующих этапах лечения (до обращения к психиатру), исправление когнитивных ошибок, выработку новых поведенческих паттернов, интеграцию аффектов и повышение толерантности к фрустрации, коррекцию семейных взаимоотношений.

Психотерапевтический комплекс включал различные модификации аутогенной тренировки, позволяющей снизить уровень тревожности пациентов, обучить их самостоятельно стабилизировать вегетативные показатели. В ряде случаев ПТ предшествовало ознакомление пациента с ощущениями, возникающими в теле, научение их вербализации (преодоление алекситимичности). В дальнейшем участие в рациональной, когнитивной ПТ (работа с личностными и средовыми ресурсами для повышения уровня адаптации и самоактуализации пациента в социуме, семейной и производственной сферах, анализ и коррекция копинг-стратегий), обучение элементам бихевиоральной терапии (анализ типичных стрессовых ситуаций, составление планов деятельности с использова-

нием правил составления аффирмации и наращивание навыков поведения в них, обучение методикам отреагирования агрессивных побуждений, эмоций), элементам нейролингвистического программирования (фиксация соматических состояний, утилизация трансов). Также использовалась групповая и семейная психотерапия. Групповая психотерапия давала пациентам возможность избавиться от ощущения уникальности собственных проблем, что было важным шагом на пути к преодолению социальной изоляции. Групповая сплоченность позволяла им ощутить поддержку других людей, способствовала развитию «базовых навыков общения». Семейная психотерапия оптимизировала взаимоотношения в семье пациента, устраняя один из важных патогенетических факторов возникновения и развития психосоматической патологии, снимала связанные с этим напряжение, тревогу, беспокойство, что позволяло предотвратить повторные обострения. Принятие и эмоциональная поддержка пациента, индивидуализированность эмоциональных реакций, их свободное и искреннее проявление служили основой для установления более глубоких неформальных межличностных контактов.

В фармакотерапии по клиническим показаниям использовались антидепрессанты, нейролептики, транквилизаторы и средства, улучшающие метаболизм ЦНС. Психофармакологический (ПФК) и фармакологический (ФК) комплексы включали применение соматотропной терапии, назначение антидепрессантов (флуоксетин, пароксетин, эсциталопрам, флувоксамин, миансерин), вегетостабилизаторов (беллатаминал), нейролептиков (сульпирид, тералиджен, хлорпротиксен), транквилизаторов бензодиазепинового ряда (сибазон, алпразолам, феназепам), ноотропов (пирацетам, пикамилон), полипептидных препаратов (кортексин).

Подбор комплекса лекарственных препаратов производился индивидуально, на основании максимальной эффективности при минимуме побочных эффектов со стороны гастроинтестинальной системы.

Психопрофилактический этап начинался перед выпиской при значительном улучшении состояния, обсуждались вопросы семейной коррекции, социальной адаптации, формировалась система переключения эмоций и акцентирования внимания на минимальных симптомах проявления декомпенсации, возможности медикаментозной и психологической коррекции. При формировании психопрофилактических стратегий акцентировали внимание на личной ответственности пациента за выздоровление, необходимости включения в психопрофилактическую стратегию регулярного медикаментозного лечения.

Образовательная программа для пациентов включала в себя представления о строении и функционировании нервной системы, возникновении психических расстройств, принципах лечения и поддерживающей терапии, сопутствующих заболеваниях, стрессе, здоровом образе жизни, психогигиене и др.). Особое значение в виду личностных особенностей данной группы пациентов приобретают мероприятия, предотвращающие возникновение и развитие рентных установок, искаженной внутренней картины болезни и представлений о процессе лечения, поддерживающей психофармакотерапии и психотерапии.

Комплексная оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий оценивалась по шкале улучшения (выздоровления), предложенной академиком РАМН В. Я. Семке, и в соответствии с оценкой адаптационных возможностей и состояния социальной адаптации (данные шкал социальной адаптации, качества жизни ВОЗ). Использование данной технологии позволяло достичь выздоровления (ремиссия «А») в 73,33 % случаев, улучшения (ремиссия В) в 26,67 % случаев. Отсутствие динамики и ухудшение не зарегистрировано.

По реабилитационной тематике, прогнозу, предикторам эффективности лечебно-профилактической работы имеются научные публикации в рецензируемых журналах, получен патент «Способ прогнозирования течения соматоформных расстройств (RU 2578966)».

Выводы. Разработанная технология персонализированной терапии больных соматоформной дисфункцией вегетативной системы ЖКТ позволяет сократить количество дней нетрудоспособности, проведенных пациентом в стационаре, частоту обращений в соматические и психиатрические амбулаторные и стационарные учреждения, уменьшить неблагоприятные социальные последствия и повысить уровень социальной адаптации, качество жизни. За счет своевременного включения пациентов с соматоформной симптоматикой в дифференцированную интегративную реабилитационную программу удастся 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. Семейная психотерапия и психокоррекция позволяет осуществлять профилактику передачи по наследству патологических паттернов поведения и психосоматического реагирования.

Литература

1. *Ritsner M., Ponizovsky A., Kurs R., Modai I.* Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors, and help-seeking behavior // *American Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157, N 3. – P 385–392.
2. *Gureje O., Simon G. E.* The natural history of somatization in primary care // *Psychological Medicine*. – 1999. – Vol. 29, N 3. – P. 669–676.
3. *Менделевич В. Д., Соловьева С. Л.* Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпрессинформ, 2002. – 608 с.
4. *Чижова А. И.* Клинико-психологические аспекты патогенеза соматоформных и невротических расстройств // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. – 2012. – № 6 (265). – С. 138–144.
5. *Morgane P. J., Galler J. R., Mokler D. J.* A review of systems and networks of the limbic forebrain/limbic midbrain // *Prog Neurobiol*. – 2005. – Vol. 75, № 2. – P. 143–160.
6. *Ribas G. C.* Neuroanatomical basis of behavior: history and recent contributions // *Rev. Bras. Psiquiatr*. – 2007. – № 29. – P. 63–71.
7. *Heimer L., Van Hoesen G. W.* The limbic lobe and its output channels: implications for emotional functions and adaptive behavior // *Neurosci. Biobehav. Rev*. – 2006. – Vol. 30, № 2. – P. 126–147.
8. *St. Jacques P., Dolco F., Cabeza R.* Effects of aging on functional connectivity of the amygdala during negative evaluation: a network analysis of fMRI data // *Neurobiol Aging*. – 2010. – Vol. 31, № 2. – P. 315–327.
9. *Крыжановский Г. Н., Акмаев И. Г., Магаева С. В., Морозов С. Г.* Нейроиммуноэндокринные взаимодействия в норме и патологии. – М.: Медицинская книга, 2010. 288 с.
10. *Бохан Н. А., Иванова С. А., Левчук Л. А.* Серотониновая система в модуляции депрессивного и агрессивного поведения. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2013. – 104 с.
11. *Семке В. Я., Гуткевич Е. В., Иванова С. А.* Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации на модели невротических расстройств. – Томск, 2008. – 204 с.
12. *Белокрылова М. Ф., Гарганеева Н. П., Лебедева В. Ф., Епанчинцева Е. М., Редчиц О. А., Костин А. К., Лукьянова Е. В.* Алгоритм интегративной медицинской помощи и реабилитации лиц с сочетанной соматической и психической патологией: Медицинская технология. – Томск, 2013. – 26 с.
13. *Наумова Е. Л., Бурковская В. А., Белобородова Э. И., Куприянова И. Е., Акимова Л. А., Квач Е. А.* Клиническая симптоматика синдрома раздраженного кишечника и личностные особенности пациента // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11: Медицина*. – 2010. – № 1. – С. 61–68.
14. *Наумова Е. Л., Бурковская В. Ф., Белобородова Э. И., Наумова Е. С., Куприянова И. Е., Акимова Л. А.* Синдром раздраженного кишечника: клинические проявления и лечение // *Врач*. – 2009. – № 11. – С. 81–84.
15. Способ прогнозирования течения соматоформных расстройств (RU 2578966). Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Костин А. К., Рудницкий В. А., Перчаткина О. Э., Савочкина Д. Н., Бохан Н. А., Аксенов М. М., Лобачева О. А.
16. *Лебедева В. Ф., Семке В. Я., Якутенок Л. П.* Психические расстройства при соматических заболеваниях. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2010. – 326 с.
17. *Семке В. Я., Гуткевич Е. В., Куприянова И. Е., Пирогова В. П.* Невротические расстройства: проблемы генеза и превенции. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011. – 231 с.

Транслитерация русских источников

3. *Mendelevich V.D., Solovyeva S.L.* [Neurology and psychosomatic medicine]. Moscow: MEDpress-Inform, 2002. 608 p. (In Russ.).
4. *Chizhova A.I.* [Clinical-and-psychological aspects of pathogenesis somatoform disorders]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Bulletin of South-Ural State University. Series: Psychology]. 2012; 6 (265): 138-144. (In Russ.).
9. *Kryzhanovsky G.N., Akmaev I.G., Magayeva S.V., Morozov S.G.* [Neuroimmunoendocrine interactions in health and disease]. Moscow: Meditsinskaya kniga, 2010. 288 p. (In Russ.).
10. *Bokhan N.A., Ivanova S.A., Levchuk L.A.* [Serotonin system in modulation of depressive and aggressive behavior]. Tomsk: "Ivan Fedorov", 2013. 104 p. (In Russ.).
11. *Semke V.Ya., Gutkevich E.V., Ivanova S.A.* [Psychosocial factors and biological model of mental maladjustment in neurotic disorders]. Tomsk, 2008. 204 p. (In Russ.).
12. *Belokrylova M.F., Garganeeva N.P., Lebedeva V.F., Epanchintseva E.M., Redchits O.A., Kostin A.K., Lukyanova E.V.* [Algorithm of integrative medical care and rehabilitation of persons with combined somatic and mental disorders: Med. Technology]. Tomsk, 2013. 26 p. (In Russ.).
13. *Naumova E.L., Burkovskaya V.A., Beloborodova E.I., Kupriyanova I.E., Akimova L.A., Kvach E.A.* [Clinical symptoms of irritable bowel syndrome and personality features of a patient]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 11: Meditsina* [Bulletin of Saint-Petersburg University. Series 11: Medicine]. 2010; 1: 61-68. (In Russ.).
14. *Naumova E.L., Burkovskaya V.F., Beloborodova E.I., Naumova E.S., Kupriyanova I.E., Akimova L.A.* [Irritable bowel syndrome: clinical manifestations and treatment. *Vrach* [Physician]. 2009; 11: 81-84. (In Russ.).
15. A method of predicting the course of somatoform disorders (RU 2578966). Nikitina V.B., Vetlugina T.P., Kostin A.K., Rudnitsky V.A., Perchatkina O.E., Savochkina D.N., Bokhan N.A., Axenov M. M., Lobacheva O.A. (In Russ.).
16. *Lebedeva V.F., Semke V.Ya., Yakutenok L.P.* [Mental disorders in somatic diseases]. Tomsk: "Ivan Fedorov", 2010. 326 p. (In Russ.).
17. *Semke V.Ya., Gutkevich E.V., Kupriyanova I.E., Pirogova V.P.* [Neurotic disorders: problems of origin and prevention]. Tomsk: "Ivan Fedorov", 2011. 231 p. (In Russ.).

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13-036.22:614.21

ББК 56.14-3+51.1(2Рос),592

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КОМОРБИДНОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ У СОМАТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ИЖЕВСКА

Пакриев С. Г.*

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России
426054, Ижевск, ул. 30 лет Победы, д. 100

Целью данной работы явилось изучение распространенности табакокурения у соматических больных в терапевтическом стационаре. Группа исследуемых (323 взрослых пациента) была составлена при помощи метода сплошной выборки. Курильщиками на момент исследования являлись 76,9 % мужчин и 22,2 % женщин. Коморбидность табакокурения была статистически достоверной для болезней органов дыхания, пищеварения и алкогольной зависимости. Определены социально-демографические корреляты табакокурения: мужской пол, возраст 18—39 лет, низкий уровень образования, социальный статус безработный. Знания о распространенности и факторах риска табакокурения могут способствовать целенаправленной разработке и внедрению практических рекомендаций по комплексной терапии соматических больных с коморбидной табачной зависимостью. **Ключевые слова:** табакокурение, коморбидность, факторы риска, соматический стационар.

PATTERNS OF TOBACCO USE IN A GENERAL HOSPITAL. Pakriev S. G. Izhevsk State Medical Academy. 30 let Pobedy Street 100, 426054, Izhevsk, Russian Federation. Aims: to study prevalence of tobacco use in medical inpatients in Izhevsk and to identify associated factors. Method. The sample of 323 adult medical inpatients was composed. The prevalence of current smoking in our sample was 76.9 % in men and 22.2 % in women. Correlates of tobacco use were male sex, age of 18-39 years, lower level of education, and unemployed status. Tobacco use had a high comorbidity with alcohol dependence and diseases of the digestive and respiratory system. Conclusions. Prevalence of tobacco use was high. Taking into consideration associated factors, physician can improve recognition and treatment of tobacco dependence in medical inpatients. **Keywords:** tobacco use; risk factors; prevalence; comorbidity; general hospital.

Введение. Табакокурение является актуальной проблемой во всем мире в связи с высоким риском развития различных заболеваний и преждевременной смертностью [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения, табакокурение является причиной смерти каждого десятого взрослого. По прогнозам ВОЗ, к 2030 г.

этот фактор будет причиной смерти каждого шестого человека, если не будут предприняты меры по борьбе с курением [2, 3, 4]. Россия в настоящее время занимает лидирующее место по распространенности табакокурения в мире [5] и входит в десятку наиболее курящих стран мира, одновременно с Польшей, Турцией, Украиной, Китаем и Вьетнамом [5, 6, 7].

В Ижевске проблема табакокурения была исследована в 2005 г. сотрудниками Ижевской государственной медицинской академии и Лондонской школы гигиены и тропической медицины. Целью совместного исследования было выяснение причин преждевременной смерти мужчин трудоспособного возраста – жителей Ижевска. В ходе данного исследования были опрошены родственники 1750 мужчин в возрасте от 25 до 54 лет, умерших за период с октября 2003 г. по октябрь 2005 г. Дополнительная объективная информация об умерших была получена в Загсе, патолого-анатомических и судебно-медицинских бюро. По результатам исследования 40 % смертей напрямую или косвенно были связаны с употреблением алкоголя. Курение в комбинации с пьянством ответственно за 80 % смертей мужчин. Именно эти два фактора риска связаны с большей частью избыточной смертности трудоспособного мужского населения Ижевска [8, 9, 10].

По данным научной литературы, табачная зависимость, наряду с алкогольной зависимостью и депрессией, является наиболее частым коморбидным психическим расстройством в терапевтическом и хирургическом стационарах [11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]. Коморбидная табачная зависимость утяжеляет соматическую патологию, повышает резистентность к проводимой терапии, увеличивает риск инвалидности и смертности. Возрастающий удельный вес табакокурения среди больных общесоматической сети требует всестороннего изучения эпидемиологии табачной зависимости, сочетаясь с соматическими заболеваниями, разработки и внедрения комплексных и более активных методов терапии этой категории больных. На сегодняшний день проблема табакокурения у больных терапевтического стационара в Удмуртии исследована недостаточно.

Целью данной работы явилось изучение факторов риска, коморбидности и распространенности табакокурения у госпитализированных в терапевтический стационар соматических больных в г. Ижевске.

Материал и методы. Исследование было выполнено в первом терапевтическом отделении Городской больницы № 5 г. Ижевска. В своем составе больница имела два терапевтических отделения. Первое терапевтическое отделение (65 коек) госпитализировало по экстренным показаниям и в плановом порядке

* Пакриев Сергей Галинурович, д.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Телефон: (3412)584778. E-mail: Sergei.Pakriev@mail.ru

больных трудоспособного возраста и пенсионеров прикрепленного района обслуживания (с взрослым населением 57 000 человек, из них лиц трудоспособного возраста $\approx 70\%$). Второе терапевтическое отделение обслуживало участников и инвалидов Великой Отечественной войны и приравненные к ним категории больных. Среднегодовое количество госпитализируемых первого отделения составляло 1 220 человек, более половины из них находилось в возрасте от 50 лет и старше.

Группа исследуемых была составлена при помощи метода сплошной выборки. В исследовательскую выборку вошли пациенты в возрасте от 18 до 59 лет. Средняя продолжительность госпитализации на 1 пациента составила 18,3 дня. Всего для исследования было выбрано 352 пациента, из них 29 (11 мужчин и 18 женщин) не были включены в исследуемую группу по разным причинам (отказ от участия, тяжелое соматическое состояние и др.).

В итоге исследуемую выборку составили 323 пациента, включая 147 (45,5 %) мужчин и 176 (54,5 %) женщин. Национальный состав группы: 214 (66,3 %) – русские, 77 (23,8) – удмурты и 32 (9,9 %) – другие. Все участники распределились по следующим возрастным группам: 18–39 лет – 37 %, 40–49 лет – 31 %, 50–59 лет – 32 %. У 71,5 % участников выборки причиной госпитализации явилось обострение хронического соматического заболевания, у 28,5 % – острое соматическое заболевание.

Всем исследуемым было предложено ответить на вопросы Русской Версии Краткого Международного Нейропсихиатрического Опросника (MINI 5.0.0.) [15]. Дополнительно в интервью применялись диагностические критерии МКБ-10 для органических психических расстройств и критерии табачной зависимости.

Информация о соматических диагнозах, консультациях психиатра и назначенных психотропных препаратов была получена из медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты). Социально-демографические параметры (пол, возраст, семейное положение, национальность, образование и профессия) включены в структуру MINI.

В отношении респондентов соблюдался принцип добровольности участия в исследовании. Пациенты были проинформированы о праве отказа от сотрудничества. В случае согласия участникам исследования была гарантирована полная анонимность. Анкетирование и интервьюирование в каждом случае проводилось в течение первых 72 часов госпитализации. Диагностический опрос проводили 3 врача, прошедшие тренинг по применению MINI на кафедре психиатрии Ижевской государственной медицинской академии.

Для анализа данных использовалась компьютерная программа STATISTICA 5.0. Применялись следующие тесты: t-тест для сравнения средних величин (средний возраст и др.), тест chi-square – для оценки качественных характеристик (пол, национальность, образование, социальный статус и др.). Программа Epi Info, Version 6 [16] была использована для анализа коморбидности. Коморбидность табачной зависимости определялась следующим образом: показатель вероятности сопутствующего заболевания в группе лиц с табачной зависимостью делился на показатель вероятности сопутствующего заболевания в группе лиц без табачной зависимости.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования обнаружено, что 83,0 % мужчин и 25,0 % женщин выборки в какой-либо период своей жизни регулярно употребляли табак (всего 51,4 % выборки). 126 человек (75,9 % всех куривших) пытались бросить курить, но из них только 9,5 % (12 человек) на момент интервью воздерживались от табака более 1 года. 76,9 % мужчин и 22,2 % женщин являлись курильщиками на момент исследования. Частота табачной зависимости (в том числе у бросивших курить) мужчин (78,9 %) и женщин (17,1 %) оказалась сопоставима с количеством тяжёлых курильщиков – соответственно 75,4 % и 22,7 %. Категорию «тяжёлых курильщиков» составили респонденты, курившие 15 или более сигарет в день.

В таблице 1 отражена структура болезненности в выборке и употребление табака.

Таблица 1
Структура соматических болезней и употребление табака

Соматическое заболевание*	Всего (N)	%	Из них употреблявшие табак N (%)
Болезни органов кровообращения	96	29,7	31 (32,3)
Болезни органов дыхания	85	26,3	55 (64,7)
Болезни органов пищеварения	66	20,4	44 (66,7)
Болезни мочеполовой системы	23	7,1	6 (26,1)
Болезни эндокринной системы	1	0,3	1 (100)
Болезни костно-мышечной системы	21	6,5	4 (19,1)
Новообразования	4	1,2	1 (25,0)
Осложнения беременности	14	4,3	5 (35,7)
Травмы и отравления	3	0,9	2 (66,7)
Болезни кожи и подкожной клетчатки	5	1,5	1 (20,0)
Болезни органов кроветворения	5	1,5	2 (40,0)
Острые заболевания	92	28,5	55 (59,8)
Хронические заболевания	231	71,5	97 (42,0)
Всего	323	100	152 (100)

Примечание. * – В случае сопутствующих соматических болезней учитывалось только основное заболевание.

Табачной зависимостью чаще страдали пациенты с острыми формами соматических заболеваний, а по органам – с заболеваниями дыхательной и пищеварительной систем (табл. 1 и 2).

Таблица 2
Наиболее распространенные соматические
болезни и употребление табака

Соматическое заболевание*	N (%) употреблявших табак	
	мужчин	женщин
Болезни органов кровообращения	27 (69,2)	4 (7,0)
Болезни органов дыхания	42 (80,8)	13 (39,4)
Болезни органов пищеварения	34 (87,2)	10 (37,0)

Достоверно больше курящих зарегистрировано среди мужчин, субъектов молодого и среднего возрастов, менее образованных, безработных и лиц, занимающихся физическим трудом. Не выявлено значимой связи между курением и национальной принадлежностью респондентов. Обнаружена тенденция к большей распространенности табакокурения среди холостых, вдовых и разведенных (табл. 3).

Таблица 3
Употребление табака и социально-демографические факторы

Фактор	Употреблявшие табак (%)
Пол	
Мужчины	76,9
Женщины	22,2
p (достоверность)	0,000
Возраст, лет	
от 18 до 39	60,0
от 40 до 49	42,6
от 50 до 59	36,3
p (достоверность)	0,001
Образование	
Начальное и среднее	54,6
Среднее специальное и высшее	41,1
p (достоверность)	0,016
Социальный статус	
Физический труд	59,7
Умственный труд	26,4
Инвалид или пенсионер	35,2
Безработный	79,5
p (достоверность)	0,000
Национальность	
Русские	47,7
Удмурты	46,8
p (достоверность)	*NS
Семейное положение	
Женат (замужем)	43,7
Вдовый или разведенный	48,8
Холост	59,5
p (достоверность)	NS (тенденция)

Примечание. * – NS (не достоверно).

В исследовательской выборке пациентов с табакокурением диагностированы: органические психические расстройства – 55,1 % (органическая астения, органическое расстройство личности, когнитивное расстройство и деменция), депрессивные расстройства – 20,7 %, алкогольная зависимость – 24,8 %, социальные фобии – 13,3 %, другие тревожные расстройства – 6,5 % (соответствующие шифры по МКБ-10: F40.01, F41.0, F41.1, F42.8). Коморбидность табачной зависимости с другими психическими расстройствами оказалась статистически достоверной для алкогольной зависимости (табл. 4).

Таблица 4
Коморбидность табакокурения
с другими психическими расстройствами

Коморбидные расстройства	Субъекты, употреблявшие табак (%)	Odds ratio	95 % CI
Органические психические расстройства	46,1	1,08	0,68-1,72
Социальные фобии	39,5	0,77	0,38-1,54
Другие тревожные расстройства	23,8	0,36	0,11-1,07
Алкогольная зависимость	90,0	20,5	9,0-48,7
Депрессии	40,4	0,78	0,43-1,39

В соответствии с результатами проведенного исследования табакокурение зарегистрировано у 76,9 % мужчин и 22,2 % женщин. Раннее начало курения ассоциировано с большей вероятностью возникновения различных заболеваний, являющихся причиной преждевременной смерти [17]. Более половины (56,7 %) курящих из исследовательской выборки начали регулярно употреблять табак в возрасте до 20 лет, 88 % из них – до 25 лет. Показано, что большинство курящих употребляли табак в течение длительного времени: 96 % курили регулярно 5 лет и больше, 75 % курили более 10 лет. Наиболее употребляемыми табачными изделиями были дешевые по стоимости сигареты с высоким содержанием никотина и смол. Описывается, что данный фактор значительно повышает смертность от рака легких – Armadans-Gil et al. [18].

Коморбидность табакокурения оказалась статистически достоверной для болезней органов дыхания, пищеварения и алкогольной зависимости. Употребление табака могло быть косвенным маркером депрессивных расстройств: 40,4 % лиц с текущей депрессией употребляли табак, а среди всех куривших у 24,7 % выявлялись депрессию.

Таким образом, результаты исследования указывают на высокую распространенность табакокурения и, соответственно, повышенный риск смерти у этой категории больных. Результаты работы отражают проблему не только на материале исследуемого терапевтического стационара, но и на уровне общей популяции соматических больных города в целом. Это может способствовать целенаправленной разработке и внедрению практических рекомендаций по комплексной терапии соматических больных с коморбидной табачной зависимостью.

Литература

1. Левина Т. В., Краснова Ю. Н. Эпидемиология табакокурения // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – № 121 (6). – С. 5–8.
2. Building blocks for tobacco control. WHO Tobacco Free Initiative, World Health Organization, 2004. – P. 285.
3. Global Programme on Evidence for Health Policy. WHO: World Health Report, 2002.
4. Масленникова Г. Я., Оганов Р. Г. Профилактика и снижение курения табака в России – реальные возможности улучшения демографической ситуации // Профи-

- лактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. – № 3. – С. 3–10.
5. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Российская Федерация: страновой отчет. – М., 2009. – 172 с.
 6. Распространенность курения в странах бывшего СССР. Ресурсный центр по контролю над табаком // Бюллетень Контакт. – 2006. – декабрь. – № 25 [Электронный ресурс]. – Режим доступа к журналу: <http://contactobinfo.narod.ru/contact/tem/25.htm>
 7. West R., Shiffman S. Fast facts: smoking cessation. – 2007. – P. 84.
 8. Leon D. A., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V. M. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: The Izhevsk Family case-control study of men aged 25-54 years, 2003-5 // Lancet. – 2007. – 16 June.
 9. Леон Д., Школьников В. М., Андреев Е. М., Сабурова Л. А., Жданов Д. А. и др. Исследование семей г. Ижевска. Основные факты и выводы. Отчет. – Ижевск, 2006.
 10. Андреев Е. М., Жданов Д. А., Школьников В. М. Смертность в России через 15 лет после распада СССР: факты и объяснения. [Электронная версия] Население и общество. № 311–312. 26 ноября – 9 декабря 2007. <http://demoscope.ru/weekly/2007/0311/analit01.php>
 11. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
 12. Бохан Н. А., Коробичина Т. В. Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11–17.
 13. Бохан Н. А., Иванова С. А., Левчук Л. А. Серотониновая система в модуляции депрессивного и аддиктивного поведения. – Томск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2013. – 102 с.
 14. Agbayewa M. O. Recognition of organic mental disorders by physicians // Can. Med. Assoc. J. – 1983. – April 15. – Vol. 128 (8). – P. 927–928.
 15. Arolt V., Driessen M., Bangert-Verleger A., Neubauer H., Schürmann A., Seibert W. Psychiatric disorders in hospitalized internal medicine and surgical patients. Prevalence and need for treatment // Nervenarzt. – 1995. – Sep. – Vol. 66 (9). – P. 670–677.
 16. Smaira S. I., Kerr-Corrêa F., Contel J. O. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case-control study // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2003. – Mar. – Vol. 25 (1). – P. 18–25.
 17. Rothenhäusler H. B. Mental disorders in general hospital patients // Psychiatr. Danub. – 2006. – Dec. – Vol. 18 (3-4). – P. 183–192.
 18. Sheehan D., Lecrubier Y., Hammett-Sheehan K. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview // J. Clin. Psychiatry. – 1998. – Vol. 59 (Suppl.). – P. 22–33.
 19. Dean A. G., Dean J. A., Coulombier D. et al. Epi Info, Version 6: A word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers / Centers for Disease Control and Prevention. – Atlanta, Georgia, USA, 1994.
 20. Anonymous. Incidence of initiation of cigarette smoking – United States, 1965-1996 // Morb. Mortal. Wkly. Rep. – 1998. – Vol. 47. – P. 837–840.
 21. Armadans-Gil L., Vaque-Rafart J., Rossello J. et al. Cigarette smoking and male lung cancer risk with special regard to type of tobacco // Int. J. Epidemiol. – 1999. – Vol. 28. – P. 614–619.

Транслитерация русских источников

1. Levina T.V., Krasnova Yu.N. [Epidemiology of tobacco smoking]. *Sibirskii meditsinskii zhurnal (Irkutsk)* [Siberian Medical Journal (Irkutsk)]. 2013; 121 (6): 5–8. (In Russ.).
4. Maslennikova G.Ya., Oganov R.G. [Prevention and decrease of tobacco smoking in Russia – real possibilities of improvement of demographic situation]. *Profilaktika zabolovani i ukreplenie zdorov'ya* [Prevention of Diseases and Improvement of Health]. 2008; 3: 3–10. (In Russ.).
5. [Global survey of tobacco use in adult population. Russian Federation: country report]. M., 2009. 172 p. (In Russ.).
6. [Prevalence of smoking in countries of the former USSR. Resource center of tobacco control]. *Byulleten' Kontakt* [Bulletin Kontakt]. 2006; December, 25. Access mode to journal: <http://contactobinfo.narod.ru/contact/tem/25.htm> (In Russ.).
9. Leon D., Shkol'nikov V.M., Andreev E.M., Saburova L.A., Zhdanov D.A. et al. [Study of families of city Izhevsk. The main facts and conclusions. Report]. Izhevsk, 2006. (In Russ.).
10. Andreev E.M., Zhdanov D.A., Shkol'nikov V.M. [Mortality in Russia 15 years after disintegration of the USSR: facts and explanations.]. *Naselenie i obshchestvo* [Population and Society]. 2007; 311–312. Access mode: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0311/analit01.php>. (In Russ.).
11. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
12. 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.).
13. Bokhan N.A., Ivanova S.A., Levchuk L.A. [Serotonin system in modulation of depressive and addictive behavior]. Tomsk: Publishing House "Ivan Fedorov", 2013. 102 p. (In Russ.).

ДЕТСКО- ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.89-008.441(053.2):159.9

ББК 56.145.83+88.372.3

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ В КОНТЕКСТЕ АНТИВИТАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ

Сагалакова О. А.^{*1}, Труевцев Д. В.¹,
Стоянова И. Я.^{2,3}, Смирнова Н. С.²

¹ ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет»
656049, Барнаул, пр. Ленина, 61

² Научно-исследовательский институт психического
здоровья, Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, Россия, ул. Алеутская, 4

³ ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский
Томский государственный университет»
Томск, пр-т Ленина, д. 36

Исследование посвящено изучению роли социальной тревоги (СТ) и ее составляющих в формировании антивиталяного (АП) и суицидального (СП) поведения с учетом нарушения социальной ситуации развития (на примере дисфункциональных семейных отношений и местности проживания). **Материалы и методы.** Использованы авторские опросники (Антивиталяности и жизнестойкости, Социальной тревоги и социофобии). В исследовании участвовал 981 подросток, проживающий на территории Алтайского края. **Результаты.** 24 % участников выборки обладают высоким уровнем СТ, 21,8 % – клинической СТ, высоко связанной с риском АП и СП. Механизмом развития СТ выступает нарушение произвольной целевой регуляции психической деятельности при решении социальных задач в условиях оценивания. Подросток находится в нестабильном состоянии реорганизации психологического поля, ему необходимо актуализировать средства удовлетворения социальных мотивов. Это делает его уязвимым к дезорганизации психики в условиях оценивания, а отсутствие интериоризированных психологических орудий регуляции усугубляет ситуацию. Неудовлетворенность актуальных мотивов, несформированность стратегий самореализации и преодоления неуспеха, неумение удерживать целевой приоритет в ситуации оценивания приводят к переживанию потери смысла жизни, негативной оценке будущего и формированию АП.

* Сагалакова Ольга Анатольевна, к.п.н., доцент каф. клинической психологии. +7-9069451680. olgasagalakova@mail.ru
Труевцев Дмитрий Владимирович, к.п.н., зав. кафедрой клинической психологии. +7-9609571279. truevtsev@gmail.com

Стоянова Ирина Яковлевна, д.п.н., старший научный сотрудник, в.н.с. отд. аффективных состояний, профессор каф. психотерапии и психолог. консультирования. 89138212511.

Смирнова Наталья Сергеевна, медицинский психолог отделения аффективных состояний.

АП формируется при выраженной СТ, особенно в условиях неблагоприятной ситуации развития и может быть основой СП. В сельской местности подросткам более свойственна СТ при проявлении инициативы и решении повседневных задач, они более склонны к конфликтному реагированию, АП, чем городские жители. **Ключевые слова:** социальная тревога, антивиталяное и суицидальное поведение, ситуации оценивания, произвольная регуляция психической деятельности, социальная ситуация развития, подростковый возраст, психологические орудия (средства).

DISTURBANCES OF SOCIAL SITUATION OF DEVELOPMENT IN ADOLESCENTS IN THE CONTEXT OF ANTI-VITAL BEHAVIOR AND SOCIAL ANXIETY. Sagalakova O. A.¹, Truvtsev D. V.¹, Stoyanova I. Ya.^{2,3}, Smirnova N. S.² ¹Altai State University. Lenin Avenue 61, 656049, Barnaul, Russian Federation. ²Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Medical Sciences. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. ³ National Research Tomsk State University. Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russian Federation. The study is devoted to investigation of the role of social anxiety (SA) and its components in formation of anti-vital (AB) and suicidal (SB) behavior with account for disturbance of social situation of development (in terms of dysfunctional family relations and place of living). **Materials and Methods:** Authors' questionnaires of anti-vitality and vitality, social anxiety and social phobia were used. The study enrolled 981 adolescents living in the territory of the Altai Krai. **Results:** 24 % of sample participants have a high level of SA, 21.8 % – clinical SA, highly associated with risk of AB and SB. Disturbance of voluntary targeted regulation of mental activity acts as a mechanism of development of SA during solving the social tasks in the conditions of estimation. The adolescent is situated in an instable condition of reorganization of psychological field; he/she has to actualize means of satisfaction of social motives. This makes him/her vulnerable towards disorganization of the psyche in the conditions of estimation and absence of internalized psychological tools of regulation complicates the situation. Non-satisfaction of relevant motives, incomplete formation of strategies of self-realization, overcoming of the failures, inability to keep target priority in the situation of estimation leads to experience of loss of meaning of life, negative evaluation of the future and formation of AB. AB is formed in severe SA, especially in the conditions of an adverse situation of the development and can be basis for SB. In the rural area adolescents are characterized by SA during demonstration of initiative and solving everyday tasks, they are more prone to react with conflict, AB than urban residents. **Keywords:** social anxiety, anti-vital and suicidal behavior, situations of estimation, voluntary regulation of mental activity, social situation of development, adolescence, psychological tools (means).

Работа выполнена при поддержке РФГФ (15-16-22017).

Введение. Социальная ситуация развития (ССР) в подростковом возрасте предполагает перестройку системы отношений с миром и окружающими, а нарушение в рамках реорганизации системы взаимодействий со значимыми другими приводит к блокированию возможности решения возрастных задач и реализации актуальных возрасту мотивов деятельности. Подросток стремится к общению и самореализации в референтной группе сверстников, к эмансипации от взрослых, проявлению инициативы, самостоятельности, но еще не обладает всеми необходимыми для этого ресурсами (противоречие). ССР должна формировать пространство доступных и конструктивных инструментов для решения противоречий возрастного развития, обеспечивать возможности решения дан-

ных возрастных задач для успешного прохождения кризиса возрастного развития. ССР объясняет важную роль средовых факторов в формировании возрастных новообразований, выступает составляющей психологического возраста [3].

Нарушение ССР коренится в нарушении системы отношений, потенциальной невозможности перестройки данной системы или дефиците в микросоциуме доступных и соответствующих возрасту подростка конструктивных инструментов решения возрастных задач и противоречий в той системе отношений, которая актуальна на данный момент (это система отношений со значимыми взрослыми и сверстниками). Это влечет за собой нарушение психологической безопасности и рост социальной тревоги у подростка. Структура семейных отношений и общение со сверстниками, общие условия проживания и потенциал возможностей социальной самореализации выступают важнейшей основой социальной ситуации развития подростка, при нарушении адаптивной роли социальной ситуации развития подросток оказывается уязвим к формированию антивиталяного поведения

Цель исследования состоит в том, чтобы определить роль социальной тревоги и ее составляющих в формировании антивиталяного вектора поведения подростка с последующим риском суицидального поведения (динамика антивиталяности).

Методологической основой анализа проблемы исследования взаимосвязи социальной тревоги и формирования АП (направленного против биологических потребностей), СП в подростковом возрасте выступает культурно-деятельностный подход. Ключевыми положениями, необходимыми для осмысления феномена, выступают представления о социокультурной основе формирования высших психических функций (ВПФ) и их свойствах, произвольном характере регуляции психической деятельности, приоритете культурных знаково-символических средств в регуляции и опосредовании психики, закономерностях онтогенеза с учетом ведущего типа деятельности и актуальных мотивов, роли социальной ситуации развития, новообразований и противоречий возраста, механизмах интериоризации психологических орудий и способов деятельности, ключевой роли иерархизации мотивов личности в процессе ее развития [3, 10, 11].

Постановка и характеристика проблемы исследования. Диагностированные СТ и СТР оказались значимо связанными с вероятностью возникновения антивиталяных, суицидальных мыслей и попыток, даже при контрольном сравнении с другими тревожными расстройствами [21].

Исследование связи СТ и СП обнаружено в исследованиях R. V. Bijl et al. [18], J. Sareen et al. [25], J. Nepon et al. [23]. СТ и СТР в значительной степени связаны с вероятностью СП, даже с поправкой на социально-демографические факторы и наличие других диагнозов. Характерна высокая вероятность суицидальных мыслей при СТ и СТР, а вероятность попыток самоубийства связана с наличием сопутствующих нарушений психики [27].

Современная социокультурная реальность характеризуется феноменом «тирании оценивания» (устойчиво воспроизводимый в культуре сценарий). Основной акцент в воспитании и образовании ставится на негативном и непрерывном оценивании, отрицательных аспектах освоения человеком мира. Развивающаяся в такой системе установок личность интериоризирует приоритет опыта успеха и способов его «мониторинга», а не успеха и гибкого арсенала способов его достижения. Человек учится воспринимать себя как объект управления в субъективно неприятной ситуации, в которой усвоен опыт неуспеха и способов его избегания, а не субъекта успешной деятельности. Такая тенденция очевидна в дисфункциональной социальной ситуации развития, предполагающей нарушение системы перестраивающихся отношений с миром и дефицит психологических инструментов для решения возрастных противоречий и реализации значимых социальных мотивов (в признании, принятии, достижении). Дисфункции социальной ситуации развития связаны, в первую очередь, с системой семейных отношений [6, 7]. Семьи, где есть «отчим» как субъективно «чужой» и часто «не принимаемый» подростком авторитет, диктующий новые правила, «присваивая» себе психологическое пространство личности подростка, часто и закономерно оказываются пространством формирования антивиталяного, суицидального и аддиктивного поведения [2]. Учитывая отсутствие в опыте таких семей знаний и механизмов культуры «вхождения в семью», данная ситуация неблагоприятна для дальнейшего развития подростка. Внешний фактор «наличие отчима» не определяет дисфункцию семьи, но четкая закономерность антивиталяных действий суицидального поведения у подростков в таком типе структуры семьи не может быть проигнорирована. Феномен нуждается в интерпретации, понимании косвенных переменных и третьих факторов, объясняющих данную закономерность.

В современном мире высок уровень суицидальной активности несовершеннолетней молодежи, а также и других форм саморазрушительного и опасного для здоровья рискованного поведения (АП). Антивиталяные переживания связаны с потерей смысла жизни, беспомощностью и безнадежностью [1].

На этом этапе подросток переживает невозможность удовлетворения социальных потребностей, что сопровождается усилением социальной тревоги. Антивитальные поступки – следующий этап АП, еще не имеющий смысловой основы [4]. Это способы снизить напряжение в системе регуляции деятельности. В списке мотивов АП и СП подростков нет собственно «суицидальной тематики». Как правило, это инструмент или средство достижения обычных целей и мотивов жизнедеятельности [1, 10]. Наряду с признаками АП и СП важно учитывать роль «антисуицидальных» регуляторов (жизнестойкость) [10] как сдерживающих, компенсаторных ресурсов. Регулятором является наличие «жизненного смысла», конкретизированного в ведущем устойчивом мотиве жизнедеятельности [10, 17]. СП мыслится как деятельность, направляемая представлениями о лишении себя жизни [17], клиническое нарушение саморегуляции [16], вопрос экзистенциального выбора в контексте жизнестойкости [10]. Значимым паттерном, провоцирующим уязвимость подростка к формированию АП и СП, по результатам исследования, выступает нарушение социальной ситуации развития, регуляции и опосредования СТ как индикатора неудовлетворенности значимых социальных мотивов [12, 13, 14, 15, 27]. Связь АП и риска СП и СТ актуальна именно в подростковом возрасте, когда ведущей деятельностью выступает общение со сверстниками [3], а особую значимость приобретает установление отношений с референтной группой [23]. При СТ подростки сосредоточены на потенциальной угрозе, а объективный анализ ситуации затруднен [19, 20, 22, 27], в результате формируются дисфункциональные паттерны избегания, закрепляющие «патологический круг тревоги», усиливающий дезадаптацию и рост вероятности АП.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие несовершеннолетние подростки ($N_{\text{общее}}=981$) разного пола ($N_{\text{юноши}}=447$; $N_{\text{девушки}}=534$). Обследованы подростки от 13 до 16 лет, проживающие в разных районах на территории Алтайского края (Сибирский федеральный округ, Российская Федерация). Доля выборки из сельской местности – 26 %, малых городов края – 37 %, столицы края – 37 %. Подростки – учащиеся учебных заведений – характеризовались воспитанием в разных типах социальной ситуации развития: в семьях с разной структурой (наличие обоих родных родителей или одного, наличие/отсутствие «отчима»). 20 % подростков проживают в семье с «отчимом», из них 53 % девушек и 47 % юношей Статус официального усыновления не контролируется, «отчим» – это муж или сожитель матери (не являющийся родным отцом, не обязательно официальный опекун).

Методики психодиагностических измерений: Опросник «Антивитальности и Жизнестойкости» (АВ/ЖС), включающий ряд шкал и подшкал, раскрывающих рисковые и протективные факторы [14, 15], опросник «Социальной тревоги и социофобии» (ОСТ и СФ) [14, 15]. Анкетирование включало ряд вопросов о структуре и благополучии семьи, половой принадлежности и возрасте ученика, местности проживания. Методы математико-статистической обработки данных: однофакторный и одномерный дисперсионный анализ, таблицы сопряженности, корреляционный анализ Пирсона, кластерный анализ, U-критерий Манна-Уитни. Тестирование проводилось он-лайн на основе авторского диагностического исследования в образовательных учреждениях края. Обработка данных осуществлена в программе SPSS 22.0, STATISTICA 8.0.

Обсуждение результатов. Результаты кластерного анализа позволили разделить выборку испытуемых на 4 кластера по уровню выраженности СТ. Около 78 % подростков испытывают дискомфорт, связанный с СТ в социальных ситуациях оценивания. Лишь 21,9 % подростков имеют невыраженную социальную тревогу, легко преодолимую в ситуациях социального оценивания с помощью сформированных в персональном опыте регуляторов психической деятельности в ситуации стресса оценивания. Чем выше уровень выраженности СТ с затруднением опосредствования тревоги и регуляции психической деятельности в условиях оценивания, тем выше склонность подростка к АП, выступающему основой провоцирования СП. СТ в молодом возрасте выражена опасением негативной оценки как индикатором фрустрации значимых социальных мотивов и потребностей возраста (в успехе, достижении, признании, принятии в референтной группе, одобрительном отношении и пр.).

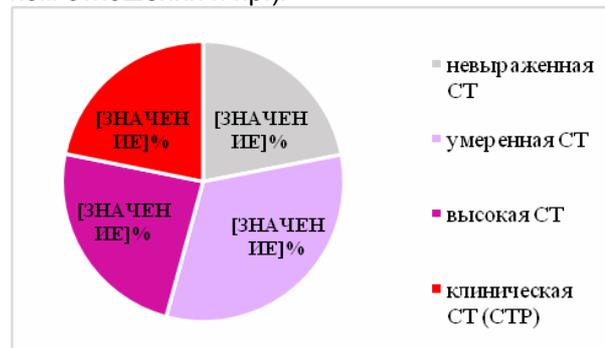


Рис. 1. Доля выборки подростков Алтайского края (%) с разным уровнем выраженности социальной тревоги ($N=981$, 100 %)

Примечание. Результаты кластерного анализа (Ward's method) и однофакторного анализа ANOVA (кластеры достоверно дифференцируют выборку на 4 доли по выраженности СТ ($F=2529,8$, $p<0,000(0)1$).

Масштаб социальной тревоги среди подростков, находящихся на том или ином этапе кризисного «перехода» в новую модель социальной реальности и своего «Я» в ней, значителен. Система психической деятельности подростка находится в нестабильном состоянии реорганизации «психологического поля» личности, для них мир коммуникации еще не так прозрачен и понятен, как для взрослых, имеющих богатый опыт преодоления разных трудных ситуаций. Подросток решает накопленные противоречия предыдущего возраста, ищет новые средства реализации мотивов. Однако если в предыдущем возрастном периоде не заложены инструментальные средства овладения поведением и эмоциями, которые можно применить в личном опыте, то наблюдается нарушение регуляции психической деятельности.

При такой аккумуляции негативного аффекта (напряжения) в системе психики без возможности ее «разгрузки» (снятие напряжения в фазе завершения регуляции текущей деятельности) каждое последующее, объективно незначительное событие будет выступать всё большим «дезорганизирующим» стрессором. Чем выше накопленный негативный эффект СТ при попытке реализации мотивов достижения, а также невозможность отрегулировать эмоции и поведение (нехватка культурных средств, неинтегрированность их в личный опыт), тем выше вероятность АП и СП (рис. 2).

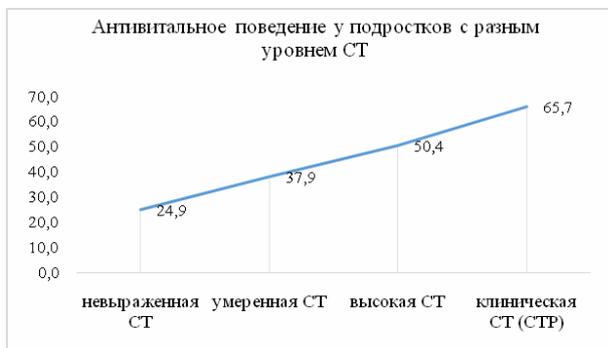


Рис. 2. Склонность к АП (саморазрушительные мысли и действия, переживания потери смысла жизни) (N=981)

Примечание. Результаты однофакторного анализа ANOVA (F=215; p<0,0001).

Персональное пространство психической деятельности подростка закономерно претерпевает системную перестройку. Эта реорганизация выступает дестабилизирующим психическую деятельность и личность подростка рисковым фактором в контексте вероятности возникновения аномалий развития личности и отклонений в поведении. Но, преломляясь в специфических социокультурных условиях реальности, это становится не просто «точкой бифуркации», но состоянием, высоко уязвимым к разрушению сис-

темы (саморазрушительное АП или СП). СТ как субъективное представление о существенно ограниченных средствах воздействия на окружения с целью реализации социальных потребностей может играть одну из ключевых ролей в накоплении (аккумуляции) негативного аффекта в системе психической деятельности и приводить в конечном итоге к её срыву. Нарушение целевой регуляции деятельности при решении социально опосредованных задач и общий суммарный балл СТ наиболее значимо коррелируют с АП у подростков (рис. 3).

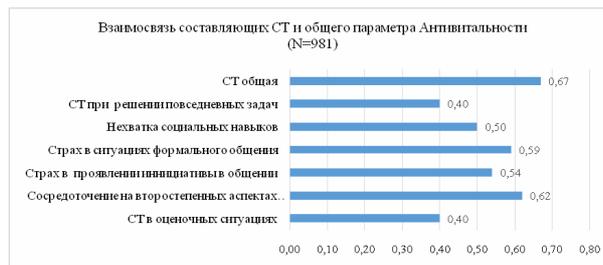


Рис. 3. Корреляционный анализ составляющих (шкал) СТ и параметра АП (обобщенный балл)

Примечание. Приведенные корреляции статистически значимы. По оси y – коэффициент Пирсона (r), p<0,0001.

Тревога в ситуациях проявления инициативы (при знакомстве, высказывании своего мнения) и ситуациях формального общения также связана в АП в силу того, что в этих ситуациях реализуются самые актуальные мотивы подросткового возраста. При их фрустрации подросток не может «переключиться», совладать с этой ситуацией, хронически циркулируя в контуре фазы регуляции (сличение идеальной и реальной цели) и накапливая напряжение в структуре психической деятельности.

Выраженная СТ провоцирует развитие сопутствующих и связанных с данным феноменом страхов, усугубляя первичную тревогу, всё более нарушая произвольную регуляцию деятельности в условиях оценивания, смещая акцент внимания с целевых приоритетов на второстепенные стимулы, связанные с тревогой. Это страх осмеяния и дисморфофобия как опасение отрицательного оценивания мнимых или преувеличенных недостатков внешности (табл. 1).

При СТ характерны тревожные постситуативные руминации, нарушающие общую регуляцию деятельности (мысленный возврат в ситуацию и ее обдумывание пост-факт с сохранением уровня напряжения, характерного для реальной ситуации). В результате формируется замкнутое циркулирующее по кругу возбуждение, которое не разряжается, так как ситуация субъективно не завершена с тем уровнем успешности, которая ожидалась. Постепенно аккумулируется негативный эффект, а ресурсы психики истощаются.

Таблица 1
Корреляционный анализ составляющих СТ (шкалы ОСТ и СФ) и параметров «Антивита́льно-сти», связанных с сопутствующими страхами и последствиями тревоги

Кoeffициент Пирсона ($r > 0,3$) $p < 0,001$	Гелото- фобия	Дисмор- мор- фофо- бия	Тревож- ные ру- минации	Одиноче- ство, недовер- чивость
СТ в оценочных ситуациях	0,35	0,30	0,49	0,27
Сосредоточение на второстепенных аспектах ситуации (нарушение целевой регуляции деятельности)	0,46	0,41	0,54	0,40
Страх в проявлении инициативы в общении	0,48	0,38	0,47	0,40
Страх в ситуациях формального общения	0,47	0,43	0,42	0,43
Нехватка социальных навыков	0,44	0,40	0,37	0,42
СТ при решении повседневных задач	0,33	0,23	0,23	0,33
СТ общая	0,55	0,46	0,57	0,48

Исследование авторами статьи каждого отдельного случая СП подростка, проведенное с 2013 по 2015 г., показало закономерную роль параметра «наличие отчима» в семье.

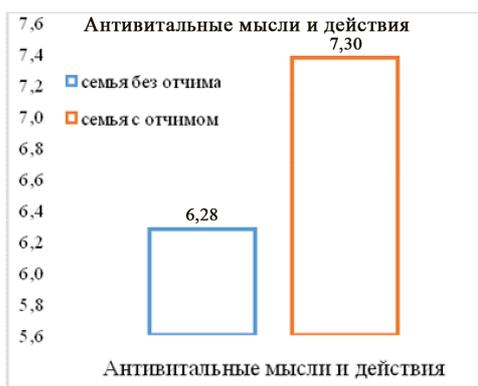
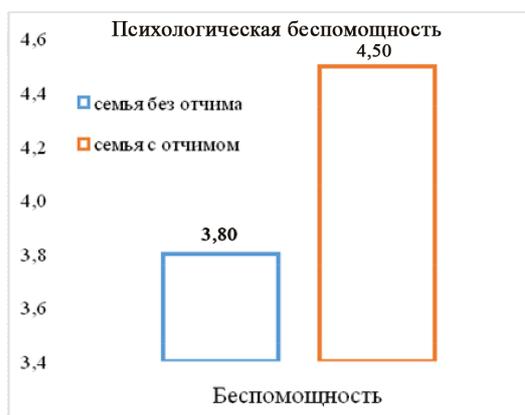


Рис. 4. Параметры «Психологическая беспомощность» и «Антивита́льные мысли и действия» у подростков из разных семей (средние значения)

Примечание. Сравнение параметров у подростков из семей с «отчимом» (муж/сожитель матери) и без «отчима»

Подросток нуждается в способах реализации и собственно удовлетворении социальных мотивов, в субъектности (авторстве) проживания своего опыта, в доминировании успеха в опыте, стратегиях конструктивного отношения к неудаче, которые должна обеспечить адаптивная социальная ситуация развития. Не в любой социальной ситуации развития данные нужды подростка могут быть легко удовлетворены. Там, где реализация субъектности и успешной самоидентичности невозможна, подросток переживает психологическую беспомощность (нарушение субъектности, безнадежность, пассивность) и антивита́льные переживания и мысли, прибегает к антивита́льным действиям, что повышает риск СП (рис. 4).

Социальная ситуация развития – это система первичных отношений с семьей, социальная сеть коммуникаций в определенных условиях проживания. Ее перестройка подразумевает формирование в опыте подростка новых способов решения возрастных задач и противоречий.

Фундаментальной в формировании регуляции психической деятельности и социального поведения является роль семьи, в которой уважается позиция ребенка. Результаты однофакторного анализа ANOVA по различию «беспомощности» у подростков из разных семей показывают значимые различия ($F=13$, $p < 0,0001$). В семьях с фрустрированной потребностью в субъектности и социальном успехе у подростка (с «отчимом») более выражены конфликтные отношения, семья характеризуется большей дисфункциональностью ($F=10,5$, $p=0,01$). Подростки из таких семей находятся в патологической социальной ситуации развития: в большей степени конфронтируют с окружением, переживают во всех сферах социальной активности микро-социальный конфликт ($F=13,1$, $p=0,0003$). Они более, чем в семьях с родными родителями (одним или обоими), склонны к антивита́льному поведению ($F=8,5$, $p=0,004$), включая антивита́льные переживания ($F=7,3$, $p=0,007$), антивита́льные мысли и действия (самоповреждения, рискованное для здоровья поведение) ($F=6,2$, $p=0,01$).

У подростков из семей с фрустрацией субъектности формируется негативный образ настоящего будущего ($F=6,6$, $p=0,01$). Девииции в поведении подростков из таких семей касаются внутренней и внешней агрессии – они более склонны к асоциальным поступкам ($F=4,2$, $p=0,04$), конфликтам с педагогами ($F=5,1$, $p=0,03$), конфликтам со сверстниками ($F=6,3$, $p=0,01$). В ситуациях социальной активности такие подростки неуверены в себе, опасаются проявлять инициативу, испытывают затруднения в самореализации и в решении повседневных задач ($F=5,2$, $p=0,02$). Эти различия по структуре семьи характерны для подростков, не зависимо от их пола и местности проживания.

Некоторые подростки отмечают, что «стыдятся своих родителей» (N=74; 7,5 %), а другие отрицают это утверждение (N=907; 92,5 %). Из выборки не согласных с этим утверждением подростков были ответы «скорее нет» (N=133; 13,6 %), «нет» (N=774; 78,9 %). Исследована роль параметра «наличие вредных привычек (алкоголизм)» у родителей, с которыми проживает подросток. Испытуемые (N=114; 11,8 %) отметили, что как минимум один из родителей имеет проблемы с алкоголем, другие респонденты утверждают обратное (N=867; 88,4 %). В семьях из сельской и городской местности не выявлено различий в злоупотреблении алкоголем, что может быть связано с разными критериями оценки «злоупотребления» или фактической однородностью групп. Параметры «стыд за родителя» и «злоупотребление алкоголем родителями» имеют сопряженную связь (метод таблиц сопряженности, $\chi^2=41,2$; $p<0,000(0)1$). «Стыд за своих родителей» выступает индикатором развития АП и СП. Он значимо взаимосвязан у подростков с общей СТ ($r=0,23$; $p<0,0001$) и АП ($r=0,37$; $p<0,0001$), в том числе с «антивитальными мыслями и действиями» ($r=0,3$; $p<0,0001$), и характеризуется обратной связью с жизнестойкостью ($r=-0,3$; $p<0,0001$).

Анализ ответов на отдельные пункты опросника показывает, что подростки в семьях с отчимом и без отчима (проживают с одним или обоими родными родителями) по-разному оценивают возможность нанесения себе самоповреждений. Результаты критерия Манна-Уитни показали значимые различия средних рангов по ряду пунктов, вносящих существенный вклад в шкалу антивитальных мыслей и действий. Подростки, вынужденные жить с отчимом, чаще «испытывают стыд за своих родителей», значимо чаще думают об исчезновении из жизни, о причинении себе вреда. Такие подростки чаще имеют опыт нанесения себе самоповреждений (на уровне статистической тенденции – 13 % ошибки) (табл. 2).

Таблица 2
Результаты критерия Манна-Уитни (U-критерий). Различия в ответах на отдельные пункты опросника подростков, проживающих с отчимом и без отчима (с родными родителями или родителем)

Утверждение	U-критерий	Значимость
Бывает я думаю о том, чтобы исчезнуть из жизни	67166,00	0,003
Мне случалось наносить себе повреждения	71462,00	0,130
Иногда я думаю о том, чтобы причинить себе вред	70021,00	0,026
Я стыжусь своих родителей	70694,50	0,025

Не обнаружено значимого взаимодействия факторов «пол» и «СТ» ($F=0,5$, $p=0,7$) в анализе динамики АП. Это свидетельствует от том, что рост напряжения в системе психической деятельности при СТ характерен в одинаковой

степени как для юношей, так и для девушек. Вероятность АП как у юношей, так и девушек увеличивается с ростом уровня СТ и сопутствующим снижением способности к регуляции эмоций в условиях оценивания.

Динамика жизнестойкости у юношей характеризуется постепенным снижением ресурсов совладания по мере роста СТ, а у девушек жизнестойкость достигает своего пика не при низком, а при умеренном типе СТ, резко и более выражено, чем у юношей, снижаясь к клиническому уровню выраженности СТ (СТР) (взаимодействие факторов: $F=3,02$, $p=0,03$).

В среднем при применении однофакторного анализа ANOVA юноши более склонны отмечать у себя выраженность жизнестойкости (наличие поддержки, оптимизм/самоподдержка, удовлетворенность жизнью, стремление к успеху, саморегуляция, позитивный образ будущего). Кроме отдельных параметров, обобщенный параметр жизнестойкости у девушек и юношей различен ($F=12,2$, $p=0,001$). Это, видимо, свидетельствует о большей убежденности подростков-юношей, что их ждет успех, поддержка, удовлетворенность в настоящем и будущем, что они способны планировать деятельность и справляться с трудными жизненными ситуациями. Причем данные различия сохраняются вне зависимости от местности проживания подростков. Результаты одномерного анализа ANOVA демонстрируют отсутствие взаимодействия факторов «местность проживания» и «пол» в изменении переменных «Жизнестойкость» ($F=0,08$, $p=0,92$) и «Антивитальность» ($F=0,27$, $p=0,76$). Вне зависимости от местности проживания (село, город края или столица края) и от структуры семьи юноши в большей степени склонны отмечать у себя ресурсы жизнестойкости, а девушки склонны демонстрировать проявления антивитальности.

В городской местности, особенно в столичном городе, подростки имеют больше возможностей, несмотря на возможное неблагополучие семьи, получить опыт социальной активности, в том числе и успешной. В городской местности (города и столица края) значительно больше благополучных функциональных семей, в которых родители более просвещены в вопросах воспитания и склонны уважать позицию ребенка ($F=3,3$; $p<0,04$). Городские подростки менее склонны испытывать дискомфорт в ситуациях проявления социальной инициативы (высказывание мнения, чувств, эмоций) ($F=4,7$; $p<0,01$), а также в ситуациях решения повседневных задач ($F=3,3$; $p<0,04$), предполагающих социальную активность, чем подростки из сельской местности, которым больше свойственны антивитальные мысли и действия ($F=4,6$; $p<0,01$), они чаще прибегают к демонстративным формам аутоагрессии ($F=9,8$; $p<0,0001$),

в том числе «вредным» привычкам с целью раскрепощения и одобрения сверстников ($F=8$; $p<0,001$). Страх осмеяния и негативного оценивания внешности одинаков у подростков, проживающих в городской и сельской местности.

По результатам работы сформулированы **выводы**.

1. Неблагоприятная социальная ситуация развития может провоцировать формирования АП, СП и характеризуется наличием дисфункциональной семьи, в которой фрустрированы основные социальные мотивы подростка. В психологическом пространстве дисфункциональной социальной ситуации развития подростка наблюдается дефицит возможностей усвоения арсенала психологических инструментов решения возрастных задач и противоречий, формирования адаптивного стиля регуляции тревоги и саморегуляции социальной деятельности. Структура семьи «с отчимом» закономерно более дисфункциональна в исследуемой ментальности по сравнению с любой другой структурой семьи «без отчима» (либо полная семья, либо неполная, где только один родитель – родная мать). Эта закономерность соблюдается не независимо от местности проживания подростка и не независимо от его пола. Подростки из структуры семьи «с отчимом» имеют большую вероятность как АП, так и СП.

2. СТ проявляется в нарушении произвольной целевой регуляции психической деятельности при решении социально опосредованных задач в условиях потенциального или реального оценивания. Чем выше СТ, тем ниже способность к ее регуляции и овладению поведением в ситуации оценочного стресса. Проявление инициативы в социальных ситуациях вызывает меньшую тревогу у тех подростков, которые проживают в городской местности, так как они имеют больше опыта в разнообразных ситуациях взаимодействия. Подростки из сельской местности чаще отмечают дисфункциональные семейные отношения, им более свойственны антивитаальные мысли и действия. Они характеризуются выраженными конфликтами в микросоциальном окружении, наличием «вредных» привычек, чаще испытывают неуверенность в себе при проявлении инициативы, в решении повседневных задач.

3. В семье с фрустрацией субъектности подростка, а также в которой ребенок стыдится своих родителей и отмечает у них злоупотребление алкоголем, пренебрежение к его нуждам (нарушение социальной ситуации развития), значительно выше как социальная тревога и ее составляющие, так и вероятность развития АП и последующего СП.

Л и т е р а т у р а

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. – М. : Б. И., 1980. – 48 с.

2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Бадырғы И. О. Этнокультуральная парадигма формирования алкогольной зависимости. – Томск : «Иван Федоров», 2016. – 120 с.
3. Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. – М., 1960. – 223 с.
4. Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 157 с.
5. Зинченко Ю. П., Первичко Е. И. Эвристическая ценность постнеклассических моделей в психосоматике (на примере синдромного подхода Л. С. Выготского – А. Р. Лурии) // Вопросы психологии. – 2014. – № 1. – С. 14–27.
6. Куприянова И. Е., Семке В. Я., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями. – Томск, 2011.
7. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 36–40.
8. Левин К. Динамическая психология: Избранные труды. – М. : Смысл, 2001. – 572 с.
9. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – М., 1975. – 304 с.
10. Леонтьев Д. А. Экзистенциальный смысл суицида: жизнь как выбор // Консультативная психология и психотерапия. – 2008. – № 4. – С. 58–81.
11. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. – М. : «Академия», 2003. – 384 с.
12. Сагалакова О. А., Стоянова И. Я. Когнитивно-перцептивная избирательность и регуляция социальной тревоги в ситуациях оценивания // Известия Алтайского государственного университета. – 2015. – № 3–1 (87). – С. 75–80.
13. Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Стоянова И. Я., Терехина О. В., Шухлова Ю. А. Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности // Вопросы психологии. – 2016. – № 6. – С. 63–75.
14. Сагалакова О. А., Труевцев Д. В. Нарушение когнитивной регуляции аффекта в ситуации социального оценивания при антивитаальной направленности поведения. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2014. – 158 с.
15. Сагалакова О. А., Труевцев Д. В. Психология социального тревожного расстройства. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2014. – 248 с.
16. Соколова Е. Т., Сотникова Ю. А. Проблема суицида: клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. – 2006. – № 2. – С. 103–115.
17. Тихоненко В. А., Сафуанов Ф. С. Введение в суицидологию // Медицинская и судебная психология: курс лекций / под ред. Т. Б. Дмитриевой и др. – М. : Генезис, 2004. – С. 266–283.
18. Bijn R. V., van Zessen G., Ravelli A. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 1998. – V. 33. – P. 587–595.
19. Clark D. M., McManus F. Information processing in social phobia // Biological Psychiatry. – 2002. – V. 51 (1). – P. 92–100.
20. Clark D. M., Wells A. A cognitive model of social phobia / R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, E. R. Schneier (Eds.) // Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. – New York : Guilford Press, 1995. – P. 69–93.
21. Cougle J. R., Keough M. E., Riccardi C. J., Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey – Replication // Journal of Psychiatric Research. – 2008. – V. 43. – P. 825–829.
22. Heimberg R. G., Brozovich F. A., Rapee R. M. A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension / S. G. Hofmann, P. M. DiBartolo (Eds.) // Social

- anxiety: Clinical, developmental, and social. – New York : Academic Press, 2010. – P. 395—422.
23. Nepon J., Belik S. L., Bolton J., Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Depression and Anxiety*. – 2010. – V. 27. – P. 791—798.
 24. Rapee R. M., Heimberg R. G. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia // *Behavioural Research and Therapy*. – 1997. – V. 35. – P. 741—756.
 25. Sareen J., Cox B. J., Affi T. O., de Graff, R., Asmundson G. J. G., ten Have M., Stein M. B. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population based longitudinal study of adults // *Archives of General Psychiatry*. – 2005. – V. 62. – P. 1249—1257.
 26. Wells A., Clark D. M., Ahmad S. How do I look with my mind's eye: Perspective taking in social phobic imagery // *Behaviour Research and Therapy*. – 1998. – V. 36. – P. 631—634.
 27. Wenzel A., Jager-Hyman S. Social Anxiety Disorder and Its Relation to Clinical Syndromes in Adulthood / edited by S. G. Hofmann, P. M. DiBartolo // *Social Anxiety Clinical, Developmental, and Social Perspectives*. – 2014. – Ch. 9. – P. 227—251.

Транслитерация русских источников

1. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. [Diagnosis of suicidal behavior]. Moscow, 1980. 48 p. (In Russ.).
2. Bokhan N.A., Mandel A.I., Badyrgy I.O. [Ethnocultural paradigm of formation of alcohol dependence]. Tomsk: "Ivan Fedorov", 2016. 120 p. (In Russ.).
3. Vygotsky L.S. [Development of higher mental functions]. Moscow, 1960. 223 p. (In Russ.).
4. Zeigarnik B.V., Bratus' B.S. [Sketches of psychology of abnormal development of the personality]. Moscow: Publishing House of Moscow University, 1980. 157 p. (In Russ.).
5. Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I. [Heuristic value of post-non-classical models in psychosomatics (on the example of L.S. Vygotsky and A.R. Luria's syndrome approach)]. *Voprosy psikhologii* [Issues of Psychology]. 2014; 1: 14—27. (In Russ.).
6. Kupriyanova I.E., Semke V.Ya., Dashieva B.A., Karaush I.S. [Mental health of children with special educational needs]. Tomsk, 2011. (In Russ.).
7. Kupriyanova E.I., Dashieva B.A., Karaush I.S. [Clinical-psychological, biological and social risk factors of development of psychopathological disturbances in children with disabilities]. *Sibirskii vestnik psikhologii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3: 36—40. (In Russ.).
8. Levin K. [Dynamic psychology: Selected papers]. M.: Smysl, 2001. 572 p. (In Russ.).
9. Leontyev A.N. [Activity. Consciousness. Personality]. M., 1975. 304 p. (In Russ.).
10. Leontyev D.A. [Existential meaning of suicide: life as a choice]. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 2008; 4: 58—81. (In Russ.).
11. Luriya A.R. [Bases of neuropsychology]. M.: "Akademiya", 2003. 384 p. (In Russ.).
12. Sagalakova O.A., Stoyanova I.Ya. [Cognitive-perception selectivity and regulation of social anxiety in evaluation situations]. *Izvestiya Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta* [Proceedings of Altai State University]. 2015; 3—1 (87): 75—80. (In Russ.).
13. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya., Terekhina O.V., Shukhlova Yu.A. [Social anxiety at adolescence and youth in the context of psychological safety]. *Voprosy psikhologii* [Issues of Psychology]. 2016; 6: 63—75. (In Russ.).
14. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. [Disturbance of cognitive regulation of affect in the situation of social estimation under anti-vital orientation of behavior]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2014. 158 p. (In Russ.).

15. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. [Psychology of social anxiety disorder]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2014. 248 p. (In Russ.).
16. Sokolova E.T., Sotnikova Yu.A. [The problem of suicide: The clinical angle]. *Voprosy psikhologii* [Issues of Psychology]. 2006; 2: 103—115. (In Russ.).
17. Tikhonenko V.A., Safuanov F.S. [Introduction into suicidology]. In: [Medical and forensic psychology: course of lectures]. T.B. Dmitrieva, ed. M.: Genezis, 2004; 266—283. (In Russ.).

УДК 616.89-008-058.81-07:616.89-008.484-053.2(021)
ББК 57.336.145.2+56.14-321+56.14-323

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У РОДСТВЕННИКОВ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Дворянинова В. В.^{*}, Касимова Л. Н.,
Альбицкая Ж. В.

ФГБОУ ВО Нижегородская ГМА Минздрава России
603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д.10/1

В статье изложены результаты исследования когнитивных функций родителей детей, больных ранним детским аутизмом – вербальной беглости, скорости обработки информации и внимания, слухоречевой памяти, проблемно-решающего поведения и мышления. Выявлены статистически значимые различия в сравнении с контрольной группой по части исследованных показателей – вербальной беглости, шифровки, а также частоте актуализации латентных признаков в мышлении, что дополнительно подтверждает роль наследственных влияний на развитие раннего детского аутизма. **Ключевые слова:** ранний детский аутизм, когнитивные расстройства, вербальная беглость, скорость обработки информации, внимание, слухоречевая память, проблемно-решающее поведение.

COGNITIVE DISORDERS IN RELATIVES OF CHILDREN SUFFERING FROM EARLY INFANTILE AUTISM. Dvoryaninova V. V., Kasimova L. N., Al'bitskaya J. V. Nizhny Novgorod State Medical Academy of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. *Minin and Pozharsky Square 10/1, 603005, Nizhny Novgorod, Russian Federation.* The article presents results of a study of cognitive functions of the parents of children suffering from early infantile autism – verbal fluency, speed of information processing and attention, verbal memory, problem-solving behavior and thinking. Statistically significant differences in comparison with the control group for part of the investigated indicators - verbal fluency, encryption, and frequency of updating of latent variables in thinking were revealed, that further confirms the role of genetic influences on the development of early infantile autism. **Keywords:** early infantile autism, cognitive impairment, verbal fluency, information processing speed, attention, verbal memory, problem-solving behavior.

Актуальность проблемы. Внимание к проблеме детского аутизма в последние годы постоянно возрастает, что связано с повышением показателя заболеваемости детей с расстройствами аутистического спектра. Так, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность расстройств аутистического спектра (РАС) по Европейскому региону на 2014 г. составила 61,9/10 000 [1]. Высокая медицинская и социальная значимость расстройств этой категории обуславливает активное изучение их различных аспектов.

^{*} Дворянинова Вероника Владимировна, аспирант каф. психиатрии и медицинской психологии. Тел.: 89200508886, 8(8312)4192422. dvoryaninova.nika@yandex.ru

Касимова Лала Наримановна, д.м.н., проф. каф. психиатрии и медицинской психологии.

Альбицкая Жанна Вадимовна, к.м.н., ассистент каф. психиатрии и медицинской психологии.

Результаты близнецовых исследований в области этиологии расстройств аутистического спектра убедительно доказывают, что в качестве одной из причин имеет место наследственная природа заболевания. Ещё в 1977 г. S. E. Folstein и M. Rutter было обнаружено, что конкордантность в группе монозиготных близнецов достигала 36 % при её отсутствии в дизиготной группе [4]. В дальнейшем уровень наследственных влияний на развитие РАС оценивался еще выше. В частности в исследовании A. Bailey и A. LeCouteur конкордантность по аутизму в монозиготных парах достигала 60 % при отсутствии таковой у дизиготных близнецов [3]. Ранний детский аутизм (РДА) характеризуется авторами как заболевание со сложной генетической структурой и различными механизмами наследования [5].

Учитывая, что влияние семейной предрасположенности на развитие РАС было достоверно установлено, высока вероятность обнаружения у ближайших родственников таких детей различных когнитивных расстройств эндогенного спектра. Изучение когнитивных функций здоровых родственников способствует более полному пониманию механизмов, лежащих в основе психических расстройств, в том числе и в случае с РАС. Существует предположение, что родители, сиблинги или другие родственники детей-аутистов могут иметь субклинические расстройства в различных областях психического функционирования, в том числе в когнитивной сфере, не достигающих по выраженности до степени заболевания [6]. В подтверждение этого предположения в совместном исследовании зарубежных авторов были найдены отклонения в области исполнительных функций у родителей детей-аутистов [7]. По результатам других работ также обнаружены некоторые различия в когнитивном функционировании между родителями, здоровыми сиблингами и группой сравнения [8, 9].

Изучение данного вопроса по-прежнему сохраняет актуальность, так как структура когнитивного дефицита, характерного для ближайших родственников детей, страдающих РДА, остается не в полной мере ясной.

Цель исследования: изучение структуры когнитивных расстройств у родственников детей с установленным диагнозом РДА.

Материалы и методы. Обследованы 84 матери и 20 отцов детей (n=104) с диагнозом «ранний детский аутизм» (F84.01 и F84.02 согласно МКБ-10). Другие диагностические категории данной рубрики исключались из исследования (F84.1–F84.9). Средний возраст в данной группе составил 35,4±6,5 года. В контрольную группу вошли 60 родителей здоровых детей – 40 матерей и 20 отцов, средний возраст участников составлял 34,4±8,9 года.

Для оценки когнитивных функций использовались тесты из шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS)»: «Речевая беглость», «Шифровка», «Заучивание списка слов», «Башня Лондона». Результаты тестирования оценивались в соответствии с нормативными данными для российской популяции [2]. Качественные характеристики мышления изучались с помощью классификации и исключения предметов (с использованием набора карточек, разработанного в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РФ), толкования переносного смысла пословиц и метафор.

Для статистической обработки полученных данных использовался пакет статистического анализа данных STATISTICA 6.0 (StatSoft, USA).

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования обнаружена высокая частота снижения показателя вербальной беглости среди родителей детей, страдающих РДА, – 51,9 %, что встречалось в контрольной группе значительно реже – в 20 % случаев, а различие между группами являлось статистически значимым. Низкие результаты при выполнении теста «Шифровка» достоверно чаще показали 40,4 % испытуемых в основной группе, чем родители здоровых детей (13,3 %). Между снижением показателей вербальной беглости и шифровки выявлена положительная корреляционная связь средней силы ($r=0,56$).

При исследовании слухоречевой памяти и проблемно-решающего поведения («Башня Лондона») значимых различий между группами не обнаружено (табл. 1).

Таблица 1
Характеристика когнитивных функций в обследованных группах

Показатель	Основная группа		Контрольная группа		Критерий Хи-квадрат (p)
	абс. (n=104)	%	абс. (n=60)	%	
Вербальная беглость					
В пределах нормы	45	43,3	43	71,7	0,0004
Ниже нормы	54	51,9	12	20	0,0001
Выше нормы	5	4,8	5	8,3	0,3642
Шифровка					
В пределах нормы	54	51,9	47	78,3	0,0008
Ниже нормы	42	40,4	8	13,3	0,0003
Выше нормы	8	7,7	5	8,3	0,3280
Слухоречевая память					
В пределах нормы	71	68,3	44	73,3	0,5004
Ниже нормы	2	1,9	3	5	0,2690
Выше нормы	31	29,8	12	20	0,1689
Башня Лондона					
В пределах нормы	85	81,7	54	90	0,1546
Ниже нормы	17	16,4	6	10	0,2593

По результатам выполнения тестов, характеризующих мышление, также обнаружены достоверные различия между основной и контрольной группами.

Так, в предметной классификации использование латентных признаков при объединении групп выявлено у 43,3 % родителей детей-аутистов. В то время как участники контрольной группы опирались на подобные признаки в данном тесте в 13,3 % случаев. 30,8 % участников основной группы не могли завершить классификацию предметов, оставляя на последнем этапе задания более трех групп, несмотря на рекомендации экспериментатора продолжать объединение, что достоверно отличается от контрольной группы (10 % случаев) (табл. 2).

Таблица 2
Результаты исследования мышления с помощью предметной классификации

Показатель	Основная группа		Контрольная группа		Критерий Хи-квадрат (p)
	абс. (n=104)	%	абс. (n=60)	%	
Без особенностей	47	45,2	46	76,7	0,0001
Использование латентных признаков при создании групп	45	43,3	8	13,3	0,0001
Использование конкретных признаков при создании групп	15	14,4	6	10	0,4144
Остается 4 и более групп после завершения классификации	32	30,8	6	10	0,0024

В задании на исключение четвертого лишнего частота актуализации малосущественных признаков в группе родственников детей, страдающих РДА, статистически значимо превышала данный показатель в контрольной группе (табл. 3). С помощью Rock-анализа выявлено диагностически значимое количество латентных исключений – 5 и более признаков. В основной группе данный порог при исключении был превышен достоверно чаще (28,8 % участников), чем в контрольной группе (15 %).

Таблица 3
Результаты исследования мышления с помощью исключения четвертого лишнего

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	Критерий Хи-квадрат (p)
Исключение по латентным признакам	33,2 %	27,5 %	0,0118
Исключение по конкретным признакам	2,4 %	3,8 %	0,0885
Актуализация испытуемым 5 и более латентных признаков	28,8 %	15 %	0,0455

Интерпретация пословиц респондентами обеих групп в большинстве случаев не вызвала затруднений (табл. 4). В основной группе у 4 испытуемых (3,9 %) выявлены соскальзывания в устной речи, что не встречалось в контрольной группе.

В целом различий в частоте использования конкретных признаков не выявлено ни по одному из тестов. Корреляций между расстройствами мышления и снижением внимания и скорости обработки информации не обнаружено.

Т а б л и ц а 4
Результаты исследования мышления
с помощью толкования пословиц

Показатель	Основная группа (n=104)		Контрольная группа (n=60)		Критерий Хи-квадрат (p)
	абс.	%	абс.	%	
Переносный смысл пословиц доступен	94	90,4	55	91,7	0,7806
Толкование по конкретному признаку	10	9,6	5	8,3	0,7806

По итогам работы сформулированы **выводы**.

1. Для родственников детей, больных РДА, характерны нарушения в области когнитивного функционирования, проявляющиеся снижением внимания и скорости обработки информации, более высокой частотой актуализации латентных признаков в мышлении, что, вероятно, можно определить как субклинические фенотипические проявления генетических отклонений в семьях пациентов. Выявленные расстройства можно отнести к категории эндогенных.

2. Снижение слухоречевой памяти и отклонения в области проблемно-решающего поведения не являются свойственными для родителей данной группы больных, так же как и конкретность мышления.

Л и т е р а т у р а

1. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / под ред. Н. В. Симашковой, Т. П. Ключник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 16.
2. Саркисян Г. Р., Гурович И. Я., Кеф Р. С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS)» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 3. – С. 13–20.
3. Bailey A., Le Couteur A., Gottesman I. et al. Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study // Psychol. Med. – 1995. – Vol. 25, № 1. – P. 63–77.
4. Folstein S., Rutter M. Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 1977. – Vol. 18. – P. 291–321.
5. Folstein S. E., Piven J. Etiology of autism: genetic influences // Pediatrics. – 1991. – Vol. 87, № 5. – P. 767–773.
6. Gottesman I. I., Gould T. D. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions // The American Journal of Psychiatry. – 2003. – Vol. 160, № 4. – P. 636–645.
7. Hughes C., Leboyer M., Bouvard M. Executive function in parents of children with autism Psychological Medicine. – 1997. – Vol. 27, № 1. – P. 209–220.
8. Losh M., Adolphs R., Poe M. D. et al. Neuropsychological profile of autism and the broad autism phenotype // Archives of general psychiatry. – 2009. – Vol. 66, № 5. – P. 518–526.
9. Sumiyoshi C., Kawakubo Y., Suga M., Sumiyoshi T., Kasai K. Impaired ability to organize information in individuals with autism spectrum disorders and their siblings // Neuroscienceresearch. – 2011. – Vol. 69, № 3. – P. 252–257.

Транслитерация русских источников

1. [Clinical and biological aspects of autism spectrum disorders]. N.V. Simashkova, T.P. Klyushnik, eds. M.: GEOTAR-Media, 2016; 16. (In Russ.).
2. Sarkisyan G.R., Gurovich I.Y., Keefe R.S. [Normative data for Russian population and standardization of the scale "Brief Assessment of Cognitive Functions in Patients with Schizophrenia (BACS)".] *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2010; 3: 13–20. (In Russ.).

УДК 615.851:616.8-009.836

ББК 56.96-3.7

ПРОГРАММА ТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОГО НЕОСЛОЖНЁННОГО ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Скутин А. В.^{*1}, Ефименко Т. С.², Шайхетдинов Р. Г.³, Громов В. А.³

¹ ФГБОУ ВПО Уральский государственный университет физической культуры 454091, Челябинск, ул. Орджоникидзе, д. 1

² ФГБОУ ВПО Южно-Уральский ГМУ Минздрава России 454092, Челябинск, Воровского, 64

³ ФГАУ ВО Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет) 454080, Челябинск, пр. Ленина, 76

В статье отражён обзор консервативных методов лечения первичного неосложнённого энуреза. Повествуется о ряде отечественных и зарубежных авторов, создавших оригинальные методики. Приводится также современный патент консервативной терапии первичного неосложнённого энуреза, описана программа лечения. В завершении статьи приводятся примеры терапии первичного неосложнённого энуреза. Приводится список отечественных и зарубежных авторов, работавших над данной проблематикой. **Ключевые слова:** консервативное лечение энуреза, первичный неосложнённый энурез, подробная программа терапии энуреза.

PROGRAM OF THERAPY OF PRIMARY UNCOMPLICATED ENURESIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS. Skutin A. V.¹, Ephimenko T. S.², Shaikhetdinov R. G.³, Gromov V. A.³ ¹Ural State University of Physical Culture. *Ordzhonikidze Street 1, 454091, Chelyabinsk, Russian Federation.* ²South Ural State Medical University. *Vorovsky Street 64, 454092, Chelyabinsk, Russian Federation.* ³South Ural National Research State University. *Lenin Avenue 76, 454080, Chelyabinsk, Russian Federation.* The article covers a review of conservative treatment of primary uncomplicated enuresis. The article considers a number of domestic and foreign authors who have created original techniques. We present a modern patent of conservative treatment of primary uncomplicated enuresis and the entire program of treatment. At the end of the article examples of the treatment of primary uncomplicated enuresis are given. We present a list of domestic and foreign authors who have worked on these issues. **Keywords:** conservative treatment of enuresis, uncomplicated primary enuresis, a detailed treatment program of enuresis.

Введение. В научную литературу термин энурез впервые введён в 1774 г. J. I. Petit.

Согласно МКБ-10 неорганический энурез (F98.0) – это непровольное мочеиспускание у ребенка старше 5 лет. Когда называют этот диагноз, чаще всего имеют в виду первичный

* Скутин Андрей Викторович – к.м.н., доцент каф. спортивной медицины и физической реабилитации. E-mail: andrey.scutin@yandex.ru Телефон: 89220167188.

Ефименко Татьяна Сергеевна – к.м.н., доцент каф. клин. психологии и социальной работы. E-mail: tomara_n@mail.ru

Шайхетдинов Рашид Гильметдинович – ст. преподаватель каф. физического воспитания. E-mail: rashshai1970@yandex.ru

Громов Виктор Александрович – к.п.н., доцент каф. физического воспитания. E-mail: camp048@mail.ru

ночной энурез, который проявляется мочеиспусканием во сне, наблюдается у ребенка с самого рождения и не сопровождается симптомами каких-либо нарушений органического или психического характера. Позднее (или вторичное) начало обычно проявляется в возрасте 5—7 лет.

В настоящее время выделяются первичная, вторичная и смешанная формы энуреза. До последнего времени при описании нейрогенных дисфункций мочевого пузыря у детей широко использовались классификации Н. Е. Савченко – В. А. Мохорта (1984) и М. Д. Джавад-заде – В. М. Державина (1989). В настоящее время в России применяется классификация В. И. Морозова, А. А. Ахунзянова (2000) [1]. Помимо того, выделяют истинное и ложное недержание мочи. Классификация истинного недержания мочи разработана Р. Abrams (2002) [14].

По данным В. М. Делягина (2009), в Российской Федерации энурез занимает четвертое место (после умственной отсталости, миопии и плоскостопия) среди основных причин освобождения призывников от службы в армии [7].

На сегодняшний день, по скромным подсчетам, выделяется более 250 методов лечения энуреза.

Из современных физиотерапевтических средств следует отметить способ лечения ночного энуреза у детей с помощью магнитной стимуляции [15]. К концу курса лечения у 63,6 % пациентов было отмечено снижение частоты эпизодов ночного энуреза более чем на 50 %. Благодаря неинвазивности процедуры, отсутствию болевых ощущений и необходимости специальной подготовки к процедуре магнитная стимуляция хорошо переносилась детьми младшей возрастной группы.

В настоящее время для проведения процедур магнитной стимуляции нервно-мышечной стимуляции тазового дна в мировой клинической практике наиболее широко используют аппараты NeoControl (США), «M-Cube» (Корея), «QRS» (Лихтенштейн). В нашей стране также имеются отечественные разработки с аналогичными характеристиками и лечебными возможностями, к числу таких устройств относится Авантрон (ООО НПФ «Реабилитационные технологии»; регистрационное удостоверение РЗН 2014/1900 от 03.09.2014) [8].

В России также успешно применяется метод транскраниальной стимуляции. Согласно результатам Ю. М. Райгородского и др. [13], на основе данной методики было пролечено 64 ребёнка с ночным энурезом. Авторы делают заключение, что с купированием симптомов основного заболевания одновременно наблюдались нормализация психовегетативных реакций, сна и настроения, улучшение успеваемости в школе. Кроме того, авторы указывают, что

при применении транскраниальной стимуляции не наблюдалось побочных действий [13].

В 1876 г. В. Я. Данилевский одним из первых высказал предположение о воздействии коры больших полушарий на деятельность внутренних органов. Теорий развития ночного энуреза было предложено множество, однако уже тогда было выдвинуто предположение, что кортико-висцеральные нарушения, обуславливающие развитие заболевания, имеют различную природу, а их последствия приводят к дистрофическим изменениям тканей мочевого пузыря, обуславливая ночное недержание мочи [6]. Согласно мнению многих исследователей [9, 16], энурез находится в прямой взаимосвязи от неблагоприятных социально-экономических факторов, в частности от плохих материальных условий, неправильного типа психического и физического воспитания, травмирования психики, вредных влияний социальной среды, среди которых немаловажное значение имеет семейный фактор (ссоры и конфликты между родителями, их развод).

В. М. Бехтеревым (1894) описаны хорошие результаты при лечении энуреза от проведения гипноза [3]. Н. О. Воскресенский (1909) [5], С. Д. Артамонов (1931) [2] предложили в терапии энуреза также пользоваться гипнозом. И. П. Брезгунов (1982) применял аутогенную тренировку [4]. Для детей до 12 лет, как считает автор, формула не должна быть сложной.

По данным Б. И. Ласкова и А. Я. Креймера [10], в ходе исследований выявлено, что заболевание появляется после психической травмы (24,6 %), в результате перенесенных инфекционных (15 %), соматических (13,8 %) заболеваний. Некоторая часть из них обнаруживается в связи с неблагоприятными бытовыми условиями (3,5 %), а также в связи с обстоятельствами, которые могли повлечь за собой астенизацию организма (переутомление, перенапряжение, недостаточное питание). Авторы пришли к выводу о том, что патогенетическая основа энуреза заключается в неправильно сформировавшемся стереотипе условно-рефлекторной регуляции функции мочеиспускания во время сна.

Психологическая травматизация считается одной из основных причин развития энуреза у детей дошкольного возраста и подростков. Развод родителей, агрессивное поведение родителей, неблагоприятные условия жизни, насмешки со стороны сверстников могут привести к развитию стойкого недержания мочи. Общеизвестна и другая важная причина – семейная предрасположенность. Риск возникновения заболевания у ребенка составляет 77 % в случае, если энурез был у обоих родителей, 44 % – если ночным недержанием страдал один из родителей.

Рефлекторная деятельность мочевого пузыря, согласно современным электрофизиологическим данным, регулируется корой головного мозга (парацентральная доля), а также субкортикальными структурами (таламус, гипоталамус). Контроль коры над субкортикальными центрами устанавливается к 3—5 годам [11, 12].

Цель исследования – разработка нового эффективного и безопасного метода лечения энуреза у детей.

Результаты исследования. Самые первые практические исследования начаты в 2001—2004 гг. на базе психолого-педагогического центра «Семь ключей». Продолжены в психоневрологическом учреждении ООО «Клиника психического здоровья» до 2014 г. Результатом практических изысканий явилось получение патента РФ на изобретение № 2539368 от 02.12.2014 г. «Способ лечения энуреза».

С начала 2001 г. нами пролечено 102 ребёнка в возрасте от 5 до 17 лет с первичным неосложнённым энурезом. Основными причинами повышенной тревожности и плохого настроения респонденты называли нарушение коммуникативного взаимодействия, а именно: семейные конфликты (44 – 43,13 %), конфликты в дошкольном и школьном учреждениях (49 – 48,03 %), развод родителей (9 – 8,84 %).

С целью установления достоверных отличий в терапии энуреза между основной и контрольными группами нами было решено провести психометрическое исследование. Всем обследуемым психометрическое исследование проведено на старте и финише исследования.

В контрольной группе дети получали лечение ноотропными препаратами и точечный массаж по В. С. Ибрагимовой. В основной группе эти мероприятия были дополнены специально разработанной психотерапевтической программой и фитотерапией.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью системы статистического пакета SPSS (версия 17). Сравнение групп проводилось с помощью критериев Вилкоксона (t) и Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Использовали экспериментально-психологические методики: Шкалу Цунга для самооценки депрессии, тест нервно-психической адаптации по Гуревич И. Н. (табл. 1).

Как показано в таблице 1, как в основной группе ($41,68 \pm 9,46$ и $33,34 \pm 6,74$) ($p \leq 0,001$), так и в контрольной группе ($42,64 \pm 10,48$ и $38,06 \pm 10,87$) отмечено достоверное уменьшение тяжести депрессивных расстройств ($p \leq 0,001$), что объясняется адекватно проводимой терапией. При сравнении показателей теста нервно-психической адаптации установлено, что в основной группе наблюдается достоверное повышение уровня

психического здоровья ($33,64 \pm 10,54$ и $26,12 \pm 9,14$) ($p \leq 0,001$). В то же время в контрольной группе подобной динамики не зарегистрировано ($31,42 \pm 7,46$ и $31,31 \pm 7,66$) ($p > 0,05$).

Таблица 1
Сравнение средних показателей самооценки депрессии по Шкале Цунга, по Тесту нервно-психической адаптации пациентов с ночным диурезом

Показатель, баллы	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=30)		Критерий U-Манна-Уитни	
	начальные	конечные	начальные	конечные	начальные	конечные
Шкала Цунга	$41,68 \pm 9,46$	$33,34 \pm 6,74^{***}$	$42,64 \pm 10,48$	$38,06 \pm 10,87^{***}$	0,46	0,003**
Тест НПА	$33,64 \pm 10,54$	$26,12 \pm 9,14^{***}$	$32,41 \pm 7,46$	$31,31 \pm 7,66$	0,62	0,09*

Примечание. * – $p > 0,05$, ** – $p \leq 0,01$, *** – $p \leq 0,001$, НПА – тест нервно-психической адаптации в адаптации И. Н. Гуревич.

Как известно, повторные травматические события, протекающие по типу макрострессоров (физическая утрата объекта привязанности, развод родителей) и микрострессоров (разнообразные межличностные конфликты), приводят к формированию затяжных психогенно обусловленных расстройств настроения – невротических депрессий. Пациенты с невротической депрессией и их родители на поздних сроках обращались к специалистам, в результате чего формировался стойкий неорганический энурез (F98.0).

На первом плане чаще всего проявлялся субдепрессивный или субдепрессивно-тревожный фон настроения. В клинической картине расстройств доминировали патохарактерологические нарушения в виде обостренной застенчивости, робости. В то же время часто имели место эмоциональная несдержанность, вспыльчивость, аффективная неустойчивость, ипохондричность, приобретающая в ряде случаев сверхценный характер.

Исследование микросоциального окружения по данным анамнеза показало, что воспитание в полной семье выявлено у 91,16 % ($n=93$) больных, лишь 8,84 % ($n=9$) указывали на один из вариантов воспитания в неполной семье. Нормальные формы воспитания в раннем детстве отмечены в 20,6 % ($n=21$) случаев, воспитание по типу гиперопеки – в 19,8 % ($n=20$), в условиях повышенной моральной ответственности – в 15,6 % ($n=16$), в атмосфере гипоопеки по типу «золушки» – в 33,3 % ($n=34$), обстановка хронических семейных скандалов на фоне алкоголизации родителей наблюдалась в 10,7 % ($n=11$) случаев.

Обсуждение. Предлагаемый способ терапии первичного неосложнённого энуреза осуществляется следующим образом. В первую очередь необходима первичная консультация невролога и уролога. После исключения органических заболеваний ребёнок направляется к психотерапевту-практику.

Проанализировав анамнез и выявив эмоциональное состояние пациента, специалист знакомит взрослого, сопровождающего маленького пациента, с психотерапевтической программой лечения. Она включает в себя, прежде всего, рациональную психотерапию и направлена на достижение психологического равновесия пациента для исключения конфликтных ситуаций дома, как между взрослыми, чтобы не травмировать психику ребенка. Со стороны родителей следует исключить моральное и физическое унижение ребенка, а наоборот – в разумных пределах помогать ребенку в осуществлении его желаний. В свою очередь ребенок должен выполнять поручения в оказании помощи в посильной работе по дому (уборка, мытье посуды и пр.). В ближайшем окружении, а также в детском или школьном учреждении должны быть исключены конфликтные ситуации (ссоры и драки). Исключаются активные игры перед сном с 19.00 до 21.00 часов, просмотры фильмов, передач и чтение детской литературы, вызывающих у ребенка страх, беспокойство, а наоборот, читаются спокойные рассказы. Рекомендуется соблюдение режима сна и бодрствования с отходом ко сну не позднее 22 часов.

Исключаются переохлаждение, сидение на снегу, на холодных ступенях и камнях, так же как и противоположное – купание в горячих ваннах и в бане, температура воды должна составлять оптимально удобную для человеческого организма (быть теплой).

Для повышения самооценки ребенка в течение лечебного курса рекомендуется называть его по имени и отчеству, прежде всего в самом близком, родственном окружении. В дошкольном или школьном учреждении, среди ровесников этого делать не обязательно (тем не менее все пункты вышеуказанной программы следует соблюдать неукоснительно, иначе эффективность лечения резко снижается).

Обязательно соблюдение водного режима, которое достигается обеспечением ограничения в жидкой еде и питье с 17.00 до 19.00 часов, а после 19.00 часов их исключением до следующего завтрака. Однако в первые 2—3 дня терапии для более мягкого перехода в терапии энуреза в вышеуказанное время допустим прием, помимо твердой пищи, либо одного апельсина, либо полстакана свежеежатого сока моркови. Во избежание эпизодов энуреза рекомендуется будить ребенка спустя 2 часа его ночного сна, примерно в 24.00, ежедневно, в течение всего курса (3,5—4 месяца). Целью начального этапа терапии является постоянная тренировка обратной связи «головной мозг – позывы мочевого пузыря». Таким образом, ориентирован данный пункт программы на переобучение в рамках когнитивной терапии.

В полусонном состоянии ребенок с помощью взрослых поглаживает место проекции мочевого пузыря по часовой стрелке и повторяет вслед за взрослым формулу словесного внушения: «Чтобы мой мочевой пузырёк слушался мой головной мозг. Чтобы постель у меня была всегда сухая. Чтобы у меня было всё хорошо, прекрасно и замечательно». Т. е. в данном случае приоритетны элементы суггестии и ауто-суггестии.

Следует обратить внимание на то, что частица «не» в утверждении не используется, что с психологической и психотерапевтической точек зрения является весьма эффективным и действенным пунктом программы.

Нашими наблюдениями установлено, что ночные мочеиспускания в подавляющем большинстве случаев совершаются детьми в положении лёжа на спине. В связи с вышеупомянутым фактом нами предложен следующий этап лечебной программы. Перед отходом ко сну ребенка необходимо опоясать полотенцем с большим узлом таким образом, чтобы ребенок спал только на боку или на животе. Узел не должен смещаться и находиться в строго фиксированном положении за спиной у ребенка.

В терапии энуреза в дневное время также используется аутогенная тренировка. Анамнестически доказано, что дети во всех своих бедах с недержанием мочи винят мочевой пузырёк. Поэтому вводится следующее внушение: «Прости меня, мой мочевой пузырёк, за то, что я ругаю тебя. Давай жить дружно». Проводить аутогенную тренировку необходимо три раза в день (утром, в обед и перед ужином), в завершение проводится внушение тремя фразами, о которых уже говорилось выше.

Такой режим соблюдается в течение всего курса лечения (3,5—4 месяца) и преследует собой основополагающую цель – становление стойкого лечебного плато, в основе которого лежит формирование условно-рефлекторного механизма обратной связи между головным мозгом и функционированием мочевого пузыря.

В течение первых 2 месяцев рекомендован настой тысячелистника, а в следующие 2 месяца настой золототысячника и зверобоя, эти фитонастои оказывают положительное воздействие на сфинктер мочевого пузыря, удерживающий урину, способствуя его большему сокращению.

Согласно традиционной восточной (китайской) медицине, воздействием на точки акупунктуры мы добиваемся устранения энергетических закупорок и свободного течения энергии «ци» по всем задействованным в процессе лечения энергетическим каналам. В ходе исследования нами установлено, что применение рефлексотерапии является пусковым лечебным моментом в терапии энуреза.

В первые 10 дней воздействуют на биологически активные точки в течение 3—5 минут легким надавливанием пальцев рук с вращением по часовой стрелке в замедляющемся ритме.

Практика применения способа предложена В. С. Ибрагимовой (1988) и состоит в чередовании двух групп точек по чётным и нечётным дням [27]. Первая группа БАТ массируется в нечётные дни: 1) VG19 – в положении сидя со слегка наклоненной головой; 2) VC6 – в положении лежа на спине; 3) VC3 – в положении лежа на спине, расслабившись; 4) RP9 – в положении сидя с вытянутыми ногами, массировать одновременно с обеих сторон; 5) E36 – в положении сидя с вытянутыми ногами, массировать одновременно с обеих сторон; 6) P7 – в положении сидя, рука лежит на столе, массировать поочередно справа и слева; 7) F2 – в положении сидя с согнутыми в коленях ногами, массировать одновременно с обеих сторон; 8) R2 – в положении сидя с согнутыми в коленях ногами, массировать одновременно с обеих сторон; 9) V28 – в положении лежа на животе с подложенной под него подушкой, массировать одновременно с обеих сторон. Вторая группа БАТ массируется в чётные дни: 1) VG12 – в положении лежа на животе с подложенной под него подушкой; 2) VC5 – в положении лежа на спине, расслабившись; 3) VC3 – в положении лежа на спине, расслабившись; 4) RP6 – в положении сидя с согнутыми в коленях ногами, массировать одновременно с обеих сторон; 5) P9 – в положении сидя, рука лежит на столе, массировать поочередно справа и слева; 6) F3 – в положении сидя с согнутыми в коленях ногами, массировать одновременно с обеих сторон; 7) R6 – в положении сидя с согнутыми в коленях ногами, массировать одновременно с обеих сторон; 8) V6 – в положении сидя с согнутыми в коленях ногами, массировать одновременно с обеих сторон; 9) V21 – в положении лежа на животе с подложенной под него подушкой, массировать одновременно с обеих сторон.

В завершение приводим клинические примеры терапии энуреза.

Пример 1. Пациент В., 12 лет. Неоднократно обращался по поводу энуреза к невропатологу по месту жительства. Принимал ноотропы в средних терапевтических дозах, однако лечение было безуспешным. На приеме выяснилось, что старший брат часто его задирает, обижает, в результате чего пациент нервничает, переживает, в эти ночи случались эпизоды энуреза. С братом, родителями и ближайшим окружением ребёнка проведена разъясняющая психотерапия. Установлен водный режим, назначена точечная терапия. В ходе лечения уже на второй день отмечен положительный эффект – постель была сухая. Программа для взрослых и ребёнка выполнялась безукоризненно, траволечение в течение 3,5 месяцев. По итогам комплексного лечения достигнуто полное устранение эпизодов ночного энуреза.

Пример 2. Пациентка К., 6 лет. За помощью обратилась впервые, ранее нигде не лечилась. Со слов родителей, мочится под себя во время сна в детском саду и ночью дома. В ходе детального опроса выяснилось, что девочку обижают более сильные и крупные сверстницы в группе, ребёнок из-за этого переживает, нервничает. С этими девочками и их родителями проведена психотерапевтическая беседа. Установлен водный режим, разъяснена психологическая программа для ребенка и родителей, назначена точечная терапия и траволечение. Уже на пятый день был отмечен положительный эффект на фоне создания для ребёнка спокойной и благоприятной атмосферы. Спустя 3 недели после нормализации психологического микроклимата в группе отмечено полное выздоровление.

Пример 3. Пациентка С., 7 лет. Мочится под себя с 5 лет. Мать девочки неоднократно обращалась к детскому неврологу по месту жительства, однако проводимое медикаментозное лечение было безуспешным. В ходе опроса выяснилось, что в течение последних трех лет семья проживает с отчимом, который относится пациентке грубо, иногда обижает физически («воспитывает ремнём, сеткой»). Со слов матери, девочка сильно переживает, плачет в подушку, в течение 3 последних лет мочится в постель. На семейной психотерапии отчиму в доступной форме была разъяснена причина энуреза пациентки. Были озвучены психологические программы для взрослых и ребёнка, назначена точечная терапия, траволечение, введён водный режим. Спустя 1,5 месяца после лечения констатирована стабильная ремиссия.

Отслеживая результаты проведённого лечения спустя полгода, нами констатировано, что 98 % (99 чел.) детей с неорганическим энурезом пролечены полностью, достигнута стойкая ремиссия, у 2 % (3 чел.) результат был неопределённый.

Таким образом, в ходе клинических исследований (2001—2014) разработана когнитивная психотерапевтическая программа, включающая рациональную и семейную психотерапию, ауто-тренинг, суггестию. Статистически доказана эффективность метода, снижается уровень невротической депрессии ($p \leq 0,001$). По тесту НПА в основной группе наблюдается достоверное повышение уровня психического здоровья ($p \leq 0,001$).

Апробированы и введены в практику рефлексотерапия по В. С. Ибрагимовой и программа траволечения. Установлены возрастные границы терапии детей с первичным неосложнённым энурезом вышеуказанным способом, составившие от 5 до 17 лет. Показано, что в подавляющем числе случаев (98 %) использование данного метода привело к стойкой ремиссии, заново сформировался стереотип условно-рефлекторной регуляции функции мочеиспускания. Предложенный способ лечения не имеет противопоказаний, не требует особых экономических затрат, в силу своей безопасности может использоваться у детей дошкольного и школьного возрастов.

Л и т е р а т у р а

1. *Аляев Ю. Г., Григорян В. А., Гаджиева З. К.* Расстройства мочеиспускания. – М.: Литтера, 2006. – 208 с.
2. *Артамонов С. Д.* О выработке сторожевого пункта при ночном недержании мочи // *Врачебная газета.* – 1931. – № 14.
3. *Бехтерев В. М.* Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. – СПб.: Вестник знаний, 1911. – 412 с.
4. *Брезгунов И. П.* Ночное недержание мочи у детей. – М.: Медицина, 1982. – 36 с.
5. *Воскресенский Г. Д.* Функциональное недержание мочи // *Урология (руководство).* – М., 1924. – С. 126–139.
6. *Данилевский В. Я.* Исследования по физиологии головного мозга: дис. ... д.м.н. – М., 1887. – 219 с.
7. *Делягин В. М.* Лечение первичного неосложнённого энуреза с применением интраназального спрея десмопрессина: метод. рекомендации. – М., 2009. – 21 с.
8. *Куликов А. Г., Воронина Д. Д.* Современные аспекты применения магнитной стимуляции в клинической практике // *Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация.* – 2016. – Т. 15, № 3. – С. 155–160.
9. *Ласков Б. И.* Лечение ночного недержания мочи методом воспитания условного рефлекса // *Клиническая медицина.* – 1952. – № 6. – С. 103–115.
10. *Ласков Б. И., Креймер А. Я.* Энурез. – М.: Медицина, 1975. – 224 с.
11. *Маслова О. И., Студеникин В. М., Шелковский В. И. и др.* Лечение первичного ночного энуреза у детей с позиции доказательной медицины: метод. пособие для врачей педиатр. специальностей. – М., 2002. – 92 с.
12. *Марушкин Д. В.* Ночное недержание мочи у детей: автореф. дис. ... к.м.н. – СПб., 1995. – 41 с.
13. *Райгородский Ю. М., Шарков С. М., Урняева С. И., Мальных А. Л.* Транскраниальная электростимуляция в лечении детей с энурезом // *Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация.* – 2014. – Т. 13, № 4. – С. 32–36.
14. *Abrams P. et al.* The standardization of terminology of lower urinary tract function. – 2002. – 110 p.
15. *Kang S. H., Bae J. H., Shim K. S.* Extracorporeal magnetic innervation therapy in children with refractory monosymptomatic nocturnal enuresis // *Urology.* – 2007. – V. 70 (3). – P. 576–580.
16. *Psychopatologie des Kindesalters.* – Homburger, 1926. – 212 S.

Транслитерация русских источников

1. *Alyayev Y.G., Grigoryan V.A., Gadzhieva Z. K.* [Dysuria]. M.: Littera, 2006. 208 p. (In Russ.).
2. *Artamonov S.D.* [On the development of sentinel points for bed-wetting]. *Medical Newspaper*, 1931; 14. (In Russ.).
3. *Bekhterev V.M.* [Hypnosis, suggestion and psychotherapy and therapeutic value]. SPb., 1911. 412 p. (In Russ.).
4. *Brezgunov I.P.* [Bedwetting in children]. Moscow: Medicine, 1982. 36 p. (In Russ.).
5. *Voskresensky G.D.* [Functional incontinence]. In: [Urology (manual)]. M., 1924; 126–139. (In Russ.).
6. *Danilevsky V.Ya.* [Research on brain physiology]. [Dis. ... dr. med. Science]. M., 1887. 219 p. (In Russ.).
7. *Delyagin V.M.* [Treatment of uncomplicated primary enuresis with decompressing nasal spray: guidelines]. M., 2009. 21 p. (In Russ.).
8. *Kulikov A.G., Voronina D.D.* [Modern aspects of magnetic stimulation in clinical practice]. *Fizioterapiya. Bal'neologiya. Reabilitatsiya* [Physiotherapy. Balneology. Rehabilitation]. 2016; 15, 3: 155–160. (In Russ.).
9. *Laskov B.I.* [Treatment of nocturnal enuresis by educating reflex]. *Klinicheskaya meditsina* [Clinical Medicine]. 1952; 6: 103–115. (In Russ.).
10. *Laskov B.I., Kreimer A. Ya.* [Enuresis]. Moscow: Medicine, 1975. 224 p. (In Russ.).
11. *Maslova O.I., Studenikin V.M., Shelkovsky V.I. et al.* [Treatment of primary nocturnal enuresis in children from the perspective of evidence-based medicine: method. allowance for pediatricians. Specialties]. M., 2002. 92 p. (In Russ.).
12. *Marushkin D.V.* [Bedwetting in children]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 1995. 41 p. (In Russ.).
13. *Raigorodsky Yu.M., Sharkov S.M., Urnyaeva S.I., Malykh A.L.* [Transcranial electrostimulation in the treatment of children with enuresis]. *Fizioterapiya. Bal'neologiya. Reabilitatsiya* [Physiotherapy. Balneology. Rehabilitation]. 2014; 13, 4: 32–36. (In Russ.).

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.89-008.486:616-084

ББК 56.148+53.435+51.1

ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТРУКТУРИРОВАННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Макушкина О. А.*

ФГБУ ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России 119991, Москва, Кропоткинский пер., 23

Обоснована целесообразность и описан порядок применения методики структурированной оценки риска опасного поведения психически больных (СОРОП) во внебольничных подразделениях психиатрической службы. Это формализованный инструмент, основанный на оценке статистически значимых, высокоинформативных факторов риска общественной опасности. Методика СОРОП рекомендуется к использованию как дополнение к клинической оценке состояния пациента и клинико-динамическому наблюдению с целью определения категории больных группы риска по совершению общественно опасных действий, требующих особого внимания участковых психиатров, организации специальных профилактических мероприятий, таких как активное диспансерное наблюдение. Применение формализованного инструмента стандартизирует процедуру оценки риска, повышает ее точность, объективность и доказательность. **Ключевые слова:** общественная опасность; лица, страдающие психическими расстройствами; опасные действия; методика оценки риска опасного поведения; профилактика общественной опасности.

COMMUNITY-ACQUIRED ASPECTS OF THE USE OF A STRUCTURED RISK ASSESSMENT OF DANGEROUS BEHAVIOUR IN INDIVIDUALS WITH MENTAL DISORDERS. Makushkina O. A. V. P. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology. Kropotkinsky Lane 23, 119991, Moscow, Russian Federation. The expediency and procedure of using methods of the structured risk assessment of dangerous behavior of the mentally ill (SOROP) in outpatient departments of psychiatric services is based. It is a formal tool based on the evaluation of statistically significant high-risk factors of public danger. Technique "SOROP" is recommended for use as a supplement to clinical evaluation of the patient's condition and clinical dynamic observation to identify patients who are at risk of committing socially dangerous acts requiring special attention of district psychiatrists, organization of preventive measures such as active follow-up. The use of a formalized tool standardizes risk estimation procedure, increases its accuracy, objectivity and conclusiveness. **Keywords:** public danger, persons suffering from mental disorders; hazardous activities; dangerous behavior risk assessment methodology; prevention of public danger.

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

Введение. Предупреждение опасных действий психически больных в нашей стране и за рубежом всё в большей степени становится объектом усилий не только стационарных психиатрических учреждений, которые традиционно занимаются этой проблемой, но и внебольничных психиатрических служб [1, 5, 6, 11, 13]. Такое смещение в направлении амбулаторной помощи, во-первых, соответствует общим тенденциям развития психиатрии, а во-вторых, является перспективным, поскольку связано с ранним выявлением психически больных, представляющих общественную опасность, а также с возможностью длительного (иногда на протяжении всей жизни) наблюдения и курации пациентов [7].

С целью обеспечения данной работы участковыми психиатрами реализуется комплекс неспецифических и специальных профилактических мероприятий. В частности выделяются больные, курация которых осуществляется в соответствии с особыми правилами, – это группа активного диспансерного наблюдения (АДН). В данную группу включаются лица со склонностью к совершению опасных действий, в связи с чем для них необходимы наиболее строгий психиатрический контроль и наблюдение, которые осуществляются совместно с органами внутренних дел. В обязанности участкового психиатра входит инициирование постановки вопроса о включении пациента в группу АДН, при решении которого особое значение имеет оценка риска общественно опасного поведения.

На трудность адекватной индикации такого рода больных указывают результаты многолетнего мониторинга показателей официальной статистики [8]. К примеру, согласно данным, полученным из отчетов психиатрических учреждений, в конце 2015 г. в целом по России на АДН состояло 50 337 человек. Интенсивный статистический показатель количества потенциально опасных больных, включенных в группу АДН, был равен 34,4 на 100 тысяч населения. Его значение имело существенные региональные различия. К примеру, в Саратовской и Курганской областях данный показатель составлял 11,7 и 13,3 на 100 тысяч населения соответственно; в Санкт-Петербурге – 18,9, а в Оренбургской и Калужской областях – 105,1 и 132,4 на 100 тысяч населения. Столь выраженная диспропорция в приводимых значениях свидетельствует об отсутствии единообразия в оценке потенциальной опасности психически больных.

В отечественной судебно-психиатрической литературе, посвященной прогнозированию опасного поведения лиц с психическими расстройствами, традиционно используется клинический подход.

Оценка вероятности опасных действий таких лиц связывается, прежде всего, с особенностями их психического состояния, его тяжестью и динамикой [4, 10, 12]. При этом ее определение во многом зависит от профессиональных представлений, уровня подготовки и клинического опыта специалиста.

В зарубежной литературе, посвященной оценке риска насилия со стороны лиц с психическими расстройствами, обращает на себя внимание разнообразие исследовательских подходов и методов – от неструктурированных клинических обследований до математизированных методик с использованием статистически значимых показателей [15, 16, 18, 19]. В значительном числе публикаций указывается, что такого рода методики позволяют достичь большей точности в прогнозе криминального рецидива, чем клинический метод, при условии их выполнения профессионалами [14, 17]. В нашей стране научная разработка и использование математико-статистического анализа в данной области до сих пор еще не получили широкого распространения.

Результаты исследований потенциальной общественной опасности больных с применением формализованных зарубежных инструментов свидетельствуют о том, что механическое их внедрение в практику отечественной психиатрии невозможно, потому что эти методики были разработаны в ином социальном, культурном и правовом контексте, а также по причине их нацеленности преимущественно на прогноз вероятности насилия [2, 9]. Российское уголовное законодательство и судебная психиатрия исходят из широкого понимания опасности лица с психическим расстройством, включающего возможное совершение им любых общественно опасных действий, предусмотренных уголовным законодательством.

В этой связи актуальной и перспективной научно-практической задачей судебно-психиатрической профилактики является разработка и внедрение уникальных отечественных методик для прогнозирования риска опасного поведения психически больных.

Материал исследования. Проведено сравнительное исследование двух групп больных с тяжелыми психическими расстройствами: 307 человек, совершивших ООД в состоянии невменяемости, и 200 человек с правомерным поведением, никогда не совершавших опасных действий, с длительностью заболевания более 10 лет, состоящих под диспансерным наблюдением у психиатра. Основную часть изучаемого контингента составили больные шизофренией (57,20 %), доля лиц с органическими психическими расстройствами и умственной отсталостью была равна 27,61 % и 11,24 % соответственно.

Информативность и прогностическую силу факторов риска опасного поведения психически больных и протективных факторов определяли методом Кульбака [3]. Проанализированы 53 фактора (признака), каждый из которых имел несколько градаций. Оценивали клинико-психопатологические, социально-демографические, индивидуально-личностные характеристики больных, условия воспитания в детстве, преморбидный склад личности, образование, социализацию, перенесенные экзогенно-органические вредности, зависимость от алкоголя и наркотических средств и пр.

Обсуждение результатов. По результатам исследования 507 пациентов выделены статистически значимые факторы риска и протективные факторы общественно опасного поведения.

С применением неоднородной статистической процедуры распознавания была рассчитана информативность и прогностические коэффициенты (ПК) для каждого из признаков, определены наиболее значимые из них, информативность которых оказалась не менее 3.

Разработана методика структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП) (Макушкина О. А., Муганцева Л. А., 2016). В её основу положены выделенные параметры оценки потенциальной общественной опасности с высокой информативностью (табл. 1).

Таблица 1
Параметры оценки потенциальной общественной опасности психически больных с высокой информативностью (ключ методики СОРОП)

Признак	Наличие признака ПК	
	Да	нет
Выраженные нарушения поведения	+12	-5
Выраженные эмоциональные нарушения при недостаточности волевого контроля и аффективной переключаемости	+8	-4
Выраженная прогрессивность психического расстройства с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением контроля над поведением	+10	-2
Продуктивная психотическая симптоматика	+4	-1
Противоправные действия, привлечение к уголовной ответственности в прошлом	+12	-3
Материальная, жилищная необеспеченность и связанная с ней невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей	+11	-2
Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ	+7	-4
Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головного мозга	+2	0
Приверженность лечению	-6	+3
Антисоциальная структура личности в преморбиде	+6	-3
Расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте	+5	-3
Неоднократное физическое или сексуальное насилие в детском (подростковом) возрасте	+6	-1
Враждебные, конфликтные, эмоционально холодные, безразличные взаимоотношения с обоими родителями в детстве	+3	-1
Возраст 20-39 лет	+6	0
Возраст 60 лет и старше	-6	0

Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение	+ 6	0
Наличие помощи и поддержки родных, близких	-3	0
Наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе	+4	-1
Трудовая занятость связана с выполнением квалифицированного труда	-2	+2
Низкий образовательный уровень	+1	-1
Стабильная трудовая занятость на протяжении всей жизни	-2	0
Асоциальность (отсутствует трудовой стаж, не работает, не учится)	+4	0

Примечание. * – Значение ПК в виде целого числа со знаком «-» – благоприятный прогноз, со знаком «+» – неблагоприятный прогноз в отношении опасного поведения.

Методика СОРОП рекомендуется к применению в подразделениях психиатрической службы. В частности участковыми психиатрами при решении вопросов о необходимости установления за больным АДН, продления либо отмены амбулаторного принудительного лечения и оценке его эффективности.

При этом процедура оценки риска подразделяется на 4 этапа. **На первом этапе** проводится скрининг потенциальной общественной опасности с определением наличия или отсутствия у пациента факторов риска (признаков), входящих в СОРОП, заполняется протокол обследования. Признаки в методике ранжированы по трем блокам: клинические; связанные с историей жизни больного; характеризующие его социальную адаптацию. Далее представлена их краткая характеристика.

Блок клинических признаков включает 7 параметров, направленных на определение наличия клинических предпосылок формирования у больного опасного поведения. Такой пункт, как *выраженные нарушения поведения*, получает положительную оценку при наличии в клинической картине психического расстройства значительных нарушений поведения, протекающих с агрессивностью, конфликтностью, антисоциальными тенденциями, оппозиционно-негативистическим отношением к общепринятым нормам поведения. При аутоагрессивном поведении пункт также оценивается положительно.

Выраженные эмоциональные нарушения. Данный пункт оценивается положительно, если у больного имеется выраженная патология эмоциональной сферы в сочетании с недостаточностью волевого контроля и аффективной переключаемости. К важным для оценки эмоциональным нарушениям относятся: эксплозивность; частые и безмотивные смены настроения; депрессия; парадоксальность и грубость аффективных разрядов, ригидность аффекта; дисфории; эмоциональная неадекватность, холодность с безразличием к жизни и благополучию других людей, отсутствием чувства вины, эмпатии, сопереживания, жесткостью, парадоксальностью эмоционального реагирования.

Выраженная прогрессивность психического расстройства. Ответственный за исследование специалист дает положительную оценку этого признака в случае сочетания прогрессивности заболевания со значительными нарушениями критики, интеллекта, личностным огрублением с антисоциальными и/или аутоагрессивными тенденциями и снижением (вплоть до утраты) волевого и/или интеллектуального контроля над поведением.

Продуктивная психотическая симптоматика. Положительную оценку данного пункта следует дать при наличии у больного психотической симптоматики, характер которой может определять его опасность для окружающих и/или себя. К таковой относятся императивные галлюцинации; депрессивные и маниакальные состояния психотического уровня; бред преследования, воздействия, отравления; ипохондрический, депрессивный, паранойяльный бред, бред ревности; импульсивные, не имеющие мотива поступки; наплывы галлюцинаторно-бредовых переживаний на фоне страха и растерянности. В процессе оценки необходимо учитывать характер течения заболевания, фактор терапевтической динамики, насыщенность и стойкость бредовых переживаний любого содержания, направленность на определенных лиц.

Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ. Проводящий обследование специалист ставит отметку в колонке «да» во всех случаях, когда есть данные о наличии у больного синдрома зависимости от ПАВ. Аналогичная оценка должна быть сделана также при систематическом употреблении алкоголя, наркотиков или иных психоактивных веществ, которые усиливают изменения волевой регуляции, аффективной сферы и поведения при отсутствии признаков синдрома зависимости.

С учетом того, что в большей части случаев у больных нарушена критика относительно злоупотребления ПАВ либо они намеренно скрывают эту негативно характеризующую их информацию, необходимо проанализировать все доступные сведения по данному вопросу, в том числе с привлечением родных и близких пациента для их получения.

Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ в сочетании с неоднократно перенесенными травмами головы. Положительная оценка дается в соответствии с параметрами, приведенными в предыдущем пункте, в случае их сочетания с наличием в анамнезе у больного травм головного мозга. Суждение о травматизации может быть основано на данных медицинской документации либо на заявлении больного о перенесенных черепно-мозговых травмах с описанием соответствующих симптомов. Наиболее распространенные

из них – тошнота, рвота, бледность кожных покровов, головная боль, потеря сознания, амнезия, когнитивные нарушения.

Приверженность лечению. Специалист ставит отметку в колонке «да» при наличии совокупности следующих признаков: высказывания больного о необходимости лечения имеющегося у него психического расстройства; регулярное посещение им участкового психиатра в соответствии с установленными датами; выполнение врачебных рекомендаций как относительно приема психофармакотерапии, так и участия в психокоррекционной работе, в тренингах и иных мероприятиях по психосоциальной терапии и реабилитации.

Блок признаков, связанных с историей жизни больного, включает 7 параметров. **Противоправные действия, привлечение к уголовной ответственности в прошлом.** Оценивая данный пункт, участковому психиатру необходимо изучить всю доступную информацию по этому вопросу из характеризующего материала, медицинской документации, а также расспросить больного о фактах привлечения к уголовной ответственности, нахождении в местах лишения свободы или на принудительном лечении. В случае их наличия оценка должна быть положительной.

Неоднократное физическое или сексуальное насилие в детском (подростковом) возрасте. Положительная оценка дается при наличии сведений о физическом или сексуальном насилии в отношении больного в детстве, повторявшемся неоднократно (более 1 раза). Во всех случаях для получения данной информации проводящий оценку специалист должен стремиться к установлению доверительных взаимоотношений с пациентом, помнить о возможности вытеснения либо осознанного сокрытия данной неприятной для него информации.

Расстройства поведения в детском (подростковом) возрасте. Этот пункт следует оценивать положительно при наличии сведений о стойком диссоциальном, агрессивном или вызывающем поведении в указанный возрастной период. Проявлениями расстройствами поведения могут быть чрезмерная драчливость или хулиганство; жестокость к людям или животным; разрушение собственности; поджоги, воровство, употребление психоактивных веществ, многочисленные прогулы в школе и уходы из дома, необычно частые и тяжелые вспышки гнева; вызывающее провокационное поведение; постоянное непослушание. Такое поведение в своей наиболее крайней степени доходит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм. Выявляются и учитываются все факты девиантного и делинквентного поведения в детско-подростковом возрасте.

Враждебные, конфликтные, эмоционально холодные, безразличные взаимоотношения с обоими родителями в детстве. Оценка данного пункта требует прицельного расспроса пациента о характере его взаимоотношений с каждым из родителей, с обсуждением конкретных примеров для определения объективности оценочного суждения. Последнее необходимо в связи с распространенным у больных тяжелыми психическими расстройствами нарушением критических способностей, с отсутствием в ряде случаев понимания эмоциональной теплоты либо безразличного отношения к ним близких. При наличии сведений о враждебных, конфликтных, эмоционально холодных, безразличных взаимоотношениях больного в детстве с обоими родителями психиатр положительно оценивает данный пункт, в остальных случаях – отрицательно.

Антисоциальная структура личности в преморбиде. Пункт оценивается положительно, если есть сведения о наличии у больного до дебюта психического расстройства эмоционально неустойчивой, возбудимой, диссоциальной личностных структур с высокой агрессивностью, раздражительностью, низким самоконтролем, ригидностью, враждебностью, мстительностью, импульсивностью, равнодушием к чувствам и интересам других, отсутствием чувства сострадания, стыда, ответственности, угрызений совести и раскаяния, бессердечием, склонностью к асоциальным действиям.

Такие пациенты в преморбиде могут отличаться отсутствием духовных интересов, эгоистичностью, капризностью, вспыльчивостью, раздражительностью, злопамятностью, импульсивностью, конфликтностью. Им могут быть свойственны периоды мрачного настроения с дисфориями, у них имеет место недоразвитие высших нравственных чувств. До дебюта тяжелого психического расстройства они могут быть социально дезадаптированы, часто меняют место работы, игнорируют социальные, моральные и правовые нормы, склонны к злоупотреблению алкоголем и наркотиками. Импульсивность, тенденция действовать без учета последствий и отсутствие самоконтроля, являясь преморбидными особенностями личности, часто сочетаются с неустойчивостью настроения и аффективными вспышками, что в совокупности определяет нарушение социальной адаптации. Преобладание возбудимого личностного радикала проявляется приступами гнева, ярости, иногда с двигательным возбуждением, неспособностью сдерживать влечения, нетерпимостью к ограничениям, склонностью к бурным аффективным реакциям. Это в большинстве случаев неспособные к длительной целенаправленной деятельности люди. Возможно наличие расторможенности влечений, склонности к перверсиям и промискуитету.

Степень выраженности и сочетание перечисленных характеристик могут быть различными. Участковый психиатр дает положительную оценку пункта при наличии сведений, позволяющих сделать вывод о любой из указанных выше личностных структур.

Низкий образовательный уровень. Этот пункт не нуждается в дополнительных пояснениях по его оценке и предполагает отметку «да» в протоколе обследования при обучении больного во вспомогательной школе, а также в случае наличия у него начального, незаконченного среднего или среднего образования.

Наличие более двух экзогенно-органических вредностей в анамнезе. Оценка данного пункта должна базироваться не только на соответствующих сведениях из медицинской документации, но и путем активного расспроса больного. Его указания на неоднократные черепно-мозговые травмы, перенесенные нейроинфекции и тяжелые интоксикации алкоголем и его суррогатами, а также иными психоактивными веществами с описанием симптомов, соответствующих различным их клиническим формам, свидетельствуют о необходимости констатации наличия экзогенно-органических вредностей с положительной оценкой данного пункта в протоколе обследования.

В блоке признаков, характеризующих социальную адаптацию больного, оцениваются 6 факторов. *Материальная и жилищная необеспеченность и связанная с ней невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей.* Оценка этого пункта проводится после расспроса больного об условиях проживания, наличии и размере пенсии, наличии и размере заработной платы, оказании финансовой помощи родными и близкими с анализом имеющейся в медицинской документации и информации по данному вопросу. Она не может базироваться на субъективной интерпретации обследуемым условий его жизнедеятельности. В случае наличия хотя бы одной составляющей (большой материально не обеспечен, испытывает значительные материальные затруднения и связанную с ними невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей, имеет место жилищная неустроенность) данный пункт оценивается положительно.

Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение. Необходимо определить характер взаимоотношений больного с родными и близкими на основе информации, полученной как от него самого, так и из медицинской документации, характеризующего материала, составленного со слов членов его семьи.

Плохие взаимоотношения между больным и близкими ему людьми (враждебные, отчуж-

денные и пр.), равно как и отсутствие каких-либо контактов, безразличие имеющихся родственников и членов семьи к его судьбе, проживание пациента в антисоциальном микросоциуме являются основанием для положительного ответа специалиста, проводящего обследование, на данный вопрос.

Пункт *«Наличие помощи и поддержки родных, близких»* оценивается положительно лишь в тех случаях, когда имеет место забота близких людей о больном, их заинтересованность его судьбой, содействие и контроль с их стороны своевременности посещений врача и соблюдения врачебных рекомендаций, а также иные виды помощи и поддержки. Если такого рода взаимоотношений нет, а также в случае отсутствия у пациента родных и близких оценка должна быть отрицательной с отметкой в графе «нет» напротив данного признака.

Заполнение пунктов относительно *занятости больного* (асоциальность с отсутствием трудового стажа, незанятость; стабильная трудовая занятость на протяжении всей жизни; трудовая занятость с выполнением квалифицированного труда) не нуждается в дополнительном пояснении в силу конкретности сформулированных утверждений. При этом квалификация труда определяется в соответствии с характером трудовой деятельности пациента в настоящее время (в случае, если он имеет место работы) либо с учетом анамнестических сведений о последнем трудоустройстве.

На втором этапе оценки риска опасного поведения по результатам анализа наличия или отсутствия у больного перечисленных выше признаков, а также его возрастных характеристик, входящих в методику СОРОП, проводится подсчет суммы величин их прогностических коэффициентов в баллах. Используются параметры оценки, представленные в таблице. *Суммирование величин прогностических коэффициентов признаков производится в том порядке, в котором они приведены в таблице.* Данный порядок учитывает величину информативности параметров оценки и обеспечивает ее надежность.

Используемый в СОРОП порог оценки (-) 20 баллов и (+) 20 баллов в методе Кульбака соответствует принятию решения с вероятностью ошибки в 1 %. *Как только алгебраическая сумма баллов достигает выбранного прогностического порога (+) 20 или (-) 20 баллов, процедура подсчета должна быть завершена.*

При достижении порога (+) 20 баллов проводивший обследование специалист выносит заключение о «высоком риске совершения опасных действий по результатам скрининга», при достижении порога (-) 20 баллов – заключение о «низком риске совершения опасных действий по результатам скрининга».

Если указанный порог не был достигнут, в зависимости от значения полученной суммы прогностических коэффициентов определяется повышенный, средний либо пониженный риск общественной опасности больного. Значение суммы ПК от (+) 6 до (+) 19 баллов соответствует повышенному риску совершения опасных действий; от (-) 5 до (+) 5 баллов – среднему; от (-) 6 до (-) 19 баллов – пониженному. Результаты оценки вносятся в соответствующую графу протокола обследования. Этим завершается процедура скрининга.

На третьем этапе оценки риска опасного поведения участковый психиатр анализирует иные факторы, которые отсутствуют в СОРОП, но могут способствовать либо препятствовать совершению опасных действий данным больным и должны быть учтены при вынесении окончательного суждения об его общественной опасности. Соответствующая информация вносится в графу «комментарии» протокола обследования. Ее учет необходим при итоговой оценке.

На заключительном (четвертом) этапе выносится обобщенное суждение о риске опасного поведения. В ряде случаев этот вопрос целесообразно решать на заседаниях врачебной комиссии с определением необходимости установления за пациентом активного диспансерного наблюдения.

Как было сказано выше, кроме скрининга потенциальной общественной опасности, методика СОРОП полезна для определения тактики профилактической работы. Заполненный в ходе ее применения протокол обследования содержит информацию о факторах, значимых в генезе опасного поведения больного. Эти параметры являются своего рода мишенями для психосоциальной терапии и реабилитации в целях эффективного предупреждения общественно опасных действий.

Наиболее полно с методикой СОРОП можно ознакомиться при прохождении образовательных циклов повышения квалификации «Профилактика опасных действий психически больных в психиатрической службе и исполнение принудительных мер медицинского характера» в ФМИЦПН имени В. П. Сербского Минздрава России. Для удобства ее применения разработана программа для ЭВМ «Программа для структурированной оценки риска опасного поведения психически больных»¹.

Методика СОРОП была апробирована на 365 больных. В 87,0 % случаев получены результаты, свидетельствующие о правильности

проведенной оценки. Для определения надежности методики использовался коэффициент альфа Кронбаха. Его значение оказалось равным 0,98, что свидетельствует о высокой надежности в отношении оценки риска совершения опасных действий лицами, страдающими психическими расстройствами. Авторами продолжается работа по определению эффективности методики.

Заключение. Представленная методика СОРОП может использоваться во внебольничных подразделениях психиатрической службы в качестве дополнительного инструмента при определении потенциальной общественной опасности больных. Она не заменяет, а дополняет клиничко-психопатологическое и патопсихологическое исследование и диагностику. Все многообразие клинических проявлений психических расстройств, личностных особенностей и ситуационных факторов, значимых в формировании опасного поведения конкретного больного, нуждается в комплексной оценке специалистов, которая не может быть основана на изолированном применении формализованного инструмента. Использование методики СОРОП поможет участковым психиатрам принять решение о необходимости применения специальных профилактических мероприятий; сформировать эффективные индивидуальные программы психосоциальной терапии и реабилитации, комплексной профилактики совершения опасных действий.

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Воеводин И. В. Аутодеструктивность в формировании аддиктивных и невротических расстройств: суицидальное и рискованное поведение // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2016. – № 1. – С. 59–65.
2. Григорьев С. И., Снедков Е. В. Перспективы использования стандартизированных шкал для оценки риска насильственных действий психически больных // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 33–35.
3. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – М., 1978. – 294 с.
4. Котов В. П., Мальцева М. М. Диагностика потенциальной общественной опасности // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. – М., 2001. – Гл. 8. – С. 148–166.
5. Макушкина О. А., Яхимович Л. А. Основные принципы деятельности медицинских служб по внебольничной профилактике общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6 (75). – С. 35–40.
6. Макушкина О. А., Голланд В. Б., Яхимович Л. А. Значение мер медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 20–26.
7. Макушкина О. А., Яхимович Л. А. Повторные общественно опасные действия лиц, страдающих психическими расстройствами: проблемы профилактики // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 2. – С. 4–11.

¹ Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2016619260 от 16 августа 2016 г. Программа для структурированной оценки риска опасного поведения психически больных / Макушкина О. А., Муганцева Л. А., Юрко В. К.; ФМИЦПН им. В. П. Сербского. 2016.

8. Макушкина О. А., Котов В. П., Мальцева М. М. и др. Система профилактики общественной опасности психически больных в России в 2006–2013 гг. (динамика показателей и анализ эффективности): Аналитический обзор. – М., 2015. – 192 с.
9. Макушкина О. А., Жарова Е. Н., Буравцев К. А. Дискуссионные вопросы прогнозирования риска общественной опасности с использованием HCR-20 (Оценка риска насилия; Версия 2) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 1 (90). – С. 47–53.
10. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных. – М., 1995. – 256 с.
11. Микилев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., Лобачева О. А., Корнетов А. Н., Семке А. В. Психометрическая оценка симптомов и клиническая динамика шизофрении в зависимости от конституционально-морфологического типа больных // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 58–64.
12. Тошчакова В. А., Вялова Н. М., Бойко А. С., Гусев С. И., Иванова С. А., Бокхан Н. А. Уровень кортизола и адrenomокортикотропного гормона у лиц с криминальным поведением // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12-1. – С. 81–84.
13. Трешутин В. А., Голдобина О. А., Щепин В. О. Тенденции психического здоровья населения крупного агропромышленного региона // Социальная гигиена, история медицины и управление здравоохранением. – 2003. – № 4. – С. 11–17.
14. Hart S. D. The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues // Legal and Criminological Psychology. – 1998. – Vol. 3. – P. 121–137.
15. Monahan J. A Jurisprudence of Risk Assessment: Forecasting Harm among Prisoners, Predators, and Patients // Virginia Law Review. 2006. – Vol. 92, No. 3. – P. 392–435.
16. Monahan J., Skeem J. L. Current Directions in Violence Risk Assessment // Current Directions in Psychological Science. – 2011. – Vol. 20, No. 1. – P. 38–42.
17. Simon R. I., Gold L. H. The American Psychiatric Publishing Textbook of Forensic Psychiatry. – Washington, 2010. – 726 p.
18. Singh J. P. Predictive Validity Performance Indicators in Violence Risk Assessment: A Methodological Primer // Behavioral Sciences and the Law. – 2013. – Vol. 31. – P. 8–22.
19. Singh J. P., Desmarais S. L., Hurducas C. et al. International Perspectives of the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries // International Journal of Forensic Mental Health. – 2014. – Vol. 13. – P. 193–206.
20. **Транслитерация русских источников.**
1. Bokhan N.A., Voevodin I.V. [Auto-destructivity in formation of addictive and neurotic disorders: suicidal and risky behavior]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2016; 1: 59–65. (In Russ.).
2. Grigor'ev S.I., Snedkov E.V. [Prospects for the use of standardized scales to assess risk of violent actions of the mentally ill]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2013; Vol. 1: 33–35 (In Russ.).
3. Gubler E.V. [Computational approaches of analysis and recognition of pathological processes]. Moscow, 1978. 294 p. (In Russ.).
4. Kotov V.P., Maltseva M.M. [Diagnosis of potential public danger]. In: [Functional diagnosis in forensic psychiatry]. Moscow, 2001; 8: 148-166. (In Russ.).
5. Makushkina O.A., Yakhimovich L.A. [Basic principles of activities of medical services in community-acquired prevention of socially dangerous actions of persons with mental disorders]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; Vol. 6 (75): 35–40. (In Russ.).
6. Makushkina O.A., Golland V.B., Yakhimovich L.A. [The value of medical measures in the system of prevention of socially dangerous actions of the mentally ill]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2013; Vol. 4: 20–26. (In Russ.).
7. Makushkina O.A., Yakhimovich L.A. [Repeated socially dangerous actions of persons with mental disorders: problems of prevention]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2014; Vol. 2: 4–11. (In Russ.).
8. Makushkina O.A., Kotov V.P., Maltseva M.M. et al. [Prevention of public danger of the mentally ill in Russia in 2006-2013 (indicators of the efficiency analysis): Analytical review]. Moscow, 2015. 192 p. (In Russ.).
9. Makushkina O.A., Zharova E.N., Buravtsev K.A. [Controversial issues of public risk prediction of risk using HCR-20 (Assessing risk of violence; Version 2)]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2016; Vol. 1(90): 47–53. (In Russ.).
10. Maltseva M.M., Kotov V.P. [Dangerous acts of mentally ill persons]. Moscow, 1995. – 256 p. (In Russ.).
11. Mikilev F.F., Kornetova E.G., Lobacheva O.A., Kornetov A.N., Semke A.V. [Psychometric evaluation of symptoms and clinical dynamics of schizophrenia in depending on constitutionally-morphological type of the patients]. *Byulleten' sibirskoi meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2016; 15, 2: 58–64. (In Russ.).
12. Toshchakova V.A., Vyalova N.M., Boiko A.S., Gusev S.I., Ivanova S.A., Bokhan N.A. [Cortisol and adrenocorticotrophic hormone level in male criminals]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Basic Research]. 2013; 12-1: 81–84. (In Russ.).
13. Treshutin V.A., Goldobina O.A., Shchepin V.O. [Trends of mental health of the population of a big agro-industrial region]. *Sotsial'naya gigiena, istoriya meditsiny i upravlenie zdravookhraneniem* [Social Hygiene, History of Medicine and Health Care Management]. 2003; 4: 11–17. (In Russ.).

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851:616.89-008.19:612.017.1
ББК 53.435+52.7+55.6+53.57

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАК- ТЕРИСТИКИ ОНКОБОЛЬНЫХ В КОНТЕКСТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Кайгородова Н. З.^{*1}, Парамонова О. В.²,
Прохоров Н. В.¹, Смирнова Я. К.¹,
Яценко М. В.¹

¹ ФГБОУ ВО Алтайский государственный университет
656049, Барнаул, Россия, пр. Ленина, 61

² КГБУЗ АККПБ им. Ю. К. Эрдмана
656022, Барнаул, ул. Суворова, 13

В исследовании на 27 женщинах, перенесших хирургическое вмешательство и химиотерапию по онкозаболеванию, показано, что сочетание цветопсихокоррекции и клубной терапии повышает эффективность психокоррекционной работы с онкобольными в ремиссии. Полученные результаты выявили улучшение психоэмоционального состояния и самооценки качества жизни, более выраженную нормализацию показателей иммунитета у онкобольных, прошедших комплексную психотерапию. **Ключевые слова:** психотерапия, клубная терапия, цветопсихокоррекция, психоэмоциональное состояние, самооценка качества жизни, иммунитет.

PSYCHOLOGICAL AND IMMUNOLOGICAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH CANCER IN THE CONTEXT OF THE FEATURES OF PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS. Kaigorodova N. Z.¹, Paramonova O. V.², Prokhorov N. V.¹, Smirnova Ya. K.¹, Yatsenko M. V.¹ ¹Altai State University. Lenin Avenue 61, 656049, Barnaul, Russian Federation. ² Yu. K. Erdman Altai Krai Clinical Psychiatric Hospital. Suvorov Street 13, 656022, Barnaul, Russian Federation. In a study conducted on 27 women who had undergone surgery and chemotherapy for cancer, it is shown that the combination of color-therapy, psycho-correction, and the club increases the efficiency of psychocorrective work with cancer patients in remission. The results showed improvement in the psycho-emotional state and self-assessment of quality of life, normalization of immunity parameters more pronounced in cancer patients who have passed comprehensive psychotherapy. **Keywords:** psychotherapy, group therapy, psycho-correction of color-psycho-emotional state, self-assessment of quality of life, the immune system.

* Кайгородова Надежда Захаровна, д.б.н., профессор каф. общей и прикладной психологии.

Парамонова Ольга Васильевна, врач-психотерапевт.

Прохоров Н. В., директор МИП ФПП ФГБОУ ВО Алтайский государственный университет.

Смирнова Яна Константиновна, к.п.н., ст. преподаватель каф. общей и прикладной психологии.

Яценко Михаил Владимирович, к.б.н., доцент каф. общей и прикладной психологии.

Введение. Любое тяжелое заболевание, в том числе и онкологическое, накладывает отпечаток на психическое и психологическое состояние человека. Поэтому важным направлением реабилитации больных является их психологическое сопровождение, значимость которого возрастает в связи с тем, что имеются исследования, подтверждающие зависимость лечебного эффекта от психического и психологического состояния больных [3, 8, 11, 15]. Отсюда необходим поиск наиболее эффективных подходов в психотерапии таких пациентов. Несмотря на имеющиеся в литературе данные, этот вопрос нельзя отнести к однозначно решенным.

В современной медицине и психологии заметен неослабевающий интерес к разным психологическим аспектам онкологических заболеваний, одним из них является поиск путей оказания социально-психологической помощи онкобольным [10, 11, 15, 16].

Оценивая психологические основы успешной реабилитации онкологических больных, в работах российских авторов [4, 5, 9, 14] в первую очередь отмечаются изменения, которым подвергается мотивационная сфера личности. Исследования, проведенные в США, Европе и России, показали, что пациенты с онкологическими заболеваниями, которые после выписки из клиники проходят курс психотерапии, не только способны улучшить качество жизни в условиях болезни, но и меньше подвержены ее рецидивам [19].

Известно, что хронический стресс всегда сопровождается иммунодепрессией [13, 2]. Это приводит к накоплению в организме злокачественно трансформированных клеток [20].

В настоящее время доказано наличие тесных взаимосвязей между нервной и иммунной системами организма, что послужило основой формирования такого научного направления, как психоиммунологии рака [1, 18, 22].

В литературе опубликованы данные, свидетельствующие о положительном изменении иммунной системы и психоэмоционального состояния у больных злокачественными опухолями при использовании немедикаментозной психокоррекции [3].

Принимая во внимание все вышесказанное, проблема поиска путей психологического сопровождения онкологических больных выступает как особо актуальная.

Цель исследования: изучить психологические и иммунологические особенности онкобольных в контексте разных подходов психотерапевтического вмешательства.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Алтайского краевого онкологического центра «Надежда». Были использованы следующие методы:

- Опросник MOS-SF-36 (известный как SF-36) (Ware J. E., 1993) используется для оценки качества жизни. Апробация методики проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург) (Новик А. А., Ионова Т. И., 2004).

- Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS) (Taylor G. J. et al., 1985) – инструмент для измерения и оценки алекситимии. Русскоязычная версия TAS-26 была адаптирована в НИИ им. В. М. Бехтерева.

- Вопросник симптомов тревоги и нарушений настроения (Mood and Anxiety Symptom Questionnaire, MASQ) – для измерения уровня общего дистресса, ангедонии и тревожности. Адаптирован Р. Котовым (2005).

- Шкала психологического стресса Ридера (Reeder L. G. et al., 1969).

- Клинический анализ крови с дифференцировкой лейкоцитов и проточная цитофлуориметрия с иммунограммой.

- Статистические методы анализа данных: корреляционный анализ, критерий Манна-Уитни для независимых выборок, критерий Вилкоксона для связанных выборок.

В исследовании принимали участие 27 женщин, находившихся в ремиссии, перенесших хирургическое вмешательство по онкозаболеванию, химиотерапию и получающие комплексное лечение на базе Алтайского краевого онкологического центра «Надежда» в возрасте от 40 до 64 лет. Было выделено две группы респондентов. В 1-ю группу (КТ) включены женщины, проходившие курс психотерапии с использованием программы «ЦветопсихоСоматика» (свидетельство о регистрации № 2007611273) и метода клубной терапии. 2-я группа (ЦПК) состояла из женщин, проходивших курс психотерапевтической интервенции с использованием только программы «ЦветопсихоСоматика».

Клубная терапия представляет собой комплексный курс, включающий мероприятия с использованием фитотерапии, терапии средой, музыкотерапии, литотерапии, иппотерапии, терапии творческим самовыражением по методике Бурно, а также целый набор психотерапевтических техник (медитативных, релаксационных, арттерапии, музыкотерапии, гештальтподхода, позитивной психотерапии). В целом клубная терапия развивает в человеке креативность, актуализирует дополнительные, скрытые способности и возможности клиента, мотивирует заболевшего человека на выздоровление. При этом у людей, прошедших такую психосоциальную реабилитацию, повышается социальный статус, выстраиваются новые межличностные отношения, меняются жизненные ценности, обретаются новые жизненные смыслы. Эффективность данного подхода была показана нами ранее [7].

Цветопсихокоррекция – метод психотерапии с использованием компьютерной программы «ЦветопсихоСоматика» (свидетельство о регистрации № 2007611273), автор: В. В. Дикунов. Эта технология является методом цветоимпульсной терапии и имеет ряд преимуществ. К их числу относятся: экологичность, минимизация субъективного фактора, а также возможность индивидуального подхода и прохождение процедуры в домашних условиях в удобное для больного время. В научной литературе существуют данные, свидетельствующие о положительном влиянии цветотерапии на психику человека [2, 6, 12, 17]. При просмотре 2–3 сеансов по 15–20 минут в день 1 курс занимает до 2 месяцев.

В 1-й группе первый и второй подходы осуществлялись параллельно.

Результаты и их обсуждение. На первом этапе исследования проведена оценка исходного психологического состояния больных обеих групп. Полученные результаты свидетельствовали, что более 86 % испытуемых имели высокие показатели по методике «Торонтская алекситимическая шкала», что говорит о трудности в понимании и описании словами собственных чувств, о сложностях дифференцировки чувств и телесных ощущений, бедности воображения, заострении внимания преимущественно на внешних событиях, нежели на внутренних переживаниях респондентов. Такой высокий уровень алекситимии у больных мог проявиться вследствие временной реакции на депрессию и тревогу, связанную с физическими и психологическими трудностями в процессе лечения в послеоперационный период.

Кроме того, было выявлено, что подавляющее число женщин (92 %) имеют средний и высокий уровни стресса по результатам методики самооценки уровня стресса – тесту Ридера. Эти данные свидетельствуют о необходимости принятия мер по снятию нервно-психического напряжения путем проведения психокоррекционной работы у онкобольных женщин.

Сравнительный анализ полученных результатов выявил отсутствие значимых различий между 1-й и 2-й группами в исходном состоянии в психологическом статусе больных.

На следующем этапе было проведена оценка психоэмоционального состояния и субъективная оценка качества жизни онкобольных женщин до и после коррекционных мероприятий в сравниваемых группах (табл. 1).

Полученные результаты показали значимые изменения в психоэмоциональном состоянии женщин 1-й группы (КТ) после проведения курса цветопсихокоррекции и клубной терапии, проявившиеся в снижении показателя общего дистресса ($p=0,001$) и в улучшении субъективной оценки качества жизни по физическому

функционированию ($p=0,043$), общему здоровью ($p=0,022$), жизнеспособности ($p=0,024$) и социальному функционированию ($p=0,036$).

Таблица 1

Средние значения показателей психоэмоционального состояния и субъективной оценки качества жизни в 1-й и 2-й группах до и после психотерапевтического вмешательства

Показатель	1-я группа (КТ)		2-я группа (ЦПК)	
	до	после	до	после
Общий дистресс	81,40± 3,8*	69,0± 3,06***	81,44± 3,8**	73,40± 4,0***
Физическое функционирование	67,03± 4,6*	76,96± 4,4*	66,11± 4,4**	74,44± 4,3**
Жизнеспособность	49,26 ± 4,3*	60,89± 3,9*	48,74± 4,3**	55,19± 4,3**
Общее здоровье	56,52± 4,1*	64,43± 3,8*	56,78± 4,1**	61,74± 4,6**
Социальное функционирование	66,20± 5,3*	81,70± 4***	66,07± 5,2	67,59± 5,3***

Примечание. * – Различия достоверны между замерами до и после терапии в 1-й группе с уровнем значимости $p \leq 0,05$; ** – различия достоверны между замерами до и после терапии во 2-й группе с уровнем значимости $p \leq 0,05$; *** – различия достоверны между группами с уровнем значимости $p \leq 0,05$.

Во 2-й группе (ЦПК) выявлены значимые различия по дескрипторам психоэмоционального состояния и субъективной оценке качества жизни, таким как снижение показателя общего дистресса ($p=0,012$) и улучшение самооценки физического функционирования ($p=0,003$), общего здоровья ($p=0,038$), жизнеспособности ($p=0,024$).

Самооценка физического функционирования отражает степень, в которой физическое состояние больного ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба и т. п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья, что наблюдается в исходном состоянии в обеих группах респондентов.

Самооценка общего состояния здоровья отражает оценку большими своим состоянием здоровья и перспектив лечения. Чем был ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья, что наблюдается в исходном состоянии в обеих группах респондентов.

Самооценка жизнеспособности подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности, что наблюдается в исходном состоянии в обеих группах респондентов.

После психотерапии наблюдалось улучшение самооценки качества жизни по этим показателям, причем более выраженное в 1-й группе, что проявилось достоверно более низким уровнем в этой группе общего дистресса ($p=0,043$), тенденцией к более высокому уровню жизнеспособности ($p=0,063$).

В этой же группе респондентов была выявлена более позитивная оценка «социального функционирования» во второй замер по сравнению со 2-й группой ($p=0,002$), что говорит о том, что эти женщины более эффективно прошли процесс социальной адаптации. Это, безусловно, является особенно актуальным для онкобольных.

Полученные результаты свидетельствуют, что сеансы цветокоррекции в комплексе с глубокой терапией позволяют за счёт мобилизации внутренних ресурсов саморегуляции в большей степени улучшить психоэмоциональное состояние больных женщин, устранить последствия негативного действия психотравмирующих факторов, улучшить самооценку качества жизни и социальное функционирование.

Из литературы известна связь психических факторов и состояния иммунитета [1, 3, 13, 18]. В связи с этим был проведен корреляционный анализ между исследуемыми психологическими особенностями онкобольных женщин и показателями крови и иммунограммы.

Анализ корреляционных матриц выявил в исходном состоянии значимые положительные связи между уровнем общего дистресса и количеством лейкоцитов ($r=0,486$), лимфоцитов ($r=0,442$), Т-лимфоцитов ($r=0,412$), В-лимфоцитов ($r=0,479$), между уровнем тревожного возбуждения и количеством лейкоцитов ($r=0,604$), тромбоцитов ($r=0,451$), нейтрофилов ($r=0,405$), лимфоцитов ($r=0,527$), моноцитов ($r=0,679$), Т-лимфоцитов ($r=0,429$), В-лимфоцитов ($r=0,759$). В свою очередь отрицательные связи обнаружены между уровнем общего дистресса и иммунорегуляторным индексом ($r=-0,40$), между самооценкой эмоционального функционирования и количеством лейкоцитов ($r=-0,498$), лимфоцитов ($r=-0,577$), Т-лимфоцитов ($r=-0,47$), В-лимфоцитов ($r=-0,407$).

Таким образом, чем хуже психоэмоциональное состояние человека, тем меньше количество лейкоцитов в крови, тем слабее гуморальный и клеточный иммунитет.

Самооценка общего здоровья положительно связана с количеством эритроцитов ($r=0,46$), уровнем гемоглобина в крови ($r=0,488$) и отрицательно связана с количеством В-лимфоцитов ($r=-0,404$).

Самооценка боли положительно коррелировала с уровнем иммуноглобулина IgG ($r=0,502$) и отрицательно связана с количеством тромбоцитов ($r=-0,426$), незрелых гранулоцитов ($r=-0,408$), Т-лимфоцитов ($r=-0,436$).

Фактор силы отрицательно связан с количеством нейтрофилов ($r=-0,438$), В-лимфоцитов ($r=-0,443$).

Фактор алекситимии положительно связан с количеством В-лимфоцитов ($r=0,613$), моноцитов ($r=0,421$), с онкомаркером СА-125 ($r=-0,381$).

Самооценка физического функционирования отрицательно коррелировала с количеством моноцитов ($r=-0,472$), В-лимфоцитов ($r=-0,41$), с онкомаркером HE-4 ($r=-0,442$).

Самооценка социального функционирования отрицательно связана с количеством Т-лимфоцитов ($r=-0,489$) и имела положительную связь с онкомаркером ($r=0,383$).

Самооценка жизнеспособности связана положительной корреляцией с онкомаркером СА-153 ($r=0,536$) и имеет отрицательную связь с количеством Т-лимфоцитов ($r=-0,416$).

Фактор активности характеризуется положительной связью с количеством Т-хелперов ($r=0,423$). Фактор ангедонии имеет положительную связь с количеством В-лимфоцитов ($r=0,443$). Самооценка психологического здоровья положительно связана с онкомаркером СА-125 ($r=0,486$).

Таким образом, наблюдается взаимосвязь психоэмоциональных особенностей онкобольных и самооценки различных сфер качества жизни с показателями крови, характеристиками гуморального и клеточного иммунитета, уровнем онкомаркеров в крови больных женщин.

На следующем этапе исследования проведен анализ динамики показателей крови, иммунитета и онкомаркеров в связи с особенностями проводившейся психотерапевтической работы (табл. 2).

Таблица 2
Средние значения показателей крови в 1-й и 2-й группах до и после психотерапевтического вмешательства

Показатель	1-я группа (КТ)		2-я группа (ЦПК)	
	до	после	до	после
Нейтрофилы ($\cdot 10^9$)/л	3,28±0,8*	3,09±1,25***	2,14±0,7*	2,15±0,71***
Гемоглобин (г/л)	128,5±8,4	133,6±8,4***	124,3±8,7	125,3±10,2***
Лейкоциты ($\cdot 10^9$)/л	4,62±2,2	5,58±1,79***	4,33±1,7	4,17±1,3***
Т-хелперы (тыс. /мкм)	400,97±20,85	584,8±48,8***	385,88±34,53	463,2±32,66***
В-лимфоциты (тыс. /мкм)	210,85±34,6	254,78±50,7***	195,5±32,2	203,4±44,8***

Примечание. * – Различия достоверны между группами до психотерапии с уровнем значимости $p \leq 0,05$; ** – различия достоверны между замерами (до и после психотерапии) с уровнем значимости $p \leq 0,05$; *** – различия достоверны между группами после психотерапии с уровнем значимости $p \leq 0,05$.

В исходном состоянии сравниваемые группы достоверно различались ($p=0,039$) количеством нейтрофилов, которых в 1-й группе обнаружено больше.

После сеансов психотерапии, как можно видеть из представленных в таблице 2 данных, только в 1-й группе достоверно улучшились показатели клеточного и гуморального иммунитета: лейкоциты ($p=0,037$), Т-хелперы ($p=0,028$), В-лимфоциты ($p=0,058$).

Обнаружено, что после проведения коррекционных мероприятий во 2-й группе оказались достоверно выше уровни гемоглобина ($p=0,035$), лейкоцитов ($p=0,037$) и нейтрофилов ($p=0,039$), Т-хелперов ($p=0,38$) и В-лимфоцитов ($p=0,033$).

Выводы. Таким образом, полученные результаты выявили улучшение психоэмоционального состояния и самооценки качества жизни, нормализацию показателей иммунитета, более выраженное у онкобольных, прошедших комплексную психотерапию. Показано, что цветопсихокоррекция создает условия для осуществления осознанного выбора оптимальной поведенческой реакции и облегчения произвольной регуляции психических функций и вегетативных реакций благодаря оптимизации нервных процессов в коре головного мозга. Клубная терапия через использование комплекса методик и включение онкобольных в активную социальную жизнь улучшает состояние психической сферы испытуемых. Обосновано положение, что сочетание цветопсихокоррекции и клубной терапии повышает эффективность психокоррекционной работы с онкобольными в период ремиссии.

Литература

1. Абрамова Т. Я. Характеристика иммунной системы у здоровых людей с разными показателями высшей нервной деятельности: автореф. дис. ... д.м.н. – Новосибирск, 2004. – 39 с.
2. Буторин Г. Г., Щеглова И. И. Преодоление симптомов посттравматического стрессового расстройства у сотрудников органов внутренних дел с применением средств аудиовизуальной стимуляции // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2012. – № 2 (50). – С. 107–110.
3. Бухтояров О. В. Иммунологические и психологические характеристики больных злокачественными опухолями, их взаимосвязи и динамика в процессе психокоррекции: автореф. дис. ... д.м.н. – СПб., 2011. – 37 с.
4. Герасименко В. П., Тхостов А. Ш., Коцуг Н. Т. Психологическое исследование отношения к онкологическим больным // Вестник АМН. – 1988. – № 12. – С. 46–50.
5. Герасименко В. П., Тхостов А. Ш., Голубев А. Н. Реабилитация больных злокачественными опухолями легкого // Реабилитация онкологических больных. – М., 1988. – С. 136–156.
6. Головин М. С., Айзман Р. И. Повышение психофункциональных резервов организма студентов под влиянием аудиовизуальной стимуляции // Вестник НГПУ. – 2014. – № 5 (21). – С. 119–126.
7. Кайгородова Н. З., Любимова О. М., Петрова В. Д., Парамонова О. В. Некоторые психологические особенности онкобольных в связи с особенностями коррекционной работы // Известия Алтайского государственного университета. – 2014. – Т. 2, № 2 (82). – С. 22–26.
8. Коцуг Н. Г. Влияние личностных особенностей и социального окружения на реабилитацию онкологических больных: автореф. дис. ... к.п.н. – М., 1990. – 24 с.
9. Куприянова И. Е., Тузиков С. А., Гураль Е. С. Качество жизни и психические расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями различных локализаций // Сибирский онкологический журнал. – 2014. – № 2 (62). – С. 65–70.
10. Лебедева Е. В., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Васильева С. Н., Лукьянова Е. В., Бальчева Т. А., Яковлева А. Л., Суровцева А. К., Смирнова Н. С., Соснина М. В.

- Результаты комплексной реабилитации пациентов специализированного психиатрического стационара, страдающих депрессивными расстройствами, сочетанными с онкозаболеваниями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2016. – № 4 (93). – С. 124–130.
11. Семке В. Я., Чойнзонов Е. Л., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н. Развитие сибирской психоонкологии. – Томск, Изд-во ТГУ, 2008. – 198 с.
 12. Серов Н. В. Светоцветовая терапия. (Терапевтическое значение цвета: информация – цвет – интеллект). – СПб: «Речь», 2001. – С. 329.
 13. Система иммунитета и психологическая защита в механизмах психоэмоционального стресса / В. Б. Никитина, Т. П. Ветлугина, О. А. Лобачева, Т. И. Невидимова, И. Я. Стоянова. – Ижевск: Изд-во «КнигоГрад», 2014. – 124 с.
 14. Тхостов А. Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: автореф. дис. ... к.п.н. – М., 1980. – 20 с.
 15. Тхостов А. Ш., Лактионова А. И. Психологические аспекты восстановительного лечения больных, оперированных по поводу рака желудка // Вопросы онкологии. – 1990. – № 2. – С. 215–220.
 16. Чаплин А. В. Проблема века. – М.: Знание, 1990 – 240 с.
 17. Яценко М. В., Кайгородова Н. З., Молоков М. В., Белкин М. Н. Эффект воздействия цветостимуляции на ситуативную тревожность и умственную работоспособность студентов первого курса // Известия Алтайского государственного университета. – 2014. – № 2. 2, № 1 (82). – С. 79–83.
 18. Ader R., Felten D. L., Cohen N. Psychoneuroimmunology – San Diego: Academic Press, 2001. – 1583 p.
 19. Astin J. A., Shapiro J., Shapiro D. Psychological control and morbidity/mortality in breast cancer patients: A 20-year follow-up study // Behavioral Medicine. – 2013. – Vol. 39 (1). – P. 7–10.
 20. Michael H. Antoni et al. The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms // Nature Reviews Cancer. – 2006. – Vol. 6, № 3. – P. 240–248 // <http://www.nature.com/nrc/journal/v6/n3/full/nrc1820.html>
 21. Segerstrom S. C., Miller G. E. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry // Psychol. Bull. – 2004. – Vol. 130, № 4. – P. 601–630.
 22. Vedhara K., Irwin M. Human psychoneuroimmunology. – N. Y.: Oxford Univ. Press, 2005. – 368 p.
 7. Kaigorodova N.Z., Lyubimova O.M., Petrova V.D., Paramonova O.V. [Some psychological characteristics of cancer patients and the peculiarities of psycho-correction activity]. *Izvestiya Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta* [Proceedings of the Altay State University]. 2014; 2, 2 (82): 22–26. (In Russ.).
 8. Koshchug N.G. [Influence of personality traits and social environment on rehabilitation of cancer patients]. *Avtoref. dis. ... k.p.n.* [Abstract of PhD thesis for psychology]. M., 1990. 24 p. (In Russ.).
 9. Kupriyanova I.E., Tuzikov S.A., Gural E.S. [Life quality and mental disorders in cancer patients]. *Sibirskii onkologicheskii zhurnal* [Siberian Oncological Journal]. 2014; 2 (62): 65–70. (In Russ.).
 10. Lebedeva E.V., Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Vasilieva S.N., Lukiyanova E.V., Balycheva T.A., Yakovleva A.L., Surovtseva A.K., Smirnova N.S., Sosnina M.V. [Results of complex rehabilitation of patients of specialized psychiatric hospital suffering from depressive disorders combined with oncologic diseases]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2016; 4 (93): 124–130. (In Russ.).
 11. Semke V.Ya., Choinzonov E.L., Kupriyanova I.E., Balatskaya L.N. [Development of Siberian psychooncology]. Tomsk, Publishing house of TSU, 2008. 198 p. (In Russ.).
 12. Serov N.V. [Light-color therapy (Therapeutic value of color: information – color – intelligence)]. SPb: "Rech", 2001; 329. (In Russ.).
 13. Nikitina V.B., Vetlugina T.P., Lobacheva O.A., Nevidimova T.I., Stoyanova I.Ya. [System of immunity and psychological defense in mechanisms of psycho-emotional stress]. Izhevsk: Publishing House "KnigoGrad", 2014. 124 p. (In Russ.).
 14. Tkhostov A.Sh. [Psychological analysis of personality alterations in some cancer diseases]. *Avtoref. dis. ... k.p.n.* [Abstract of PhD thesis for psychology]. M., 1980. 20 p. (In Russ.).
 15. Tkhostov A.Sh., Laktionova A.I. [Psychological aspects of restorative treatment of patients after surgery for stomach cancer]. *Voprosy onkologii* [Issues of Oncology]. 1990; 2: 215–220. (In Russ.).
 16. Chaklin A.V. [Problem of the century]. M.: Znanie, 1990. 240 p. (In Russ.).
 17. Yatsenko M.V., Kaigorodova N.Z., Molokov M.V., Belkin M.N. [The effect of color-stimulation on situational anxiety and mental efficiency of first year students]. *Izvestiya Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta* [Proceedings of the Altay State University]. 2014; 2, 1 (82): 79–83. (In Russ.).
- Транслитерация русских источников**
1. Abramova T.Ya., [Characteristics of the immune system in healthy people with different indices of higher nervous activity]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. Novosibirsk, 2004. 39 p. (In Russ.).
 2. Butorin G.G., Shcheglova I.I. [Overcoming of posttraumatic stress disorder symptoms in the police staff using the method of audiovisual stimulation]. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Kemerovo State University]. 2012; 2: 107–110. (In Russ.).
 3. Bukhtoyarov O.V. [Immunological and psychological characteristics of patients with cancer tumors, their interrelationships and dynamics in the process of psycho-correction]. *Avtoref. dis. ... d.m.n.* [Abstract of MD thesis]. SPb, 2011. 37 p. (In Russ.).
 4. Gerasimenko V.P., Tkhostov A.Sh., Koshchug N.T. [Psychological investigation of the attitude towards cancer patients]. *Vestnik AMN* [Bulletin of the Academy of Medical Sciences]. 1988; 12: 46–50. (In Russ.).
 5. Gerasimenko V.P., Tkhostov A.Sh., Golubev A.N. [Rehabilitation of patients with malignant lung tumors]. In: [Rehabilitation of cancer patients]. M., 1988; 136–156. (In Russ.).
 6. Golovin M.S., Aizman R.I. [Increase of psycho-functional reserves of student's organism under influence of audiovisual stimulation]. *Vestnik NGPU* [Bulletin of Novosibirsk State Pedagogical University]. 2014; 5 (21): 119–126. (In Russ.).

УДК 615.851:613.99:618.2:616.36-002
ББК 53.57+57.161.1+55.141.16

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

¹Куприянова И. Е. *, ²Чуйкова К. И.,
²Ковалева Т. А., ²Спивак С. В.,
²Петрова Е. И., ²Минакова Ю. В.

¹ Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, Россия, ул. Алеутская, 4

² ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России
634050, Томск, Московский тракт, 2

Цель настоящей работы – разработать психотерапевтические подходы для беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С с учетом психопатологических проявлений, уровня тревоги и субъективной оценки качества жизни. В исследование включены 493 беременных, из них 156 (31,6 %) с диагнозом ХГВ и 337 (68,4 %) с диагнозом ХГС. Для квалификации уровня психического здоровья использованы клинико-психопатологический метод, клинические шкалы и психологические методы («Шкала тревоги Гамильтона» и «Роза качества жизни»). В ходе клинико-психопатологического обследования отсутствие психических расстройств установлено у 82 пациенток (16,6 %), невротические расстройства (F4) зарегистрированы у 109 беременных (22,1 %), расстройства личности (F6) диагностированы у 28 беременных (5,9 %), аффективная патология (F3) выявлена у 19 больных (3,8 %), органическая патология (F0) диагностирована у 15 пациентов (3,0 %). У большинства пациенток (240 – 48,6 %) психическое состояние характеризовалось психодезадаптационным синдромом с выраженными астеническими проявлениями. Более половины беременных одновременно имели повышение тревоги и низкий уровень качества жизни. Разработаны трехэтапные психореабилитационные программы. **Ключевые слова:** психотерапия, беременные, гепатиты В и С, психическое здоровье, уровень тревоги, качество жизни, программы психореабилитации.

PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES IN THE COURSE OF COMPLEX REHABILITATION OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC HEPATITIS B AND C. ¹Kupriyanova I. E., ²Chuykova K. I., ²Kovaleva T. A., ²Spivak S. V., ²Petrova E. I., ²Minakova Yu. V. ¹Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. ²Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation. The aim of this work is to develop therapeutic approaches for pregnant women with chronic viral hepatitis B and C (CHB and CHC), taking into account the psychopathological symptoms, level of anxiety and subjective assessment of quality of life. The study included 493 pregnant women, of whom 156 (31.6 %) were diagnosed with CHB and 337 (68.4 %) women with diagnosis of CHC. For qualifying the level of mental health we used the following methods: clinical psychopathological, clinical and psychological scales (Hamilton Anxiety Scale and Rose of Quality of Life Scale).

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

During the clinical-psychopathological examination of absence of mental disorders was identified in 82 patients (16.6 %), neurotic disorders (F4) have been reported in 109 pregnant women (22.1 %), personality disorders (F6) were diagnosed in 28 pregnant women (5.9 %), affective disorders (F3) were identified in 19 patients (3.8 %), organic disorders (F0) were diagnosed in 15 patients (3.0 %). In most patients (240 – 48.6 %) mental state was characterized by psychodisadaptive syndrome with severe asthenic manifestations. More than half of the pregnant women had a high anxiety level and a low level of quality of life. The 3-stage psychorehabilitative programs have been developed. **Keywords:** psychotherapy, pregnant women, hepatitis B and hepatitis C, mental health, anxiety level, quality of life, programs of psychorehabilitation.

Хронические гепатиты (ХГ) В и С относятся к социально значимым инфекциям, получившим широкое распространение во всем мире. В России уровень носительства вируса гепатита В среди практически здорового взрослого населения колеблется от 1,5 до 10 %, что составляет не менее 5 млн человек; носителей вируса гепатита С насчитывается не менее 2 млн человек (Онищенко Г. Г., 2001).

Информация о впервые выявленном инфицировании ВГВ и ВГС может явиться мощным стрессогенным фактором для беременной женщины, способным вызвать дезадаптацию и негативное воздействие на течение беременности, повышение риска осложнений во время беременности и родов.

Частота осложнений беременности у женщин имеет взаимосвязь с наличием психоэмоциональных нарушений [3, 4, 8]. Значимые негативные события в жизни человека могут существенно влиять на здоровье, провоцировать различные психопатологические расстройства [2, 6]. Собственное заболевание зачастую рассматривается пациентами с невротическими расстройствами как психотравмирующая ситуация [5, 7].

Цель настоящей работы – разработать психотерапевтические подходы для беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С с учетом психопатологических проявлений, уровня тревоги и субъективной оценки качества жизни.

Материалы и методы. В исследование включены 493 беременных, из них 156 (31,6 %) с диагнозом ХГВ и 337 (68,4 %) с диагнозом ХГС. Возраст обследуемых составил от 18 до 42 лет (средний возраст 28,9±0,9 года). Контрольную группу составили 80 здоровых беременных женщин в возрасте от 18 до 40 лет.

Все обследованные беременные с хроническими гепатитами В и С подписали информированное согласие на участие в данном исследовании. Для квалификации уровня психического здоровья использованы клинико-психопатологический метод, клинические шкалы и психологические методы: «Шкала тревоги Гамильтона» (Hamilton anxiety rating scale – HARS) и «Роза качества жизни» по И. А. Гундарову (1995).

Статистическую обработку материала проводили с помощью сравнительного анализа количественных данных, соответствующих закону нормального распределения, и расчета параметрических показателей t-критерия Стьюдента, описание их приводится в виде средней величины (M), стандартного отклонения (SD), стандартной ошибки среднего (SEM). Парные сравнения проведены с помощью теста Уилкоксона и скорректированы для множественных сравнений по методу Y. Hochberg (1988) с выполнением процедуры Бонферрони для нескольких тестов значимости.

Результаты. В ходе клинико-психопатологического обследования отсутствие психических расстройств установлено у 82 пациенток (16,6 %), невротические расстройства (F4) зарегистрированы у 109 беременных (22,1 %), расстройства личности (F6) диагностированы у 28 беременных (5,9 %), аффективная патология (F3) выявлена у 19 больных (3,8 %), органическая патология (F0) диагностирована у 15 пациентов (3,0 %). У большинства пациенток (240 женщин, 48,6 %) психическое состояние характеризовалось психодезадаптационным синдромом с выраженными астеническими проявлениями.

Изменения психического состояния наблюдались после того, как пациентки узнавали о наличии у них хронического вирусного гепатита. Появлялись опасения за состояние здоровья будущего ребенка, обострение семейных проблем, страхи за собственное здоровье. Утяжелению психического состояния способствовали данные о вероятных путях передачи инфекции (табл. 1).

Если информация о инфицировании гепатитом С (внутривенное употребление наркотиков, наличие инфицированных половых партнеров, проживание на эндемичных территориях) воспринималась беременными адекватно, то другие (бытовые) способы инфицирования были дополнительными психотравмирующими факторами.

Исследование уровня тревоги и показателей качества жизни показало, что беременные с ХВГ, при сравнении с практически здоровыми беременными, имели повышенный уровень тревоги (Me [Q1-Q3]), причем как соматической (4,0 [0,5-6,0] и 0,0 [0,0-1,5] соответственно; $p < 0,001$), так и психической (4,0 [2,5-6,0] и 1,0 [0,0-2,0] соответственно; $p < 0,001$), нейровегетативной (2,0 [1,0-4,0] и 0,0 [0,0-2,0] соответственно; $p = 0,001$), а также в совокупности суммарной тревоги (12,0 [5,0-15,5] и 2,0 [0,0-5,0] соответственно; $p < 0,001$) (табл. 2).

Анализ взаимосвязи между развитием тревоги и снижением КЖ у беременных с ХВГ и ХГС выявил высокую степень сопряженности как при ХВГ, так и при ХГС.

Таблица 1

Частота встречаемости (%) вероятных путей передачи инфекции при эпиданамнезе у беременных женщин с ХВГ и ХГС

Вероятный путь заражения	ХВГ (n=156)		ХГС (n=337)		χ^2 (F)	p
	n	%	n	%		
Внутривенное употребление наркотиков	1	0,6	27	8,0	10,23	0,001
Внутривенное употребление наркотиков у половых партнеров	0	0	30	8,9	14,70	<0,001
Наличие в семье инфицированных лиц	28	17,9	17	5,0	21,66	<0,001
Наличие инфицирования супруга (полового партнера)	18	11,5	49	14,5	1,65	0,199
Проживание на эндемичных территориях	25	16,0	14	4,2	28,21	<0,001
Стоматологические вмешательства	94	60,3	216	64,1	0,54	0,462
Оперативные вмешательства, в т. ч.:	87	55,8	233	69,1	8,37	0,004
- медицинские аборт	70	44,9	200	59,3	9,02	0,003
- аппендэктомии	27	17,3	28	8,3	8,71	0,003
- другие оперативные вмешательства	4	2,6	21	6,2	2,98	0,084
Эндоскопические вмешательства	37	23,7	77	22,8	0,53	0,767
Переливание крови и ее компонентов	13	8,3	35	7,7	0,86	0,354
Выполнение профессиональных обязанностей (медработники)	6	3,8	16	4,7	0,19	0,662
Косметические процедуры, в т. ч.:	84	53,8	190	56,4	0,17	0,579
- маникюр	77	49,4	172	51,0	0,08	0,779
- педикюр	17	10,9	45	13,4	0,55	0,459
- пирсинг	12	7,7	33	9,8	0,54	0,464
- татуировки	9	5,8	23	6,8	0,18	0,670
Неуточненный	9	5,8	15	4,5	0,20	0,705

Примечание. p – Достоверность различий между группами беременных с ХВГ и ХГС. Здесь и в последующих таблицах χ^2 – критерий хи-квадрат, F – точный критерий Фишера.

Таблица 2

Сопряженность снижения уровня качества жизни у беременных с ХВГ и ХГС с развитием тревоги

Группа беременных	Оценка тревоги по шкале HARS	Оценка КЖ		Итого
		≤ 46 баллов	≥ 46 баллов	
ХВГ n=156	≥14 баллов	41 (59,4 %)	17 (19,5 %)	58 (37,2 %)
	≤ 14 баллов	28 (40,6 %)	70 (80,5 %)	98 (62,8 %)
	Итого	69 (100 %)	87 (100 %)	156 (100 %)
$\chi^2=26,20; p<0,001$				
ХГС n=336	≥14 баллов	85 (50,6 %)	56 (33,3 %)	141 (42,0 %)
	≤ 14 баллов	83 (89,9 %)	112 (66,7 %)	195 (58,0 %)
	Итого	168 (100 %)	168 (100 %)	336 (100 %)
$\chi^2=10,28; p=0,001$				
Общая ХВГ n=492	≥14 баллов	126 (53,2 %)	73 (28,8 %)	199 (40,4 %)
	≤ 14 баллов	111 (46,8 %)	182 (71,4 %)	293 (59,6 %)
	Итого	237 (100 %)	256 (100 %)	492 (100 %)
$\chi^2=30,70; p<0,001$				

Как продемонстрировано в таблице 2, более половины беременных с ХВГ и ХГС имели одновременно повышение тревоги и низкий уровень качества жизни.

Реабилитационная тактика для беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С имеет особые сложности: наличие психических расстройств и дезадаптационных состояний значительно утяжеляло течение беременности, вместе с тем применение психофармакологических средств у данной когорты пациенток полностью исключалось. Кроме вышеперечисленных проблем, в группе беременных с хроническими гепатитами В и С выявлено большое число мигрантов из стран ближнего зарубежья (табл. 3).

Таблица 3
Социально-демографическая характеристика беременных с ХГВ и ХГС

Национальность	ХГВ (n=156)	ХГС (n=337)	Здоровые (n=80)	Всего (n=573)
Русские	140 (89,7 %)	327 (97,0 %)	76 (94,8 %)	543 (94,8 %)
Таджички	5 (3,2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	5 (0,9 %)
Киргизки	4 (2,6 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (0,7 %)
Татарки	2 (1,3 %)	6 (1,8 %)	1 (1,3 %)	9 (1,6 %)
Корейнки	2 (1,3 %)	0 (0 %)	1 (1,3 %)	3 (0,5 %)
Узбечки	1 (0,6 %)	2 (0,6 %)	1 (1,3 %)	4 (0,7 %)
Чеченки	1 (0,6 %)	1 (0,3 %)	0 (0 %)	2 (0,3 %)
Азербайджанки	1 (0,6 %)	0 (0 %)	1 (1,3 %)	2 (0,3 %)
Казашки	0 (0 %)	1 (0,3 %)	0 (0 %)	1 (0,2 %)

Была сформирована специализированная группа, в которую вошло 30 пациенток, для которых в последующем разработана отдельная реабилитационная программа. Программа включала 3 уровня. Первый уровень – образовательный, второй – семейная психотерапия, третий – релаксационная психотерапия. Образовательный уровень включал знакомство беременных с особенностями и течением неврозов и вирусных гепатитов. Семейная психотерапия была чрезвычайно важным аспектом в работе исходя из культурно-национальных традиций; мнение, одобрение и поддержка супруга являлось одной из важных составляющих успешной психореабилитации. Проводившаяся на заключительном этапе релаксационная терапия позволяла устранить симптомы психического напряжения и помочь женщинам психологически подготовиться к родам.

Реабилитационная тактика основной группы включала образовательный этап, этап когнитивной психотерапии и этап релаксационной психотерапии. При проведении образовательного этапа мы столкнулись с проблемой искаженной информации, полученной из интернет-источников или со слов знакомых. На этапе когнитивной психотерапии нивелировались иррациональные установки и проводилась работа по принятию ситуации и формированию позитивных установок.

При проведении курса психокоррекции у беременных с ХГ В и С в динамике отмечалось 1) снижение уровня суммарной тревоги ($p=0,012$) за счет уменьшения тревоги невро-

гетативной ($p=0,009$), психической ($p=0,001$) и соматической ($p=0,016$); 2) повышение суммарной оценки качества жизни ($p=0,044$) за счет увеличения уровней психического ($p=0,046$) и социального ($p=0,034$) статусов; 3) повышение суммарной оценки CLDQ ($p=0,018$) за счет снижения соматических симптомов ($p=0,043$), улучшения эмоционального функционирования ($p=0,026$), уменьшения беспокойства ($p=0,016$).

Таким образом, психореабилитационные программы повышают уровень психического здоровья за счет снижения уровня тревоги, повышения субъективной оценки качества жизни и являются важной стратегией в комплексной реабилитации беременных с хроническими вирусными гепатитами В и С.

Литература

1. Онищенко Г. Г. О состоянии заболеваемости инфекционными гепатитами в Российской Федерации и неотложных медицинских мерах по ее стабилизации // Вопросы вирусологии. – 2001. – Т. 46, № 4. – С. 4–7.
2. Вельтищев Д. Ю. Расстройство адаптации как стрессовый синдром: психопатология и терапия // Доктор.Ру. – 2013. – № 5 (83). – С. 76–81.
3. Куприянова И. Е., Ефанова Т. С., Захаров Р. И. Психотерапевтическая коррекция и реабилитация нарушений психического здоровья у беременных с угрозой невынашивания // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 4. – С. 46–50.
4. Гарданова Ж. Р., Шмаков Р. Г., Гацаева Л. Т., Меньшикова А. А. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности // Гинекология. – 2011. – № 4. – С. 24–28.
5. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Шушпанова Т. В. Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 3. – С. 78.
6. Харитонов С. В., Семке В. Я., Аксенов М. М. Психофизиология неврозов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1999. – Т. 99, № 6. – С. 59.
7. Ахалкина В. И., Федин А. И., Аведисова А. С., Ахалкин Р. В. Эффективность фенотропила при лечении астенического синдрома и синдрома хронической усталости // Рецепт. – 2008. – № 5 (61). – С. 79–84.
8. Reck C., Zimmer K., Dubber S. et al. The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome // Arch. WomensMent. Health. – 2013. – Vol. 16, N 5. – P. 363–369.

Транслитерация русских источников

1. Onishchenko G.G. [On the status of the incidence of infectious hepatitis in the Russian Federation and emergency medical measures for its stabilization]. *Voprosy virusologii* [Issues of Virology]. 2001; 46, 4: 4–7. (In Russ.).
2. Veltishchev D.Y. [Adjustment disorder as a stress syndrome: psychopathology and therapy]. *Doctor.Ru*. 2013; 5 (83): 76–81. (In Russ.).
3. Kupriyanova I.E. Efanova T.S., Zakharov R.I. [Psychotherapeutic correction and rehabilitation of mental health disorders in pregnant women with threat of miscarriage]. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]. 2014; 4: 46–50. (In Russ.).
4. Gardanova Y.R., Shmakov R.G., Gatsaeva L.T., Menshikova A.A. [Features of pregnancy, childbirth and the postpartum period in women with mixed anxiety and depressive disorders in terms of socio-economic instability]. *Ginekologiya* [Gynecology]. 2011; 4: 24–28. (In Russ.).

5. Semke V.Ya., Kupriyanova I.E., Shushpanova T.V. [Mental health of Siberian and Far East populations]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2007; 107, 3: 78. (In Russ.).
6. Kharitonov S.V., Semke V.Ya., Axenov M.M. [Psychophysiology of neuroses]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1999; 99, 6: 59. (In Russ.).
7. Akhapkina V.I., Fedin A.I., Avedisova A.S., Akhapkin R.V. [Efficiency of phenotropil in therapy of asthenic syndrome and chronic fatigue syndrome]. *Retsept* [Prescription]. 2008; 5 (61): 79—84. (In Russ.).

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.891:615.851:159.9
ББК Р64+Ю953

К ВОПРОСУ О МНОГОАСПЕКТНОСТИ (ПОЛИКАУЗАЛЬНОСТИ) В ПОДХОДЕ К ИЗУЧЕНИЮ ФЕНОМЕНА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Лобастов Р. Л.*

ГБУЗ НО Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3
630003, Новосибирск, ул. Владимировская, 2

Статья посвящена проблеме подхода к изучению шизофренического расстройства в рамках различных (в данном случае традиционного психоаналитического и нетрадиционного dasein-аналитического) языков описания, как правило, изолированных в повседневной практике врача или психолога. Исследование апеллирует к многоаспектному подходу расстройств шизофренического спектра, что может послужить развитию перспективных направлений в психотерапии и диагностики шизофрении. **Ключевые слова:** Dasein-анализ, экзистенциал, шизотропность, «подменный» стрессор, поликаузальность, событийность, фрустрация, мотивация.

TO THE QUESTION OF MULTIDIMENSIONALITY (POLYCAUSALITY) IN THE APPROACH TO STUDY OF THE PHENOMENON OF SCHIZOPHRENIC DISORDER. Lobastov R. L. State Novosibirsk Clinical Psychiatric Hospital no. 3. Vladimirskaia Street 2, 630003, Novosibirsk, Russian Federation. The article deals with approach to the study of schizophrenic disorders within different (in this case, the traditional psychoanalytic and non-traditional Dasein-analytic) description languages, as a rule, isolated in the daily practice of a physician or psychologist. Attention to the fundamentally multidimensional approach to schizophrenia spectrum disorders may serve for development of perspective directions in psychotherapy and diagnosis of schizophrenia. **Keywords:** Dasein-analysis, existential, tropism for schizophrenia, "switch" stressor, polycausality, eventfulness, frustration, motivation.

Целью данного обзора является, с одной стороны, многоаспектное описание феномена в виде попытки увидеть расстройства ШС-спектра, базируясь на различных концептуальных позициях, с другой – гипотетическое совмещение («со-единение») разных языков описания при исследовании феномена шизофрении в разных концептосферах, порой взаимоисключающих друг друга. При этом ставится вопрос об ограниченности, односторонности использования в лечении шизофрении только од-

ного какого-либо подхода (медицинского, философского или, тем более, психодинамического, или «антипсихиатрического»).

Основные задачи данной статьи в рамках описательных тезисов – наметить или дополнить современный биопсихосоциальный подход, при этом не смешивая разные подходы концептами dasein-аналитической школы, рассматриваемыми психику как динамическое интеграционное звено между субъектом и миром, устанавливаемыми не только биологические и психологические связи с ним, но и отношения онтологические. Мир может представляться также и как динамическая субъектная инстанция, которая, в свою очередь, устанавливает связи с самим индивидом, давая ему его собственное существование, от которого он может отказаться, может избегать, игнорировать, бояться и т. д. Однако в любом случае индивид будет желать найти, потерять, обрести бытие, и в этом случае базовая потребность (мотивация) будет находиться не в поиске пути к «себе», а в установлении взаимосвязей с миром (поиске пути к Dasein).

Современный dasein-анализ оперирует не столько базовыми теориями экзистенциальной философии или психологии, сколько адаптированными под клинический свод знаний философскими построениями М. Хайдеггера и «системами экзистенциалов» [1]. Не зря в свое время молодой уже философ, при том находящийся долгое время в опале, выразил огромное желание в рамках семинарских занятий с врачами-клиницистами синтезировать и заполнить методологический «зазор» между психиатрией и собственно «живой» психикой человека.

На сегодняшний момент функционально «опробованной» (на базе лаборатории Бехтеревского института) верификационной, «синтетической» моделью представляется биопсихосоциальная модель, исследованная в работах А. П. Коцюбинского, А. И. Скорик.

Биопсихосоциальный подход релевантен как в диагностике, так и в прогнозе заболевания на разных его этапах. Детально изученная сфера адаптационных механизмов в режиме «стресс-диатеза» без «отрыва» от среды позволяет увидеть неимманентную взаимосвязь нарушений психики и потенцию её дальнейшей компенсации.

Генерация психопатологических процессов в этом случае обнаруживает себя не только в самом индивиде и не столько в окружающей его среде, сколько в выстроенных психопатологических связях с миром, другими людьми. Этот подход объединяет в себе разные основные уровни гомеостаза, сохранения и системы защиты организма в режиме разрушительного психического расстройства, которым является шизофрения.

* Лобастов Роман Леонидович, клинический психолог, аспирант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО НГМУ. Телефон: 89139549641.

Как нам кажется, он в себя не включает само существование индивида, его экзистенцию, его свободу или несвободу распорядиться своим существованием адекватно текущему моменту жизни.

В этом случае систему биопсихосоциальной модели можно было бы дополнить, например, идеями феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа. Другое дело, что такого рода массивный материал изучения во многом может быть не оправдан, если его использовать, опять же, в качестве отдельного языка описания.

В последнее время чаще попадают работы отечественных исследователей (Е. Ю. Завершнева, О. Власова), актуализирующие в рамках психиатрии, патопсихологии тему экзистенции в жизни отдельного человека. Безусловно то, что эти идеи не находят эмпирического применения не только из-за сложности или излишней абстрактности философского языка. Причина во многом банальна, например, в отсутствии переводов оригинальных текстов зарубежных исследователей. Основная работа М. Босса, посвященная *dasein*-анализу, так и не переведена, как и не переведены многие работы западных психиатров (В.-Э. фон Гебзаттель, Ю. Минковски, Э. Штраус и др.), использующих в своей практике идеи экзистенциальной психотерапевтической мысли.

На сегодняшний момент имеет место очевидный факт неоднозначности понимания шизофрении как нозологической единицы. Понятно, что данная болезнь выходит далеко за рамки одного лишь синдромального подхода, оттеняя целый массив эндогенных и различных шизотропных расстройств, если её рассматривать даже в системе клиники, что во многом требует полифункциональности психопатологической методологии.

Биопсихосоциальная модель привносит и как раз учитывает многоаспектный подход к изучению и диагностике шизофрении. Однако нам представляется необходимым учесть опыт феноменологии в понимании и раскрытии субъективного мира пациента, который дает уникальный материал для исследования.

Поликаузальность в отношении диагностики и понимания шизофрении может дать многостороннюю и одновременно объективную картину болезни, например, стрессовые события как индивидуально значимые и обуславливающие сильную позицию в жизни индивида, влияющие на патогенность болезни, как убедительно показывает А. П. Коцюбинский.

В данном аспекте рассмотрения стрессовые события, в том числе даже незначительные, могут быть определены и как причинные в ситуации конкретной человеческой психики.

«...Утверждение, что стрессовые события являются причиной этих состояний, является проблематичным и в рамках поликаузального заболевания, которым является шизофрения, вряд ли может быть когда-либо доказано» [7].

Стресс и психосоциальные факторы могут быть едва ли не основным морбидным этапом, включая биологические и психические. Тем более что психосоциальные стрессоры, как замечает А. П. Коцюбинский, «...сгущаясь перед манифестацией заболевания, действуют как фактор провокации начала болезни и выступают в роли своеобразных неспецифических триггеров, активизирующих механизмы экзацербации шизофренического процесса» [7].

Провокативность психосоциальных факторов может указывать на явления диссоциативных механизмов внутри личности и выступать, в этом случае, как узловые, рефлекторно фиксируемые моменты патологической связи окружающего мира и субъекта, что уже на начальном этапе может изменять по диссоциативному типу и затрагивать, например, базовые элементы личности. Другими словами, в ситуации стресса «уязвимая» психика, с одной стороны, запускает максимум адаптационных механизмов, а с другой – в «скрытом», еще не «развернутом» психопатологическом режиме диссоциирует мотивационно-личностные ресурсы. Поэтому на основании различных причин многие исследователи считают мотивационные нарушения при шизофрении «осевыми», затрагивающими высшие биологические и психические структуры организма. С «прорывами» всевозможных барьеров от адаптационных до гематоэнцефалических.

Провокативность «слабых» психосоциальных факторов может как раз указывать на скрытые явления диссоциативных механизмов внутри личности. В личностной конфигурации, целостности которой постепенно «расшатывается», генерируется все более «смещаемый» мотив её основной деятельности. Актуальность даже незначительного события становится неким ценностным «ответом» и отправной точкой для субъективного переживания. В жизни индивида эти события начинают играть как раз важную роль, механизмы психологических защит (МПЗ) в этом случае не могут откликаться на них как на угрозу и пропускают их в первую очередь как особо значимые стимулы для личности. Провокативность «слабых» психосоциальных факторов не редуцируется в этом случае адаптационными механизмами, «пропускная» способность даже для незначительных стрессоров оказывается высокой. В качестве жизни индивида входит «событийность», созданная болезнью, буквально «прописываясь» не только в истории болезни, но и в истории жизни как ценностный личностный анамнез.

Подлинность существования как экзистенция не то чтобы нарушается, но игнорируется «болезнью», а в случае симбиоза с личностью игнорируется и личностью.

В этом смысле необходимо оговориться, что нарушение экзистенции при шизофреническом процессе не имеет симулятивной тенденции природы отказа и не исходит от самой личности, тем более сознательно. Индивид, как минимум, при определенных биопсихосоциальных условиях на этапе «отказа» от подлинных «переживаний мира» может испытывать страх, тревогу негативно пережитого опыта и других фрустрирующих обстоятельств, на которые не остается «внутренних», волевых усилий. Игнорирование личностью проблемных ситуаций, ситуативных болезненных состояний, исключение их из повседневного опыта на незначительно временном промежутке помогает личности «устоять», не подвергая сильному «раскачиванию» внутренних ресурсов личности. Однако длительная анестезация своего внутреннего мира задает границы ослабленной чувствительности на уровне высшего порядка, с нарушением связей между индивидом и средой.

При нарушении экзистенции происходит не столько даже подмена одного другим, сколько подмена реального мира ирреальным, что есть лишь патогномичные последствия. Происходит постепенная диссоциация между личностью и окружающей её «невыносимой» значимостью, которая не коррелирует, к примеру, с социальной идентификацией. «Затянувшаяся» ослабленная идентичность адаптируется уже на уровне слабых связей с миром, как бы постоянно декларируя «себя», напоминая о себе, что Она «есть» («я емь»), но уже на «языке» психопатологической реакции, состояния и т. п. Сама личность в этом случае вовсе не разрушается, но как бы «упраздняется», становится ненужной для данного модуса существования.

Собственно и психопатологическая деструкция когнитивных процессов при шизофрении, по крайней мере на начальных этапах болезни, их нарушает, но не аннигилирует полностью. Как при органических процессах, нет стадии распада нервных связей и истончения коркового вещества. Психологические процессы, интеллектуальная сфера не «распадаются» диффузно постепенно (или быстро), как при деменции, а как бы деактивируются на время шизофренического процесса.

На место «упраздненной» личности приходит другая – болезненная, «дублированная», диссоциативная и т. д. В любом случае при шизофреническом процессе, особенно на стадии дефекта, мы имеем дело с измененной (или полностью подмененной) личностью, и при «проникновении» психосоциальных стрессоров система МПЗ имеет дело уже с «ней».

Такого рода «двойник» не обязательно должен проявлять себя как при классическом случае диссоциативного личностного расстройства. Диссоциация как замена на «другую» патологическую личность может выражаться в дискретном виде, во всевозможных автоматизмах и симптоматически напоминать о «себе», к примеру, посредством вербальных галлюцинаций, на которых отдельно хотелось бы остановиться в более широком рассмотрении, но не в рамках данной статьи. Кратко проблему вербальных автоматизмов можно было бы наметить, используя идеи Л. С. Выготского о природе внутренней и внешней речи, в её связях с речевым и понятийным мышлением.

При шизофрении личность становится уязвима не от акцентированных черт, так как может быть высоко развитой, но от всевозможных системообразующих болезнью «провокаций», нарушающих как биологические «барьеры», так и психические. На такого рода уязвимых участках усиливается их проницаемость (нарушается, если можно так сказать, пенетративность). Биологические ресурсы механизмов защит, в том числе иммунологических, и организация синхронности психологических процессов со стороны психики в этом случае не истощаются, но как бы деактивируются.

Со стороны некоторых психологических процессов, при шизофрении, например, уязвимой становится не только мыслительная деятельность, но и селективная функция внимания, как это отмечал Э. Крепелин, согласно чему активный канал внимания перегружается за счет нарушения произвольной селекции. Вместе с тем избирательность внимания в поиске основного стимула логично становится ограниченной. Узловые нарушения мыслительной деятельности при шизофрении, обнаруженные (и верифицируемые по сегодняшней день) московской школой экспериментальной психопатологии во главе с Б. В. Зейгарник, в этом случае предположительно также имеют асинхронную и пенетративную природу нарушений между отдельными функциями мышления и внимания. В виде атактивности (замыкания) или искажения операциональных функций, неравномерности динамических свойств, с одной стороны, и «смещения» мотивационно-личностных – с другой. В первом случае здесь задействована нейрокогнитивная сфера, во втором случае – эмоционально-волевая.

В заслуживающих внимания медицинских исследованиях о шизофрении обращают на себя внимание аутоиммунные теории. Так, в совместной работе томских исследователей А. В. Семке, Л. Д. Рахмазовой, О. А. Лобачевой, С. А. Ивановой, Е. В. Гуткевич «впервые установлено, что группа больных шизофренией с длительным течением заболевания и небла-

поприятным вариантом адаптации характеризуется более быстрым (по сравнению с психически здоровыми людьми) снижением антителообразования» [15]. В рамках аутоиммунной теории были найдены нейрофизиологические особенности, обнаруживающие связь биологических маркеров и психосоциальных адаптационных факторов.

«Сравнительный анализ защитных иммунных механизмов и вариантов клинко-социальных приспособительных возможностей 108 больных шизофренией показал, что на фоне сохранения общего профиля иммунопатологии при шизофрении глубина иммунных нарушений повышалась по мере снижения компенсаторно-приспособительных возможностей пациентов» [16].

Новосибирские исследователи основным патологическим звеном считают процесс различного рода уязвимости и нейронеустойчивости ЦНС, пусковым механизмом которого является прорыв гематоэнцефалического барьера. Аутоиммунная природа заболевания в данном случае задает предпосылки не только для поиска новых и более совершенных фармакотерапевтических средств, но и динамических (мультифакторных) подходов в патопсихологическом и психотерапевтическом рассмотрении.

Нет, наверное, смысла говорить о том, что относительно все открытые циркулярные и метаболические функции организма, в том числе на биологическом уровне, не имеют тотально замкнутых «цепей» и взаимодействуют между собой посредством нейрогуморальной регуляции. В этом плане психика не является только неким только информационным «фильтром», распределяющим и организующим через посредство ЦНС сигналы из внешнего мира. Путем организации и, что важно, синхронизации психологических процессов психика может отражать и объективировать внешнюю среду, создавать некий целостный эпизод действительности. А индивид уже через личностную картину мира может оценивать (в идеале интерпретировать), составлять для себя событийность в виде собственных субъективных представлений, сравнивать её с субъективностью других и т. п.

В этом смысле психика, взаимодействуя с личностью, имеет и обратную связь, когда уже личностно значимые стимулы и реакции воздействуют на психику, представляя ей материал для «новой» действительности (в плане патологической, меняя подлинность существования, на подмену этой подлинности). Любые внешние раздражители, в том числе спонтанные, трансформирующиеся в структуре личности в значимые стимулы, могут выполнять достаточно широкомасштабную интервенцию в психику.

Но значимые стимулы потому и значимые, что всегда имеют не только «заряженную» эмоциональную основу, но и ценностную «точку опоры» в мире (экзистенцию «Я в мире»), которая в ситуации болезни (особенно при ярко выраженной «смещенной» мотивации) может «подменяться».

За отсутствием мотивационной стратегии в мир больного входит возможность подмены экзистенции гиперболизированными сверхценными (мегаломаническими) образованиями или, наоборот, малозначимыми психосоциальными факторами. «Соотношение таково, что для развития заболевания бывает достаточным слабое накопление психосоциальных событий...» [7]. В момент такого критического накопления психосоциальных факторов без дополнительного «усиления» или неподкрепления их экзистенцией самого индивида адаптационные механизмы не то чтобы не срабатывают или истощаются, но как бы «не опознают» искусственно созданные стрессоры, именно как стрессоры. Они не распознаются МПЗ индивида или «опознаются», но не как «чужие» (являющиеся угрозой для психики). Что очень похоже на процесс аутоиммунного образования в контексте нарушения именно «биологического» барьера.

Нарушение барьеров психического и биологического, в результате чего ЦНС подвергается своего рода массивной «раскачке» в виде психоза, ведет к тому, что с каждым рецидивом адаптационные механизмы становятся все более проницаемыми (пенетративными) для незначительного стрессора («без наличия» в нем экзистенции). Логично, что в этом случае личность больного обрывает все социальные связи и по возможности «прячется», предпочитая уединенность (находится, если можно так сказать, в «экзистенциальном» аутизме), так как любой раздражитель, приходящий извне, становится крайне болезненным и невыносимым – это то, что М. Хайдеггер называл «пред-стоянием перед Ничто». Такого рода «пред-стояние» в ситуации коротких ремиссий в жизни больного становится постоянностью.

В свою очередь, на критической точке накопления слабые психосоциальные факторы, как «подмененные» стрессоры, со временем наполняются содержанием и со стороны искаженных личностно значимых стимулов. Для личности психоз становится не только болезненным образованием и развитием самой болезни, но и единственной ценностью, на которую «работают» и личностные ресурсы, и психика в целом. Вопрос здесь состоит не в том, что происходит какая-либо симуляция, на этот счет многие исследователи в рамках «антипсихиатрии» дают много умозрительных сведений и изыска-

Больной, конечно, не симулирует, но его личность в меру множества различных биопсихосоциальных причин инволюционирует в систему более сложного болезненного тропизма (постепенно «отказывается» от «собственной экзистенции» и, таким образом, от «себя»).

Если вкратце очертить вопросы эмпирической тематики в рамках вышеописанных тезисных замечаний, то уровень экзистенции, конечно, можно попробовать посчитать, сделать качественный анализ количественных данных, например, на основе существующих опросников – шкала экзистенции Ленгле (на данный момент, возможно, есть и другие). Дело может заключаться в том, что уровень экзистенции можно выявить и через существующие валидизированные клинические методики (из Бехтеревского опросника параноидной шизофрении, в рамках некоторых вопросов, на которые испытуемый дает ответ «да» или «нет», можно получить качественную характеристику, например, переживаемого им времени, или настроенности, особой чувствительности к переживаемому пространству и т. д.).

Так или иначе в рамках практического применения семь выделенных Боссом экзистенциалов могут на разных уровнях корреляции оттенять степень выраженности нарушенной экзистенциальной связи, провоцирующей психическую патогенность. В той или иной степени психические возможности совместно со сложившимися личностными установками могут проявляться в недостаточной или «слабой» связи с миром через тот или иной экзистенциал. Например, с телесностью коррелируют соматические и психосоматические проблемы. Эмоционально-волевые редукции, выявляемые с помощью аффективных шкал и личностных профилей, могут коррелировать с «угасанием» экзистенциала настроенности.

Исходя из размышлений самого Босса, шизофренические расстройств имеют разнообразную природу ослабления «переживаемого» времени (темпоральности). В этом плане не просто интересной, но достаточно информативной может быть шкала «переживаемого» времени Ю. Минковски, выделившего следующие зоны переживаемого времени (не имеющие, однако, ничего общего с хронологическим временем). «...Удаленное прошлое – зона устаревшего; среднее прошлое – зона сожалений; ближайшее прошлое – зона раскаяний; настоящее; ближайшее будущее – зона ожиданий и деятельности; среднее будущее – зона желаний и надежд; удаленное будущее («горизонт» ожиданий) – зона молитвы и этических действий» [20].

В данном случае имеет место субъективность переживаемого времени, и определенная по этому поводу психокоррекционная интер-

венция дает актуализацию и понимание феномена времени не как «пустой» абстрактной величины, но как модели для формирования значимых стимулов в отношении к нему. В жизни больного шизофренией и так весь мир, включая экзистенциал пространственности, заполнен абстрактными, не связанными между собой величинами. Поэтому даже незначительная актуализация значимости этого даже патологического мира, причем не для самой уже измененной личности, а для её деятельности во внешних поведенческих появлениях, может способствовать формированию более или менее устойчивого социального паттерна. Данный паттерн, не разрушая уже сложившееся патогенное дезадаптивное поведение и не «углубляя» границы субъективного мира, формирует как минимум оценочное модальное отношение к чему-либо, к кому-либо. В этом случае мы в каждом из экзистенциалов, со слов Босса, «высвечиваем» путь к *dasein*, по возможности, все более «при-открывая» для индивида новый уровень качества его жизни.

Традиционно в современных исследованиях (Б. Б. Фурсов, М. М. Коченов, В. В. Николаева и др.) нарушение мотивационного ядра личности рассматривается как неотъемлемое специфическое развитие патогенности болезни. Во многом это оправданно, потому что, наверное, даже не важен факт первичности или вторичности нарушения мотивационно-личностного звена при шизофреническом процессе, сколько важен факт «нарастающего» эмоционального опустошения и смещения на этом фоне лично-значимых стимулов до глубоко субъективных, «разорванных» отношений с миром, что, собственно, во многом совпадает и с нарушением существования, ощущением или сомнением в подлинности своего Я или Я других. Другими словами, «уходит» не только смысл существования как следствие, но и его подлинность.

На начальном этапе угасания мотивационных ресурсов можно сказать, что подвергается сомнению вообще легитимность бытия, что, в свою очередь, подкрепляется стрессовыми психосоциальными факторами и нарастающей в дальнейшем декомпенсацией на всех уровнях психической интеграции организма.

Кратко комментируя некоторые идеи современной *dasein*-аналитики, представленные в работах зарубежных авторов (М. Босс, Л. Бинсвангер, Алис Хольцхей-Кунц, Иоганн Рек), можно сказать, что нарушение экзистенции ведет не столько к утрате смысла существования, сколько к потере пути к *Dasein* (т. е. утрате актуальных «подлинных» связей с миром и формированию патологических «виртуальных» связей с субъективным миром, искусственно создаваемых болезненным сознанием).

Выпадение всевозможных связей с действительностью, из которой личность индивида различными способами стремится выйти по разным причинам, включая стрессовые события, не только подменяет эту действительность все более «углубляющимися» субъективными связями. Но в свою очередь и мир – как модус существования, как окружающая среда обитания тоже «стремится поддержать», сохранить с психикой индивида хотя бы тот гомеостаз, или «метаболический информационный обмен» – по определению А. Кемпинского, который «выбран» личностью.

В этом случае предположительно запускается другой уровень взаимодействия с действительностью. С одной стороны, индивид от нее отчуждается, с другой – творит параллельную псевдодействительность, которая также поддерживается с «обеих» сторон: и субъектом, и его окружающим миром. С одной стороны, внешняя среда остается «чужой», а взаимодействие с ней происходит на психосоциальном уровне, с другой стороны, дает материал для содержания аутичного мира индивида, который все более становится проницаемым, а в сознании субъекта «наполняется» искаженными «странными объектами» [13].

Предположительно, что в связи с отсутствием гомеостатической целесообразности психика со стороны биологических и психологических интеграционных механизмов «обрабатывает» событийность как бы не полной мере, деактивируя синхронность психологических процессов, привнося тем самым психопатологическую процессуальность.

Возможным следствием, имеющим вторичную природу патологического образования по отношению к мышлению, вниманию, является искажение уровней восприятия с наличием продуцирования автоматизмов. Вторичность симптоматики нарушенного восприятия, в этом случае по отношению к вниманию и мышлению, играет уже выраженную социальную роль, которая проецируется в окружение больного, что не совпадает по времени с эндогенной симптоматикой (как правило, скрытой от окружения), в результате которой задействован весь «арсенал» проникающего воздействия болезни в психику индивида. Здесь в латентном режиме, без видимых нарушений как бы «отключаются» поэтапно сначала низшие, рефлекторные производные психологических процессов (автоматизмы, кататонические реакции). Затем отсоединяются высшие на уровне «расслоения», к примеру, внутренней и внешней речи. На «оси» низших нарушений «переформатируются» основные узлы высших психологических процессов: внимания (по Э. Крепелину с «истончением» объема, именно непроизвольного); мышления в виде атактических проявлений

(шперрунги, тахифрении), операциональной лабильности (скачки от конкретности до гиперабстрактности); мотивационных «сбоев», рассмотрение которых требует более детального изучения.

Поскольку мотивационные компоненты, скорее всего, эволюционно являются уровнем более высшего порядка, то по отношению к мышлению, к эмоциональной сфере возможно задействование их ресурсов для «самоопределения» главенствующей программы. «Мотивация и мышление – близкие по механизму процессы, с той, однако, разницей, что мотивация отбирает программу по интенсивности эмоциональной окраски программы. Мышление в меньшей степени зависимо от сопровождающего программу эмоционального заряда. Мотивация – адаптивный, направленный в будущее, динамический процесс выбора наиболее эмоционально насыщенной программы из прошлого опыта разрешения подобных ситуаций. Победившая программа по описанным законам работы мозга (известным как доминанта Ухтомского) отбрасывает все конкурирующие программы и втягивает в себя все похожие, близкие по значению программы. Иногда процесс идет вплоть до потери обратной связи, именуемой критикой, и достигает стадии формирования сверхценной идеи» [9].

Что касается стимулов экзистенциального порядка, которые, как нам кажется, коррелируют именно с мотивационным модусом существования, то «угасание», к примеру, экзистенциала «настроенности на бытие» (М. Босс), негативно коррелирует с нарушением целенаправленности мышления и внимания (в клинике это потеря целенаправленности и критики мышления). Что касается эмпирического применения, то, к примеру, корреляцию уровня экзистенции как направленной мотивации можно соотнести с первичными парциальными нарушениями психологических процессов внимания и мышления. На этом фоне представляется возможным спрогнозировать диагностические критерии и психокоррекционные программы.

В рамках негативной взаимосвязи «смещенных» личностно-значимых мотивационных образований и уровня основных процессов, подвергающихся через уязвимую личность патогенной атаке (внимание и мышление), возможна попытка их «перекодирования» в рамках актуализации экзистенции больного, где его патологический мир не будет исключен из нормативного (повседневного) психосоциального события, но «вписан» в него с позиции, к примеру, приобретенного опыта (как правило, негативного). Но для того чтобы почувствовать ценность повседневности бытия, которая (не только при шизофрении) находится в дефиците, нужно по-другому «озвучить» и негативный опыт индивида

да, увидеть в нем предпосылки для поиска экзистенции. В этом случае пережитый негативный опыт как раз ближе всего к границе актуализации его – сущности. А в статусе сущности заключается возможность нециклического повторения то же опыта (но без «привычного» рецидива), и осознания его, в виде законченного гештальта. Проблема состоит в том, что всегда появится другой, незаконченный гештальт, но ведь существование всегда «открыто», трансцендентно субъекту и миру, в этом и заключается его генерирующая сущность. К Dasein невозможно прийти, можно лишь увидеть «высвеченный» или, наоборот, «затемненный» индивидуальный путь к нему.

Описывать нарушения экзистенции при шизофрении в рамках клиники представляется не совсем целесообразным в описательной диагностике (речь идет не о том, чтобы писать длинные, хотя и крайне интересные заключения в духе Л. Бинсвангера). Вопрос может быть в том, чтобы уметь их применить в ситуации дискурсивного осмысления, в результате чего объект изучения, диагностического описания, а в дальнейшем психокоррекционного воздействия может быть осмыслен в разных языках описания. В результате чего объективность данных может быть более «рельефной» и односторонней, а уж тем более неформальной.

На сегодня результат лабораторных исследований в этой области пока остается в рамках еще не написанной, пока детально не изученной и не систематизированной, проделанной эмпирической работы, что не дает возможности получить четкие верификационные данные. Но в перспективе может задавать предпосылки для этого. В диагностике это поможет выявить степень выраженности, к примеру, корреляции уровня экзистенции и психопатологических нарушений. В психотерапии поможет спрогнозировать и точнее локализовать уязвимые места в сфере личностно-мотивационных ресурсов. В психокоррекции, посредством актуализации экзистенции пациента, будет способствовать повышению длительности ремиссионного этапа. В любом случае, результаты как минимум не могут противоречить и биопсихосоциальной модели изучения, но лишь дополнять её. При этом, как замечает отечественный исследователь в области феноменологической психиатрии: «...философское не синонимично теоретическому и онтологическому, а клиническое – онтологическому и практическому. Все эти составляющие открывают различные перспективы, в горизонте которых высвечиваются различные исследовательские пространства и феномены... Философские проблемы экзистенциально-феноменологической психиатрии конкретизированы в клинике и никогда не артикулируются в отрыве от нее... Не только философия

вторгается в клинику, но и клиника в философию, причем как в качестве теории, так и в качестве практики» [3].

Такого рода коммуникатологическое «вторжение» необходимо, по возможности, использовать осторожно, так как, с одной стороны, оно позволяет охватить большее количество объектов для изучения, с другой – есть риск неограниченного расширения теоретических границ, создающих определенные систематические трудности (как то квалифицировать уже описанный и пока ещё неоткрытый опыт).

Л и т е р а т у р а

1. Boss M. Psychoanalysis and Daseins-analysis. – N. Y, 1963.
2. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. – 3-е изд. – СПб., 2008.
3. Власова О. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: История, мыслители, проблемы. – М., 2010.
4. Выготский Л. С. Собрание сочинений. – В 6 т. – М., 1983.
5. Завершнева Е. Ю. Нарушения экзистенции при шизофрении // Московский психотерапевтический журнал. – 2005. – № 1. – С. 65–89.
6. Кемпинский А. Психология шизофрении. – СПб., 1998.
7. Коцюбинский А. П. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. – СПб., 2004.
8. Коченов М. М., Николаева Н. Н. Мотивация при шизофрении / изд. Московского университета. 1978 // Медицинский журнал. – 2012. – № 1. – С. 8–14.
9. Новосибирский НИИ иммунологии СО РАМН и Клиника патологии высшей нервной деятельности. Шизофрения: новый метод лечения (интернет ресурс: <http://schizophrenia8.ru>).
10. Психиатрия. Справочник практического врача / под ред. А. Г. Гофмана. – М., 2010.
11. Психиатрия: Учебник для студентов медицинских вузов / М. В. Коркина, Н. Д. Лакошина, А. Е. Личко, И. И. Сергеев. – 4-е изд. – М., 2008.
12. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – М., 2010.
13. Руднев В. П. Полифоническое тело: Реальность и шизофрения в культуре XX века. – М., 2010.
14. Скрипка Е. Ю. Исследования нарушений познавательных процессов при шизофрении в клинической психологии // Молодой ученый. – 2011. – № 11, Т. 2. – С. 107–110 (интернет ресурс: <http://www.moluch.ru/archive/34/3873/>).
15. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Рахмазова Л. Д., Гуткевич Е. В., Лобачева О. А., Корнетова Е. Г. Биопсихосоциальные основы и адапционно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5 (56). – С. 15–20.
16. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Рахмазова Л. Д., Иванова С. А., Счастливый Е. Д., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Корнетова Е. Г., Даниленко О. А. Биологические и клинико-социальные механизмы развития шизофрении (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 18–26.
17. Учебник психиатрии для врачей и студентов. – СПб: Издание А. А. Карцева, 1910. (интернет ресурс: https://ru.wikipedia.org/wiki/Библиография_Эмилия_Крепелина)
18. Фурсов Б. Б. Проблема мотивации и её нарушений при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 4 (22). – С. 91–100.
19. Хайдеггер М. Бытие и время. – М., 2011.

20. Хайдеггер М. Цолликоновские семинары. Протоколы – Беседы – Письма. Издано М. Боссом. – Вильнюс, 2012.
 21. Херсонский Б. Г. Клиническая психодиагностика мышления. – 2-е изд. – М. 2014.
 22. Экзистенциальная психология. Экзистенция / под ред. Р. Мэя. М. 2001.
- Транслитерация русских источников**
2. Vid V.D. [Psychotherapy of schizophrenia]. 3rd edition. SPb., 2008. (In Russ.).
 3. Vlasova O. [Phenomenological psychiatry and existential analysis: History, thinkers, problems]. M., 2010. (In Russ.).
 4. Vygot'sky L.S. [Collected works]. 6 Volumes. M., 1983. (In Russ.).
 5. Zavershneva E.Y. [Disturbances of the existence in schizophrenia]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal.]. 2005; 1: 65–89. (In Russ.).
 6. Kempinsky A. [Psychology of schizophrenia]. SPb., 1998. (In Russ.).
 7. Kotsyubinsky A. P. [Schizophrenia: a vulnerability – diathesis – stress – disease]. SPb., 2004. (In Russ.).
 8. Kochenov M.M., Nikolaeva N.N. [Motivation in schizophrenia]. *Meditsinskii zhurnal* [Medical Journal]. 2012; 1: 8–14. (In Russ.).
 9. [Schizophrenia: new treatment]. Novosibirsk Institute of Immunology of SB RAMS and Clinic of the Pathology of Higher Nervous Activity. (online resource: <http://schizophrenia8.ru>). (In Russ.).
 10. [Psychiatry. Handbook for practitioners]. A.G. Hoffmann, ed. M., 2010. (In Russ.).
 11. [Psychiatry: Textbook for medical students]. M.V. Korkina, N.D. Lakosina, A.E. Lichko, I.I. Sergeev. 4th ed. M., 2008. (In Russ.).
 12. Rubinstein S.Y. [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in the clinic]. M., 2010. (In Russ.).
 13. Rudnev V.P. [Polyphonic body: Reality and schizophrenia in the culture of the XX century]. M., 2010. (In Russ.).
 14. Skripka E.Y. [Study of disorders of cognitive processes in schizophrenia in clinical psychology]. *Molodoi uchenyi* [Junior Scientist]. 2011; 2, 11: 107–110 (online resource: <http://www.moluch.ru/archive/34/3873/>). (In Russ.).
 15. Semke A.V., Vetlugina T.P., Ivanova S.A., Rakhmazova L.D., Gutkevich E.V., Lobacheva O.A., Kornetova E.G. Biosychosocial bases and adaptive-compensator mechanisms of schizophrenia in region of Siberia. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5 (56): 15–20. (In Russ.).
 16. Semke A.V., Vetlugina T.P., Rakhmazova L.D., Ivanova S.A., Schastnyy E.D., Fedorenko O.Yu., Lobacheva O.A., Gutkevich E.V., Kornetova E.G., Danilenko O.A. [Biological and clinical-social mechanisms of development of schizophrenia (results of complex research theme of the FSBI MHRI SB RAMSCI, 2009-2012)]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4: 18–26. (In Russ.).
 17. [Textbook of psychiatry for physicians and students]. SPb.: Publishing of A.A. Kartsev, 1910. (Internet resource: https://ru.wikipedia.org/wiki/Библиография_Эмиля_Крепелина). (In Russ.).
 18. Fursov B.B. [Problem of motivation and its impairment in schizophrenia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2012; 4(22): 91–100. (In Russ.).
 19. Heidegger M. [Being and time]. M., 2011. (In Russ.).
 20. Heidegger M. [Callianassa seminars. Protocols – Conversations – Letters. Published By M. Boss]. Vilnius, 2012. (In Russ.).
 21. Khersonsky B.G. [Clinical psychodiagnostics of thinking]. 2nd ed. M., 2014. (In Russ.).
 22. [Existential psychology. Existence]. R. May, ed. M., 2001. (In Russ.).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.89:614.217:616-002.5
ББК 56.14+56.145.1+51.1(2Рос),286.145.1

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Шереметьева И. И.^{*1}, Плотников А. В.²

¹ ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России
656056, Барнаул, ул. Луговая, 19

² КГБУЗ Алтайская ККПБ им. Эрдмана Ю. К.
656910, Барнаул, с. Березовка, ул. Центральная, 6

После 20 лет снижения эпидемиологических показателей, отражающих распространение туберкулеза, в 90-е годы XX века в России произошло ухудшение эпидемической ситуации. Важной проблемой является лечение больных с сочетанием туберкулеза легких и психического заболевания. Такие больные, как правило, уклоняются от лечения туберкулеза, нарушают режим противотуберкулезных учреждений. Вопросы же комплексной терапии сочетанной патологии до сих пор до конца не разработаны, являются предметом исследований. Среди пациентов, страдающих туберкулезом легких, увеличился удельный вес лиц с синдромом зависимости от алкоголя. В ходе исследования были выявлены основные клинико-динамические закономерности сочетания психических заболеваний и туберкулеза легких. Представлены результаты работы наркологического туберкулезного отделения, функционирующего в Алтайском крае с 01.04.2015 г. **Ключевые слова:** организация медицинской помощи, туберкулез, психические расстройства, сочетание.

ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC AND SUBSTANCE ABUSE TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN MODERN CONDITIONS. Sheremetyeva I. I.¹, Plotnikov A. V.² *Altai State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Lugovaya Street 19, 656056, Barnaul, Russian Federation.* ²*Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital named after Yu. K. Erdman. Tsentralnaya Street 6, v. Berezovka, 656910, Barnaul, Russian Federation.* After 20 years of decline epidemiological indices, reflecting the prevalence of tuberculosis in the 1990-ies, there has been a deterioration of the epidemiological situation in Russia. An important issue is therapy of patients with combination of pulmonary tuberculosis and mental illness. These patients tend to avoid treatment, violate the regime of anti-TB facilities. The integrated treatment of comorbidity is still not fully developed and is a subject of research. Among the patients with pulmonary tuberculosis the proportion of persons with alcohol dependence syndrome increases. The study has identified main clinical-dynamic patterns of combination of mental illness and pul-

* Шереметьева Ирина Игоревна, д.м.н., зав. каф. психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО. 3852246651. sheremeteva-ira@mail.ru

Плотников Андрей Викторович, врач-психиатр, к.м.н. 3852548020. dezinsector@yandex.ru

monary tuberculosis. The article presents the results of the narcological TB ward functioning in the Altai Territory from 01.04.2015. **Keywords:** health care setting, tuberculosis, mental disorders, combination.

Введение. Стационарная специализированная медицинская помощь психически больным, страдающим туберкулезом легких, в Алтайском крае оказывается на базе фтизиатрического подразделения КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича». В подразделении получают лечение больные, страдающие двумя социально значимыми и социально опасными заболеваниями, по направлениям районных психиатров и фтизиатров, психиатрических больниц и противотуберкулезных диспансеров со всей территории Алтайского края. Подразделение располагает тремя отделениями, в общей сложности рассчитанными на 130 коек, клинико-диагностической лабораторией, рентген-кабинетом, физиотерапевтическим кабинетом, кабинетом функциональной диагностики. В марте 2015 г. было открыто наркологическое туберкулезное отделение (мужское) на 20 коек для лечения больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя. Амбулаторная медицинская помощь данному контингенту больных оказывается путем тесного взаимодействия участковых психиатров и фтизиатров.

При одновременном заболевании туберкулезом и психическими заболеваниями, а такое сочетание в последние годы наблюдается всё чаще, отмечается взаимное утяжеление их течения: с одной стороны, возникают хронические распространенные формы туберкулеза, с другой – наблюдается более тяжелое течение психического заболевания [9].

После 20 лет снижения эпидемиологических показателей, отражающих распространение туберкулеза, в 90-е годы XX века в России произошло ухудшение эпидемической ситуации [1, 6].

Наиболее высокий уровень заболеваемости зарегистрирован среди бездомных (в 40–60 раз выше уровня постоянного населения) и мигрантов (в 30 раз выше), как правило, выходцев из регионов, где сосредоточен большой резервуар туберкулезной инфекции [6]. Серьезной проблемой, влияющей на общую ситуацию, продолжает оставаться туберкулез в местах лишения свободы. Российскими и зарубежными учеными широко обсуждаются эпидемиологические проблемы туберкулеза среди социально уязвимых групп риска, в том числе лиц, находящихся в учреждениях пенитенциарной системы. Однако в научной литературе недостаточно освещен вопрос распространения туберкулеза среди больных с психическими расстройствами, количество которых, к сожалению, увеличивается.

Также весьма актуальной проблемой является алкоголизм в контингенте больных туберкулезом легких. Приводятся данные, что смертность от алкоголизма в сельских районах остается высокой [2]. Туберкулез легких всё более сосредотачивается среди больных, страдающих психическими заболеваниями и алкоголизмом [5]. По данным Н. М. Рудого, Т. Ч. Чубанова, В. А. Джохадзе, психическими заболеваниями и алкоголизмом страдают 52,5 % больных активным туберкулезом легких (I и II группы диспансерного учёта). Из них алкоголизмом – 27,8 %, другими психическими заболеваниями – 24,7 % [7]. При туберкулезе легких у больных, страдающих одновременно и алкоголизмом, и психическим заболеванием, последнее, как правило, первично. Течение неблагоприятное, эффективность терапии низкая [8]. Согласно данным А. Х. Имамова, при сочетании двух патологий наблюдается атипичная картина алкоголизма: быстрее падает толерантность, возникают амнезии, чаще наблюдается психопатизация больных [4]. Частота отрывов от противотуберкулезной терапии среди больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя, значительно выше, чем в целом в популяции [14, 15].

В. С. Ордонец и др. [6] отмечают, что при соединении туберкулеза к психическому заболеванию значительно утяжеляет клинические проявления психической патологии и снижает эффективность лечения обоих заболеваний. Авторы обращают внимание на то, что современные тенденции здравоохранения РФ ведут к увеличению объема амбулаторной помощи при одновременном сокращении стационарной. Очевидно, что такая ситуация предполагает высокую сознательность, социальную зрелость больного. Поэтому данные тенденции никак не должны распространяться на лиц, страдающих психическими заболеваниями в сочетании с туберкулезом легких. Авторы утверждают, что лечение данного контингента больных более эффективно в стационаре, чем в амбулаторных условиях. Причем среднюю длительность непрерывного пребывания в стационаре лиц с коморбидной патологией целесообразно продлить до 3 лет, поскольку частые выписки таких больных ведут к хронизации, увеличению бактериовыделения и т. д. Выписку следует проводить только по достижении стойкого абацилирования и закрытия полостей распада. В заключении констатируется, что необходимы новые нормативные акты, регламентирующие выписку больных с сочетанной патологией.

Цель исследования: поиск наиболее оптимальных подходов к организации психиатрической и наркологической медицинской помощи больным туберкулезом легких.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе фтизиатрического подразделения Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана Ю. К. (Барнаул) с ноября 2009 г. Данное подразделение с 1998 г. полностью перепрофилировано для лечения больных с сочетанием туберкулеза легких и психических заболеваний. Подразделение является своего рода единственным учреждением в Алтайском крае, оказывающим помощь данному контингенту больных, поэтому полученные в ходе исследования данные отражают эпидемиологическую картину по Алтайскому краю.

С целью определения общей структуры психической патологии у больных туберкулезом легких, проходивших лечение в условиях фтизиатрического подразделения, была обработана медицинская документация: архивные истории болезни 132 больных, пролеченных в 1999 г., 143 пациентов, проходивших лечение в 2013 г. Исследование носило сплошной характер. При изучении медицинской документации учитывались содержащиеся в ней диагностические формулировки в соответствии с рубрификацией МКБ-10, а также диагностические заключения, согласно принятой в нашей стране классификации. Последующий анализ проводился с учетом диагностических заключений по перечню нозологических форм отечественной классификации.

Результаты. В ходе исследования медицинской документации в первую очередь изучалась структура психических заболеваний в исследовательской выборке пациентов Алтайской краевой психиатрической больницы № 3 в сравнительном аспекте (табл. 1 и 2).

Таблица 1
Общая структура психических заболеваний в АКПБ № 3 за 1999 г.

Нозология	Абс.	%
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29)	69	52,27 %
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00–F09)	24	18,18 %
Умственная отсталость (F70–79)	29	21,96 %
Алкогольные психозы (F10.4, F10.5)	5	3,79 %
Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)	7	5,30 %
Эпилепсия (G40)	0	0
Аффективные расстройства (F30–F39)	1	0,76 %
Синдром зависимости от наркотических препаратов	1	0,76 %
Другие	0	0
Итого	132	

По половой принадлежности больные распределены следующим образом: в 1999 г. – 78,79 % мужчин и 21,21 % женщин, в 2013 г. – 76,22 % мужчин и 23,78 % женщин. Таким образом, значимых различий по данному параметру между пациентами мужского и женского пола в 1999 и 2013 гг. не обнаружено.

Т а б л и ц а 2
Общая структура психических заболеваний
в АКПБ№ 3 за 2013 г.

Нозология	Абс.	%
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–F29)	47	32,87 %
Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00–F09)	45	31,47 %
Умственная отсталость (F70-79)	31	21,68 %
Алкогольные психозы (F10.4, F10.5)	8	5,59 %
Синдром зависимости от алкоголя (F10. 2)	17	11,89 %
Эпилепсия (G40)	4	2,80 %
Аффективные расстройства (F30 – F39)	4	2,80 %
Синдром зависимости от наркотических препаратов	1	7,00 %
Другие	1	7,00 %
Итого	143	

Изучение распределения пролеченных в 1999 и 2013 гг. больных по возрастным группам показало, что в 2013 г. по сравнению с 1999 г. уменьшился удельный вес больных трудоспособного возраста 25–55 лет (67,76 % и 77,27 %), в то же время возрос удельный вес больных старше 55 лет (30,26 % и 17,42 %).

Кроме того, обнаружено, что в 2013 г. по сравнению с 1999 г. уменьшился удельный вес больных, проживавших в городе (31,47 % и 40,91 %), увеличился удельный вес сельских жителей (25,87 % и 19,70 %). Вместе с тем уменьшился удельный вес пациентов, проживающих в психоневрологических интернатах (27,97 % и 35,61 %), увеличился удельный вес лиц без определенного места жительства (14,69 % и 3,79 %).

Анализ уровня образования пациентов, пролеченных в 1999 и 2013 гг., показал, что большая часть больных имела среднее и среднее специальное образование, довольно много больных, не имевших образования вовсе, крайне мало лиц с высшим образованием.

Анализируя динамику развития сочетанного заболевания, можно сделать вывод о том, что туберкулез легких чаще стал предшествовать развитию психического заболевания: 8,33 % – в 1999 г., 18,18 % – в 2013 г. В то же время признаки психического заболевания и туберкулеза легких чаще стали проявляться примерно в один период времени (0,76 % и 11,89 %).

Т а б л и ц а 3
Основные показатели работы подразделения
2013–2016 гг.

Показатель	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Число сметных коек	155	130	130
План койко/дней	52700	44200	44200
Выполнено к/дней	46030	41198	41548
Процент выполнения плана	87,3	93,2	94
Поступило больных	108	134	135
Выбыло больных	152	135	136
Умерло больных	13	18	14
Летальность	9,8	13,3	10,3
Среднее пребывание на койке (выбывших)	607,4	582,0	352,0
Оборот койки	0,83	1,03	1,03
Работа койки	296,9	316,9	319,6

Как следует из таблицы 3, за последние 3 года у пациентов с сочетанием туберкулеза легких с психическим заболеванием отмечается снижение средней длительности пребывания на койке, увеличение оборота койки. Уровень летальности коррелирует с уровнем летальности от туберкулеза легких в Алтайском крае.

С 01.04.2015 г. функционирует наркологическое туберкулезное отделение на 20 коек (мужское). Отделение предназначено для лечения синдрома зависимости от алкоголя в сочетании с туберкулезом легких. Оказывает только плановую медицинскую помощь. В отделении работают заведующий (врач-психиатр-нарколог), врач-фтизиатр, также активно участвуют в лечебно-реабилитационном процессе врач-психотерапевт и клинический психолог.

В 2015–2016 гг. в отделении было пролечено 45 больных, из них 11 – жители города (в том числе 7 – жители Барнаула), 31 – жители села, 3 – лица без определенного места жительства. Результаты лечения синдрома зависимости от алкоголя: полная ремиссия – 4, неполная ремиссия – 15, ухудшение – 3, без ремиссии – 23.

Стоит отметить, что из пролеченных больных 15 пациентов были выписаны в связи с окончанием курса лечения туберкулеза легких. 27 пациентов были выписаны по причине отказа от дальнейшего лечения. Летальный исход – 3. В настоящее время в отделении в числе прочих находятся на лечении пациенты, направленные по решению суда для прохождения обязательного обследования и лечения туберкулеза легких.

Поскольку отрывы от курса противотуберкулезного лечения больных туберкулезом легких часто обусловлены сопутствующим синдромом зависимости от алкоголя, наркологическое туберкулезное отделение может оказать существенное влияние на снижение данного показателя в Алтайском крае.

Согласно п. 2 ст. 10 Федерального Закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», пациенты, страдающие «заразными и опасными» формами туберкулеза, но уклоняющиеся от обследования и лечения, могут быть госпитализированы в учреждения, оказывающие противотуберкулезную помощь, для обязательного обследования и лечения туберкулеза. Решение о госпитализации принимает суд по месту нахождения медицинской организации, в которой пациент состоит на диспансерном учете. Таким образом, в случае наличия у пациента, уклоняющегося от обследования и лечения туберкулеза, синдрома зависимости от алкоголя суд может принять решение о его госпитализации в туберкулезное наркологическое отделение.

Однако в РФ всё ещё отсутствуют правовые нормы в сфере недобровольного наркологического лечения синдрома алкогольной зависимости, так же как и нормы, регламентирующие создание специализированных закрытых медицинских противотуберкулезных учреждений для лечения лиц с туберкулезом. Поэтому пациент имеет полное право отказаться как от приема психотропных препаратов, так и от психотерапии. Но поскольку туберкулезное наркологическое отделение является отделением закрытого типа, доступ к алкоголю пациенты не имеют. Других отделений закрытого типа для лечения туберкулеза легких в Алтайском крае нет, поэтому в большинстве случаев решения судов об обязательном обследовании и лечении туберкулеза легких в большинстве случаев должны образом не исполняются.

Таким образом, открытие туберкулезного наркологического отделения является значимым событием для службы здравоохранения Алтайского края. В случае повышения активности участковых врачей-фтизиатров в работе по направлению судебных исков об обязательном обследовании и лечении больных синдромом зависимости от алкоголя, уклоняющихся от обследования и лечения туберкулеза, мощность отделения может быть увеличена, соответственно и отделение сможет внести значительный вклад в снижение отрывов от лечения и смертности от туберкулеза легких.

По итогам работы сформулированы следующие **выводы**:

1. В общей структуре психической патологии больных туберкулезом легких значительно возрос удельный вес органических заболеваний головного мозга и синдрома зависимости от алкоголя, в особенности среди мужчин. Увеличился удельный вес больных старше 55 лет. Среди больных наблюдается увеличение сельских жителей и лиц БОМЖ. Увеличился удельный вес больных, у которых туберкулез легких развился раньше психического заболевания либо примерно в одно время с психическим заболеванием.

2. Для совершенствования психиатрической и наркологической помощи больным туберкулезом легких необходимо продолжить проводить мероприятия, направленные на увеличение выявляемости туберкулеза легких у лиц, состоящих на учете у врачей-психиатров и врачей-психиатров-наркологов.

3. Следует совершенствовать межведомственное взаимодействие при применении к больным, уклоняющимся от лечения туберкулеза легких, обязательного обследования и лечения туберкулеза легких, согласно Федеральному закону РФ от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

Л и т е р а т у р а

1. Аналитический обзор по туберкулезу в РФ за 2004 г.: характеристики эпидемического процесса и противотуберкулезной службы. – Минздравсоцразвития России, ЦНИИОМЗ Росздрава России, 2006. – 6 с.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири // Наркология. – 2011. – № 9. – С. 43–47.
3. Зубова Е. Ю. Особенности течения туберкулеза у психически больных // Российский медицинский журнал – 2009. – № 1. – С. 47–49.
4. Имамов А. Х. Особенности патогенеза и клиники алкоголизма, возникающего на фоне туберкулеза легких // Журнал неврологии и психиатрии. – 1987. – № 3. – С. 422–424.
5. Иммерман К. Л., Панкратова Л. Э. Особенности характера и динамики нервно-психических нарушений у больных с впервые выявленным туберкулезом легких в условиях интенсивной химиотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1988. – № 6. – С. 109–113.
6. Ордонец В. С., Баронова О. Д., Новикова Т. И. Особенности выявления, клиники и лечения туберкулеза легких у больных с психическими заболеваниями // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 3. – С. 34–38.
7. Рудой Н. М., Чубанов Т. Ч., Джохадзе В. А. Распределение, клинические проявления, течение и исходы туберкулеза легких у больных психическими заболеваниями и алкоголизмом // Проблемы туберкулеза. – 1989. – № 1. – С. 61–63.
8. Рудой Н. М., Чубанов Т. Ч., Джохадзе В. А. Туберкулез легких у больных с психическими заболеваниями, наркоманией и токсикоманией // Проблемы туберкулеза. – 1991. – № 11. – С. 37–40.
9. Рудой Н. М., Чубанов Т. Ч. Лечение больных туберкулезом легких, страдающих психическими заболеваниями // Проблемы туберкулеза. – 1996. – № 2. – С. 17–19.
10. Федеральный закон РФ от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». – М., 2001.
11. Фишер Ю. Я., Шейнман В. Л., Гуторова В. А. Профилактика туберкулеза у пациентов психиатрических больниц // Проблемы туберкулеза. – 1991. – № 1. – С. 18–22.
12. Шереметьева И. И. Особенности диагностики экзогенно-органических психических расстройств // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии: Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. – СПб., 2007. – С. 120–121.
13. Шереметьева И. И., Плотников А. В. Подходы к организации психиатрической помощи больным туберкулезом легких в Алтайском крае // Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 8. – С. 62–67.
14. Янов С. А., Бохан Н. А., Янова Г. В., Лившиц В. Л., Шин С. Влияние психосоциальных и клинических факторов, включая расстройства в результате употребления алкоголя, на нежелательный исход лечения туберкулеза // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5 (68). – С. 31–34.
15. Shin S.S., Mathew T.A., Yanova G.V., Fitzmaurice G.M., Livchits V., Yanov S.A., Strelis A.K., Mishustin S.P., Bokhan N.A., Lastimoso C.S. et al. Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // Central Eur. J. Publ. Health. – 2010. – Vol. 18 (3). – P. 132–138.

Транслитерация русских источников

1. [Analytical review of tuberculosis in the Russian Federation for 2004: characteristics of the epidemic process and TB services]. Health Ministry of Russia, the Central Research Institute for Public Health, 2006; 6. (In Russ.).
2. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Alcohol deaths in remote rural areas of Western Siberia]. *Narkologiya* [Narcology]. 2011; 9: 43–47. (In Russ.).

3. Zubova E.Yu. [Features of tuberculosis course in mental illness]. [Russian Journal of Medicine]. 2009; 1: 47—49. (In Russ.).
4. Imamov A.Kh. [Pathogenesis and alcohol clinics, occurring against the backdrop of pulmonary tuberculosis]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry]. 1987; 3: 422—424. (In Russ.).
5. Immerman K.L., Pankratova L.E. [Features of the nature and dynamics of neuropsychiatric disorders in patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis in the conditions of intensive chemotherapy]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry]. 1988; 6: 109—113 (In Russ.).
6. Ordonez V.S., Baronova O.D., Novikova T.I. [Features of identification, clinic and treatment of pulmonary tuberculosis in patients with mental illnesses]. *Problemy tuberkuleza i boleznei legkikh* [Problems of Tuberculosis and Lung Diseases]. 2009; 3: 34—38. (In Russ.).
7. Rudoy N.M., Chubanova T.Ch., Dzhokhadze V.A. [Distribution, clinical manifestations, course and outcomes of pulmonary tuberculosis in patients with mental illness and alcoholism]. *Problemy tuberkuleza* [Problems of Tuberculosis]. 1989; 1: 61—63. (In Russ.).
8. Rudoy N.M., Chubanova T.Ch., Dzhokhadze V.A. [Pulmonary tuberculosis in patients with mental illness, drug and substance abuse]. *Problemy tuberkuleza* [Problems of Tuberculosis]. 1991; 11: 37—40. (In Russ.).
9. Rudoy N.M., Chubanova T.Ch. [Treatment of patients with pulmonary tuberculosis, mental illness]. *Problemy tuberkuleza* [Problems of Tuberculosis]. 1996; 2: 17—19. (In Russ.).
10. Federal Law of 18.06.2001 no. 77-FZ "On the prevention of the prevalence of tuberculosis in the Russian Federation". Moscow, 2001. (In Russ.).
11. Fisher Yu. Ya., Sheynman V.L., Gutorova V.A. [Prevention of tuberculosis patients in psychiatric hospitals]. *Problemy tuberkuleza* [Problems of Tuberculosis]. 1991; 1: 18—22. (In Russ.).
12. Sheremetyeva I.I. [The diagnosis of exogenous organic mental disorders]. In: [Relevant problems of psychiatry and addiction psychiatry: Proceedings of the Jubilee Scientific and Practical Conference]. St. Petersburg, 2007; 120—121. (In Russ.).
13. Sheremetyeva I.I., Plotnikov A.V. [The approaches to the organization of psychiatric care to patients with pulmonary tuberculosis in the Altai Territory]. *Ural'skii meditsinskii zhurnal* [Urals Medical Journal]. 2015; 8: 62—67. (In Russ.).
14. Yanov S.A., Bokhan N.A., Yanov G. V., Livshits V. L., Shin S. [Influence of psychosocial and clinical factors, including disorders due to use of alcohol on the undesirable outcome of tuberculosis treatment]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 5 (68): 31—34. (In Russ.).

УДК 616.89-02-083

ББК 56.14+51.1(2Рос),286.14

НОВАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ФОРМА РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Коцюбинский А. П.* , Бутома Б. Г.

ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева Минздрава России 192019, Санкт-Петербурге, ул. Бехтерева, д. 3

Предлагается новая модель организации психиатрической помощи – «комплекс круглосуточный стационар (с открытыми дверями) – дневной стационар». Приоритетность такой формы психиатрической помощи обусловлена тем обстоятельством, что в числе факторов, способствующих невербальному поведению больного, а значит, направленных на его социальное восстановление, существенная роль принадлежит так называемой геометрии социального пространства. При переводе пациента из одного отделения в другое происходит разрушение сложившихся стереотипов поведения в рамках определенных личностно-территориального взаимодействия и возникает необходимость создания пациентом новых интеракций с другими больными в условиях изменившейся пространственной иерархии. Отмеченное в значительной степени нивелируется при организации комплекса «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) – дневной стационар». Создание такого комплекса способствует сохранению указанных психологических конструктов или психологической суверенности пациента, т. е. его существованию в качестве полноценной телесно-территориально-экзистенциальной единицы, сохранению или улучшению его адаптационно-компенсаторных механизмов и, следовательно, успешной биопсихосоциальной реабилитации. Требуется дальнейшее изучение и накопление фактов для уточнения четких критериев работы данной структуры и формирования соответствующих правовых норм её существования. **Ключевые слова:** психосоциальная реабилитация, комплекс круглосуточный стационар (с открытыми дверями) – дневной стационар, персонализированная реабилитационная программа, геометрия социального пространства, психологическая суверенность пациента, телесно-территориальная экзистенциальная единица.

THE NEW ORGANIZATIONAL FORM OF REHABILITATION FOR MENTALLY ILL PATIENTS. Kotsiubinsky A. P., Butoma B. G. Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Research Psychoneurological Institute of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Bekhterev Street 3, 192019, Saint-Petersburg, Russian Federation. A new organization model of psychiatric help – "a complex a round-the-clock hospital (with the open doors) – a day time hospital" is proposed. The priority of this form of psychiatric help is caused by the circumstance that among factors promoting the patient's nonverbal behavior and, so directed to his/her social recovery, the essential role belongs to so-called "geometry of social space". The destruction of the developed behavioral stereotypes within the limits of certain personality-territorial interaction takes place while transferring the patient from one unit of the hospital to another and the necessity for creating the new interactions with other patients in conditions of changing spatial hierarchy appeared for this patient. Noted above is substantially leveled at the organi-

* Коцюбинский Александр Петрович – д.м.н., проф., г.н.с. отд. биопсихосоциальной реабилитации психически больных. +7(812)4127311. ak369@mail.ru

Бутома Борис Георгиевич – д.м.н., в.н.с. отд. биопсихосоциальной реабилитации психически больных. +7(812)6700240. butbor08@gmail.com

zation of "a round-the-clock hospital (with the open doors) – a day time hospital" unit. Creation of such a unit promotes conservation of specified psychological constructs or psychological sovereignty of the patient, i. e., to his/her existence as a full body-territorial and existential unity, maintains or improves his/her adaptation-compensatory mechanisms and, therefore leads to successful biopsychosocial rehabilitation. At the same time, the further study and accumulation of the facts for specification of precise criteria of work of the given structure and formation of corresponding rules of law of its existence is required. **Keywords:** psychosocial rehabilitation, a complex "a round-the-clock hospital (with the open doors) – a day time hospital", personalized rehabilitation program, geometry of social space, psychological patient's sovereignty, territorial-body-existential unit.

Психическое (ментальное) здоровье, согласно определению ВОЗ, рассматривается как состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой потенциал, справляться с жизненными стрессами, продуктивно работать, а также вносить вклад в жизнь своего общества [5]. Следовательно, психическое здоровье представляет собой комплексное понятие, которое обусловлено множеством факторов (биологических, психологических, социальных и др.), включая характер и возможности со стороны общественного здравоохранения контролировать психические расстройства.

Последнее же определяет те условия и возможности для лечения психически больных, которые характеризуются медленным, но неуклонным движением в сторону гуманизации и социализации. Начало этому процессу положили идеи нестеснения в психиатрии, впервые провозглашенные Пинелем и Эскиролем. Современный процесс гуманизации психиатрической помощи, который можно рассматривать в качестве нового этапа реализации идей нестеснения, начался в 1960-е годы. Значительный прорыв в области медикаментозного лечения психических расстройств способствовал развитию психосоциальной реабилитации в психиатрии [6].

Реабилитация психически больных и инвалидов является важной практической частью социальной психиатрии и представляет собой междисциплинарную проблему – клиническую (биологическую), психологическую и социальную [16, 17].

Современная модель биопсихосоциальной реабилитации, основанная на холистическом подходе к диагностике психических расстройств [2, 12, 23], представляет собой одно из наиболее динамично развивающихся и в то же время одно из сложнейших направлений клинической, социальной, общественной и организационной психиатрии. Современная модель психосоциальной реабилитации, как считает В. Я. Ястребов [24], должна: 1) включать в себя комплекс междисциплинарных программ и мероприятий, проводимых на различных уровнях (от пациента до государства и общества); учитывать вза-

имное влияние присущих данной модели факторов; 2) определять клиническую, социальную и экономическую эффективность проводимых мероприятий. Такая модель предусматривает динамическое использование отдельных компонентов восстановительного лечения (психотерапия, фармакотерапия, психологическая коррекция/психотерапия, социальная помощь), учет этапов оказываемой пациентам помощи, включая этап определения дифференцированных мишеней на основе оценки потребностной сферы больных и формирования мотивации у пациентов, а также этап собственно реабилитационной работы и ее оценки. При этом отмечается, что факторами, влияющими на эффективность реабилитации, являются характеристики клинической картины, течения заболевания, исходный уровень социального функционирования в областях социальной полезной деятельности и социальных взаимоотношений [20, 21], который связан с показателями когнитивных функций [4], особенностями микросоциальной среды, уровнем заинтересованности и информированности пациентов и их родственников [20].

Современная биопсихосоциальная реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, требует оптимизации в сфере организации форм психиатрической помощи, что является одной из широко обсуждаемых проблем психиатрии начиная с 2000-х годов нашего столетия. Признанным направлением совершенствования психиатрической помощи является перераспределение приоритетов в объеме различных ее видов с преимущественным развитием стационарозамещающих и внебольничных организационных форм. Преимущества полустационарных учреждений, основанные на апелляции к личности и принципе «нестеснения», выражаются в том, что эта форма помощи защищает все законные права пациента, увеличивает доверие к службе, позволяет избежать «шока выписки», осуществляя плавный переход «больница (клиника) – дом», и способствует тем самым раннему обращению к врачу, началу лечения и профилактике инвалидизации, а также оптимальной ресоциализации больных [22].

Именно с требованиями реабилитационного направления М. Gmür [25] связывает целесообразность экстрамуральной психиатрической помощи, которая расценивается им как достижение даже при равной клинической эффективности внеинституциональной и стационарной терапии. Поэтому соблюдение приоритета и дальнейшее развертывание экстрамуральных форм психиатрической помощи является одной из приоритетных задач реформирования психиатрической помощи.

В рамках рассматриваемой концепции реабилитации в качестве новой и перспективной представлялась такая форма помощи психически больным, как комплекс «дневной – ночной» стационар (дневное пребывание, кратковременное круглосуточное лечение во внебольничных условиях). Основные принципы работы данного структурного образования подробно изложены в монографии А. П. Коцюбинского и др. [10]. Среди этих принципов можно выделить следующие: 1) режимы пребывания (режим дневного стационара – основной режим, режим частичной недели – режим круглосуточного пребывания, индивидуальный режим); 2) режим активности (щадящий режим, режим обычной активности, активирующий режим); 3) режимы наблюдения (режим усиленного наблюдения, режим обычного наблюдения); 4) организация лечебного коллектива на основании принципов самоуправления и самообслуживания больных.

Современные научные представления отдают приоритет адаптационной теории эндогенных психозов, предполагающей взаимодействие между специфической (в отношении психических расстройств) биологической уязвимостью индивида, стрессорными воздействиями среды и объемом индивидуальных и социальных ресурсов, позволяющих устранять или компенсировать развивающиеся после манифестации заболевания нарушения. Таким образом, «участниками» патологического процесса являются три составляющие: 1) биологическая уязвимость; 2) психологические ресурсы, определяющие объем усвоенных пациентами в процессе их индивидуального развития способов реагирования на различные стрессовые ситуации; 3) социальные ресурсы, определяющие уровень стрессогенности (агрессивности/протективности) окружающей среды. Соотношение индивидуальных и социальных ресурсов, противодействующих биологическим детерминантам заболевания, определяет возможность устранения или компенсации развивающихся болезненных нарушений.

То и другое в итоге определяется взглядами врача на этиологию и патогенез эндогенных психических нарушений. Если отбросить две крайние точки зрения – о неограниченных возможностях либо фармакотерапии, либо психотерапии эндогенных психозов, то остается широкое пространство, где врач имеет возможность комбинировать разные терапевтические мероприятия, зависящие от преобладания биологической, психологической или социальной составляющей в механизме дезадаптации пациента [10]. Эта модель позволяет выделить главные направления в терапии психозов вообще и вытекающие из них конкретные биологические, психотерапевтические и психосоциальные мишени.

Психофармакобиологические методы лечения, проводимого в комплексе «дневной – ночной» стационар. Пребывание больного во время лечения вне больницы делает особенно важным предотвращение судорожных явлений, фармакогенной депрессии [1], максимальное смягчение экстрапирамидных расстройств и других побочных эффектов приема нейролептиков. В связи с этим необходимым оказывается широкое применение корректоров, особенно у инициальных больных и при наличии органически измененной почвы, когда склонность к развитию этих явлений особенно велика. Родственники больных должны быть хорошо инструктированы об особенностях действия психотропных средств и возможных побочных явлениях и мерах, рекомендуемых в случае их возникновения. В условиях некруглосуточного наблюдения это позволяет, с одной стороны, раньше обнаруживать те или иные осложнения, а с другой – избежать формирования у родственников негативной установки по отношению к проводимому лечению.

При этом лечебную тактику определяет сложное переплетение в клинической картине процессуально-биологического и психогенно-личностного, что нередко сопрягается с выявлением побочных эффектов, измененной чувствительности больных к лекарствам (парадоксальность эффекта – повышенная реакция или же резистентность к фармакологическим воздействиям) и их склонностью к фиксации и вторичной переработке при лечении побочных эффектов. Следует избегать крайностей, когда «из осторожности» или вследствие негативной установки пациента на фармакотерапию лечение проводится недостаточно активно, заниженными дозами, так как неэнергичное, излишне «растянутое» начало лечения способствует формированию терапевтической резистентности, а задержка на малых дозах препаратов чревата опасностью «застревания» психопатологической картины, ее фиксации и способствует формированию терапевтической резистентности. Необходимо быстрое наращивание доз лекарств, использование различных способов их введения. С другой стороны, «задержка» лечения на больших дозах нейролептиков является также негативным фактором, так как способствует появлению отставленных побочных эффектов фармакотерапии, а также затруднению межличностных контактов, «реализация которых и так нарушена у больных в силу самой природы шизофренического процесса, что позволяет говорить о психофармакогенной депривации» [3]. При назначении лечения важно также учитывать не только наблюдаемые фармакологические феномены, но и субъективную реакцию больных, и при необходимости скорректировать отношение пациента к тому или

иному препарату, способу его применения и возникающим при этом эффектам. Для поддержания высокого уровня терапевтического комплаенса (соблюдение режима приема лекарств) важен хороший контакт врача с пациентом и осведомленность больного и родственников относительно существующих у него симптомов и предполагаемого воздействия на них рекомендуемых препаратов [14, 15]. Этой цели отвечает применение психообразовательной программы для больных и их родственников в виде семинаров и групповых занятий.

Психотерапевтические методы лечения, проводимого в комплексе «дневной – ночной» стационар. На практике в системе реабилитации больных эндогенными психическими расстройствами психотерапевтические методы определяются представлением клинициста о возможностях существующих биологических и психотерапевтических методов лечения, их соотношении при лечении конкретного больного и адекватности выбранных врачом терапевтических целей адаптационно-компенсаторным возможностям пациента.

Полученный нами опыт использования комплекса «дневной – ночной» стационар позволяет сделать выводы о следующих преимуществах такого рода психиатрического учреждения.

1. Использование комплекса «дневной – ночной» стационар позволяет значительно расширить терапевтические возможности учреждений частичной госпитализации, сократив тем самым количество пациентов, госпитализируемых в психиатрические больницы.

2. Терапевтические возможности комплекса «дневной – ночной» стационар сравнимы с таковыми в психиатрических больницах; при этом экономические преимущества учреждений частичной госпитализации ни у кого не вызывают сомнений.

3. Лечение пациентов в условиях комплекса «дневной – ночной» стационар существенно сокращает время круглосуточного пребывания больных, то есть их изоляции от привычных условий жизни, что снижает вероятность развития госпитализма.

4. Проведение лечебно-восстановительных мероприятий в условиях комплекса «дневной – ночной» стационар позволяет осуществить преимущественность в реабилитационном процессе на всех его этапах от острого психотического состояния до стабилизации ремиссии и подбора адекватной поддерживающей терапии.

С целью изучения эффективности системы реабилитационных мероприятий, разработанных для комплекса «дневной – ночной» стационар как учреждения частичной госпитализации, занимающего промежуточное положение между психиатрической больницей и дневным стационаром, нами было проведено сравнение ре-

зультатов лечения в названном комплексе с таковыми у пациентов психиатрической больницы и обычного дневного стационара при районном психоневрологическом диспансере.

Для сопоставления с психиатрической больницей проведено сравнение результатов лечения двух групп больных – основной и контрольной, подобранных по методу «контрольных двойников», совпадающих по основным демографическим, клиническим и социальным параметрам. В основную группу вошли 64 пациента, пролеченных на базе комплекса «дневной – ночной» стационар НИПНИ им. В. М. Бехтерева. Контрольная группа состояла из 64 больных, лечившихся в психиатрической больнице (табл. 1).

Таблица 1
Характер трудового восстановления больных основной и контрольной групп (5-летний катамнез)

Уровень трудового восстановления	Основная группа		Контрольная группа	
	п	%	п	%
Хороший	22	34,4	22	34,4
Затруднение в выполнении работы, соответствующей полученному образованию	26	40,6	8	12,5
Профессиональное снижение	14	21,9	14	21,9
Работа в адаптированных условиях	2	3,1	6	9,4
Не работает	-	-	14	21,9
Всего	64	100,0	64	100,0

Примечание. $\chi^2=12,76>11,76$; $p\leq 0,02$.

Как видно, уровень трудовой адаптации к моменту катамнестического обследования в группе комплекса «дневной – ночной» стационар примерно на 28 % выше, чем в контрольной группе. При этом вдвое больше пациентов сумели сохранить исходный уровень профессиональной квалификации (табл. 2).

Таблица 2
Уровень инвалидизации больных основной и контрольной групп (5-летний катамнез)

Наличие инвалидности	Основная группа		Контрольная группа	
	п	%	п	%
Инвалидность II группы	4	6,25	18	28,13
Инвалидность III группы	1	1,56	3	4,68
Всего	64	7,81	64	32,8

Примечание. $p\leq 0,05$.

Как видно, уровень инвалидизации у пациентов комплекса «дневной – ночной» стационар оказался в 4,5 раза ниже, чем у пациентов психиатрической больницы. Таким образом, различия сравниваемых групп коснулись не клинических, а таких важных социальных аспектов, как трудовая адаптация и инвалидизация пациентов.

Для сопоставления комплекса «дневной – ночной» стационар с дневным стационаром ПНД проведен анализ регоспитализаций 102 больных шизофренией в течение года после выписки. В это число вошли 62 пациента комплекса «дневной – ночной» стационар и 40 пациентов дневного стационара ПНД (табл. 3).

Т а б л и ц а 3
Уровень регоспитализации больных основной
и группы сравнения (катамнез 1 год)

Наличие регоспитализации	Основная группа		Группа сравнения	
	n	%	n	%
Есть	14		26	
Всего	62	23 %	40	65 %

Примечание. $p \leq 0,05$.

В группе из 40 человек, лечившихся в условиях только дневного стационара, число регоспитализаций было примерно в 3 раза больше, чем в группе из 62 человек, проходивших курс лечения в комплексе «дневной – ночной» стационар.

Таким образом, можно утверждать, что терапия психически больных в условиях психиатрического учреждения, имеющего, кроме дневного, еще и ночной стационар, по ряду важных показателей реабилитации оказывается эффективнее, чем лечение в психиатрической больнице и дневном стационаре без ночного стационара.

Однако дальнейшему развитию такой формы работы препятствует положение, согласно которому в комплексе «дневной – ночной» стационар пациент может находиться круглосуточно не более чем на протяжении 10 дней, что вступает в противоречие с имеющейся практикой и снижает реабилитационный потенциал этого типа учреждения. Накопленный опыт работы в отделении биопсихосоциальной реабилитации психически больных НИПНИ им. В.М. Бехтерева позволяет убедительно говорить о целесообразности создания и апробации новой организационной формы реабилитации психически больных, которая заключается в функционировании на единой территории комплекса, представляющего собой единство стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара. Такая современная организационная структура обладает, по сравнению с традиционно имеющимися, следующими преимуществами.

1. Делает ненужным смену врача при переводе пациента из дневного стационара в стационар и наоборот, в результате чего не нарушается сложившаяся система отношения «врач – пациент» и сохраняется структура комплаентности [15].

2. Позволяет гибко и быстро менять условия содержания больных, предоставляя возможность проводить достаточно интенсивное лечение при условии минимального нахождения больных в условиях круглосуточного стационарного содержания.

3. Способствует последовательной поэтапной подготовке пациента к планируемой выписке и избеганию формирования у него «выписного шока».

4. Обладает экономическими преимуществами (отсутствуют затраты на перевод пациента в другое отделение и связанные с этим обстоятельством повторные специализированные осмотры и лабораторные исследования). Помимо этого обстоятельства, хочется отметить тот факт, что оценка эффективности какой-либо помощи психически больным вообще не должна ограничиваться только экономическими выгодами. Как показали проведенные исследования, экономическая выгода деинституционализации, по сравнению с традиционным лечением в стационарах, весьма скромна, а ее смысл заключается не в экономических, а в гуманистических характеристиках: при разумной реализации идей деинституционализации степень приемлемости пациентами психиатрической помощи и удовлетворенность ею оказывается значительно более высокой [11, 29].

5. Способствует сохранению «геометрии социального пространства» [7, 8]. Именно в этом аспекте исследователями рассматривается значение сформированного у пациента «зонального» окружения, обозначавшегося ранее в литературе как «буферная зона» [26, 27, 28] или как личностное пространство [18], тесно связанное с определяющими его психологическими границами [13]. Как отмечают в своих исследованиях А. Н. Корнетов и др. [7, 8], геометрия социального пространства является производной системы доминирования и иерархии, в которой существует индивидуум, а также особенностей и стабильности этих территориальных структур, не только определяющих структуру невербального поведения на определенной территории, но и являющихся важными составными частями социального поведения индивидуума в целом.

6. Предотвращает «психологическую травматизацию» [13] пациентов, которая формируется при разрушении сложившихся стереотипов поведения (стабильности системы доминирования/иерархии) в рамках определенного личностно-территориального взаимодействия:

а) возникает при изменении формы помощи и при переводе пациента из традиционного стационара в территориально отдаленный от него полустационар;

б) связана с разрушением в новых полустационарных условиях сложившихся в стационарном звене стереотипов поведения (определенного личностно-территориального взаимодействия);

в) обуславливает необходимость формирования пациентом в полустационарных условиях новых интеракций (в связи с изменившейся для него пространственной иерархией);

г) приводит к снижению социальной компетентности.

В то же время создание на единой территории комплекса, составляющего единство стационарного отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара, способствует сохранению указанных психологических конструктов или психологической суверенности пациента, т. е. его существованию в качестве полноценной телесно-территориальной экзистенциальной единицы [19], сохранению или улучшению его адаптационно-компенсаторных механизмов [9] и успешной биопсихосоциальной реабилитации.

Это способствует сохранению для пациента положения, когда он, получая интенсивное лечение, в целом остается активным вовлеченным в события жизни, имеющие для него особый личностный смысл, повышает его заинтересованность в достижении оптимальных результатов лечения и благоприятствует сознательному участию в лечебном процессе.

Можно утверждать, что терапия определенно контингента психически больных в условиях единого комплекса «круглосуточный стационар (с открытыми дверями) – дневной стационар» или (что более сложно по бюрократическим причинам), в условиях комплекса «дневной – ночной» стационар по ряду важных социально-трудовых показателей и частоте регоспитализаций оказывается эффективнее, чем лечение только в дневном стационаре или в психиатрической больнице.

Тем не менее предлагаемая новая модель организации психиатрической помощи – комплекса, представляющего единство отделения (с открытыми дверями) и дневного стационара, требует дальнейшего изучения и накопления фактов для формирования четких критериев работы данной структуры.

Л и т е р а т у р а

1. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психически больных. – М.: Медицина, 1981. – 496 с.
2. Аутохтонные непсихотические расстройства / под ред. А. П. Коцюбинского. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 495 с.
3. Вовин Р. Я. Позитивные и негативные аспекты психофармакотерапии в системе реабилитации психически больных // Актуальные вопросы реабилитации психически больных и профилактики их инвалидизации. – Томск, 1986. – С. 9–11.
4. Волчкова Т. Ф. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией // Омский научный вестник. – 2012. – № 1 (108). – С. 13–16.
5. Дружилов С. А. Психическое здоровье и экология личности // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 12. – С. 12–15. [Электронный ресурс] URL : <http://www.natural-sciences.ru/ru/article/view?id=31190> (Дата обращения : 02.04.2016).
6. Казаковцев Б. А. Организационные аспекты охраны психического здоровья: Организационные и методические основы управления психиатрической службой. – // <http://www.narcom.ru/publ/info/759>.
7. Корнетов А. Н., Самохвалов В. П., Дерягина М. А. и др. Основы анализа поведения человека в норме и при психических заболеваниях. – Рук. деп. в ВНИИМИ, 1987. – № 1550-87 Деп.
8. Корнетов А. Н., Самохвалов В. П., Коробков А. А., Корнетов Н. А. Этология в психиатрии. – Киев : Здоровья, 1990. – 217 с.
9. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С., Бутома Б. Г. Использование этологических принципов в психотерапии больных шизофренией // Шизофрения: Новые подходы к терапии : сб. науч. работ Укр. НИИ клин. и эксперим. неврологии и психиатрии и Харьковской гор. клин. психиатр. больницы № 15 (Сабуровой дачи) / под. общ. ред. И. И. Кутько, Т. П. Петрика. – Харьков, 1995. – Т. 2. – С. 129–130.
10. Коцюбинский А. П., Скорик А. П., Аксенова И. О. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
11. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Еричев А. Н. Тенденции развития внебольничных форм обслуживания психически больных в нашей стране и за рубежом // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 6–15.
12. Коцюбинский А. П. Холистический подход при диагностике психических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2015. – № 4. – С. 22–33.
13. Леви Т. С. Динамика психологических границ в процессе личностно-развивающей работы, основанной на телесном движении // Культурно-историческая психология. – 2009. – № 1. – С. 36–41.
14. Лутова Н. Б., Макаревич О. В. Взаимосвязь терапевтического альянса и типа отношения семьи к лечению у больных шизофренией // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 4. – С. 59–63.
15. Лутова Н. Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами : автореф. дис. ... д.м.н. – СПб., 2013. – 49 с.
16. Мелехов Д. Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М.: Медицина, 1963. – 198 с.
17. Мелехов Д. Е. Проблема дефекта в клинике и реабилитации больных шизофренией // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. – М., 1977. – С. 27–41.
18. Мозговая Н. Н. Телесность как характерная составляющая личностного пространства человека // Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2011. – С. 17–25. [Электронный ресурс]: PsyJournals.ru/files/40804/Psytel.conf-Mozgovaja.pdf (Дата обращения: 04.04.2016).
19. Нартова-Бочавер С. К. Новая версия опросника «Суверенность психологического пространства – 2010» // Психологический журнал. – 2014. – Т. 35, № 3. – С. 105–119.
20. Савельева О. В. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике : автореф. дис. ...к.м.н. – СПб., 2014. – 26 с.
21. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Рахмазова Л. Д., Иванова С. А., Счастный Е. Д., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Корнетова Е. Г., Даниленко О. А. Биологические и клинко-социальные механизмы развития шизофрении (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 18–26.
22. Чуркин А. А., Яздовская А. В. К вопросу об организации психиатрической помощи // Бехтеревские чтения : материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – СПб.: Киров, 2003. – С. 470–474. [Электронный ресурс]: <http://psysphera.narod.ru/Public/Kirov/churkin1.htm> (Дата обращения : 02.04.2016).
23. Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А. и др. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4–10.

24. Ястребов В. С. Социальная адаптация пациентов с психическими расстройствами как ключевой фактор эффективности комплексной терапии. – М. : НЦПЗ РАМН. – Электронный ресурс : URL:familymh.ru/ files/ Социальная %20 адаптация.ppt.
25. Gmür M. Schizophrenieverlauf und Institutionalizierung. – Stuttgart : Verlag F. Enke, 1986. – 202 S.
26. Hildreth A. M., Derogatis L. R., McCusker K. Body buffer zone and violence: a reassessment and confirmation // Amer. Journal Psychiat. – 1971. – V. 127, № 12. – P. 1641–1642.
27. Horowitz M. J., Duff D. F., Stratton L. O. Body buffer zone, exploration of personal space // Arch. Gen. Psychiat. – 1964. – № 11. – P. 651–656.
28. Kinzell A. F. Body buffer zone in violent prisoners // Amer. Journ. Psychiat. – 1970. – V. 127, № 1. – P. 59–64.
29. McCrone P., Becker T. Grenzen der Deinstitutionalisierung // Erfahrungen in England Psychiatrische Praxis. – 2000 – Vol. 27, № 2. – P. 68–77.
- Транслитерация русских источников**
1. Avrutskiy G. Ya., Neduva A. A. Treatment of mentally ill patients – M. : Meditsina, 1981. – 496 p.
2. Autochthonous nonpsychotic disorders / Ed. A. P. Kotsyubinskiy. – SPb. ; SpetsLit, 2015. – 495 p.
3. Positive and negative aspects психофармакотерапии in system of rehabilitation mentally ill patients // Aktual'nye voprosy rehabilitatsii psikhicheskii bol'nykh i profilaktiki ikh invalidizatsii. – Tomsk, 1986. – S. 9–11.
4. Volchkova T. F. Parity of neurocognitive deficiency and social functioning in schizophrenic patients // Omskij nauchnyj vestnik. – 2012. – № 1 (108). – S. 13–16.
5. Druzhilov S. A. Mental health and ecology of the person // Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya. – 2012. – № 12. – S. 12–15. [Electronic resource] URL: <http://www.natural-sciences.ru/ru/article/view?id=31190> (Date of the reference: 02.04.2016).
6. Kazakovtsev B. A. Organizational aspects of protection of mental health: Organizational and methodical bases of management of psychiatric service // <http://www.narcom.ru/publ/info/759>
7. Kornetov A. N., Samohvalov V. P., Deryagina M. A. [i dr.] Bases of the analysis of normal human behaviour and mental diseases. – Ruk. dep. v VNIIMI, 1987. – № 1550–87 Dep.
8. Kornetov A. N., Samohvalov V. P., Korobkov A. A., Kornetov N. A. Ethology in psychiatry. – Kiev : Zdorovya, 1990. – 217 s.
9. Kotsyubinskiy A. P., Sheynina N. S., Butoma B. G. Application of ethological principles in psychotherapy of schizophrenia ill patients // Shizofreniya: Novye podhody k terapii: Sb. nauch. rabot Ukr. Nil klinich. i eksperient. nevrologii i psihiatrii i Harkovskoy gor. klinich. psihiatr. bolnitsyi № 15 (Saburovoy dachi) / pod. obsch. red. I. I. Kutko i T. P. Petrika. – T. 2. – Harkov, 1995. – S. 129–130.
10. Kotsyubinskiy A. P., Skorik A. P., Aksenova I. O. [i dr.]. Schizophrenia – vulnerability: – diathesis – stress – disease. – SPb. : Gippokrat+, 2004. – 336s.
11. Kotsyubinskiy A. P., Butoma B. G., Elichev A. N. Tendencies of development of extramural forms of service for mentally ill patients in our country and abroad // Obozr. psikhiat. i med. psikhol. im. V. M. Bekhtereva. – 2013. – № 1. – S. 6–15.
12. Kotsyubinskiy A. P. Holistic Diagnostic Approach to Diagnosis of Mental Disorders // Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva – 2015. – № 4. – S. 22–33.
13. Levi T. S. The Dynamics of Psychological Borders in the Process of Personality-Development Work Based on the Bodily Movement // Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya. – 2009. – № 1. – S. 36–41.
14. Lutova N. B., Makarevich O. V. Intercorrelation of therapeutic alliance parameters and type of schizophrenic family relation to treatment // Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva. – 2012. – № 4. – S. 59–63.
15. Lutova N. B. Structure of compliance in patients with endogenous mental disorders: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – SPb., 2013. – 49 c.
16. Melekhov D. E. Clinical bases of the forecast of work capacity in schizophrenia – M. : Meditsina, 1963. – 198 p.
17. Melekhov D. E. Problem of defect in clinic and rehabilitation of schizophrenia ill patients // Medical labour examination and sociolabor rehabilitation of persons with mental diseases. – M., 1977. – S. 27–41.
18. Mozgovaya N. N. Embodiment like a typical component of a man's personal space // Psychology of embodiment: theoretical and practice researches. – Psy-Journals.ru, 2011 – C. 17–25. [Electronic resource]. PsyJournals.ru / files/40804/Psytel.conf-Mozgovaja-pdf (Date of the reference 04.04.2016).
19. Nartova-Bochaver S. K. The revised version of «The personal sovereignty questionnaire-2010» // Psikhologicheskij zhurnal. – 2014. – T. 35, № 3. – S. 105–119.
20. Saveleva O. V. Criteria of estimation in efficiency of rehabilitation sick параноидной schizophrenia in an outpatient practice : avtoref. dis. ... kand med. nauk. – SPb., – 2014. – 26 p.
21. Semke A. V., Vetlugina T. P., Rakhmazova L. D., Ivanova S. A., Schastnyy E. D., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A., Gutkevich E. V., Kornetova E. G., Daniilenko O. A. [Biological and clinical-social mechanisms of development of schizophrenia (results of complex research theme of the FSBI MHRI SB RAMSCI, 2009-2012)]. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 4: 18–26. (In Russ.).
22. Churkin A. A., Yazdovskaya A. V. To a question on the organization of the psychiatric help // Bekhterevskie chteniya. Materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. – SPb., Kirov, 2003. – P. 470–474. [Electronic resource]. <http://psysphera.narod.ru/Public/Kirov/churkin1.htm>. (Date of the reference: 02.04.2016).
23. Yastrebov V. S., Mitikhin V. G., Solokhina T. A. [i dr.]. System-oriented model of psychosocial rehabilitation // Zhurn. nevroi. i psikhiatr. im. S. S. Korsakova. – 2008. – № 6. – S. 4–10.
24. Yastrebov V. S. Social adaptation of the patient with mental disorders as key factor of effectiveness in complex therapy. NTSPZ RAMN, Moskva – [Electronic resource]. URL: familymh.ru/files/Sotsial'naya%20

ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13-311.314

ББК 56.145.11+51.1,592+51.90

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АЛКОГОЛЬ- НЫХ РАССТРОЙСТВ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Максимова И. В.^{*}, Березовская М. А.

ФГБОУ ВО Красноярский ГМУ им. проф.
В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России
660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1

В статье представлен анализ первичной и общей заболеваемости алкогольной зависимостью и алкогольными психозами в Красноярском крае по данным наркологической службы. Установлено, что в 2015 г. алкогольные расстройства впервые зарегистрированы у 94,1 на 100 тыс. населения. При этом в Красноярском крае в сравнении с данными по РФ регистрируется больше больных алкогольной зависимостью и алкогольными психозами. **Ключевые слова:** алкогольная зависимость, алкогольные психозы, большой судорожный припадок.

EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF ALCOHOL DISORDERS IN THE KRASNOYARSK REGION. Maksimova I. V., Berezovskaya M. A. Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenevsky. *Partizan Zheleznyak 1, 660022, Krasnoyarsk, Russian Federation.* The article presents the analysis of primary and common sickness rate of alcohol dependence and alcoholic psychoses in the Krasnoyarsk Region, according to data of drug treatment services. It has been ascertained that in 2015 alcohol use disorders for the first time were registered in 94.1 per 100,000 of population. Thus, in the Krasnoyarsk Region, in comparison with the Russian Federation, more patients with alcohol dependence and alcoholic psychoses were registered. **Keywords:** alcohol dependence, alcoholic psychosis, alcohol withdrawal syndrome, seizures.

Введение. Злоупотребление алкоголем и алкогольные психозы вне зависимости от времени являются одной из самых актуальных проблем общества. По мнению E. S. Freedland et al., алкоголизм – это третья по значимости социальная проблема после войны и голода [23]. В настоящее время зависимость от этанола в большинстве стран мира встречается чаще других наркологических заболеваний [4, 17–19], при этом Россия входит в число стран с наиболее высокими показателями заболеваемости в отношении данной патологии [2].

Во всем мире в результате злоупотребления алкоголем ежегодно происходит 3,3 миллиона смертей, что составляет 5,9 % всех летальных случаев. Среди людей трудоспособного возраста

от 20 до 39 лет около 25 % всех случаев смерти связаны с алкоголем. Известно, что 5,1 % общего глобального бремени болезней и травм обусловлено злоупотреблением алкоголем, согласно оценкам в показателях ДАЛИ (disability-adjusted life years – DALY): годы жизни, утраченные в результате инвалидности, распространяются на понятие потенциальных лет жизни, утраченных в результате преждевременной смерти, и включают эквивалентные годы «здоровой» жизни, утраченные вследствие плохого состояния здоровья или инвалидности) [27].

Точные статистические данные в отношении распространенности алкоголизма отсутствуют, так как регистрируется только число пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении по поводу алкогольной зависимости или поступающих в стационар в состоянии алкогольного психоза. Поэтому, согласно данным экспертных оценок, истинная распространенность наркологических заболеваний среди населения приблизительно в 7 раз выше, чем имеющиеся статистические данные [2,4, 9].

Ситуация с зависимостью от алкоголя в Российской Федерации в отдельные промежутки времени была достаточно напряженной; в настоящее время отмечается постепенное снижение расстройств, вызванных алкоголем. При этом показатели алкогольных расстройств на территориях с неблагоприятной наркологической обстановкой отличаются от показателей на территориях с так называемой спокойной ситуацией [3, 4, 5, 7]. Вследствие этого большое значение имеет комплексная оценка наркологической обстановки в каждом субъекте РФ, которая позволяет уточнить региональные особенности эпидемиологической ситуации.

Цель данной работы: анализ показателей алкогольных расстройств в Красноярском крае по материалам наркологической службы.

Материалы и методы. Были проанализированы данные, полученные при работе с архивными материалами КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1» за период с 2011 по 2015 г. Оценивались показатели заболеваемости и болезненности синдромом зависимости от алкоголя и алкогольными психозами. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением программы «Microsoft Excel».

Результаты и обсуждение. В Красноярском крае показатель впервые выявленной заболеваемости населения зависимостью от алкоголя в 2015 г. составил 70,6 на 100 тысяч населения, что превышает этот же показатель по РФ. При этом данный показатель характеризуется общей тенденцией снижения со среднегодовым темпом 4,7 % в крае; 5,8 % в среднем в год – по РФ (рис. 1).

^{*} Максимова Ирина Викторовна, аспирант каф. психиатрии и наркологии с курсом ПО. zabigyilina@mail.ru 9620714444.

Березовская Марина Альбертовна, д.м.н., доцент, зав. кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО. +7(391)2219453. mberezovska@mail.ru

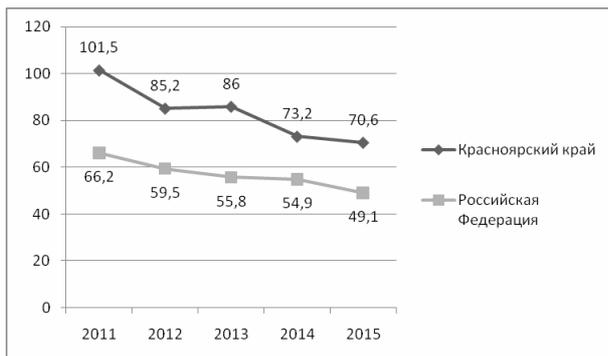


Рис. 1. Уровень впервые выявленной заболеваемости алкогольной зависимостью в Красноярском крае и РФ (на 100 тысяч населения)

Показатель болезненности алкогольными расстройствами в крае за последние 5 лет характеризуется некоторым снижением со среднегодовым темпом 14,3 %, в 2015 г. он составил 926,9 на 100 тысяч населения. Аналогичный показатель в Российской Федерации равен 1 108,4 (рис. 2). Это может свидетельствовать о недостаточной выявляемости данной патологии в Красноярском крае.

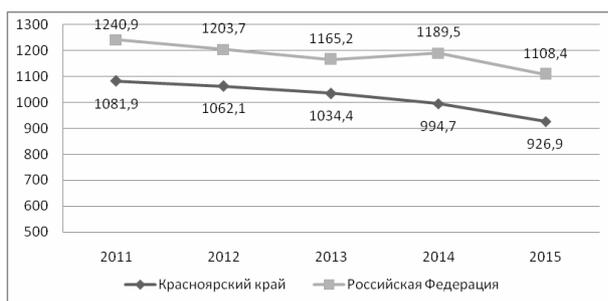


Рис. 2. Болезненность алкогольными расстройствами в Красноярском крае и РФ (на 100 тысяч населения)

Показателем тяжести эпидемиологической ситуации в отношении алкоголизма являются алкогольные психозы. Уровень впервые выявленной заболеваемости алкогольными психозами за изучаемый период в Красноярском крае имеет тенденцию к некоторому снижению: от 47,1 на 100 тысяч населения в 2011 г. до 32,2 на 100 тысяч населения в 2015 г. Однако он более чем в 2 раза превышает средний показатель по России (рис. 3).

Уровень общей заболеваемости населения Красноярского края алкогольными психозами за период 2011—2015 гг. также превышает этот показатель по РФ в среднем в 1,5 раза (рис. 4).

Большее число алкогольных психозов по сравнению с российскими показателями при меньшей болезненности алкогольными расстройствами в целом также подтверждает недостаточную выявляемость алкогольной патологии в Красноярском крае.

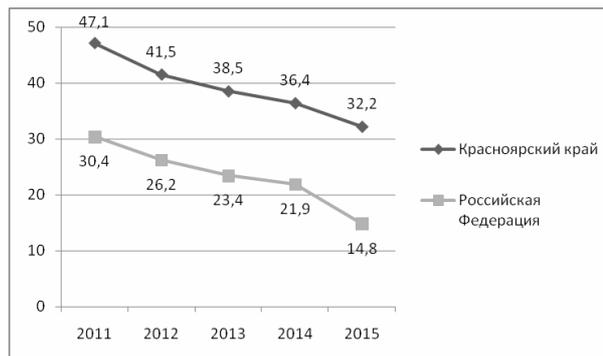


Рис. 3. Впервые выявленная заболеваемость алкогольными психозами в Красноярском крае и РФ (на 100 тысяч населения)

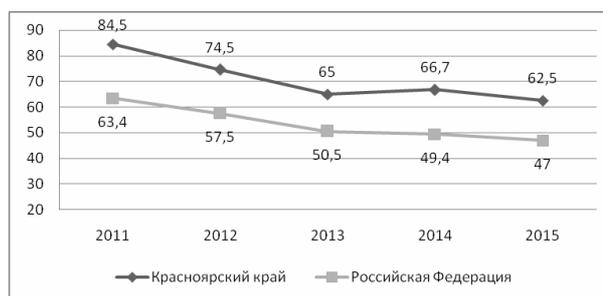


Рис. 4. Общая заболеваемость алкогольными психозами в Красноярском крае и РФ (на 100 тысяч населения)

По данным наркологической службы Красноярского края, в течение 2015 г. по поводу зависимости от алкоголя и алкогольных психозов в круглосуточном стационаре ККНД № 1 было пролечено 4 875 пациентов, из числа которых 1 468 пациентов (30,1 %) госпитализировались после судорожных приступов с потерей сознания (протекавших по типу большого эпилептического припадка) на фоне обрыва алкоголизации. За период с 2011 по 2015 г. в процентном отношении количество больных, перенесших большой судорожный припадок, оставалось неизменным – составляя около 30 %.

При изучении алкогольной зависимости как эпидемиологического объекта необходимо учитывать полный реестр факторов, способных оказывать воздействие на возникновение, клиническое оформление и клиническую динамику заболевания.

Для того чтобы выявить факторы, повышающие риск развития судорожных припадков у пациентов с алкогольной зависимостью, мы провели обследование и изучили истории болезней 149 пациентов, проходивших курс стационарного лечения в ККНД № 1.

По результатам исследования у большинства пациентов (133 чел. – 89,3 %) была выявлена зависимость от алкоголя II стадии, у 16 больных (10,7 %) была диагностирована переходная II-III стадия.

В основную группу вошли 83 человека (55,7 %), из них 73 (49 %) перенесли синдром отмены алкоголя с судорогами (F10.31), у незначительной части (10 чел. – 6,7 %) выявлен алкогольный делирий с судорогами (F10.41). Средний возраст составил $42 \pm 11,0$ и $39,3 \pm 12,7$ года. В группу контроля включено 66 человек (44,3 %), из них 18 пациентов (12,1 %) перенесли алкогольный делирий (F10.40), у 48 больных (33,2 %) диагностирован синдром отмены алкоголя без судорог (F10.30). Средний возраст составлял $45 \pm 13,98$ и $41,2 \pm 11,6$ года.

На начальном этапе изучена наследственную отягощенность пролеченных пациентов по наркологическим заболеваниям, выявленная у 88 человек (59,1 %), из них у 64 (72,7 %) в основной группе и у 24 (27,3 %) в группе контроля ($p < 0,05$). Однако генетическая предрасположенность хотя и является условием значимым, но не единственным для развития болезней зависимости. Большое значение имеет наличие аномалий личности и ЧМТ в анамнезе. Среди обследованных нами больных у 41 (27,5 %) имелось указание на перенесенные ранее черепно-мозговые травмы, причем различия оказались статистически значимыми: в основной группе таких больных оказалось 32 (78,1 %), в группе контроля – 9 человек (21,9 %) ($p < 0,05$).

По данным анамнеза степень выраженности личностных особенностей в преморбиде определялась по доминирующей симптоматике и соответствовала норме или расстройству личности (психопатии). Анализ характерологических особенностей больных показал, что более половины всех обследованных (78 чел. – 52,3 %) имели неустойчивые или астенические черты характера, достигающие степени выраженной акцентуации или психопатии. Пациенты с характерологическими особенностями чаще переносили психозы, в том числе повторные.

Помимо того, при обследовании пациентов выявлялись такие особенности течения алкогольной зависимости, как возраст начала употребления алкоголя, длительность течения алкоголизма, продолжительность запоев и ремиссий, толерантность к алкоголю, проявления абстинентного синдрома. Достоверными оказались различия возраста начала употребления алкоголя: пациенты, перенесшие делирий, в том числе с судорогами, значительно раньше начинали употреблять спиртные напитки по сравнению с теми больными, которые были госпитализированы в стационар ККНД № 1 в состоянии отмены алкоголя без психоза.

При оценке психического статуса, кроме психотических расстройств, выявлялись нарушения настроения и расстройства мышления, характерные для психоорганического синдрома: в основной группе – у 54 пациентов (36,2 %), в группу контроля – у 2 (1,3 %) ($p < 0,05$).

В неврологическом статусе у 73 пациентов (49 %) основной группы и у 13 (8,7 %) больных группы контроля отмечались тремор головы и конечностей. Неустойчивость в позе Ромберга выявлена соответственно у 57 пациентов (38,3 %) и 1 (0,7 %) больного ($p < 0,05$).

Таким образом, в Красноярском крае отмечается высокий уровень алкогольных психозов при недостаточной выявляемости алкогольной патологии в целом. Около 30 % пациентов, госпитализированных в стационар Красноярского КПНД, переносят судорожные приступы. В клинической картине алкогольной зависимости большие судорожные припадки свидетельствуют о прогрессивном характере основного заболевания. В преморбидных особенностях больных, страдающих алкогольной зависимостью, для развития судорожных припадков значимыми являются отягощенная алкоголизмом наследственность, наличие перенесенных черепно-мозговых травм с потерей сознания в анамнезе, аномалии личности. Эти данные свидетельствуют о медико-социальной актуальности проблемы алкогольной патологии в Красноярском крае. Лечение больных данного профиля должно быть комплексным, индивидуальным, при этом необходимо учитывать преморбидные особенности и проявления психопатологической симптоматики. В этом может помочь всесторонний эпидемиологический анализ, который лежит в основе ключевых задач психиатрии и наркологии.

Л и т е р а т у р а

1. Бойко Ю. П., Лаврова Д. И., Киреев С. А. Алкоголизм и наркомания у взрослого населения в Российской Федерации // *Medicus*. – 2016. – № 3 (9). – С. 103–104.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири // *Наркология*. – 2011. – Т. 10, № 9 (117). – С. 43–47.
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., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
5. Бохан Н. А., Мандель А. И., Артемьев И. А., Невидимова Т. И., Батухтина Е. И., Воеводин И. В., Аболонин А. Ф., Солонский А. В., Прокопьева В. Д., Тоцакова В. А., Епимахова Е. В., Шушланова 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.
6. Долгополова Т. В., Куташов В. А. Алкогольные поражения нервной системы // *Молодой ученый*. – 2015. – № 21 (101). – С. 269–274.
7. Копытов А. В. Социальные предикторы алкогольной зависимости у лиц мужского пола подросткового возраста // *Вопросы наркологии*. – 2011. – № 3. – С. 45–54.
8. Кошкина Е. А. Эпидемиология алкоголизма в России на современном этапе // *Психотерапия и психофармакотерапия*. – 2001. – № 3. – С. 89–91.
9. Кошкина Е. А., Киржанова В. В. Эпидемиология наркологических заболеваний // *Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца*. – 2-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – С. 14–38.

10. Кошкина Е. А., Вышинский К. В., Павловская Н. И. и др. Особенности употребления психоактивных веществ среди населения отдельных регионов России // Наркология. – 2010. – № 4. – С. 16–24.
11. Куташов В. А., Сахаров И. Е. Наркология. Клиника. Диагностика. Лечение. – Воронеж, 2016. – 982 с.
12. Немцов А. В., Шельгин К. В. Потребление алкоголя в России: 1956-2012 гг. // Вопросы наркологии. – 2014. – № 5. – С. 3–12.
13. Новохацки А. В., Денисламов М. М. Клинико-психологические особенности органических расстройств при хроническом алкоголизме // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2015. – Т. 8, № 4. – С. 61–69.
14. Положий Б. С., Гурич И. В. Динамика распространенности алкоголизма и алкогольных психозов на разных этапах социально-экономического реформирования общества (по материалам Центрального региона России) // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 6. – С. 29–32.
15. Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – М.: МИА, 2008. – 944 с.
16. Руководство по психиатрии. В 2-х томах. Т. 1 / под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.
17. Семке В. Я., Галактионов О. К., Мандель А. И., Бокхан Н. А., Мещеряков Л. В. Алкоголизм: региональный аспект / под общ. ред. В. Я. Семке. – Томск, 1992. – 217 с.
18. Семке В. Я., Чухрова М. Г., Бокхан Н. А., Куприянова И. Е., Рахматова Л. Д. Психическое здоровье коренного населения восточного региона России. – Томск, Новосибирск: Изд-во «Наука», 2009. – 360 с.
19. Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бокхан Н. А. Нейробиологические механизмы алкоголизма // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – Т. 102, № 8. – С. 61–66.
20. Сиволоп Ю. П., Савченков В. А., Левина Е. А. Современные представления о патогенезе алкогольной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии. 2003. – Вып. 4. – С. 62–64.
21. Чернобровкина Т. В., Москвичев В. Г., Харченко В. И., Бурумский И. В. К вопросу о роли фактора алкоголизации в депопуляции населения России на рубеже XX–XXI вв. // Психическое здоровье. – 2008. – № 2 (21). – С. 37–42.
22. Шабанов П. Д. Наркология. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2012. – 832 с.
23. Freedland E. S., McMicken D. B. Alcohol-related seizures, Part. I: Pathophysiology, differential diagnosis, and evaluation // Journal of Emergency Medicine. – 1993. – V. 11 (4). – P. 463–473.
24. Morris J. C., Victor M. Alcohol withdrawal seizures // Emerg. Med. Clin. North. Am. – 1987. – V. 5 (4). – P. 827–839.
25. Gilhus N. E., Barnes M. P., Brainin M. European Handbook of Neurological Management. – Vol. 1. – 2nd Edition. Wiley-Blackwell, Oxford, UK, 2011. – P. 429–436.
26. Rathlev N. K., Ulrich A. S., Delanty N., D'Onofrio G. Alcohol-related seizures // Emerg. Med. – 2006. – V. 31 (2). – P. 157–163.
27. Ridley N. J., Draper B., Withall A. Alcohol-related dementia: an update of the evidence // Alzheimers Res. Ther. – 2013. – Vol. 5 (1). – P. 3.
28. WHO Global Status Report on Alcohol and Health. – Geneva, World Health Organization, 2011.
29. Xu G., Liu X., Yin Q. et al. Alcohol consumption and transition of mild cognitive impairment to dementia // Psychiatry Clin. Neurosci. – 2009. – Vol. 63 (1). – P. 43–49.
30. Young G. P. Seizures in the alcoholic patient // Emerg. Med. Clin. North Am. – 1990. – Vol. 8 (4). – P. 821–833.
31. Boko Yu.P., Lavrova D.I., Kireev S.A. [Alcohol and drug abuse in adult population of the Russian Federation]. Medicus. 2016; 3 (9): 103–104. (In Russ.).
32. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. Narkologiya [Narcology]. 2011; 10, 9 (117): 43–47. (In Russ.).
33. 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.).
34. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
35. Bokhan N.A., Mandel A.I., Artemyev I.A., Nevidimova T.I., Batukhtina E.I., Voevodin I.V., Abolonin A.F., Solonsky A.V., Prokopieva V.D., Toshchakova V.A., Epimakhova E.V., Shushpanova T.V. [Clinical-pathobiological regularities of alcoholism and drug addictions formation and pathomorphosis in socially organized populations]. Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2015; 3 (88): 53–63. (In Russ.).
36. Dolgopopova T.V., Kutashov V.A. [Alcohol impairments of nervous system]. Molodoy uchenyj [Junior Scientist]. 2015; 21 (101): 269–274. (In Russ.).
37. Kopytov A.V. [Social predictors of alcohol dependence in adolescent males]. Voprosy narkologii [Journal of Addiction Problems]. 2011; 3: 45–54. (In Russ.).
38. Koshkina E.A. [Epidemiology of alcoholism in Russia at the modern stage]. Psihoterapiya i psihofarmakoterapiya [Psychotherapy and Psychopharmacotherapy]. 2001; 3: 89–91. (In Russ.).
39. Koshkina E.A., Kirzhanova V.V. [Epidemiology of narcological diseases]. In: [Handbook of Addiction Psychiatry]. N.N. Ivanets, ed. The 2nd edition. M.: OOO "Medicinskoe informacionnoe agentstvo", 2008; 14–38. (In Russ.).
40. Koshkina E.A., Vyshinsky K.V., Pavlovskaya N.I. et al. [The use of psychoactive substances among population in several regions of the Russian Federation]. Narkologiya [Narcology]. 2010; 4: 16–24. (In Russ.).
41. Kutashov V.A., Sakharov I.E. [Narcology. Clinics. Diagnostics. Treatment. Voronezh, 2016. 982 p. (In Russ.).
42. Nemtsov A.V., Shelygin K.V. [Alcohol consumption in Russia: 1956-2012]. Voprosy narkologii [Journal of Addiction Problems]. 2014; 5: 3–12. (In Russ.).
43. Novokhatski A. V., Denislamov M. M. [Clinical and psychological characteristics of organic disorders in chronic alcoholism]. Vestnik Juzhno-Uralskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya [Bulletin of the South-Ural State University. Series: Psychology]. 2015; 8, 4: 61–69. (In Russ.).
44. Polozhy B.S., Gurin I.V. [Dynamics of prevalence of alcoholism and alcoholic psychoses at different stages of social-economic reformation of the society (according to materials of the Central region of Russia)]. Rossijskij psikiatricheskij zhurnal [Russian Psychiatric Journal]. 2004; 6: 29–32. (In Russ.).
45. [Handbook of Addiction Psychiatry]. N.N. Ivanets, ed. M.: MIA, 2008. 944 p. (In Russ.).
46. [Handbook of Psychiatry]. In 2 volumes. Vol. 1. A.S. Tiganov, ed. M.: Medicina, 1999. 712 p. (In Russ.).
47. Semke V.Ya., Galaktionov O.K., Mandel A.I., Bokhan N.A., Meshcheryakov L.V. [Alcoholism: regional aspect]. V.Ya. Semke, ed. Tomsk, 1992. 217 p. (In Russ.).
48. 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.).
49. Semke V.Ya., Melnikova T.N., Bokhan N.A. [Neurobiological mechanisms of alcoholism]. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002; 102, 8: 61–66. (In Russ.).
50. Sivolap Yu.P., Savchenkov V.A., Levina E.A. [Modern ideas about pathogenesis of the alcoholic encephalopathy]. Zhurnal neurologii i psikiatrii [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2003; 4: 62–64. (In Russ.).
51. Chernobrovkina T.V., Moskvichev V.G., Kharchenko V.I., Buromsky I.V. [To question for the role of alcohol abuse factor in depopulation in Russia on the board XX–XXI centuries]. Psihicheskoe zdorov'e [Mental Health]. 2008; 2 (21): 37–42. (In Russ.).
52. Shabanov P.D. [Narcology]. M.: GOETAR-Media, 2012. 832 p. (In Russ.).

Транслитерация русских источников

1. Bioko Yu.P., Lavrova D.I., Kireev S.A. [Alcohol and drug abuse in adult population of the Russian Federation]. Medicus. 2016; 3 (9): 103–104. (In Russ.).
2. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. Narkologiya [Narcology]. 2011; 10, 9 (117): 43–47. (In Russ.).

ПСИХОФАРМАКО- ТЕРАПИЯ

УДК 616.895.8:615.45
ББК 56.145.51+52.812

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ РИСПЕРИДОНОМ И ГАЛОПЕРИДОЛОМ

¹Алтынбеков К. С. *, ^{2,3}Семке А. В.

¹ Республиканский НПЦ психического здоровья
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
050022, Алматы, ул. Амангельды, 88

² Научно-исследовательский институт психического
здоровья, Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, Россия, ул. Алеутская, 4

³ ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России
634050, Томск, Московский тракт, д. 2

Исследование направлено на сравнительное изучение рisperидона и галоперидола с целью определения значимых различий по параметрам клинической эффективности и безопасности лечения больных шизофренией на этапе стационарного лечения. Клинико-психопатологически и психометрически проведено обследование 60 пациентов. Пациенты 1-й группы (n=30) получали рisperидон, 2-й группа (n=30) – галоперидол. Результаты исследования эффективности и безопасности рisperидона и галоперидола свидетельствуют о том, что оба являются антипсихотическими препаратами первого выбора для лечения стационарного контингента больных шизофренией. Полученные в ходе исследования данные указывают на необходимость дифференцированного подхода к их назначению с учетом формы шизофрении и выявленного психопатологического состояния пациентов. **Ключевые слова:** первое и второе поколение нейролептиков, респондеры, терапия больных шизофренией.

CLINICAL FEATURES AND EFFICIENCY OF THERAPY OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH RISPERIDONE AND HALOPERIDOL. ¹Altynbekov K. S., ^{2,3}Semke A. V. ¹Republican Scientific-Practical Center of Mental Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan. Amangeldy Street 88, 050022, Almaty, Kazakhstan. ²Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. ³Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation. This study was directed at the comparative study of efficiency of drugs risperidone and haloperidol with identification of significant differences according to parameters of clinical efficiency and safety at inpatient stage. Clinical-psychopathological and

psychometrical examination of 60 schizophrenic patients was conducted. Group 1 (30 patients) received risperidone, group 2 (30 patients) received haloperidol. The results of the study of efficiency and safety of risperidone and haloperidol suggest that both medications are antipsychotic drugs of first choice for treatment of group of schizophrenic inpatients. The findings of the research indicate the need for a differentiated approach to administration of these antipsychotics taking into account the forms of schizophrenia and identified psychopathological state of patients. **Keywords:** first and second generation antipsychotics, responders, therapy of schizophrenic patients.

Оптимизация подходов к раннему началу терапии, длительной профилактике больным шизофренией является актуальной задачей психиатрической службы [12, 13, 17]. При этом новые препараты для лечения больных шизофренией должны обладать доказанной эффективностью в отношении купирования позитивной и негативной симптоматики и хорошей переносимостью с относительно благоприятным профилем побочных эффектов [10, 11, 20]. Терапия атипичными антипсихотиками позволяет преодолевать терапевтическую резистентность, снижать выраженность экстрапирамидных симптомов и негативной симптоматики, на которые традиционные препараты влияют слабо, тем самым оказывая ресоциализирующий эффект и значительно повышая качество жизни больных [1, 7]. Атипичные антипсихотики, такие как рisperидон, оланзапин, кветиапин и амисульприд, являются препаратами выбора при лечении острых психозов [14].

Блокада антипсихотиками дофаминовых рецепторов D₂ и D₃ по-прежнему остается единственным фармакологическим механизмом с доказанной терапевтической эффективностью при лечении больных шизофренией [8, 9, 16]. Однако далеко не все симптомы шизофрении могут быть объяснены с позиций дофаминовой гипотезы. В литературе имеются данные о значении дисфункции серотонинергических, глутаматергических, ГАМК-ергических, холинергических нейросистем в патогенезе заболевания [15, 21]. Весомое значение имеют процессы нарушений метаболизма клеток в патофизиологических процессах нейродегенерации [22, 4]. За последние десятилетия одной из важнейших задач фундаментальной медицины является разработка методов прогностической оценки терапевтической эффективности и безопасности использования антипсихотиков, индивидуализирующей психофармакотерапию [2, 3, 5, 6, 18, 19].

Цель работы – открытое сравнительное нерандомизированное проспективное исследование рisperидона и галоперидола при лечении больных шизофренией.

Материалы и методы. Основным в исследовании являлся клинико-психопатологический метод с последующим применением структурно-динамического анализа.

* Алтынбеков Куаныш Сагатович, к.м.н., врач-психиатр организационно-методического консультативного отдела. Телефон: (701)775-55-13, e-mail: kuanysh_altyn@mail.ru

Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., проф., зам. директора, зав. отд. эндогенных расстройств, проф. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии. asemke@mail.ru

Объектом исследования были 60 пациентов с шизофренией в возрасте от 20 до 60 лет, поступивших в мужское и женское психиатрические отделения Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗСР РК. Из них 35 мужчин (58,3 %), 25 женщин (41,7 %).

Критериями включения пациентов в исследование являлись: установленный диагноз шизофрении (согласно критериям МКБ-10), суммарный балл по шкале PANSS от 70 и выше.

Критериями исключения больных из исследования являлись: прием нейролептической терапии менее чем за неделю до поступления в стационар, индивидуальная непереносимость рисперидона и галоперидола, беременность и период лактации у женщин, наличие хронических соматических и неврологических расстройств в стадиях суб- и декомпенсации.

В зависимости от варианта течения заболевания выделено 3 подгруппы пациентов.

1-я подгруппа (n=14, 23,3 %) – пациенты с непрерывно-прогредиентным течением шизофрении, что нашло отражение в клинко-коммуникативных аномалиях вербального и невербального характера и низких показателях социального функционирования. В 8 случаях наблюдалось постепенное развитие шизофренического процесса – от параноидального этапа к параноидному с манифестацией развернутых проявлений синдрома Кандинского-Клерамбо и ростом негативной симптоматики. В 2 случаях отмечались отчетливые кататонические включения, не достигавшие уровня завершённого симптомокомплекса. Госпитализация пациентов обусловлена проявлением психотической симптоматики в виде синдрома психического автоматизма, парафренических и кататонических проявлений, хронологически связанных с несоблюдением режима терапии антипсихотическими препаратами. Для пациентов характерен низкий удельный вес клинически очерченных аффективных (маниакальных и депрессивных) нарушений. У 6 пациентов наблюдались дезорганизация мышления, эмоциональная неадекватность, бродяжничество, нелепый, паралогичный характер высказываний, определявшие картину заболевания на всем ее протяжении, за фасадом которых выявлялись отчетливые негативные нарушения.

2-я подгруппа (n=25, 41,7 %) – пациенты с приступообразно-прогредиентным течением заболевания. Характеризуется взаимосвязью между вербальными и невербальными клинко-коммуникативными нарушениями и социальной дезадаптацией. На начальном этапе субклинические колебания настроения с пассивными суицидальными мыслями отмечались у 6 пациентов. В последующих приступах к аффективным нарушениям присоединялись галлюцина-

торно-параноидные проявления с эпизодическими включениями синдрома Кандинского-Клерамбо. На момент включения в обследование в клинической картине выявлен депрессивно-параноидный синдром со статичными позами, избеганием незнакомой обстановки, предметов и аффективно-бредовыми нарушениями.

В 3-й подгруппе (n=21, 25,0 %) на момент обследования наблюдался первый эпизод заболевания, протекавший по типу аффективно-бредового приступа. Пациенты демонстрировали разные аффективно насыщенные нестойкие бредовые идеи, клинически напоминающие острый параноид. Зачастую выраженный страх и тревога не имели конкретного бредового содержания, характерно усиление растерянности.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Statistica 6.0. Статистическую значимость различий между группами определяли по критериям Манна-Уитни (для двух независимых выборок), Вилкоксона (для двух зависимых выборок), в соответствующих случаях использовались t-критерий, метод χ^2 (для оценки частотных признаков). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования клинической эффективности пациенты были распределены в 2 группы (рис. 1).

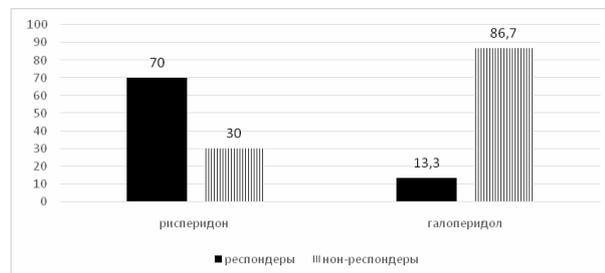


Рис. 1. Сравнительное исследование клинической эффективности сравниваемых нейролептиков

В 1-ю группу с положительным эффектом (респондеры) вошли 30 (50 %) больных, это были пациенты из 2-й (15 пациентов) и 3-й (13 пациентов) подгрупп и 2 больных из 1-й подгруппы. Из них рисперидон получали 18 пациентов (30,0 %), галоперидол – 12 (20,0 %).

У пациентов, получавших рисперидон в дозе 4,0 мг/сут, к середине 2-й недели терапии наблюдалось клиническое улучшение состояния, в том числе регистрируемое и по шкале PANSS (средний балл на момент начала исследования $95,1 \pm 4,3$ балла). Уже в течение 1-й недели терапии отмечались первые клинические признаки антипсихотического действия рисперидона, средний балл по шкале PANSS составил $82,3 \pm 5,2$ балла ($p < 0,05$). Ко 2-й неделе лечения у больных произошло снижение аффективной

напряженности, выраженности поведенческих нарушений, тревоги. Редукция галлюцинаторно-бредовых переживаний, пассивных суицидальных мыслей и явлений психического автоматизма проявлялась к началу 3-й недели (средний балл по шкале PANSS составил $67,4 \pm 4,9$ балла; $p < 0,01$). Постепенно нивелировались продуктивные психотические проявления с гармоничной редукцией галлюцинаций, бреда, идей величия, психомоторного возбуждения и аффективной заряженности), улучшался сон, становились менее негативистичными и апатичными. К началу 4-й недели более половины пациентов ($n=10$) были включены в число респондеров. В последующем, на 5-й и 6-й неделях, продолжалась поступательная редукция психопатологической симптоматики. Лишь к 7-й неделе в 15 случаях (83,3 %) можно было говорить о формировании медикаментозной ремиссии (средний балл по шкале PANSS составил $30,1 \pm 5,8$ балла, $p < 0,05$). У остальных пациентов формирование ремиссии происходило к концу 2-го месяца терапии. В целом у пациентов, принимавших рисперидон, наблюдалось плавное и поступательное снижение остроты психотической симптоматики, апатичности, появление контроля над антивитаальным поведением.

Клиническая картина пациентов, принимавших галоперидол в дозировке 20,0 мг/сут, изменялась несколько иначе (средний балл по шкале PANSS на момент начала исследования $96,2 \pm 5,4$ балла). У 6 пациентов (75,0 %) в первые дни после начала инъекционного приема препарата развивался первичный седативный эффект. Больные были заторможены, сохранялась бредовая настроенность, продолжали высказывать идеи величия, однако аффективная напряженность практически не выявлялась, поведение в целом характеризовалось упорядоченностью. К середине 2-й недели больных переводили на пероральный прием препарата (средний балл по шкале PANSS составлял $85,2 \pm 4,8$ балла). К середине 3-й недели отмечался распад бредовых систем, сопровождавшийся некоторым ростом активности, продуктивной деятельности, снижением эмоциональной отгороженности, неадекватности, холодности. К 5-й неделе 5 пациентов (62,5 %) были включены в число респондеров. В последующем положительные изменения психического состояния носили не столь выраженный характер. Только к концу исследования в оставшихся случаях можно было говорить о формировании полноценной ремиссии (средний балл по шкале PANSS составил $35,5 \pm 4,4$ балла).

На рисунке 2 представлена динамика общего балла по шкале PANSS у пациентов с положительными результатами терапии, получавших различные препараты.

Во 2-ю группу вошли 30 (50 %) пациентов, клиническая картина которых не претерпела значительных изменений на фоне терапии, из них рисперидон получали 10 (17 %), галоперидол – 20 (33 %). Клинической особенностью этой группы пациентов являлась длительность психического расстройства более 5 лет.

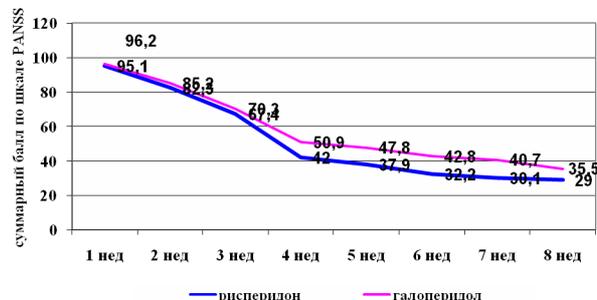


Рис. 2. Динамика общего балла по шкале PANSS в 1-й группе

У пациентов, получавших рисперидон, на протяжении 2 недель не наблюдалось заметного улучшения. Повышение суточной дозы до 6,0 мг/сут также не привело к выраженным изменениям состояния. Средний балл по шкале PANSS у пациентов, принимавших рисперидон, составлял $89,8 \pm 5,2$ балла и на протяжении 3-недельного периода снизился до $84,9 \pm 5,4$ балла ($p < 0,05$). Клинической особенностью данной группы является то, что большинство пациентов (70,0 % – 7 человек), получавших рисперидон, продемонстрировали отчетливые признаки злокачественности эндогенного процесса. У остальных пациентов в клинической картине выявлялись отчетливые бредовые идеи персекуторного характера с кататоническими включениями, ассоциативные шпёррунги, разноплановость, разорванность мышления.

В группе пациентов, принимавших галоперидол, на фоне терапии отмечалась выраженная сонливость, но инцизивное действие нейрорептика не обнаружено. Переход с инъекционных форм введения галоперидола на пероральный приём не вызывал значимых изменений в состоянии. В данной группе выявлялись высокопрогредиентные формы течения шизофрении по типу гебефрении (4 случая) и параноидная форма (16 случаев).

Результаты мониторинга побочных эффектов при терапии рисперидоном не выявили клинически значимых нарушений, за исключением сонливости на начальных этапах терапии (2 – 20,0 %). Субъективная самооценка состояния, результаты клинико-лабораторного и клинико-инструментального обследования пациентов не обнаруживали данных, указывающих на наличие нежелательных эффектов терапии. Побочные эффекты галоперидола представлены более отчетливо. В 9 случаях (45,0 %)

в первые дни зарегистрирован острый экстрапиримидный синдром, требовавший незамедлительного купирования, у 4 (20,0 %) пациентов в последующие дни эпизодически отмечались акатизия, сердечно-сосудистые нарушения, снимавшиеся симптоматической терапией, но снижающие качество жизни пациентов.

Заключение. Таким образом, полученные результаты применения рисперидона при лечении острых психотических эпизодов в рамках шизофрении позволяют говорить о хорошей эффективности препарата в 70,0 % случаев. Вместе с тем распределение пациентов по уровню эффективности терапии указывает, что наибольший антипсихотический эффект нейролептик оказывает на состояния, в структуре которых, наряду с галлюцинаторным и бредовыми проявлениями, отмечаются очерченные аффективные расстройства, стержневым синдромообразующим компонентом которых является тревога, а также первые острые психотические эпизоды шизофрении. Необходимо отметить положительное влияние использования данного препарата на клиническую эффективность в случае давности заболевания менее 5 лет. В этих случаях наблюдались достаточно быстрая гармоничная редукция психотических расстройств, аффективная уплощенность, волевые нарушения, фиксируемые как клинически, так и по динамике показателей шкалы PANSS.

Полученные в ходе исследования результаты эффективности и безопасности рисперидона и галоперидола позволяют определить оба препарата как средства первого выбора для лечения стационарного контингента больных шизофренией. Однако полученные данные указывают на необходимость дифференцированного подхода к их назначению с учетом формы шизофрении и выявленного в ходе проведенного исследования психопатологического состояния пациентов.

Л и т е р а т у р а

1. Алфимов П. В., Рывкин П. В., Ладыженский М. Я. и др. Метаболический синдром у больных шизофренией (обзор литературы) // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 3. – С. 8–14.
2. Ветлугина Т. П., Лобачева О. А., Семке А. В. и др. Влияние кветиапина на некоторые показатели иммунитета у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 7. – С. 55–58.
3. Вялова Н. М., Иванов М. В., Иванова С. А. и др. Ассоциации полиморфизмов генов CYP2D6 и HTR2C с развитием гиперпролактинемии у больных шизофренией на фоне антипсихотической терапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2014. – № 3. – С. 8–13.
4. Иванова С. А., Смирнова Л. П., Щигорева Ю. Г. Активность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и каталазы в эритроцитах больных шизофренией в динамике фармакотерапии традиционными антипсихотическими препаратами // Нейрохимия. – 2014. – Т. 31, № 1. – С. 79–84.
5. Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Бохан Н. А. Роль полиморфизма гена дофаминового рецептора DRD3 в развитии поздней дискинезии при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Вып. 1. – Т. 25, № 1. – С. 5–8.
6. Корнетова Е. Г., Микилев Ф. Ф., Лобачева О. А. и др. Клинические и иммунологические особенности гиперпролактинемии у пациентов с шизофренией, принимающих рисперидон // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, вып. 1. – С. 5–11.
7. Мосолов С. Н. и др. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – 1080 с.
8. Мосолов С. Н., Алфимов П. В. Роль дофаминовых D3-рецепторов в механизме действия современных антипсихотиков // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 1. – С. 2–9.
9. Попов М. Ю. Теоретические предпосылки комбинированной терапии шизофрении // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2015. – № 4. – С. 16–21.
10. Смирнова Л. П., Паршукова Д. П., Бородюк Ю. Н. и др. Изменения липидного спектра и ЭКГ у больных параноидной шизофренией в процессе терапии атипичными антипсихотиками // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 2015. – № 3. – С. 38–42.
11. Сюняков Т. С. Взаимодействие лекарственных средств при антипсихотической терапии шизофрении: правительные и рискованные сочетания лекарственных средств // Современная терапия психических расстройств. – 2013. – № 1. – С. 11–16.
12. Шмуклер А. Б. Внебольничная психиатрическая помощь в психоневрологическом диспансере: практическое руководство. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2016. – 144 с.
13. Ястребов В. С., Митихин В. Г., Солохина Т. А. и др. Научные основы организации психиатрической помощи: решение практических задач в рамках приоритетных исследований // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2016. – № 12. – С. 4–12.
14. Ястребов Д. В. Атипичные антипсихотические препараты группы замещенных бензамидов: тиаприд, сульприд и амисульприд. Особенности фармакологического действия и клинического применения // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25, вып. 3. – С. 72–79.
15. Di Iorio G., Baroni G., Lorusso M. et al. Efficacy of Melperone in Schizophrenic Patients: A Systematic Review // J. Amino Acids. – 2017. – 7021071.
16. Donahue T. J., Hillhouse T. M., Webster K. A. (S)-amisulpride as a discriminative stimulus in C57BL/6 mice and its comparison to the stimulus effects of typical and atypical antipsychotics // Europ. J. Pharmacol. – 2014. – Vol. 734 (5). – P. 15–22.
17. Fakra E., Azorin J. M., Belzeaux R. et al. Evaluating the efficacy of long acting injectable antipsychotics through clinical trials // Encephale. – 2016. – Vol. 42 (6S). – P. 43–46.
18. Ivanova S. A., Filipenko M. L., Vyalova N. M. et al. CYP1A2 and CYP2D6 Gene Polymorphisms in Schizophrenic Patients with Neuroleptic Drug-Induced Side Effects // Bulletin of Experimental Biology and Medicine. – 2016. – Vol. 160. No. 5. – P. 687–690.
19. Ivanova S. A., Osmanova D. Z., Boiko A. S. et al. Prolactin gene polymorphism (-1149 G/T) is associated with hyperprolactinemia in patients with schizophrenia treated with antipsychotics // Schizophr. Res. – 2016. – Oct. – pii: S0920-9964(16)30473-X
20. Noordraven E. L., Wierdsma A. I., Blanken P. et al. Financial incentives for improving adherence to maintenance treatment in patients with psychotic disorders (Money for Medication): a multicentre, open-label, randomized controlled trial // Lancet Psychiatry. – 2017. – Vol. 4 (3). – P. 199–207.

21. Sokoloff P., Leriche L., Diaz J. et al. Direct and indirect interactions of the dopamine D3 receptor with glutamate pathways: implications for the treatment of schizophrenia // *Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol.* – 2013. – Vol. 386. – P. 107–124.
 22. Vetlugina T. P., Lobacheva O. A., Sergeeva S. A. et al. Adjunctive use of interferon γ inducer for treatment of patients with schizophrenia // *Acta Neuropsychiatr.* – 2016. – Jun. – Vol. 3. – P. 149–156.
- Транслитерация русских источников**
1. Alfimov P.V., Ryvkin P.V., Ladyzhensky M.Ya. et al. [Metabolic syndrome in schizophrenic patients (literature review)]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv* [Modern Therapy of Mental Disorders]. 2014; 3: 8–14. (In Russ.).
 2. Vetlugina T.P., Lobacheva O.A., Semke A.V. et al. [An effect of quetiapine on the immune system of patients with schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2016; 116, 7: 55–58. (In Russ.).
 3. Vyalova N.M., Ivanov M.V., Ivanova S.A. et al. [The associations between cyp2D6 and HTR2c polymorphisms and development of hyperprolactinaemia in patients with schizophrenia against the background of antipsychotic therapy]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014; 3: 8–13. (In Russ.).
 4. Ivanova S.A., Smirnova L.P., Shchigoreva Yu.G. et al. [Glucose-6-phosphate dehydrogenase and catalase activities in erythrocytes of schizophrenic patients under pharmacotherapy with traditional antipsychotics]. *Neirokimiya* [Neurochemistry]. 2014; 31, 1: 79–84. (In Russ.).
 5. Ivanova S.A., Fedorenko O.Yu., Bokhan N.A. [The role of dopamine receptor DRD3 polymorphism in development of tardive dyskinesia in patients with schizophrenia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2015; 25, 1: 5–8. (In Russ.).
 6. Kornetova E.G., Mikilev F.F., Lobacheva O.A. et al. [Clinical and immunological features of hyperprolactinemia in schizophrenic patients treated with risperidone]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2016; 26, 1: 5–11. (In Russ.).
 7. Mosolov S.N. et al. [Biological methods of therapy of mental disorders (evidence based medicine for clinical practice)]. S.N. Mosolov, ed. M.: Sotsial'no-politicheskaya mysl', 2012. 1080 p. (In Russ.).
 8. Mosolov S.N., Alfimov P.V. [Role of dopamine D3-receptors in the mechanism of action of modern antipsychotics]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv* [Modern Therapy of Mental Disorders]. 2014; 1: 2–9. (In Russ.).
 9. Popov M.Yu. [Theoretical background for schizophrenia polytherapy]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2015; 4: 16–21. (In Russ.).
 10. Smirnova L.P., Parshukova D.P., Borodyuk Yu.N. et al. [Lipid spectrum changes and ECG in patients with paranoid schizophrenia in the course of therapy with atypical antipsychotics]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2015; 3: 38–42. (In Russ.).
 11. Syunyakov T.S. [Interaction of medications during antipsychotic therapy of schizophrenia: correct and risky combinations of medications]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv* [Modern Therapy of Mental Disorders]. 2013; 1: 11–16. (In Russ.).
 12. Shmukler A.B. [Extramural psychiatric care at psychoneurological dispensary: practical handbook]. M.: Publishing House "MEDPRAKTIKA-M", 2016. 144 p. (In Russ.).
 13. Yastrebov V.S., Mitikhin V.G., Solokhina T.A. et al. [Scientific bases of the organization of psychiatric care: the solution of practical problems in the framework]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2016; 12: 4–12. (In Russ.).
 14. Yastrebov D.V. [Atypical antipsychotics of the substituted benzamides group: tiapride, sulpiride and amisulpride. Pharmacological action and clinical use]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2015; 25, 3: 72–79. (In Russ.).

НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 616.895.4+616.89-008.45

ББК 56.145.6+53.542

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ СО СВЕРХЦЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ

Коляго О. О.* , Попов М. М.

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

В статье изложены результаты исследования по разработке методики применения ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (ТКМС) в рамках терапевтической интервенции депрессивных состояний, протекающих со сверхценными образованиями в их структуре. Получены результаты, что ТКМС по своему тимоаналептическому воздействию выступает в качестве средства оптимизации традиционных методов психофармакотерапии указанных состояний, а также обладает стимулирующим действием на когнитивную сферу. **Ключевые слова:** ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция, эндогенная депрессия, синдром сверхценных образований, когнитивные нарушения.

TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN ORDER TO OPTIMIZE TREATMENT OF ENDOGENOUS DEPRESSIONS WITH OVERVALUED IDEAS. Kolyago O. O., Popov M. M. *Mental Health Research Centre. Kashirskoye Road 34, 115522, Moscow, Russian Federation.* The paper presents results of research aimed at development of the method of using the rhythmic TMS in therapeutic intervention of depression with prevalence of overvalued ideas. The results indicate that TMS in its antidepressant impact appears as a way to optimize the traditional psychopharmacotherapy of depression, and moreover stimulates the cognitive sphere. **Keywords:** transcranial magnetic stimulation, endogenous depression, syndrome of overvalued ideas, cognitive impairment.

Введение. Актуальность эффективной терапии эндогенных депрессий определяется, прежде всего, высокой распространенностью патологии [1, 2], а также снижением качества жизни у данной категории больных [3, 4]. Отдельное изучение эндогенных депрессий, в структуре которых ведущая позиция оказыва-

ется за сверхценными расстройствами и их клиническим своеобразием, отмечено как отечественными, так и зарубежными авторами [5, 6]. Особенное значение имеет сложность подбора и отсутствие алгоритмов терапевтической тактики, выстраивающихся с учетом формирования в структуре депрессии сверхценных симптомокомплексов, что определяет интерес к нелекарственным методам лечения, таким как транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) [7, 8, 9]. Проявления депрессии с присутствием ей анергией, психомоторной заторможенностью так же накладывают отпечаток на когнитивное функционирование больных, что неизбежно отражается на результатах нейропсихологического тестирования [1, 10]. ТКМС позволяет стимулировать определенные участки коры головного мозга, в частности дорсолатеральную префронтальную кору (ДЛПФК), с дисфункцией которой связывают негативные, депрессивные и когнитивные нарушения при эндогенной патологии [8, 11], и оптимизировать методы лекарственной терапии. Данные многих международных исследований свидетельствуют в пользу положительного влияния высокочастотной ТКМС левой дорсолатеральной префронтальной коры на беглость речи, когнитивную гибкость, рабочую и вербальную память [4, 9].

Цель исследования: разработка методики применения ритмической ТКМС в рамках терапевтической интервенции депрессивных состояний с синдромом сверхценных образований и когнитивными нарушениями.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ФГБНУ НЦПЗ (директор – проф., д.м.н. Т. П. Ключник) в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (руководитель отдела – академик РАН А. С. Тиганов). Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический метод, а также нейроккогнитивное обследование. В качестве дополнительного инструмента оценки использовались психометрическая шкала (шкала Гамильтона HRSD-21 [12]) и статистические методы.

Статистическая обработка данных проводилась в программе IBM SPSS Statistics 22. Для оценки статистической достоверности изменений показателей внутри групп применялся тест согласованных пар Уилкоксона. Для определения достоверности межгрупповых различий показателей использовался U-критерий Манна-Уитни.

Обсуждение результатов. Проведено обследование группы из 38 пациентов, в том числе 21 женщина и 17 мужчин, в возрасте от 24 до 55 лет. Средний возраст составил 36,4±6,7 года.

* Коляго Олег Олегович, аспирант отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний. +79686273760. olegkolyago@yandex.ru

Попов Михаил Михайлович, лаборант-исследователь отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний. +79099744083.mpopov_psy@mail.ru

Исходя из целей и задач исследования, больные были разделены на 2 терапевтические группы. Первую (основную) группу составили пациенты, поступившие на стационарное лечение в связи с эндогенными депрессиями непсихотического уровня, с синдромом сверхценных образований и выраженными когнитивными нарушениями. Пациенты основной группы получали терапию ТКМС на фоне психофармакотерапии (20 пациентов: 11 женщин и 9 мужчин, средний возраст $36,2 \pm 5,8$ года). В данной группе преобладали сверхценные идеи ипохондрического (40 %), дисморфофобического (35 %) содержания, сверхценные идеи ревности (15 %) и идеи, связанные с эмоционально значимыми семейными утратами (10 %). По критериям МКБ-10 больные распределялись следующим образом: рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1, F33.2) – 11 случаев (55 %), депрессивный эпизод (F32.1, F32.2) – 7 (35 %), биполярное аффективное расстройство (F31.3, F31.4) – 2 (10 %). Длительность заболевания на момент включения в исследование варьировала от 1 года до 9 лет (в среднем $5 \pm 1,2$ года).

В группу сравнения вошли больные, получавшие только психофармакотерапию (18 больных: 11 женщин и 7 мужчин; средний возраст $32,6 \pm 4,2$ года), сходную по числу и клинико-психопатологическому профилю с основной группой. Структура сверхценных образований в данной группе тематически была представлена в основном ипохондрическими (55,6 %), дисморфофобическими (27,7 %) идеями, а также идеями, связанными с эмоционально значимыми семейными утратами (11,1 %), сверхценными идеями ревности (5,6 %). Состояние больных по МКБ-10 квалифицировалось как рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1, F33.2) – 8 случаев (44, 4 %), депрессивный эпизод (F32.1, F32.2) – 6 (33, 3 %), биполярное аффективное расстройство (F31.3, F31.4) – 3 (16, 7 %), в 1 случае (5, 6 %) зафиксировано хроническое аффективное расстройство настроения (F34.1). Длительность заболевания составила от 1 до 11 лет (в среднем $4,2 \pm 1,4$ года).

Больным первой (основной) группы проводился курс ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТКМС) левой ДЛПК на аппарате «Нейро-МС» (Нейрософт, версия 2009; 153032, Россия, г. Иваново) с интенсивностью 120 % от порога моторного ответа (ПМО), частотой 10 Гц, трейнами по 4 секунды и интервалами между трейнами 26 секунд. Число трейнов в сессии составляло 75. Процедуры проводились ежедневно с перерывами на выходные, число процедур за курс составляло от 15 до 20. Пациенты получали антидепрессанты на протяжении всего исследования. Выбор препарата и подбор дозировки был инди-

видуальным. В большинстве случаев (70 %) применялись селективные ингибиторы обратного нейронального захвата серотонина (СИОЗС). По данным литературы, СИОЗС являются препаратами выбора при лечении эндогенной депрессии в связи с достаточно хорошей переносимостью. Вторая группа (сравнения) являлась активным контролем для первой (основной). Все пациенты еженедельно оценивались по шкале Гамильтона, а также при помощи батареи когнитивных тестов. В исследовании оценивались наиболее важные когнитивные функции, такие как внимание, память, ассоциативная продуктивность. На момент включения в исследование значимых различий по когнитивным тестам между терапевтическими группами не обнаружено. Эффективность терапии оценивалась через 3 недели после ее начала, что соответствовало окончанию курса рТКМС. Критерием эффективности являлась 50 % редукция показателей по шкале Гамильтона.

Результаты и их обсуждение. Сравнительное изучение эффективности терапии в обеих группах показало, что эффективность терапии с привлечением ТКМС была несколько выше и составила 45 % против 33,3 %. Анализ динамики психопатологической симптоматики у изучаемых больных позволил выявить ряд особенностей терапевтического действия ТКМС. При этом существенная редукция тимического, идеаторного и двигательного компонентов депрессивной триады (с улучшением настроения, нормализацией сна и аппетита) наблюдалась к концу второй недели терапии ТКМС. Также отмечалась постепенная редукция тревожного, тоскливого и апатического радикалов аффекта, однако с разным эффектом. Наибольший эффект имел место у больных апатической и тоскливой депрессией (соответственно 71,4 % и 57,14 %; $p < 0,05$). При доминировании тревожного радикала аффекта результат составил 33,33 % эффективности ($p < 0,05$). При этом синдром сверхценных образований обнаруживал отчетливую и постоянную связь с депрессивным аффектом. Так, сверхценные идеи по мере редукции депрессивной симптоматики гармонично аффекту дезактуализировались и, лишаясь своей аффективной насыщенности, утрачивали признаки сверхценного образования. Больные отмечали существенное уменьшение проявлений психической и физической слабости, ангедонии (56,7 % редукции, $p < 0,01$), появились периоды восстановления прежней активности (52,4 %, $p < 0,01$), на этапе завершения курса рТКМС отмечался отчетливый активирующий эффект с возрастанием интеллектуальной и моторной активности, одновременно наблюдалось повышение чувствительности к психофармакотерапии, восстановление когнитивных функций.

Число респондеров с 50-процентной редукцией показателей по шкале Гамильтона составило в основной группе (антидепрессанты в сочетании с рТКМС) 12 больных (60 %), в группе сравнения (только антидепрессанты) 8 больных (44,4 %). Редукция суммарного балла по шкале Гамильтона к концу 3-й недели терапии составила 60 % ($p < 0,05$) в группе рТКМС (основной) и 38,8 % ($p < 0,05$) в группе сравнения. Особенностью при выполнении когнитивных тестов больными эндогенной депрессией являлась сниженная мотивация и незаинтересованность в конечном результате тестирования. Кроме того, отмечались сложности в понимании условий выполнения тестов, что требовало повторных объяснений заданий. Обращает на себя внимание то, что выраженность депрессии имела значимые корреляции с результатами использованных когнитивных тестов. Следует отметить, что показатели ни одного из применявшихся когнитивных тестов не коррелировали в значимой мере ни с возрастом пациентов, ни с длительностью течения заболевания. Таким образом, когнитивное функционирование исследуемых больных в большей степени зависело от текущего психического статуса, а именно от выраженности депрессивных расстройств.

Нейрокогнитивное исследование было разделено на два симметричных среза (до начала терапии и через 3 недели после, что соответствовало окончанию курса рТКМС). Были отобраны следующие методики: запоминание шести слов; решение арифметических задач; D-KEFS Verbal Fluency Test; D-KEFS Design Fluency Test; прямые и обратные ряды; таблицы Шульте; D-KEFS Color-World Interference Test. Данные методики использовались в обоих срезах. Для проведения второго среза стимульный материал следующих методик был инвертирован: запоминание шести слов; решение арифметических задач. Остальные методики обладают высокой степенью надежности. Время выполнения 1 среза варьировало от 40 до 60 минут.

На момент включения в исследование обе группы были сопоставимы по всем исследуемым когнитивным показателям, что позволяло считать происходившие в них изменения в динамике следствием терапевтического вмешательства.

Анализ терапевтической динамики когнитивных функций показал наибольший прирост показателей по тестам, которые в наибольшей степени коррелировали с изначальной выраженностью когнитивных расстройств. Следует отметить, что в группе, в которой проводилась рТКМС, улучшение было наибольшим. Так, показатели визуальной беглости у больных после 3 недель статистически значимо улучшились ($p < 0,05$). В среднем пациенты при выполнении второго среза в DFT справлялись (16 %, $p < 0,05$)

лучше в основной группе (антидепрессанты в сочетании с рТКМС), чем (11,1 %, $p < 0,05$) в группе сравнения (антидепрессанты). В методике запоминания шести слов, направленной на оценку рабочей памяти, больные демонстрировали улучшение в 11,6 % случаев в основной группе ($p < 0,01$) и в 7,8 % ($p < 0,01$) в группе сравнения. Также пациенты демонстрировали улучшение показателей внимания: в группе сравнения эффективность работы возросла значительно меньше – на 5,0 % против 16,6 % ($p < 0,05$) в группе пациентов, получавших рТКМС. Больные основной группы имели лучшие результаты вратываемости (6,6 % против 3,3 %, $p < 0,05$). Когнитивный контроль у больных так же продемонстрировал улучшения: время выполнения методики SWIT у пациентов основной группы уменьшилось на 7,4 %, количество ошибок снизилось на 34,0 % ($p < 0,05$), в группе сравнения статистически значимые изменения отсутствовали. Изменения показателей, связанных с исследованием возможностей мышления, а также программирования и контроля деятельности внутри групп были минимальными. Вербальная беглость больных также не показывала значимых различий. Однако качественная обработка результатов позволяла сказать о некоторых позитивных результатах у пациентов основной группы, которые заключались в более разнообразном подборе слов. У большинства пациентов достигнутые изменения когнитивных функций были достаточно стойкими.

Таким образом, у пациентов основной группы (антидепрессанты в сочетании с рТКМС) в процессе терапии положительные изменения когнитивных функций коррелировали с редукцией депрессивной симптоматики. У пациентов группы сравнения (антидепрессанты) отмечалось умеренное и постепенное улучшение когнитивных функций. К концу 3-й недели исследования статистическая значимость прироста показателей имела место в отношении большинства проводимых тестов. В то же время динамика изменений когнитивных функций в группе сравнения (антидепрессанты) была не столь заметной, значимое улучшение показателей отмечалось лишь спустя ещё 3–4 недели терапии. Это свидетельствовало о том, что комбинирование антидепрессантов и рТКМС оказывало более быстрое стимулирующее влияние на когнитивную сферу, чем проведение лишь одной тимоаналептической фармакотерапии.

Заключение. Результаты данного исследования свидетельствуют о том, что рТКМС, обладая хорошей переносимостью и эффективностью, не уступает по тимоаналептическим свойствам традиционным методам антидепрессивной терапии депрессий.

К преимуществам рТКМС можно отнести быструю достижения антидепрессивного эффекта и связанную с этим редукцию сверхценных образований, а также выраженное действие на когнитивные нарушения (вероятнее всего, на вторичные, ассоциированные с депрессией). Таким образом, комбинированное назначение антидепрессантов и нелекарственных методов терапии, таких как рТКМС, показывает наиболее оптимальные результаты. Улучшение когнитивных функций в процессе терапии отмечалось в обеих группах, но преобладало у респондеров, что свидетельствует о связи положительных изменений в когнитивной сфере с редукцией депрессии. Следует указать, что в основной группе, где проводилась рТКМС, эти функции улучшались в более ранние сроки и в большей степени выраженности.

Вероятной причиной ухудшения показателей когнитивных тестов после прекращения рТКМС являлся частичный возврат депрессивной симптоматики, отмечавшийся у ряда пациентов.

Таким образом, наше исследование продемонстрировало, что рТКМС по своим тимоаналептическим свойствам и эффективности вполне соответствует традиционным методам психофармакотерапии эндогенных депрессий, имеющих в своей структуре сверхценные образования, а также улучшает когнитивные функции.

Литература

1. Маслеников Н. В., Цукарзи Э. Э., Мосолов С. Н. Эффективность транскраниальной магнитной стимуляции при депрессиях у больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2010. – № 2. – С. 14–18.
2. Holtzheimer P. E., Russo J., Avery D. H. A meta-analysis of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression // *Psychopharmacol. Bull.* – 2001. – Vol. 35, № 4. – P. 149–169.
3. Пуговкина О. Д., Холмогорова А. Б., Цукарзи Э. Э., Ильин С. А., Мосолов С. Н. Динамика когнитивных функций у пациентов с резистентными депрессиями при применении электросудорожной терапии (ЭСТ) и циклической транскраниальной магнитной стимуляцией (цТМС) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 2. – С. 47–51.
4. Micallef J., Fakra E., Blin O. Use of antidepressant drugs in schizophrenic patients with depression // *Encephale.* – 2006. – Vol. 32, № 2. – P. 263–269.
5. Грачев В. В. Аффективная патология в доманифестном периоде нервной анорексии в подростковом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – № 5, Вып. 2. – С. 69–74.
6. Santin J. M., Galvez F. M. Overvalued ideas: psychopathologic issues // *Actas Esp. Psiquiatr.* – 2011. – Vol. 39 (1). – P. 70–74.
7. Guse B., Falkai P., Wobrock T. Cognitive effects of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation: a systematic review // *J. Neural. Transm.* – 2010. – Vol. 117, № 1. – P. 105–122.
8. Molina V. et al. Association between cerebral metabolic and structural abnormalities and cognitive performance in schizophrenia // *Psychiatr. Res.* – 2009. – Vol. 173, № 2. – P. 88–93.
9. Sack A. T. et al. Optimizing functional accuracy of TMS in cognitive studies: a comparison of methods // *J. Cogn. Neurosci.* – 2009. – Vol. 21, № 2. – P. 207–221.
10. Ettinger U. et al. Functional magnetic resonance imaging of a parametric working memory task in schizophrenia: relationship with performance and effects of antipsychotic treatment // *Psychopharmacol. (Berlin).* – 2011. – Vol. 216, № 1. – P. 17–27.
11. Mittrach M. et al. The tolerability of rTMS treatment in schizophrenia with respect to cognitive function // *Pharmacopsychiatry.* – 2010. – Vol. 43, № 3. – P. 110–117.
12. Hamilton M. A rating scale for depression // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* – 1960. – Vol. 23. – P. 56–62.

Транслитерация русских источников

1. Maslennikov N.V., Tsukarzi E.E., Mosolov S.N. [The effectiveness of transcranial magnetic stimulation for depression in patients with schizophrenia]. *Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical psychology]. 2010; 2: 14–18. (In Russ.).
3. Pugovkina O.D., Kholmogorova A.B., Tsukarzi E.E., Il'in S.A., Mosolov S.N. [Dynamics of cognitive functions in patients with resistant depression when using electroconvulsive therapy (ECT) and circular transcranial magnetic stimulation (CTMS)]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2006; 16, 2: 47–51. (In Russ.).
5. Grachev V.V. [Affective pathology in the premanifesting period of anorexia nervosa in adolescents]. *Zhurnal neurologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2013; 5 (2): 69–74. (In Russ.).

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

УДК 616.853-039.7:616.831

ББК 56.127.7,92+53.435+52.227.9

ОСОБЕННОСТИ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ НА ЗНАЧИМЫЙ АУДИАЛЬНЫЙ СТИМУЛ ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ФОКАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ

¹Гребенюк О. В., ²Казенных Т. В.,
¹Алифирова В. М.

¹ ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России
634050, Томск, Московский тракт, 2

² Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
634014, Томск, Россия, ул. Алеутская, 4

Обследованы 193 пациента, страдающих симптоматической фокальной эпилепсией (СЭ), находящихся под наблюдением эпилептолога. Локализованные формы эпилепсии с поражением конвексимальной коры (СКЭ) диагностированы у 116 (60,1 %) пациентов, с поражением медиальной височной коры (МВЭ) – у 77 (39,9 %) больных. Группу сравнения составили 139 здоровых волонтеров. Проводили нейропсихологическое, нейрофизиологическое исследование для оценки высших корковых функций. У пациентов с СКЭ отмечали достоверное снижение когнитивных показателей по результатам тестов, увеличение латентности компонентов вызванных потенциалов на значимый аудиальный стимул P2, N2 и P3, тогда как у пациентов с МВЭ – только N2 и P3. Мы полагаем, что выявленные нарушения могут быть использованы в диагностике СЭ. **Ключевые слова:** эпилепсия фокальная, конвексимальная кора, медиальная височная кора, оценка высших корковых функций, психологические и нейрофизиологические методы.

FEATURES OF THE AUDITORY P300 EVOKED POTENTIALS IN ADULTS WITH SYMPTOMATIC FOCAL EPILEPSY.

¹Grebenyuk O. V., ²Kazennykh T. V., ¹Alifirova V. M. ¹Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation. *Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation.* ²Mental Health Research Institute, *Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* 193 patients with symptomatic focal epilepsy (SE) under epileptologist's observation have been examined. The localized forms of epilepsy with neocortex defeat (SCE) have been diagnosed in 116 (60.1 %), with limbic cortex defeat (MTLE) in 77 (39.9 %) patients. The group of comparison was made by 139 healthy volunteers. Neuropsychological and neurophysiological investigations to estimate higher cortical functions were carried out. In patients with SCE we noted a significant decrease in cognitive performance according to tests' results. The latency of P2, N2 and P3 components of the auditory P-300 wave targeted stimuli in patients with SCE was in statistical terms significantly longer when compared to control group. In patients with MTLE only N2 and P3 component's latency was longer. We suppose that the revealed disturbances may be used in the diagnosis of SE. **Keywords:**

* Контактное лицо: Казенных Татьяна Валентиновна, к.м.н., ученый секретарь. (83822)723149. kazennykh@sibmail.com

focal epilepsy, convexital cortex, medial temporal cortex, estimation of higher cortical functions, psychological and neurophysiological methods.

Актуальность. В настоящее время установлено, что эпилепсия не является единым заболеванием с разными приступами, а подразделяется на отдельные формы – эпилептические синдромы, характеризующиеся устойчивой взаимосвязью клинических, электрических и анатомических критериев, реакцией на антиэпилептическую терапию и прогнозом [1]. Соответственно различаются характер и степень выраженности нарушений высшей нервной деятельности (ВНД) при разных формах эпилепсии [2, 3]. Во взрослой популяции наиболее распространены фокальные эпилепсии, согласно иктальной семиотике подразделяющиеся на неокортикальные и палеокортикальные, характеризующиеся различной динамикой распространения эпилептической активности, обусловленной вовлечением различных структур головного мозга в патологический процесс [4].

Традиционное изучение высших корковых функций основано на психометрическом подходе с использованием стандартизированных тестов. В то же время одним из широко используемых методов для перцептивных и когнитивных процессов является метод вызванных потенциалов (ВП), позволяющий выявить различия в активности мозговых полей в процессе восприятия и переработки стимула [5]. Одним из таких методов является метод исследования эндогенных ВП на значимый стимул. При нарушении ВНД наблюдается достоверный рост латентности различных компонентов ВП [6].

Известно, что ранний комплекс P1, N1, P2 отражает процесс восприятия, а поздний комплекс N2, P3, N3 отображает процессы опознавания, дифференцировки, запоминания и принятия решения. У пациентов с эпилепсией исследование позднего компонента P3 аудиальных ВП на значимый стимул помогает выявить субклинические нарушения высшей нервной деятельности при первично- и вторично-генерализованных приступах у взрослых, а также при парциальных припадках у детей [7, 8]. Несмотря на большое количество опубликованных работ, посвященных исследованию «поздних волн» аудиальных ВП на значимый стимул, ассоциированных с когнитивными процессами, исследований, посвященных комплексной оценке ранних и поздних компонентов у взрослых больных симптоматической локально-обусловленной эпилепсией в зависимости от локализации патологического процесса в доступной литературе не выявлено.

Целью работы явилось комплексное изучение вызванных потенциалов на значимый аудиальный стимул при различных формах локализованной эпилепсии у взрослых.

Материалы и методы. В исследование были включены 193 пациента с симптоматической (или вероятно симптоматической) фокальной эпилепсией (СЭ): 71 женщина и 122 мужчины в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст $37,07 \pm 1,04$ года). Все пациенты находились под наблюдением сотрудников Отдела клинической нейрофизиологии клиник Сибирского государственного медицинского университета. Основная группа была разделена на две подгруппы. В первую подгруппу были включены 116 пациентов (60,1 %) с симптоматической корковой (неокортикальной) эпилепсией (СКЭ). Во вторую подгруппу вошло 77 человек (39,9 %) с медиальной височной (палеокортикальной) локализацией (МВЭ).

Сравнение результатов исследований проводили с группой здоровых, которую составили 139 добровольцев: 86 женщин и 53 мужчин в возрасте от 17 до 70 лет (средний возраст $34,97 \pm 1,05$ года). Критериями включения в группу здоровых являлись: отсутствие субъективных жалоб и объективных неврологических симптомов.

Диагноз эпилепсии базировался на определении заболевания, сформулированном последней ревизией Международной Противоэпилептической Лиги, и ставился исключительно при наличии повторных приступов. Все случаи эпилепсии были классифицированы по характеру приступов и по форме заболевания согласно рекомендациям Рабочей группы ILAE (2001).

Клиническое обследование пациентов с различными формами локализованной эпилепсии проводилось по общепринятой схеме:

- Сбор данных соматического, неврологического и пароксизмального анамнезов.
- Оценка объективного соматического и неврологического статусов.
- Сбор личного и социально-профессионального анамнезов (род занятий, образование, семейное положение).
- Перенесенные и сопутствующие заболевания (пре- и перинатальные нарушения, перенесенные заболевания нервной системы, оперативные вмешательства, сопутствующие соматические и психические заболевания).
- Пароксизмальный анамнез с учётом наличия «эпилептических радикалов» (снохождение, сноговорение, заикание, энурез, детские страхи, фебрильные судороги, периодические состояния: мигрень, бронхиальная астма, алкоголизм и др.) у пациента и его родственников.
- Описание пароксизмального синдрома (типы приступов, степень утраты сознания).
- Неврологический статус с выделением очаговой и вегетативной симптоматики.
- Фармакологический анамнез.

Нейровизуализация. С целью подтверждения симптоматического генеза эпилепсии, определения локализации и величины поражения больным симптоматической эпилепсией проводились компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга. Учитывалось наличие корковой и подкорковой атрофии, посттравматических изменений (дефекты костной структуры, очаги повышенной и пониженной плотности), гидроцефалии и патологии желудочковой системы, внутримозговых кальциатов, сосудистых мальформаций, опухолей, очагов повышенной и пониженной плотности сосудистого генеза.

Нейропсихологическое исследование. Включенные в протокол тесты были нацелены на выявление наиболее часто встречающихся при эпилепсии когнитивных нарушений, а именно: нарушений памяти, внимания, концентрации. Кроме того, для определения степени тревоги и депрессии использовали общепринятые тесты [9]. В протокол исследования вошли следующие тесты: 1) Мини-Исследование Умственного Состояния (Mini-Mental State Examination – MMSE); 2) Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983; Wade D., 1992; Бевз И. А., 1999); 3) Батарея тестов для оценки лобной дисфункции (FAB) (Dubois B., Slachevsky A., 2000); 4) Метод диагностики дизонтогенеза Повторение цифр (Digit Span – DS) (Wechsler D., 1945; Dwade, 1992).

Нейрофизиологическое исследование. Электрические реакции мозга, связанные с процессами восприятия и формирования моторного ответа на значимые опознаваемые события, регистрировали по общепринятой методике когнитивных вызванных потенциалов Р-300 [10] на компьютерном электроэнцефалографе «Нейрон-Спектр 4ВП». Исследование проводилось по стандартной методике в ситуации случайно возникающего события (в ответ на слуховую невербальную стимуляцию). Условия стимуляции: бионауральная, длительность стимула 50 мс, интенсивность 80 дБ, период между стимулами 1 с. Параметры регистрации: стимул частотой тона 2000 Гц с 30 % (значимый), 1000 Гц с 70 % (незначимый). Испытуемый находится в положении сидя с закрытыми глазами, нажимает на кнопку правой рукой на значимый стимул. Отдельно усредняли вызванные потенциалы на значимые стимулы, подсчитывали среднее время реакции. Количественному анализу подвергались изменения Р300 в лобных, центральных и теменных отведениях (F3, F4, C3, C4, P3, P4).

Полученные результаты нейровизуализации, нейропсихологического, нейрофизиологического и других исследований обрабатывали параметрическими и непараметрическими методами с использованием пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение.

Характеристика группы больных с неокортикальной эпилепсией (СКЭ). В составе подгруппы СКЭ были 78 мужчин и 38 женщин, средний возраст которых составил $35,52 \pm 1,25$ года. Высшее образование имели 19,6 % пациентов, незаконченное высшее – 9,8 %, среднее специальное – 47,05 %, начальное и ниже образование было у 23,52 %. По уровню занятости показатели распределились следующим образом: 21,56 % – квалифицированные рабочие; по 19,60 % составили государственные служащие, учащиеся и инвалиды по основному заболеванию (не работающие в связи с этим); по 3,92 % – пенсионеры и неквалифицированные рабочие. Семейное положение в подгруппе было таковым: 39,22 % женаты (замужем); 27,45 % холосты (не замужем); 1,96 % вдовы; 31,37 % разведены.

Указаний на перенесенные соматические заболевания в исследовательской выборке было крайне мало и едва достигало 6 % (пневмонии, травмы). Так же невелико количество сопутствующих соматических заболеваний – 13,73 %. Эндокринологические и сосудистые заболевания составили по 3,92 %, заболевания желудочно-кишечного тракта – 5,88 %. Неврологический анамнез оказался иным: в 12 % случаев заболеванию предшествовали опухоли мозга, в 18% – черепно-мозговые травмы различной степени тяжести (по 9 % легкой, средней и тяжелой степеней), по 1,96 % имелись указания на наличие в анамнезе нейроинфекции и инсульта. В этой подгруппе наблюдались и сопутствующие основному неврологическому заболеванию: в 12 % – клинические последствия черепно-мозговых травм, в 4 % случаев – сосудистые заболевания.

Отягощенный пароксизмальный анамнез у пациентов с СКЭ отмечался в 19,61 % случаев, у родственников – в 1,96 %.

Средний возраст дебюта эпилепсии при СКЭ составил $26,8 \pm 2,32$ года, при этом характер первого спонтанного приступа в 72,55 % случаев был судорожным.

При анализе клинической картины выделены основные типы приступов, оценено наличие объективных неврологических синдромов. Изолированные фокальные приступы наблюдались у 8 человек. 110 пациентов имели простые парциальные приступы с вторичной генерализацией. В этой подгруппе фокальные сенсорные (ФС) приступы наблюдались в 17,65 % случаев (в 5,88 % из них были приступы с элементарными сенсорными симптомами, в 11,76 % – со сложными сенсорными симптомами). Фокальные моторные (ФМ) приступы наблюдались в 23,53 % случаев (в 3,92 % случаев были приступы с простыми двигательными симптомами, в 19,61 % – с различными автоматизмами).

Фокальные сенсорные приступы со вторичной генерализацией (ФС+ВГ) были выявлены у 13,73 % пациентов подгруппы, фокальные моторные припадки со вторичной генерализацией (ФМ+ВГ) – у 29,41 %. Вторично-генерализованные приступы с неуточненным начальным компонентом (ВГ) встречались в 11,76 % случаев.

При объективном неврологическом обследовании грубые отклонения от нормы отсутствовали у 5,88 % пациентов. С высокой частотой выявлялись следующие синдромы: гипертензионно-гидроцефальный (37,25 %), очагового поражения нервной системы (45,08 %). Реже встречались дисмнестический (13,73 %), синдром вегетативной дистонии (11,76 %), органический психосиндром (9,80 %), цефалгический (7,84 %), астеноневротический (3,92 %), гипоталамический (7,84 %).

Большинство пациентов в подгруппе СКЭ на момент обследования получали базовые антиконвульсанты: 32,14 % – вальпроаты, 25,10 % – карбамазепины. Около трети больных (32,14 %) принимали барбитураты. Бензодиазепины получали 3,57 % обследованных, а без лечения антиконвульсантами наблюдались 7,14 %.

Характеристика группы больных с медиальной височной эпилепсией (МВЭ). В подгруппе СВЭ были 33 женщины и 44 мужчин в возрасте $39,42 \pm 1,78$ года. Распределение в подгруппе по уровню образования было следующим: высшее – 22 %, незаконченное высшее – 24 %, среднеспециальное – 38 %, начальное и ниже – 16 %. При изучении семейного положения во второй подгруппе не обнаружено значительных отличий от первой подгруппы: 46 % были женаты (замужем); 20 % – холосты (не замужем); 32 % – разведены.

Распределение по роду производственно-трудовой занятости показывает более высокую социальную адаптацию у пациентов с МВЭ: 22 % государственных служащих, 14 % квалифицированных рабочих, 4 % неквалифицированных рабочих, 8 % безработных. Значительно меньшим по сравнению с подгруппой СКЭ было количество инвалидов по основному заболеванию – только 8 %. Несколько выше число учащихся – 32 %. По 4 % составили предприниматели и домохозяйки.

Анамнез перенесенных соматических заболеваний оказался крайне скуден – лишь в 4 % случаев пациенты указывают на перенесенные в прошлом заболевания. Сопутствующие соматические заболевания выявлены у 14 % пациентов второй подгруппы – эндокринологические заболевания встречались в 4 % случаев, по 2 % – заболевания опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта и сосудов, ревматологические заболевания.

В анамнезе перенесенных неврологических заболеваний у 8 % выявлены указания на легкую черепно-мозговую травму (указаний на ЧМТ средней тяжести и тяжелых не было), у 4 % – на нейроинфекцию в прошлом. Сопутствовали основному в 10 % случаев неврологические заболевания – это клинические последствия ЧМТ, в 2 % – последствия нейроинфекции, в 4 % – сосудистые заболевания.

У пациентов этой группы с высокой частотой отмечался отягощенный пароксизмальный анамнез – в 24 % случаев, в том числе у родственников пациента (также в 24 % случаев).

При изучении пароксизмального синдрома выявлено значимое преобладание приступов сенсорного типа над моторными, что соответствует преимущественной локализации эпилептогенного очага. Изолированные комплексные парциальные приступы с нарушением сознания наблюдались у 22 человек. 53 пациента имели комплексные парциальные приступы с билатеральным распространением. Так, приступы ФС встречались в 24 % случаев (в 6 % имели место приступы с элементарными сенсорными симптомами, в 18 % – со сложными сенсорными симптомами), приступы ФМ наблюдались только в 8 % (в 2 % случаев отмечались приступы с простыми двигательными симптомами, в 6 % – с различными автоматизмами), приступы ФС+ВГ – в 36 %, ФМ+ВГ – в 10 %. ВГ несколько преобладали над количеством таковых при СКЭ и составили 16 %.

Выявлены внутригрупповые различия и при сравнении объективного неврологического статуса.

Отсутствие грубых неврологических нарушений встречалось значительно чаще – в 24 %. Кроме того, с высокой частотой были выявлены астеноневротический (12 %) и синдром вегетативной дистонии (24 %). В то же время намного реже выявлялся синдром очагового поражения нервной системы (12 %), а также дисмнестический (4 %) и гипоталамический (2 %), гипертензионно-гидроцефальный (18 %) синдромы. Сравнимым по частоте оказался цефалгический синдром (6 %).

По спектру применяемых для лечения эпилепсии антиконвульсантов обе подгруппы достоверно не различались. На момент обследования 25,80 % пациентов с СПЭ получали препараты вальпроевой кислоты, 38,70 % – карбамазепины, 16,13 % – барбитураты, по 3,23 % – ламотриджин и бензодиазепины, 12,90 % больных оставались без лечения.

Результаты нейровизуализации. В подгруппе СКЭ магнитно-резонансная томография головного мозга проведена 80,39 % пациентов, компьютерная томография – 27,45 %. В подгруппе МВЭ – 68 % и 18 % соответственно. При анализе данных выявлено значительное пре-

обладание наличия локальных нейродегенеративных изменений у больных СКЭ: посттравматические изменения (в 17,65 % против 6 % при МВЭ), новообразования (в 7,84 % против 1 %), другие очаговые изменения (ишемические, кальцинаты, очаги повышенной и пониженной плотности) обнаружены в 39,50 % против 18 %. При МВЭ не встречались аномалии развития и сосудистые мальформации. У 12 пациентов был выявлен гиппокампальный склероз. Атрофический процесс мозга, включающий относительное расширение арахноидальных щелей, относительную вентрикуломегалию, нечеткую демаркацию между белым и серым веществами и подчеркнутость борозд и извилин, несколько чаще был выявлен при СКЭ (34 %), чем при МВЭ (25,48 %). Изолированная патология желудочковой системы выявлялась одинаково часто: в 7,84 % случаев – при СКЭ, в 8 % – при МВЭ. Признаков эпилептогенного повреждения головного мозга при нейровизуализации не было выявлено у больных МВЭ в 12 % случаев и только в 1,96 % при СКЭ, что перекликается с литературными данными [11].

Результаты нейропсихологических тестов (НПТ). В группе больных эпилепсией наблюдались достоверно более низкие показатели по результатам НПТ по сравнению со здоровыми волонтерами. При эпилепсии DS прямой составил $41,59 \pm 1,69$, тогда как в группе здоровых лиц – $52,14 \pm 1,34$ ($F=10,43$; $p=0,02$). Показатель DS обратный у больных также был снижен и составил $26,75 \pm 1,64$, тогда как у здоровых волонтеров – $37,43 \pm 1,74$ ($F=11,04$; $p<0,01$). Результаты тестирования по шкале MMSE оказались сходными: у пациентов с эпилепсией средний балл имел более низкое значение по сравнению со здоровыми волонтерами ($27,42 \pm 0,46$ против $29,50 \pm 0,25$; $F=7,87$; $p=0,06$). Достоверно различались результаты FAB: $17,85 \pm 0,14$ – у здоровых волонтеров, $16,48 \pm 0,23$ – у больных эпилепсией ($F=8,87$; $p=0,003$). По уровню тревоги и депрессии во всех группах показатели не превышали нормальные значения. Вместе с тем достоверно отличались цифровые показатели по шкале HADS между группами здоровых волонтеров и больных эпилепсией: $4,21 \pm 0,54/2,57 \pm 0,56$ и $7,05 \pm 0,39/5,5 \pm 0,53$ соответственно ($p<0,05$). Выявлены достоверные внутригрупповые отличия в основной группе по данным НПТ: MMSE – $26,06 \pm 0,50$ при СКЭ, $27,62 \pm 0,30$ – при МВЭ; FAB – $16,0 \pm 0,26$ и $16,97 \pm 0,2$ соответственно; DS – $38,27 \pm 1,73/24,80 \pm 1,82$ и $46,67 \pm 1,06/30,21 \pm 1,02$ соответственно ($p<0,01$). В то же время по уровню депрессии в подгруппах существенных отличий не выявлено: $5,73 \pm 0,54$ – при СКЭ, $5,27 \pm 0,53$ – при МВЭ ($p=0,01$). Уровень тревожности также достоверно не различался в обеих подгруппах: при СКЭ – $7,18 \pm 0,44$ против $6,91 \pm 0,52$ при МВЭ ($p=0,09$).

Результаты нейрофизиологического исследования. Исследование ВП Р-300 показало, что у здоровых лиц с возрастом удлинялся латентный период пика Р3 ($r=0,71$, $p=0,014$), что согласуется с результатами исследований других авторов, изучавших зависимость параметров комплекса Р-300 у здоровых лиц [12]. У больных эпилепсией статистической зависимости между возрастом обследуемых и латентностью компонента Р3 не обнаружено ($r=0,15$, $p=0,17$), что может быть обусловлено влиянием патологического процесса на характеристики когнитивных ВП. Цифровые показатели латентности и амплитуды компонентов ВП Р300 между группой страдающих СЭ и здоровыми в исследуемых отведениях имели достоверные различия (табл. 1).

Таблица 1
Значения показателей латентности (мс) компонентов вызванных потенциалов на значимый аудиальный стимул между пациентами с СЭ и здоровыми

Отв.	СЭ			Здоровые			p
	1st Qu	Med	3rd Qu	1st Qu	Med	3rd Qu	
Компонент вызванных потенциалов N2							
F4	231,0	256,0	288,0	230,0	251,0	274,0	0,0102
C4	232,0	252,0	284,50	222,0	241,0	266,0	0,006
P4	224,0	254,0	284,0	216,0	237,0	266,0	0,0144
F3	240,0	258,0	290,0	222,0	250,0	273,0	0,026
C3	234,0	256,0	290,0	220,0	244,0	270,0	0,001
P3	231,0	250,0	282,0	216,0	241,50	270,0	0,082
Компонент вызванных потенциалов P3							
F4	331,0	350,0	365,0	323,0	337,0	355,0	0,010
C4	328,0	345,0	364,50	319,0	335,0	352,0	0,009
P4	328,0	345,0	360,0	320,0	336,0	355,0	0,0243
F3	334,0	352,0	365,0	325,0	341,0	359,0	0,016
C3	332,0	348,0	365,0	320,0	338,0	354,50	0,004
P3	331,0	347,0	366,0	322,50	341,0	359,50	0,066

Примечание. 1st Qu – первый квантиль, Med – медиана, 3rd Qu – третий квантиль, p – уровень достоверности различий в сравниваемых группах, Отв. – отведения ЭЭГ.

У пациентов с СЭ в сравнении с контролем выявлено увеличение латентности N2 и P3, что согласуется с литературными данными [13]. Согласно данным публикаций, начальная фаза N2 связывается с опознанием стимула в височной области и одновременным подключением ассоциативных теменных долей, пик P3 связан с участием лобных долей [10].

Можно предполагать, что временная задержка «поздней волны», составляющей компоненты N2 и P3, может быть обусловлена патологическим процессом, нарушающим корковую нейродинамику.

Известно, что моделью патогенеза локально-обусловленных эпилепсий является концепция «коркового водителя ритма», однако распространение патологической активности при нео- и палеокортикальной локализации эпилептогенного фокуса происходит в разных нейрональных системах с вовлечением в эпилептическую ритмику «новой» или «старой» коры, тесно ассоциированной со срединными структурами мозга, что предполагает различия

в нейрофизиологических характеристиках этих форм эпилепсии.

При сравнении компонентов аудиальных вызванных потенциалов на значимый стимул в группах больных МВЭ и здоровых волонтеров были выявлены достоверные различия латентности компонентов N2 и P3, характеризующих задержку коркового ответа у пациентов с СЭ, однако различия латентности ранних компонентов оказались недостоверны (табл. 2). Можно сделать предположение, что процессы восприятия при МВЭ страдают в меньшей степени по сравнению с процессами опознания (извлечения из памяти) – пик N2 и принятия решения – пик P3.

Таблица 2
Значения показателей латентности (мс) компонентов вызванных потенциалов на значимый аудиальный стимул между пациентами с МВЭ и здоровыми

Отв.	МВЭ			Здоровые			P
	1st Qu	Med	3rd Qu	1st Qu	Med	3rd Qu	
Компонент вызванных потенциалов N2							
F4	334,0	350,0	364,0	324,0	336,0	354,0	0,0149
C4	328,0	346,0	359,50	320,0	336,0	350,0	0,089
F3	336,0	352,0	360,0	326,0	340,0	355,0	0,0104
Компонент вызванных потенциалов P3							
P3	330,0	350,0	365,0	322,0	340,0	358,0	0,081
C3	332,0	348,0	360,0	322,0	334,0	350,0	0,028

Примечание. 1st Qu – первый квантиль, Med – медиана, 3rd Qu – третий квантиль, p – уровень достоверности различий в сравниваемых группах, Отв. – отведения ЭЭГ.

Как представлено в таблице 3, при сравнительном анализе показателей в группах больных СФЭ и здоровых лиц, напротив, были обнаружены достоверные различия латентности компонентов P2, N2 и P3, характеризующие нарушения различных этапов обработки информации.

Таблица 3
Значения показателей латентности (мс) компонентов вызванных потенциалов на значимый аудиальный стимул между пациентами с СФЭ и здоровыми

Отв.	СФЭ			Здоровые			p
	1st Qu	Med	3rd Qu	1st Qu	Med	3rd Qu	
Компонент вызванных потенциалов P2							
C3	171,0	190,0	209,50	164,0	180,0	202,0	0,0319
P3	173,50	191,50	209,50	162,0	178,0	205,0	0,0114
Компонент вызванных потенциалов N2							
F4	234,0	264,0	291,0	227,0	248,0	270,0	0,017
C4	236,0	258,0	285,0	222,0	241,0	266,0	0,001
P4	228,50	252,0	285,0	216,0	240,0	266,0	0,098
F3	244,0	263,0	290,0	224,0	250,0	272,0	0,000
C3	241,0	267,0	290,0	220,0	244,0	270,0	0,000
P3	235,0	258,0	284,0	214,0	241,0	269,0	0,000
Компонент вызванных потенциалов P3							
F4	331,0	348,0	372,0	324,0	336,0	354,0	0,005
C4	328,0	343,0	366,0	320,0	336,0	350,0	0,010
P4	331,0	344,0	360,50	322,0	336,0	358,0	0,0311
F3	334,0	352,0	369,0	326,0	340,0	355,0	0,010
C3	333,50	349,0	368,0	322,0	334,0	350,0	0,000
P3	331,0	345,0	371,0	322,0	340,0	358,0	0,035

Примечание. 1st Qu – первый квантиль, Med – медиана, 3rd Qu – третий квантиль, p – уровень достоверности различий в сравниваемых группах, Отв. – отведения ЭЭГ.

Одним из преимуществ метода ВП является возможность соотнести компоненты ВП со структурами мозга, что оказывается существенным фактором для эффективного применения метода в клинической практике [14]. У пациентов с СФЭ были выявлены нарушения восприятия и распознавания значимого аудиального стимула, тогда как при МВЭ – только распознавания. При сравнении показателей аудиальных ВП на значимый стимул в группах больных МВЭ и СФЭ были выявлены достоверные различия латентности компонентов P2 и N2 в исследуемых отведениях доминантной гемисферы (табл. 4).

Таблица 4

Значения показателей латентности (мс) компонентов вызванных потенциалов на значимый аудиальный стимул между группой пациентов с МВЭ и СФЭ

Отв.	МВЭ			СФЭ			p
	1st Qu	Med	3rd Qu	1st Qu	Med	3rd Qu	
Компонент вызванных потенциалов P2							
F3	160,0	182,0	194,0	173,0	188,0	210,0	0,0102
C3	158,0	180,0	196,0	171,0	190,0	209,50	0,0171
P3	160,0	180,0	198,0	173,50	191,50	209,50	0,0327
Компонент вызванных потенциалов N2							
F3	228,0	252,0	290,0	244,0	263,0	290,0	0,0351
C3	224,0	250,0	286,0	241,0	267,0	290,0	0,034
P3	216,0	241,0	262,0	235,0	258,0	284,0	0,0108

Примечание. 1st Qu – первый квантиль, Med – медиана, 3rd Qu – третий квантиль, p – уровень достоверности различий в сравниваемых группах, Отв. – отведения ЭЭГ.

Согласно современной концепции, СФЭ рассматривается как первично-латерализованный процесс, а иктальная семиология предусматривает преимущественно модель ипсилатерального распространения эпилептической активности. Напротив, МВЭ характеризуется дискогнитивными припадками с преимущественно контралатеральным распространением. Полученные данные подтверждают латерализацию нарушений высших корковых функций у пациентов с СФЭ.

Заключение. Комплексное изучение ВП на значимый аудиальный стимул у взрослых больных СЭ показало, что у пациентов с СКЭ достоверно чаще выявлялось увеличение латентности ранних и поздних компонентов по сравнению со здоровыми и пациентами с МВЭ. Мы полагаем, что выявленные нарушения являются патогенетически обусловленными и могут быть использованы в дифференциальной диагностике СЭ у взрослых.

Л и т е р а т у р а

1. Гехт А. Б., Авакян Г. Н., Гусев Е. И. Современные стандарты диагностики и лечения эпилепсии в Европе // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Т. 99, № 7. – С. 4–7.
2. Казаковцев Б. А. Психические расстройства при эпилепсии. – М., 1999. – 416 с.

3. Власов П. Н. Алгоритмы диагностики и терапии эпилепсии у взрослых в поликлинических условиях // Фарматека. – 2006. – № 7. – С. 96–104.
4. Fisher R. S., van Emde Boas W., Elger C., Genton P., Lee P. et al. Epileptic seizures and epilepsy definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE) // Epilepsia. – 2005. – Vol. 46. – P. 470–472.
5. Гнездицкий В. В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике. – М., 2003. – 264 с.
6. Трошина Е. М., Щекутьев Г. А. Вызванные потенциалы // Нейрофизиологические исследования в клинике. – М.: АНТИДОР, 2001. – С. 128–144.
7. Ozmenek O. A., Nazliel B., Leventoglu A., Bilir E. The role of event related potentials in evaluation of subclinical cognitive dysfunction in epileptic patients // Acta neurol. belg. – 2008. – Vol. 108. – P. 58–63.
8. Naganuma Y., Konishi T., Hongou K., Okada T., Tohyama J., Uchiyama M. Event-related potentials (P300) and EEG activity in childhood partial epilepsy // Brain & Development. – 1997. – Vol. 19. – P. 117–121.
9. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Руководство для врачей и научных работников. – М., 2004. – 432 с.
10. Гнездицкий В. В., Шамшинова А. М. Опыт применения вызванных потенциалов в клинической практике. – М., 2001. – 480 с.
11. Алиханов А. А., Петрухин А. С. Нейровизуализация при эпилепсии: Пособие. – М.: ЛЕНОМ, 2001. – 240 с.
12. Polich J. Normal variation of P300 from auditory stimuli // Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. – 1986. – Vol. 65. – P. 236–240.
13. Kaga Y., Kanemura H., Ishii S., Kaga S., Aihara M. Event-Related Potentials for Cognitive Assessment of Patients with Epilepsy // Pediat Therapeut. – 2013. – Vol. 3. – P. 161. doi: 10.4172/2161-0665.1000161
14. Гордеев С. А. Применение метода эндогенных связанных с событиями потенциалов мозга P300 для исследования когнитивных функций в норме и клинической практике // Физиология человека. – 2007. – № 2. – С. 121–133.

Транслитерация русских источников

1. Gekht A.B., Avakyan G.N., Gusev E.I. [Current standards of diagnostics and therapy of epilepsy in Europe]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1999; 99, 7: 4–7. (In Russ.).
2. Kazakovtsev B.A. [Mental disorders in epilepsy]. M., 1999. 416 p. (In Russ.).
3. Vlasov P.N. [Algorithms of diagnostics and therapy of epilepsy in adults in the conditions of a polyclinic]. Farmateka. 2006; 7: 96–104. (In Russ.).
5. Gnezditsky V.V. [Evoked potentials of brain in clinical practice]. M., 2003. 264 p. (In Russ.).
6. Troshina E.M., Shchekutyev G.A. [Evoked potentials]. In: [Neurophysiological investigations in the clinic]. M.: ANTI-DOR, 2001; 128–144. (In Russ.).
9. Belova A.N. [Scales, tests and questionnaires in neurology and neurosurgery. Handbook for physicians and researchers]. M., 2004. 432 p. (In Russ.).
10. Gnezditsky V.V., Shamshinova A.M. [Experience of application of evoked potentials in clinical practice]. M., 2001. 480 p. (In Russ.).
11. Alikhanov A.A., Petrukhin A.S. [Neuroimaging in epilepsy: Manual]. M.: LENOM, 2001. 240 p. (In Russ.).
14. Gordeyev S.A. [The use of endogenous P300 event-related potentials of the brain for assessing cognitive functions in healthy subjects and in clinical practice]. Fiziologiya cheloveka [Human Physiology]. 2007; 2: 121–133. (In Russ.).

ВСЕМИРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008(872)

ББК 56.14

«БОЛЕЗНИ ДУХА» И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ГУАСУ У САВИ – КОРЕННОГО НАРОДА МЕКСИКАНСКОГО ГОРОДА ГВАДАЛАХАРА

Вилласенур-Баярдо Серхио Х.^{*},
Асевес Пулидо Марта П.,
Руэлас Рангел Мария Д.,
Гарсия Эрнандес Изаура М.

Университет Гвадалахары, Мексика

Guadalajara, Jalisco México

Herrera y Cairo No. 611 Colonia.

Centro barranquitas C.P. 44100

Представления о здоровье и болезни, ассоциированные с психической патологией, неразрывны со специфической культурной продукцией народа (представления, верования, ритуалы и т. д.). Кроме ее контекстуальных, экономических и культурных особенностей, мексиканская реальность пропитана историями, которые берут своё начало в доколумбовом прошлом и стали эталонными моделями.

По данным 12-й общей переписи населения и жилого фонда, коренные жители составляют 6 % всего населения Мексики, представлены 62 этническими группами в 32 штатах. 140 080 коренных жителей мигрировали в пределах Мексики – это представители наиболее распространенных групп языков. Хронические заболевания, психические расстройства, наркомания, алкоголизм в этой популяции могут быть следствием культурного шока, социального насилия и условий жизни, которые оказывают влияние на психическое здоровье.

Целью работы является анализ того, как субъекты гуасу у сави описывают себя и свою этническую культуру в отношении психических расстройств.

Культуральное обоснование. Как этническая группа Mixtecos ведут своё происхождение от доколумбовой Мексики, поэтому включили в свою культуру западные элементы со времен Завоевания по настоящий день. Таким образом, архаические верования и культурные практики являются результатом процесса культурного слияния, который объединил различные (в том числе христианские) элементы. На своем родном языке Mixtecos называют себя «Бедные Люди» или «Люди Дождя».

История Mixtecos была частично восстановлена благодаря переводу древних рукописей, часть из них переведена Alfonso Caso и опубликована в 1977 г. Каждый из регионов имеет древние рукописи, которые позволили ученым реконструировать историю прошлого (Van Doesburg, 2008). В доколумбовую эпоху (приблизительно в 942 году н. э.) Mixteca была организована в королевства, или *yuhuitayu*, что можно перевести как «место правителя», и функционировала как монархия (Lind, 2008).

Религиозные практики этого периода проводились жрецами, которые после 4-летнего обучения поступали на службу к королю. Каждое королевство поклонялось своему божеству-покровителю (Lind, 2008): это были ветер, дождь, земля, духи земли. Фимиамы из смолы, перья, каучук, идолы и птицы использовались в религиозных ритуалах (Rodríguez, 2008).

Многие из упомянутых доколумбовых элементов сохранились до сих пор – поклонение духам ветра, дождя и земли. Позднее эти этнические конструкты расширились, к ним добавились римско-католические святые (Святой Андрей, Святой Михаил и др.) и присоединились тексты римско-католических молитв.

Теория вопроса. Повествования являются тематическим ядром нашего исследования. Язык и символы – то, что он выражает, рассматриваются в качестве инструмента, способного воссоздать переживание (Castoriadis, 1997).

Следуя Berguer и Luckman (2001), мы понимаем реальность как продукт психолингвистического построения, который подразумевает характеристики болезней. Kleinman (1980) расчленяет явление на три конструкта: *нездоровье*, *заболевание*, *болезнь*. Он называет нездоровье культуральным конструктом, который помогает воспринимать, выражать и оценивать его симптомы. *Заболевание* автор относит к биологической или психической дисфункции по терминологии западной психиатрии. *Болезнь* – к психосоциально оформленному переживанию, форме, которую *заболевание принимает у человека в рамках общества*. На психопатологию повлияла феноменология, особенно ранние работы Ясперса, в которых использован описательный метод фактологических данных.

В психиатрии этнокультуральный подход используется в рамках академических научных школ исследователями различных стран (Jilek, 2008). Villaseñor (2008) указывает на культурный подход при высказывании априорных утверждений, так как ни одну культуру нельзя судить или оценивать на основании шкалы ценностей другой культуры.

Методология. В нашей работе использованы методики этнографических исследований. Исследовательская выборка – коренной народ, проживающий в провинции Гвадалахара 3–5 лет, принадлежащий к одной из 5 этнических групп гуасу у сави. Научная группа проводила два вида опроса: полуструктурированный и глубинный с целями.

^{*} Контактная информация: Sergio J. Villaseñor-Bayardo.
E-mail: sergiovillasenor@gladet.org.mx

Первый опрос выполнен в следующем формате:

1. Демографические данные: этническая группа респондентов и их родителей (сообщество происхождения, родной язык самого респондента и его родителей); возраст; род занятий; пол; время проживания в городе; семья (семейное положение самого респондента и его ближайших родственников; члены семьи и близкие, проживающие в одном доме и отношения с ними (родственники или нет).

2. Опыт миграции: причина миграции (решение, описание социально-демографической ситуации до миграции); условия жизни в миграции (описание опыта, взаимодействие со службами поддержки); религиозные практики.

3. Болезни, связанные с проблемами психического здоровья (наиболее распространенные заболевания в провинции Гвадалахара; концепция психического здоровья: нуждаемость в психиатрической службе, перечень необходимых услуг психиатра, какие услуги можно получить в реальности), религиозные последствия.

В выборку исследования вошло 14 гуасу у сави – мигрантов, проживавших в штате Гвадалахара в течение 3—5 лет. Среди опрошенных участников было 2 целителя.

Этнографическое описание. De la Peña (2010) указывает, что миграция из сельских районов Мексики в городские происходила из-за экономического застоя в местах происхождения людей. В 1980-х и 1990-х годах миграция стала всеобщим явлением, поэтому города стремительно разрастались.

В каждом доме проживают 4—5 близкородственных семей гуасу у сави, все они считаются частью единой семейной единицы. Бытовые условия проживания зачастую неудовлетворительные. Внутри- и межсемейные взаимоотношения в основном гармоничные, со взаимной финансовой и моральной поддержкой, с участием всех членов семьи в ритуальных торжествах: свадьбы, крещения, праздники святых-заступников. Большинство семей занимается этническими ремеслами.

Результаты полуструктурированного опроса. Принадлежность к гуасу у сави определяется этнокультуральными особенностями (язык, традиции, праздники, народные танцы, музыка, товарищество, проживание в общине или группой, этническая кухня). На личностном уровне у респондентов выявлено знание культурных элементов и чувство гордости за них.

Далее приведены ответы респондентов в отношении имеющейся у них информации о психических заболеваниях.

- Болезни ума – болезни, которые изменяют поведение и чувства тех, кто страдает ими.

- Врачи-психиатры – врачи, которые заботятся о людях с болезнями ума и которые, если они хотят, чтобы их лечение работало, должны уважать культуру и работу целителя.

- Психологическая поддержка – помощь при болезнях ума, состоит из беседы, помогающей человеку обрести гармонию с самим собой и понять, что с ним происходит. (Опрошенные иден-

тифицируют психолога больше как человека мистического, уверены, что для лучшей эффективности лечения необходимо присутствие местного человека в роли переводчика).

- Целитель – «человек знающий», «мудрец», может определить болезни, главным образом спиритуально – с помощью карт или семян, толкует их посредством ритуалов, в которых самые важные элементы – молитвы, ладан копала, мescal, цветы и птицы (курицы, петухи, индейки).

- Удача – может быть определена целителями, описывает состояние человека, присутствие или отсутствие благополучия в настоящий момент, прошлом, будущем. Настоящее помогает диагностировать, прошлое – определить причину или происхождение психологической проблемы, будущее – прогнозировать и лечить.

- Наказание – причина, исток болезни. Считается, что боги и предки могут посылать болезни семье или человеку, который имел плохое поведение или нарушил обычаи этноса.

- Зло – болезнь, плохое событие, насланное злым целителем. Изменения в поведении, такие как смех в одиночку и бесцельная ходьба, обычно связывают с действием зла.

- Сны – образы, видения, кошмары, страхи. Могут переживаться целителем, больным и членами семьи, их толкование помогает узнать о прогрессе и/или успехе лечения.

- Депрессия – болезнь ума, заставляет человека грустить, тревожиться, плакать, страдать.

- Стресс – болезнь ума. Вызывает плохое самочувствие, нервозность, заставляет человека «думать о вещах».

- Дискриминация – быть объектом насмешек из-за плохого знания/незнания языка, плохого произношения, ношения этнической одежды.

- Испуг – эта болезнь может поразить людей любого возраста: кровь отливает от лица/рук, теряется связь мыслей, появляются усталость и слабость, а затем головные боли, боли в желудке. Страх передается ветром. Увлекаемые ветром духи могут украсть часть духа человека. У этой болезни есть две формы: «человек испуганный» и «испуг, полученный от ветра».

- Печаль – направлена внутрь человека, утрачивается связность мыслей, желание работать и принимать пищу, появляются забывчивость, рассеянность. Этому можно помочь некоторыми продуктами и травами, а также запретом оставаться в одиночестве.

- Беспокойство – погруженность во внутренний мир мыслей, эмоциональная напряженность с негативными последствиями для физического и психического здоровья в связи с финансовой проблемой или миграцией.

Психические расстройства. Опрошенные общались, что психическая болезнь изменяет поведение людей. Приводимые респондентами формы измененного поведения: непривычные, странные высказывания, покидание дома в неуточное время, бег, крик, бессвязная речь, галлюцинации и нарушение памяти.

Причины, с которыми опрошенные связывают эти виды поведения: злоупотребление наркотиками, алкоголизм, смерть любимого человека, чтение Библии и непонимание ее, сглаз. «Сглаз» определяется как колдовство, наведенное на человека извне, таким образом, у него есть преднамеренный компонент.

Психические расстройства, связанные с миграцией или с процессом аккультурации. Депрессия описана респондентами как чувство печали, которое превращается в болезнь – это происходит с людьми, которые, переселившись на новое место жительства, скучают по родине. Депрессивное настроение может быть связано так же с испытываемой дискриминацией в месте переселения. Тревожно-депрессивные мысли респонденты приписывают и стрессу в связи с необходимостью новой модели поведения и повседневной жизни мигрантов, которые следуют из процесса аккультурации. Некоторые проявления или упомянутые опрошенными симптомы – плач и чувство замкнутости.

О лекарях и целителях. Респонденты указали на потребность в помощи психолога. Психокоррекция понимается ими как лечение, в процессе которого человек может высказаться и уверен, что его будут слушать. Отдают предпочтение владеющему их языком психологу или считают необходимым присутствие переводчика. Высказываются о необходимости дополнительного участия психиатра и целителя. В этом контексте врачи ума – неместные врачи – должны способствовать охране психического здоровья, используя их знания и уважая культуру и верования этноса, особенно целителей.

Болезни духа. Как правило, вызваны изменением, связанным с душами или духовным миром, или могут быть последствием психогенной ситуации, вызвавшей страх, тревогу. Респонденты считают, что болезнь «принесена ветром» через душу умершего, ранее знакомого человека. Неверно сказанное слово может причинить людям боль и вызвать *susto*. Признаки *susto* – бледность кожных покровов лица, рук, потеря веса, даже когда человек не теряет аппетит и ест хорошо («быстрый и сильный»), погружен в мысли, восприимчив, беспокоеен или чувствует необъяснимую усталость.

Заключение. Полученные нами результаты позволяют считать, что болезни, идентифицированные западной наукой как психические, являются важной проблемой как для всего населения Мексики, так и для мигрантов. Необходимо развивать этнокультуральное направление, с изучением и оценкой представлений коренного населения о психическом здоровье, суть которых – в болезни духа, которые находятся вне рамок западной медицины. В этом состоит различие между психическими расстройствами, связанными с миграцией и в новых условиях городской жизни, и болезнями духа, которые лечат целители. Это заставляет задуматься, происходит ли последний вид болезней в их родных общинах или они появляются только в связи с миграцией.

Таким образом, всё это обосновывает актуальность изучения вопросов происхождения и течения психических болезней, уникальных с точки зрения исходного культурального контекста, которые могут рассматриваться как субъекты исследования психопатологии.

“ILLNESSES OF THE MIND” AND “ILLNESSES OF THE SPIRIT” AMONG THE ÑU’USAVI INDIGENOUS PEOPLE THAT INHABIT THE METROPOLITAN AREA OF GUADALAJARA (MAG) CITY, IN MEXICO

Villaseñor-Bayardo Sergio J.,
Aceves Pulido Martha P.,
Ruelas Rangel María D.,
& García Hernández Isaura M.

University of Guadalajara, México
Guadalajara, Jalisco México

Herrera y Cairo No. 611 Colonia. Centro barranquitas
C.P. 44100

Abstract. Ethnic diversity brings along problems derived from coexistence and different worldviews. It seems necessary to make an analysis of the Mental Health consequences from the point of view of those who face a forced process of Acculturation.

With funding of Mexico’s National Council for Science and Technology (CONACYT), we are conducting research work aimed to generate knowledge in order to create a model for mental health care which focuses on the problems and the needs of the migrant indigenous population from different ethnic groups in the MAG. This paper shows the results of the research done with the *Mixteca* population.

Mixteca (named so by the non-indigenous population) or, more properly, *Ñu’usavi* (People of the Rain) are one of the migrant indigenous groups with more population in the MAG. They arrived here in the 1980s. Nowadays there are 2001 speakers of their language.

We will show the results of a qualitative research aimed to characterize the illnesses and therapeutic methods described by this population and related somehow to Mental Health. We made semi-structured and non-structured interviews to migrant *Ñu’usavi* indigenous people living in the MAG.

We identified cases that could be diagnosed as schizophrenia, depression, or enuresis. That community had an interpretation related to spiritual causes, as witchcraft and *susto*. The persons interviewed also attributed those illnesses to discrimination, identity problems, or stress derived from problems of adaptation to city life. Other illnesses mentioned were being worried and *nervios*.

The medicine man is in charge of therapeutic methods based on medicinal plants and rituals. In spite of that, some persons also mentioned the “Mind Doctor” and the psychologist.

It is essential to know the patients’ culture in order to be able to intervene with efficacy. Psychiatry and Western medicine should adapt to and understand the population studied.

Introduction. Ideas about health and disease linked to mental illness may be better understood when we relate them to a specific cultural production (ideas, beliefs, rituals, etc.). Besides its contextual, economic and cultural peculiarities, Mexican reality is imbued by stories that date back to its pre-Columbian past, and that have become reference models for social actors and discourse. Any attempt to understand the influence of culture in the expression and prevalence of mental illness leads by necessity to the episteme of modernity, which according to Dussel (2002) has a Eurocentric origin. In the midst of these socio-cultural determinations are indigenous migrants to urban contexts, who must integrate two discursive realities that are in some respects mutually exclusive.

According to the data obtained in the 12th General Census of Population and Housing conducted by the Mexican Institute of Geography and Statistics in 2000, and the 2nd Counting of Population and Housing in 2005, the indigenous population comprises around 6 % of the total population of Mexico, distributed among the 32 states of the country and 62 ethnic groups. It is estimated that 140,080 speakers of indigenous tongues have migrated away from their places of origin, within Mexico. There are speakers of the 62 different indigenous tongues in Jalisco, which constitute a population of 42,372 five-year-old or older individuals (INEGI, 2010). It is worth mentioning that whereas the number of speakers of indigenous tongues has decreased nationally, in Jalisco it has increased. *Huichol*, *Nahuatl*, *Tarasco*, *Mixtec*, *Zapotecand Otomíare* the most spoken of these tongues.

In considering health and culture as one of the central categories of analysis we are bringing up for discussion a whole set of subjective phenomena that include the practices, beliefs, and customs that give shape to mental health, how mental health is felt and experienced. This means a viewpoint from the understanding of the sickness, illness and *emic* view of disease, which put into question the medical and scientific universal truth (*etic*) view of disease. The nosological and therapeutic variations due to ethnicity, as well as the treatments in traditional medicine and urgent public health issues such as chronic diseases, diabetes, obesity, drug addiction, and alcoholism in this population could be the consequence of culture shock, social violence, and life conditions that have an impact on mental health.

Our aim is to analyze what the Nu'usavi subject describes of himself and his own culture in regard to the illnesses that identify those phenomena that Western science includes within the discipline known as mental health care.

Cultural background. As an ethnic group, Mixtecos trace their origin to pre-Columbian Mexico, and they have incorporated Western elements to their culture since the times of the Conquest until the present day. Thus, their beliefs and cultural practices are the result of a process of cultural fusion that has amalgamated different (mainly Christian) elements. In their own tongue they call themselves *ñu'utavi*, "Poor People", or more commonly *ñu'usavi*, "People of the Rain".

Lind (2008) made a description of the region known as *La Mixteca* in the state of Oaxaca, although members of this ethnic group may also be found in the states of Puebla and Guerrero. Other ethnic groups have also inhabited the Mixteca in Oaxaca, but Mixtecos constitute the majority (90 %) of its population. The region is divided in three parts: the highlands, the lowlands, and the coast, and in each one of them there is linguistic variation due to its own particular history.

The history of the Mixtecos has been retrieved thanks to the interpretation of several codices, such as the ones interpreted by Alfonso Caso and published in 1977. Each one of the regions has codices that have allowed scholars to reconstruct its history (Van Doesburg, 2008). In pre-Columbian times, approximately in 942 AD, the Mixteca was organized in kingdoms or *yu-huitayu*, which may be translated as "the place of the ruler", and which functioned as a monarchy (Lind, 2008).

The religious practices of this period were conducted by priests, who had to complete a four-year training period and were in the service of the king. Each kingdom worshipped a patron deity (Lind, 2008). Among these deities were the wind, the rain, the earth, and the spirits of the earth. Copal incense, feathers, rubber, idols and birds were used in their religious rituals (Rodríguez, 2008).

Many of the pre-Columbian elements mentioned have been preserved, such as the importance and veneration of the wind, the rain and the spirits of the earth, to which they have added Roman Catholic figures like St. Andreas, St. Michael and other saints. Rituals have also preserved some of their old elements, to which Roman Catholic prayers have been added.

Theoretical support. Narratives are the thematic core of this research. Language and what it expresses are considered as the instrument that provides the capacity to imagine, create, and re-create experience (Castoriadis, 1997).

Following Berguer and Luckman (2001), we view reality as a product of a linguistic construction, which necessarily implies the definitions and characterizations of illnesses. The concept of illness brings together a number of features that constitute its meaning and determine the ways in which people relate to them; that is, how they represent, understand, and even experience it.

Kleinman (1980) identifies the importance of the social element, the collective legitimization of an illness. From a transcultural perspective, he breaks down the phenomenon in three terms: *sickness*, *illness*, and *disease*. Kleinman begins by viewing it in socio-cultural terms. He calls *sickness* the cultural construction and "naturalization" of it in a given social context, which helps to perceive, express, and assess its symptoms. *Sickness* has two aspects: *illness* and *disease*. *Disease* refers to the biological or mental dysfunction in the terms of Western psychiatry, which provides information to the person who suffers it. *Illness* refers to a psycho-socially shaped experience, the shape the *disease* takes in the individual within a society. In regard to *illness*, Kleinman argues that, unlike the other elements, it may be experienced by other people besides the "diseased", such as the family, the community, or even a larger collective.

What follows is some elements of cultural psychiatry's, which requires pointing out some of its epistemic aspects. Psychopathology has been influenced by phenomenology, especially by Jasper's early works, in which he makes a descriptive compilation of fact-based data. However, he veers away from it when it requires an empirical generalization of descriptions and symptoms (Berrios, 2011).

In his chapter "The subjective manifestations of an ill psyche" (1993), Jaspers makes an emphasis on the convergence of psychopathology and phenomenology (p. 65). He describes in a strict and precise way the psychological states of the mentally ill, and argues that the self-descriptions of the "patients" are the only way to

explore subjectivity. Only the persons themselves can observe and make judgments on their experiences. Jaspers takes phenomenology to its final implications when he argues that we must set aside theories and interpretations and limit ourselves to describing “the psyche such as it is”.

In psychiatry, the cultural view has developed and strengthened in different academic and geographical settings (Jilek, 2008). The study of culture in mental illness is taken as the study of its production, so in order to have access to it we must do it through the descriptions of illnesses and sicknesses.

Incorporating culture in the discussion implies considering the behaviors and lifestyles shared by a collective, including customs, habits, beliefs and values that shape emotions, behavior and life patterns. Every culture inevitably has a category that can be called “madness”, which depends on the behavioral limits established as expected in each specific situation (Simon, 1984).

Villaseñor (2008) points out the importance of rejecting the cultural tendency to making *apriori* assertions, because no culture can be judged or assessed based on the scale of values of another culture, and he further argues that even one’s own culture must be regarded as exotic.

A phenomenological design allows for the approach proposed for this research, tying in with the foundational principles proposed by Husserl to capture the essence of phenomena on the basis of “what is shown”, using as a general method: a) a natural attitude; b) the reduction that brings into existence the phenomenon in consciousness; c) an eidetic intuition, which implies the intentionality of capturing the essence through experience (Chávez Calderón, 2008).

On the other hand, this design is epistemically and ontologically compatible with the theoretical elements mentioned above.

Methodology. Husserl (1962) argued that in order to discover phenomenologically the “purely natural” and sensitive experience one must achieve a participative belonging. The world precedes the individual who knows it, so in order to produce knowledge one must situate oneself before the objects that are to be interpreted, what Paul Ricœur (1997), in his proposal of a hermeneutic phenomenology, calls a transcendental consciousness mediated linguistically, that is, by signs and symbols.

The research design is qualitative, using ethnographic research techniques. The sample comprises indigenous people who have lived in the Metropolitan Area of Guadalajara for more than three years, and who belong to one of the five ethnic groups with the largest presence in this city, in permanence as much as in quantity, the *Nu’usavi*. The research team conducted two kinds of interview: the first one a semi-structured one, and the second one an in-depth one with the healers.

The first kind of interview was based on the following format (Table 1).

In the ongoing content analysis we are in the process of identifying common and complementary contents in the issues observed and referred to.

Our sample consisted of 14 *Nu’usavi* migrants to the MAG who lived in the Constancio Hernández and the Ferrocarril neighborhoods, and who came from the state of Oaxaca, specifically from the Mixteca Baja. They have all lived in the MAG for at least five consecutive years. Among the participants interviewed were two healers.

Table 1. Semi-structured interview

Category	Subcategory	Indicator
Demographic data	Ethnic group	Community of origin Mother tongue Parents' community of origin Parents' mother tongue
	Age	
	Occupation	
	Sex	
	Time of residence in the city	Family
Experience of migration	Reason for migration	Decision. Description of situation prior to migration
	Migration	Description of the experience Interactions (support networks)
	Religious practices	Compliance (beliefs, customs, and traditions)
Illnesses related to:	Mental health	Most common illnesses in the MAG (Metropolitan Area of Guadalajara) What they need, what they want, what we can offer them Concept of mental health
	Religious consequences	

Content Analysis was used for the interpretation and analysis of the information obtained. The steps followed in the analysis and treatment of the information can be summarized as follows: 1) knowing all the data and reading the transcriptions in their entirety; 2) identifying the main stages, events and experiences of each individual; 3) codifying and separating the data according to the stages; 4) weeding out the information by leaving aside stories and issues irrelevant to the research goals; 5) compiling the stories into a consistent document (preparing primary documents (transcriptions and field diaries; reduction of the information; creation of analysis categories).

RESULTS. Ethnographic Description. We will present data that will help to outline a panorama of ethnographic elements, as well as the migratory journey of the simple population, based on the information compiled in the participant-observation fieldwork. Some bibliographic references were used for descriptive purposes. The *Nu’usavi* arrived to the MAG between 1990 and 1995. Most of the families came from the Mixteca Baja region of Oaxaca and settled on Ganso Street of the Ferrocarril neighborhood.

De la Peña (2010) points out that migration from rural to urban areas in Mexico was due to the lack of economic development in the place of origin. In the 1980s and 1990s it became a very common phenomenon as cities grew larger.

Besides Jalisco and its MAG, Mixtecos have also migrated to Puebla, Distrito Federal, the state of Mexico, Colima, Torreón, La Paz, Monterrey, Sinaloa and Baja California, among others. One of the informants, who lived in the Constancio Hernández neighborhood and was a member of the families who founded the Mixteco settlement in the Ferrocarril neighborhood, said that before settling in the city they only spent a few months a year in Guadalajara, but most of the year in their community of origin.

[...] there was already a family from another community called San Miguel. They were the ones who were there, and we usually came and stayed, well, in garages, under trucks and buses, in mechanic workshops (Angélica, 2013).

In the MAG they began to settle irregularly in several places. One of the first settlements was the one in the Ferrocarril neighborhood. A female informant says:

[...] and when we found this family, they told us “listen, we’re staying here. Why don’t you build yourselves a little house?” There was some wood left over by the people who repaired the railroad tracks, so they suggested: “Why don’t you stay longer? It’s too hard to be coming and going. What do you think? You can get wood, it’s cheap, and metal sheets. And then my father said “Well, why not? We can stay a little longer and then we’ll see how long we can stay and come back.” And that’s when they began to build the little houses with wood and a metal roof. (Angélica, 2013)

Four or five *Ñu’usavi* directly-related families live in each house. However, for them everyone who lives in a house is considered part of the family unit.

Some houses are built with more solid materials, while others have a metal sheet roof and other makeshift materials. They have running water and sewers as well as electric power, except for Cosmos Street in the Constanancio Hernández neighborhood, where the public lighting does not work and the streets are dirt-paved. Ganso Street in the Ferrocarril neighborhood has been stone-paved. It was built by the side of old railroad tracks no longer in use.

There is a good relationship between the families. They all take part in major celebrations: weddings, baptisms, patron saint feasts. Every year most of them return to their hometowns to fulfill their duties in the patron saint days or the municipality feasts.

Most Mixteco families make and sell handcrafts. Many men play traditional Mexican and Oaxaca music.

Eight years ago *Ñu’usavi* used to sell their handcrafts in the streets and main avenues of the MAG, but difficulties such as exclusion and abuse have led several families to organize and travel in groups to sell handcrafts in other towns of Jalisco.

Ñu’usavi families gradually built links among themselves as they arrived in Guadalajara, and that is how they got organized to settle in specific areas of the city. Now they conduct meetings to decide on important issues related to their community of origin, a death in the family, accidents, illnesses, or when a family is going through a difficult time. They help each other financially and morally.

The *Ñu’usavi* language is spoken by most of the members of the ethnic group. However, our informants told us that when they became parents they decided not to teach their children their language, due to the negative experiences of exclusion and discrimination they had growing up here. Now the loss of the language has become a matter of concern for the older adults.

Semi-structured interview findings. Even though not all the subjects interviewed were first generation migrants, when asked where they were from and they all answered that they were from the community in Oaxaca, where their families came from: “Well, I was born here, but we are from Oaxaca, from San Andrés Montaña” (Anallilia, 2013). This is where the issue of identity arose, an issue frequently referred to by the subjects interviewed although it had not been established as one of the interview topics.

Table 2. Composition of the sample population

Name	Age	Generation	Occupation
Anallilia	19	2	Student
Angélica	35	1	Artisan
Dolores	33	1	Artisan
Elvira	22	1	Artisan
Janet	18	2	Student
Justina	46	1	Artisan
Irma	28	1	Artisan
Reina	33	1	Artisan
Pablo	70	1	Gardener, Herb healer
Agustín	67	1	Salesman, healer (herbs and prayers)
Isabel	24	2	College student
María	-	1	Saleswoman
César	-	1	Salesman and college student
Claudia	-	1	Artisan

Different themes (code families) arose from the analysis of the semi-structured interviews, grouped into emerging codes: Being a Mixteco, Illnesses of the mind.

Each theme was identified through its component codes, and they all relate to each other. Subjects refer to mental health concerns and needs, as well as the causes and characteristics attributed to mental illness. Migration as a common experience of the subjects cuts across their conceptions of mental health, which is consequently related to discrimination. It is worth mentioning that discrimination is considered as a thematic unit due to the continuous references to it and to the links it also establishes with the theme of the so-called illnesses of the mind. The frequent references to identity elements, not considered initially in the general format of the interview, stand out in the results. However, the subjects interviewed attribute it a link both to mental illness and to the experience of discrimination.

During the analysis some codes emerged which represent the conceptions that compose the themes mentioned above, and which were defined based on what the subjects said:

Table 3. Code definitions

Code	Definition
Being a Mixteco	The view that each person has of himself or herself about his/her belonging to the social category of Mixteco. It includes a series of cultural features such as language, traditions, feasts, dance, comradeship, living in a community or as a group, music, and food. At a personal level, it implies a knowledge of cultural elements and experiencing it with pride
Illness of the mind	Illnesses that modify the behavior and feelings of those who suffer from them
Doctor of the mind	Physicians who look after people with illnesses of the mind and who, if they want their treatment to work, must respect the culture and work of the healer
Psychological care	Care to illnesses of the mind that consists of talking to help people feel better with what they are and what happens to them. They identify the psychologist more as a <i>mestizo</i> person, so they believe that in order for their treatment to work it is better if an indigenous person or a translator is present
Healer or <i>Ta’a teva</i>	The “man who knows” or “wise man” is the person who can identify illnesses, mainly of a spiritual origin, with the help of cards or seeds, and who treats them through rituals in which the most important elements are prayers, copal incense, mescal, flowers and birds (hens/roosters/turkeys)

Luck	It can be identified by healers. It describes the state of the individual, the presence or absence of wellbeing in the present moment, in the past or in the future. The present helps to diagnose, the past to identify a cause or origin of the problem, and the future for prognosis and treatment
Punishment	A cause of illness. Both the gods or the ancestors may send an illness to a family or an individual who had a bad behavior or violated their customs
Evil or <i>maldad</i>	An illness or bad event brought upon somebody by an evil healer. Changes in behavior such as laughing alone and walking aimlessly are usually associated with <i>maldad</i>
Dreams	Images, visions we have when we sleep. They can be experienced by the healer, the patient or someone in his/her family, and its interpretation helps to learn about the progress and/or success of the treatment
Depression	An illness of the mind that makes a person feel sad, anxious, or makes the person cry
Stress	An illness of the mind that makes a person feel bad, nervous, or "think of things"
Discrimination	Being mocked by <i>mestizos</i> who live in the city because of the clothes that Mixtecos wear, their language or the way they speak Spanish
Fright or <i>Na'a yivina</i>	An illness that can afflict individuals of all ages. The frightened person has no blood in his/her cheeks or hands, is lost in thought, tired, weak, and after some time may experience headaches or stomachaches. It is transmitted by <i>tachi</i> (the wind). Transported by <i>tachi</i> , the souls or spirits may steal part of a person's spirit. It can have two forms: <i>na'ayivina</i> , which means "the person got frightened", although usually translated into Spanish as <i>susto</i> (fright), is an illness that appears after the person experienced a situation that made him/her feel very afraid. <i>tachi'iyivina</i> , a fright acquired through the wind and may have two causes: <i>tachidi'i</i> "soul who died in that place", or <i>anima'a</i> "soul of someone known"
Sadness or <i>Ca'anti'iini na</i>	The meaning of the word is that the person's sadness is directed inwards. Being lost in thought, without the will to work or to eat, forgetting many things, being distracted. It can be countered with some foods and herbs, and also by going out and avoiding being alone
Worry or <i>nervios Ta'a canini na</i>	The meaning of the word is that the person is lost in thought inside. An emotional tension with repercussions on physical health, usually associated with financial trouble or migration

Description of the information by code families (categories)

Being a Mixteco. The continuous references to being a Mixteco stand out because they were not expected in the interviews, since it was not one of the themes to be addressed.

According to Tajfel's theory of social categorization, people create categories that they use to organize, simplify and understand reality (Pujal, 2004). Thus, they build a concept of themselves based on the groups with which they share a number of characteristics, and they build a notion of "us" against one of "them", as the following quote exemplifies:

[...] well, that you represent a culture, traditions, well, that are in part different from mestizos.

[...] one of the most important things that we have as indigenous groups, the language is what best represents us and identifies us among other groups. The traditional garments have already been lost, so to speak, only our grandparents try to remind us how they were, because we don't wear them so often in feasts or so, but no, for us it is not normal anymore to dress like that, and I think that it is important to recover our language, so that at least they don't forget who we are (Anallia, 2013).

The characteristics referred to as part of being a Mixteco were language, traditions, feasts, dance, comradeship, living in a community or as a group, music, and food. On the other hand, at a personal level, being a Mixteco implies knowledge of cultural elements and experiencing it with pride. This sense of being a Mixteco brings with it obligations with the community and the deities that must be fulfilled even after death: "because it is very important to return there, to stay, to be buried, dead there" (Isabel).

Another theoretical perspective of identity that may help to understand our findings is the one found in Mead's symbolic interactionism. In it, identity or *self* is a conception of oneself that emerges through interaction, through the looks, actions and reactions that take place in the context of a relational situation (Pujal, 2004). In Shakespeare's words (1950): "eyes cannot see themselves but through a refraction, that is, through other objects" (p. 4). The image that a person has of himself or herself exists through a reflection of what is outside, the others, their reactions.

In the case of Mixtecos, they identify living in a community and forming a group as part of the elements that are characteristic of being Mixtecos. Thus, their daily interactions, together with the interactions that they eventually establish with the people in their place of origin, gradually shape their image of themselves.

[...] with my grandparents who still live in Oaxaca, with them I do have to speak in Mixteco, because otherwise they will not understand, or they will say "there in Guadalajara you can do whatever you want, but this is your town, your home, and you have to speak like this because you are from here..." (Janet, 2013).

It is through Mixtecos, who have a long history of migration as a group and long stay in a new and different context from their origin, that we can understand that the issue of the self, of one's self-concept, has become relevant in the discourse about one's own experiences and their repercussions on mental health.

Illnesses of the mind. This was the central issue of the interview, so it was part of one of the codes and became a category that includes several codes. Overall, the subjects interviewed say that mental illness alters the behavior of people who suffer them, and identify among such altered behavior the following: saying strange things, leaving home at odd hours, running, screaming, speaking incoherently, having hallucinations and a disorganized memory. Among the causes to which they attribute these kinds of behavior are drug abuse, alcoholism, the death of a beloved person, reading the Bible and not understanding it, "bad vibes" and witchcraft. "Bad vibes" are defined as witchcraft cast on a person by someone else, so it has an intentional component.

What follows can illustrate the above:

[...] suddenly he began to speak incoherently, to speak of things that did not exist, or he just passed and hit people and ran away, and that boy is still the same now [...] well, they say that happened because he drank a lot, but he started to go out of his house at odd hours, without clothes, and he started walking and screaming and saying things and all that (Angélica, 2013).

[...] a girl, a Mixteca too, who lives on the hill, I think she had an illness, I don't remember the name, and another boy that they said that it was because he read the Bible, he didn't understand it, I don't know, and he became traumatized and began to say strange things and said that the Devil got inside him, and that kind of thing happens a lot (Janet, 2013).

Illnesses of the mind associated with migration or – perhaps – with the process of acculturation of the Ñu'usavi. Besides the cases in which there are extreme alterations of behavior, our subjects refer to other illnesses such as anxiety, depression, stress, and being nervous. Anxiety and being nervous are mentioned as illnesses of the mind; however, in their discourse they seem to refer to them as symptoms, so it was not possible to obtain a description of them. As part of these illnesses associated with their arrival in the city, we were also able to identify worries or *ta'acaniinina*.

One of our female informants said that she experienced it due to the changes in her behavior and appearance required to adjust to the city, and the acculturation that followed.

Depression is described as a feeling of sadness that turns into an illness. Our informants tell us that it happens to people who arrive in the city and miss their hometown, or that it can be related to the discrimination they suffer in the city. It was also attributed to the stress mentioned above, especially the one linked to the changes in the behavior and daily life of migrants that results from the process of acculturation. Some of the manifestations or symptoms mentioned are crying and feeling locked in. Another cause attributed to it is the fact that, in spite of living in a community, Mixtecos have no one to talk to about what happens to them and how they feel about it.

About those who cure or heal them. Our informants pointed out their need of attention by a psychologist who can offer them therapy, which is understood as a treatment in which the person may speak and be listened to. They say that this process might be easier if the psychologist were an indigenous person or, failing that, there were a translator present. As part of the healthcare they mentioned the complementary participation of a doctor of the mind and a healer. In this context doctors of the mind, as non-indigenous physicians, must contribute to mental healthcare using their knowledge and respecting the person's culture and beliefs, especially about healers:

[...] they must know this, and get it into their heads, so to speak, that OK, I respect you and your culture, what you say, what you do, and I do my job, I'm going to do whatever can be done, [...] And if you say well, I'm going to see a healer, he says, "How is that possible?" I mean, they are very negative about it, [...] but I think that if you have any respect for my culture, and with your medicine, well, perhaps it can be solved. (Angélica, 2013).

In the Ñu'usavi language the healer is known as *sta'ateva*, the "man who knows" or "wise man", who helps people with illnesses that physicians cannot cure, illnesses related to the spirit. Some are more powerful than others. Knowledge is transmitted orally, by spending time with older healers, but at the same time it is also a gift. "When you are sad, feeling bad, you go with a man who heals, in our language it is like a man who knows a lot [...] I know that healers only help to heal those, say, spiritual illnesses" (Pablo, 2014)

The subjects interviewed say that they go both to the doctor and to the healer because "our people believe in both" (Pablo, 2014) and because "that's why God created two of them" (Agustín, 2014).

Within traditional medicine, they also identify the people who know a lot about plants. According to the subjects interviewed, those plants cannot be found in the city. One of them told us that in her garden and in her hometown she has the plants she uses to cure people.

Illnesses of the spirit suffered by the Ñu'usavi.

One of the most commonly mentioned was *susto* or *na'ayivina*, that may be caused by an alteration related to the souls or the spiritual world, and it may be the consequence of a situation that makes the person feel overtaken by fear. In the first case the illness is brought by the wind, whether through the soul of someone the person knew, *anima'a*, or the spirit of someone who died in the place where the sick person passed, *tachidi'i*. Also the word, what is said, can hurt people and cause *susto*. In any case, the signs of *susto* are paleness, especially in the face and the hands, weight loss even when the person does not lose his/her appetite and eats well, "fast and strong" *tuchu* (nervousness), being lost in thought, susceptible, worried, or inexplicably tired.

(...) but susto has specific symptoms. One, well, that you have no blood in your hands, because sometimes you have no blood here, and in your eyes, and you are sometimes lost in thought, and also susto is when you are very tired or weak, only that, I think, what I remember, but there may be more symptoms (Isabel, 2014).

In their hometown there is a variety of *susto* known as *na'acaniyu'uyo'o*, which in the Ñu'usavi language means "you were hit by the stone". It happens when a person disrespects, sits on or touches the sacred stone *eyu'usavi* or *yu'udavi* (according to linguistic variation) left on the hill by the god of rain. Such stones may be black, porous, or also look attractive. The person who gets ill, usually a child, has a fever and shows an exanthema.

(...) it is usually on the hill, you sat on a stone where you shouldn't have, you disrespected it, or you respected it but you touched it, that's when it hits you and you start, well, people start to have boils on their skin and sometimes even a fever (Isabel, 2014).

Punishment can also be the cause of an illness related to the spiritual. It can be due to a bad behavior or a violation of one of the customs, for instance not going to the feast of the patron saint or not to keep a promise made to the saint. When there is a congenital illness, it is believed that the whole family is being punished; usually because the parents did something wrong and they must be punished with their children's sickness. However, when an older person gets a punishment it is usually because of something that he or she did, although it was mentioned too that sometimes person may get a punishment intended for someone else by mistake.

Maldad is another illness that may be manifested as witchcraft or the evil eye. They are typically illnesses provoked by someone else. In the case of the evil eye, it is originated when a child or animal is attractive or pleasant for another person, who sees it and desires it. Witchcraft may be brought on by an evil healer. "One knows that someone has cast a *maldad* on you because your whole body hurts" (Agustín, 2014).

Conclusions. As mentioned in the results, in the interviews it became evident that informants placed a lot of importance on identity. It is on the identity where the cultural elements that distinguish an ethnic group can be found. The population we interviewed acknowledges a relationship between being a Mixteco and the *illnesses of the mind*. At the same time, they coincide in the belief that there is a relationship between the feelings experienced as a consequence of migration and the stress it produces, which some theoreticians conceptualize as acculturation stress. However, in the terms of the objectives and interests of this research, what stands out is the relationship that the subjects themselves find between culture and mental health.

Our findings allow us to say that the illnesses identified by Western science as mental are an important issue for the population and that there is anemic concept of the term from which we can start to understand their view and make further discoveries in the next stage of the project. They see illnesses of the spirit, which for them are beyond the understanding and the work of Western medicine, as different from the others. This is a transcendental difference between illnesses of the mind, associated to migration and city life, and illnesses of the spirit, treated by healers.

This makes it necessary to investigate if the latter kind of illnesses happens in their communities of origin or if they only appear in the cities, as perceived and told by our subjects. It must be pointed out that one of the disciplinary and referential frameworks of this research is cultural psychiatry and psychology, which strives towards a nosology inscribed in the worldview of the population where illnesses appear, not in their universality. Thus, if based on cultural paradigms we cannot conceive the existence of illnesses of the mind in the Mixtecos that live and stay in their place of origin, their prevalence cannot be maintained from an *etic* perspective. This leads to questions about the presence of illnesses unique to the original cultural context of Mixtecos that may be considered subjects of the study of psychopathology.

Bibliography

1. Berger P. L., Luckman T. (2001) "La construcción Social de la Realidad". Mexico: Amorrortu Editores.
2. Berrios (2012). Una Historia de la Psiquiatría Clínica. Madrid, Spain: Editorial Triacastela.
3. Castoriadis C. (1995) Los dominios del hombre: Las encrucijadas del laberinto. Gedisa, Barcelona. Pp. 219—246.
4. Chávez Calderón P. (2008). Historia de las doctrinas filosóficas. Pearson: Mexico, D. F.
5. De la Peña G. (2010). "Una nueva categoría analítica? Los indígenas urbanos en la antropología mexicana", La antropología y la conciencia nacional mexicana. El Colegio de Jalisco: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
6. Dussel E. (2002). Posmodernidad y transmodernidad. Diálogos con Gianni Vattimo. Mexico: Universidad Iberoamericana de Puebla, Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente.
7. Husserl, E. (1962). Lógica Formal y lógica trascendental. Universidad Nacional Autónoma de México.
8. INEGI (2010). Población de 3 años y más. Habla lengua y español. Datos de Jalisco. http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/P3Masasp?s=est&c=27781&proy=cpv10_p3mas
9. Jaspers K. (1993). Psicopatología General. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
10. Jilek W. (2008). Introducción. In: Villaseñor, S. J. (2008). Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.
11. Kleinman A. (1980). Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University Press.
12. Lind M. (2008). Arqueología de la Mixteca. Arqueología y etnohistoria de la Mixteca. Desacatos. Revista de Antropología Social. No. 27. Pp. 13—32.
13. Pujal M. (2004). Chapter II. La identidad (el self). In: Ibáñez, T. Botella M., Argemí M., Samuel-Lajeunesse J., Martínez L., Palli C. Pujal M., Tirado F. Introducción a la psicología social. Editorial UOC: Barcelona.
14. Ricœur P. (1997). "Narratividad, fenomenología y hermenéutica". Cuaderno Gris. Época III, 2 (1997). Pp. 479—495. (Monográfico: Horizontes del relato: lecturas y conversaciones con Paul Ricœur / Gabriel Aranzueque (coord.). Editor Universidad Autónoma de Madrid.
15. Simon B. (1984). Razón y Locura en la Antigua Grecia. Las raíces clásicas de la psiquiatría moderna. Madrid, Spain: Akal Editor.
16. Tseng W. S. (2003). Clinician's Guide to cultural psychiatry. USA: Elsevier science.
17. Van Doesburg S. (2008). Documentos pictográficos de la Mixteca Baja de Oaxaca: el lienzo de San Vicente el Palmar, el Mapa núm. 36 y el Lienzo Mixteca III. Arqueología y etnohistoria de la Mixteca. Desacatos. Revista de Antropología Social. No. 27. Pp. 95—122.
18. Villaseñor-Bayardo S. J. (2008). Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.

НЕКРОЛОГ



Руководитель отделения клинических исследований Национального научного центра наркологии Росздрава, доктор медицинских наук, профессор
Владимир Борисович Альтшулер

Отечественная психиатрия понесла тяжелую утрату. 10 октября 2016 г. ушел из жизни выдающийся врач психиатр, психиатр-нарколог, авторитетный деятель науки, всю свою жизнь посвятивший служению медицине.

Ещё в студенческие годы увлекся научной работой на кафедре патологической физиологии. Последний год обучения в институте полностью посвятил психиатрии, получил приглашение поступить в клиническую ординатуру. После окончания института в 1954 г. по распределению работал сельским участковым врачом в Калмыкии.

В 1957 г. поступил в аспирантуру Института высшей нервной деятельности АН СССР по специальности «клиническая патофизиология высшей нервной деятельности (психиатрия)». Защитил кандидатскую диссертацию по психической деградации у больных эпилепсией. Заведовал отделением острых состояний в Московской городской психиатрической больнице № 13. С 1966 г. вернулся к научной работе старшим научным сотрудником ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского.

В 1985 г. назначен старшим научным сотрудником Всесоюзного научно-исследовательского центра по медико-биологическим проблемам пьянства и алкоголизма, руководителем отделения женского алкоголизма.

Область научных интересов: клинические проблемы алкоголизма – симптоматика, динамика, коррекции и медикаментозная терапия.

На эту тему в 1985 г. защитил докторскую диссертацию. В 1993 г. получил звание профессора.

Автор более 200 научных трудов, которые образовали новое направление в психиатрии и наркологии, основанное на психопатологическом анализе болезненного влечения к алкоголю. Результаты научных изысканий послужили основой для дифференцированной психофармакотерапии алкогольной зависимости и показаний к её применению для устранения болезненных симптомов с помощью психотропных средств – антипсихотиков и антиконвульсантов, что получило широкое распространение в практической отечественной наркологии.

Наряду с научными исследованиями в 70-х – 80-х годах в составе Совета общественных инспекторов при Минздраве СССР участвовал в создании и организации наркологической службы в большинстве республик и областей страны, разработке базовых документов, проведении учебных семинаров, декадников для врачей, в организации межведомственного взаимодействия по борьбе с алкоголизмом и наркоманиями.

Научные интересы в последние годы были посвящены изучению клинических особенностей формирования и течения алкоголизма с учетом гендерных различий. Получил приоритетные данные по атрофическим изменениям головного мозга у больных алкоголизмом, разработал на этой основе программы дифференцированной терапии для разных групп больных.

Суть научной деятельности отражена в авторитетных и популярных монографиях, являлся соавтором всех изданий руководств по наркологии: «Национального руководства по наркологии», двухтомного руководства по психиатрии.

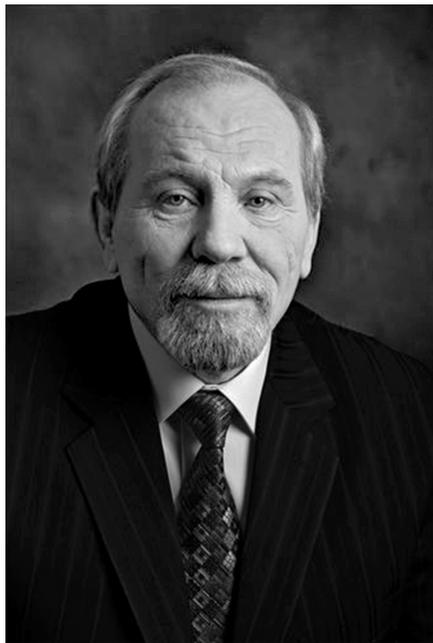
Долгие годы являлся членом Президиума Правления Российского общества психиатров, членом Ученых Советов ННЦ наркологии, членом Ученого Совета ФМИЦПН им. В. П. Сербского, членом редколлегии журналов «Вопросы наркологии» и «Наркология», членом Попечительского совета Благотворительного Фонда «Центр здоровой молодежи».

В. Б. Альтшулер был прекрасным клиницистом и талантливым организатором. Всегда был заботливым и внимательным педагогом, под его непосредственным руководством защищено более 20 диссертационных работ. На его лекциях выросло не одно поколение российских наркологов. За многолетний и доблестный труд был награжден значком «Отличник здравоохранения».

С кончиной Владимира Борисовича отечественная наркология понесла невосполнимую утрату. Его научный вклад трудно переоценить.

Светлая память о Владимире Борисовиче навечно останется в наших сердцах.

Редколлегия Сибирского вестника психиатрии и наркологии выражает глубокое соболезнование родным, близким, коллегам и ученикам В. Б. Альтшулера.



11 февраля 2017 г. ушел из жизни доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры общей и педагогической психологии факультета психологии Национального исследовательского Томского государственного университета **Виталий Евгеньевич Ключко**.

С 1967 г. деятельность В. Е. Ключко связана с высшей школой – преподаватель, доцент кафедры педагогики и психологии Карагандинского государственного университета, с 1986 г. – заведующий кафедрой научных основ организации управления народным образованием Карагандинского государственного университета, с 1993 г. – ректор Института повышения квалификации работников образования при Карагандинском государственном университете. С 1994 г. Виталий Евгеньевич Ключко заведовал кафедрой психологии образования Барнаульского государственного педагогического университета. С 2003 г. работал профессором кафедры общей и педагогической психологии Томского государственного университета.

В 1978 г. защитил кандидатскую диссертацию «Целеобразование и формирование оценок в ходе постановки и решения мыслительных задач». Являясь учеником и соратником О. К. Тихомирова, с 80-х гг. начал создавать научный коллектив из числа молодых ученых. В 1991 г. защитил докторскую диссертацию «Инициация мыслительной деятельности», где заложены исходные основания теории психологических систем. Разработчик нового предметного и проблемного поля: системная антропологическая психология с развитием культурно-исторического подхода средствами трансспективного анализа; психологическое исследование и диагностика становления многомерного мира человека, системно-исторический подход к историческому исследованию движения психологического познания.

Развиваемая в русле постнеклассической методологии системная антропологическая психология открыла новые возможности для целостного взгляда на человека, ставшего методологическим основанием для изучения возможностей образовательно-проектной деятельности, способствующей развитию инновационной активности молодежи в условиях профессионального образования.

Область научных интересов: методология и теория психологии и психологии мышления, открытие внутренних закономерностей движения психологического познания.

Разработал цикл лекций по дисциплинам «Общая психология», «Психология мышления», «Методологические проблемы психологии», «Психолого-педагогическая антропология», «Психология образования».

Автор свыше 110 работ, основные из которых «Самоорганизация в психологических системах: проблемы ментального пространства личности. Введение в трансспективный анализ» (Томск, 2005), «Смысловая теория мышления в трансспективе становления психологического познания: эпистемологический анализ», «Проблема сознания в психологии: постнеклассический ракурс», «Онтология смысла и смыслообразование», «Психология инновационного поведения».

Под научным руководством В. Е. Ключко накоплено много научно обоснованных фактов и представлений о закономерностях становления многомерного мира человека как психологического феномена и как результата образовательных практик, представленных в 7 докторских и более чем 60 кандидатских диссертациях по психологии и педагогике.

В 2012 г. был избран лауреатом Национального психологического конкурса «Золотая Психея» по номинации «Личность года в российской психологии».

В 2013 г. научно-педагогический коллектив под его руководством стал обладателем премии Томской области в сфере образования, науки, культуры и здравоохранения за создание нового научного направления в психологии «Системная антропологическая психология».

Являлся членом редакционного совета «Сибирского психологического журнала» (Томск), редакционного совета по разделу «Психология и педагогика» журнала «Вестник Томского университета», регионального журнала «Педагог» (Барнаул) и редакционной коллегии республиканского научного журнала «Психология. Социология. Дефектология» (Астана, Республика Казахстан).

Являлся заслуженным работником культуры Республики Казахстан. Член-корреспондент Российской академии естественных наук. Почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации.

Память о Виталии Евгеньевиче Ключко навсегда сохранится в наших сердцах.

Редколлегия Сибирского вестника психиатрии и наркологии выражает глубокое соболезнование родным и близким В. Е. Ключко.

**Научно-практический
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник
психиатрии и наркологии.
2017. № 1 (94).**

Оригинал-макет СВПН. 2017. № 1 (94) 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 14.03.2017 г.
Формат 60x84_{1/8}. Печать офсетная.
Бумага офсетная № 1. Гарнитура «Arial».
Печ. л. 13,25; усл. печ. л. 12,32; уч.-изд. л. 11,93.
Тираж 1000 экз. Заказ № 1725.
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