

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 1810-3111 (Print)

СВПН

**СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY
AND ADDICTION PSYCHIATRY**

SHRAP

2017. № 2 (95)

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2017. № 2 (95)

Учредитель и издатель:

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

Главный редактор – Н.А. Бохан, д.м.н., профессор, академик РАН (Томск, Россия)

Заместители главного редактора – А.В. Семке, д.м.н., профессор (Томск, Россия)

С.А. Иванова, д.м.н., профессор (Томск, Россия)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

профессор М.М. Аксенов	Томск, Россия
академик РАН Л.И. Афганас	Новосибирск, Россия
профессор Т.П. Ветлугина	Томск, Россия
академик РАО Э.В. Галажинский	Томск, Россия
член-корр. РАН Н.Н. Иванец	Москва, Россия
профессор З.И. Кекелидзе	Москва, Россия
профессор В.Н. Краснов	Москва, Россия
профессор И.Е. Куприянова	Томск, Россия
профессор А.И. Мандель	Томск, Россия
профессор Н.Г. Незнанов	С-Петербург, Россия
профессор Л.Д. Рахмазова	Томск, Россия
профессор Ю.П. Сиволап	Москва, Россия
академик РАН А.Б. Смулевич	Москва, Россия
профессор Е.Д. Счастный	Томск, Россия
академик РАН А.С. Тиганов	Москва, Россия
член-корр. РАН Д.Ф. Хритинин	Москва, Россия
член-корр. РАН Б.Д. Цыганков	Москва, Россия

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Журнал основан в 1996 г. 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. 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. Включен в базу данных «Российский индекс научного цитирования».

Индекс по каталогу «Роспечать» 66013

Редакция журнала:

Ответственный секретарь к.м.н. О.Э. Перчаткина

Выпускающий редактор И.А. Зеленская

Адрес редакции: г. Томск, 634014, ул. Алеутская, 4

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

Оригинал-макет: И.А. Зеленская. Перевод: С.В. Владимирова

Подписано в печать 19.06.2017 г. Формат 60x84_{1/8}. Печать офсетная.

Бумага мелованная. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 17,0; усл.-печ. л. 15,81; уч.-изд. л. 17,85. Тираж 500 экз. Заказ № 17342.

Цена договорная. Дата выхода в свет 28.06.2017

Отпечатано в типографии «Иван Фёдоров». 634026, Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1

Тел.: (3822)78-80-80, тел./факс: (3822)78-30-80. E-mail: mail@if.tomsk.ru

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

Scientific-practical journal

Four issues per year

2017. No. 2 (95)

Founder and publisher:

Federal State Budgetary Scientific Institution
“Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences”
Mental Health Research Institute

Editor-in-Chief – N.A. Bokhan, MD, Prof., academician of RAS (Tomsk, Russia)

Deputy Editors-in-Chief – A.V. Semke, MD, Prof. (Tomsk, Russia)

S.A. Ivanova, MD, Prof. (Tomsk, Russia)

EDITORIAL BOARD

Prof. M.M. Axenov	Tomsk, Russia
academician of RAS L.I. Aftanas	Novosibirsk, Russia
Prof. T.P. Vetlugina	Tomsk, Russia
academician of RAE E.V. Galazhinsky	Tomsk, Russia
corresponding member of RAS N.N. Ivanets	Moscow, Russia
Prof. Z.I. Kekelidze	Moscow, Russia
Prof. V.N. Krasnov	Moscow, Russia
Prof. I.E. Kupriyanova	Tomsk, Russia
Prof. A.I. Mandel'	Tomsk, Russia
Prof. N.G. Neznanov	S-Petersburg, Russia
Prof. L.D. Rakhmazova	Tomsk, Russia
Prof. Yu.P. Sivolap	Moscow, Russia
academician of RAS A.B. Smulevich	Moscow, Russia
Prof. E.D. Schastnyy	Tomsk, Russia
academician of RAS A.S. Tiganov	Moscow, Russia
corresponding member of RAS D.F. Khritinin	Moscow, Russia
corresponding member of RAS B.D. Tsygankov	Moscow, Russia

EDITORIAL COUNCIL

Prof. S.A. Altynbekov	Almaty, Kazakhstan
MD I.A. Artemyev	Tomsk, Russia
MD M.F. Belokrylova	Tomsk, Russia
Prof. S. Villaseñor-Bayardo	Mexico
Prof. N.V. Govorin	Moscow, Russia
Prof. P. Johnson	USA
Prof. V.L. Dresvyannikov	Novosibirsk, Russia
Prof. G.V. Zalevsky	Kaliningrad, Russia
Prof. C.P. Korolenko	Novosibirsk, Russia
Prof. F. Lang	Germany
Prof. A. Loonen	the Netherlands
Prof. N.A. Maruta	Kharkov, Ukraine
Prof. V.D. Mendelevich	Kazan, Tatarstan
Prof. P.V. Morozov	Moscow, Russia
Prof. A.A. Ovchinnikov	Novosibirsk, Russia
Prof. Yu.V. Popov	S-Petersburg, Russia
Prof. M.I. Rybalko	Barnaul, Russia
Prof. N. Sartorius	Switzerland
Prof. A.M. Seledtsov	Kemerovo, Russia
PsyD I.Ya. Stoyanova	Tomsk, Russia
Prof. A.A. Sumarokov	Krasnoyarsk, Russia
Prof. M.G. Uzbekov	Moscow, Russia
Prof. I.G. Ulyanov	Vladivostok, Russia
Prof. Hu Jian	China
Prof. L. Erdenebayar	Mongolia

The journal was established in 1996. The journal was registered in the State Committee on Press of the Russian Federation. Certificate of registration no. 017413 of April 10, 1998. Certificate of reregistration of mass medium PI no. 77-13364 of August 19, 2002 was issued by Ministry on Press, TV and Radio Broadcasting and Mass Media of the Russian Federation. The journal is included in the List of leading scientific journals and editions issued in the Russian Federation where basic scientific results of doctoral theses should be published. The journal is included in the database “Russian index of scientific citation”.

Index according to catalogue “Rospechat” 66013

Editorial staff:

Responsible secretary PhD O.E. Perchatkina

Production editor I.A. Zelenskaya

Address of the Editorial office: Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia

Tel./fax: + 7 (382-2)-72-44-25. Tel.: + 7 (382-2)-72-43-97. E-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Website of the Institute: tomsk institute.mental-health.ru

Website of the journal: svpin.org

Master layout: I.A. Zelenskaya. Translation: S.V. Vladimirova

Signed to press 19.06.2017. Format 60x84_{1/8}. Offset printing.

Coated paper. Font “Times New Roman”.

Printer's sheets 17,0; conventional printer's sheets 15,81; published sheets 17,85. Circulation 500 copies. Order no 17342.

Negotiated price. Date of publication 28.06.2017

Printed in the printing house “Ivan Fedorov”. Rose Luxemburg Street 115/1, 634026, Tomsk, Russia

Tel.: + 7 (3822)78-80-80, tel./fax: + 7 (3822)78-30-80. E-mail: mail@if.tomsk.ru

СОДЕРЖАНИЕ

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Яковлев А.Н., Пашкевич Н.В., Пажитных Д.В., Ткачев А.А., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Шурина А.В., Ромашкин Р.А., Витчинкина В.И. (Липецк, Москва) Поиск генетических и психологических маркеров риска потребления наркотиков подростками с аддиктивным поведением в рамках первичной профилактики: предварительные результаты пилотного исследования в Липецке 5
- Штань М.С., Озорнин А.С., Говорин Н.В. (Чита, Москва) Носительство полиморфизма Arg223Gln гена LEPR у больных шизофренией в Забайкалье 12

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д. (Томск) Клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства при коморбидности с другими психическими расстройствами 16
- Корнетова Е.Г., Лобачева О.А., Шахрай Е.О., Дубровская В.В., Дмитриева Е.Г., Корнетов А.Н., Петрова В.Н., Семке А.В. (Томск) Динамика клинико-социальных и клинико-иммунологических показателей больных шизофренией в процессе антипсихотической терапии 21

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

- Клименко Т.В., Шахова С.М., Козлов А.А. (Москва) Психотические расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (спайсов) 26
- Уманская П.С., Агарков А.П. (Тюмень, Томск) Клиническая картина структурно-сложного алкогольного психоза (гендерный аспект) 31

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Назарова И.А., Аболонин А.Ф., Стоянова И.Я. (Томск) Влияние социальных и личностных факторов на формирование делинквентных форм поведения у юношей и девушек в разных условиях социализации 36

СУИЦИДОЛОГИЯ

- Сахаров А.В., Говорин Н.В., Ступина О.П., Озорнин А.С., Колчанова Т.Г. (Чита, Москва) Суицидальное поведение среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, проблема «групп смерти» 42

АДДИКЦИИ

- Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю., Неустроева А.Ю. (Новосибирск) Изучение аддиктивных аспектов кредитозависимого поведения 48
- Красильников Г.Т., Косенко Н.А., Косенко В.Г., Агеев М.И., Шулькин Л.М., Гридина Ю.В. (Краснодар) Аддиктогенный риск Интернета для подростков 54

ПСИХОСОМАТИКА

- Огарев В.В., Малыгин В.Л. (Москва) Особенности внутренней картины болезни и мотивации на лечение больных хроническим вирусным гепатитом С 60
- Погосов А.В., Николаевская А.О. (Курск) Клинико-динамические особенности соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники 67
- Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е., Гарганеева Н.П., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М., Цыбульская Е.В., Иванова А.А., Аксенов М.М., Рудницкий В.А. (Томск) Особенности реабилитации педагогов с расстройствами адаптации и кардиоваскулярной патологией 73
- Лебедева Е.В., Сергиенко Т.Н., Нонка Т.Г., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Шишнев Е.В., Горохов А.С., Суровцева А.К., Перчаткин В.А., Репин А.Н. (Томск, Москва) Психотерапевтические аспекты работы в практике врача-кардиолога при подготовке пациентов с ишемической болезнью сердца к коронарному шунтированию 81

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

- Лукин-Григорьев В.В., Рыбалко М.И. (Барнаул) Ответственность как фактор психотерапии 91
- Бохан Т.Г., Боженкова К.А. (Томск) Факторы переживания геронтологического насилия 95
- Фролова Ю.И. (Барнаул) Особенности субъектности и психологического благополучия подростков, употребляющих психоактивные вещества 105

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

- Зотов П.Б., Куценко Н.И., Уманский М.С. (Тюмень) Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (краткий обзор) 111
- Коршунова Д.Р. (Рязань) К причинности подростковых суицидов (обзор литературы) 116
- Огарев В.В. (Москва) Факторы мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С (обзор литературы) 121

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

- Гребенюк О.В., Казенных Т.В., Алифирова В.М. (Томск) Особенности клинико-социальной адаптации у мужчин при раннем дебюте эпилепсии 126
- ЮБИЛЕИ 133

CONTENTS

BIOLOGICAL RESEARCH

- Yakovlev A.N., Pashkevich N.V., Pazhitnykh D.V., Tkachev A.A., Brodyansky V.M., Chuprova N.A., Shchurina A.V., Romashkin R.A., Vitchinkina V.I.** (Lipetsk, Moscow) The search for genetic and psychological markers of the risk of drug use by adolescents with addictive behavior as part of primary prevention: preliminary results of a pilot study in Lipetsk 5
- Shtan' M.S., Ozornin A.S., Govorin N.V.** (Chita, Moscow) Carriers of the Arg223Gln polymorphism of LEPR gene in schizophrenia patients in Trans-Baikal Krai 12

CLINICAL PSYCHIATRY

- Vasilieva S. N., Simutkin G. G., Schastnyy E.D.** (Tomsk) Clinical-dynamic characteristics of bipolar affective disorder comorbid with mental disorders 16
- Kornetova E.G., Lobacheva O.A., Shakhray E.O., Dubrovskaya V.V., Dmitrieva E.G., Kornetov A.N., Petrova V.N., Semke A.V.** (Tomsk) Dynamics of clinical-social and clinical-immunological indices of patients with schizophrenia in the process of antipsychotic therapy 21

CLINICAL NARCOLOGY

- Klimenko T.V., Shakhova S.M., Kozlov A.A.** (Moscow) Psychotic disorders due to use of synthetic cannabinoids (spice) 26
- Umanskaya P.S., Agarkov A.P.** (Tyumen, Tomsk) Clinical picture of alcoholic hallucinosis among men and women of young age (comparative aspect) 31

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

- Nazarova I.A., Abolonin A.F., Stoyanova I.Ya.** (Tomsk) Influence of social and personality aspects on formation of delinquent forms of behavior in boys and girls in various conditions of socialization 36

SUICIDOLOGY

- Sakharov A.V., Govorin N.V., Stupina O.P., Ozornin A.S., Kolchanova T.G.** (Chita, Moscow) Suicidal behavior of children and adolescents in the Trans-Baikal Krai, the problem of "groups of death" 42

ADDICTIONS

- Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu., Neustroeva A.Yu.** (Novosibirsk) Study of addictive aspects of credit-dependent behavior 48
- Krasil'nikov G.T., Kosenko N.A., Kosenko V.G., Ageev M.I., Shul'kin L.M., Gridina Y.V.** (Krasnodar) Addictogenic risk of Internet for adolescents 54

PSYCHOSOMATICS

- Ogarev V.V., Malygin V.L.** (Moscow) Specifics of internal picture of disease and motivation for treatment in patients with chronic viral hepatitis C 60
- Pogosov A.V., Nikolayevskaya A.O.** (Kursk) Clinical-dynamic specifics of somatized mental disorders with cardiovascular manifestations in patients of an urban polyclinic 67
- Dashiyeva B.A., Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Garganeeva N.P., Nikitina V.B., Epanchintseva E.M., Tsybul'skaya E.V., Ivanova A.A., Axenov M.M., Rudnitsky V.A.** (Tomsk) Specifics of rehabilitation of educators with adjustment disorders and cardiovascular pathology 73
- Lebedeva E.V., Sergienko T.N., Nonka T.G., Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Shishneva E.V., Gorokhov A.S., Surovtseva A.K., Perchatkin V.A., Repin A.N.** (Tomsk, Moscow) Psychotherapeutic aspects of work in practice of physician-cardiologist during preparation of patients with coronary heart disease for coronary bypass surgery 81

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

- Lukin-Grigor'ev V.V., Rybalko M.I.** (Barnaul) Responsibility as psychotherapy factor. 91
- Bokhan T.G., Bozhenkova K.A.** (Tomsk) Factors of experiencing gerontological violence 95
- Frolova Yu.I.** (Barnaul) Special aspects of subjectness and psychological well-being among adolescents using psychoactive substances 105

LECTURES. REVIEWS

- Zotov P.B., Kutsenko N.I., Umansky M.S.** (Tyumen) Suicidal behavior in patients with multiple sclerosis (short review)..... 111
- Korshunova D.R.** (Ryazan) Causation of suicides in adolescents (literature review)..... 116
- Ogarev V.V.** (Moscow) Factors of motivation for treatment of patients with chronic viral hepatitis C (literature review) 121

EPILEPTOLOGY

- Grebenyuk O.V., Kazennykh T.V., Alifirova V.M.** (Tomsk) Features of clinical-social adaptation in men with early debut of epilepsy 126
- JUBILEES** 133

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616-89-008.441.13-056:613.83:159.9.072 (470.322)

Для цитирования: Яковлев А.Н., Пашкевич Н.В., Пажитных Д.В., Ткачев А.А., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Щурина А.В., Ромашкин Р.А., Витчинкина В.И. Поиск генетических и психологических маркеров риска потребления наркотиков подростками с аддиктивным поведением в рамках первичной профилактики: предварительные результаты пилотного исследования в Липецке. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 5—11.

Поиск генетических и психологических маркеров риска потребления наркотиков подростками с аддиктивным поведением в рамках первичной профилактики: предварительные результаты пилотного исследования в Липецке

¹Яковлев А.Н., ¹Пашкевич Н.В., ¹Пажитных Д.В., ¹Ткачев А.А., ²Бродянский В.М.,
²Чупрова Н.А., ²Щурина А.В., ²Ромашкин Р.А., ¹Витчинкина В.И.

¹ Липецкий областной наркологический диспансер
Россия, 398006, Липецк, ул. Ленинградская, д. 18

² Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского
Минздрава России
Россия, 119002, Москва, Малый Могильцевский пер., 3

РЕЗЮМЕ

Важной задачей практической наркологии является диагностика склонности к потреблению наркотиков и оценка уровня риска развития наркологических заболеваний среди подростков, но выбор наиболее надежных признаков, определяющих прогноз аддиктивного поведения, остается дискуссионным.

Целью пилотного исследования, проведенного на базе Липецкого областного наркологического диспансера в 2011-2014 гг., был поиск генетических и психологических маркеров риска потребления наркотиков подростками с аддиктивным поведением. В исследование было включено 75 подростков: 24 девушки (16,0±1,22 года) и 51 юноша (16,0±1,12 года). Все обследуемые были направлены к наркологу полицией в связи с употреблением алкоголя в общественных местах.

Результаты. Проведено определение уровня генетического риска развития болезней зависимости от психоактивных веществ по результатам генопрофилирования ДНК пациентов по полиморфным локусам генов системы дофамина (Кибитов А.О., 2013) и психологическое тестирование с помощью психометрической шкалы Клонинджера, оценивающей темперамент и характер (ТСИ-125). Среди исследуемой выборки употребление наркотиков достоверно чаще встречается у юношей при крайне высоком уровне генетического риска (≥ 3 баллов). Из общего количества юношей, имеющих генетический риск выше 3 баллов, употребляло наркотики свыше 70 %. Критерий крайне высокого генетического риска позволяет очертить границы группы, включающей около 40 % наркопотребителей от их общего количества в исследуемой мужской части выборки. Определение генетического риска в мужской выборке показало явную предпочтительность по сравнению с психологическим тестированием для выявления подростков с наибольшей угрозой развития наркомании и токсикомании. Для девушек достоверных маркеров употребления наркотиков не выявлено ни при психологическом тестировании, ни при генотипировании.

Выводы. С целью индивидуальной профилактики потребления наркотиков подросткам мужского пола с высокими уровнями генетического риска целесообразно рекомендовать участие в программах превентивной коррекции. Продолжение исследований на выборках большего размера позволит валидизировать полученные предварительные данные.

Ключевые слова: подростки, наркология, первичная профилактика, алкоголь, наркотики, генетика, наследственность, генетический риск, полиморфизм генов, дофамин, личность, характер, темперамент, шкала Клонинджера, ТСИ-125.

ВВЕДЕНИЕ. Важной задачей практической наркологии является диагностика склонности к потреблению наркотиков и оценка уровня риска развития наркологических заболеваний среди подростков. Однако выбор наиболее надежных признаков, определяющих прогноз употребления наркотиков, остается дискуссионным. Единого премоурбида для болезни зависимости, скорее всего, действительно не существует, но для части случаев возможно выделение генетической склонности к развитию наркологических заболеваний [7—9, 11, 15, 16, 19—22].

Диагностика склонности к химической зависимости в настоящее время возможна на основании построения генетического профиля [8, 9] или с уче-

том данных психологической диагностики [5]. Сведения о наследственной отягощенности наркологической патологией для объективной диагностики имеют ограниченное значение в связи с субъективностью и неполнотой анамнестических сведений, при этом пациенты сообщают искаженные сведения чаще условно здоровых лиц [7].

Склонность к формированию химической зависимости может рассматриваться как полигенное состояние, основную роль в котором играют гены дофаминергической системы [2, 4, 9, 16, 19—23].

На основании исследований представительной выборки пациентов с химической зависимостью удалось выделить основные гены-кандидаты и ран-

жировать их вклад в вероятность формирования химической зависимости, что позволило рассчитывать суммарный генетический риск (RT) наркологических заболеваний для отдельного лица [8, 9]. Химическая зависимость у лиц с высокими значениями RT протекает наиболее прогрессивно с быстрым формированием абстинентного синдрома и высокой терапевтической резистентностью [8, 9], а среди несовершеннолетних потребление наркотиков и химическая зависимость достоверно чаще встречалась у лиц с высокими значениями RT [15].

В то же время использование RT для оценки вероятности инициальных проб наркотиков подростками в научной литературе мало освещено.

Аддиктивное поведение может рассматриваться в рамках биопсихосоциальной модели [11, 13], согласно которой реализация склонности к формированию химической зависимости является многокомпонентным процессом, включающим в том числе и психологические закономерности [12, 14, 18].

Наиболее разработанной методикой психологической диагностики в рамках биосоциальной модели является опросник темперамента и характера Клонинджера (ТСІ) [1, 13], методика адаптирована для русской выборки в варианте ТСІ-125 и ТСІ-140. Опросник Клонинджера позволяет получить комплексное представление о личностных особенностях с учетом как генетически контролируемых черт темперамента, так и возникающих в процессе социализации черт характера, модулирующих генетически заданный темперамент [1, 13].

ТСІ используется для диагностики склонности к аддиктивному поведению и изучения индивидуально-психологических особенностей больных зависимостями и лиц с аддиктивным поведением [5, 10, 20]. Высокие оценки по шкале опросника ТСІ «поиск новизны» широко известны как маркер употребления наркотиков и склонности к рискованному поведению [5, 10, 20, 21].

Однако некоторые авторы указывают на плохую воспроизводимость психогенетических связей и значимые различия в полученных результатах для лиц женского и мужского пола [17].

«Поиск новизны» отождествляется с дисфункцией дофаминергической передачи [18, 20], а генетические маркеры, ассоциированные с «поиском новизны» [20], включены в методику расчета RT [9]. Однако влияние на психологические предикторы потребления наркотиков оказывают и другие факторы. Например, в русскоязычных выборках подростков у девушек близкие к «поиску новизны» характеристики (импульсивность, неорганизованность, склонность к нарушению дисциплины) связаны с генетической дисфункцией серотонинергической системы [3], а повышение значений «поиска новизны» у подростков-правонарушителей коррелирует с активностью моноаминоксидазы [10]. В свою очередь, генетические дисфункции дофаминергической системы сказываются не только на «поиске новизны» [3, 6, 10].

В настоящее время известно и о роли иных, кроме генов дофаминергической системы, маркеров в формировании склонности к развитию зависимости от ПАВ [16, 22].

Таким образом, применение для целей раннего выявления потребителей наркотиков генотипирования и психологического тестирования даст различные результаты, так как группы людей, в отношении которых может быть сделан вывод о высоком риске потребления наркотиков, при определении RT и при психологическом тестировании с высокой долей вероятности не совпадут.

Следует учесть так же и такую особенность психологического тестирования, как искажение результата обследуемым лицом [14].

Большинство исследований психологических характеристик потребителей наркотиков были сделаны на выборке лиц, обратившихся за лечением или находящихся в местах лишения свободы [7, 10].

Логично предположить иную мотивационную установку обследуемых при заполнении психологических опросников в тех условиях, когда потребление наркотиков еще остается тайной для большинства окружающих. Любые носители компрометирующих стигм не желают, чтобы их выявляли, и достаточно успешно искажают данные психологического тестирования даже в случае использования защищенных от искажения диагностических методик [14], это наблюдение логично распространить и на потребителей наркотиков в инициальный период заболевания. Повышает достоверность тестирования анонимность, но анонимность исключает проведение индивидуальной профилактической работы.

Определение генетического риска дает объективный и неизменный критерий, и наши предварительные результаты показали возможность использования оценки генетического риска у несовершеннолетних [15], однако сравнительная надежность использования оценки генетического риска и психологического тестирования при определении склонности к употреблению наркотиков у подростков не исследовалась.

Целью данного пилотного исследования, проведенного на базе Липецкого областного наркологического диспансера в 2011—2014 гг., была оценка надежности использования уровня генетического риска и шкал опросника ТСІ в качестве маркера инициального потребления наркотиков подростками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие подростки-правонарушители, обучающиеся в школах и профтехучилищах г. Липецка.

Всего в исследовании в течение 2011—2014 гг. приняло участие 75 чел. в возрасте 14—17 лет, из них 24 девушки (32 %) и 51 юноша (68 %). Все обследуемые были направлены к наркологу полицией в связи употреблением или присутствием при употреблении алкоголя в общественных местах. Обследуемые изначально не имели запроса на лечение или получение психологической помощи.

В дизайне исследования предусматривалось ослепление данных. Определение RT проводилось в лаборатории молекулярной генетики НИИ наркологии – филиале ФГБУ «Федеральный исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ. На момент проведения генотипирования сведения о потреблении ПАВ и психологических особенностях обследуемых лиц в лабораторию молекулярной генетики не направлялись. Сбор анамнестических сведений проводился врачами психиатрами-наркологами Липецкого областного наркологического диспансера. Психологическое тестирование проводилось психологами диспансера, сведения о потреблении ПАВ не предоставлялись психологам до окончания обработки тестов, сведения о результатах психологического тестирования не сообщались врачам до окончания сбора анамнеза.

В обследование включались лица русской национальности, от них было получено добровольное информированное согласие на проведение психологического и генетического обследования с целью выявления склонности к потреблению наркотиков.

Из исследования исключались лица с синдромом зависимости, олигофренией, психотическими и выраженными аффективными расстройствами, судорожными припадками и тяжелыми ЧМТ в анамнезе, лица с объективно ограниченными возможностями для социальной адаптации (инвалиды, беженцы, мигранты), а также лица, субъективные сведения которых о потреблении ПАВ противоречили объективным данным (сведениям из полиции, школы, данным медицинского освидетельствования на состояние опьянения). Под потреблением наркотиков подразумевалось использование токсикоманических веществ и наркотических средств. Потребление наркотиков было ранжировано (0 – отсутствие потребления, 1 – потребление одного вещества, 2 – опыт приема двух и более наркотиков).

Для психологического тестирования использовался опросник TCI-125 в адаптации С.Н. Ениколопова и А.Г. Ефремова.

Выделение ДНК проводили из венозной крови, генотипирование проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) [9]. Для расчета индивидуального уровня генетического риска развития болезни зависимости от ПАВ использовалось 5 полиморфных локусов трех ключевых генов системы дофамина [9]: дофаминовых рецепторов типов 2 (DRD2) и 4 (DRD4) и фермента тирозингидроксилазы (TH). Маркерами общего риска считали генотипы A1/A2 локуса DRD2 Taq I и N1/N2 локуса DRD2 Nco I, генотипы 6.6, 7.9 и 8.10 локуса HUMTH01-VNTR. К маркерам специфического риска относили аллели A2, A4, A7, A8 локуса DRD4V48, аллели S локуса DRD4V120. Каждый маркер общего риска оценивается в 1 балл, каждый маркер специфического риска – в 0,5 балла. Итоговый уровень генетического риска риск (RT) получали суммированием баллов.

Уровни риска распределялись следующим образом [9]: ниже среднего – 0,5 балла, средний – 1 балл, повышенный – 1,5 балла, высокий – 2–2,5 балла, крайне высокий – ≥ 3 балла. В связи с тем, что механизмы склонности к употреблению ПАВ могут быть различны в мужской и женской частях выборки, исследуемые были разделены по полу.

Для статистической обработки использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rs), критерий Фишера (φ), критерий Манна-Уитни (U).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст юношей составил $16,0 \pm 1,12$ года, девушек – $16,0 \pm 1,22$ года, достоверные различия по возрасту отсутствовали. Среди юношей 33 чел. (64,7 %) употребляли только алкоголь, 18 чел. (35,3 %) принимали кроме алкоголя наркотики. Из них 10 чел. коноплю и «спайс», 2 – пары бензина и клея, 1 – амфетамин, 1 – дезоморфин, 1 – курение конопли и вдыхание паров клея, 3 – приём семян дурмана.

Среди девушек только алкоголь принимала 20 чел. (83,3 %), 4 чел. (16,7 %) – алкоголь и наркотики (по 1 – конопля, семена дурмана, амфетамин, пары бензина). Дана сравнительная характеристика юношей и девушек с аддиктивным поведением (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Сравнительная характеристика участников исследования								
Подшкала TCI-125, баллы							8	9
1	2	3	4	5	6	7		
Девушки (n=24)								
9,66 ±3,09	8,57 ±4,39	9,19 ±2,11	3,09 ±1,3	14,33 ±3,61	17,19 ±4,94	7,87 ±3,99	4 (16,7)	2,19 ±0,92
Юноши (n=51)								
9,09 ±3,18	7,2 ±3,89	7,47 ±2,26	2,63 ±1,2	15,12 ±4,46	16,57 ±4,09	5,58 ±3,67	18 (35,3)	1,78 ±0,89
Достоверность различий								
U _{эмп} 480	U _{эмп} 429	U _{эмп} 321,5*	U _{эмп} 432	U _{эмп} 476	U _{эмп} 486,5	U _{эмп} 355,5*	φ _{эмп} 1,737*	U _{эмп} 437,5*

П р и м е ч а н и е . 1 – Поиск новизны, 2 – избегание вреда, 3 – зависимость от вознаграждения, 4 – настойчивость, 5 – самонаправленность, 6 – сотрудничество, 7 – трансцендентность Я, 8 – распространенность проб наркотиков – абс. (%), 9 – генетический риск (RT), баллы. * – $p \leq 0,05$.

Девушки имели более высокие оценки по шкалам «зависимость от вознаграждения» и «трансцендентность Я», то есть были более зависимы в поведении от значимых лиц и норм референтной группы, более склоны к мистицизму и самозабвению, отказу от собственных актуальных потребностей ради значимого объекта. При этом девушки отличались более высоким уровнем генетического риска, но потребление наркотических и токсикоманических средств в женской выборке встречалось достоверно реже.

Достоверных корреляций между употреблением наркотиков и шкалами TCI не выявлено ни в мужской, ни в женской частях выборки (табл. 2).

Уровень генетического риска оказался достоверно связан с пробами наркотиков только для юношей. Корреляция потребления наркотиков с генетическим риском в женской частях выборки отсутствовала.

Таблица 2

Корреляционные связи между потреблением наркотиков, шкалами ТСИ-125 и уровнем генетического риска (коэффициент корреляции Спирмена r_s)							
Подшкала ТСИ-125, баллы							8
1	2	3	4	5	6	7	
Юноши (n=51) потребление наркотиков (ранги)							
0,163	0,054	0,223	0,043	0,204	0,022	0,088	0,497*
Девушки (n=24) потребление наркотиков (ранги)							
0,303	0,198	0,305	0,149	0,106	0,18	0,147	0,195

Примечание. 1 – Поиск новизны, 2 – избегание вреда, 3 – зависимость от вознаграждения, 4 – настойчивость, 5 – самонаправленность, 6 – сотрудничество, 7 – трансцендентность Я, 8 – генетический риск (RT), баллы. * – $p < 0,01$

Сравнение значений шкал ТСИ-125, возраста и уровня генетического риска для потребителей наркотиков женского и мужского пола приведено в таблице 3.

Таблица 3

Сравнительная характеристика потребителей наркотиков и потребителей алкоголя в мужской и женской выборках									
Подшкала ТСИ-125, баллы								8	9
1	2	3	4	5	6	7			
Девушки – потребители наркотиков (n=4)									
10,0±0	7,25	9,0	2,25	14,0	16,25	5,75	16,25	1,87	
	±2,22	±1,15	±1,26	±4,08	±3,95	±3,77	±1,5	±1,12	
Девушки – потребители алкоголя (n=20)									
9,5±	8,85±	9,05±	3,15±	14,3±	17,6±	8,15±	15,95	2,25	
3,19	4,37	2,26	1,27	3,7	4,83	3,91	±1,19	±0,89	
Достоверность различий $U_{\text{эмп}}$									
40	30,5	40	24	38,5	29	25,5	31,5	29,5	
Юноши – потребители наркотиков (n=18)									
8,78	6,39	7,83±	2,61±	15,67	16,28	5,56±	15,83±	2,3±	
±2,84	±3,07	1,82	1,04	±4,79	±4,52	4,17	1,15	1,03	
Юноши – потребители алкоголя (n=33)									
9,21±	7,51±	7,24±	2,76±	14,79	16,72	5,73	16,09	1,5	
3,38	4,32	2,44	1,32	±4,23	±3,9	±3,41	±1,01	±0,67	
Достоверность различий $U_{\text{эмп}}$									
274	256	253	264,5	257,5	283,5	280	246,5	161*	

Примечание. 1 – Поиск новизны, 2 – избегание вреда, 3 – зависимость от вознаграждения, 4 – настойчивость, 5 – самонаправленность, 6 – сотрудничество, 7 – трансцендентность Я, 8 – возраст, лет, 9 – генетический риск (RT), баллы. * – $p < 0,05$.

Достоверные отличия были получены только в мужской части выборки и только по одному показателю (табл. 3): уровень генетического риска у юношей с опытом приема наркотиков оказался достоверно выше ($p < 0,05$), чем у юношей, имеющих опыт приема только алкоголя.

В дальнейшем предпринято сравнение частоты встречаемости потребителей наркотиков при различных уровнях генетического риска (табл. 4).

При уровне риска ниже среднего (0–0,5 балла) потребители наркотиков не встречались ни в женской, ни в мужской частях выборки.

Максимальное количество потребителей наркотиков среди девушек (2 чел., 50 %) характеризовалось повышенным (1,5 балла) уровнем генетического риска. По 1 потребителю наркотиков среди девушек имели средний (1 балл) и крайне высокий (выше 3 баллов) уровни генетического риска. Сравнение частоты распределения потребителей наркотиков среди девушек по уровням генетического риска не выявило достоверных различий.

Таблица 4

Распределение потребителей наркотиков по уровням генетического риска – абс. (% от общего количества лиц, имеющих данный уровень генетического риска)					
Уровень генетического риска (RT), баллы					
Ниже среднего (0–0,5)	Средний (≤ 1)	Повышенный ($\leq 1,5$)	Высокий (2–2,5)	Крайне высокий (≥ 3)	Всего
Девушки					
0	1 (33,3)	2 (40,0)	0	1 (14,3)	4 (16,7)
Юноши					
0	4 (20)*	2 (25,0)**	5 (38,4)***	7 (77,7)	18 (35,3)

Примечание. * – $\phi_{\text{эмп}}=3,07$, $p < 0,01$ между юношами со средним и крайне высоким RT; ** – $\phi_{\text{эмп}}=2,29$, $p < 0,05$ между юношами с повышенным и крайне высоким RT; *** – $\phi_{\text{эмп}}=1,893$, $p < 0,05$ между юношами с высоким и крайне высоким RT.

Среди юношей с аддиктивным поведением употребление наркотиков достоверно чаще встречается при крайне высоком уровне генетического риска. Из общего количества юношей, имеющих генетический риск выше 3 баллов, употребляло наркотики свыше 70 %. Число юношей-наркопотребителей, имеющих крайне высокий RT, составило 7 чел. (39 % от общего количества наркопотребителей в мужской части выборки).

ВЫВОДЫ

В ситуации, не связанной с запросом медицинской или психологической помощи, шкалы ТСИ-125 оказались нечувствительны к донологическому потреблению наркотиков у подростков с аддиктивным поведением. Определение генетического риска в мужской части выборки показало явную предпочтительность по сравнению с психологическим тестированием для выявления подростков с наибольшей угрозой развития наркомании и токсикомании.

В связи с малым количеством респондентов результаты исследования можно считать предварительными, однако выявленные тенденции свидетельствуют о необходимости продолжения исследований генетических маркеров в профилактической наркологии. Продолжение исследований на выборках большей численности позволит валидизировать полученные предварительные данные.

С целью индивидуальной профилактики потребления наркотиков подросткам мужского пола с высокими уровнями генетического риска целесообразно рекомендовать участие в превентивных профилактических программах.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с данной статьей.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета при Липецком областном наркологическом диспансере № 1 от 22.04.2011).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алмаев Н.А., Островская Л.Д. Адаптация опросника темперамента и характера Р. Клонинджера на русскоязычной выборке. *Психологический журнал*. 2005; 6: 74—86.
2. Анохина И.П. Основные биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2013; 6: 40—59.
3. Барский В.И., Аксенова М.Г., Козлова О.Б., Кириллов А.В., Демин А.А., Ильиных Л.М. Ассоциация полиморфизмов генов дофаминовой (DRD2) и серотониновой (HTR2A) систем с личностными характеристиками подростков. *Гигиена и санитария*. 2010; 6: 47—50.
4. Винникова М.А., Ненастьева А.Ю., Бабичева Л.П. Предварительные результаты генотипирования у больных наркологического профиля. *Вопросы наркологии*. 2013; 2: 27—39.
5. Гагаринова Е.С., Зубарева О.Е. Поиск новизны как фактор предрасположенности к потреблению наркотиков. *Наркология*. 2010; 2: 86—90.
6. Голимбет В.Е., Алфимова М.В., Гриценко И.К., Эбштейн Р.П. Связь генов дофаминергической системы с экстраверсией и поиском новизны. *Журнал высшей нервной деятельности*. 2006; 56 (4): 457—463.
7. Кибитов А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические характеристики. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 25 (1): 98—104.
8. Кибитов А.О. ДНК-диагностика генетического риска развития наркологических заболеваний в рамках медико-генетического консультирования: основные принципы и опыт пилотного проекта. *Вопросы наркологии*. 2012; 5: 118—132.
9. Кибитов А.О. Клиническая генетика наркологических заболеваний: роль генов системы дофамина. *Вопросы наркологии*. 2013; 6: 60—80.
10. Копосов Р.А., Сидоров П.И., Ручкин В.В., Григоренко Е.Л. Клинико-биологические особенности подростков правонарушителей, злоупотребляющих алкоголем. *Наркология*. 2004; 4: 65—72.
11. Пушина В.В. Биопсихосоциальный подход в понимании алкоголизма у детей и подростков. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2012; 12 (2): 124—133.
12. Разумникова О.М. Опросник Р. Клонинджера для определения темперамента и характера. *Сибирский психологический журнал*. 2005; 2: 150—152.
13. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Некоторые проявления рискованного поведения у городских подростков: биопсихосоциальная трактовка. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2014; 14 (2): 15—24.
14. Ушаков Д.В. Современные технологии и проблема эффективности психологического тестирования. *Вестник Южно-Уральского государственного университета*. 2008; 32: 62—67.
15. Яковлев А.Н., Кибитов А.О., Пашкевич Н.В., Пажитных Д.В., Ткачев А.А., Воскобоева Е.Ю., Бродянский В.М., Чупрова Н.А., Мелькина О.Е. Влияние уровня генетического риска развития химической зависимости на прогноз употребления психоактивных веществ у подростков. *Наркология*. 2013; 12 (1, 133): 45—52.
16. Agatsuma S., Hiroi N. Genetic basis of drug dependence and comorbid behavioral traits. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi*. 2004; 24 (3): 137—145.
17. Ebstein R.R. The molecular genetic architecture of human personality: beyond self-report questionnaires. *Mol. Psychiatry*. 2006; 11 (5): 427—445.
18. Hansenne M., Pinto E., Pitchot W. [et al.] Further evidence on the relationship between dopamine and novelty seeking: a neuroendocrine study. *Pers. & Individ. Difference*. 2002; 33: 967—977.
19. Kreek M. J., Bart G., Lilly C. [et al.] Pharmacogenetics and human molecular genetics of opiate and cocaine addictions and their treatments. *Pharmacol. Rev.* 2005. 57 (1): 21—26.
20. Lusher J.M., Chandler C., Ball D. Dopamine D4 receptor gene (DRD4) is associated with novelty seeking (NS) and substance abuse: the saga continues. *Mol. Psychiatry*. 2001; 6: 497—499.
21. Meyers J.L., Dick D.M. Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders. *Child Adolesc. Psychiatry. Clin. N. Am.* 2010; 19 (3): 465—477.
22. NIDA Notes. New Technique Links 89 Genes to drug Dependence. *NIDA Notes*. 2010; 22 (1): 6—8.

Поступила в редакцию 20.02.2017

Утверждена к печати 02.05.2017

Яковлев Алексей Николаевич, к.м.н., врач подросткового отделения.
 Пашкевич Наталья Владимировна, врач психиатр-нарколог подросткового отделения.
 Пажитных Дмитрий Викторович, клинический психолог подросткового отделения.
 Ткачев Антон Анатольевич, клинический психолог подросткового отделения.
 Бродянский Вадим Маркович, к.б.н., ведущий научный сотрудник лаборатории молекулярной генетики.
 Чупрова Наталья Александровна, научный сотрудник лаборатории молекулярной генетики.
 Щурина Анна Валентиновна, научный сотрудник лаборатории молекулярной генетики.
 Ромашкин Роман Александрович, научный сотрудник лаборатории молекулярной генетики.
 Витчинкина Валентина Ивановна, зав. лабораторией клинической диагностики.



Яковлев Алексей Николаевич, yakovlev_an75@mail.ru

УДК 616-89-008.441.13-056:613.83:159.9.072 (470.322)

For citation: Yakovlev A.N., Pashkevich N.V., Pazhitnykh D.V., Tkachev A.A., Brodyansky V.M., Chuprova N.A., Shchurina A.V., Romashkin R.A., Vitchinkina V.I. The search for genetic and psychological markers of the risk of drug use by adolescents with addictive behavior as part of primary prevention: preliminary results of a pilot study in Lipetsk. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 5—11.

The search for genetic and psychological markers of the risk of drug use by adolescents with addictive behavior as part of primary prevention: preliminary results of a pilot study in Lipetsk

¹Yakovlev A.N., ¹Pashkevich N.V., ¹Pazhitnykh D.V., ¹Tkachev A.A., ²Brodyansky V.M., ²Chuprova N.A., ²Schurina A.V., ²Romashkin R.A., ¹Vitchinkina V.I.

¹ Lipetsk Regional Narcological Dispensary

Leningradskaya Street 18, 398006, Lipetsk, Russian Federation

² V. Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology

Malyy Mogiltsevsky Lane 3, 119002, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

The important task of practical narcology is diagnostics of propensity to use drugs and evaluation of level of risk for substance abuse among adolescents, but choosing the most reliable signs, which determine prognosis of addictive behavior, is still debated.

Purpose of the pilot study, carried out at Lipetsk Regional Narcological Dispensary in 2011—2014, was the search for genetic and psychological markers of risk for drug use by adolescents with addictive behavior. The study involved 75 adolescents: 24 girls (16.0±1.22 years) and 51 boys (16.0±1.12 years). All the examinees were referred to addiction specialist by police because of alcohol use in public places.

Results. The identification of the level of genetic risk for diseases of substance dependence according to genotyping of DNA of patients for polymorphic gene loci of the dopamine system (Kibitov A.O., 2013) and psychological testing with use of Cloninger's psychometric scales assessing temperament and character (TCI-125) were carried out. Among the study sample drug use was significantly more common in boys with an extremely high level of genetic risk (≥ 3 points). More than 70 % of the total number of boys with genetic risk more than 3 points used drugs. The extremely high genetic risk criterion allows outlining a group including about 40 % of drug users of the total in the male study sample. Identification of genetic risk in the male sample showed a clear preference in comparison with psychological testing to reveal adolescents with the highest risk of drug and substance abuse. For girls significant markers of drug use were found neither during psychological testing nor during genotyping.

Conclusion. For the purpose of individual prevention of drug use by male adolescents with high levels of genetic risk it is advisable to recommend participating in programs of preventive correction. Continuing research on large samples will validate obtained preliminary data.

Keywords: adolescents, narcology, primary prevention, alcohol, drugs, genetics, heredity, genetic risk, gene polymorphism, dopamine, personality, character, temperament, Cloninger's scales, TCI-125.

REFERENCES

- Almaev N.A., Ostrovskaya L. D. Adaptatsiya oprosnika temperamenta i kharaktera R. Klonindzhera na russkoyazychnoy vyborke [Russian-language adaptation of temperament and character inventory by R. Cloninger]. *Psichologicheskij zhurnal – Psychological Journal*. 2005; 6: 74—86 (in Russian).
- Anokhina I.P. Osnovnye biologicheskie mekhanizmy zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv [Main biological mechanisms of psychoactive substance addiction]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2013; 6: 40—59 (in Russian).
- Barsky V.I., Axenova M.G., Kozlova O.B., Kirillov A.V., Demin A.A., Ilyinykh L.I. Assotsiatsiya polimorfizmov genov dofaminovoy (DRD2) i serotoninovoy (HTR2A) sistem s lichnostnymi kharakteristikami podrostkov [Association between dopamine (DRD2) and serotonin (5HTR2A) gene polymorphisms WITH the indicators of adolescent behavior adaptiveness]. *Gigiena i sanitariya – Hygiene and Sanitation*. 2010; 6: 47—50 (in Russian).
- Vinnikova M.A., Nenasteyeva A. Yu., Babicheva L.P. Predvaritel'nye rezultaty genotipirovaniya u bol'nykh narkologicheskogo profilya [The preliminary results of the genotyping in patients with drug addictions]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2013; 2: 27—39 (in Russian).
- Gagarinova E.S., Zubareva O.E. Poisk novizny kak faktor predraspolozhennosti k potrebleniyu narkotikov [Novelty seeking as prediction of drug consumption]. *Narkologiya – Narcology*. 2010; 2: 86—90 (in Russian).
- Golimbet V.E., Alfimova M.V., Gritsenko I.K., Ebstein R.P. Svyaz' genov dofaminergicheskoy sistemy s ekstraversiyey i poiskom novizny [Dopamine system genes and personality traits of extraversion and novelty seeking]. *Zhurnal vysshey nervnoj dejatel'nosti – Journal of Higher Nervous Activity*. 2006; 4: 457—463 (in Russian).
- Kibitov A.O. Semeynaya otyagoshchennost' po narkologicheskim zabolevaniyam: biologicheskie, geneticheskie i klinicheskie kharakteristiki [Familial vulnerability for addictions: biological, genetic and clinical characteristics]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psihiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2015; 1: 98—104 (in Russian).
- Kibitov A.O. DNK-diagnostika geneticheskogo riska razvitiya narkologicheskikh zabolevaniy v ramkakh mediko-geneticheskogo konsultirovaniya: osnovnye printsipy i opyt pi-lotnogo proekta [DNA diagnosis of level of genetic risk of substance abuse as part of genetic counseling: basic principles and the experience of the pilot project]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2012; 5: 118—132 (in Russian).
- Kibitov A.O. Klinicheskaya genetika narkologicheskikh zabolevaniy: rol' genov sistemy dofamina [Clinical genetics of substance abuse: the role of dopamine system genes]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2013; 6: 60—80 (in Russian).
- Koposov R.A., Sidorov P.I., Ruchkin V.V., Grigorenko E.L. Kliniko-biologicheskie osobennosti podrostkov pravonarushiteley, zloupotrebyayushchikh alkogolem [Clinical end biological particularities of criminal adolescents abusing alcohol]. *Narkologiya – Narcology*. 2014; 4: 65—72 (in Russian).
- Pushina V.V. Biopsichosotsial'nyy podkhod v ponimani alkogolizma u detey i podrostkov [Biopsychosocial approach in a comprehension of alcoholism in children and adolescents]. *Voprosy psicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov – Questions of Mental Health of Children and Adolescents*. 2012; 2: 124—133 (in Russian).
- Razumnikova O.M. Oprosnik R. Kloningera dlya opredeleniya temperamenta i kharaktera [Cloninger's temperament and character

- inventory]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal – Siberian psychological Journal*. 2005; 22: 150–152 (in Russian).
13. Rakhimkulova A.S., Rozanov V.A. Nekotorye proyavleniya riskovannogo povedeniya u gorodskikh podrostkov: biopsichosotsial'naya traktovka [Some manifestations of risky behavior among city adolescents: bio-psycho-social interpretation]. *Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov – Questions of mental health of children and adolescents*. 2014; 2: 15–24 (in Russian).
 14. Ushakov D. V. Sovremennyye tekhnologii i problema effektivnosti psikhologicheskogo testirovaniya [Modern technologies and objectivity of psychological assessment]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo Gosudarstvennogo Universiteta – Herald of the Southern Ural State University*. 2008; 32: 62–67 (in Russian).
 15. Yakovlev A.N., Kibitov A.O., Pashkevich N.V., Pajitnykh D.V., Tkachev A.A., Voskoboeva E.Yu., Brodyansky V.M., Chuprova N.A., Melkina O.E. Vliyaniye urovnya geneticheskogo riska razvitiya khimicheskoy zavisimosti na prognoz upotrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv u podrostkov [The influence of the genetic risk of chemical dependence on the forecast of substance use among adolescents]. *Narkologiya – Narcology*. 2013; 1: 45–52 (in Russian).
 16. Agatsuma S., Hiroi N. Genetic basis of drug dependence and comorbid behavioral traits. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi*. 2004; 24 (3): 137–145.
 17. Ebstein R.R The molecular genetic architecture of human personality: beyond self-report questionnaires. *Mol. Psychiatry*. 2006; 11 (5): 427–445.
 18. Hansenne M., Pinto E., Pitchot W. [et al.] Further evidence on the relationship between dopamine and novelty seeking: a neuroendocrine study. *Pers. & Individ. Difference*. 2002; 33: 967–977.
 19. Kreek M. J., Bart G., Lilly C. [et al.] Pharmacogenetics and human molecular genetics of opiate and cocaine addictions and their treatments. *Pharmacol. Rev.* 2005. 57 (1): 21–26.
 20. Lusher J.M., Chandler C., Ball D. Dopamine D4 receptor gene (DRD4) is associated with novelty seeking (NS) and substance abuse: the saga continues. *Mol. Psychiatry*. 2001; 6: 497–499.
 21. Meyers J.L., Dick D.M. Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2010; 19 (3): 465–477.
 22. NIDA Notes. New Technique Links 89 Genes to drug Dependence. *NIDA Notes*. 2010; 22 (1): 6–8.

Received February 20.2017

Accepted May 02.2017

Yakovlev Alexey N., PhD, physician of Adolescent Department, Lipetsk Regional Narcological Dispensary, Lipetsk, Russian Federation.

Pashkevich Natalia V., psychiatrist, addiction specialist of Adolescent Department, Lipetsk Regional Narcological Dispensary, Lipetsk, Russian Federation.

Pazhitnykh Dmitry V., clinical psychologist of Adolescent Department, Lipetsk Regional Narcological Dispensary, Lipetsk, Russian Federation.

Tkachev Anton A., clinical psychologist of Adolescent Department, Lipetsk Regional Narcological Dispensary, Lipetsk, Russian Federation.

Brodyansky Vadim M., PhD, leading researcher of the Laboratory of Molecular Genetics, V. Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russian Federation.

Chuprova Natalia A., researcher of the Laboratory of Molecular Genetics, V. Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russian Federation.

Shchurina Anna V., researcher of the Laboratory of Molecular Genetics, V. Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russian Federation.

Romashkin Roman A., researcher of the Laboratory of Molecular Genetics, V. Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russian Federation.

Vitchinkina Valentina I., Head of the Laboratory of Clinical Diagnostics. Lipetsk Regional Narcological Dispensary, Lipetsk, Russian Federation.



Yakovlev Alexey N., e-mail: yakovlev_an75@mail.ru, tel.: +79103527131.

УДК 616.895.8:575.174.015.3(571.54/.55)

Для цитирования: Штань М.С., Озорнин А.С., Говорин Н.В. Носительство полиморфизма Arg223Gln гена LEPR у больных шизофренией в Забайкалье. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 12—15.

Носительство полиморфизма Arg223Gln ГЕНА LEPR у больных шизофренией в Забайкалье

Штань М.С.^{1,2}, Озорнин А.С.^{1,2}, Говорин Н.В.³

¹ Читинская государственная медицинская академия
Россия, 672090, г. Чита, ул. Горького, 39А

² Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского
Россия, 672042, г. Чита, Окружной проезд, 3

³ Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, Москва
103265, г. Москва, ул. Охотный ряд, 1

РЕЗЮМЕ

В статье описаны результаты изучения носительства полиморфного варианта Arg/Gln гена LEPR у пациентов с шизофренией в Забайкальском регионе. В исследование вошло 80 пациентов с первым приступом шизофрении, у которых производили забор крови для молекулярно-генетического анализа, с последующей статистической обработкой полученных данных. Выявлено, что у носителей Gln/Gln генотипа риск развития шизофрении составляет 4,33; установлены гендерные различия: так, у лиц женского пола риск выше, чем у мужчин.

Ключевые слова: шизофрения, генетический полиморфизм, LEPR, Q223R.

ВВЕДЕНИЕ

Важную роль в регуляции метаболизма и функций нейроэндокринной системы играет гормон лептин, действующий на центры насыщения и голода [4], метаболизм жиров и глюкозы, а также стимулирующий окисление свободных жирных кислот в митохондриях [9]. В связи с этим нарушения в его секреции могут приводить к метаболическим нарушениям, часто возникающим у больных шизофренией [10]. Изменения биологического эффекта лептина могут быть обусловлены не только его содержанием в крови, но и нарушениями строения и чувствительности рецепторов к данному гормону, что может являться следствием генетических мутаций.

Ген рецептора лептина (LEPR) локализуется на коротком плече хромосомы 1 (1p31) [6]. Наиболее изучаемым является полиморфизм Gln223Arg гена LEPR (Q223R). В результате точечной мутации происходит блокирование экспрессии длинной формы рецептора и изменение его функциональных особенностей, что выражается нарушением способности лептина проявлять свое биологическое действие [3].

Данный полиморфизм изучается на разных популяциях населения, в том числе и у больных шизофренией, но полученные данные носят противоречивый характер. В доступных нам литературных данных не было упоминаний об исследовании данного полиморфного варианта лептинового рецептора у лиц, страдающих шизофренией на территории нашей страны, в частности в Забайкальском крае.

Цель исследования. Сравнить частоту встречаемости аллелей и генотипов полиморфизма Arg223Gln гена LEPR среди больных острой шизофренией и относительно здоровых людей в Забайкалье.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследование пациентов проводилось на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» г. Читы с 2014 по 2016 г.

В исследуемую группу вошло 80 пациентов европеоидной расы обоих полов с первым психотическим эпизодом: 40 мужчин и 40 женщин, средний возраст которых составил 26,73±5,19 года. Контрольную группу составили 70 психически и соматически здоровых лиц европеоидной расы: 35 мужчин и 35 женщин (средний возраст 25,76±3,79 года), не имевших достоверных различий по возрасту и полу с исследуемой группой ($p \geq 0,05$). Все участники исследования были уроженцами Забайкальского края.

Для исследования утром натощак забиралась венозная кровь. Молекулярно-генетическому анализу подвергалась геномная ДНК человека, выделенная из лейкоцитов цельной крови с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь». С образцом выделенной ДНК параллельно проводилось две реакции амплификации – с двумя парами аллель-специфичных праймеров. В смеси присутствовал интеркалирующий краситель SYBR Green, флуоресценция которого многократно возрастает при встраивании в образующийся двуцепочечный продукт. Детекция продуктов амплификации осуществлялась прибором детектирующий амплификатор «ДТ 96» автоматически в каждом цикле амплификации, с использованием термоциклера Maxy Gene (США). Результаты анализа позволяли дать три типа заключений: гомозигота по аллели 1; гетерозигота; гомозигота по аллели 2.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Statistica 10 для Windows и MS Excel 2010.

Для оценки соответствия распределений наблюдаемых генотипов ожидаемым значениям при равновесии Харди-Вайнберга и для сравнения распределений частот генотипов и аллелей в исследуемой и контрольной группах использовали критерий Пирсона χ^2 . При сравнении данных рассчитывалось отношение шансов (OR) и 95 %-й доверительный интервал (CI). В работе мы использовали онлайн-программу «Калькулятор для расчета статистики в исследованиях «случай-контроль» (http://gen-exp.ru/calculator_or.php).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате молекулярно-генетического исследования в обеих группах обнаружены гомо- и гетерозиготные состояния для Arg223Gln гена LEPR. Распределение генотипов отличалось от ожидаемого в соответствии с законом Харди – Вайнберга (в контрольной группе – $p \leq 0,001$, в исследуемой группе – $p=0$), в связи с чем при анализе данных мультипликативная модель наследования не использовалась.

В соответствии с данными литературы распространенность полиморфизма Arg223Gln гена LEPR широко варьирует в различных странах. Частота G-аллели у лиц европеоидной расы колеблется в диапазоне от 38 до 59,5 % [5], а частота Arg-аллели варьирует в пределах 32–58 % [7, 8, 11]. В России данный показатель среди европеоидов составляет 50–59,5 % [5]. К.Д. Иевлева и др. (2016) в совместном исследовании показали, что частота встречаемости G-аллели у девочек-подростков европеоидной расы составляет 40 % [1].

Среди лиц, страдающих острой формой шизофрении, жителей Забайкалья, обнаружено следующее соотношение частот генотипов полиморфных участков Arg223Gln гена LEPR: Arg/Arg – у 60 % (48 пациентов), Arg/Gln – у 15 % (12 пациентов), Gln/Gln – у 25 % (20 пациентов). Соответственно в контрольной группе получены следующие значения: Arg/Arg – 81,43 % (57 человек), Arg/Gln – 11,43 % (8 человек), Gln/Gln – 7,14 % (5 человек). В соответствии с общей и аддитивной моделями наследования распределение генотипов было одинаковым и представлено в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Общая и аддитивная модели наследования (тест хи квадрат, df=2, df=1)				
Группа	Генотип	Частота генотипа	χ^2 ; p	
			Общая Модель	Аддитивная Модель
Исследуемая (n=80)	Arg/Arg	0,650	8,60	7,57
	Arg/Gln	0,100		
	Gln/Gln	0,250		
Контрольная (n=70)	Arg/Arg	0,814	0,01	0,006
	Arg/Gln	0,114		
	Gln/Gln	0,071		

Согласно полученным данным, относительный риск развития шизофрении у носителей генотипа Arg/Arg равен 0,42 [CI 95 %: 0,20–0,90], для респондентов Arg/Gln – 0,86 [CI 95 %: 0,31–2,43] и для обладателей Gln/Gln генотипа – 4,33 [CI 95 %: 1,53–12,27]. Среди лиц с первым психотическим эпизо-

дом в 3,5 раза чаще встречались носители гомозигот по мутантному аллелю. Учитывая, что нами не рассмотрена мультипликативная модель наследования, мы не можем говорить о частоте встречаемости аллелей Arg и Gln в общей популяции уроженцев Забайкалья и в популяции больных шизофренией.

При изучении гендерных отличий выявлено, что у пациентов женского пола с генотипом Gln/Gln риск развития шизофрении составляет 16,37 при доверительном интервале 2,01–133,12, тогда как у мужчин OR равен 2,26 (CI: 0,54–9,52). Данные представлены в таблицах 2 и 3.

Т а б л и ц а 2

Общая модель наследования для женщин (тест хи-квадрат, df=2)						
Генотип	Случай n=40	Контроль n=35	χ^2	p	OR	
					знач.	95 % CI
Gln/Gln	0,325	0,029	15,57	0,0004	16,37	2,01–133,12
Gln/Arg	0,175	0,057			3,50	0,68–18,11
Arg/Arg	0,500	0,914			0,09	0,02–0,36

Т а б л и ц а 3

Общая модель наследования для мужчин (тест хи-квадрат, df=2)						
Генотип	Случай n=40	Контроль n=35	χ^2	p	OR	
					знач.	95 % CI
Gln/Gln	0,175	0,086	1,79	0,41	2,26	0,54–9,52
Gln/Arg	0,125	0,086			1,52	0,34–6,89
Arg/Arg	0,700	0,829			0,48	0,16–1,46

Согласно литературным данным, ген LEPR имеет рецессивный тип наследования. Ю.А. Панков объясняет это тем, что лептин является гормоном, входящим в регуляцию пищевого поведения, а частичное снижение экспрессии гена лептина или LEPR, вследствие выпадения одного аллеля, не вызывает грубых нарушений обмена веществ [2].

В исследуемой нами группе больных шизофренией гомозиготы по мутантному рецессивному аллелю встречались чаще, чем в контрольной группе, а генотипы Arg/Arg и Arg/Gln преобладали в группе сравнения (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

Рецессивная модель наследования (тест хи-квадрат, df=1)			
Группа	Генотип	Частота генотипа	χ^2 ; p
Исследуемая (n=80)	Arg/Arg+Arg/Gln	0,750	8,57 0,003
	Gln/Gln	0,250	
Контрольная (n=70)	Arg/Arg+Arg/Gln	0,929	
	Gln/Gln	0,071	

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нами показано, что генотип Gln/Gln полиморфизма Arg223Gln гена LEPR является фактором генетического риска (OR=4,33; при доверительном интервале 1,53–12,27) для шизофрении у лиц европеоидной расы – уроженцев Забайкальского края. Причем у лиц женского пола с генотипом Gln/Gln риск развития шизофрении выше, чем у мужчин, и составляет 16,37 при доверительном интервале 2,01–133,12.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов по данной статье.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета Читинской государственной медицинской академии № 57 13.11.2013).

ЛИТЕРАТУРА

1. Иевлева К.Д., Рычкова Л.В., Шенеман Е.А., Байрова Т.А. Полиморфный локус Q223R гена LEPR и ожирение. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2016; 1, 5 (111): 170—174.
2. Панков Ю.А. Мутации в генах лептина и его медиаторов: индукция ожирения в сочетании с разной патологией. *Проблемы эндокринологии*. 2013; 2 (59): 49—59.
3. Панкрушина А.Н., Толстых К.Ю. Лептин: новые перспективы и подходы к коррекции ожирения. *Вестник ТВГУ. Серия «Биология и экология»*. 2008; 10: 91—97.
4. Передереева Е. В., Лушникова А. А., Фрыкин А. Д., Пароконная А. А. Гормон лептин и проблемы репродукции. *Злокачественные опухоли*. 2012; 2 (1): 35—39.
5. Allele frequency for polymorphic site: rs1137101. The allele frequency database. Available at: https://alfred.med.yale.edu/alfred/SiteTable1A_working.asp?siteuid=SI096978N.
6. Groop L. Genetics of the metabolic syndrome. *Br. J. Nutr.* 2000; 83 (1): 39—48.
7. Paracchini V., Pedotti P., Taioli E. Genetics of leptin and obesity: a HuGE review. *Am. J. Epidemiol.* 2005; 162 (2): 101—114.
8. Ragin C.C., Dallal C., Okobia M. et al. Leptin levels and leptin receptor polymorphism frequency in healthy populations. *Infect Agent Cancer*. 2009; 10 (4): 13.
9. Schulze P., Kratzsch J. Leptin as a new diagnostic tool in chronic heart failure. *Clin.Chim. Acta*. 2005; 362: 1—11.
10. Tanyanskiy D.A., Martynikhin I.A., Rotar O.P., Konradi A.O., Sokolian N.A., Neznanov N.G., Denisenko A.D. Association of adipokines with metabolic disorders in patients with schizophrenia: Results of comparative study with mental healthy cohort. *Diabetes Metab. Syndr.* 2015; 9 (3): 163—167. doi: 10.1016/j.dsx.2015.04.009
11. Quinton N.D., Lee A.J., Ross R.J. et al. A single nucleotide polymorphism (SNP) in the leptin receptor is associated with BMI, fat mass and leptin levels in postmenopausal Caucasian women. *Hum. Genet.* 2001; 108 (3): 233—236.

Поступила в редакцию 17.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Штань Мария Сергеевна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, зав. кабинетом геронтопсихиатрии.
Озорнин Александр Сергеевич, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, зав. отделением КПШЭ.
Говорин Николай Васильевич, д.м.н., профессор, Депутат Государственной Думы Федерального Собрания РФ.

✉ Штань Мария Сергеевна, e-mail: solopova-mari@mail.ru, телефон: 89242753323.

УДК 616.895.8:575.174.015.3(571.54/55)

For citation: Shtan M.S., Ozornin A.S., Govorin N.V. Carriers of the Arg223Gln polymorphism of LEPR gene in schizophrenia patients in Trans-Baikal Krai. *Siberian herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 12—15.

Carriers of the Arg223Gln polymorphism of LEPR gene in schizophrenia patients in Trans-Baikal Krai

Shtan M.S.^{1,2}, Ozornin A.S.^{1,2}, Govorin N.V.³

¹ Chita State Medical Academy

Gorky Street 39A, 672090, Chita, Russian Federation

² V. Kh. Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital, Chita

Okruzhnoy Proezd 3, 672042, Chita, Russian Federation

³ State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation, Moscow

ABSTRACT

The paper describes findings of the study of the polymorphic variant Arg/Gln LEPR gene carriers in schizophrenia patients in Trans-Baikal Krai. The study included 80 first episode schizophrenia patients. Blood samples from all patients were investigated with use of molecular-genetic analysis. It was revealed that risk for developing schizophrenia in the Gln/Gln genotype carriers was 4.33. It was found that there were gender differences: women had a greater risk than men.

Keywords: schizophrenia, gene polymorphism, LEPR, Q223R.

REFERENCES

1. Ievleva K.D., Rychkova L.V., Sheneman E.A., Bairova T.A. Polimorfnyy lokus Q223R gena LEPR i ozhirenie [Q223R polymorphism of the LEPR and obesity]. *Byulleten' VSNTs SO RAMN - Bulletin of the East Siberian Scientific Center SBRAMS*. 2016; 1, 1.5 (111): 170—174 (in Russian).
2. Pankov Yu.A. Mutatsii v genakh leptina i ego mediatorov: induktsiya ozhireniya v sochetanii s raznoy patologiyey [Mutations in the genes encoding for leptin and its mediators: induction of obesity with various concomitant pathological conditions]. *Problemy endokrinologii - Problems of Endocrinology*. 2013; 2 (59): 49—59 (in Russian).
3. Pankrushina A.N., Tolstykh K.Yu. Leptin: novye perspektivy i podkhody k korrektsii ozhireniya [Leptin: new perspectives and approaches to correction of obesity]. *Vestnik TVGU. Seriya "Biologiya i ekologiya"* – Bulletin of the Tver State University. Series of Biology and Ecology. 2008; 10: 91—97 (in Russian).
4. Peredereeva E. V., Lushnikova A. A., Frykin A. D., Parokonnaya A. A. Gormon leptin i problemy reproduktivnoy [Hormone leptin and reproduction problems]. *Zlokachestvennye opukholi - Malignant Tumors*. 2012; 1 (2): 35—39 (in Russian).
5. Allele frequency for polymorphic site: rs1137101. The allele frequency database. Available at: https://alfred.med.yale.edu/alfred/SiteTable1A_working.asp?siteuid=SI096978N.
6. Groop L. Genetics of the metabolic syndrome. *Br. J. Nutr.* 2000; 83 (1): 39—48.
7. Paracchini V., Pedotti P., Taioli E. Genetics of leptin and obesity: a HuGE review. *Am. J. Epidemiol.* 2005; 162 (2): 101—114.
8. Ragin C.C., Dallal C., Okobia M. et al. Leptin levels and leptin receptor polymorphism frequency in healthy populations. *Infect Agent Cancer*. 2009; 10 (4, 1): 13.

9. Schulze P., Kratzsch J. Leptin as a new diagnostic tool in chronic heart failure. *Clin. Chim. Acta.* 2005; 362: 1–11.
10. Tanyanskiy D.A., Martynikhin I.A., Rotar O.P., Konradi A.O., Sokolian N.A., Neznanov N.G., Denisenko A.D. Association of adipokines with metabolic disorders in patients with schizophrenia: Results of comparative study with mental healthy cohort. *Diabetes Metab. Syndr.* 2015; 9 (3): 163–167. doi: 10.1016/j.dsx.2015.04.009.
11. Quinton N.D., Lee A.J., Ross R.J. et al. A single nucleotide polymorphism (SNP) in the leptin receptor is associated with BMI, fat mass and leptin levels in postmenopausal Caucasian women. *Hum. Genet.* 2001; 108 (3): 233–236.

Received April 17.2017
Accepted May 02.2017

Shtan Maria S., assistant to Department of Psychiatry, Addictology and Medical Psychology, Chita State Medical Academy, manager of Office of Gerontopsychiatry, V.Kh. Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital, Chita, Russian Federation.
Ozornin Alexander S., PhD, assistant to Department of Psychiatry, Addictology and Medical Psychology, Chita State Medical Academy, manager of Unit, Clinic of the First Psychotic Episode, V. Kh. Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital, Chita, Russian Federation.
Govorin Nikolay V., PhD, Professor, State Duma deputy of the Federal Assembly of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation.



Shtan Maria S., e-mail: solopova-mari@mail.ru, tel.: 89242753323.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895-008

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д. Клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства при коморбидности с другими психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 16—20.

Клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства при коморбидности с другими психическими расстройствами

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д.

Научно-исследовательский институт психического здоровья

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук

Россия, 634014, Томск, Россия, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – оценка частоты коморбидных психических расстройств при БАР, их влияние на диагностику и основные клинико-динамические характеристики БАР. Основные методы: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический. Были обследованы 71 пациент с верифицированным диагнозом биполярного аффективного расстройства (по критериям МКБ-10). Результаты исследования указали на высокий уровень коморбидности БАР с другими психическими расстройствами (49,3 %). БАР в случае коморбидности с другими психическими расстройствами отличаются более частым повторением аффективных фаз, преобладанием смешанных эпизодов и более поздней выявляемостью в сравнении с БАР без указанной коморбидности.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, тревожные расстройства, коморбидность, клинико-динамические характеристики.

ВВЕДЕНИЕ

Результаты эпидемиологических и клинических исследований указывают на высокую частоту встречаемости других психических расстройств при биполярном аффективном расстройстве (БАР) [1, 16, 19]. При этом результаты различных исследований по оценке распространенности коморбидной патологии при БАР не всегда сопоставимы, а порой крайне противоречивы. Возможно, это связано с тем, что ряд авторов при оценке частоты встречаемости случаев коморбидного сочетания психической патологии учитывают лишь текущие расстройства (поперечный срез), в то время как другие исследователи дополнительно принимают во внимание расстройства, перенесенные пациентами в течение жизни (продольный срез).

По данным К. R. Merikangas et al. (2007), в течение жизни пациенты с БАР в 90 % случаев имеют другое коморбидное психическое расстройство, в 70 % – три и более коморбидных расстройств. При раннем возрасте манифестации БАР вероятность коморбидности повышается [15]. Чаще в качестве коморбидного психического расстройства при БАР выступают тревожные расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ [3, 17], а также расстройства личности [4, 7, 9]. По данным метаанализа 52 исследований [20], среди расстройств тревожного спектра, коморбидных БАР, паническое расстройство встречается в 16,8 % (95 % ДИ 13,7–20,1), генерализованное тревожное расстройство – в 14,4 % (95 % ДИ 10,8–18,3), социальная фобия – в 13,3 % (95 % ДИ 10,1–16,9), ПТСР – в 10,8 % (95 % ДИ 7,3–14,9), специфические фобии

– в 10,8 % (95 % ДИ 8,2–13,7), обсессивно-компульсивное расстройство – в 10,7 % (95 % ДИ 8,7–13,0), агорафобия – в 7,8 % (95 % ДИ 5,2–11,0).

Исследования, посвященные оценке клинического значения коморбидности БАР и других психических расстройств, в большинстве своем выявляют негативное влияние указанной коморбидности на клинику, течение и прогноз БАР. В случае коморбидности с расстройствами тревожного спектра БАР возникает в более молодом возрасте, отличается более частым повторением депрессивных эпизодов, большим числом суицидальных попыток, худшим прогнозом и более низким уровнем качества жизни пациентов [22, 14]. В случае коморбидности БАР с расстройством личности отмечается снижение эффективности терапии, некомплаентность пациентов, рост риска злоупотребления алкоголем, суицидального поведения и тяжести резидуальных аффективных симптомов [4, 7, 9]. Пациенты с БАР при наличии коморбидных расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, также имеет более тяжелое течение и прогноз собственно аффективного расстройства [23, 8, 12].

По данным R.M. Hirschfeld et al. (2003), 69 % пациентов с фактическим наличием БАР получают неправильный диагноз в течение 1 года после начала аффективного расстройства, лишь спустя в среднем 10 лет с момента начала аффективного расстройства верифицируется правильный диагноз БАР и назначается корректное лечение. Одной из причин такой запоздалой диагностики БАР является наличие коморбидности БАР и других психических и поведенческих расстройств.

Целью нашего исследования явилась оценка частоты коморбидных психических расстройств при БАР, их влияние на диагностику и основные клинико-динамические характеристики БАР.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе отделения аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ сплошной выборкой обследованы 71 пациент с верифицированным диагнозом биполярного аффективного расстройства (по критериям МКБ-10). В обследуемой группе преобладали ($p < 0,01$) женщины – 73,2 % ($n=52$). Значение медианы возраста пациентов мужского пола составило 45 лет (интерквартильная широта – от 32 до 57 лет), женского пола – 50 лет (интерквартильная широта – от 38,5 до 57 лет). Анализ семейного положения больных БАР в обследуемой группе указал на значительный удельный вес (46,5 %) одиноких пациентов, с более низкой частотой встречались вдовые – 11,3 % ($n=8$), разведенные – 16,9 % ($n=12$), холостые – 18,3 % ($n=13$). В браке состояли 38 пациентов (53,5 %). В обследуемой выборке преобладали ($p < 0,01$) пациенты с высоким уровнем образования: большинство (64,8 % – $n=46$) имели высшее образование, 26,8 % ($n=19$) – среднее специальное и 8,5 % ($n=6$) – среднее образование.

В качестве основных методов исследования использовались: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V.8.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В зависимости от текущего эпизода БАР пациенты изучаемой выборки распределились следующим образом: депрессивный эпизод – 59,2 % ($n=42$), гипоманиакальный эпизод – 2,8 % ($n=2$), смешанный эпизод – 38,0 % ($n=27$). В 19,7 % случаев ($n=14$) выявлялся сезонный паттерн течения БАР.

В изучаемой выборке лишь в 50,7 % ($n=36$) БАР протекало без коморбидного психического расстройства. У 35 пациентов (49,3 %) наряду с БАР дополнительно выявлялось другое психическое расстройство. Среди коморбидных психических расстройств преобладали ($p < 0,05$) расстройства тревожного спектра (48,5 % – $n=17$), алкогольная зависимость выявлялась в 22,9 % ($n=8$) случаев, расстройство личности – в 22,9 % ($n=8$), обсессивно-компульсивное расстройство – в 5,7 % ($n=2$). Спектр коморбидных тревожных расстройств у обследуемых пациентов был представлен следующим образом: паническое расстройство – 64,70 % ($n=11$), генерализованное тревожное расстройство – 17,65 % ($n=3$), другие смешанные тревожные расстройства – 17,65 % ($n=3$). Расстройства личности, выявленные у пациентов с БАР ($n=8$), были представлены в 62,5 % случаев ($n=5$) смешанным расстройством личности, в 25 % случаев ($n=2$) – истерическим расстройством личности, в 12,5 % случаев ($n=1$) – по-

граничным расстройством личности. У 2 пациентов с коморбидной алкогольной зависимостью отмечался длительный светлый промежуток (≥ 10 лет), при этом давность БАР превышала 30 лет. 7 пациентов (20 %) имели по два коморбидных психических расстройства.

С целью выявления клинико-динамических особенностей БАР при коморбидности с другими психическими расстройствами было проведено сравнение двух подгрупп пациентов с БАР: с наличием (основная группа) и отсутствием (группа сравнения) коморбидности с другими психическими расстройствами. Пациенты основной группы и группы сравнения оказались сопоставимы ($p > 0,05$) по возрасту (критерий Манна-Уитни) и полу (χ^2 -статистика). В группах сравнивались следующие показатели: возраст к началу БАР, индекс цикличности, наличие смешанных фаз в течении БАР.

Оценка возраста к началу БАР у обследуемых пациентов (общая группа) указала на широкий диапазон данного показателя: значение медианы составило 30 лет (интерквартильная широта от 21 до 41 года). Распределение пациентов в зависимости от возраста к началу БАР представлено на рисунке 1.

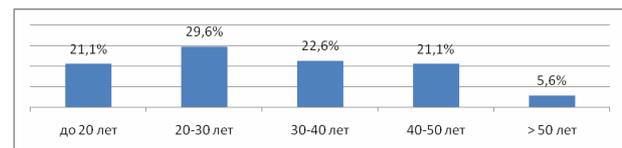


Рис. 1. Возраст к началу БАР у обследованных пациентов ($n=71$)

Проведенный нами сравнительный анализ возраста к началу БАР в исследуемых группах указал на отсутствие различий по данному показателю ($p > 0,05$, критерий Манна-Уитни). Так, в основной группе медиана возраста к началу БАР имела значение 32,5 года (интерквартильная широта от 21 до 40 года), в группе сравнения – 29,5 года (интерквартильная широта от 22 до 42 года).

Оценка индекса цикличности при БАР является важным клинико-динамическим параметром в связи с возможностью использования данного показателя для своевременного выявления такого неблагоприятного фактора в отношении общего течения и прогноза БАР, как быстрая цикличность. Индекс цикличности рассчитывается путем деления продолжительности заболевания (в годах) на количество перенесенных аффективных фаз. Статистический анализ показал, что индекс цикличности в основной группе (медиана – 0,89, интерквартильная широта от 0,62 до 1,3) был меньше, чем в группе сравнения (медиана – 1,25, интерквартильная широта от 0,80 до 1,84). Полученные межгрупповые различия были статистически значимы ($p < 0,05$, критерий Манна-Уитни).

Сравнительная оценка в исследуемых группах представленности смешанного эпизода, клинически расцениваемого по данным литературы как более

тяжелое проявление аффективного расстройства, чем аффективные эпизоды другой модальности [11], показала, что в основной группе смешанные эпизоды встречались в 76,5 % случаев (n=26), в контрольной группе – в 51,4 % случаев (n=19) ($p < 0,05$, χ^2 -статистика).

Анализ анамнестических и катамнестических сведений исследуемых пациентов (общая группа) выявил, что при первом обращении к психиатру лишь в 35,2 % случаев (n=25) был выставлен диагноз БАР. У остальных пациентов первично были диагностированы другие психические расстройства: депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации – 21,1 % (n=15), депрессивный эпизод – 15,5 % (n=11), алкогольная зависимость – 14,1 % (n=10), рекуррентное депрессивное расстройство – 9,9 % (n=7), расстройство личности – 1,4 % (n=1), генерализованное тревожное расстройство – 1,4 % (n=1), органическое астеническое расстройство – 1,4 % (n=1). При этом у пациентов основной группы БАР диагностировалось при первом обращении к психиатру реже ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами группы сравнения (22,9 % и 47,2 % случаев соответственно).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты нашего исследования выявляют высокий уровень коморбидности БАР с другой психической патологией (49,3 %), при этом среди коморбидных расстройств лидируют расстройства тревожного спектра (48,5 %), что согласуется литературными данными [3].

Несмотря на то что в ряде исследований указывается на более ранний возраст к началу БАР у пациентов при коморбидности с другими психическими расстройствами по сравнению с пациентами без наличия таковой коморбидности [14], результаты нашего исследования не подтверждают данной закономерности.

Полученные нами результаты показали, что в группе пациентов с БАР, коморбидным с другими психическими расстройствами, индекс цикличности оказался меньше по сравнению с соответствующим показателем у пациентов с БАР без указанной коморбидности. Учитывая, что данный показатель отражает скорость смены аффективных фаз, можно говорить о том, что коморбидные расстройства способствуют учащению аффективных фаз и, соответственно, оказывают негативное влияние на течение и прогноз БАР. Результаты других исследований также выявляют более частое повторение аффективных фаз в случае присоединения к БАР других психических расстройств [22, 14]. Кроме того, полученные нами данные демонстрируют, что в случае БАР при коморбидности с другими психическими расстройствами с более высокой частотой обнаруживаются смешанные эпизоды в сравнении с БАР без указанной коморбидности.

По данным литературы, смешанные эпизоды ассоциированы с повышением суицидального риска, учащением рекуррентности аффективных эпизодов,

более худшим прогнозом БАР [6, 10], что позволяет говорить о более неблагоприятном прогнозе у обследованных нами пациентов, выявляющих коморбидность с другими психическими расстройствами, чем в случае «чистого» БАР.

Как уже указывалось ранее, диагноз БАР выставляется зачастую отсрочено, и коморбидные психические расстройства, в числе других причин, затрудняют диагностику БАР [2, 13, 5, 25]. Несвоевременная диагностика и, как следствие, отсутствие необходимого лечения ведут к утяжелению течения БАР, росту суицидального риска, присоединению коморбидных соматических и психических заболеваний, а также к ухудшению качества жизни и инвалидизации данной категории пациентов [24]. Результаты нашего исследования подтверждают более позднюю диагностику БАР в случае его коморбидности с другими психическими расстройствами, чем в случае БАР без наличия такой коморбидности.

ВЫВОДЫ

Полученные результаты указывают на тот факт, что БАР часто сопровождается коморбидностью с другими психическими и поведенческими расстройствами, среди которых преобладают расстройства тревожного спектра. Наличие указанной коморбидности оказывает негативное влияние на основные клиничко-динамические характеристики БАР, а также влияет на увеличение времени до верификации правильного диагноза БАР в соответствующих клинических случаях. Это, в свою очередь, приводит к отсрочке назначения адекватной психофармакотерапии и, в конечном итоге, ухудшению прогноза и росту негативных социально-экономических последствий БАР. Учет полученных данных может способствовать улучшению качества медицинской помощи данной категории пациентов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с данной статьей.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках темы ПНИ «Разработка предикторов прогноза и методов комплексной реабилитации у больных аффективными расстройствами» (Номер госрегистрации АААА-А16-116042610054-4).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол ЛЭКа НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 85 от 14.12.2015, дело № 85/4.2015).

ЛИТЕРАТУРА

1. Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 384 с.
2. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства. *Современная терапия психических расстройств*. 2014; 2: 2–12.
3. Ушкалова А.В. Диагностика и подходы к фармакотерапии депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства II: Автореф. дис. ... к.м.н. М., 2014: 24.

4. Яковлева А. Л., Симуткин Г. Г. Клинико-динамические особенности аффективных расстройств при их коморбидности с личностными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 2 (83): 26–29.
5. Azorin J.M., Akiskal H., Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J. Affect. Disord.* 2006; 96: 215–223.
6. Balázs J., Benazzi F., Rihmer Z. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J. Affect. Disord.* 2006; 91: 133–138.
7. Bieling P.J., MacQueen G.M., Marriot M.J. et al. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord.* 2003; 5: 14–21.
8. Cardoso B.M., Kauer Sant'Anna M., Dias V.V. et al. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol.* 2008; 42 (6): 451–457.
9. Fan A.N., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. To examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients. *J. Clin. Psychiatr.* 2008; 69 (11): 1794–1803.
10. Goldberg J.F. Bipolar Mixed Episodes: characteristics and comorbidities. *J. Clin. Psychiatry.* 2007; 68: 12
11. Gonzales-Pinto A., Alonso M., Lopes P. Poor long-term prognosis in mixed bipolar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *J. Clin. Psychiatry.* 2011; 72 (5): 671–676.
12. Grant B.F., Stinson F.S., Hasin D.S. et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry.* 2005; 66 (10): 1205–1215.
13. Hirschfeld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M., Reed M., Davies M.A., Frye M.A., Keck P.E. Jr., Lewis L., McElroy S.L., McNulty J.P., Wagner K.D. Screening for bipolar disorder in the community. *J. Clin. Psychiatry.* 2003; 64 (1): 53–59.
14. John H., Lee B.S., David L., Dunner M.D. The effect of anxiety disorder comorbidity on treatment resistant bipolar disorders. *Depression and Anxiety.* 2008; 25 (2): 91–97.
15. Joslyn C., Hawes D.J., Hunt C., Mitchell P.B. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *J. Bipolar Disorders.* 2016; 18 (5): 389–403.
16. Kessler R., Berglund P., Demler O., Jin R. et al. Lifetime Prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005; 62: 593–602.
17. Merikangas K. R., Pato M. Recent Developments in the Epidemiology of Bipolar Disorder in Adults and Children: Magnitude, Correlates, and Future Direction. *Clinical Psychology.* 2009; 16: 121–133.
18. Merikangas K. R., Akiskal H.S., Angst J. et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry.* 2007; 64 (5): 543–552.
19. Moreno C., Hasin D.S., Arango C. et al. Depression in Bipolar versus Major Depression Disorder: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Bipolar Disorders.* 2012; 14 (3): 271–282.
20. Nabavi B., Mitchell A. J., Nutt D. A Lifetime Prevalence of Comorbidity Between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 52 Interview-based Studies of Psychiatric Population. *BioMedicine.* 2015; 2 (10): 1405–1419.
21. Okan Ibiloglu A., Caykooylu A. The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I and bipolar II patients among Turkish population. *J. Anxiety Disorders.* 2011; 25 (5): 661–667.
22. Perroud N., Preisig M., Etain B. et al. Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *J. Bipolar Disorders.* 2007; 9: 713–721.
23. Simhandl C., Radua J., König B., Amann B.L. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry.* 2016; 50 (4): 345–351.
24. Suppes T., Kelly D.I., Perla J.M. Challenges in the management of bipolar depression. *J. Clin. Psychiatry.* 2005; 66 (5): 11–16.
25. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *J. Bipolar Disorders.* 2013; 15: 1–44.

Поступила в редакцию 10.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Васильева Светлана Николаевна, к.м.н., научный сотрудник отделения аффективных состояний.

Симуткин Герман Геннадьевич, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний

Счастный Евгений Дмитриевич, д.м.н., профессор, заведующий научным отделением аффективных состояний.



Васильева Светлана Николаевна, e-mail: vasilievasn@yandex.ru

УДК 616.895-008

For citation: Vasilieva S. N., Simutkin G. G., Schastnyy E.D. Clinical-dynamic characteristics of bipolar affective disorder comorbid with mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2017; 2 (95): 16–20.

Clinical-dynamic characteristics of bipolar affective disorder comorbid with mental disorders

Vasilieva S. N., Simutkin G. G., Schastnyy E.D.

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Study aim was to assess frequency of comorbid mental disorders in bipolar affective disorder (BAD), their influence on diagnostics and the main clinical-dynamic characteristics of BAD. The main methods of research: clinical-psychopathological, clinical-follow-up, statistical. 71 patients with verified diagnosis of bipolar affective disorder (according to criteria of ICD-10) were examined. Results of research indicated a high level of comorbidity of BAD with other mental disorders (49.3 %). BAD in case of comorbidity with other mental disorders was characterized by more frequent repetition of affective phases, predominance of mixed episodes and a later detection in comparison with BAD without indicated comorbidity.

Keywords: bipolar affective disorder, anxiety disorders, comorbidity, clinical-dynamic characteristics.

REFERENCES

- Mosolov S.N. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroystvo: diagnostika i terapiya [Bipolar affective disorder: diagnostics and therapy]. M.: MEDpress-inform, 2008. 384 p. (in Russian).
- Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostyukova E.G., Shafarenko A.A., Alfimov P.V., Kostyukova A.B. Diagnostika bipolyarnogo affektivnogo rasstroystva II tipa sredi patsientov s tekushchim diagnozom rekurrentnogo depressivnogo rasstroystva [Diagnostics of bipolar II disorder among patients with current diagnosis of recurrent depressive disorder]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv – Modern Therapy of mental Disorders*. 2014; 2: 2–12 (in Russian).
- Ushkalova A.V. Diagnostika i podkhody k farmakoterapii depressivnoy fazy bipolyarnogo affektivnogo rasstroystva II tipa [Diagnostics and approaches to pharmacotherapy of depressive phase of bipolar II disorder]. *Avtoref. dis. ... k.m.n. – Abstract of PhD thesis*. M., 2014: 24 (in Russian).
- Yakovleva A.L., Simutkin G.G. Kliniko-dinamicheskie osobennosti affektivnykh rasstroystv pri ikh komorbidnosti s lichnostnymi rasstroystvami [Clinical-dynamic features of affective disorders in their comorbidity with personality disorders]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 2 (83): 26–29 (in Russian).
- Azorin J.M., Akiskal H., Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J. Affect. Disord.* 2006; 96: 215–223.
- Balázs J., Benazzi F., Rihmer Z. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implications for suicide prevention. *J. Affect. Disord.* 2006; 91: 133–138.
- Bieling P.J., MacQueen G.M., Marriot M.J. et al. Longitudinal outcome in patients with bipolar disorder assessed by life-charting is influenced by DSM-IV personality disorder symptoms. *Bipolar Disord.* 2003; 5: 14–21.
- Cardoso B.M., Kauer Sant’Anna M., Dias V.V. et al. The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients. *Alcohol*. 2008; 42 (6): 451–457.
- Fan A.N., Hassell J. Bipolar disorder and comorbid personality psychopathology: a review of the literature. To examine the prevalence of personality disorder comorbidity in bipolar disorder and examine the effects of this comorbidity on bipolar disorder patients. *J. Clin. Psychiatr.* 2008; 69 (11): 1794–1803.
- Goldberg J.F. Bipolar Mixed Episodes: characteristics and comorbidities. *J. Clin. Psychiatry*. 2007; 68: 12
- Gonzales-Pinto A., Alonso M., Lopes P. Poor long-term prognosis in mixed bi-polar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *J. Clin. Psychiatry*. 2011; 72 (5): 671–676.
- Grant B.F., Stinson F.S., Hasin D.S. et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry*. 2005; 66 (10): 1205–1215.
- Hirschfeld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M., Reed M., Davies M.A., Frye M.A., Keck P.E. Jr., Lewis L., McElroy S.L., McNulty J.P., Wagner K.D. Screening for bipolar disorder in the community. *J. Clin. Psychiatry*. 2003; 64 (1): 53–59.
- John H., Lee B.S., David L., Dunner M.D. The effect of anxiety disorder comorbidity on treatment resistant bipolar disorders. *Depression and Anxiety*. 2008; 25 (2): 91–97.
- Joslyn C., Hawes D.J., Hunt C., Mitchell P.B. Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *J. Bipolar Disorders*. 2016; 18 (5): 389–403.
- Kessler R., Berglund P., Demler O., Jin R. et al. Lifetime Prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2005; 62: 593–602.
- Merikangas K. R., Pato M. Recent Developments in the Epidemiology of Bipolar Disorder in Adults and Children: Magnitude, Correlates, and Future Direction. *Clinical Psychology*. 2009; 16: 121–133.
- Merikangas K. R., Akiskal H.S., Angst J. et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2007; 64 (5): 543–552.
- Moreno C., Hasin D.S., Arango C. et al. Depression in Bipolar versus Major Depression Disorder: Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Bipolar Disorders*. 2012; 14 (3): 271–282.
- Nabavi B., Mitchell A. J., Nutt D. A Lifetime Prevalence of Comorbidity Between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 52 Interview-based Studies of Psychiatric Population. *BioMedicine*. 2015; 2 (10): 1405–1419.
- Okan Ibiloglu A., Caykoylu A. The comorbidity of anxiety disorders in bipolar I and bipolar II patients among Turkish population. *J. Anxiety Disorders*. 2011; 25 (5): 661–667.
- Perroud N., Preisig M., Etain B. et al. Social phobia is associated with suicide attempt history in bipolar inpatients. *J. Bipolar Disorders*. 2007; 9: 713–721.
- Simhandl C., Radua J., König B., Amann B.L. Prevalence and impact of comorbid alcohol use disorder in bipolar disorder: A prospective follow-up study. *J. Psychiatry*. 2016; 50 (4): 345–351.
- Suppes T., Kelly D.I., Perla J.M. Challenges in the management of bipolar depression. *J. Clin. Psychiatry*. 2005; 66 (5): 11–16.
- Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *J. Bipolar Disorders*. 2013; 15: 1–44.

Received April 10.2017

Accepted May 02.2017

Vasilieva Svetlana N., PhD, researcher of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Simutkin German G., MD, leading researcher of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Schastnyy Evgeny D., MD, Professor, Head of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.



Vasilieva Svetlana N., e-mail: vasilievasn@yandex.ru

УДК 616.895.8-097:615.851:615.214

Для цитирования: Корнетова Е.Г., Лобачева О.А., Шахрай Е.О., Дубровская В.В., Дмитриева Е.Г., Корнетов А.Н., Петрова В.Н., Семке А.В. Динамика клинико-социальных и клинико-иммунологических показателей больных шизофренией в процессе антипсихотической терапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 21—25.

Динамика клинико-социальных и клинико-иммунологических показателей больных шизофренией в процессе антипсихотической терапии

Корнетова Е.Г.^{1,2}, Лобачева О.А.¹, Шахрай Е.О.³, Дубровская В.В.¹,
Дмитриева Е.Г.¹, Корнетов А.Н.², Петрова В.Н.⁴, Семке А.В.^{1,2}

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

² Сибирский государственный медицинский университет
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

³ Центр медицинской профилактики
Россия, 634061, Томск, ул. Красноармейская, 68

⁴ Томская клиническая психиатрическая больница
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

В рамках технологии персонализированной реабилитации больных шизофренией на основе биологических факторов и социальных возможностей проводились лечебные мероприятия, основным принципом которых была индивидуальная направленность и комплексность их оказания. Ключевым звеном являлся подбор базисного атипичного антипсихотика для длительной терапии, использовались психотерапия и психосоциальные программы с учетом иммунологических нарушений с целью интегрирования реабилитационного процесса в единый комплекс мероприятий для клинической и социальной стабилизации проявлений шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, технология персонализированной терапии, антипсихотики, качество жизни, социальная адаптация, система иммунитета.

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения как хроническое психическое расстройством [5] приводит к нарушениям социальной [4] и профессиональной [6] адаптации больных разной степени выраженности и изменению качества жизни (КЖ) [11, 14, 22]. В последние годы в подходах к реабилитации пациентов с шизофренией произошли существенные изменения, характеризующиеся её переходом от директивной модели к партнерской, предполагающей учет мнений и суждений самого больного о своем самочувствии, качестве получаемой помощи и жизни в целом [18]. Исходя из этого, главными целями реабилитации становятся повышение уровня социального функционирования больных и улучшение их КЖ [20, 23].

В настоящее время исследование КЖ является одним из приоритетных и востребованных направлений в медицине [13]. Его оценка является надежным и информативным способом оценки здоровья больного [24]. Под КЖ понимается способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от этого [10]. Согласно другому определению [7], это способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость,

отсутствие какого-либо угнетения. КЖ позволяет определить степень социально-психологических изменений, произошедших у пациентов вследствие болезни, и проследить их в динамике [13].

Для оценки КЖ больных шизофренией используются различные опросники и шкалы [15, 17], что позволяет объективизировать результаты терапевтических вмешательств не только с сугубо клинических позиций, но и учесть общее самочувствие больного и степень его удовлетворенности своим состоянием. Вместе с тем важными вопросами являются приоритет использования специфических для шизофрении оценочных инструментов или общемедицинских опросников, а также использования унифицированных шкал для глобального применения или специально разработанных для отдельных языковых сред.

В настоящей работе приводятся результаты применения русскоязычного общемедицинского опросника оценки КЖ больных [13], который, с одной стороны, позволяет учесть большую часть психосоматических характеристик, с другой – является простым, надежным и эффективным инструментом оценки состояния больного до лечения, в ходе лечения и в период реабилитации [12].

Нервная и иммунная системы являются связанными между собой компонентами системы гомеостаза, а особенности нейроиммунных взаимодействий в значительной мере определяют тип индивидуаль-

ной стратегии адаптации организма. Побочные эффекты и резистентность к психофармакотерапии формируются на фоне дефицита и функциональных нарушений основных популяций иммунокомпетентных клеток, активации гуморальных факторов иммунитета, дисбаланса продукции цитокинов мононуклеарными клетками больных [1, 3]. Исследования влияния психотропной терапии на иммунный гомеостаз больных шизофренией являются актуальными, поскольку иммунным механизмам отводится значимая роль в патогенезе шизофрении [2, 19].

Цель исследования. Изучение влияния терапии атипичными антипсихотиками на показатели качества жизни и социальной адаптации больных шизофренией в динамике с учетом клинических и клинико-иммунологических показателей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе клиник НИИ психического здоровья Томского НИМЦ обследовано 50 пациентов с шизофренией (29 мужчин и 21 женщина). Отбор группы был выполнен сплошным методом в рамках технологии персонализированной реабилитации больных шизофренией на основе биологических факторов и социальных возможностей [9]. Все пациенты проходили стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Средний возраст больных был $34 \pm 11,3$ года. Давность заболевания составляла не менее 1 года. Пациенты получали стандартную антипсихотическую терапию: рисперидон 4–8 мг, арипипразол (арипризол® компании Velupo) 10–30 мг. В качестве основных методов исследования использовали клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-терапевтический, психометрический, клинико-иммунологический и статистический. На всех пациентов заполнялись базисная карта формализованных социально-демографических и клинико-динамических признаков для больных шизофренией [8], опросник оценки качества жизни больных [13], опросник социальной адаптации [16], шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS) [21].

При обследовании применялся комплекс иммунологических методик, включавший общий анализ крови, определение различных фенотипов иммунокомпетентных клеток (кластеров дифференцировки CD), концентрации сывороточных иммуноглобулинов М, G, А иммуноферментным методом, уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), фагоцитарную активность лейкоцитов в тест-системе с меламино-формальдегидным латексом. Контролем служили разработанные в лаборатории клинической психонейроиммунологии НИИ психического здоровья Томского НИМЦ данные иммунного статуса 200 практически здоровых людей (региональные иммунологические нормы).

Иммунологическое обследование проводилось в двух точках: до начала лечения (1-я точка исследования) и через 4 недели терапии (2-я точка исследования).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 6.0). Применяли t-критерий Стьюдента с предварительной оценкой нормального распределения и U-критерий Манна-Уитни для сравнения независимых выборок. За критический уровень значимости p при проверке гипотез был принят 0,05.

Больным шизофренией до начала лечения антипсихотическими препаратами предлагалось заполнить тест оценки качества жизни и опросник социальной адаптации. Далее клиническая картина оценивалась по шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS). Через 4 недели терапевтических вмешательств пациентам снова предлагалось заполнить тест оценки качества жизни и опросник социальной адаптации. Затем также проводилась оценка PANSS.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В начале наблюдения при обследовании получены следующие результаты: по тесту оценки качества жизни – $86,3 \pm 2,1$ балла (рис. 1), что оценивается как удовлетворительное КЖ больных шизофренией. Показатели оценки социальной адаптации составили $33 \pm 7,5$ балла (рис. 2), что соответствует затрудненной социальной адаптации. Средний суммарный балл по PANSS составил 88 ± 2 . В подгруппах пациентов, получавших оба антипсихотика, значимых различий выявлено не было.



Рис. 1. Результаты исследования КЖ
* – Статистические различия с уровнем достоверности $p < 0,05$

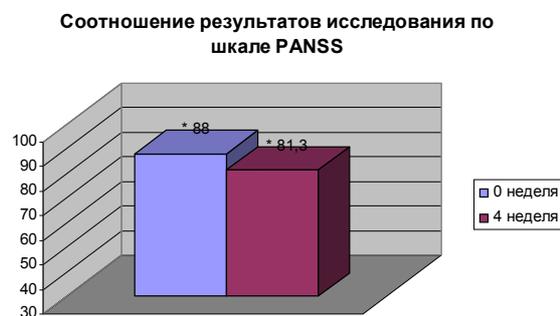


Рис. 2. Результаты исследования по шкале PANSS
* – Статистические различия с уровнем достоверности $p < 0,001$

На 4-й неделе терапии показатель теста оценки КЖ возрос на 5,8 балла и достиг хорошего уровня ($92,1 \pm 22,0$ балла; $p < 0,05$ по сравнению с 1-й точкой исследования; рис.1).

Соотношение результатов исследования социальной адаптации больных шизофренией

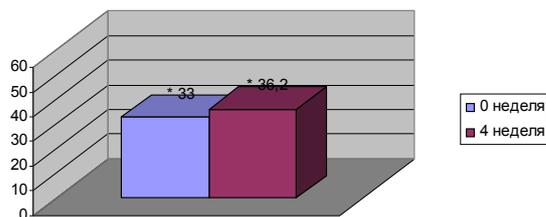


Рис. 3. Результаты исследования по шкале социальной адаптации

* – Статистические различия с уровнем достоверности $p < 0,001$

В динамике 4-недельной терапии общий балл по шкале PANSS снизился до $81,3 \pm 2$ балла ($p < 0,001$ по сравнению с 1-й точкой исследования; рис. 2).

Показатель по шкале социальной адаптации после 4-недельной терапии повысился на $3,2 \pm 1,5$ балла и составил $36,2 \pm 9,0$ балла ($p < 0,001$ по сравнению с 1-й точкой исследования), что оценивается как нормальная социальная адаптация (рис. 3).

Иммунологическое обследование в 1-й точке выявило отклонения иммунологических показателей от значений в контрольной группе, характеризующихся количественным дефицитом клеточного звена иммунитета ($CD2^+$, $CD3^+$, $CD8^+$, $CD16^+$ -лимфоцитов) и фагоцитарной активности лейкоцитов, а также повышением концентрации IgM. В ходе лечения параллельно с положительным сдвигом показателей социальной адаптации отмечена позитивная динамика к уровню контроля общего пула Т-лимфоцитов $CD2^+$ (62,00 % и 68,00 %; в контроле 73,18 %, $p=0,0353$, $p=0,3531$), цитотоксических Т-лимфоцитов $CD8^+$ (22,00 % и 29,00 %; в контроле 25,32 %, $p=0,0920$, $p=0,0770$), натуральных киллеров $CD16^+$ (6,50 % и 9,00 %; в контроле 9,30 %, $p=0,3703$, $p=0,3670$), количества лимфоцитов с маркерами поздней активации HLADR (24,00 % и 17,00 %; в контроле 18,41 %; $p=0,0416$, $p=0,0505$), В-лимфоцитов $CD20^+$ (24,00 % и 17,00 %; в контроле 9,00 %, $p=0,0203$, $p=0,2034$) и фагоцитарной активности лейкоцитов (50,00 % и 70,00 %; в контроле 71,44 %, $p=0,0033$, $p=0,3760$).

В результате терапевтических вмешательств динамика показателей КЖ больных шизофренией улучшилась. До начала лечения больные находились в тяжелом психоэмоциональном состоянии, связанным с проявлениями данного расстройства и возникшими вслед за ним проблемами, касающимися социального благополучия (ограничение социальных возможностей по состоянию здоровья), психологического (эмоционального и интеллектуального) и физического (ограничения физической активности, снижения энергетического потенциала) благополучия. Курс терапии атипичными антипсихотиками оказал положительное влияние на общее самочувствие больных и, следовательно, на повышение их КЖ. Установлена взаимосвязь иммунологической реактивности с показателями социальной адаптации больных шизофре-

нией: улучшение показателей социальной адаптации в процессе терапии сопровождалось позитивной динамикой параметров клеточного иммунитета и фагоцитарной активности лейкоцитов. Оценка динамики показателей КЖ, социальной адаптации, PANSS и системы иммунитета между пациентами, получавшими рисперидон и арипипразол (арипризол®), не выявила достоверных статистических различий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С помощью персонализированной реабилитации больных шизофренией на основе биологических факторов и социальных возможностей с применением атипичных антипсихотиков и с учетом клинко-иммунологических нарушений возможно улучшить эффективность терапии у больных шизофренией, повысить их КЖ и социальную адаптацию. Сравнение влияния антипсихотиков на клиническую картину, КЖ, социальную адаптацию и систему иммунитета показало, что арипипразол (арипризол®) не уступает в этом отношении рисперидону. Полученные результаты демонстрируют необходимость использования индивидуально ориентированных терапевтических и реабилитационных программ для больных шизофренией.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов по данной статье.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках темы ПНИ «Технологии персонализированной реабилитации больных шизофренией на основе биологических факторов и социальных возможностей» (Номер госрегистрации АААА-А16-116042610055-1).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВМА (протокол этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 85 от 14 декабря 2015 г., дело № 85/2.2015).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветлугина Т.П., Лобачева О.А., Найденова Н.Н., Семке А.В. Клинико-динамические аспекты психонейроиммунологии (на модели шизофрении). Патология психических расстройств. Томск: Изд-во ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 2006: 143–154.
2. Ветлугина Т.П., Невидимова Т.И., Лобачева О.А., Никитина В.Б. Технология иммунокоррекции при психических расстройствах. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2010: 172.
3. Ветлугина Т.П., Лобачева О.А., Семке А.В., Никитина В.Б., Бохан Н.А. Влияние кветиапина на некоторые показатели иммунитета у больных шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016; 116 (7): 55–58.
4. Волчкова Т.Ф., Дроздовский Ю.В. Уровни социальной адаптации пациентов дневного стационара, страдающих шизофренией. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011; 3 (66): 19–23.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Шизофрения в систематике психических расстройств. Социальная и клиническая психиатрия. 2014; 24 (2): 46–49.
6. Даренский И.Д., Ерофеева В.Г. Определение трудовой установки больных шизофренией. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013; 4: 49–52.
7. Гришин В.В., Киселев А.А., Карташов В.Л. и др. Контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. М., 1995.

8. Корнетова Е.Г. Шизофрения с преобладанием негативных нарушений: клиничко-конституциональные закономерности, адаптация, терапия: дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2016: 447.
9. Корнетова Е.Г., Микилев Ф.Ф., Семке А.В., Лебедева В.Ф., Павлова О.А., Мальцева Ю.Л., Каткова М.Н., Горбачевич Л.А. Пути совершенствования реабилитационной тактики при шизофрении с риском развития негативного симптомокомплекса. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 3: 9–13.
10. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Кардиология*. 1993; 33 (5): 66–77.
11. Красильников Г.Т., Дресвянников В.Л., Бохан Н.А. Коморбидные аддитивные расстройства у больных шизофренией. *Наркология*. 2002; 1 (6): 24–30.
12. Новик А.А., Ионова Т.И., Денисов Н.Л. Концепция и стратегия исследования качества жизни больных в гастроэнтерологии (обзор). *Терапевтический архив*. 2003; 75 (10): 42–45.
13. Сидоров П.И., Соловьев А. Г., Новикова И. А. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей. М.: МЕДпресс, 2006: 568.
14. Султанов М. Г. Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации. *Российский психиатрический журнал*. 2005; 4: 24–27.
15. Bobes J., García-Portilla P., Sáiz P.A., Bascarán T., Bousoño M. Quality of life measures in schizophrenia. *European Psychiatry*. 2005; 20 (3): 313–317.
16. Bosc M., Dubini A., Polin V. The Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). *European Neuropsychopharmacology*. 1997; 7 (1): 57–70.
17. Boyer L., Baumstarck K., Boucekine M., Blanc J., Lançon C., Auquier P. Measuring quality of life in patients with schizophrenia: An overview. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2013; 13 (3): 343–349.
18. Essock S.M., Goldman H.H., Hogan M.F., Hepburn B.M., Sederer L.I., Dixon L.B. State Partnerships for First-Episode Psychosis Services. *Psychiatr. Serv.* 2015; 66 (7): 671–673.
19. Giris R.R., Kumar S.S., Brown A.S. The cytokine model of schizophrenia: emerging therapeutic strategies. *Biol. Psychiatry*. 2014; 75 (4): 292–299.
20. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Quality of life in mental disorders. 2nd ed. / Ed. H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius. Chichester: Wiley, 2006: 3–16.
21. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987; 13 (2): 261–276.
22. Kokaçya M.H., Virit O., Çoçoğlu Ü.S., Savaş H., Ari M., Bahçeci B. Symptomatic Remission Determines Functional Improvement and Quality of Life in Schizophrenia. *Noro Psikiyat. Ars.* 2016; 53 (4): 328–333.
23. Sartorius N. Quality of life and mental disorders: a global perspective. Quality of life in mental disorders. 2nd ed. / Ed. H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius. Chichester: Wiley, 2006: 321–327.
24. Ventegodt S., Merrick J., Anderson N.J. Quality of life as medicine: a pilot study of patients with chronic illness and pain. *Scientific World J.* 2003; 3: 520–532.

Поступила в редакцию 13.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Корнетова Елена Георгиевна, д.м.н., в.н.с. отделения эндогенных расстройств, консультант психиатр клиник СибГМУ.

Лобачева Ольга Анатольевна, д.м.н., в.н.с. лаборатории психонейроиммунологии и нейробиологии.

Шахрай Елена Олеговна, медицинский психолог, начальник консультативно-оздоровительного отдела.

Дубровская Виктория Владимировна, м.н.с. отделения эндогенных расстройств.

Дмитриева Екатерина Георгиевна, м.н.с. отделения эндогенных расстройств.

Корнетов Александр Николаевич, д.м.н., декан факультета поведенческой медицины и менеджмента, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии.

Петрова Валерия Николаевна, заместитель главного врача по медицинской части.

Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., профессор, заместитель директора НИИ психического здоровья, заведующий отделением эндогенных расстройств, проф. кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ.

✉ Дубровская Виктория Владимировна, e-mail: vika.dubrovskaya.vd@gmail.com

УДК 616.895.8-097:615.851:615.214

For citation: Kornetova E.G., Lobacheva O.A., Shakhraiy E.O., Dubrovskaya V.V., Dmitrieva E.G., Kornetov A.N., Petrova V.N., Semke A.V. Dynamics of clinical-social and clinical-immunological indices of patients with schizophrenia in the process of antipsychotic therapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 21–25.

Dynamics of clinical-social and clinical-immunological indices of patients with schizophrenia in the process of antipsychotic therapy

Kornetova E.G.^{1,2}, Lobacheva O.A.^{1,2}, Shakhraiy E.O.³, Dubrovskaya V.V.¹, Dmitrieva E.G.¹, Kornetov A.N.², Petrova V.N.⁴, Semke A.V.^{1,2}

¹ Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

² Siberian State Medical University
Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation

³ Center of Medical Prophylactics
Krasnoarmeiskaya Street 68, 634061, Tomsk, Russian Federation

⁴ Tomsk Clinical Psychiatric Hospital
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Treatment with main principles of individual orientation and complex approach was realized in the framework of technology of personalized therapy for patients with schizophrenia based on biological factors and social possibilities. Choice of atypical antipsychotic as a base of long-term therapy was the main point, psychotherapy and psychosocial programs considering immunological disorders were used for the purpose of integration of entire rehabilitation process into a single set of measures for the clinical and social stabilization of schizophrenia symptoms.

Keywords: schizophrenia, technology of personalized therapy, antipsychotics, quality of life, social adaptation, immunity system.

REFERENCES

1. Vetlugina T.P., Lobacheva O.A., Naydenova N.N., Semke A.V. Kliniko-dinamicheskie aspekty psikhoneuroimmunologii (na modeli shizofrenii). Patofiziologiya psikhicheskikh rasstroystv. [Clinical-dynamic aspects of psychoneuroimmunology (by the example of schizophrenia model) Mental disorders pathophysiology]. Tomsk, Publishing House of GU "MHRI" SB RAMSci, 2006: 143–154 (in Russian).
2. Vetlugina T.P., Nevidimova T.I., Lobacheva O.A., Nikitina V.B. Tekhnologiya immunokorreksii pri psikhicheskikh rasstroystvakh [Technology of immunocorrection in mental disorders]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2010: 172 (in Russian).
3. Vetlugina T.P., Lobacheva O.A., Semke A.V., Nikitina V.B., Bokhan N.A. Vliyanie kvetiapina na nekotorye pokazateli immuniteta u bol'nykh shizofreniei [An effect of quetiapine on the immune system of patients with schizophrenia]. Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2016; 7: 55–58 (in Russian).
4. Volchkova T.F., Drozdovsky Yu.V. Urovni sotsial'noy adaptatsii patsientov dnevnogo statsionara, stradayushchikh shizofreniei [Levels of social adaptation of patients with schizophrenia, treated in a day hospital]. Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2011; 3: 19–23 (in Russian).
5. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B. Shizofreniya v sistematike psikhicheskikh rasstroystv [Schizophrenia in classification of mental disorders]. Social'naya i klinicheskaya psichiatriya – Social and Clinical Psychiatry. 2014; 2: 46–49 (in Russian).
6. Darensky I.D., Erofeeva V.G. Opredelenie trudovoy ustanovki bol'nykh shizofreniei [Definition of the work setting of patients with schizophrenia]. Medico-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya – Journal of Medico-Social Expert Evaluation and Rehabilitation. 2013; 4: 49–52 (in Russian).
7. Grishin V.V., Kiselev A.A., Kartashov V.L. Kontrol' kachestva okazaniya meditsinskoj pomoshchi v usloviyakh meditsinskogo strakhovaniya v vedushchikh stranakh mira [Quality control of medical care in conditions of medical insurance in the leading countries of the world]. M., 1995 (in Russian).
8. Kornetova E.G. Shizofreniya s preobladaniem negativnykh narusheniy: kliniko-konstitutsional'nye zakonomernosti, adaptatsiya, terapiya [Schizophrenia with predominance of negative disorders: clinical-constitutional patterns, adaptation, therapy]. Dis. ... d.m.n. – MD thesis. Tomsk, 2016: 447 p. (in Russian).
9. Kornetova E.G., Mikilev F.F., Semke A.V., Lebedeva V.F., Pavlova O.A., Mal'tseva Yu.L., Katkova M.N., Gorbatshevich L.A. Puti sovershenstvovaniya reabilitatsionnoy taktiki pri shizofrenii s riskom razvitiya negativnogo simptomokompleksa [The ways to improve rehabilitation approach in schizophrenia with predominance of negative disturbances]. Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2016; 3: 9–13 (in Russian).
10. Kots Ya.I., Libis R.A. Kachestvo zhizni u bol'nykh s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Quality of life in patients with diseases of circulation system]. Kardiologiya – Cardiology. 1993; 5: 66–77 (in Russian).
11. Krasil'nikov G.T., Dresvyannikov V.L., Bokhan N.A. Komorbidnye additivnye rasstroystva u bol'nykh shizofreniei [Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia]. Narkologiya – Narcology. 2002; 1 (6): 24–30 (in Russian).
12. Novik A.A., Ionova T.I., Denisov N.L. Kontseptsiya i strategiya issledovaniya kachestva zhizni bol'nykh v gastroenterologii (obzor) [The concept and strategy of the study of the quality of life of patients in gastroenterology. (review)]. Terapevticheskiy arhiv – Therapeutic Archive. 2003; 10: 42–45 (in Russian).
13. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Psikhosomaticheskaya meditsina: Rukovodstvo dlya vrachej [Psychosomatic medicine: A guide for doctors]. M.: Publishing House "MEDpress", 2014: 568 (in Russian).
14. Sultanov M.G. Kachestvo zhizni i sotsial'noe funktsionirovanie bol'nykh shizofreniei s dlitel'nymi srokami gositalizatsii [Quality of life and social functioning of patients with schizophrenia with long periods of hospitalization]. Rossiyskiy psichiatricheskiy zhurnal – Russian Psychiatric Journal. 2005; 4: 24–27 (in Russian).
15. Bobes J., Garcia-Portilla P., Sáiz P.A., Bascarán T., Bousoño M. Quality of life measures in schizophrenia. *European Psychiatry*. 2005; 20 (3): 313–317.
16. Bosc M., Dubini A., Polin V. The Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). *European Neuropsychopharmacology*. 1997; 7 (1): 57–70.
17. Boyer L., Baumstarck K., Boucekine M., Blanc J., Lançon C., Auquier P. Measuring quality of life in patients with schizophrenia: An overview. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2013; 13 (3): 343–349.
18. Essock S.M., Goldman H.H., Hogan M.F., Hepburn B.M., Sederer L.I., Dixon L.B. State Partnerships for First-Episode Psychosis Services. *Psychiatr. Serv.* 2015; 66 (7): 671–673.
19. Girgis R.R., Kumar S.S., Brown A.S. The cytokine model of schizophrenia: emerging therapeutic strategies. *Biol. Psychiatry*. 2014; 75 (4): 292–299.
20. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Quality of life in mental disorders. 2nd ed. / Ed. H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius. Chichester: Wiley, 2006: 3–16.
21. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987; 13 (2): 261–276.
22. Kocaçaya M.H., Virit O., Çöpoğlu Ü.S., Savaş H., Ari M., Bahçeci B. Symptomatic Remission Determines Functional Improvement and Quality of Life in Schizophrenia. *Noro Psikiyat. Ars.* 2016; 53 (4): 328–333.
23. Sartorius N. Quality of life and mental disorders: a global perspective. Quality of life in mental disorders. 2nd ed. / Ed. H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius. Chichester: Wiley, 2006: 321–327.
24. Ventegodt S., Merrick J., Anderson N.J. Quality of life as medicine: a pilot study of patients with chronic illness and pain. *Scientific World J.* 2003; 3: 520–532.

Received April 13.2017

Accepted May 02.2017

Kornetova Elena G., MD, leading researcher of Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, liaison-psychiatrist of Clinics of SSMU, Tomsk, Russian Federation.

Lobacheva Olga A., MD, leading researcher of the Laboratory of Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Shakhray Elena O., medical psychologist, Head of Consultative-Health-Improving Department, Center of Medical Prophylactics, Tomsk, Russian Federation.

Dubrovskaya Victoria V., junior researcher of Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Dmitrieva Ekaterina G., junior researcher of Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Kornetov Alexander N., MD, dean of Faculty of Behavioral Medicine and Management, Head of Clinical Psychology and Psychotherapy Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Petrova Valeria N., deputy chief physician for medical work, Tomsk Clinical Psychiatric Hospital, Tomsk, Russian Federation.

Semke Arkady V., MD, Professor, Deputy Director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Head of Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, professor of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of SSMU, Tomsk, Russian Federation.



Dubrovskaya Victoria V., e-mail: vika.dubrovskaya.vd@gmail.com

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13

Для цитирования: Клименко Т.В., Шахова С.М., Козлов А.А. Психотические расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 26—30.

Психотические расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (спайсов)

Клименко Т.В.^{1,2}, Шахова С.М.^{1,3}, Козлов А.А.¹

¹ *Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России*
Россия, 119991, ГСП-2, Москва, Кропоткинский пер., д. 23

² *Всероссийский государственный университет юстиции*
Россия, 117638, Москва, ул. Азовская, д. 2, корп. 1

³ *Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова*
Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

РЕЗЮМЕ

На материале 173 больных показана возможность развития психотических состояний вследствие употребления синтетических каннабиноидов на этапе эпизодического и систематического их употребления, а также на всех последовательных клинико-динамических этапах развития синдрома зависимости к ним. Описаны клинико-динамические характеристики их развития, в соответствии с которыми выделено три клинических варианта психоза (иллюзорно-делириозный, делириозно-аментивный, делириозно-онейроидный), показано, что их развитие коррелирует с преморбидным биологическим фоном и с особенностями наркологического анамнеза больного. Показано, что при оказании адекватной медицинской помощи психоз через медикаментозный сон быстро купируется, в единичных случаях наблюдается непродолжительная постпсихотическая астения.

Ключевые слова: новые психоактивные вещества, синтетические каннабиноиды (спайсы), психозы.

ВВЕДЕНИЕ

Последние несколько лет в Российской Федерации на фоне устойчивой тенденции к уменьшению числа наркопотребителей и снижению большинства показателей наркологической заболеваемости [1] наблюдается рост числа лиц, потребляющих так называемые новые психоактивные вещества (далее – ПАВ) [7]. Это связано не только с масштабным поступлением на рынок новых ПАВ, но и с отставанием законодательства в вопросах установления контроля над оборотом новых ПАВ, что создает условия для их временного и не подпадающего под запрет легального оборота. В такой ситуации вещества, внесенные в Перечень наркотических средств и психотропных веществ (Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 года № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»), уходят с рынка, а на их место поступают новые ПАВ, оборот которых пока еще взят под контроль отечественным законодательством.

Фиксируемый силовыми структурами рост числа потребителей новых ПАВ и их структура не соответствуют структуре ПАВ, регистрируемой медицинскими наркологическими организациями, где по-прежнему преобладают пациенты с пагубным потреблением и с зависимостью от опиоидов [1]. Это позволяет предположить наличие большого «скрытого контингента» потребителей новых ПАВ, нуж-

дающихся в специализированной медицинской наркологической помощи [2, 3, 4]. Высокая латентность наркологической заболеваемости, обусловленной потреблением новых ПАВ, подтверждается ростом числа госпитализаций пациентов с психозами вследствие употребления новых ПАВ [5, 6].

Правоохранительными структурами и медицинскими наркологическими организациями при химико-токсикологическом исследовании биологического материала (мочи) от потребителей новых ПАВ чаще обнаруживаются синтетические каннабиноиды (СК), среди них преобладают JWH-018, JWH-073, JWH-122, CP-47,497 и JWH-250.

Спектр психопатологических расстройств, развивающихся после употребления СК, достаточно широк и многообразен. Но наиболее часто потребители СК госпитализируются в медицинские наркологические организации по поводу психотических расстройств, психопатологическая структура которых обычно описывается бессистемно и достаточно отрывочно: расстройство сознания от оглушения [8, 9] до растерянности и спутанности [10, 11], дезорганизация мыслительной деятельности, агитация, тревога, панические атаки, двигательное беспокойство [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20]. Также описаны острые психотические состояния [18, 19, 21, 22, 23, 25].

Цель исследования. Провести изучение клинико-динамических характеристик психотических расстройств вследствие употребления синтетических каннабиноидов (спайсов).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике Национального научного центра наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (далее – ННЦ наркологии) обследовано 80 пациентов, злоупотребляющих СК. Также были проанализированы медицинская документация и медицинские отчеты по 93 пациентам, находившиеся на лечении по поводу отравления спайсами в медицинских организациях г. Сургута, Кировской и Воронежской области (наркологический диспансер, центральные районные и городские больницы), где в сентябре–ноябре 2014 г. наблюдалось массовое отравление спайсами. Всего обследовано 173 больных.

В соответствии с клинической диагностикой все обследованные были разделены на 2 группы. В первую группу вошли больные, эпизодически или систематически употребляющие СК без признаков зависимости к ним (61; 35,3 %). Во вторую группу включены больные с зависимостью от СК (112; 64,7 %). Диагностика синдрома зависимости от ПАВ, в том числе от СК, осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10.

Всем пациентам проводили химико-токсикологическое исследование проб мочи (лаборатория аналитической токсикологии ННЦ наркологии – 146 образцов; криминалистическая лаборатория ФГБОУ ВО «Всероссийский государственный университет юстиции» Минюста России – 27 образцов). Достоверной разницы по группам исследования по виду идентифицированных СК получено не было. Наиболее часто в анализированных образцах встречались такие СК как JWH, AV-PINACA, TMCP.

Среди обследованных большинство были лица мужского пола (154; 89,0 %). Возраст больных находился в пределах от 18 до 45 лет, средний возраст составил $25 \pm 0,1$ года.

В преобладающем большинстве в нисходящих поколениях обнаружены психопатологические девиации, чаще имела место наследственная отягощенность по алкоголизму (154; 89,0 %). Пре- и перинатальный периоды раннего развития у большинства обследованных характеризовались различными экзогенно-органическими стигмами (164; 94,8 %). До начала употребления ПАВ у большинства обследованных наблюдалась патохарактерологическая структура личности, чаще выявлялось развитие по эмоционально неустойчивому типу (109; 63,0 %).

Во всех группах исследования наркотиком первой пробы чаще являлись каннабиноиды (131; 75,7 %), достоверно реже таковыми были СК (22; 12,7 %). В единичных случаях наркотиком первой пробы были опиоиды (17; 9,8 %) и психостимуляторы (3; 1,7 %). У больных второй группы синдром зависимости был сформирован в среднем спустя $4 \pm 0,9$ года после начала первых проб ПАВ. К периоду настоящего обследования большинство больных обеих групп наряду с СК употребляли другие ПАВ: алкоголь (121; 69,9 %), опиоиды (18; 10,4 %), психо-

стимуляторы (9; 5,2 %), при этом СК был предпочтительным ПАВ, а другие виды ПАВ употреблялись с викарной целью.

Основными методами исследования были клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, лабораторно-инструментальный и статистический. Для квантификации состояния пациентов использовались психометрические шкалы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Психотические состояния у больных без зависимости от ПАВ развивались в состоянии интоксикации СК. У больных с зависимостью от ПАВ психозы начинались как в состоянии интоксикации СК (63; 56,3 %), так и на фоне абстинентных расстройств (35; 31,3 %). В отдельных случаях (14; 12,5 %) возникновение психотического состояния имело отсроченный дебют вплоть до 20 дней после последнего употребления СК.

В большинстве случаев в развитии психоза вследствие употребления СК наблюдалось несколько последовательных стадий.

При развитии психоза с отсроченным дебютом наблюдался продромальный период продолжительностью от нескольких часов до 2 дней, который характеризовался расстройствами сна (поверхностный сон с частыми пробуждениями, кошмарные, устрашающие сновидения), изменчивым аффектом с преобладающим аффектом тревоги, астеническими жалобами. У 3 больных за несколько часов до развития психоза наблюдались большие судорожные припадки, у 4 больных отмечались abortивные эпилептические припадки. При развитии психоза на фоне интоксикации и синдрома отмены СК продромальный период не фиксировался.

Психотическое состояние манифестировало развитием неустойчивого аффекта, когда эмоциональная подавленность легко сменялась состоянием эйфории, беспричинным весельем, чрезмерной говорливостью, непоседливостью, неусидчивостью, что сопровождалось ускоренной речью с элементами непоследовательности и даже бессвязности, живой и изменчивой мимикой, дезориентировкой в месте и времени, явлениями психической гиперстезии с усилением восприимчивости внешних и даже индифферентных (звук шагов, неяркий свет) раздражителей.

Корреляции между манифестацией психоза и временем суток не обнаружено, но при развитии психоза в вечерне-ночное время отсутствовал сон. Продолжительность первой фазы психоза варьировала от 1–2 до 6–8 часов (в среднем $4 \pm 0,5$ часа).

В отличие от классического делириозного синдрома последующее развитие психотических расстройств происходило стремительно и начиналось быстрым нарастанием тревоги, развитием красочно окрашенных и динамичных парейдолий, которые сменялись множественными комбинированными галлюцинациями, когда на фоне преобладающих устрашающего содержания зрительных галлюцинаций наблюдались слуховые, обонятельные, терми-

ческие, тактильные галлюцинации и галлюцинации общего чувства. Сохранялись лабильность аффекта, гиперестезия к слуховым и тактическим раздражителям. Изменялось чувство времени, которое укорачивалось или удлинялось. Речь была отрывистой, состояла из коротких фраз или отдельных слов. Внимание становилось сверхотвлекаемым, настроение было крайне изменчиво, мимика – экспрессивной. Преобладающим аффектом был аффект страха, который на короткое время сменялся на аффект недоумения, удивления. Бред был отрывочным, отражал галлюцинаторные расстройства. По содержанию преобладал бред преследования, физического уничтожения. Бредовые расстройства были аффективно насыщены, конкретны, нестойки, полностью зависели от галлюцинаторных переживаний. Больные были суетливы, на месте удерживались с трудом, в соответствии с аффектом страха пытались бежать, спрятаться. Поведение, аффект, бредовые высказывания соответствовали содержанию галлюцинаций. Также наблюдались повторяющиеся с непродолжительным интервалом кратковременные люцидные промежутки, после которых вновь сначала появлялись красочные парейдолии, а затем множественные с явным преобладанием зрительных истинные обманы восприятия. Продолжительность второй иллюзорно-галлюцинаторной фазы психоза варьировала от 6 до 12 часов.

Дальнейшее развитие психоза шло по пути нарастания двигательной заторможенности с развитием в течение нескольких часов полной отрешенности больного от окружающей действительности. При этом в одних случаях (26; 15,0 %) развивалось аментивное помрачение сознания – однообразное, ограниченное пределами постели возбуждение со стереотипными подергиваниями, вздрагиваниями, бессвязным образным бредом, отрывочными галлюцинациями.

В других случаях (74; 42,8 %) развивалось онейроидное помрачение сознания со сновидными фантастическими-бредовыми переживаниями. Больные полностью погружались в переживаемые образы, воспринимали себя живущими на других планетах, ощущали себя «супергероями», «избранными», общались с Богом, участвовали в атомных войнах, присутствовали при гибели Вселенной. Ощущение реальности полностью утрачивалось. Самосознание изменялось и глубоко расстраивалось. Больные воспринимали себя участниками фантастических событий, разыгрывающихся в их воображении. Наблюдались кататонические расстройства в виде ступора и отдельных кратковременных эпизодов возбуждения в пределах постели. Больные были загружены, окружающее не привлекало их внимания. На лице отражалось выражение удивления или ужаса, тревоги, страха, что находится в прямой зависимости от содержания онейроида. Амнезия после выхода из психотического состояния не возникала. Пациенты достаточно подробно воспроизводили содержание онейроида и не помнили реальную ситуацию.

Зависимости между клинико-динамическими особенностями психоза вследствие употребления ПАВ и суточными ритмами не выявлено.

Проведенное сравнительное изучение синдромальной структуры психозов вследствие употребления СК выявило его клиническую неоднородность. В зависимости от клинико-динамических особенностей психотического состояния нами было выделено три его клинических варианта: иллюзорно-делириозный (73; 42,2 %), делириозно-аментивный (26; 15,0 %), делириозно-нейроидный (74; 42,8 %).

Иллюзорно-делириозный вариант психоза чаще развивался в состоянии интоксикации (54; 74,0 %) у лиц без клинических признаков зависимости от ПАВ (41; 67,2 %) при условии своевременной госпитализации и начала адекватной терапии ($p < 0,05$).

Развитие психоза по делириозно-аментивному типу коррелировало с развитием/обострением соматического заболевания (14; 53,8 %), полученными травмами головы (12; 46,2 %) и чаще наблюдалось в состоянии синдрома отмены СК у больных с синдромом зависимости от СК (24; 92,3 %; $p < 0,05$).

Психотическое состояние по делириозно-нейроидному типу развивалось с отсроченным дебютом (52; 70,3 %) у лиц с сочетанным употреблением СК с другими ПАВ (61; 83,6 %; $p < 0,05$).

Выход из психотических состояний у всех больных был литическим, через продолжительный глубокий сон. Терапевтическая динамика всех клинических вариантов психоза характеризовалась хорошей курабельностью. По результатам адекватной терапии в течение нескольких часов (в среднем $6 \pm 0,3$ часа) после медикаментозного сна и пробуждения больных симптоматика психоза полностью купировалась.

Продолжительность психоза также была различной в зависимости от фазы возникновения состояния: на фоне интоксикации СК – от 12 до 24 часов, на фоне абстинентного синдрома – до 36 часов, при возникновении с отсроченным дебютом – до 72 часов. Средняя продолжительность психоза составила $1 \pm 0,42$ суток.

В некоторых случаях (31; 17,9 %) по выходе из психоза отмечалась астеническая симптоматика. Постпсихотическая астения наблюдалась в течение $5 \pm 1,7$ суток и проявлялась в виде сонливости, вялости, рассеянности, снижения когнитивных функций. Амнезии психотического периода не наблюдалось.

Летальности среди госпитализированных и подвергнутых лечению больных не отмечалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психозы вследствие употребления СК развиваются как на донозологическом этапе их употребления, так и на всех этапах клинической динамики синдрома зависимости от СК в состоянии интоксикации СК, в структуре синдрома отмены СК и с отсроченным дебютом. Психоз характеризуется скоротечной последовательной динамикой формирования психопатологических расстройств, среди которых наблюдаются иллюзорно-делириозный, делири-

озно-аментивный и делириозно-онейроидный клинико-динамические варианты психоза. Терапевтическая динамика психозов положительная, через медикаментозный сон полностью купируется психотическая симптоматика, в единичных случаях наблюдается непродолжительное состояние постпсихотической астении.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с данной статьей.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета при ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского № 2/6 от 25.02.2015).

ЛИТЕРАТУРА

1. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Киржанов В.Н. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах: статистический сборник. М., НИИ наркологии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016: 177.
2. Шевырин В.А., Мелкозеров В.П., Неверо А.С., Торицин А.В., Шевчук Т.А. Химическая структура и идентификация новых синтетических наркотических средств, входящих в состав курительных смесей. *Судебная экспертиза*. 2012; 1: 107–120.
3. Кошкина Е.А. Мировые тенденции распространённости наркоманий на современном этапе. Доклад на совещании главных наркологов органов управления здравоохранением субъектов РФ, 2014. http://www.nncn.ru/2_657.html
4. Головки А.И., Башарин В.А., Иванов М.Б., Баринов В.А., Бонитенко Е.Ю. Дизайнерские наркотики. Классификации, механизмы токсичности. *Наркология*. 2015; 8: 69–85.
5. Бохан Н. А., Селиванов Г. Ю. Клиническая типология психопатологических расстройств у потребителей синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015. 4 (89): 18–23.
6. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Блонский К.А. Характеристика абстинентного синдрома у лиц, страдающих зависимостью от употребления синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016. 4 (93): 45–50.
7. American Association of Poison Control Centers. Synthetic Marijuana Data, 2013.
8. Rosenbaum C.D., Carreiro S.P., Babu K.M. Here today, gone tomorrow, and back again? A review of herbal marijuana alternatives (K2, Spice), synthetic cathinones (bath salts), kratom, *Salvia divinorum*, methoxetamine, and piperazines. *J. Med Toxicol*. 2012; 8: 15–32.
9. Harris C.R., Brown A. Synthetic cannabinoid intoxication: a case series and review. *J. Emerg. Med.* 2013; 44: 360–366.
10. Simmons J. R., Skinner C. G., Williams J., Kang C. S., Schwartz M. D., Wills B. K. Intoxication from smoking «spice». *Ann. Emerg. Med.* 2011; 57: 187–188.
11. Hoyte C.O., Jacob J., Monte A.A., Al-Jumaan M., Bronstein A.C., Heard K.J. A characterization of synthetic cannabinoid exposures reported to the National Poison Data System in 2010. *Ann Emerg Med.* 2012; 60: 435–438.
12. Every-Palmer S. Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study. *Drug Alcohol Depend.* 2011; 117: 152–157.
13. Johnson L.A., Johnson R.L., Portier R.B. Current «legal highs». *J. Emerg. Med.* 2013; 44: 1108–1115.
14. Tung C.K., Chiang T.P., Lam M. Acute mental disturbance caused by synthetic cannabinoid: a potential emerging substance of abuse in Hong Kong. *East Asian Arch. Psychiatry.* 2012; 22: 31–33.
15. Müller H., Huttner H.B., Köhrmann M., Wielopolski J.E., Kornhuber J., Sperling W. Panic attack after spice abuse in a patient with ADHD. *Pharmacopsychiatry.* 2010; 43: 152–153.
16. Müller H., Sperling W., Köhrmann M., Huttner H.B., Kornhuber J., Maler J.M. The synthetic cannabinoid spice as a trigger for an acute exacerbation of cannabis induced recurrent psychotic episodes. *Schizophr. Res.* 2010; 118: 309–310.
17. Castellanos D., Singh S., Thornton G., Avila M., Moreno A. Synthetic cannabinoid use: a case series of adolescents. *J. Adolesc. Health.* 2011; 49: 347–349.
18. Hermanns-Clausen M., Kneisel S., Hutter M., Szabo B., Auwärter V. Acute intoxication by synthetic cannabinoids – four case reports. *Drug Test.* 2013; 15: 790–794.
19. Hermanns-Clausen M., Kneisel S., Szabo B., Auwärter V. Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings. *Addiction.* 2013; 108: 534–544.
20. McGuinness T.M., Newell D. Risky recreation: synthetic cannabinoids have dangerous effects. *J. Psychosoc. Nurs.Ment. Health Serv.* 2012; 50: 16–18.
21. Rodgman C., Kinzie E., Leimbach E. Bad Mojo: use of the new marijuana substitute leads to more and more ED visits for acute psychosis. *Am. J. Emerg. Med.* 2011; 29: 232.
22. Hurst D., Loeffler G., McLay R. Psychosis associated with synthetic cannabinoid agonists: a case series. *Am. J. Psychiatry.* 2011; 168: 1119.
23. Van Der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of spice. *Schizophr. Res.* 2011; 130: 285–286.
24. Bebar V.S., Ramirez S., Varney S.M. Spice: a new «legal» herbal mixture abused by young active duty military personnel. *Subst. Abuse.* 2012; 33: 191–194.
25. Peglow S., Buchner J., Briscoe G. Synthetic cannabinoid induced psychosis in a previously nonpsychotic patient. *Am. J. Addict.* 2012; 21: 287–288.

Поступила в редакцию 27.03.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Клименко Татьяна Валентиновна, д.м.н., профессор, директор ННЦН – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского».

Шахова Светлана Михайловна, м.н.с. отделения клинической психофармакологии отдела клинической наркологии.

Козлов Александр Александрович, д.м.н., главный специалист – психиатр Московской области, заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского».

✉ Клименко Татьяна Валентиновна, klimenko17@mail.ru

УДК 616.89-008.441.13

For citation: Klimenko T.V., Shakhova S.M., Kozlov A.A. Psychotic disorders after use of synthetic cannabinoids (spice). *Siberian herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2017; 2 (95): 26–30.

Psychotic disorders after use of synthetic cannabinoids (spice)

Klimenko T.V.^{1,2}, Shakhova S.M.^{1,3}, Kozlov A.A.¹

¹National Scientific Center of Narcology – Branch of V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Kropotkinsky Lane 23, 119991, GSP-2, Moscow, Russian Federation

² The All-Russian State University of Justice

Azovskaya Street 2, Build. 1, 117638, Moscow, Russian Federation

³ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Trubetskaya Street, 119991, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

The data of 173 patients demonstrate the possibility of developing psychotic states due to the use of synthetic cannabinoids at the stage of episodic and systematic use, as well as at all consecutive clinical and dynamic stages of the development of the dependence syndrome. According to clinical and dynamic characteristics of the disease development, several clinical variants of psychosis (delusivo-delirious, delirious-amentive, and delirious-oneiric) are described. The correlation between the clinical and dynamic characteristics of the development and premorbid biological background with the peculiarities of the narcological history of the patient is demonstrated. The data demonstrate that providing adequate medical assistance leads to quick relief of psychosis through drug-induced sleep. Short postpsychotic asthenia is observed in few cases.

Keywords: new psychoactive substances, synthetic cannabinoids (spice), psychosis.

REFERENCES

- Kirzhanova V.V., Grigorova N.I., Kirzhanov V.N. Osnovnye pokazateli deyatelnosti narkologicheskoy sluzhby v Rossijskoj Federacii v 2014-2015 godah: statisticheskij sbornik [The main indices of activity of narcological service in the Russian Federation in 2014-2015: statistical book]. Moscow, Narcology Research Institute – Branch of V.P. Serbsky FMRCPN of the Ministry of the Russian Federation, 2016: 177 (in Russian).
- Shevyrin V.A., Melkozherov V.P., Nevero A.S., Toritsin A.V., Shevchuk T.A. Himicheskaya struktura i identifikaciya novyh sinteticheskikh narkoticheskikh sredstv, vkhodyashchih v sostav kuritelnykh smesey [Chemical structure and identification of new synthetic drugs contained in smoking blends]. Sudebnaya ehkspertiza – Forensic Examination. 2012; 1: 107–120 (in Russian).
- Koshkina E.A. Mirovye tendencii rasprostranennosti narkomanij na sovremennom ehstape. Doklad na soveshchanii glavnykh narkologov organov upravleniya zdoravoohraneniem subektov RF, 2014 [World trends of prevalence of drug addictions at the modern stage. Presentation at the meeting of chief narcologists of authorities of management of the healthcare of entities of the Russian Federation, 2014]. http://www.nncn.ru/2_657.html (in Russian).
- Golovko A.I., Basharin V.A., Ivanov M.B., Barinov V.A., Bonitenko E.Y. Dizajnerskie narkotiki. Klassifikacii, mekhanizmy toksichnosti [Designer drugs. Classifications, mechanisms of toxicity]. Narkologiya – Narcology. 2015; 8: 69–85 (in Russian).
- Bokhan N.A., Selivanov G.Y. Klinicheskaya tipologiya psihopatologicheskikh rasstrojstv u potrebitelej sinteticheskikh kannabinoidov spajsov [Clinical typology of psychopathological disorders in users of synthetic cannabinoids (spice)]. Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2015; 4 (89): 18–23 (in Russian).
- Bokhan N.A., Selivanov G.Y., Blonsky K.A. Harakteristika abstinentnogo sindroma u lic, stradayushchih zavisimosty ot upotrebleniya sinteticheskikh kannabinoidov (spajsov) [Characteristics of withdrawal symptoms in people addicted to the use of synthetic cannabinoids (“spice”)]. Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2016. 4 (93): 45–50 (in Russian).
- American Association of Poison Control Centers. Synthetic Marijuana Data, 2013.
- Rosenbaum C.D., Carreiro S.P., Babu K.M. Here today, gone tomorrow, and back again? A review of herbal marijuana alternatives (K2, Spice), synthetic cathinones (bath salts), kratom, Salvia divinorum, methoxetamine, and piperazines. *J. Med Toxicol.* 2012; 8: 15–32.
- Harris C.R., Brown A. Synthetic cannabinoid intoxication: a case series and review. *J Emerg Med.* 2013; 44: 360–366.
- Simmons J. R., Skinner C. G., Williams J., Kang C. S., Schwartz M. D., Wills B. K. Intoxication from smoking “spice”. *Ann Emerg Med.* 2011; 57: 187–188.
- Hoyte C.O., Jacob J., Monte A.A., Al-Jumaan M., Bronstein A.C., Heard K.J. A characterization of synthetic cannabinoid exposures reported to the National Poison Data System in 2010. *Ann Emerg Med.* 2012; 60: 435–438.
- Every-Palmer S. Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study. *Drug Alcohol Depend.* 2011; 117: 152–157.
- Johnson L.A., Johnson R.L., Portier R.B. Current “legal highs”. *J. Emerg Med.* 2013; 44: 1108–1115.
- Tung C.K., Chiang T.P., Lam M. Acute mental disturbance caused by synthetic cannabinoid: a potential emerging substance of abuse in Hong Kong. *East Asian Arch Psychiatry.* 2012; 22: 31–33.
- Müller H., Huttner H.B., Köhrmann M., Wielopolski J.E., Kornhuber J., Sperling W. Panic attack after spice abuse in a patient with ADHD. *Pharmacopsychiatry.* 2010; 43: 152–153.
- Müller H., Sperling W., Köhrmann M., Huttner H.B., Kornhuber J., Maler J.M. The synthetic cannabinoid spice as a trigger for an acute exacerbation of cannabis induced recurrent psychotic episodes. *Schizophr Res.* 2010; 118: 309–310.
- Castellanos D., Singh S., Thornton G., Avila M., Moreno A. Synthetic cannabinoid use: a case series of adolescents. *J Adolesc Health.* 2011; 49: 347–349.
- Hermanns-Clausen M., Kneisel S., Hutter M., Szabo B., Auwärter V. Acute intoxication by synthetic cannabinoids – four case reports. *Drug Test.* 2013; 15: 790–794.
- Hermanns-Clausen M., Kneisel S., Szabo B., Auwärter V. Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings. *Addiction.* 2013; 108: 534–544.
- McGuinness T.M., Newell D. Risky recreation: synthetic cannabinoids have dangerous effects. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2012; 50: 16–18.
- Rodgman C., Kinzie E., Leimbach E. Bad Mojo: use of the new marijuana substitute leads to more and more ED visits for acute psychosis. *Am J Emerg Med.* 2011; 29: 232.
- Hurst D., Loeffler G., McLay R. Psychosis associated with synthetic cannabinoid agonists: a case series. *Am J Psychiatry.* 2011; 168: 1119.
- Van Der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of spice. *Schizophr Res.* 2011; 130: 285–286.
- Bebarta V.S., Ramirez S., Varney S.M. Spice: a new «legal» herbal mixture abused by young active duty military personnel. *Subst Abuse.* 2012; 33: 191–194.
- Peglow S., Buchner J., Briscoe G. Synthetic cannabinoid induced psychosis in a previously nonpsychotic patient. *Am J Addict.* 2012; 21: 287–288.

Received March 27.2017

Accepted May 02.2017

Klimenko Tatyana V., MD, Professor, Director of the NNCS-Branch of the V.P. Serbsky FMRCPN, Moscow, Russian Federation.

Shakhova Svetlana M., junior researcher, Department of Clinical Psychopharmacology, NNCS-Branch of the V.P. Serbsky FMRCPN, Moscow, Russian Federation.

Kozlov Alexander A., MD, chief specialist – psychiatrist of the Moscow Region, Deputy Director for Scientific Work, FGBU “V.P. Serbsky FMRCPN”, Moscow, Russian Federation.

✉ Klimenko Tatyana V., e-mail: klimenko17@mail.ru

УДК 616.89-008.441.13:616.89-02-055

Для цитирования: Уманская П.С., Агарков А.П. Клиническая картина структурно-сложного алкогольного психоза (гендерный аспект). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 31–35.

Клиническая картина структурно-сложного алкогольного психоза (гендерный аспект)

Уманская П.С.¹, Агарков А.П.²

¹ *Областной наркологический диспансер*

Россия, 625003, Тюмень, ул. Семакова, д. 11

² *Сибирский государственный медицинский университет*

Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

РЕЗЮМЕ

Проведено обследование пациентов молодого возраста (25–44 лет), проходивших лечение по поводу структурно-сложного алкогольного психоза, с целью выявления различий в клинической картине перенесенного психотического состояния у мужчин и женщин. Определены клинические особенности в структуре зрительных и вербальных галлюцинаций и их бредовой интерпретации пациентами обеих групп, а также показаны особенности течения и выхода из психоза. Результаты исследования необходимо учитывать при постановке диагноза и проведении лечебных мероприятий.

Целью исследования, проведенного на базе отделения неотложной наркологической помощи ГБУЗ ТО «ОНД», являлось дать сравнительную характеристику клинической картины структурно-сложного алкогольного психоза у мужчин и женщин молодого возраста. В исследование были включены лица 25–44 лет с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления алкоголя, синдром зависимости, II стадия и установленным диагнозом структурно-сложного алкогольного психоза.

Результаты исследования: При структурно-сложном психозе число мужчин было больше, чем женщин, во всех возрастных периодах, кроме группы 41–44 года. У мужчин чаще имел место переход алкогольного галлюциноза в делириозное помрачение сознания и делирия в онейроид. В большинстве случаев ($p < 0,05$) мужчины в своих галлюцинаторных переживаниях и при их бредовой интерпретации имели дело с негативно настроенными личностями (криминальные элементы), которые использовали разные средства слежения, воздействия и взрывчатые вещества, электромагнитные волны, радиацию и т.д. У мужчин чаще отмечался бред преследования ($p < 0,05$). В структуре эмоциональных расстройств у мужчин преобладали страх и тревога; только у них отмечался дисфорический фон настроения и эйфорический аффект.

Количество женщин при структурно-сложном психозе достоверно превалировало ($p < 0,05$) над количеством мужчин только в возрастной группе 41 год и старше. У женщин из всех видов структурно-сложного психоза наиболее часто отмечался переход делириозного помрачения сознания в острый алкогольный галлюциноз. Женщины чаще мужчин ($p < 0,01$) в структуре галлюцинаторных переживаний и при бредовой интерпретации ($p < 0,01$) отмечали позитивно настроенных к ним лиц, которые использовали машины, сельскохозяйственную технику и т.д. У женщин достоверно чаще ($p < 0,01$) имел место бред сексуального воздействия. Из галлюцинаций кожного чувства у женщин достоверно чаще ($p < 0,01$) отмечались эротические обманы восприятия. В структуре эмоциональных расстройств достоверно преобладала эмоциональная лабильность ($p < 0,05$).

Выводы: Клиническая картина алкогольного галлюциноза у мужчин и женщин молодого возраста имеет различия, что следует учитывать при постановке диагноза и проведении лечебных мероприятий

ВВЕДЕНИЕ

Структурно-сложные алкогольные психозы протекают в виде чередования различных психотических состояний. Так, психоз определяется синдромом острого параноида, затем развивается вербальный галлюциноз, сменяющийся делирием. Чаще всего наблюдается чередование галлюциноза и делириозного помрачения состояния. Л. Я. Трушков, А. И. Филь [8] описывают структурно-сложные алкогольные психозы, клиническая динамика которых определялась последовательно сменяющимися картинами острых психозов – параноида, галлюциноза, делирия, а также наличием элементов синдрома Кандинского–Клерамбо.

Исследованием патоморфоза, распространенности, клиники и течения структурно-сложных психозов занимались многие авторы [1–7, 10–12], однако информации о них не достаточно.

В последнее время наблюдается патоморфоз клинической картины заболевания, а также происходит увеличение числа больных за счет лиц более

молодого возраста [2]. Кроме того, частота развития алкогольных психозов отражает уровень алкоголизации населения [8], в связи с чем актуальность данного исследования весьма значительна.

Цель исследования – дать сравнительную характеристику клинической картины структурно-сложного алкогольного психоза у мужчин и женщин молодого возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Из числа всех поступивших на стационарное лечение в отделение неотложной наркологической помощи областного наркологического диспансера г. Тюмени за период проведения исследования (2011–2013 гг.) больные алкогольным делирием составили преобладающее большинство – 60,0 %, структурно-сложным психозом – 21,1 %, алкогольным галлюцинозом – 18,9 %.

Формирование исследуемой группы больных структурно-сложным алкогольным психозом осуществлялось выборочно, с учетом критериев включения и исключения.

Критериями включения в исследование служили: 1) возраст пациентов от 25 до 44 лет (лица молодого возраста по классификации ВОЗ [2012]); 2) установленный диагноз психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя, синдром зависимости, II стадия; 3) установленный диагноз структурно-сложного алкогольного психоза.

Критериями исключения из исследования являлись: 1) случаи острого алкогольного параноида и энцефалопатии Гайе-Вернике (из-за их редкой встречаемости среди лиц молодого возраста, невозможности их набора для верной статистической обработки); 2) наличие тяжелой соматической патологии – постинфарктные и послеоперационные состояния, сердечная недостаточность, дыхательная недостаточность вследствие пневмонии, острое нарушение мозгового кровообращения; 3) наличие психического заболевания – шизофрения, олигофрения, ранее перенесенные психозы вследствие органического поражения головного мозга.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общее число пациентов со структурно-сложным психозом составило 51 человек, из них 28 мужчин и 23 женщины. Наибольшая доля (по 31,4 % больных) приходилась на возраст 25–30 и 31–35 лет. Меньшее количество (21,6 %) пациентов находилось в возрасте 41–44 и 36–40 лет (15,7 %). Число мужчин (по 35,7 %) преобладало в возрастных периодах 25–30 лет и 31–35 лет и было в 1,4 раза больше, чем число женщин (по 26,1 %) в этих же возрастных группах. Мужчин (21,4 %) было в 2,5 раза больше, чем женщин (8,7 %), в возрасте 36–40 лет. Женщин (39,1 %) было в 5,4 раза больше ($p < 0,05$) мужчин (7,2 %) в возрастном периоде 41–44 года.

Из всех видов структурно-сложного психоза наиболее часто за время проведения исследования был отмечен переход алкогольного галлюциноза в делирий (58,8 %) (рис. 1). В 2 раза реже (29,4 %) наблюдался переход делирия в галлюциноз, наиболее редко – делирия в онейроид (11,8 %). У женщин (34,8 %) в 1,4 раза чаще, чем у мужчин (25,0 %), был отмечен переход делириозного помрачения сознания в галлюцинаторное. У мужчин (60,7 %) несколько чаще женщин (56,5 %) наблюдался переход галлюциноза в делирий. У наименьшего числа пациентов (14,3 % мужчин и 8,7 % женщин) наблюдалась трансформация делириозного помрачения сознания в онейроидное.

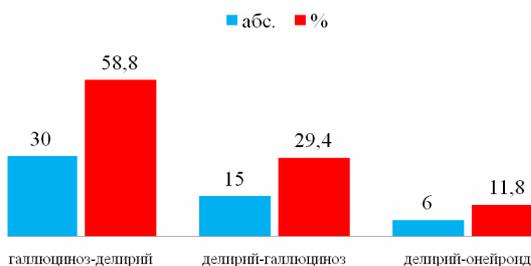


Рис. 1. Клинические варианты структурно-сложного психоза

В клинической картине структурно-сложного психоза у пациентов наиболее часто (75,0 %) имели место зрительные иллюзии. В 3,75 раза реже среди всех пациентов отмечено наличие тактильных иллюзий (20,0 %) и в 15 раз реже – вербальных (5,0 %). У женщин (29,4 %) в 2,3 раза чаще мужчин (13,0 %) имели место тактильные иллюзорные обманы восприятия. Мужчины (78,3 %) несколько чаще женщин (70,6 %) отмечали зрительные иллюзорные обманы восприятия, только у мужчин имели место вербальные иллюзии (8,7 %).

Из зрительных галлюцинаций в клинике структурно-сложного психоза среди всех обследованных чаще имели место антропоморфные галлюцинации (35,8 %), несколько реже встречались зоологические обманы восприятия (19,7 %), фотопсии (15,3 %) и фрагменты мультфильмов (13,9 %); наиболее редко имели место разные инопланетные существа (8,0 %), роботы (4,4 %) и обманы восприятия демонического содержания (2,9 %). У мужчин чаще женщин присутствовали зоологические (20,8 %) обманы восприятия, фотопсии (15,6 %) и «видения» фрагментов мультфильмов (14,3 %). Женщины чаще мужчин отмечали наличие антропоморфных расстройств (36,7 %), присутствие инопланетных существ (8,3 %), роботов (5,0 %), галлюцинации демонического содержания (3,4 %).

Из антропоморфных галлюцинаций при структурно-сложном психозе (табл. 1) чаще всего отмечаются видения негативно (44,2 %) или позитивно (30,5 %) настроенных к большим знакомым, близких, друзей, собутыльников. Реже имели место зрительные обманы восприятия с участием криминальных элементов (13,7 %), сотрудников спецслужб, полиции, ФСБ, КГБ и т. д. (10,5 %). Наиболее редко (1,1 %) больные сообщали о наличии в своих галлюцинаторных переживаниях террористов и боевиков. Женщины чаще мужчин видели в галлюцинаторных переживаниях знакомых, близких, друзей, собутыльников, настроенных к ним позитивно (48,8 %, $p < 0,01$). Мужчины чаще женщин рассказывали о негативно настроенных знакомых (48,1 %), криминальных элементах (20,4 %, $p < 0,05$), сотрудниках различных специализированных служб (13,0 %), террористах, боевиках (1,9 %).

Т а б л и ц а 1

Характер антропоморфных зрительных галлюцинаций	Характер антропоморфные зрительных галлюцинаций по группам обследуемых					
	у мужчин (n=54)		у женщин (n=41)		общее (n=95)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Знакомые, близкие, друзья, собутыльники, настроенные к больным негативно	26	48,1	16	39	42	44,2
Знакомые, близкие, друзья, собутыльники, настроенные к больным позитивно	9	16,7	20	48,8**	29	30,5
Криминальные элементы	11	20,4*	2	4,9	13	13,7
Сотрудники спецслужб (милиция, ФСБ и т. п.)	7	13	3	7,3	10	10,5
Террористы, боевики и т. п.	1	1,9			1	1,1

Примечание. Достоверность различий: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$.

Из технических средств воздействия, слежения, наблюдения в виде различных механических устройств чаще всего (30,4 %) обследуемые указывали на средства слежения, прослушивающую аппаратуру, жучки (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Средства воздействия и разные механические средства по группам обследуемых						
Средства воздействия и различные механические средства	Количество признаков					
	у мужчин (n=26)		у женщин (n=20)		общее (n=46)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Средства слежения (видеокамеры, жучки, передатчики, прослушивающая аппаратура и т.п.)	8	30,8	6	30	14	30,4
Машины (автомобили, автобусы, сельхозтехника)	5	19,2	8	40	13	28,3
Средства воздействия (электромагнитные волны, радиационные поля, лазерное излучение и т.п.)	8	30,8	4	20	12	26,1
Взрывчатые вещества (бомбы, фугасы, самодельные взрывные устройства и т.п.)	4	15,4	2	10	6	13
Военная техника (самолеты, танки и т.п.)	1	3,8			1	2,2

С более редкой частотой в галлюцинаторных переживаниях больных присутствовали различные машины, автобусы, сельскохозяйственная техника (28,3 %) и средства воздействия (26,1 %). Достаточно редко в зрительных обманах восприятия пациентов отмечались взрывчатые вещества, бомбы, фугасы (13,0 %) и военная техника (2,2 %). В группе структурно-сложных алкогольных психозов у мужчин чаще, чем у женщин, имели место различные средства слежения (30,8 %), воздействия (30,8 %), взрывчатые вещества (15,4 %), причем только мужчины отмечали наличие военной техники. В галлюцинаторных видениях женщин (40,0 %) в 2,1 раза чаще, чем у мужчин (19,2 %), наблюдались машины и сельскохозяйственную технику.

Из вербальных галлюцинаций с более высокой частотой встречаемости (19,1 %) пациенты описывали голоса мнимых собеседников и высказывания угрожающего характера (18,2 %). С незначительно более редкой частотой отмечались комментирующие (16,4 %), убеждающие (15,5 %) и констатирующие (12,7 %) вербальные обманы восприятия. Акоазмы (10,0 %), музыкальные (4,5 %) и императивные (3,6 %) обманы восприятия имели место лишь у достаточно малого количества пациентов. Посторонние голоса, не затрагивающие непосредственно личность больного, у пациентов данной группы отсутствовали. Среди женщин чаще, чем среди мужчин, было отмечено наличие голосов собеседников (20,0 %), комментирующие обманы восприятия (18,1 %), галлюцинации музыкального содержания (6,7 %), а также акоазмы (13,3 %). У мужчин чаще по сравнению с женщинами имели место голоса угрожающего (22,6 %), убеждающего (15,6 %), констатирующего (14,7 %) и императивного (4,4 %) характера.

В структуре бредовой интерпретации слуховых галлюцинаций в большинстве случаев пациенты отмечали знакомых, близких, друзей, собутыльников, настроенных к больным негативно (47,8 %) или позитивно (30,5 %). Реже больные сообщали о наличии в своих галлюцинаторных переживаниях криминальных элементов (11,8 %), в 8,7 раза реже – сотрудников спецслужб (5,5 %), в 10,9 раза реже – террористов и боевиков (4,4 %). В структуре бредовой интерпретации слуховых галлюцинаций у женщин по сравнению с мужчинами достоверно преобладали знакомые, близкие, друзья, собутыльники, настроенные к ним позитивно (48,7 %, $p < 0,01$). Мужчины чаще, чем женщины, указывали на наличие в своих переживаниях знакомых, близких, друзей, собутыльников, настроенных к ним негативно (50,9 %), криминальных элементов (17,0 %), сотрудников полиции, ФСБ и КГБ (7,5 %), террористов, боевиков и т. п. (7,5 %).

В характере бредовых переживаний у всех обследованных пациентов при структурно-сложном психозе наиболее часто (41,1 %) отмечался бред физического воздействия, в 2,0 раза реже – бред материального ущерба (20,2 %). С практически одинаковой частотой у пациентов имел место бред преследования (18,2 %) и сексуального воздействия (16,2 %). Только у 4 % больных выявлен бред психического воздействия. У мужчин по сравнению с женщинами существенно преобладал бред физического воздействия (48,2 %), преследования (25,9 %, $p < 0,05$). У женщин чаще, чем у мужчин, отмечался бред сексуального воздействия (31,1 %, $p < 0,01$), материального ущерба (22,2 %) и психического воздействия (4,5 %).

В бредовых переживаниях среди исследуемых из технических средств воздействия и слежения в основном (57,6 %) доминировали устройства слежения (прослушивающая аппаратура, жучки, микрофоны, передатчики и т. п.). В 1,6 раза встречались указания на радиоактивное излучение и электромагнитные волны (36,4 %), значительно реже – взрывчатые вещества (6,0 %). Женщины (69,2 %) чаще мужчин (50,0 %) отмечали наличие видеокамер и различной прослушивающей аппаратуры. Женщины (7,7 %) несколько чаще мужчин (5,0 %) говорили о наличии гранат, бомб, фугасов. Мужчины (45,0 %) в 1,9 раза чаще женщин (32,1 %) отмечали воздействие на них электромагнитных волн, радиационного излучения и т. д.

Тактильные галлюцинации отмечали 48 % обследованных больных. Эротические галлюцинации имели место в 1,6 раза реже (30,8 %), а гигрические – в 3,6 раза (13,5 %). Галлюцинации ощущения укусов встречались редко (7,7 % пациентов). У женщин достоверно чаще (50,0 %, $p < 0,01$), чем у мужчин (8,3 %), имели место галлюцинации эротического характера. У мужчин чаще, чем у женщин, отмечались тактильные (54,2 %), гигрические (20,8 %) обманы восприятия и ощущения укусов (16,7 %).

В структуре эмоциональных расстройств при структурно-сложном психозе среди обследованных преобладала эмоциональная лабильность (63,7 %), реже – страх и тревога (29,1 %). У меньшего и равного числа пациентов (по 3,6 %) отмечался угрюмый, дисфорический фон настроения или благодушно-эйфорический аффект. У женщин (82,6 %) достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у мужчин (50,0 %), была отмечена эмоциональная лабильность. У мужчин (37,5 %) в 2,2 раза чаще женщин (17,4 %) имели место страх и тревога, и только у них отмечался угрюмый, дисфорический фон настроения (6,25 %) или благодушно-эйфорический аффект (6,25 %).

При структурно-сложном психозе число мужчин было больше, чем женщин, во всех возрастах, кроме 41–44 лет. У мужчин чаще имел место переход алкогольного галлюциноза в делириозное помрачение сознания и делирия в онейроид. Большинство мужчин ($p < 0,05$) в своих галлюцинаторных переживаниях и при их бредовой интерпретации имели дело с негативно настроенными лицами (криминальные элементы), использовавшими разные средства слежения и воздействия, взрывчатые вещества, электромагнитные волны, радиацию и т.д. У мужчин чаще отмечался бред преследования ($p < 0,05$), в структуре эмоциональных расстройств у них преобладали страх и тревога; только у них отмечался дисфорический фон настроения и эйфорический аффект.

Доля женщин при структурно-сложном психозе достоверно превалировала ($p < 0,05$) над числом мужчин в возрасте ≥ 41 год. У женщин наиболее часто отмечался переход делириозного помрачения сознания в острый алкогольный галлюциноз. Женщины чаще мужчин ($p < 0,01$) в структуре галлюцинаторных переживаний и при бредовой интерпретации ($p < 0,01$) отмечали позитивно настроенных к ним лиц, которые использовали машины, сельскохозяйственную технику и т.д. У женщин чаще имел место ($p < 0,01$) бред сексуального воздействия, из галлюцинаций кожного чувства – эротические обманы восприятия ($p < 0,01$), а в структуре эмоциональных расстройств – эмоциональная лабильность ($p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, клиническая картина алкогольного галлюциноза в обследованных выборках мужчин и женщин молодого возраста имеет определенные различия, что необходимо учитывать при по-

становке диагноза и проведении лечебных мероприятий.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол заседания № 53 от 06.11.2013 этического комитета Тюменской ГМА).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009: 510.
2. Востриков В.В., Востриков М.В., Шабанов П.Д. Влияние перенесенного в анамнезе психотического и судорожного состояний на эмоционально-мотивационный статус больных с зависимостью от алкоголя в постабстинентном периоде. *Психофармакология и биологическая наркология*. 2006; 6 (4): 1363–1369.
3. Гофман А. Г., Орлова М. А., Меликсетян А. С. Алкогольные психозы: клиника, классификация. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010; 20 (1): 5–12.
4. Куржупов К.А., Погосов А.В. Клинико-динамическая оценка алкогольных психозов в зависимости от разновидности употребляемого алкоголя. *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. 2009; 2: 61–73.
5. Масленников А. А. Патоморфоз клиники алкогольных психозов. XV съезд психиатров России: материалы съезда (9–12 ноября 2010 г.). М.: Медпрактика-М, 2010: 96–97.
6. Семке В.Я., Галактионов О.К., Мандель А.И., Бохан Н.А., Мещеряков Л. В. Алкоголизм: региональный аспект / под общ. ред. В.Я. Семке. Томск, 1992: 217.
7. Семке В.Я., Мельникова Т.Н., Бохан Н.А. Нейробиологические механизмы алкоголизма. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2002; 102 (8): 61–66.
8. Трущенко Л.Я., Филь А.И. О некоторых особенностях клиники, течения и лечения алкогольных психозов. Нижний Новгород: Новгородская психиатр. ассоциация, 2002: 34–39.
9. Уваров И.А. Преморбидные особенности больных алкогольными психозами. *Вопросы наркологии*. 2009; 2: 7–17.
10. Уваров И.А., Лекомцев В.Т. Биопсихосоциальные факторы риска развития алкогольных психозов. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2009; 5: 30–40.
11. Шаропова Н. М. Структурно сложные алкогольные психозы с острым течением (клиника, систематика, патоморфоз, судебно-психиатрическое значение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001: 54.
12. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.

Поступила в редакцию 05.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Уманская Полина Станиславовна, к.м.н., врач психиатр-нарколог.
Агарков Александр Прокопьевич, д.м.н., проф., заслуженный врач России, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии.

✉ Уманская Полина Станиславовна, e-mail: umanskie@gmail.com

УДК 616.89-008.441.13:616.89-02-055

For citation: Umanskaya P.S., Agarkov A.P. Clinical picture of alcoholic hallucinosis among men and women of young age (comparative aspect). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 31–35.

Clinical picture of alcoholic hallucinosis among men and women of young age (comparative aspect)

Umanskaya P.S.¹, Agarkov A.P.²

¹ Regional Narcological Dispensary
Semakov Street 11, 625003, Tyumen, Russian Federation

² Siberian State Medical University
Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Young patients (aged 25–44 years) who underwent treatment for structural-complex alcoholic psychosis were examined to identify differences in the clinical picture of the psychotic condition in men and women. Clinical features in the structure of visual and verbal hallucinations and their delusional interpretation by patients of both groups were identified, and also the features of the course and exit from psychosis were shown. The results of the study should be taken into account in the diagnosis and treatment.

The **purpose** of the study, conducted on the basis of the emergency drug treatment department of the Regional Narcological Dispensary, was to provide a comparative description of the clinical picture of structural and complex alcoholic psychosis in men and women of young age. The study included persons aged 25–44 years with established diagnosis of mental and behavioral disorders, alcohol use, dependence syndrome, stage II and the established diagnosis of structurally complex alcoholic psychosis.

Results of the study: In the case of a structurally complex psychosis, the number of men was larger than that of women, in all the ages, except for the group of 41–44. In men, the transition of an alcoholic hallucinosis to a delirious disturbance of consciousness and delirium into an oneiroid was more common. In the majority ($p < 0.05$), men in their hallucinatory experiences and with their delusional interpretation dealt with negatively-minded individuals (criminals) who used various means of tracking, exposure and explosives, electromagnetic waves, radiation etc. Men often suffered from delusion of persecution ($p < 0.05$). In the structure of emotional disorders in men, fear and anxiety predominated; only they had a dysphoric mood background and euphoric affect.

The number of women with a structurally complex psychosis significantly predominated ($p < 0.05$) above the number of men only in the age group 41 years and older. In women of all types of structurally complex psychosis, the transition of the delirious disturbance of consciousness to acute alcoholic hallucinosis was most frequently observed. Women more frequently than men ($p < 0.01$) in the structure of hallucinatory experiences and with delusional interpretation ($p < 0.01$) noted positively-minded persons who used machines, agricultural equipment etc. In women significantly more frequently ($p < 0.01$), there was a delusion of sexual influence. From hallucinations of skin sensation in women, erotic illusions of perception were more frequent ($p < 0.01$). In the structure of emotional disorders, emotional lability predominated ($p < 0.05$).

Conclusion: Thus, the clinical picture of alcoholic hallucinosis in the samples of men and women of young age examined has certain differences, which should be taken into account when diagnosing and carrying out therapeutic activities.

Keywords: structurally complex alcoholic psychosis, young age.

REFERENCES

- Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (in Russian).
- Vostrikov V.V., Vostrikov M.V., Shabanov P.D. Vliyanie pere-nosennoego v anamneze psikhoticheskogo i sudorozhnogo sostoyaniya na emotsional'no-motivatsionnyy status bol'nykh s zavisimost'yu ot alkogolya v postabstinentnom periode [The influence of the psychotic and convulsive states in the anamnesis on the emotional and motivational status of patients with alcohol dependence in the post-abstinent period]. *Psikhofarmakologiya i biologicheskaya narkologiya – Psychopharmacology and Biological Narcology*. 2006; 6 (4): 1363–1369 (in Russian).
- Gofman A.G., Orlova M.A., Meliksetyan A.S. Alkogol'nye psikhozy: klinika, klassifikatsiya [Alcoholic psychoses: clinic, classification]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2010; 20 (1): 5–12 (in Russian).
- Kurzhu-pov K.A., Pogosov A.V. Kliniko-dinamicheskaya otsenka alkogol'nykh psikhozov v zavisimosti ot raznovidnosti upotrebl'yаемого alkogolya [Clinical and dynamic assessment of alcoholic psychoses, depending on the type of alcohol used]. *Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik "Chelovek i ego zdorov'e" – Kursk Scientific and Practical Bulletin "Man and His Health."* 2009; 2: 61–73 (in Russian).
- Maslennikov A.A. Patomorfoz kliniki alkogol'nykh psikhozov. XV s"ezd psikhiatrov Rossii: materialy s"ezda (9–12 noyabrya 2010 g.) [Pathomorphosis of clinical picture of alcoholic psychoses. XV Congress of Psychiatrists of Russia: materials of the Congress (November 9–12, 2010)]. Moscow: Medpraktika-M, 2010: 96–97 (in Russian).
- 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 (in Russian).
- Semke V.Ya., Melnikova T.N., Bokhan N.A. [Neurobiological mechanisms of alcoholism]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S. S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]*. 2002; 102, 8: 61–66. (in Russian).
- Trushchenkov L.Ya., Fil' A.I. O nekotorykh osobennosti kliniki, techeniya i lecheniya alkogol'nykh psikhozov [About some features of clinical picture, course and treatment of alcoholic psychoses]. Nizhny Novgorod: Novgorod Psychiatric Association, 2002: 34–39 (in Russian).
- Uvarov I.A. Premorbidnye osobennosti bol'nykh alkogol'nymi psikhozami [Premorbid features of patients with alcoholic psychosis]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2009; 2: 7–17 (in Russian).
- Uvarov I.A., Lekomtsev V.T. Biopsichosotsial'nye faktory riska razvitiya alkogol'nykh psikhozov [Biopsychosocial factors of the risk of alcoholic psychosis]. *Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii – Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia*. 2009; 5: 30–40 (in Russian).
- Sharopova N.M. Strukturno slozhnye alkogol'nye psikhozy s ostrym techeniem (klinika, sistematika, patomorfoz, sudebno-psikhicheskoe znachenie) [Structurally complex alcoholic psychoses with acute course (clinic, systematic, pathomorphosis, forensic psychiatric significance)]. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk – Abstract of MD thesis. M., 2001: 54 (in Russian).
- Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.

Received April 05.2017

Accepted May 02.2017

Umanskaya Polina S., PhD, psychiatrist-addiction specialist, Regional Narcological Dispensary, Tyumen, Russian Federation.

Agarkov Alexander P., MD, Professor, Honored Physician of the Russian Federation, professor of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Umanskaya Polina S., e-mail: umanskie@gmail.com

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.441.13-053.2

Для цитирования: Назарова И.А., Аболонин А.Ф., Стоянова И.Я. Влияние социальных и личностных факторов на формирование делинквентных форм поведения у юношей и девушек в разных условиях социализации. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 36–41.

Влияние социальных и личностных факторов на формирование делинквентных форм поведения у юношей и девушек в разных условиях социализации

Назарова И.А., Аболонин А.Ф., Стоянова И.Я.

Научно-исследовательский институт психического здоровья

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук

Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Изучены 260 подростков мужского и женского пола с наркотической и алкогольной зависимостями в возрасте от 14 до 18 лет (средний возраст $17,08 \pm 0,8$ года), отбывающих наказание в воспитательных колониях. В качестве группы сравнения были обследованы подростки, обучающиеся в различных условиях социализации, а именно группа трудных подростков из 113 человек, находившихся в региональном лагере юных спасателей «Сибэкстрем», 114 учащихся ПТУ и лицеев и 1032 учащихся средних общеобразовательных школ. Выявлены гендерные особенности личности несовершеннолетних преступников, дана оценка структуре микросоциального окружения. Определены личностные качества подростков в зависимости от условий социализации.

Ключевые слова: делинквентное поведение, институты социализации, несовершеннолетние правонарушители, межполовые различия, личностные особенности, аддикция.

ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст общепризнанно считается одним из самых сложных периодов в жизни человека. Это связано с подростковым кризисом, с возникновением нового уровня самосознания, со стремлением к самоутверждению и самовыражению. Не всегда этот процесс протекает плавно, в зависимости от личностной predisposition и условий социализации возникают различной выраженности отклонения, требующие психокоррекционной работы. Поэтому особое место в изучении проблем подросткового возраста занимает девиантология. Большинство исследователей считают, что именно условия окружения и меры воспитательного воздействия играют значительную роль в генезе нарушений поведения у детей и подростков [3–5, 8, 9, 12–15]. Это подтверждается не только высокой частотой наркологических заболеваний, аффективных и психопатических нарушений среди родственников, но и тем, что семьи детей и подростков с девиантным поведением чаще всего дезорганизованы, дисфункциональны, взаимоотношения между их членами семьи нарушены [7]. В развитии аддиктивного поведения в подростковом возрасте важную роль также играет микроокружение. По мнению А.И. Мандель и др. [11], в подростковом возрасте из числа социальных факторов, влияющих на формирование личности, наибольшее влияние принадлежит «неформальной группе сверстников». Влияние группы особенно значимо, если субъект дорожит принадлежностью к ней и образ жизни группы не противоречит внутренним позициям личности, её наиболее актуальным, ведущим мотивам.

Результаты, полученные зарубежными и российскими исследователями, показывают корреляцию между девиантными формами поведения обследованных, формированием соответствующих мотивировок и наличием друзей с такими формами поведения [7, 10, 16, 17]. Компонент пренебрежения в стиле воспитания способствует формированию у ребенка агрессивности и склонности к дальнейшему воспроизведению подобных форм поведения в социальных контактах, в частности впоследствии по отношению к собственным детям [1, 2].

Новыми тенденциями в современном наркопотреблении являются снижение возраста потребителей наркотиков; увеличение количества употребляющих «лёгкие» наркотики; рост количества потребляющих без зависимости; увеличение количества «скрытых» наркопотребителей; увеличение числа потребляющих два и более наркотических веществ; повышение количества употребляющих синтетические наркотики; рост количества потребителей дешёвых («аптечных») наркотиков.

Таким образом, несмотря на значительное количество опубликованных результатов исследований, выполненных на материале различных групп детей и подростков с аддиктивным и делинквентным поведением, всё же причины, роль различных факторов и их удельный вес в развитии, течении, динамике и степени выраженности изучены недостаточно. Постоянное изменение социальных реалий, идеологических и психологических установок приводит к непрерывной трансформации как структуры девиантного и делинквентного поведения, так и факторов риска, способствующих его появлению.

В связи с этим обсуждаемый круг проблем в обозримом будущем будет нуждаться в постоянном углубленном изучении и уточнении.

Цель – изучение социальных и личностных факторов, влияющих на формирование делинквентных форм поведения у юношей и девушек, находящихся в разных условиях социализации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выборка комплексного клинико-психологического обследования включает 260 подростков мужского и женского пола с наркотической и алкогольной зависимостями в возрасте от 14 до 20 лет (средний возраст – 17,08±0,8 года). Из них 150 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 19 лет (средний возраст 17,1±0,9 года) находились в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей (г. Ленинск-Кузнецк Кемеровской области), 110 девушек (средний возраст 17±0,73 года) были воспитанницами женской воспитательной колонии г. Томска. Выборка создавалась на основании наличия у подростков зависимости или указания на злоупотребление ПАВ.

Для сравнения нами были обследованы три группы подростков, имеющих разные уровни социализации и с различной степенью выраженности делинквентных форм поведения. В первую группу вошли 113 подростков, находившиеся в региональном лагере юных спасателей «Сибэкстрем», совершавшие правонарушения, не попадающие под УК РФ, имеющие в анамнезе эпизодическое употребление ПАВ. Во вторую группу включили 114 учащихся ПТУ и лицеев, имеющих проблемы с поведением. Третью группу, самую многочисленную, составили 1 032 учащихся средних общеобразовательных школ с нормативным поведением.

Для реализации цели исследования применяли клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (оценка особенностей личностных и когнитивных характеристик больных), математико-статистический методы. С помощью клинико-психологического метода проводили изучение медицинской и социально-психологической информации: индивидуальные беседы с психологами, медицинскими работниками, что позволило охарактеризовать соматический и социально-психологический статус исследованных подростков с делинквентным и нормативным поведением.

Систематизация данных производилась с привлечением карты стандартизованного описания обследуемого «Эпидемиология, клинико-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами» [Авторы-составители: Бохан Н.А., Мандель А.И., Аболонин А.Ф., Жукова И.А., 2004].

Изучение эмоционально-волевой сферы и личностно-типологических особенностей юношей и девушек подросткового возраста проводили с помощью методики «Mini-Mult» (сокращенный вариант ММРП в модификации В.П. Зайцева [1981]). Математико-статистический метод обработки данных осуществ-

лялся с помощью статистического программного пакета Statistica, версия 10.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ правонарушений показал, что юноши значительно больше совершают преступлений, направленных против жизни и здоровья, а девушки – преступлений против собственности. В состоянии опьянения на момент совершения преступления чаще находились девушки (63,6 %), чем юноши (32 %) ($p < 0,05$).

По результатам анализа анамнестических данных семей юношей, находящихся в воспитательной колонии, выявлено, что в полной семье из них воспитывалось 29,33 %, одним родителем – 57,3 %, родственниками, в приемной семье – 2,67 %, в интернате, в детском доме – 10,67 %. Среди девушек 23,64 % воспитывались в полной семье, одним родителем – 40 %, у родственников или в приемной семье – 16,36 %, в детском доме – 20,0 %. При сравнении полученных данных обнаружены достоверные различия. Юноши, в отличие от девушек, до момента совершения преступления проживали в родительской семье, а девушки до заключения чаще всего воспитывались в детском доме ($p < 0,05$).

Обследование подростков группы риска, находившихся в лагере «Сибэкстрем», показало, что 34,5 % юношей воспитывались в полной семье, 41,2 % – одним из родителей, 12 % – в приемных семьях. 45,9 % девушек воспитывались в полной семье, 37,8 % – в неполных семьях, 5,4 % – в приемных семьях. 46,9 % юношей – учащихся ПТУ воспитывались в полной семье, 40,7 % – в неполной семье, 12,5 % – в приемных семьях. По 48 % девушек воспитывались в полных и неполных семьях, 4 % – в приемных (были удочерены). 73,8 % юношей – учащихся школ проживали в полных семьях, 23,8 % – воспитывались одним родителем, 2,5 % – в приемных семьях. В свою очередь у 62,2 % девушек-школьниц была полная семья, 36,6 % – воспитывались в неполных семьях, 1,2 % – в приемных семьях (табл. 1).

Таблица 1

Распределение подростков по условиям воспитания								
Условия воспитания	1		2		3		4	
	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки	юноши	девушки
Полная семья	29,3	23,64	34,5	45,9	46,9	48	73,8	62,2
Неполная семья	57,3	40	41,2	37,8	40,7	48	23,8	36,6
Приемная семья	2,67	16,4	12	5,4	12,5	4	2,5	1,2
Детский дом	10,7	20						

Примечание. 1 – Отбывающие наказание в воспитательных колониях, 2 – находившиеся в региональном лагере «Сибэкстрем», 3 – учащиеся ПТУ и лицеев, 4 – учащиеся средних общеобразовательных школ.

Таким образом, изучение микроокружения и условий семейного воспитания показало, что с нарастанием девиантности в группах подростков уменьшается количество полных семей и повышается доля подростков, воспитываемых одним из родителей, в приёмных семьях или в интернатах.

Изучение семейного окружения и условий формирования девиантного поведения показало, что юноши, отбывающие наказание в воспитательной колонии, достоверно чаще проживали в родительской семье, воспитывались в условиях гипер- и гипоопеки и в условиях с завышенными требованиями. Преобладающими отношениями в таких семьях были конфликтные. Девушки чаще всего воспитывались в условиях детского дома, где доминировал бессистемный подход к воспитанию (при $p > 0,01$). Отцы юношей в большей степени злоупотребляли алкоголем, а отцы девушек чаще отказывались от потребления алкоголя совсем ($p < 0,05$). При анализе образовательного статуса родителей правонарушителей было выявлено, что большинство родителей имели среднее и среднеспециальное образование. Получили высшее или незаконченное высшее образование 0,6 % отцов и 5,9 % матерей юношей-правонарушителей и 5,4 % отцов и 7,2 % матерей девушек-правонарушительниц. Как правило, профессиональная деятельность их родителей связана с рабочей специальностью либо с неквалифицированным трудом.

Анализ родительских семей юношей, находящихся в региональном лагере юных спасателей «Сибэкстрем», показал, что 13,4 % отцов были безработными, 15,9 % имели высшее или незаконченное высшее образование, 18,4 % получили среднеспециальное образование. 18,9 % матерей не работали, высшее или незаконченное высшее образование было у 22,6 %, среднеспециальное – у 27,6 %. Изучение условий воспитания выявило в 40,3 % семей гармоничный стиль, в 18,5 % – бессистемный, в 13,4 % – «кумир семьи». Материальный уровень 40,3 % семей был высоким; в 45,4 % – средний уровень дохода, в 12,6 % – низкий. 15,1 % отцов и 7,6 % матерей злоупотребляли алкоголем.

18,9 % отцов девушек из группы риска (находившихся в региональном лагере «Сибэкстрем») не работали, 21,6 % имели высшее или незаконченное высшее образование, 29,7 % – среднеспециальное. 9,1 % матерей были безработными, 37,8 % и 18,9 % получили высшее и среднеспециальное образование. Условия воспитания у 56,6 % девушек были гармоничными, у 13,5 % – по типу «кумир семьи», у 10,8 % – гиперопека. Материальное положение соответствовало у 35,1 % высокому уровню, у 40,5 % – среднему уровню, у 21,6 % – низкому достатку. Злоупотребляли алкоголем 27,02 % отцов и 8,1 % матерей.

У юношей – учащихся среднеспециальных учреждений (ПТУ, лицей) не работали 9,4 % отцов и 3,1 % матерей, среднеспециальное образование имели 46,9 % отцов и 37,5 % матерей, высшее образование – только 21,9 % матерей, у отцов высшее образование не выявлено. Условия воспитания юноши охарактеризовали как гармоничные (62,5 %), бессистемные (12,5 %), по типу «золушка» (9,4 %). Материальный достаток в большинстве семей учащихся был средним (49,9 %) и высоким (46,9 %), низким – в 3,1 %. Злоупотребление алкоголем отмечается у 18,7 % отцов и 3,1 % матерей.

8 % отцов и 12 % матерей девушек – учащихся среднеспециальных учреждений имели высшее и незаконченное высшее образование, 36 % отцов и 64 % матерей – среднеспециальное. 56 % воспитывались гармонично, 20 % – по типу «кумир семьи». Материальный уровень 76 % девушек оценили как средний, как высокий – 16 %, как низкий – 8 %. Злоупотребляло алкоголем 4 % отцов и 4 % матерей.

2,5 % матерей юношей-старшеклассников общеобразовательных школ не работали. Образование у 57,4 % отцов было высшим и незаконченным высшим, у 18,7 % – среднеспециальным. 71,9 % матерей получили образование высшее, 19,6 % среднеспециальное. Условия воспитания 68,8 % школьников охарактеризовали как гармоничные, 16,3 % – как гиперопеку. Материальный достаток оценивают как высокий 57,7 % школьников, как средний – 42,7 %, низкий достаток не отметил ни один школьник. Злоупотребление алкоголем отмечается у 2,5 % отцов.

Не работают 2,4 % отцов и 6,1 % матерей учениц старших классов общеобразовательной школы, 56,1 % и 23,2 % отцов имели образование высшее и среднеспециальное. 70,4 % и 20,8 % матерей получили высшее и среднеспециальное образование. Условия воспитания в 69,5 % семей были гармоничными, в 12,2 % – по типу «кумир семьи», в 9,8 % – бессистемные. Материальный достаток в 64,6 % семей школьниц был высоким, средний – в 32,9 %, низкий – в 2,4 %. Злоупотребляли алкоголем 6,1 % отцов и 1,2 % матерей школьниц (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Социально-экономический статус семей подростков								
Показатель	1		2		3		4	
	юно-ши	де-вушки	юно-ши	де-вушки	юно-ши	де-вушки	юно-ши	де-вушки
Не работает временно или постоянно								
отец			13,4	18,9	9,4	0	0	2,4
мать			18,9	9,1	3,1	0	2,5	6,1
Имеет высшее и незаконченное высшее образование								
отец	0,6	5,4	15,9	21,6	0	8	57,4	56,1
мать	5,9	7,2	22,6	37,8	21,9	12	71,9	70,4
Материальный уровень (достаток) высокий								
семья	10,9	2,5	40,3	35,1	46,9	16	57,7	64,6
Злоупотребление алкоголем								
отец	30,9	71,2	15,1	27,02	18,7	4	2,5	6,1
мать	29,1	29,7	7,6	8,1	3,1	4	0	1,2

П р и м е ч а н и е . 1 – Отбывающие наказание в воспитательных колониях, 2 – находившиеся в региональном лагере «Сибэкстрем», 3 – учащиеся ПТУ и лицеев, 4 – учащиеся средних общеобразовательных школ.

Сравнительный анализ показал увеличение доли несовершеннолетних подростков с девиантным поведением, в семьях которых преобладают жестокие и бессистемные условия воспитания, гиперопека, конфликтные отношения, неоправданно повышенные требования. С этим коррелируют высокий уровень алкоголизации отцов и низкий материальный уровень обеспеченности семей, но в большей степени прослеживается увеличение степени алкоголизации матерей.

Анализ возраста начала употребления показал ранее знакомство с ПАВ в группе девиантных аддиктов. Первые пробы ПАВ у юношей-правонарушителей

начинались раньше, чем у девушек ($p=0,004$), но после 12 лет девушки становились в этом отношении более активными.

Предпочтения в выборе ПАВ оказались разными. Девушки более склонны ($p=0,0001$) употреблять алкоголь и чаще прибегали ($p=0,0001$) к комбинированному потреблению. 63,64 % девушек и 71,17 % юношей основным мотивом потребления считают потребность испытать новые ощущения (экспериментирование). Причиной первого употребления наркотика у юношей являлось давление со стороны окружающих, выбор осуществлялся по чужой инициативе ($p=0,02$), у девушек решающим фактором была относительная доступность приобретения наркотика ($p=0,0017$). Сдерживающие факторы перед первым употреблением отсутствовали у 76,36 % девушек и 72,03 % юношей, лишь 18,18 % девушек и 15,25 % юношей испытывали опасения перед первым потреблением из-за возможного вреда здоровью. При дальнейшем потреблении ПАВ у 77,11 % юношей и 63,64 % девушек основным мотивом становится гедонистический.

Изучение личностного профиля по опроснику ММРП показало сходный профиль в сравниваемых группах подростков-юношей (рис. 1).

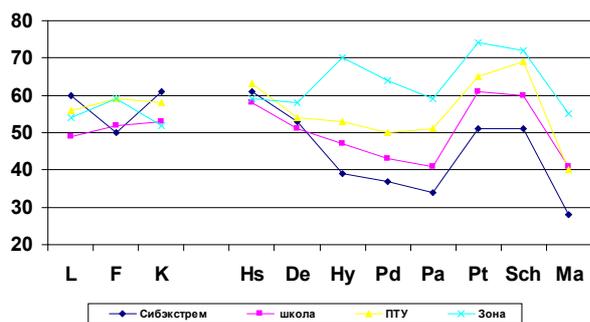


Рис. 1. Личностные профили подростков-юношей

При сравнении полученных личностных профилей по сокращенной методике «Mini-Mult» в группах несовершеннолетних правонарушителей-юношей, девиантных подростков, учащихся ПТУ и лицеев, школьников общеобразовательных учреждений были выявлены значимые различия ($p<0,05$) между группами с учетом метода поправки Бонферрони.

У юношей, находящихся в лагере «Сибэкстрем», выявлены высокие значения личностного профиля по всем оценочным шкалам, в то же время низкие значения отмечались по шкалам демонстративности ($p<0,001$), импульсивности ($p<0,001$), ригидности ($p<0,001$), тревожности ($p<0,001$), индивидуалистичности ($p<0,001$), оптимизма ($p>0,0001$).

Подобное сочетание значений по шкалам у подростков, находящихся в лагере «Сибэкстрем», характерно для людей, склонных скрывать истинные мотивы своего поведения, что свидетельствует о потребности выглядеть в более выгодном свете. Юноши, отбывающие наказание в воспитательных колониях, имеют высокие показатели по шкалам импульсивности и тревоги ($p>0,0001$) относительно

учащихся среднеспециальных образовательных учреждений. Сравнительный анализ полученных показателей у школьников и находящихся в местах лишения свободы юношей выявил достоверные различия по шкалам пессимизма ($p<0,001$), демонстративности ($p<0,001$), импульсивности ($p<0,001$), ригидности ($p<0,001$), тревожности ($p<0,001$), индивидуалистичности ($p<0,001$), активности ($p<0,001$).

У несовершеннолетних правонарушителей пики показателей приходится на демонстративность и тревожность, что отражает симптоматику истерического и астенического типов психопатизации. По мнению А.А. Козлова, М.Л. Рохлиной [2000], И.Н.Пятницкой, Н.Г. Найденовой [2002], В.Д. Менделевича [2003], подобная психопатологическая симптоматика наблюдается у всех злоупотребляющих наркотиками подростков, они похожи уровнем психического развития, личностной патологией, формами поведения.

Сравнение личностных профилей по сокращенной версии «Mini-Mult» у несовершеннолетних правонарушительниц, девушек с девиантным поведением, девушек-учащихся ПТУ и общеобразовательных учреждений позволило выявить значимые различия ($p<0,05$) между группами (рис. 2).

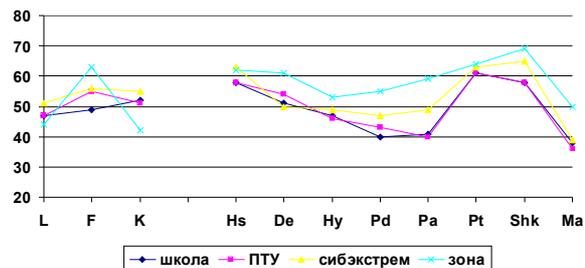


Рис. 2. Личностные профили подростков-девушек

У девушек-правонарушительниц обнаружены высокие показатели асоциальных тенденций относительно других групп. Больше всего личностные профили различаются между группами школьниц и осужденных девушек по шкалам коррекции, достоверности, пессимистичности, импульсивности, тревоги, индивидуалистичности, оптимизма ($p<0,001$). Выявлены различия между девушками-учащимися ПТУ и находящимися в местах лишения свободы по шкалам коррекции, импульсивности, индивидуалистичности, активности ($p<0,001$). Девушки из лагеря «Сибэкстрем» менее пессимистичны и более активны, чем находящиеся в местах лишения свободы, которые более пессимистичны, замкнуты и сосредоточены на проблемах собственного самочувствия.

Сравнительный анализ данных, полученных с использованием метода «Mini-Mult», показал, что юноши более активны и склонны к преувеличению своих способностей, а девушки более откровенны и фиксированы на своем здоровье (табл. 2). По шкалам ригидности и индивидуалистичности значимых различий не обнаружено, что отражает личностно-характерологические особенности длительное время находящихся в закрытой системе людей.

Т а б л и ц а 2

Средние значения по опроснику «Mini-Mult» у отбывающих наказание юношей и девушек			
Клиническая шкала	Среднее значение		p
	Юноши	Девушки	
L	51,6 ±8,83	43,97±13,3	0,000
F	56,8±15,7	63,2±17,3	0,042
K	51,9±15,7	42,010,5	0,000
Hs	56,4±12,7	61,97±13,2	0,026
De	55,4±12,7	61,1±13,7	0,025
Hu	66,9±12,7	53,2±14,5	0,000
Pd	64,9±11,2	55,2±10,9	0,000
Pa	57,± 15,4	58,7±18,9	0,591
Pt	72,98±14,5	63,9±11,1	0,001
Shk	70,3±22,7	69,4±12,2	0,816
Ma	55,2±12,2	49,97±10,6	0,024

ВЫВОДЫ

Таким образом, низкий экономический, социальный статус родителей, педагогическая запущенность, безразличие и жестокость значимого взрослого окружения способствуют вовлечению подростка в девиантное поведение. Анализ личностных характеристик выявил схожесть определенных качеств, что свидетельствует о преобладании внешних факторов на развитие отклонений в поведении.

Анализ индивидуально-личностных особенностей выявил, что с нарастанием девиаций у подростков-юношей в группах сравнения усиливается лживость, создается ошибочная иллюзия собственной неуязвимости, им кажется, что совершенные поступки можно легко скрыть от окружающих. Подростки, находящиеся в местах лишения свободы, имеют более заостренные черты личности с демонстративно-тревожным радикалом. Анализ личностных профилей девушек выявил преобладание тревожных и асоциальных черт характера, что в значительной мере определяется асоциальным окружением и образом жизни.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках темы ПНИ «Разработка методов персонализированной терапии у больных аддиктивными расстройствами» (Номер госрегистрации АААА-А16-116042610053-7).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

В исследовании соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВМА (протокол № 53 от 01.10.2012 этического комитета НИИ психического здоровья, дело № 53/4.2012).

Назарова Ирина Анатольевна, м.н.с. отделения аддиктивных состояний.
Аболонин Алексей Федорович, к.м.н., с.н.с. отделения аддиктивных состояний.
Стоянова Ирина Яковлевна, д.п.н., профессор, в.н.с. отделения аффективных состояний.

✉ Назарова Ирина Анатольевна, e-mail: ianazarova@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболонин А.Ф., Асланбекова Н.В. Социально-психологические характеристики и особенности проявлений агрессивности у девиантных подростков. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 3 (78): 45–50.
2. Аболонин А.Ф., Назарова И.А., Стоянова И.Я., Гусев С.И. Агрессия как фактор возникновения делинквентного поведения (гендерный аспект). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 4 (89): 58–66.
3. Беляева С.И. Межпоколенная воспроизводимость деструктивных паттернов функционирования в семьях делинквентных подростков. *Медицинская психология в России: электронный научный журнал*. 2017; 1 (41): 10 [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>
4. Бохан Н.А., Буторина Н.Е., Кривулин Е.Н. Депрессивные реакции при пенитенциарной дезадаптации у подростков. Челябинск: Изд-во ПИРС, 2006: 264.
5. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009: 510.
6. Воеводин И.В. Дисфункциональность семьи как фактор риска аддиктивного поведения. *Консилдум*. 2000; 4: 58.
7. Воеводин И.В., Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Белокрылов И.И., Назарова И.А. Структура, динамика и психологические характеристики мотивировок употребления психоактивных веществ у учащихся высших и средних учебных заведений. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева*. 2014; 4: 37–42.
8. Глазырина Л. Г., Нечаева А. А. Детско-родительские отношения как причина агрессии подростков. *Альманах современной науки и образования*. Тамбов: Грамота, 2015; 2 (92): 13–15.
9. Дмитриева Т.Б., Положий Б. С. Руководство по социальной психиатрии. 2-е издание. М.: Медицинское информационное агентство, 2009: 299–310.
10. Куприянова И.Е., Семке В.Я., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями. Томск, 2011: 204.
11. Мандель А.И., Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Гусев С.И., Назарова И.А. Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях. *Вопросы ментальной медицины и экологии*. 2006; XII (1): 63.
12. Семке В. Я., Галактионов О. К., Мандель А. И., Бохан Н. А., Мещеряков Л. В. Алкоголизм: региональный аспект / под общ. ред. В. Я. Семке. Томск, 1992: 217.
13. 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; 107 (3): 78.
14. Семке В.Я., Мельникова Т.Н., Бохан Н.А. Нейробиологические механизмы алкоголизма. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2002; 102 (8): 61–66.
15. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.
16. Brutman V.I. Family factors' influence on forming of mother's deviant behaviour. *Психологический журнал*. 2000; 21 (2): 87.
17. Scott S. Do Parenting programmes for severe child antisocial behaviour work over the longer term, and for whom? one year follow-up of a multi-centre controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2005; 33 (4): 403–421.

Поступила в редакцию 26.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

УДК 616.89-008.441.13-053.2

For citation: Nazarova I.A., Abolonin A.F., Stoyanova I.Ya. Influence of social and personality aspects on formation of delinquent forms of behavior in boys and girls in various conditions of socialization. *Siberian herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 36–41.

Influence of social and personality aspects on formation of delinquent forms of behavior in boys and girls in various conditions of socialization

Nazarova I.A., Abolonin A.F., Stoyanova I.Ya.

*Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

260 male and female adolescents with drug and alcohol addiction aged from 14 to 18 years (mean age 17.08 ± 0.8 years) who serve their sentence in juvenile correctional facilities are studied. As a comparison group the adolescents who study in various conditions of socialization are examined. This is a group of troubled adolescents ($n=113$) from camp “Sibextrem”, 114 students from trade/vocational schools and 1032 schoolchildren. Gender traits of personality of juvenile delinquents are revealed, estimation of the structure of microsocioal environment is given. Personality traits of adolescents depending on conditions of socialization are revealed.

Keywords: delinquent behavior, institutions of socialization, juvenile delinquents, gender differences, personality traits, addiction.

REFERENCES

1. Abolonin A.F., Aslanbekova N.V. Sotsial'no-psikhologicheskie kharakteristiki i osobennosti proyavleniy agressivnosti u deviantnykh podrostkov [Social-psychological characteristics and traits of manifestations of aggressiveness in deviant adolescents]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 3 (78): 45–50 (in Russian).
2. Abolonin A.F., Nazarova I.A., Stoyanova I.Ya., Gusev S.I. Agressiya kak faktor vozniknoveniya delinkventnogo povedeniya (gendernyy aspekt) [Aggression as a factor of emergence of delinquent behaviour (gender aspect)]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 4 (89): 58–66 (in Russian).
3. Belyaeva S.I. Mezhpokolennaya vosproizvodimost' destruktivnykh patternov funktsionirovaniya v sem'yakh delinkventnykh podrostkov [Intergenerational reproducibility of destructive patterns of functioning in families of delinquent adolescents]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii – Medical Psychology in Russia: scientific e-journal*. 2017; 1 (41): 10. URL: <http://mprj.ru> (in Russian).
4. Bokhan N.A., Butorina N.E., Krivulin E.N. [Depressive reactions in penal disadaptation in adolescents]. Chelyabinsk: Publishing House PIRS, 2006: 264 (in Russian).
5. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (in Russian).
6. Voevodin I.V. Disfunktsional'nost' sem'i kak faktor riska addiktivnogo povedeniya [Dysfunctionality of the family as a risk factor of addictive behavior]. *Konsilium – Council of Physicians*. 2000; 4: 58 (in Russian).
7. Voevodin I.V., Bokhan N.A., Abolonin A.F., Belokrylov I.I., Nazarova I.A. Struktura, dinamika i psikhologicheskie kharakteristiki motivirovok upotrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv u uchashchikhsya vysshikh i srednikh uchebnykh zavedeniy. [Structure, dynamics, and psychological characteristics of substance use motivation among the students of high and secondary school]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2014; 4: 37–42 (in Russian).
8. Glazyrina L.G., Nechaeva A.A. Detsko-roditel'skie otnosheniya kak prichina agressii podrostkov [Child-parent relationships as a cause of teenagers' aggression]. *Al'manakh sovremennoi nauki i obrazovaniya – Literary Miscellany of Modern Science and Education*. 2015; 2 (92): 13–15 (in Russian).
9. Dmitrieva T.B., Polozhy B.S. Rukovodstvo po sotsial'noy psikhiiatrii [Handbook of Social Psychiatry]. 2nd edition. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2009: 299–310 (in Russian).
10. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya., Dashieva B. A., Karaush I. S. Psikhicheskoe zdorov'e detey s osobymi obrazovatel'nymi potrebnyami [Mental health of children with special educational needs]. Tomsk, 2011: 204 (in Russian).
11. Mandel A.I., Bokhan N.A., Abolonin A.F., Gusev S.I., Nazarova I.A. Sotsial'no-psikhologicheskie determinanty delinkventnykh form povedeniya pri addiktivnykh sostoyaniyakh [Social-psychological determinants of delinquent forms of behavior in addictive states]. *Voprosy mental'noi meditsiny i ekologii – Issues of Mental Medicine and Ecology*. 2006; XII (1): 63 (in Russian).
12. 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 (in Russian).
13. Semke V.Ya., Kupriyanova I.E., Shushpanova T.V. Psikhicheskoe zdorov'e naseleniya Sibiri i Dal'nego Vostoka [Mental health of the population of Siberia and the Far East]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. C.C. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2007; 107 (3): 78 (in Russian).
14. Semke V.Ya., Melnikova T.N., Bokhan N.A. [Neurobiological mechanisms of alcoholism]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S. S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]*. 2002; 102, 8: 61–66. (in Russian).
15. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.
16. Brutman V.I. Family factors' influence on forming of mother's deviant behaviour. *Psikhologicheskii zhurnal – Psychological Journal*. 2000; 21, 2: 87 (in Russian).
17. Scott S. Do Parenting programmes for severe child antisocial behaviour work over the longer term, and for whom? One year follow-up of a multi-centre controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2005; 33 (4): 403–421.

Received April 26 2017

Accepted May 02 2017

Nazarova Irina A., junior researcher, Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Abolonin Alexey F., PhD, senior researcher, Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Stoyanova Irina Ya., Doctor of Psychology, Professor, leading researcher of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

✉ Nazarova Irina A., e-mail: ianazarova@mail.ru

СУИЦИДОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.44:616-053.7(571.54/55)

Для цитирования: Сахаров А.В., Говорин Н.В., Ступина О.П., Озорнин А.С., Колчанова Т.Г. Суицидальное поведение среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, проблема «групп смерти». *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 42–47.

Суицидальное поведение среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, проблема «групп смерти»

Сахаров А.В.¹, Говорин Н.В.³, Ступина О.П.^{1,2}, Озорнин А.С.^{1,2}, Колчанова Т.Г.²

¹ Читинская государственная медицинская академия
Россия, 672090, г. Чита, ул. Горького, 39А

² Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского
Россия, 672042, г. Чита, Окружной проезд, 3

³ Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, Москва
Россия, 103265, г. Москва, ул. Охотный ряд, 1

РЕЗЮМЕ

В статье обсуждается проблема суицидального поведения несовершеннолетних Забайкальского края, в том числе современная тенденция вовлечения подростков в так называемые группы смерти в сети Интернет.

Были проанализированы данные официальной статистики, материалы уголовных дел и проверок обстоятельств самоубийств несовершеннолетних в Забайкальском крае за последние 6 лет. Описан клинический случай суицидальной попытки подростка, вовлеченного в одну из «групп смерти». Исходя из представленных данных, в Забайкальском крае сохраняется напряженная ситуация со смертностью по причине самоубийств среди подростков. Новой проблемой для специалистов стали «группы смерти» в сети Интернет, которые вовлекают несовершеннолетних в аутоагрессивное поведение и поощряют такие действия, часто даже с помощью угроз. Это требует серьезного внимания и поиска путей решения, в том числе на государственном уровне. Перед заинтересованными службами Забайкальского края стоит задача разработки комплекса профилактических мер по снижению суицидальной активности несовершеннолетних. В настоящее время в Государственную Думу уже внесены на рассмотрение ряд законопроектов, уточняющих соответствующие статьи УК РФ, а также вводящих ответственность для администраторов «групп смерти» и организаторов любых неформальных сообществ, деятельность которых сопряжена с побуждением, прежде всего детей, к совершению самоубийства.

Ключевые слова: суицид, самоубийство, суицидальное поведение, дети, подростки, группы смерти, клинический случай.

ВВЕДЕНИЕ

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, частота самоубийств по полу и возрасту резко различается от региона к региону, при этом во многих из них регистрируется отчетливый пик завершённых суицидов среди молодежи [1]. Так, за последние 20 лет во многих экономически развитых странах среди причин смертности лиц в возрасте 15–24 лет суицид вышел на второе (после несчастных случаев) место [1, 2, 3]. Ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств у подростков будет расти быстрее всего [3], что вызывает особую тревогу в обществе.

В России также присутствовала напряженная ситуация с суицидами несовершеннолетних: только за 90-е годы их частота возросла в 3 раза [4, 5, 6]. В последнее десятилетие количество самоубийств в стране стабильно снижалось, в том числе среди детей и подростков, к примеру, с 2011 по 2015 г. примерно на 10 % в год.

Как показали проведенные исследования, Забайкальский край входит в группу территорий со сверхвысокой смертностью населения по причине самоубийств, в том числе среди лиц подросткового возраста [7, 8].

В 2015 г. в крае было зарегистрировано 544 завершённых суицида, показатель составил 50,1 на 100 тыс. человек населения (второе место в стране), в 2016 г. – 422 случая (38,9 на 100 тыс. человек). Таким образом, показатель за год уменьшился почти в 1,3 раза, при этом он по-прежнему в 2,5 раза выше общероссийского и в 1,6 раза выше, чем в Сибирском федеральном округе. За первые 3 месяца 2017 г. вновь наблюдается тенденция к росту завершённых суицидов в крае, в том числе среди несовершеннолетних, среди последних стали встречаться участники так называемых групп смерти, нашедших распространение в социальных сетях Интернета. Вероятно, это новая проблема, которая требует серьезного обсуждения. Поэтому дальнейшее изучение различных аспектов суицидального поведения детей и подростков имеет особое значение, в том числе по разработке и совершенствованию программ по профилактике суицидального поведения среди детей и подростков в современных условиях.

Цель исследования: изучение некоторых эпидемиологических характеристик самоубийств среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, обсуждение влияния на суицидальное поведение «групп смерти» в сети Интернет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были проанализированы данные, полученные при работе с архивными документами Территориального органа Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (за период с 1995 по 2016 г.). Использовалась форма государственной статистической отчетности С-51 «Разработанные таблицы по естественному и механическому движению населения». Также сплошным методом были изучены материалы уголовных дел и проверок обстоятельств самоубийств несовершеннолетних в Забайкальском крае за 2011–2016 гг. Всего на территории субъекта было зарегистрировано 164 таких случая.

При описании клинического случая обстоятельств суицидальных действий подростка, вовлеченного в одну из «групп смерти», использовалась медицинская документация ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского».

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Как показал анализ официальной статистической отчетности, в возрастной структуре самоубийств в Забайкальском крае преобладают лица трудоспособного возраста, составившие 83,8 % в 2015 г., лица пожилого возраста – 10,3 %, подростки – 5,0 %, дети – 0,9 %.

У лиц трудоспособного возраста смертность от суицидов в 2015 г. составила 73,1 на 100 тыс. населения (снижение с 2002 г. в 1,8 раза). В 2015 г. у детей показатель самоубийств составил 3,0 на 100 тыс. детского населения (с 2002 г. он уменьшился в 1,6 раза); у подростков он был равен 63,4 на 100 тыс. подростков (с 2002 г. снизился только в 1,3 раза).

В 2016 г. по этой причине на территории Забайкальского края погибло 5 детей (2,2 на 100 тыс. детского населения) и 17 подростков (45,9 на 100 тыс. подростков). Следует отметить, что показатель суицидов в группе детей до 14 лет в Забайкальском крае ниже среднероссийского в 1,2 раза, а показатель у подростков наоборот превышает таковой по России в 2,7 раза. Именно поэтому наш субъект входит в группу регионов с максимальным уровнем смертности по причине самоубийств среди подростков.

За три первых месяца 2017 г. в регионе уже зарегистрировано 7 случаев завершённых суицидов несовершеннолетних. При этом динамика показателей завершённых суицидов у детей и подростков в целом соответствует общей динамике изменения показателей смертности по причине самоубийств в крае.

Показатели смертности от самоубийств среди несовершеннолетних Забайкальского края в динамике с 1995 по 2016 г. представлены на рисунках 1 и 2.

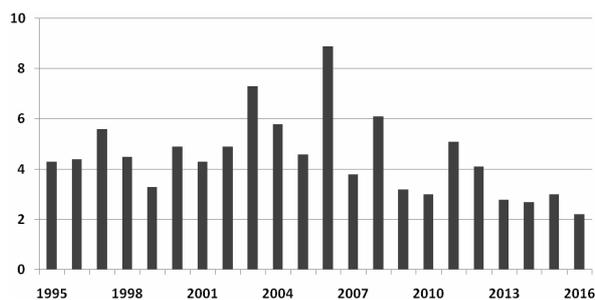


Рис. 1. Показатели смертности детей по причине самоубийств в Забайкальском крае (на 100 тыс. детей)

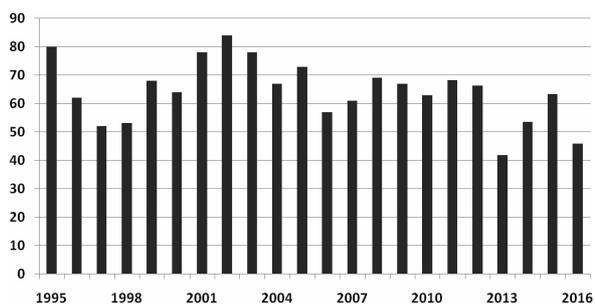


Рис. 2. Показатели смертности подростков по причине самоубийств в Забайкальском крае (на 100 тыс. подростков)

Видно отчетливое снижение показателя завершённых суицидов у детей при стабильно высоких показателях среди подросткового контингента.

По результатам сплошного анализа материалов уголовных дел и проверок обстоятельств самоубийств несовершеннолетних в Забайкальском крае установлено, что за последние 6 лет (2011–2016 гг.) на территории региона погибло по причине самоубийств 40 детей и 124 подростка.

Среди умерших при завершённых суицидах преобладали лица мужского пола: «мужских» самоубийств было 67,7 % (111 несовершеннолетних), «женских» – 32,3 % (53 несовершеннолетних), соотношение составило 2,1:1.

Структура способов самоубийств детей и подростков выглядела следующим образом: самоповешение – 94,2 %, огнестрельное ранение – 2,3 %, падение с высоты – 2,3 %, самоотравление – 1,2 %.

Обращает на себя внимание существенная разница между показателями смертности несовершеннолетних по причине суицидов среди городского и сельского населения Забайкальского края: на сельские районы пришлось 90,2 % всех самоубийств детей и подростков. Разница между показателями по отдельным районам края достигала 2,6 раза.

58,6 % суицидентов проживали в неполных семьях и детских домах. Наследственная отягощенность по суицидам близких родственников обнаружена в 4,6 %; ранее уже совершали суицидальные попытки 9,2 %. Обращались за помощью к психиатрам или наркологам в течение жизни или наблюдались у них 20,9 % умерших. 4,6 % привлекались к административной или уголовной ответственности.

Было установлено, что основными причинами самоубийств детей и подростков становились конфликты с окружающими – 62,0 % всех завершенных суицидов несовершеннолетних были связаны с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями.

Ситуациями, предшествующими завершенным суицидальным действиям, стали следующие: неразделенная любовь, ссора с партнером (19,5 %), ссора с родителями (14,9 %), развод родителей (2,3 %), смерть близких родственников (1,2 %), страх наказания, неудачи (3,5 %), жестокое обращение (1,2 %), самоубийства друзей (4,6 %), ссора с друзьями (2,3 %), вымогательство денег (1,2 %). В остальных случаях четкие ситуации не были установлены.

Кроме того, в ходе проверок было выявлено, что посещали сайты, пропагандирующие суициды, или состояли в так называемых группах смерти 3,5 % умерших. Преимущественно такие обстоятельства стали выявляться с 2016 г., а с начала 2017 г. проблема «групп смерти» в социальных сетях Интернета, которые пропагандировали и поощряли самоубийства, а иногда и прямым образом доводили до них, стала занимать особое место в совершении суицидальных действий подростками Забайкальского края.

Из 7 случаев за первые 3 месяца 2017 г. по одному из них имеется подтвержденная информация о вовлеченности подростка в суицидальную игру «Синий Кит». В результате участница этой игры, 15-летняя девочка, погибла, перебегая железнодорожные пути перед поездом. Следователи Следственного комитета возбудили уголовное дело по статье 110 УК РФ «Доведение до самоубийства».

Одновременно с этим в 2017 г. выросла обращаемость за медицинской помощью в соматические больницы и психиатрические учреждения края детей и подростков, вовлеченных в так называемые группы смерти. Только в Краевой психиатрической больнице имени В.Х. Кандинского с января по март 2017 г. получало лечение 12 детей и подростков после суицидальных попыток, совершенных из-за членства в таких группах в сети Интернет.

Часто участие в группе носило вид «игры» с прохождением определенного количества уровней, а в связи с переходом на новый уровень повышением сложности выполняемых действий. Встречались подростки, прошедшие более 40 уровней, некоторые из них не понимали до конца смысл совершаемых ими поступков, были настолько вовлечены в «игру», что состояние их напоминало некое «сужение когнитивной сферы». Некоторые подвергались угрозам со стороны администраторов группы за отказ продолжить «игру». Другие подростки желали быть частью той группы, в которой проводили основное свободное время, и совершали самопорезы, чтобы «быть как все», потом осознавали произошедшее и искренне сожалели о содеянном.

В настоящей статье представлено описание первого такого случая обращения подростка за психиатрической помощью, который, со слов матери, состоял в одной из «групп смерти» в социальных сетях, куда выкладывал фотографии своих действий, вместе с друзьями слушал музыку группы «Суицид-бойз», состоял также в группе одной из социальных сетей с аналогичным названием. Особенностью случая была устойчивая настроенность на аутоагрессивные действия при отрицании желания «убить себя».

Клинический случай. Пациент С., 17 лет, житель г. Читы, в январе 2017 г. находился на лечении в ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». Переведен из токсикологического центра Городской клинической больницы.

Анамнез жизни. Родился в Дульдургинском районе Забайкальского края, уже длительное время проживает в Чите. Наследственность психопатологически не отягощена. Родился в полной семье, старшим ребенком из двоих детей, от первого брака обоих родителей. Достоверных сведений о течении беременности, родах матери, раннем развитии нет. Развивался удовлетворительно, говорить и ходить начал вовремя. Детский сад посещал. С раннего возраста воспитывался матерью по причине ухода отца из семьи. Отношения в семье расценивает в целом как хорошие.

В школу пошел с 7 лет, классы не дублировал, до 6-го класса учился хорошо. В 7-м классе, с его слов, «связался с плохой компанией», стал прогуливать занятия, учился преимущественно удовлетворительно. Состоял на учете в «детской комнате милиции», в 2015 г. снят с учета. При этом посещал спортивную секцию, увлекался рисованием, пением. Имел большое количество друзей. Окончил 9 классов среднеобразовательной школы, затем поступил в техникум. Из техникума был отчислен после первого года обучения (со слов, из-за «конфликтной ситуации с преподавателем», неуспеваемость по его предметам и стала поводом для отчисления). Со слов матери, более года «безынициативен», «часто пропускал занятия». В декабре 2016 г. родители устроили работать на автомойку, где проработал менее месяца, так как «не устраивал график работы, не оставалось ни на что времени». В настоящее время не работает, не учится, проживает с матерью, братом и отчимом. Не женат, отношения с девушками были, но в данный момент ни с кем не встречается.

По характеру считает себя общительным, спокойным, незлопамятным. Снохождение, сноговорение, обмороки, энурез, хронические заболевания черепно-мозговые травмы отрицает. Жару, духоту, длительную езду в транспорте переносит хорошо.

Курит с начала подросткового возраста. Наркотических веществ не пробовал, не употреблял. Алкогольные напитки начал употреблять с 15 лет. Употребление до настоящего времени носит эпизодический характер в компаниях друзей до 1–2 раз

в месяц. Предпочитает пиво, до 1500 мл максимально, прием которого вызывает кратковременную эйфорию, на следующий день состояние всегда было удовлетворительным. Дату последнего употребления не помнит. Признаков злоупотребления или зависимости не выявлено.

Анамнез заболевания. В конце ноября 2016 г. (в 17 лет) находился у себя дома в компании друзей, с которыми «обсуждали тему суицида, распили бутылку водки, опьянел, на душе стало весело». Со слов, после ухода друзей закрылся в ванной комнате и нанес множественные самопорезы в области левого предплечья. Затем самостоятельно их обработал, перебинтовал и в течение 2 недель скрывал их наличие от родственников. Истинные мотивы не раскрывает, говорит «не помню, зачем это сделал, пьяный был». Со слов матери, уже тогда состоял в одной из «групп смерти», выложил туда фотографию своих самопорезов, которые она впоследствии там нашла.

20 января 2017 г. «собрались той же компанией друзей» дома у пациента, вновь обсуждали тему самоубийства. У одного из собравшихся подростков ранее уже была суицидальная попытка путем отравления лекарственными препаратами. Пациента это заинтересовало и после ухода друзей «рассчитал необходимую на его массу тела дозу таблеток парацетамола и выпил 20 штук». Самостоятельно вызвал скорую медицинскую помощь, был доставлен в токсикологический центр Городской клинической больницы № 1, где находился 3 дня на стационарном лечении. Был осмотрен психиатром, с согласия пациента переведен в Краевую клиническую психиатрическую больницу им. В.Х. Кандинского.

Свой поступок объясняет тем, что «насмотрелся различных фильмов, стало интересно: положат его или нет в психиатрическую больницу». Используя заимствованный опыт друга, решил, что таким образом можно удовлетворить свой интерес. Наличие суицидальных мыслей на тот момент отрицает, говорит, что «все просчитал, умирать не хотел». Хотя имелись сведения, что выполнял задания, полученные в «группе смерти».

При поступлении внешне опрятен, отвечает в плане заданного, неохотно, негативистичен, скрытен. Сознание ясное, ориентирован верно и в полном объеме. Обманы восприятия, бредовые идеи не выявляет. Мышление без структурных изменений. Суицидальные мысли категорически отрицает, свои суицидальные действия ничем не объясняет. Согласие на лечение подписал. Неврологически без особенностей. Соматическое состояние удовлетворительное. Имеются множественные рубцы от самопорезов на левом предплечье.

В отделении жалоб не предъявлял, фон настроения был ровный. Упорядочен в поведении. Своих переживаний и мотивов суицидальных действий полностью не раскрывал. Суицидальных идей не высказывал. Психотические расстройства не отмечались, мышление без структурных нарушений. Получал карбамазепин до 200 мг/сутки, занимался

с психологом, психотерапевтом. Настроение было ровным, суицидальных мыслей не было. Был осмотрен комиссионно, в сопровождении матери выписан в удовлетворительном состоянии через 17 дней от момента госпитализации под наблюдение психиатра по месту жительства.

ОАК, ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови при поступлении – без патологии. RW, ВИЧ, HBsAg, a/ВГС – отрицательные.

ФЛГ – без патологии. ЭКГ при поступлении: ритм синусовый.

Терапевт: здоров. Офтальмолог: без патологии.

Невролог: вегетососудистая дистония по гипотоническому типу.

ЭЭГ: умеренные диффузные изменения, субкомпенсированные. Признаки раздражения диэнцефально-стволовых структур средней степени тяжести, выявляемые после функциональных нагрузок.

ЭхоЭГ: без особенностей.

Психолог: нарушений протекания психических процессов не выявлено. По данным проведенного личностного опросника ММРП, показатели по всем шкалам в пределах нормы. Выявлено стремление к диссимуляции и уменьшению значимости существующих проблем. Отсутствие признаков депрессии и тревожности.

После комиссионного осмотра был выставлен **диагноз**: Социализированное расстройство поведения (F91.2), суицидальная попытка от 20 января 2017 г.

Анализ клинического случая. Данный клинический случай характеризуется совершением подростком 17 лет неоднократных суицидальных действий, предположительно, с целью выполнения задания одной из «групп смерти» в сети Интернет.

Пациент происходит из наследственно неотягощенной психическими и наркологическими заболеваниями семьи. С детства долгое время воспитывался одной матерью в условиях гипоопеки. В дальнейшем это могло оказать определенное влияние на формирование личности пациента, отличающейся, в том числе, незрелостью высших волевых свойств, что проявлялось стремлением к праздному времяпрепровождению, недостаточной способностью организовать свою учебную и трудовую деятельность, подверженностью чужому влиянию, в том числе сверстников, вовлечению в диссоциальное поведение – сначала криминальное (состоял на контроле в полиции), затем аутоагрессивное. Подверженность пациента влияниям извне свидетельствует о сочетании в структуре его характера диссоциальных и неустойчивых черт.

Особенностью описываемого клинического случая является неоднократное совершение суицидальных действий под влиянием как сверстников (в группе которых суицидальное поведение одобрялось и поощрялось), так и «группы смерти» одной из социальных сетей Интернета, в которой такая аутоагрессивная активность несовершеннолетних всячески поощрялась. При этом эмоциональные расстройства у подростка были минимальны, а сам

он категорически отрицал суицидальный мотив своих действий. Вызывает интерес обсуждение возможной категории суицидальных попыток по цели в аналогичных случаях, так как данные действия не являлись ни истинными, ни демонстративно-шантажными, а также то, насколько это можно рассматривать как членовредительство (самоповреждение без цели убить себя).

Учитывая наличие неблагоприятных личностных характеристик у пациента и существующий круг его общения, где аутоагрессивные действия являются одобряемыми, нельзя полностью исключить повторение суицидальных действий в будущем.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая высокую распространённость и социальную значимость, суицидальное поведение молодежи продолжает оставаться одной из важных проблем современного общества. В Забайкальском крае сохраняется напряженная ситуация со смертностью по причине самоубийств, в том числе среди подростков, показатель смертности которых от суицидов в 2,7 раза выше среднероссийского. В конце 2016 – начале 2017 г. специалисты столкнулись с новой проблемой – «группы смерти» в сети Интернет, которые вовлекают несовершеннолетних в аутоагрессивное поведение и поощряют такие действия, часто даже с помощью угроз. Это требует серьезного внимания и поиска путей решения, в том числе на государственном уровне.

В Забайкальском крае несколько лет назад был разработан комплекс профилактических мер по снижению суицидальной активности населения. На базе ГКУЗ «Красная клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» создан Кризисный центр, как структурное подразделение, предназначенное для оказания специализированной психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи лицам, находящимся в кризисных состояниях, с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий, а также психогигиенической и психопрофилактической помощи населению Забайкальского края. В настоящее время перед кризисной службой стоит задача вместе с другими заинтересованными ведомствами разработать профилактические мероприятия по противодействию вовлечению несовершеннолетних в «группы смерти».

На федеральном уровне этой проблеме также уделяется серьезное значение. В настоящее время в Государственную Думу внесены на рассмотрение ряд законопроектов. Согласно одному из проектов закона, предлагается сделать обязательной процедуру информирования Роскомнадзором органов внутренних дел в случае выявления интернет-ресурса,

где установлен факт распространения противоправной информации (в том числе пропаганды самоубийств). Другой законопроект предусматривает изменения в Уголовном кодексе РФ, в частности в статье 110, вводящие ответственность за склонение к совершению самоубийства и содействие совершению самоубийства (уговоры, предложения, подкуп, обман, а также содействие совершению самоубийства советами). Помимо этого, законопроект планирует установить самостоятельную уголовную ответственность за распространение информации о способах совершения самоубийства, а также призывов к совершению самоубийства. Речь идёт об ответственности для администраторов «групп смерти» и организаторов любых неформальных сообществ, деятельность которых сопряжена с побуждением, прежде всего детей и подростков, к совершению самоубийства.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с данной статьей.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания локального этического комитета Читинской государственной медицинской академии № 9 от 06.11.2009).

ЛИТЕРАТУРА

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014: 97.
2. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006: 472.
3. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005: 376.
4. Ворсина О.П. Социально-демографические и клинические характеристики детей и подростков, совершивших завершённые суициды. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 3 (92): 51–54.
5. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. Томск: Издательство «Иван Федоров», 2008: 178.
6. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные попытки в г. Тюмени. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 14 (1): 8–10.
7. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Суициды в Забайкальском крае: эпидемиология и организация помощи населению. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 5–7.
8. Сахаров А.В., Говорин Н.В., Ступина О.П. Алкогольный фактор в суицидогенезе в Забайкалье. *Забайкальский медицинский вестник*. 2007; 1: 12–17.

Поступила в редакцию 25.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Сахаров Анатолий Васильевич, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии.
Говорин Николай Васильевич, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, Депутат Государственной Думы Федерального Собрания РФ.
Ступина Ольга Петровна, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, главный врач.
Озорнин Александр Сергеевич, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, зав. отделением КППЭ.
Колчанова Татьяна Геннадьевна, зав. отделением Телефон доверия.

✉ Сахаров Анатолий Васильевич, e-mail: sawt@list.ru

УДК 616.89-008.441.44:616-053.7(571.54/.55)

For citation: Sakharov A.V., Govorin N.V., Stupina O.P., Ozornin A.S., Kolchanova T.G. Suicidal behavior of children and adolescents in the Trans-Baikal Krai, the problem of "groups of death". *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 42–47.**Suicidal behavior of children and adolescents in the Trans-Baikal Krai, the problem of "groups of death"****Sakharov A.V.¹, Govorin N.V.³, Stupina O.P.^{1,2}, Ozornin A.S.^{1,2}, Kolchanova T.G.²**¹ Chita State Medical Academy

Gorky Street 39A, 672090, Chita, Russian Federation

² V. Kh. Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital

Okruzhnoy Pro'ezd 3, 672042, Chita, Russian Federation

³ State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation

Okhotnyy Ryad 1, 103265, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

The paper discusses the problem of suicidal behavior of children and adolescents in the Trans-Baikal Krai, involvement in the so called "groups of death" in the Internet. The official statistical data, materials of criminal cases, and examination of the circumstances of suicides of minors in the Trans-Baikal Krai are analyzed. A clinical case of suicidal attempt of an adolescent from the "group of death" is described. In the Trans-Baikal Krai the situation with mortality due to suicide among adolescents remains tense. The "groups of death" which involve minors in suicidal behavior, often by using threats, become a new problem. This requires serious attention and finding solutions. In the Trans-Baikal Krai a complex of preventive measures aimed at reducing suicidal activity of the population is developed. Currently, the State Duma has already introduced a series of bills clarifying the relevant articles of the criminal code, and introducing liability for administrators of "groups of death", the activity of whom is associated with motivating to commit suicide.

Keywords: suicide, suicidal behavior, children, adolescents, "group of death", clinical case.**REFERENCES**

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014: 97.
2. Yur'eva L.N. Klinicheskaya suitsidologiya [Clinical suicidology]. Dnepropetrovsk: Porogi, 2006: 472 (in Russian).
3. Starschenbaum G.V. Suitsidologiya i krizisnaya psixoterapiya [Suicidology and crisis psychotherapy]. Moscow: Kogito-Centr, 2005: 376 (in Russian).
4. Vorsina O.P. Sotsial'no-demograficheskie i klinicheskie kharakteristiki detey i podrostkov, sovershivshikh zavershennyye suitsidy [Social-demographic and clinical characteristics of children and adolescents having completed suicides]. *Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii - Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 3 (92): 51–54 (in Russian).
5. Govorin N.V., Sakharov A.V. Suitsidal'noe povedenie: tipologiya i faktornaya obuslovlennost' [Suicidal behavior: typology and factorial conditioning]. Tomsk: Publishing House "Ivan Fedorov", 2008: 178 (in Russian).
6. Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suitsidal'nye popytki v g. Tyumeni [Suicide attempts in Tyumen]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal - Tyumen Medical Journal*. 2013; 14 (10): 8–10 (in Russian).
7. Govorin N.V., Sakharov A.V., Stupina O.P., Tarasova O.A. Suitsidy v Zabaykal'skom krae: epidemiologiya i organizatsiya pomoshchi naseleniyu [Suicides in the Trans-Baikal Krai: epidemiology and organization of aid to the population]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal - Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (1): 5–7 (in Russian).
8. Sakharov A.V., Govorin N.V., Stupina O.P. Alkogo'l'nyy faktor v suitsidogeneze v Zabaykal'e [Alcohol factor in suicidogenesis in Transbaikalia]. *Zabaykalskiy meditsinskiy vestnik - Trans-Baikal Medical Bulletin*. 2007; 1: 12–17 (in Russian).

Received April 25.2017

Accepted May 02.2017

Sakharov Anatoly V., MD, lecturer, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Medical Psychology, Chita State Medical Academy, Chita, Russian Federation.

Govorin Nikolay V., MD, Professor, Honored Physician of the Russian Federation, Deputy of the State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation.

Stupina Olga P., MD, Professor of Psychiatry, Addiction psychiatry and Medical Psychology Department, Chita State Medical Academy; chief physician, V.Kh. Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital, Chita, Russian Federation.

Ozornin Alexander S., PhD, assistant of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Medical Psychology Department, Chita State Medical Academy; Head of the First Psychotic Episode Clinic, V.Kh. Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital, Chita, Russian Federation.

Kolchanova Tatiana G., Head of Hot-Line Service Department, V.Kh. Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital, Chita, Russian Federation.

✉ Sakharov Anatoly V., e-mail: sawt@list.ru

АДДИКЦИИ

УДК 616.89-008.441.3:336.741.237

Для цитирования: Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю., Неустроева А.Ю. Изучение аддитивных аспектов кредитозависимого поведения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 48–53.

Изучение аддитивных аспектов кредитозависимого поведения

Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю., Неустроева А.Ю.

*Новосибирский государственный медицинский университет
Россия, 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52*

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся результаты изучения особенностей эмоциональной сферы у лиц с кредитными долгами, а также их отношение к временной перспективе и степень удовлетворенности своим функционированием в различных сферах жизни. Выявлено, что у лиц с кредитными долгами повышенные уровни алекситимии и депрессии. Авторы указывают на необходимость профилактики аффективных расстройств у кредитоманов, испытывающих большую эмоциональную и социальную нагрузку в обществе, характеризующихся особенностями временной перспективы и неудовлетворенностью функционированием в рамках различных сфер жизни.

Ключевые слова: аддитивные расстройства, кредитомания, временная перспектива, удовлетворенность функционированием.

ВВЕДЕНИЕ

С ростом прогресса и развитием технологий появляется и множество провоцирующих факторов, приводящих к различного рода нарушениям поведения человека. Кредиты с каждым годом становятся все более популярными и доступными за счет всеобъемлющих возможностей СМИ, которые предлагают модную одежду, сверхмощные гаджеты, путешествия и легкую жизнь «взаймы». Такое обещание породило эру кредитов, ипотек и займов, а вместе с тем и новый вид зависимого поведения – кредитную аддикцию (с англ. Debt addiction – DA).

Кредитомания понимается как патологическая зависимость от кредитов, патологическое стремление жить в рассрочку. Кредитоман пользуется услугами банка, не оценивая свои реальные возможности погашения долга, не задумываясь о вероятных негативных последствиях, подобное поведение сродни наркозависимому. Человек загоняет себя и своих близких в «долговую яму», что приводит к депрессивным расстройствам и, как крайний вариант, к попыткам суицида. Изначально кредитная «эпидемия» захватила США и страны Запада, а теперь то же происходит и по всей России. По данным одного из крупнейших рейтинговых агентств «Fitch Ratings Москва», всего россияне задолжали банкам в прошлом году (2016) около 11 триллионов рублей. И таких должников насчитывается 40 миллионов, что составляет более половины экономически активного населения страны. В состоянии обслуживать свои долги только 8 миллионов. Наглядно видно, что население пользуется кредитной и ипотечной системами вне зависимости от возможности погасить долг. Все это может сопровождаться компульсивным шопингом – Compulsive Buying Disorder [9].

На современном этапе исследования кредитомания, или аддикция к богатству (Wealth addiction) [11] описана и типизирована в соответствии с диагностическими критериями DSM-V для обсессивно-компульсивного и аддитивного расстройств [15].

Проблема долгов и долгового поведения в обществе существовала с древнейших времен, первые данные о кредитах появляются еще в далеком VI веке до н.э. Каждый человек постоянно находится в состоянии некоего долженствования, подобные обязательства воспринимаются вполне адекватно и естественно. Однако иное отношение мы видим к долгу материальному. Он воспринимается как тяжелое бремя, как «дамоклов меч» над головой, сопровождается негативными эмоциональными переживаниями. На фоне глобальных мировых тенденций повышения доступности кредитных банковских продуктов, а также роста микрофинансовых организаций, предлагающих взять деньги в долг с очень высокой процентной ставкой, проблема отношения с долгами и кредитами стала весьма актуальной [5].

Условно всех потребителей кредитных услуг можно разделить на три группы [17]. Активные потребители – это люди, которые пользуются кредитами регулярно, хорошо ознакомлены с кредитными программами, могут адекватно оценить свои финансовые возможности, осуществляют своевременные платежи по ранее взятым кредитам.

Кредитоманы – эти лица, не способные контролировать собственное поведение; доступность различных кредитов и обилие различных товарных предложений современного рынка приводят к потере у них чувства объективности, сознательно, а порой и неосознанно уходят от долговых обязательств по выплатам, для покрытия уже существующих кредитов берут новые на все большие суммы.

Консервативные потребители – это те, кто готов использовать кредитные возможности в крайних случаях (оплата жизненно важной операции). Подобное поведение мы можем называть сберегательным, они, как правило, стараются осуществлять покупки того или иного продукта по средствам накопленных в течение определенного времени денежных сбережений, при наличии кредита/ипотеки совершают ежемесячные выплаты в срок.

Люди, страдающие кредитоманией, чувствуют удовлетворение, снижение уровня тревожности, повышение самооценки, а порой и чувство счастья и эйфории при одобрении на получение кредита на ту или иную покупку. Но в то же время мы можем наблюдать некую амбивалентность: страх, угнетенное состояние, тревожность, истероидность при упоминании о погашении долга [10]. Это состояние сродни наркотической зависимости, алкогольной или наркотической симптоматике, представляет собой картину «абстинентного синдрома» у людей, страдающих различными формами аддикций.

Поэтому одним из базисных проблемных вопросов является дифференциация особенностей здорового потребления банковских услуг от кредитомании [16].

На кредитомана постоянно идет воздействие из различных областей социальной жизни, таких как СМИ, социум, семья, требующих определенного статуса «успешности». В современном мире, наряду с консюмеризмом, финансовая обеспеченность становится способом самоопределения [14]. Таким образом, индивид может достигать определенного желаемого социального статуса, получение психологического комфорта, общественного одобрения и, как следствие, повышение самооценки и снижение личностной тревожности [2, 3]. Активное ведение подобного монетарного поведения: высокий уровень потребления, использование кредитов и займов, а также постоянное стремление к богатству – аффлюэнции, термина предложенного К. Пульсоном (2004), или синдрома «перепотребления», характеризующегося болезненным стремлением к обладанию предметами роскоши вне зависимости от материальных возможностей, всячески поддерживается в современном обществе потребления товаров и услуг [7].

Цель исследования: изучение психоэмоциональных и личностных особенностей лиц, часто пользующихся кредитными услугами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения цели было проведено исследование, направленное на изучение отношения к временной перспективе, наличия или отсутствия депрессивного синдрома, алекситимичных симптомов и удовлетворенности своим функционированием в разных сферах жизнедеятельности, пользующихся чаще среднего кредитно-банковскими услугами. Исследование проводилось среди лиц, занятых трудовой деятельностью, жителей Новосибирска, Новосибирской области, а также соседних регионов.

В основную группу вошло 19 человек в возрасте от 24 до 35 лет. Для сравнительного анализа была сформирована контрольная группа лиц, не использующих кредиты. Необходимость изучения контрольной группы состояла в том, чтобы обеспечить фоновый уровень или базис, относительно которого можно определить, присутствуют или отсутствуют изменения в экспериментальной группе, и исключить все другие объяснения, кроме того воздействия, по которым и различаются эти группы. Контрольную группу составили 17 человек в возрасте от 20 до 32 лет, по возможности максимально приближенные к экспериментальной группе. Исследование проходило в период с 2016 по 2017 г.

Опираясь на работы хорватских исследователей [15], мы предложили всем вошедшим в исследовательскую выборку вопросы, касающиеся наличия непогашенных кредитов, частоты кредитования, страха утраты материальной обеспеченности или потери рабочего места, рассмотрели вариант отказа банка в кредитовании в эмоциональных аспектах дальнейшего ощущения респондентов, инфантильности в потребности приобретения товаров и услуг, а также в компульсивном желании удовлетворить потребность покупки. Суть предложенных вопросов соответствует критериям вышеуказанных авторов-исследователей в области аддиктивных расстройств у кредитоманов. Для изучения уровня депрессии использовалась Шкала депрессии Бека. Изучение степени удовлетворенности своим функционированием в различных сферах проводили с помощью опросника И. Колера. Для измерения отношения к будущему, настоящему и прошлому использовали опросник временной перспективы Зимбардо (ZPTI), для измерения и оценки уровня алекситимии – шкалу TAS, созданную G.J. Taylor и соавторами.

В данном исследовании мы опирались на анализ результатов двух групп – экспериментальной (группа лиц, регулярно пользующихся услугами банковских кредитов) и контрольной. Средний возраст по всей выборке – 30 лет 1 месяц, стандартное отклонение – 1 год 9 месяцев. Всего в исследовании приняло участие 36 респондентов, по 19 и 17 на группу соответственно. При сопоставлении групп можно отметить, что стандартное отклонение по возрасту в группе кредитующихся – 3 года 2 месяца, в группе контроля – 3 года 4 месяца. Респонденты – мужчины и женщины. Большая часть из них – лица с высшим образованием (75 %), самая низкая доля приходится на лиц со среднеспециальным образованием (10 %); остальные (15 %) – с неполным высшим образованием. Преобладающий род занятий – умственный труд (более 50 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На начальном этапе исследования была проведена индивидуально составленная анкета для экспериментальной группы людей с кредитными долгами, отображающая отношение респондентов к кредитованию как явлению в их жизни, его объем и частоту.

Анализ предложенной анкеты, направленной на диагностику аддиктивности у лиц с непогашенными кредитами, показал следующее. Среди лиц основной группы 84,2 % (17 человек) респондентов в данный момент имеют непогашенные кредиты, в том числе 52,65 % (10 человек) имеют два и более кредита либо открытых кредитных карт (СС). При этом у респондентов наблюдаются определенные амбивалентные чувства при ответе на вопросы относительно проявления импульсивности при совершении покупок с последующим ощущением тяготы от полученных кредитов. В 63 % (12 человек) случаев в поведении респондентов наблюдается импульсивность при удовлетворении потребности в покупке посредством кредитных услуг, что впоследствии отягощает жизнь респондента негативными эмоциями – 78 % (15 человек) случаев. Данный результат доказывает наше предположение, что постоянное использование кредитов в совокупности с импульсивными покупками – это аддиктивное поведение. Мы предполагаем, что подобная настроенность кредитоманов вызвана неадекватным отношением к временному хронотопу, инфантильностью и алекситимией, а также несет депрессивную симптоматику. Согласно Американской психологической ассоциации (АПА), данное поведение подходит под ряд критериев по выявлению аддиктивного поведения, в частности импульсивность покупок может быть рассмотрена как неспособность контролировать, приостанавливать и прекращать аддиктивное поведение.

Изучение ответов на вопрос «Новые покупки помогают вам справиться со сложными жизненными ситуациями?» обнаружило 57,8 % положительных ответов (11 человек). Анализ следующего вопроса анкеты показал, что 73,6 % опрошенных лиц с кредитами положительно ответили на вопрос «А когда жить, если не сейчас?», и лишь 26,4 % считают, что жить сегодняшним днем для них не актуально и необходимо прогнозировать будущее.

Таким образом, нами сделано предположение о том, что в качестве критерия для определения аддикции кредитомании, который рассматривал Г.И. Малейчук (2012) [6], можно считать такую особенность личности, как инфантилизм. По Малейчук [6], инфантилизм включает в себя такие понятия как прогностическая временная некомпетентность, максимализм, эгоцентризм и нетерпеливость.

Анализ ответов на следующий вопрос анкеты «Приобретаете ли вы товары, относящиеся к категории роскоши, вне зависимости от вашего достатка?», выявил, что 57,8 % респондентов позволяют себе дорогостоящие покупки «не по карману».

Такие результаты анкетирования подходят под классификацию кредитных потребителей исследователей А. Sussman, Е. Shafir (2012) [17], предложивших описание каждой группы из них. По их мнению, лица, не способные контролировать собственное поведение потребителя и утратившие объективность в возможностях приобретения желаемого, используя все новые кредитные услуги, – кредитоманы.

Кроме того, С. Dearden et al. (2010) [12] было проведено исследование о кредитном поведении среди семей с низким и высоким уровнями дохода, которое показало, что средний чек на «продукты роскоши» у представителей первой и второй групп находится примерно в одинаковых числовых пропорциях, что наглядно показывает частоту использования кредитных услуг вне зависимости от материального обеспечения для погашения такового.

Отвечая на вопрос о страхе потери работы и возможности оплачивать кредитные долги, 68,4 % лиц ответили положительно, лишь 31,6 % респондентов живут в состоянии покоя. Анализ и интерпретация результатов анкетирования продолжают подтверждать выдвинутую на начальном этапе работы гипотезу о том, что кредиты помогают личности «казаться, а не быть». Психологический аспект касается работы своеобразных механизмов защиты, которые дают возможность ощущать мнимую успешность, а социальное окружение, в свою очередь, положительно подкрепляет такой паттерн поведения такими составляющими, как похвала, одобрение, принятие-непринятие в сенситивный для индивида круг общения.

Таким образом, сконструированная с целью выявления мотивационно-эмоционального аспекта кредитозависимости гипотеза позволяет сделать предварительный вывод о том, что индивиды с наличием в анамнезе кредитных долгов имеют особенности психоэмоционального состояния. Эти особенности очень часто проявляются во всех практически важных для современного человека сферах (деловых, семейных, досуговых и т.д.). И краеугольным моментом проявления является способность к принятию решения, что в доминирующем большинстве случаев приводит к проблемам в социальной сфере жизнедеятельности кредитующегося на работе, в семье, с близкими и друзьями, а также к внутриличностному конфликту и, как следствие, к суицидальному поведению.

Вышеописанные результаты относительно особенностей психоэмоциональной сферы продиктовали необходимость на следующем этапе работы изучить с помощью статистически обрабатываемых психологических методов данные особенности. Анализ шкалы на выявление уровня алекситимии показал, что среднее значение у лиц с кредитами составляет $65,57 \pm 5,65$ балла, в контрольной группе – $53,4 \pm 8,56$. При сопоставлении результатов с критериями интерпретации методики выявлено, что в обеих изучаемых группах средние значения по группам ниже критерия диагностики алекситимии (74 балла). Однако важно отметить, что у лиц с непогашенными кредитами средний балл по шкале алекситимии находится в пределах «группы риска» (65 баллов). Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием U-критерия Манна-Уитни с целью выявления достоверности различий в уровне алекситимических симптомов.

Результаты показали высокую степень достоверности ($p\text{-level}=0,00007$), что позволяет нам утверждать о наличии того факта, что группа лиц, пользующихся кредитами, находится в зоне риска по нарушениям в психоэмоциональной сфере. Это объясняется общей психологической напряженностью, состоянием перманентной настроенности на достижение материального блага и важности продвижения по социальной иерархии, что может предполагать высокий уровень контроля за своими эмоциями, в частности необходимость постоянного сдерживания чувства страха.

Для объективности анализа полученных результатов проведено распределение респондентов в изучаемых группах в относительном соотношении по критерию «отсутствия алекситимичных симптомов» либо отнесения в «группу риска». Таким образом, количество респондентов в «группе риска» (62–73 балла) доминирует в группе респондентов, склонных к кредитным долгам (57,8 %) против респондентов контрольной группы (17,6 %). Алекситимия отсутствует у 42,2 % лиц, имеющих кредитные долги, и у 82,4 % респондентов контрольной группы. Данные результаты подтверждают наше предположение о том, что кредитующиеся находятся в группе риска по проявлению алекситимичных симптомов. Необходимо отметить, что данная особенность психоэмоциональной сферы усугубляет социальную адаптацию этих лиц, что проявляется в сложности рефлексии, в обеднении взаимодействия с окружающим миром и, как следствие, в сужении направленности жизни [4]. Это связано с тем, что деятельность респондентов с кредитными долгами обращена в доминирующем большинстве случаев на одну сферу жизни: употребление благ.

Продолжая изучение психоэмоциональной сферы, продиктованное вышеописанными результатами анкетирования, на следующем диагностическом этапе нами была решена задача выявления уровня депрессии в сравнительном аспекте среди лиц с кредитными долгами основной группы и лиц контрольной группы. Были получены следующие средние значения: $8,15 \pm 2,94$ и $5,88 \pm 2,23$ – в основной и контрольной группах соответственно. Подобные результаты исследования указывают, что лица с кредитными долгами находятся в «группе риска» по депрессивным симптомам. Полученные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием U-критерия Манна–Уитни с целью выявления достоверности различий в уровне симптомов депрессии у респондентов. Результаты показали достоверность ($p\text{-level}=0,001$). На данном этапе исследования мы отмечаем, что подобный показатель обоснован, прежде всего, страхом, что респондент не успеет вовремя расплатиться с долгами, потеряет престижную работу, что может проявляться даже в виде суицидальных мыслей, а также перманентным стремлением к улучшению своего материального благополучия и недовольством своим настоящим благосостоянием.

На следующем этапе исследования, опираясь на результаты анкетирования, позволившие нам сделать предположение о наличии особенностей по отношению к временной перспективе, с целью статистического доказательства предположения была проведена диагностика этого психологического компонента. Использован опросник временной перспективы Зимбардо, позволяющий выявить отношение к будущему, настоящему и прошлому.

Теоретический предпосыл методики диагностики временной перспективы заинтересовал нас по двум шкалам – фаталистическое настоящее и гедонистическое будущее [8]. Именно инфантильный гедонизм в проявлениях неэффективного распоряжения своими ресурсами является одним из катализаторов приобретения того или иного продукта в кредит, что усугубляется фаталистическими взглядами на жизнь. Полученные данные подверглись статистической обработке с применением U-критерия Манна–Уитни с целью выявления достоверности различий в отношении к временному хронотопу. Результаты показали высокую степень достоверности по шкалам *негативное прошлое* ($p\text{-level}=0,0006$), *гедонистическое будущее* ($p\text{-level}=0,007$), *фаталистическое настоящее* ($p\text{-level}=0,0001$).

Следует отметить практически полное подтверждение предварительных выводов по результатам анкетирования. Анализируя статистически достоверные результаты, можно утверждать, что изученные отклонения базируются на инфантильности как основной черте характера, импульсивности с целью удовлетворения своих потребностей и желании жить лишь сегодняшним днем.

Изучение основных источников трудностей функционирования респондентов позволило определить средние значения по шкалам: *супружеские отношения*: $51,8 \pm 12,2$ – в основной группе, $44 \pm 10,83$ – в контрольной группе; *родственные отношения*: $48,1 \pm 10,56$ и $40,9 \pm 8,67$; *профессиональная сфера*: $60,1 \pm 12,29$ и $47,26 \pm 9,18$; *социальные отношения*: $53,2 \pm 8,37$ и $41,12 \pm 5,21$. Полученные данные подверглись статистической обработке с применением U-критерия Манна–Уитни с целью выявления достоверности различий в отношении степени удовлетворенности своим функционированием в различных сферах жизни у лиц с кредитными долгами и респондентов контрольной группы. Результаты показали высокие уровни достоверности по шкалам *профессиональная сфера жизни* ($p\text{-level}=0,001$), *социальная сфера жизни* ($p\text{-level}=0,00008$).

На данном этапе исследования мы предполагаем, что полученные результаты объясняются отягощенной кредитными долгами жизненной ситуацией и потребностью удовлетворять желания приобретения продуктов роскоши, что подтверждено результатами анкетирования. Полученные данные подвергнуты статистической обработке с применением коэффициента корреляции по Спирмену (R) с целью охарактеризовать связи между полученными данными, выявить статистическую зависимость между ними.

Результаты корреляционного анализа не показали стохастической зависимости между переменными в контрольной группе, что подтверждает предположение о взаимосвязи кредитного поведения и негативных последствий в эмоционально-аффективной, социально-супружеской, профессиональной сферах. Чем выше уровень алекситимии у лиц с кредитными долгами, тем выше у них уровень депрессии ($R=0,49$, $p=0,033$), отмечаются фаталистический прогноз на настоящее время ($R=0,61$, $p=0,004$), недовольство профессиональной сферой ($R=0,47$, $p=0,003$), негативное влияние позитивного прошлого на взаимоотношения с супругами ($R=-0,45$, $p=0,05$). В контрольной группе такой зависимости не обнаружено. Таким образом, кредитоманы имеют более высокие показатели алекситимии, депрессии, недовольства профессиональной или семейной сферой жизни в сравнении с контрольной группой. Это объясняется тем, что в контрольную группу вошли лица, не подверженные перманентному состоянию напряженности, тревоги и страха за материальное обеспечение своё и своей семьи, с меньшими притязаниями к своему внешнему благополучию и так называемой успешности. Это подтверждает нашу гипотезу о проблемах в психоэмоциональной сфере у лиц с кредитными долгами, сопровождающихся депрессивными состояниями, алекситимичностью и неудовлетворенностью своим функционированием в разных сферах жизни.

Подобное явление описывает М.Г. Чухрова (2011) [9], изучая связь алекситимии с адаптивными возможностями личности. У лиц с алекситимией есть трудности в восприятии, оценке и понимании других людей в коммуникативном процессе на вербальном и невербальных уровнях, что приводит к трудностям в построении оптимальной модели стратегии обмена информацией и сказывается на профессиональной среде респондента.

Выявлена закономерность, характеризующая отношения в супружеской жизни как отрицательные и вызывающие ряд трудностей и недовольство в функционировании. Данные результаты можно охарактеризовать с позиций семейно-гендерной психологии Т.В. Андреевой (2001) [1], указывающей на полифакторность семейных отношений, одной из сторон которой являются гендерные и брачные стереотипы, заложенные в процессе социализации. Несмотря на то что они являются одобряемыми, нельзя полностью исключить суицидальные действия в будущем.

ВЫВОДЫ

Лица с кредитными долгами по результатам анкетирования имеют более высокие показатели алекситимии и депрессии, суженную временную направленность, выражают недовольство своим функционированием в различных сферах жизни, что подтверждает нашу гипотезу о нарушениях в психоэмоциональной сфере, ониомании и кредитомании.

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППП.
Султанова Аклима Накиповна, к.м.н., доцент кафедры клинической психологии ФСР и КП.
Сычева Татьяна Юрьевна, к.п.н., доцент кафедры клинической психологии ФСР и КП.
Неустроева Анастасия Юрьевна, клинический психолог, кафедра клинической психологии ФСР и КП.

✉ Султанова Аклима Накиповна, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с данной статьей.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания Этического комитета Новосибирского государственного медицинского университета № 97 от 18.05.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Т.В., Толстова А.В. Темперамент супругов и совместимость в браке. Образование и психология. Тез. науч. конф. Ананьевские чтения – 2001 / под ред. А.А. Крылова, В.А. Якунина. СПб.: СПбГУ, 2001: 207–208.
2. Андриенко Н.М., Сычева Т.Ю. Взаимосвязь личностных особенностей и степени готовности к риску специалистов экстремальной деятельности. *Смальта*. 2016; 3: 9–13.
3. Бузинова А.А., Сычева Т.Ю. Личностные особенности людей, имеющих экстремальные увлечения. *Смальта*. 2015; 9–12.
4. Киселева Л.Т., Овчинников А.А., Султанова А.Н. Особенности эмоционального реагирования мигрантов как фактор, снижающий успешность адаптации. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 1 (90): 9–14.
5. Лазаренко О. История кредитования: от древнего мира до XX века // *Деньги*. 2011; 4 (190). URL: <http://www.dengi-info.com/archive/article.php?aid=2053> (дата обращения: 01.11.2011).
6. Малейчук Г.И. Особенности психотерапевтической работы с клиентами с зависимой структурой личности. *Журнал практической психологии и психоанализа*. 2012; 2. Режим доступа: <http://www.psyjournal.ru>
7. Пульсон К. Синдром перепотребления. *Здоровье*. 2004; 5: 28–29.
8. Султанова А.Н., Матафонов Р.Н. Этнокультуральные особенности психологического времени бурят. *Медицина и образование в Сибири*. 2013; 4: 9.
9. Чухрова М.Г., Леутин В.П., Пилипенко Г.Н., Кабанов Ю.Н. Нейропсихологический анализ феномена алекситимии у спортсменов. *Мир науки, культуры, образования*. 2009; 3 (15): 208–215.
10. Anderson C.J. The psychology of doing nothing: forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin*. 2004; 129: 139–167.
11. Black D.W. Compulsive buying disorder: a review of the evidence. *CNS Spectrums*. 2007; 12: 124–132.
12. Dearden C., Goode J., Whitfield G., Cox, L. Credit and debt in low-income families. New York: Joseph Rowntree Foundation, 2010.
13. Faber R.J., O'Guinn T.C. A clinical screener for compulsive buying. *J. Consumer. Res.* 1999; 19: 459–469.
14. Lea S.E., Webley P., Walker C.M. Psychological factors in consum debt: Money management, economic socialization, and credit use. *Journal Economic Psychology*. 1995; 16: 681–701.
15. Marčinko D., Karlovič D. Oniomania successful treatment with fluvoxamine and cognitive behavioural psychotherapy. *Psychiatr. Danub.* 2005; 17: 97–100.
16. Seaward H.G.W., Kemp S. Optimism bias and student debt. *New Zealand Journal Psychology*. 2000; 29: 7–9.
17. Sussman A. B., Shafir E. On assets and debt in the psychology of perceived wealth. *Psychological Scienc.* 2012; 23: 101–108.

Поступила в редакцию 18.04.2017

Утверждена к печати 02.05.2017

УДК 616.89-008.441.3:336.741.237

For citation: Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu., Neustroeva A.Yu. Study of addictive aspects of credit-dependent behavior. *Siberian herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 48–53.

Study of addictive aspects of credit-dependent behavior

Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu., Neustroeva A.Yu.

Novosibirsk State Medical University

Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation

ABSTRACT

In article results of study of feature of the emotional domain in persons with credit debts, and also the attitude towards temporary prospect and degree of satisfaction with the functioning are given in various spheres of life. It is revealed that persons with credit debts have an elevated level of alexithymia and depression. Authors indicate a need for prevention of affective disorders in credit addicts experiencing a larger emotional and social burden in society and features of temporary prospect and dissatisfaction with functioning within various spheres of life.

Keywords: addictive disorders, credit addiction, temporary prospect, satisfaction with functioning.

REFERENCES

1. Andreeva T.V., Tolstova A.V. Temperament suprugov i sovместimost' v brake. *Образование и психология [Temperament of spouses and compatibility in marriage. Education and psychology]*. Tezisy nauchnoy konferentsii Anan'evskie chteniya, 2001. A.A. Krylova, V.A. Yakunina, eds. SPb.: St.Petersburg State University, 2001: 207–208 (in Russian).
2. Andrienko N.M., Sycheva T.Yu. Vzaimosvyaz' lichnostnykh osobennostey i stepeni gotovnosti k risku spetsialistov ekstremal'noy deyatel'-nosti [Relationship of personality characteristics and preparedness risk specialists of the extreme performance]. *Smalta - Smalt*. 2016; 3: 9–13 (in Russian).
3. Buzinova A.A., Sycheva T.Yu. Lichnostnye osobennosti lyudey, imeyushchikh ekstremal'nye увлечения [Personality characteristics of people with extreme hobbies]. *Smalta - Smalt*. 2015; 4: 9–12 (in Russian).
4. Kiseleva L.T., Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N. Osobennosti emotsional'nogo reagirovaniya migrantov kak faktor, snizhayushchiy uspeshnost' adaptatsii [Features of emotional response of migrants as a factor for successful adaptation]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii - Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 1 (90): 9–14 (in Russian).
5. Lazarenko O. Istoriya kreditovaniya: ot drevnego mira do XX veka [History of crediting: from ancient world till XXth century]. *Den'gi - Money*. 2011; 4 (190). URL: <http://www.dengi-info.com/archive/article.php?aid=2053> (date of address: 01.11.2011) (in Russian).
6. Maleichuk G.I. Osobennosti psikhoterapevticheskoy raboty s klientami s zavisimoy strukturoy lichnosti [Features of psychotherapeutic work with clients with dependent structure of the personality]. *Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza - Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis*. 2012; 2. Access mode: <http://www.psyjournal.ru> (in Russian).
7. Pulson K. Sindrom perepotreblyeniya [Syndrome of overconsumption]. *Zdorov'e - Health*. 2004; 5: 28–29 (in Russian).
8. Sultanova A.N., Matafonov R.N. Etnokul'tural'nye osobennosti psikhologicheskogo vremeni buryat [Ethnocultural features of Buryats' psychological time]. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri - Medicine and Education in Siberia*. 2013; 4: 9 (in Russian).
9. Chukhrova M.G., Leutin V.P., Pilipenko G.N., Kabanov Yu.N. Neyropsikhologicheskii analiz fenomena aleksitimii u sportsmenov [Neuropsychological analysis of alexithymia among sportsmen]. *Mir nauki, kultury, obrazovaniya - The World of Science, Culture, Education*. 2009; 3 (15): 208–215 (in Russian).
10. Anderson C.J. The psychology of doing nothing: forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin*. 2004; 129: 139–167.
11. Black D.W. Compulsive buying disorder: a review of the evidence. *CNS Spectrums*. 2007; 12: 124–132.
12. Dearden C., Goode J., Whitfield G., Cox, L. Credit and debt in low-income families. New York: Joseph Rowntree Foundation, 2010.
13. Faber R.J., O'Guinn T.C. A clinical screener for compulsive buying. *J. Consumer. Res.* 1999; 19: 459–469.
14. Lea S.E., Webley P., Walker C.M. Psychological factors in consum debt: Money management, economic socialization, and credit use. *Journal Economic Psychology*. 1995; 16: 681–701.
15. Marčinko D., Karlovič D. Oniomaniya successful treatment with fluvoxamine and cognitive behavioural psychotherapy. *Psychiatr. Danub*. 2005; 17: 97–100.
16. Seaward H.G.W., Kemp S. Optimism bias and student debt. *New Zealand Journal Psychology*. 2000; 29: 7–9.
17. Sussman A. B., Shafir E. On assets and debt in the psychology of perceived wealth. *Psychological Science*. 2012; 23: 101–108.

Received April 18 2017

Accepted May 02 2017

Ovchinnikov Anatoly A., MD, Professor, Psychiatry and Addiction Psychiatry Department, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

Sultanova Aklima N., PhD, lecturer of Psychiatry and Addiction Psychiatry Department, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

Sycheva Tatiana Yu., PhD, lecturer of Psychiatry and Addiction Psychiatry Department, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

Neustroeva Anastasia Yu., clinical psychologist, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

✉ Sultanova Aklima N., e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

УДК 616.89-008.441.3:616-053.71

Для цитирования: Красильников Г.Т., Косенко Н.А., Косенко В.Г., Агеев М.И., Шулькин Л.М., Гридина Ю.В. Аддиктогенный риск Интернета для подростков. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 54–59.

Аддиктогенный риск Интернета для подростков

Красильников Г.Т.^{1,2}, Косенко Н.А.¹, Косенко В.Г.¹,
Агеев М.И.¹, Шулькин Л.М.¹, Гридина Ю.В.³

¹ Кубанский государственный медицинский университет
Россия, 350063, Краснодар, ул. Седина, 4

² Краснодарское высшее военное авиационное училище лётчиков МО РФ
Россия, 350090, Краснодар, ул. Дзержинского, 135

³ Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1
Россия, 350063, Краснодар, ул. Красная, 1

РЕЗЮМЕ

Настоящее исследование посвящено изучению проблемы подростковой интернетной зависимости. Актуальность темы определяется недостаточной определенностью понимания интернет-аддикции как нозологической единицы, а также всё возрастающей распространенностью данного расстройства. Приводятся данные зарубежных и отечественных исследований о распространенности этой аддикции на рубеже веков и в последние годы. Приводятся результаты собственного неструктурированного сравнительного исследования распространенности интернетной и наркотической зависимостей среди призывников и допризывников. Дальнейшее изложение касается описания социальных, социально-психологических и технологических условий, оказывающих влияние на подростковую увлеченность Интернетом. Описывается огромная позитивная роль Интернета в современном мире. Показано, что зависимое пользование Интернетом формируется при сочетании ряда негативных факторов, способствующих развитию аддиктивного личностного радикала. Отмечаются сложности коррекции и лечения данной аддикции, что повышает значение ее профилактики для подростков.

Ключевые слова: компьютер, Интернет, интернет-аддикция, подростковая интернетная зависимость.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы интернетной зависимости у подростков определяется рядом обстоятельств. Прежде всего, она все еще не имеет статуса идентифицируемого расстройства, хотя еще в середине 1990-х годов американский психиатр I. Goldberg [22] предложил термин «интернет-аддикция» для обозначения этого явления, а также набор диагностических критериев. Однако до настоящего времени сохраняется её неопределенность среди других аддикций, что обусловлено недостаточной концептуальной разработкой проблемы. Поэтому не случайно, что интернетная аддикция не была включена в новую, разработанную в 2013 году американскую классификацию DSM-V, как это ожидалось многими. Эксперты-разработчики посчитали, что на сегодняшний день не существует строгих доказательств интернет-зависимого расстройства как нозологической единицы [25, 28]. Очевидно, что решение данного вопроса передвинуто и возложено на будущие систематические исследования. Другой аспект, подтверждающий актуальность данной темы, заключается в противоречивых литературных данных о распространенности интернетной зависимости, условиях её формирования и социально-психологических последствиях [5, 9, 18]. Кроме того, отмечается противоречивость литературных данных о типичном возрасте, в котором начинается развитие интернет-зависимости [5, 10, 15].

Цель исследования: изучение аддиктогенного риска интернет-зависимости у подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данной работе изучается проблема интернет-зависимости у подростков, так как подростковый возраст наиболее подвержен различным отклонениям в поведении [1, 2, 17, 20, 21]. Проведено исследование тематической литературы (26 источников) по редуцированной методике контент-анализа [13] и собственное сравнительное исследование распространенности интернетной и наркотической зависимостей методом клинического интервью 1 240 подростков из числа проходивших медицинское обследование по призыву в военном комиссариате.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Если на рубеже XX – XXI веков исследователями приводились данные о том, что распространенность интернет-зависимости среди населения колеблется в пределах от 1 до 5 % [19, 23], то более современные популяционные исследования, проводимые в США и Европе, показывают возросшую распространенность данной аддикции – до 8,2 % пользователей [24, 28]. Точных сведений о реальном количестве интернет-аддиктов в Российской Федерации не имеется в связи с отсутствием масштабных исследований.

Так, в соответствии с выборочными данным В.А. Лоскутовой (2000), использовавшей результаты анализа 3500 анкет-тестов по методу К. Янг на выявление признаков интернет-зависимости, было обнаружено, что среди всех респондентов в исследованной выборке «здоровых» оказалось преобладающее большинство – 74 %, «пограничных» – 24 %, «зависимых» – 2 % [12].

Проведенный среди московских подростков анализ распространенности интернет-зависимого поведения [16] показал, что 4,3 % из них имеют признаки сформированного интернет-зависимого поведения, а 29,3 % подростков от числа общей выборки злоупотребляют интернет-ресурсами и относятся к группе риска в отношении проблемного использования Интернета. Однако в проблеме подростковой интернет-зависимости всё ещё остается ряд нерешенных вопросов, что частично обусловлено небольшим числом исследований отечественных авторов.

Например, противоречивы публикуемые данные о возрастном периоде, когда повышен риск развития данной аддикции. Более распространенным является мнение о повышенном риске подросткового возраста [7, 14, 15, 18]. Причем согласно Репиной [14], лишь 40 % опрошенных по методике К. Янг подростков не имеют ни одного симптома интернет-зависимости. Наряду с этим, существует представление, что интернет-зависимость обычно формируется в конце тридцатилетнего – начале сорокалетнего этапа жизни [24]. Анализ приведенных источников показывает, что в большей части исследований преобладают массовые сетевые (анкетные) опросы, неклинические интервью с включением тех респондентов, которые испытали психологический дискомфорт, отсутствие контрольных групп [12, 14, 25]. Кроме того, выявлено большое разнообразие мнений в отношении данной формы зависимости, что находит отражение в отсутствии общепринятого названия и наличии ряда синонимов: компьютерная зависимость, виртуальная аддикция, интернет-поведенческая зависимость, нетаголизм, избыточное/патологическое использование Интернета, интернетомания и др. [5, 6, 15, 23].

Далее приводятся данные результатов собственного совместного исследования соавторов настоящей статьи.

В 2011–2012 гг. во время работы одним из соавторов психиатром в призывной комиссии военного комиссариата было обследовано 1 240 подростков и юношей допризывного и призывного возрастов (от 16 до 22 лет) городского и сельского места проживания. В процессе клинического интервью, направленного на решение основного вопроса призыва («годен или не годен» по состоянию здоровья к несению воинской службы), задавались дополнительные вопросы о случаях возможной наркотизации (курительный или шприцевой прием наркотиков) или о чрезмерном увлечении компьютером среди контактных сверстников призывника.

Чрезмерность использования компьютера определялась по таким сообщенным сведениям, как время проведения за компьютером свыше 3–4 часов в день; резкое ограничение контактов со сверстниками в связи с этим; снижение качества контактов – темы разговоров сводились к интернетной тематике; появление серьезных проблем в семье и школе из-за злоупотребления компьютером.

Непрямая адресация к объектам обследования (информация касалась не самих респондентов, а их контактных сверстников) и уверения о конфиденциальном отношении к сообщаемой информации позволяли надеяться на ее относительную достоверность.

В результате проведенных опросов было установлено, что наркотизация (в форме курения или инъекционного применения наркотиков) встречалась в контактном окружении сверстников подростка в 2,2 % случаев. Тогда как аномальная занятость компьютером отмечалась респондентами у 15,6 % своих сверстников. Указанные данные свидетельствуют о том, что чрезмерная увлеченность компьютером, приводящая к серьезным нарушениям социальной адаптации, встречается у подростков значительно чаще, чем наркотизация. Хотя полученные показатели имеют относительную точность из-за неструктурированных условий исследования, они значительно превышают данные приведенных выше литературных источников и могут свидетельствовать о нарастающей распространенности среди подростков интернетной зависимости. Поэтому при обсуждении описанных данных следует рассматривать их в более широком контексте, т. е. в плане того, какие социальные условия и воздействия влияют на жизнь и внутренний мир современных подростков, что такое востребованное место там занимает Интернет?

Прежде всего, следует отметить продление подросткового периода, времени социализации, вхождения во взрослую жизнь. Всё растет разрыв между сроком достижения биологической и социальной зрелости. Это происходит за счет того, что удлиняется время обучения и получения профессии, так что финансовая и иная зависимость от родителей длится до 25 и более лет, что становится обычным явлением. Изменяются типы семей, более половины детей живут в неполных семьях после развода родителей или рождены вне брака, что затрудняет применение прежних стереотипов семейного воспитания. Кроме того, жизненный опыт родителей оказывается мало приложим к жизненному обиходу современных подростков. У родителей всё больше времени тратится на работу и уменьшается время на семейное воспитание детей. И еще одно социальное изменение, происходящее во всем мире, это возрастание страха насилия, который переживают и взрослые, и подростки. Вместо ожидаемого роста гуманизма в XXI веке растет агрессия и насилие в СМИ, обществе и семье. Молодые люди и умирают чаще от насильственной смерти из-за ДТП, самоубийства, несчастных случаев, убийства, чем от болезней. Многие подростки стали настолько безразличны к насилию, что даже считают его необходимой и приемлемой частью жизни [10, 20]. Следующее важное условие в подростковой среде – широкое распространение домашнего использования компьютеров с выходом в Интернет, как отражение тотальных стремительных технологических изменений, не сопоставимых с прежними временами.

Почти все сферы жизни человека оказались захвачены компьютеризацией, компьютер прочно утвердился в статусе одной из важнейших вещей так же и в жизни современных детей и подростков. Большинство из них использует свои ноутбуки и стационарные ПК для того, чтобы играть в компьютерные игры, которые зачастую становятся неотъемлемой частью их жизни. Компьютер начинает выполнять не только развлекательную, но и образовательную функцию, ведь с помощью него можно также читать книги, слушать музыку, смотреть кино и делать множество других интересных вещей [18, 20]. Игры онлайн развивают логическое мышление, тренируют различные навыки, которые могут быть перенесены в последующем из виртуального мира в реальный. Многообразие функций компьютера открывает перед подростком практически безграничные возможности для образования, творчества и исследований.

В литературе выделяются положительные стороны интернетных взаимодействий, обеспечивающие реализацию базовых потребностей человека: познавательных (поиск новой информации, повышение квалификации, получение экспертного мнения); коммуникативных (родственное, интимное, дружеское, деловое общение); потребности в саморазвитии (творческая реализация, самообразование, демонстрация достижений); рекреации (игры, досуг, увлечения); аффилиации (новые знакомства, сотрудничество, поиск единомышленников, сопричастность к группе, партнерство) [6, 18].

Но именно эти свойства Интернета и таят в себе реальную опасность: игры on-line, чаты, социальные сети, развлекательные порталы, легкая доступность почти любой информации завораживает и затягивает в виртуальное пространство Интернета. Особую опасность этот виртуальный соблазн представляет именно для подростков. В подростковом возрасте одной из ведущих потребностей становится потребность в общении. Поиск идентичности, по выражению Э. Эриксона, является главным достижением подросткового периода. Часто у них возникает чувство одиночества, желание «стать». Подростки нередко считают, что они старше и взрослее, чем их социально-ролевой возраст. Поэтому они часто акцентированы на проявлении эмоциональной независимости от родителей в стремлении принять ответственность за свои поступки, что привносит напряженность в их взаимоотношения с родителями. Свои нерешенные проблемы, неудовлетворенные потребности они могут частично смягчить или иллюзорно разрешить в виртуальном мире Интернета.

Разумеется, далеко не каждый подросток, с увлечением заходящий в Интернет-пространство, становится зависимым. В большинстве случаев период интенсивного увлечения Интернетом проходит как преходящее увлечение, как «интернетная ветрянка», которая сменяется переключением на актуальные проблемы реального мира и рациональным применением Интернета.

Так, возникающая влюбленность может быстро «вылечить» подростка (а зависимыми чаще становятся именно мальчики и юноши) от компьютерной страсти. О становлении зависимости можно говорить в тех случаях, когда стремление ухода от реальности, связанное с изменением психического состояния, начинает доминировать в сознании, становясь центральной идеей, вторгающейся в жизнь, приводя к отрыву от реальности [4, 8]. Тогда использование Интернета начинает причинять ущерб физическому, психологическому, межличностному, экономическому и социальному функционированию индивида [3, 4, 15].

Существует несколько факторов риска, сочетание которых может «запустить» зависимость [5, 9, 11]. Среди рисков развития зависимости первый фактор, лежащий, так сказать, на поверхности, находится в самом взаимодействии подростка с Интернетом в условиях бесконтрольного его использования. При эмоционально увлеченном выходе в Интернет у подростка происходит определенное изменение состояния сознания. Как и в любом измененном состоянии сознания, человеку всё, что происходит в киберпространстве, кажется не менее реальным, чем действительность. И увлеченный Интернетом подросток постепенно начинает смотреть на мир «виртуальными» глазами, пытаясь перенести в свою психическую реальность характеристики интернетного мира, замещая реальность виртуальным миром [4, 6, 9]. Обычно родители, основное время уделяющие материальному обеспечению семьи, таких «компьютерных детей» воспринимают как послушных и благополучных, не требующих внимания, хотя они и стали тихими и замкнутыми. И только когда у ребенка начинаются проблемы со здоровьем, со школьными и семейными обязанностями, родители замечают серьезность произошедших изменений.

Другим и ещё одним из основных факторов следует считать наследственную предрасположенность к формированию зависимости. Ибо существенным феноменом в развитии зависимости является становление аддиктивной личности, для которой аддиктивные реализации становятся предпочтительным способом саморегуляции [8]. Именно возникший аддиктивный личностный радикал является причиной легкого перехода от одного вида аддикции к другой [7, 8].

Из других факторов, облегчающих развитие данной аддикции, следует назвать неблагополучную ситуацию в семье, где нет полноценных эмоциональных межличностных отношений и отсутствует культура дозированного пользования компьютером. Определенную роль в этом же плане играет и отрицательное влияние сверстников.

Интернет-зависимость может возникать от самых различных форм использования Интернета, поэтому к настоящему времени в литературе известно описание таких клинических форм данной аддикции [6]:

1. Патологическое увлечение компьютерными играми в Сети (гэмблинг).

2. Пристрастие к виртуальному общению, в чатах на веб-форумах с почти полной заменой реальных личных связей на общение в формате он-лайн.

3. Патологическое влечение к посещению порно-сайтов и к занятию киберсексом.

4. Пристрастие к бесконечным просмотрам фильмов через Интернет.

5. Гипертрофированный веб-серфинг – бесконечные путешествия по Сети, когда человек завораживается интенсивными «псевдособытиями» виртуальной реальности, выключаясь из реальной жизни.

С возрастом форм применения Интернета, очевидно, будет расти и разнообразие клинических формы проявлений интернетной зависимости.

Коррекция и терапия аддикции представляет собой серьезную проблему, что объясняется рядом специфических обстоятельств. Во-первых, почти для всех пациентов характерна тотальная аногнозия с отрицанием признаков болезненности собственного поведения. Кроме того, на сегодняшний день не существует фармакологических препаратов, непосредственно влияющих на основной симптом зависимости – влечение к объекту зависимости, кроме налтрексона [15]. Однако среди интернет-зависимых отмечается высокий уровень коморбидных аффективных, депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных и других расстройств [1, 2, 7, 15, 26]. Это оправдывает применение психотропных средств (антидепрессантов, антипсихотиков, анксиолитиков, стабилизаторов настроения) наряду с ведущим психотерапевтическим подходом. Эффективность подобных программ подтверждена метаанализом, включившим 16 исследований, в которых принимало участие 670 человек [28]. Целью лечения, по мнению многих авторов, обычно является контролируемое использование Интернета, а не полное воздержание от него [6, 12, 15].

В 2009 г. был проведен Научный симпозиум «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития». Он прошел в рамках одноименного совместного проекта факультета психологии МГУ, Фонда Развития Интернет и Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации». Научный руководитель проекта – А.Е. Войскунский (факультет психологии МГУ). В рамках симпозиума свои точки зрения по заявленной проблеме высказали зарубежные и отечественные специалисты. Ряд выступивших специалистов из США более сдержанно оценивали угрозу интернетной зависимости, полагая, что она характерна для весьма небольшого числа пользователей Интернета. На симпозиуме было высказано предложение о создании Национального Комитета по нехимическим аддикциям (включая интернет-зависимость) со следующими задачами: участие в разработке законодательных актов, препятствующих распространению данных патологических форм поведения, создание профилактических программ и т.д. [7].

Высказывания и предложения отечественных и зарубежных специалистов дают надежду, что намечается комплексный подход к решению этой актуальной проблемы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из обсуждения с очевидностью следует, что Интернет является неотъемлемой частью современного мира, как обладающий безграничными информационными и полифункциональными ресурсами. При неконтролируемом пользовании подростками Интернетом возникает риск развития привыкания с формированием интернет-аддикции, вероятность чего возрастает при наличии у пользователя личностных или семейных проблем. Нарастающая частота данной аддикции становится серьезной социальной проблемой. Поэтому необходима разработка профилактических программ безопасного использования компьютера и Интернета с внедрением этих программ на разных уровнях. Так, при покупке компьютера целесообразно предоставление обязательной настольной информации по профилактике зависимости для самих пользователей компьютером, по аналогии с покупкой любого сильнодействующего средства. Актуальность проблемы подростковой интернет-зависимости возрастает, однако пока не удастся сформировать общепринятой клинической концепции, как научной базы для решения прикладных задач. Подобное состояние предполагает дальнейшее проведение более углубленных и всесторонних систематических исследований данной проблемы.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол заседания Локального комитета по этике ФГБОУ ВО «Кубанского государственного медицинского университета» Минздрава России № 51 от 23.01.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009: 510.
2. Бохан Н.А., Буторина Н.Е., Кривулин Е.Н. Депрессивные реакции при пенитенциарной дезадаптации у подростков. Челябинск: Изд-во ПИРС, 2006: 264.
3. Бурова В. А., Есаулов В.И. Механизмы формирования интернет-аддикции. Материалы XIII съезда психиатров России. М., 2000: 290–291.
4. Бухановский А.О., Андреева А.С., Бухановская А.О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей. Ростов н/Д: Изд-во ЛИИЦ Феникс, 2002: 35.
5. Войскунский А.Е. Актуальные проблемы зависимости от интернета. *Психологический журнал*. 2004; 25 (1): 90–100.
6. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. СПб.: Речь, 2007: 190.
7. Егоров А.Ю. Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции. *Медицинская психология в России*. Электронный научный журнал. 2015; 4 (33): 4 [Электронный ресурс].

8. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. 1991; 1: 8–15.
9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск: Изд. НГПУ, 2001: 251.
10. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития / Пер. с англ. 9-е изд. СПб.: Питер, 2012: 939.
11. Красильников Г.Т., Гирич Я.П. Существует ли предрасположенность к аддикциям (факторы риска). *Консилиум*. 1999; 2: 21–22.
12. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств: автореф. дис. ... к.м.н. Новосибирск, 2004: 23.
13. Мещеряков Б.Г. Контент-анализ. Большой психологический словарь. 4-е изд. / Ред. Б.Г. Мещеряков, В.П. Зинченко. М.: АСТ, 2009: 285–286.
14. Репина М.А., Федоров А.Ф. Проблема интернет-зависимости среди подростков. *Молодой ученый*. 2014; 20: 662–664.
15. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В. Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007: 768.
16. Смирнова Е.А., Малыгин В.Л., Искандирова А.Б. и др. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика: пособие для школьных психологов. М.: Мнемозина, 2010: 136.
17. Шавамиш В.В. Зависимое поведение школьников. СПб., 2001: 208.
18. Якушина Е.В. Подростки в Интернете: специфика информационного взаимодействия. *Педагогика*. 2001; 4: 55–61.
19. Янг К. Диагноз – Интернет-зависимость. *Мир Интернет*. 2000; 2: 24–29.
20. Ярцев Д. В. Особенности социализации современного подростка. *Вопросы психологии*. 2009; 6: 54–59.
21. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.
22. Goldberg I. Internet addiction disorder. 1996. Psychom.net [Electronic resource]. <http://www.psychom.net> (science, accessed 20 November 2004).
23. Griffiths M.D. Internet addiction – time to be taken seriously? *Addiction Research*. 2000; 8 (5): 413–419.
24. Sasmaz T., Oner S., Kurt A.O. et al. Prevalence and risk factors of Internet addiction in high school students. *Eur. J. Public Health*. 2014; 24 (1): 15–20.
25. van Rooij A., Prause N. A critical review of “Internet addiction” criteria with suggestions for the future. *Journal of Behavioral Addictions*. 2014; 3 (4): 203–213.
26. Weinstein A. Comorbidity of Internet addiction with other psychiatric conditions. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015; 4 (1): 43.
27. Weinstein A.M., Lejoyeux M. Internet addiction or excessive internet use. *Am. J. Drug. Alcohol. Abuse*. 2010; 36 (5): 277–283.
28. Winkler A., Dörsin B., Rief W. Treatment of internet addiction: a meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2013; 33 (2): 317–329.

Поступила в редакцию 7.03.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Красильников Геннадий Тимофеевич, д.м.н., профессор, ассистент кафедры психиатрии ФПК и ППС; научный сотрудник НИО КВВАУЛ.
Косенко Виктор Григорьевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФПК и ППС.
Косенко Наталья Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС.
Агеев Михаил Иванович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС.
Шулькин Леонид Маркович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС.
Гридина Юлия Вячеславовна, заведующая отделением № 4.

✉ Красильников Геннадий Тимофеевич, e-mail: gennadykras@mail.ru

УДК 616.89-008.441.3:616-053.71

For citation: Krasil'nikov G.T., Kosenko N.A., Kosenko V.G., Ageev M.I., Shul'kin L.M., Gridina Y.V. Addictogenic risk of Internet for adolescents. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 54–59.

Addictogenic risk of Internet for adolescents

Krasil'nikov G.T.^{1,2}, Kosenko N.A.¹, Kosenko V.G.¹, Ageev M.I.¹, Shul'kin L.M.¹, Gridina Y.V.³

¹ *Kuban State Medical University*

Sedin Street 4, 350063, Krasnodar, Russian Federation

² *Krasnodar Higher Military Aviation School of Pilots of Ministry of Defense of the Russian Federation*

Dzerzhinsky Street 135, 350090, Krasnodar, Russian Federation

³ *Specialized Clinical Psychiatric Hospital no. 1*

Krasnaya Street 1, 350063, Krasnodar, Russian Federation

ABSTRACT

Analysis of the problem of juvenile Internet addiction was given. Relevance is determined by insufficiently defined understanding of internet addiction as a nosological entity as well as by increasing prevalence of this disorder. There are data of foreign and domestic research on prevalence of addiction at the turn of the century and in recent years. The author cites the results of his own comparative unstructured study of prevalence of Internet and drug addiction among conscripts and youth of pre-military age. A further presentation concerns social, psycho-social and technological conditions that affect adolescent enthusiasm for Internet. It describes a huge positive role of the Internet in today's world. A dependent Internet use is formed by a combination of negative factors contributing to the development of addictive personality traits. There has been a difficulty with correction and treatment of this addiction which increases the importance of its prevention for adolescents.

Keywords: computer, Internet, Internet addiction, juvenile Internet addiction.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Semke V.Ya. Komorbidnost' v narkologii [Comorbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009: 510 (in Russian).
2. Bokhan N.A., Butorina N.E., Krivulin E.N. [Depressive reactions in penal disadaptation in adolescents]. Chelyabinsk: Publishing House PIRS, 2006: 264 (in Russian).
3. Burova V.A., Esaulov V.I. Mekhanizmy formirovaniya internet-addiktsii. Materialy XIII s"ezda psikhiatrov Rossii [Mechanisms of formation of Internet addiction. Proceedings of XIII Congress of Russian Psychiatrists]. M., 2000: 290–291 (in Russian).
4. Bukhanovsky A.O., Andreeva A.S., Bukhanovskaya A.O. Zavisimoe povedenie: klinika, dinamika, sistematika, lechenie, profilaktika: Posobie dlya vrachev [Dependent behavior: clinical picture, dynamics, and taxonomy, and treatment, preventive maintenance: Manual for physicians]. Rostov-On-Don: Publishing House LINC Phoenix, 2002: 35 (in Russian).
5. Voiskunsky A.E. Aktual'nye problemy zavisimosti ot interneta [Relevant problems of Internet dependence]. Psikhologicheskii zhurnal - Psychological Journal. 2004; 25 (1): 90–100 (in Russian).
6. Egorov A.Yu. Nekhimicheskie zavisimosti [Non-chemical dependence]. SPb.: Rech, 2007: 190 (in Russian).
7. Egorov A.Yu. Sovremennye predstavleniya ob internet-addiktsiyakh i podkhodakh k ikh korrektsii [Modern ideas about internet addiction and approaches to their treatment]. Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. Elektronnyy nauchnyy zhurnal - Medical Psychology in Russia. 2015; 4 (33): 4 [Electronic resource] (in Russian).
8. Korolenko C.P. Addiktivnoe povedenie. Obshchaya kharakteristika i zakonomernosti razvitiya [Addictive behavior. General characteristics and patterns of development]. Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii - Review of Psychiatry and Medical Psychology. 1991; 1: 8–15 (in Russian).
9. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Psikhosotsial'naya addiktologiya [Psychosocial Addictology]. Novosibirsk: Publ. NSPU, 2001: 251 (in Russian).
10. Craig G., Bocoum D. Psikhologiya razvitiya [Developmental Psychology]. Transl. from Engl. 9th edition. SPb.: Piter, 2012: 944 (in Russian).
11. Krasil'nikov G.T., Girich J.P. Sushchestvuet li predispozitsionnost' k adtsiktsiyam (faktory riska) [Is there a predisposition to addictions (risk factors)]. Konsilium – Council of Physicians. 1999; 2: 21–22 (in Russian).
12. Loskutova V.A. Internet-zavisimost' kak forma nekhimicheskikh addiktivnykh rasstroystv [Internet addiction as a form of non-chemical addictive disorders]. Avtoref. dis. ... k.m.n. - Abstract of PhD thesis. Novosibirsk, 2004: 23 (in Russian).
13. Meshcheryakov B.G. Kontent-analiz. Bol'shoy psikhologicheskii slovar' [Content analysis. Big Psychological Dictionary]. 4th ed. / Ed. B.G. Meshcheryakov, V.P. Zinchenko. M.: AST, 2009: 285–286 (in Russian).
14. Repina M.A., Fedorov A.F. Problema internet-zavisimosti sredi podrostkov [Problem of Internet addiction among adolescents]. Molodoy uchenyy – Junior Researcher. 2014; 20: 662–664 (in Russian).
15. Rukovodstvo po addiktologii [Handbook of Addictology]. Ed. Pprof. V.D. Mendelevich. SPb.: Rech, 2007: 768 (in Russian).
16. Smirnova E.A., Malygin V.L., Iskandrova A.B. et al. Internet-zavisimoe povedenie u podrostkov. Klinika, diagnostika, profilaktika: posobie dlya shkol'nykh psikhologov [Internet-dependent behavior in adolescents. Clinical picture, diagnostics, prevention: A guide for school psychologists]. M.: Mnemozina, 2010: 136 (in Russian).
17. Shavamish V.V. Zavisimoe povedenie shkol'nikov [Dependent behavior at school]. SPb., 2001: 208 (in Russian).
18. Yakushina E.V. Podrostki v Internete: spetsifika informatsionnogo vzaimodeystviya [Adolescents in Internet: the specificity of information sharing]. Pedagogika - Pedagogy. 2001; 4: 55–61 (in Russian).
19. Young K. Diagnostika – Internet-zavisimost' [Diagnosis – Internet addiction]. Mir Internet - World Internet. 2000; 2: 24–29 (in Russian).
20. Yartsev D.V. Osobennosti sotsializatsii sovremennogo podrostka [Features of modern adolescents' socialization]. Voprosy psikhologii – Issues of Psychology. 2009; 6: 54–59 (in Russian).
21. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.
22. Goldberg I. Internet addiction disorder. 1996. Psychom.net [Electronic resource]. <http://www.psychom.net> (science, accessed 20 November 2004).
23. Griffiths M.D. Internet addiction – time to be taken seriously? *Addiction Research*. 2000; 8 (5): 413–419.
24. Sasmaz T., Oner S., Kurt A.O. et al. Prevalence and risk factors of Internet addiction in high school students. *Eur J Public Health*. 2014; 24 (1): 15–20.
25. van Rooij A., Prause N. A critical review of “Internet addiction” criteria with suggestions for the future. *Journal of Behavioral Addictions*. 2014; 3 (4): 203–213.
26. Weinstein A. Comorbidity of Internet addiction with other psychiatric conditions. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015; 4 (1): 43.
27. Weinstein A.M., Lejoyeux M. Internet addiction or excessive internet use. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010; 36 (5): 277–283.
28. Winkler A., Dörsin B., Rief W. Treatment of internet addiction: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2013; 33 (2): 317–329.

Received Mart 7.2017
Accepted May 02.2017

Krasil'nikov Gennady T., MD, Professor, assistant of Psychiatry Department of Faculty of professional development and professional retraining of specialists, Kuban State Medical University; researcher of Krasnodar Higher Military Aviation School of Pilots of Ministry of Defense of the Russian Federation, Krasnodar, Russian Federation.

Kosenko Victor G., MD, Professor, Head of Psychiatry Department of Faculty of professional development and professional retraining of specialists, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation.

Kosenko Natalia A., PhD, lecturer of Psychiatry Department of Faculty of professional development and professional retraining of specialists, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation.

Ageev Mikhail I., PhD, lecturer of Psychiatry Department of Faculty of professional development and professional retraining of specialists, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russian Federation.

Gridina Yulia V., Head of Unit no. 4, Specialized Clinical Psychiatric Hospital no. 1, Krasnodar, Russian Federation.

✉ Krasil'nikov Gennady T., e-mail: gennadykras@mail.ru

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.89:616.36-002.2:616-052

Для цитирования: Огарев В.В., Малыгин В.Л. Особенности внутренней картины болезни и мотивации на лечение больных хроническим вирусным гепатитом С. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 60–66.

Особенности внутренней картины болезни и мотивации на лечение больных хроническим вирусным гепатитом С

Огарев В.В., Малыгин В.Л.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Россия, 127473, Москва, ул. Десятская, д. 20, стр. 1

РЕЗЮМЕ

Целью исследования являлось изучение особенностей внутренней картины болезни и мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С. Обследовано 130 больных ХВГС. Выявлено, что телесный компонент ВКБ больных ХВГС редуцирован и значимого влияния на мотивацию к лечению не имеет. Эмоциональный, когнитивный и мотивационный компоненты ВКБ оказывают существенное влияние на мотивацию к лечению и тесно связаны между собой. Особое значение имеют реакции тревоги, когнитивная регуляция эмоций, осмысленность жизни и нацеленность на результат. Обнаружены характерологические свойства, которые оказывают значимое влияние на отдельные компоненты ВКБ и мотивацию на лечение. Определены различные психологических механизмы, снижающие готовность к лечению. Одни из них обусловлены действием психологических защитных механизмов и проявляются недостаточным осознанием тяжести заболевания. Другие связаны с использованием неадаптивных стратегий совладания с болезнью. Полученные данные определяют цели-мишени психокоррекционных программ, направленных на повышение мотивации к лечению больных ХВГС.

Ключевые слова: больные хроническим вирусным гепатитом С, внутренняя картина болезни, мотивация на лечение, характерологические свойства, терапевтический альянс.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы вирусного гепатита С определяется его распространенностью: вирусом гепатита С инфицированы от 2 % до 3 % населения РФ [12] и до 1,8 % населения США [13], а также недостаточной мотивацией больных на лечение, обусловленной дороговизной противовирусной терапии, наличием противопоказаний, отказами от лечения в результате неудачного опыта [17]. Согласно оценкам, лишь 20 % больных делали попытки приема противовирусной терапии [18]. Причины, по которым пациенты не получают терапию, включают также наркотическую зависимость, психические расстройства [18] и редкое посещение врача. Эффективность лечения зависит не только от назначенного курса терапии, но и от степени мотивации пациента к лечению, от его приверженности к терапии [21]. У многих пациентов может не хватать мотивации на лечение, навыков или знаний, чтобы выполнять медицинские рекомендации [16]. Повышение уровня мотивации к лечению невозможно без знания особенностей совладающего с болезнью поведения пациента и понимания феномена внутренней картины болезни.

На данный момент наиболее разработанным понятием, описывающим суть отношений «личность – болезнь», в отечественной литературе считается концепция внутренней картины болезни (ВКБ), предложенная В.В. Николаевой [6]. Внутренняя ВКБ пациентов, страдающих вирусным гепатитом С, их мотивация на лечение и совладание с болезнью в отечественных исследованиях до настоящего

времени являются недостаточно изученными. Имеются лишь отдельные работы, посвященные различным психологическим нарушениям, качеству жизни, психологическим характеристикам пациентов с вирусным гепатитом С [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11].

Цель исследования: изучение особенностей внутренней картины болезни и мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 140 больных ХВГС (шифр по МКБ-10 В18.2). В зависимости от степени мотивации на лечение все больные при помощи опросника «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» (URICA) были распределены в группы: группа 1 (n=70) – отсутствие мотивации к лечению (стадия предваряющих размышлений), группа 2 (n=60) – высокий уровень мотивации к лечению (стадия действий в отношении совладания с болезнью), группа 3 (n=10) – амбивалентная мотивация к лечению (стадия размышлений). Группа 3 (n=10) из дальнейшего исследования была исключена, так как её размер был недостаточным для статистического анализа. Размер итоговой выборки – 130 больных ХВГС.

Средний возраст больных – 39,36±9,27 года, из них 98 мужчин (75,38 %), 32 женщины (24,62 %), проходящие плановое стационарное или амбулаторное обследование и лечение. В качестве группы сравнения для оценки телесного уровня ВКБ взяты больные желчно-каменной болезнью, находящиеся на консервативном лечении (n=40).

Теоретической основой исследования являлась концепция ВКБ В.В. Николаевой.

Для исследования чувственного уровня ВКБ был использован тест «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А.Ш. Тхостова, С.П. Елшанского (2009). Эмоциональный уровень ВКБ изучался при помощи «Шкалы субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина (1978) и опросника «Эмоциональное реагирование на болезнь» В.М. Ялтонского (2007). Когнитивный уровень ВКБ исследовался с использованием опросника «Когнитивная регуляция эмоций» (Garnefski et al., 2002) в адаптации Е.И. Рассказовой, А.Б. Леоновой, И.В. Плужникова (2011). Мотивационный уровень определяли по тесту «Смыслоразнообразные ориентации Д. Крамбо и Л. Махолик (1968) в адаптации Д.А. Леонтьева (1992), по «Шкале оценки изменений Университета Род-Айленд» (URICA) Е.Н. McConaughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer (1983) в адаптации В.М. Ялтонского (2004) и по опроснику для оценки терапевтического альянса НАq-II (Barber J.P., 1996) в адаптации П.В. Тучина. Для уточнения влияния на мотивацию к лечению были исследованы особенности темперамента и характера больных ХВГС с использованием Шкалы импульсивности Барратта (BIS-11) (Barratt E.S., 1987) в адаптации Т.И. Медведевой, С.Н. Ениколопова (2015) и диагностической методики TCI-125 «Структура характера и темперамента» Клониджера (1991) в адаптации Н.А. Алмаева, Л.Д. Островской (2005).

Статистический анализ данных. Для сравнительного анализа порядковых данных в независимых выборках применяли критерий Манна-Уитни. Изучение связей между выявленными психологическими характеристиками обследованных проводили при помощи коэффициента корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное нами сравнительное исследование особенностей интрацептивных ощущений среди больных ХВГС и больных ЖКБ, находящихся на консервативном лечении, выявило достоверно большую частоту выбора различных интрацептивных ощущений (испытанных и болезненных ощущений, важных и значимых ощущений) у больных с ЖКБ по сравнению с больными ХВГС (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Результаты психосемантической методики «Выбор интрацептивных ощущений» у больных хроническим вирусным гепатитом С и больных желчно-каменной болезнью			
Количество дескрипторов, подходящих для описания	ХВГС (n=130)	ЖКБ (n=40)	Достоверность различий (p)
Интрацептивные ощущения	39,80±14,96	45,09±6,3	0,034*
Испытанные ощущения	30,34±13,35	34,5±6,25	0,042*
Болезненные ощущения	19,12±10,99	22,69±4,89	0,036*
Важные, значимые ощущения	1,73±1,76	4,59±15,73	0,02*

* – Достоверность различий.

Полученные данные отражают имеющиеся различия в телесном восприятии болезни у больных вирусным гепатитом С и желчно-каменной болезнью, что, вероятно, может оказывать непосред-

ственное влияние на формирование представлений о болезни. Схожие данные о недостаточной включенности в картину ВКБ у больных ХВГС телесного компонента подтверждаются также исследованием Т.В. Подосиновой [8], в котором показано, что заболевание вирусным гепатитом С, сочетанное с зависимостью от опиатов, не находит отражения на чувственном уровне ВКБ, так как для этого нет специфической чувственной ткани. Как отмечает автор, большая часть ощущаемых телесных симптомов трактуется больными как явление, относящееся к абстиненции, обусловленной употреблением опиатов, а не к вирусному гепатиту С. Поэтому в этих случаях ВГС не получает вторичного значения и не включается в концепцию болезни.

Анализ полученных данных особенностей интрацептивных ощущений у больных ХВГС в зависимости от стадий изменений поведения в отношении болезни (Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд) выявил следующее (табл. 2)

Т а б л и ц а 2

Результаты психосемантической методики «Выбор интрацептивных ощущений» у больных ХВГС, находящихся на стадиях предваряющих размышлений (n=70) и действий (n=60)

Кол-во дескрипторов, подходящих для описания	Стадии		Достоверность различий (p)
	предваряющего размышления Группа 1 (n=70)	действий Группа 2 (n=60)	
Интрацептивные ощущения	49,438±13,76	32,671±11,78	0,00002*
Испытанные ощущения	38,125±12,45	25,682±9,76	0,0005*
Болезненные ощущения	25,313±10,57	14,432±7,25	0,0002*
Опасные, угрожающие здоровью ощущения	10,833±7,96	6,591±5,82	0,011*

* – Достоверность различий.

Выявлено, что на стадии предваряющего размышления больные ХВГС выделяют достоверно большее количество дескрипторов, подходящих для описания болезни, чем на стадии действия. При этом отмечены положительные корреляционные связи количества дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений ($R=0,260$, $p<0,05$), количества дескрипторов, подходящих для описания испытанных ощущений ($R=0,284$, $p<0,05$), и количества дескрипторов, подходящих для описания болезненных ощущений ($R=0,234$, $p<0,05$), с выраженностью реактивной тревоги. Вероятно, именно тревога заставляет больных ХВГС прислушиваться к своим телесным ощущениям и концентрировать на них внимание. В то же время неопределенность этих ощущений затрудняет понимание их непосредственной связи с болезнью и не повышает мотивацию к совладанию с болезнью. Так, корреляционный анализ обнаружил достоверную отрицательную связь ($R=-0,310$) количества интрацептивных ощущений (в абсолютных значениях) со стадией действия и положительную связь ($R=0,222$) со стадией предваряющих размышлений по шкале оценки готовности к изменению поведения URICA.

Исследование эмоционального уровня ВКБ выявило, что уровни реактивной и личностной тревожности среди больных ХВГС, находящихся на стадии предваряющего размышления, по сравнению с больными ХВГС, демонстрирующими готовность к действию, достоверно выше, в частности показатели умеренно-выраженной реактивной тревожности (52,9 % – n=37 и 25,0 % – n=15; p=0,001), проявлявшиеся ощущением напряжения, беспокойством, тревожностью, опасениями за свое будущее. Низкий уровень реактивной тревоги достоверно чаще отмечался у больных, находящихся на стадии действия (23,3 % – n=14 и 2,8 % – n=2; p=0,0003). Распространенность высокого уровня тревоги в анализируемых группах была сопоставима: 44,3 % (n=31) – у находящихся на стадии предваряющих размышлений, 51,7 % (n=31) – на стадии действий. В целом распространенность умеренно-выраженной и выраженной тревоги у больных, находящихся на стадии предваряющих размышлений, была достоверно выше (97,2 % – n=68; p=0,001), чем у больных, находящихся на стадии действия (76,7 % – n=46). При этом уровень личностной тревоги в анализируемых группах не имел различий. Проведенный корреляционный анализ связей тревожности и готовности к действиям с применением опросника URICA выявил положительную связь низкого уровня тревоги (уровень личностной тревоги в анализируемых группах по данным опросника Спилберга–Ханина) с готовностью к действиям (R=0,35, p<0,5).

Анализ данных опросника эмоционального реагирования на болезнь выявил противоречивость полученных данных. Среди больных, находящихся на стадии предваряющих размышлений, показатели по шкалам *оптимизм* и *облегчение* были достоверно выше, чем у больных, находящихся на стадии действия (1,78±1,09 и 0,92±0,95, p<0,05; 0,78±0,44 и 0,31±0,48, p<0,03). Переживаемые ими эмоции по отношению к болезни по сравнению с пациентами, находящимися на стадии действия, сочетались с более выраженным равнодушием к своему состоянию (1,11±1,36 и 0,54±0,78, p<0,05) и меньшей готовностью к борьбе за выздоровление (2,0±0,71 и 2,38±0,51, p<0,045). В свою очередь больные, находящиеся на стадии действия, испытывали более выраженную беспомощность (1,46±1,05 и 1,0±0,71, p<0,042) по отношению к болезни, меньшее облегчение и оптимизм (0,31±0,48 и 0,78±0,44, p<0,03), но в то же время более выраженную готовность к борьбе (2,38±0,51 и 2,0±0,71, p<0,045).

Таким образом, больные ХВГС, находящиеся на стадии предваряющих размышлений, менее обеспокоены своим состоянием, недооценивают его тяжесть, проявляя необоснованный оптимизм и отчасти даже равнодушие к своему состоянию, что во многом определяет их неготовность к каким-либо действиям. Корреляционный анализ выявил множественные корреляционные связи между эмоциональными реакциями на болезнь и готовностью (неготовностью) к действиям по совладанию с болезнью.

Положительные связи с готовностью к действиям в отношении болезни имели следующие эмоциональные реакции: тревога (R=0,68), страдание (R=0,7), печаль (R=0,6), беспомощность (R=0,65) и готовность к борьбе (R=0,48). Отрицательную связь демонстрировали оптимизм (R=-0,45), спокойствие (R=-0,48), облегчение (R=-0,58) и разочарование (R=-0,65). Со стадией предваряющих размышлений (отсутствие готовности к действиям) были положительно связаны оптимизм (R=0,62), спокойствие (R=0,44), уверенность в собственных силах (R=0,61), разочарование (R=0,56). Отрицательная связь прослеживалась с тревогой (R=-0,62), страданием (R=-0,8), беспомощностью (R=-0,67), печалью (R=-0,69), готовностью к борьбе (R=-0,56).

Выявленное противоречие между более высоким уровнем тревоги по тесту Спилберга–Ханина среди больных, находящихся на стадии предваряющего размышления, и проявляемые ими оптимизм, спокойствие, уверенность в своих силах по отношению к болезни отражают активизацию механизмов психологических защит, что, в свою очередь, препятствует осознанию и принятию болезни. В противоположность этому осознание, принятие и переживание негативных эмоций способствуют принятию решений по совладанию с болезнью и повышают мотивацию к лечению и вероятность обращения за помощью. Напротив, отрицание проблемы, отсутствие тревоги за свое состояние и будущее, спокойное отношение к болезни, излишний оптимизм, самоуверенность и недооценка серьезности заболевания снижают мотивацию на лечение.

Полученные данные могут являться целями-мишенями психотерапии, направленной на повышение мотивации пациентов к лечению.

Когнитивный компонент ВКБ изучался нами при помощи опросника «Когнитивная регуляция эмоций», целью которого являлось выявление аффективной и когнитивной составляющих в формировании стратегий поведения, направленных на совладание с болезнью.

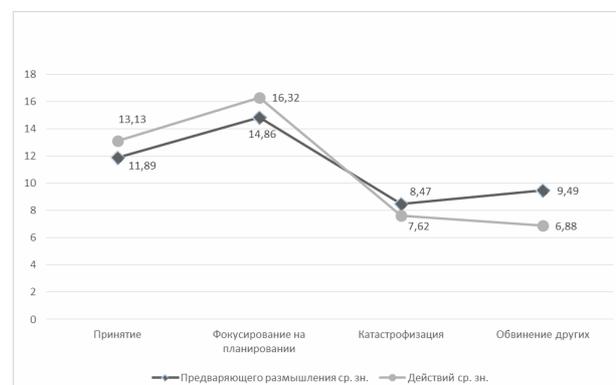


Рис. 1. Показатели опросника когнитивной регуляции эмоций у больных ХВГС, находящихся на стадии предваряющих размышлений и стадии действий (шкалы с достоверными различиями)

Как показано на рисунке 1, анализ когнитивной регуляции эмоций среди обследованных больных обнаружил, что среди больных гепатитом С, находящихся на стадии действий, достоверно выше показатели по шкале «Принятие», отражающей, согласно характеристикам опросника, адаптивную стратегию принятия ситуации, связанной с болезнью, что может способствовать процессам совладания со стрессом, в частности планированию действий, направленных на преодоление болезни.

Данное предположение подтверждает наличие достоверно более высоких показателей по шкале «Фокусирование на планировании» среди больных, находящихся на стадии действий, по сравнению с больными, находящимися на стадии предваряющих размышлений. Следует отметить, что показатели шкал «Катастрофизация» и «Обвинение других» также достоверно выше среди больных, находящихся на стадии предваряющего размышления, что показывает влияние эмоций и способа совладания с ними на процессы принятия решений.

Проведенный нами корреляционный анализ обнаружил отрицательные связи адаптивных стратегий «Позитивная перефокусировка» ($R=-0,3$, $p<0,01$) и «Позитивный пересмотр» ($R=0,21$, $p<0,01$) с уровнем реактивной тревоги теста Спилбергера-Ханина, положительную связь личностной тревоги ($R=0,23$, $p<0,01$) с неадаптивной стратегией «Руминация» и отрицательную связь ($R=0,4$, $p<0,01$) со стратегией «Позитивная перефокусировка».

Таким образом, высокий уровень тревоги снижает эффективность когнитивной регуляции эмоций и способность больного к использованию адаптивных стратегий, направленных на совладание с болезнью. Больные в этих случаях, расценивая болезнь как катастрофу, фиксируются на тревожных размышлениях, что создает препятствия к планированию адекватных действий, направленных на преодоление болезни. Схожие данные о влиянии тревоги на когнитивную регуляцию эмоций приводят и другие авторы [10, 15].

Проведенный корреляционный анализ показателей опросника когнитивной регуляции эмоций со шкалой готовности к изменениям подтверждает полученные данные о влиянии различных стратегий когнитивной регуляции эмоций на показатели готовности к действиям по отношению к болезни. Так, неготовность к действиям по совладанию с болезнью (шкала предваряющего размышления) положительно связана с такими неадаптивными стратегиями, как «Катастрофизация» ($R=0,23$, $p<0,01$), «Обвинение других» ($R=0,23$, $p<0,01$) и отрицательно связана с адаптивной стратегией «Фокусирование на планировании». В то время как готовность к действиям положительно коррелирует со стратегиями «Принятие» ($R=0,29$, $p<0,05$) и «Фокусирование на планировании» ($R=0,17$, $p<0,05$), что может быть связано с менее интенсивным переживанием катастрофы по отношению к болезни и принятием своей ответственности за случившееся.

Таким образом, выявляются два различных психологических механизма формирования отказа от действий по совладанию с болезнью. Первый из них обусловлен действием психологических защитных механизмов, направленных на снижение тревоги, и проявляется недостаточным осознанием тяжести заболевания и принятием болезни, излишним оптимизмом и беспечностью по отношению к болезни. Второй механизм связан с выбором неадаптивных когнитивных стратегий совладания с болезнью, что проявляется высоким уровнем тревоги, переживанием катастрофы по отношению к болезни и «параличом действий» по совладанию с болезнью. Влияние тревоги и депрессии на мотивацию к лечению отмечают и другие авторы [20].

По результатам методики СЖО Леонтьева между больными ХВГС, находящимися на стадии предваряющего размышления, и больными, пребывающими на стадии действий, выявлены достоверные различия следующих показателей: осмысленность жизни ($108,14\pm 6,1$ и $99,27\pm 7,8$, $p<0,004$), цели жизни ($35,39\pm 2,8$ и $30,77\pm 3,4$, $p<0,0001$), нацеленность на результат ($27,7\pm 1,6$ и $25,38\pm 2,1$, $p<0,012$) и локус контроля Я ($22,0\pm 1,5$ и $20,6\pm 1,8$, $p<0,043$). Корреляционный анализ обнаружил положительные связи мотивации на лечение (готовности к действиям) со шкалами цели жизни ($R=0,25$, $p<0,05$), результат ($R=0,24$, $p<0,05$), локус контроля Я ($R=0,21$, $p<0,05$), общий показатель осмысленности жизни ($R=0,25$, $p<0,05$). Выявлены отрицательные связи стадии предваряющего размышления со шкалами цели жизни ($R=-0,21$, $p<0,05$), общий показатель осмысленности жизни ($R=-0,19$, $p<0,05$).

Таким образом, больных, находящихся на стадии действий, характеризует наличие устойчивых целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Это говорит о целеустремленности данных больных или характеризует их как людей, планы которых являются весьма ценными, и, учитывая высокие баллы по шкалам «результат», «локус контроля Я», «общий показатель осмысленности», они принимают ответственность за достижение этих целей и более мотивированы на совладание с болезнью. В то время как больные на стадии предваряющего размышления характеризуются неверием в свои силы, подчиненностью «року судьбы» и отсутствием действий, направленных на преодоление болезни.

Непосредственное отношение к мотивационному уровню ВКБ и готовности к действиям по совладанию с болезнью имеет уровень терапевтического альянса. Выявлено, что пациенты на стадии действия обнаруживали достоверно чаще более высокий уровень терапевтического альянса по сравнению с пациентами, находящимися на стадии предваряющих размышлений ($83,3\%$ и $58,6\%$, $p<0,03$). Повышение уровня терапевтического альянса положительно коррелировало со стадией действия ($R=0,36$, $p<0,05$) и отрицательно ($R=-0,23$, $p<0,05$) со стадией предваряющих размышлений.

Полученные данные свидетельствуют о значимости терапевтического альянса в диаде «врач – больной». Доверие к врачу, приверженность назначенному длительному курсу терапии повышают мотивацию на лечение и готовность больного к действиям по совладанию с болезнью. Ряд исследователей также подчеркивает важность поддержки больного медицинскими работниками, положительное влияние их содействия на мотивацию к лечению [19].

Исследование влияния особенностей личностно-характерологических черт на мотивацию к лечению по результатам методики «Структура характера и темперамента» Клониджера выявило, что у пациентов, находящихся на стадии действий, с достоверной частотой преобладали такие свойства характера, как избегание вреда ($10,04 \pm 5,04$ и $8,61 \pm 3,0$, $p < 0,049$), отражающее тревожность, и более внимательное отношение к своему здоровью и зависимость от вознаграждения ($8,72 \pm 2,93$ и $7,52 \pm 2,39$, $p < 0,011$), проявляющиеся открытостью, легкостью в общении, способностью к эмпатии, что может оказывать положительное влияние на уровень терапевтического альянса. Корреляционный анализ выявил положительные связи с готовностью к действиям такой врожденной черты темперамента, как *настойчивость*, отражающей такие свойства, как принятие ответственности за собственный выбор, целеустремленность и целенаправленность ($R=0,202$, $p < 0,05$), и характерологической черты *самонаправленность*, отражающей социальную зрелость, самостоятельность личности ($R=0,224$, $p < 0,05$).

Особенности личностно-характерологических свойств также были связаны с отдельными показателями теста «Смысло-жизненные ориентации». Выявлено, что среди больных, находящихся на стадии действий, такая черта характера, как *самонаправленность* ($R=0,41$, $p < 0,05$), связана с процессом жизни ($R=0,56$, $p < 0,05$), нацеленностью на результат ($R=0,55$, $p < 0,05$) и с осмысленностью жизни ($R=0,5$, $p < 0,05$). Самонаправленность, помимо того, характеризовалась положительной связью с адаптивной стратегией когнитивной регуляции эмоций «Позитивная перефокусировка» ($R=0,28$, $p < 0,05$), что показывает значение влияния таких свойств характера, как ответственность за себя и самоконтроль, на положительное переосмысление ситуации болезни.

Полученные данные отражают значение личностной зрелости в преодолении болезни и готовности к совладанию с ней. Схожие результаты о влиянии характерологических свойств на мотивацию к лечению также приводят М.Ю. Максимова и др. [5], L. Fuschfeld et al. [14].

Анализ выраженности импульсивности (рис. 2) выявил среди больных ХВГС, находящихся на стадии размышлений, достоверно более высокие показатели по следующим шкалам: *внимание, настойчивость, самоконтроль, когнитивная сложность*.

Полученные результаты свидетельствуют о меньшей устойчивости внимания, настойчивости в достижении целей, затруднениях в решении сложных за-

дач, общей импульсивности, достоверно сниженном самоконтроле, что отражает затруднения больных в планировании действий.

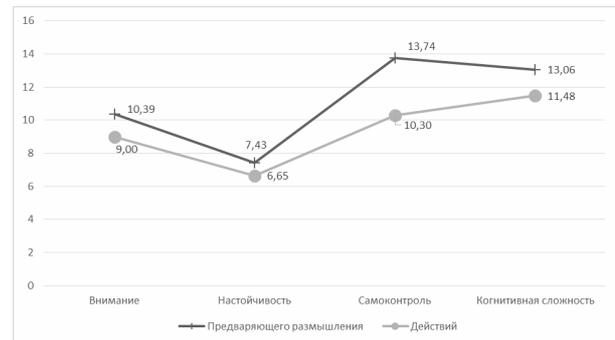


Рис. 2. Показатели шкал теста импульсивности больных ХВГС, находящихся на стадии предваряющих размышлений ($n=70$) и стадии действий ($n=60$) (значимые различия)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Картина внутренней болезни у больных ХВГС носит сложный характер. Телесный компонент ВКБ редуцирован, а в связи с невыраженностью и диффузностью симптомов затрудняет осознание их непосредственной связи с болезнью, не оказывая существенного влияния на мотивацию к лечению. Эмоциональный, когнитивный и мотивационный компоненты ВКБ тесно связаны между собой, выражая существенное влияние на мотивацию к лечению. Эмоциональный компонент ВКБ, проявляющийся тревогой, оказывает значимое влияние на готовность к действиям по совладанию с болезнью.

Выявлено два психологических механизма, обуславливающих отсутствие мотивации к лечению. Первый из них вызван действием психологических защитных механизмов, направленных на снижение диффузной тревоги, и проявляется недостаточным осознанием тяжести заболевания. Второй механизм определяется неадаптивными когнитивными стратегиями совладания с болезнью, что выражается высоким уровнем тревоги, переживанием катастрофы по отношению к болезни и «параличом действий» по совладанию с болезнью. Когнитивный компонент ВКБ отражает наличие определенных связей с эмоциональным компонентом: реактивная и личностная тревога отрицательно влияют на использование адаптивных когнитивных стратегий совладания с болезнью и способствуют применению неадаптивных когнитивных стратегий. Эффективная когнитивная регуляция эмоций способствует снижению уровня тревоги и обращению к адаптивным стратегиям совладания с болезнью: принятие ситуации, связанной с болезнью, и фокусирование на планировании действий. В данном случае осознание болезни, принятие и переживание негативных эмоций повышает мотивацию к лечению и обращению за помощью. Мотивационный уровень ВКБ существенно влияет на готовность к действиям по совладанию с болезнью. Наличие устойчивых целей, нацеленность на результат, высокий уровень локус кон-

троля Я положительно влияют на готовность к действиям по совладанию с болезнью. Высокий уровень терапевтического альянса оказывает положительное влияние на мотивацию к лечению. Личностно-характерологические свойства больных, такие как направленность на сотрудничество, избегание вреда и зависимость от вознаграждения также положительно влияют на мотивацию к лечению. И напротив, повышенный уровень импульсивности, проявляющийся неустойчивостью внимания, сниженным самоконтролем и затруднениями в решении сложных задач, снижают мотивацию на лечение и готовность к обращению за помощью. Личностно-характерологические особенности больных влияют на отдельные уровни ВКБ, кроме чувственного.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания Межвузовского Комитета по этике Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова № 01-15 от 22.01.2015).

ЛИТЕРАТУРА

- Бузина Т.С. Психологическая модель профилактики зависимости от психоактивных веществ и сочетанных с ней парентеральных инфекций: дис. ... д.п.н. М., 2016.
- Ильмухина Л.В., Киселева Л.М. Психологические характеристики больных хроническим вирусным гепатитом С старше 50 лет. *Бюллетень научного центра РАМН*. 2009; 1: 44–45.
- Каминская С.Н. Клинико-психологическая характеристика и качество жизни больных хроническим вирусным гепатитом С: автореф. дис. ... к.м.н. СПб., 2005: 22.
- Куприянова И.Е., Чуйкова К.И., Ковалева Т.А., Алексеева Е.А. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 6 (75): 63–65.
- Макимова М.Ю., Поддубная Т.В., Богомолов П.О., Ениколопов С.Н. Личностные характеристики и структура внутренней картины болезни как предикторы комплаенса пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С. *Психические расстройства в общей медицине*. 2014; 03–04: 31–38.
- Николаева В.В. Психосоматика: телесность и культура. М., 2009: 320.
- Никулина М.А. Совершенствование методов диагностики и лечения заболеваний гепатобилиарной системы с учетом психосоматического статуса пациентов: Автореф. дис. ... д.м.н. Барнаул, 2010: 45.
- Подосинова Т.В. Внутренняя картина болезни больных опиоидной зависимостью, осложненной вирусным гепатитом С: Дис. ... к.п.н. М., 2011: 199.
- Радуту О.И. Психологические нарушения у больных вирусными гепатитами. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2014; 3: 61–67.
- Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций. *Вестник Московского университета*. 2011; 4: 163–180.
- Усова Е.Н., Андриянова Е.А., Миронова Н.И. Психологические механизмы адаптации к болезни у больных с хроническим вирусным гепатитом С. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2015; 5 (2): 57.
- Ющук Н. Д., Климова Е. А., Знойко О. О., Кареткина Г. Н., Максимов С. Л., Маев И.В. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014: 160.
- Alter M.J., Kruszon-Moran D., Nainan O.V. et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. *N. Engl J. Med.* 1999; 341: 556–562.
- Fusfeld L., Aggarwal J., Dougher C., Verallonch M., Bubbs S., Donepudi M., Goss T.F. Assessment of motivating factors associated with the initiation and completion of treatment for chronic hepatitis C virus (HCV) infection. *BMC Infectious Diseases*. 2013; 13: 234. doi: 10.1186/1471-2334-13-234
- Garnefski N., Kraaij V., van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *J. Adolescents*. 2005; 28: 619–631.
- Groessl E.J., Weingart K.R., Kaplan R.M., Clark J.A., Gifford A.L. Living with hepatitis c: qualitative interviews with hepatitis c-infected veterans. *J. Gen. Intern. Med.* 2008; 23 (12): 1959–1965.
- Groom H., Dieperink E., Nelson D.B. et al. Outcomes of a hepatitis C screening program at a large urban VA medical center. *J. Clin. Gastroenterol.* 2008; 42 (1): 97–106.
- Ho S.B., Groessl E., Dollarhide A., Robinson S., Kravetz D., Dieperink E. Management of chronic hepatitis C in veterans: The potential of integrated care models. *Am. J. Gastroenterol.* 2008; 103 (7): 1810–1823.
- Jessop A.B., Cohen C., Burke M.M., Conti M., Black M. Hepatitis support groups: meeting the information and support needs of hepatitis patients. *Gastroenterol. Nur.* 2004; 27 (4): 163–169.
- Kraus M. R., Schafer A., Csef H., Scheurlen M., Faller H. Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*. 2000; 41: 377–384.
- Yee H.S., Currie S.L., Darling J.M., Wright T.L. Management and treatment of hepatitis C viral infection: recommendations from the department of veterans' affairs hepatitis C resource center program and the national hepatitis C program office. *Am. J. Gastroenterology*. 2006; 101 (10): 2360–2378.

Поступила в редакцию 18.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Огарев Валерий Владимирович, аспирант кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии.
Малыгин Владимир Леонидович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии.

✉ Огарев Валерий Владимирович, e-mail: ogareffvalera@yandex.ru

УДК 616.89:616.36-002.2:616-052

For citation: Ogarev V.V. Malygin V.L. Specifics of internal picture of disease and motivation for treatment in patients with chronic viral hepatitis C. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 60–66.

Specifics of internal picture of disease and motivation for treatment in patients with chronic viral hepatitis C

Ogarev V.V., Malygin V.L.

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov
Delegatskaya Street 20/1, 127473, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

The aim of the study was to investigate internal picture of the disease and motivation to be treated in patients with chronic viral hepatitis C (VHC). 130 patients with chronic hepatitis were examined. It was revealed that corporeal component of internal picture in VHC patients was reduced and did not have a significant effect on motivation to treatment. Emotional, cognitive and motivational components had a significant impact on motivation for treatment and were closely related to each other. The most important specifics were anxiety reactions, cognitive regulation of emotions, meaningfulness of life and focus on results. The significance of individual characterological properties in their influence on individual components of disease perception and motivation for treatment was revealed. Various psychological mechanisms that reduced readiness for treatment were revealed. Some of them were caused by psychological defense mechanisms and were manifested by insufficient awareness of the severity of the disease. Others were associated with non-adaptive coping strategies. This conclusion can be used to elaborate programs aimed to increase motivation for treatment in patients with VHC.

Keywords: internal picture of disease, chronic viral hepatitis C, motivation for treatment, therapeutic alliance, characterological specifics.

REFERENCES

- Buzina T.S. Psikhologicheskaya model' profilaktiki zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv i sochetannykh s ney parenteral'nykh infektsiy. [Psychological model of prevention of substance use disorders and associated parenteral infections]. Dis. ... d.p.n – Thesis of Doctor of Psychology. Moscow, 2016 (in Russian).
- Il'mukhina L.V., Kiseleva L.M. Psikhologicheskie kharakteristiki bol'nykh khronicheskim virusnym gepatitom C starshe 50 let [Psychological traits of patients with chronic viral hepatitis C older than 50 years]. Byulleten' nauchnogo tsentra RAMN - Bulletin of the Scientific Center of Russian Academy of Medical Sciences. 2009; 1: 44–45 (in Russian).
- Kaminskaya S.N. Kliniko-psikhologicheskaya kharakteristika i kachestvo zhizni bol'nykh khronicheskim virusnym gepatitom C [Clinical and psychological characteristics and quality of life in patients with chronic viral hepatitis C]. Avtoref. dis. ... k.m.n. - Abstract of PhD thesis. St. Petersburg, 2005: 22 (in Russian).
- Kupriyanova I.E., Chuikova K.I., Kovaleva T.A., Alekseeva E.A. Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni beremennykh zhenshchin s khronicheskimi virusnymi gepatitami V i S [Mental health and quality of life of pregnant women with chronic viral hepatitis B and C]. Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii - Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2012; 6 (75). 63-65 (in Russian).
- Maksimova M.Yu., Poddubnaya T.V., Bogomolov P.O., Enikolopov S.N. Lichnostnye kharakteristiki i struktura vnutrenney kartiny bolezni kak prediktory kompliansa patsientov, stradayushchikh khronicheskim virusnym gepatitom C. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine. [Personal characteristics and structure of the disease internal picture as a predictor of compliance in patients with chronic viral hepatitis C]. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine - Mental Disorders in General Medicine. 2014; 03-04: 31-38 (in Russian).
- Nikolayeva V.V. Psikhosomatika: telesnost' i kul'tura [Psychosomatics: body image and culture]. M., 2009: 320 (in Russian).
- Nikulina M.A. Sovershenstvovanie metodov diagnostiki i lecheniya zabolevaniy gepatobiliarnoy sistemy s ucheto psikhosomaticheskogo statusa patsientov. [Improvement of diagnostic methods and treatment of hepatobiliary system diseases considering patients psychosomatic status]. Avtoref. dis. ... d.m.n. – Abstract of MD thesis. Barnaul, 2010: 45 (in Russian).
- Podosinova T.V. Vnutrennyaya kartina bolezni bol'nykh opinyoy zavisimost'yu, oslozhnennoy virusnym gepatitom C [Internal picture of opiate use disorder, complicated by viral hepatitis C]. Dis. ... k.p.n. – PhD thesis, 2011: 199 (in Russian).
- Raduto O.I. Psikhologicheskie narusheniya u bol'nykh virusnymi gepatitami [Psychological disorders in patients with viral hepatitis]. Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova - Russian Medical and Biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov. 2014; 3: 61–67 (in Russian).
- Rasskazova E.I., Leonova A.B., Pluzhnikov I.V. Razrabotka ruskoyazychnoy versii oprosnika kognitivnoy regulyatsii emotsiy [Development of Russian version of emotions cognitive regulation questionnaire]. Vestnik Moskovskogo universiteta - Bulletin of the Moscow University. 2011; 4: 163–180 (in Russian).
- Usova E.N., Andriyanova E.A., Mironova N.I. Psikhologicheskie mekhanizmy adaptatsii k bolezni u bol'nykh s khronicheskim virusnym gepatitom C [Psychological mechanisms of adaptation to the disease in patients with chronic viral hepatitis C]. Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy - Bulletin of medical Internet conferences. 2015; 5 (2): 57 (in Russian).
- Yushchuk N. D., Klimova E. A., Znoyko O. O., Karetkina G. N., Maksimov S. L., Maev I.V. Virusnye gepatity. Klinika, diagnostika, lechenie. [Viral hepatitis. Clinical picture, diagnosis, treatment]. M.: GEOTAR-Media, 2014: 160 (in Russian).
- Alter M.J., Kruszon-moran D., Nainan OV et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. N. Engl J. Med. 1999; 341: 556–562.
- Fusfeld L., Aggarwal J., Dougher C., Verallonch M., Bubbs S., Donepudi M., Goss T.F. Assessment of motivating factors associated with the initiation and completion of treatment for chronic hepatitis C virus (HCV) infection. *BMC infectious diseases*. 2013; 13: 234. doi: 10.1186/1471-2334-13-234
- Garnefski N., Kraaij V., Van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *J. of Adolescents*. 2005; 28: 619–631.
- Groessl E.J., Weingart K.R., Kaplan R.M., Clark J.A., Gifford A.L. Living with hepatitis c: qualitative interviews with hepatitis c-infected veterans. *J. Gen. Intern. Med.* 2008; 23 (12): 1959–1965.
- Groom H., Dieperink E., Nelson D.B. et al. Outcomes of a hepatitis C screening program at a large urban VA medical center. *J. Clin. Gastroenterol.* 2008; 42 (1): 97–106.
- Ho S.B., Groessl E., Dollarhide A., Robinson S., Kravetz D., Dieperink E. Management of chronic hepatitis C in veterans: The potential of integrated care models. *Am. J. Gastroenterol.* 2008; 103 (7): 1810–1823.
- Jessop A.B., Cohen C., Burke M.M., Conti M., Black M. Hepatitis support groups: meeting the information and support needs of hepatitis patients. *Gastroenterol. Nur.* 2004; 27 (4): 163–169.
- Kraus M. R., Schafer A., Csef H., Scheurlen M., Faller H. Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*. 2000; 41: 377–384.
- Yee H.S., Currie S.L., Darling J.M., Wright T.L. Management and treatment of hepatitis C viral infection: recommendations from the department of veterans' affairs hepatitis C resource center program and the national hepatitis C program office. *Am. J. Gastroenterology*. 2006; 101(10): 2360–2378.

Received April 18.2017

Accepted May 02.2017

Ogarev Valery V., postgraduate student of the Department of Psychological Counseling, Psychocorrection and Psychotherapy, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russian Federation.

Malygin Vladimir L., MD, Professor, Head of the Department of Psychological Counseling, Psychocorrection and Psychotherapy, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russian Federation.

✉ Ogarev Valery V., e-mail: ogareffvalera@yandex.ru

УДК 616.89:616.1:616-052

Для цитирования: Погосов А.В., Николаевская А.О. Клинико-динамические особенности соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 67–72.

Клинико-динамические особенности соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники

Погосов А.В., Николаевская А.О.

Курский государственный медицинский университет
Россия, 305041, Курск, ул. К. Маркса, дом 3

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты обследования 218 больных, страдающих соматизированными психическими расстройствами с сердечно-сосудистыми проявлениями (соматизированное расстройство, депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами, паническое расстройство). Описаны их клинико-динамические донозологические особенности. Предложены новые данные, делающие возможным диагностику начального этапа выделенных разновидностей соматизированных психических расстройств.

Ключевые слова: соматизированные психические расстройства, клинические особенности, динамика заболевания, ранняя диагностика.

ВВЕДЕНИЕ

В свете модернизации психиатрической службы в нашей стране привлечение специалистов по психическому здоровью в деятельность первичной медицинской сети является одним из ведущих направлений [9]. По мнению исследователей, подобная практика способствует ранней диагностике психических нарушений у больных, обращающихся за помощью к врачам-интернистам, и предотвращению их наиболее тяжелых последствий [3]. Такая модель диагностики и терапии непсихотических форм психических расстройств в учреждениях первичной медицинской сети рассматривается как общепринятая в разных странах мира [6]. Выявление донозологических форм психических расстройств несет в себе профилактический и реабилитационный потенциал, уменьшает стигматизацию [7, 19, 20].

Несмотря на обсуждение проблемы выявления «ранних», «стертых», атипичных, доклинических, предболезненных форм психической патологии в специальной литературе, в настоящее время отсутствуют исследования, посвященные донозологическим клиническим особенностям соматизированных психических расстройств, как наиболее часто встречающихся у больных городских поликлиник. Обилие вегетативной симптоматики при указанных состояниях становится предметом постановки синдромальных диагнозов, способствует хронификации расстройств [11]. С другой стороны, остро стоит проблема распознавания соматизированных психических расстройств не только врачами-интернистами из-за отсутствия опыта дифференциальной диагностики и лечения, но и специалистами в сфере психического здоровья. Подобная ситуация связана с отсутствием представления у профильных специалистов о клинических проявлениях соматизированных психических расстройств донозологического уровня [8].

Вышеизложенные сведения позволили поставить цель и сформулировать задачи настоящего исследования.

Цель исследования: изучение клинико-динамических донозологических особенностей соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники.

Задачи исследования: обозначить разновидности и показать обоснованность выделения соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями в поликлиническом звене; выявить общие и частные клинические закономерности донозологического этапа течения соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями; описать алгоритм ранней диагностики соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями для специалистов городской поликлиники (участковый терапевт, кардиолог, невролог, медицинский психолог, психотерапевт и др.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2011–2016 гг. в соответствии с поставленными задачами на добровольной основе было проведено обследование 218 больных соматизированными психическими расстройствами с сердечно-сосудистыми проявлениями различной тяжести, а также разной длительностью заболевания. Все пациенты были разделены на три клинические группы в соответствии с разновидностями соматизированных психических расстройств. Соматизированные психические расстройства с сердечно-сосудистыми проявлениями включали рубрики: F45.0 – соматизированное расстройство; F32.01 – депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами (соматизированная депрессия); F41.0 – паническое расстройство. Диагностика осуществлялась с помощью указаний МКБ-10.

У 88 больных было диагностировано соматизированное расстройство – F45.0 (основная группа – 38; контрольная группа – 50), у 63 – депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами (соматизированная депрессия) – F32.01 (основная группа – 32; контрольная группа – 31), у 67 – паническое расстройство – F41.0 (основная группа – 30; контрольная группа – 37).

Распределение больных в основную и контрольную группы происходило с учетом тяжести заболевания. Основную группу (100 человек) (ОГ) составили больные с донозологическими проявлениями заболевания, неполностью сформированной клинической картиной, не соответствующей указаниям современных систематик, длительностью заболевания до 1 года. Они выявлялись в поликлиниках № 1, № 5 г. Курска. До проведенного нами обследования эти больные наблюдались у терапевтов, кардиологов, неврологов в 76 (76,00 %) случаях с диагнозами «Нейроциркуляторная дистония», в 15 (15,00 %) случаях – «Вегетативно-сосудистая дистония», у 9 больных (9,00 %) врачами поликлиники был диагностирован «Кардионевроз». В контрольную группу (118 человек) (КГ) вошли больные с развернутой клинической картиной заболевания, длительностью его течения от 1 года до 5 лет. Они находились на стационарном лечении в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы, дневных стационарах № 1, № 2 Курского клинического психоневрологического диспансера.

Для объективной оценки состояния больных им проводили соматическое и неврологическое обследование с участием различных специалистов (терапевт, кардиолог, невролог, эндокринолог). В исследование включались больные, не имеющие по результатам обследования соматических заболеваний. Критериями исключения были психические и наркологические заболевания: шизофрения, шизоаффективные расстройства, аффективные расстройства (МДП, циклотимия), эпилептическая болезнь, наркомания, токсикомания. Случаи сочетания (коморбидности) соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями с другими психическими заболеваниями не рассматривались в настоящем исследовании.

В качестве основных методов исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, статистический метод (описательная статистика, U-критерий Манна-Уитни, F-критерий Фишера). Для статистического анализа применялась программа Statistica (версия 7.0) Stat Soft.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Переходя к освещению клинических особенностей соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями, остановимся на донозологическом этапе соматизированного расстройства. Сравнительный анализ частотного распределения диагностических симптомов соматизированного расстройства в анализируемых группах

выявил статистически значимые различия в отношении всех встречаемых симптомов со стороны сердца и дыхательной системы: поверхностное дыхание (ОГ – 60,52 %; КГ – 88,00 %; $p < 0,05$), сердцебиение (ОГ – 68,42 %; КГ – 90,00 %; $p < 0,05$), боли в грудной клетке (ОГ – 55,26 %; КГ – 82,00 %; $p < 0,01$), головокружение (ОГ – 44,73 %; КГ – 92,00 %; $p < 0,001$).

При сравнительном анализе желудочно-кишечных симптомов удалось выявить, что боли в животе (ОГ – 50,00 %, КГ – 76,00 %; $p < 0,05$) и понос (ОГ – 7,89 %, КГ – 46,00 %; $p < 0,001$) статистически достоверно реже встречались у больных основной группы. В отношении таких симптомов, как рвота (ОГ – 10,52 %, КГ – 26,00 %), тошнота (основная группа – 21,05 %, КГ – 38,00 %), вздутие живота (газы) (ОГ – 28,94 %, КГ – 46,00 %), установлены различия на уровне статистической тенденции ($p > 0,05$, $p < 0,1$).

Среди псевдоневрологических симптомов затрудненное глотание (ОГ – 7,89 %, КГ – 32,00 %; $p < 0,01$), нечеткость зрения (ОГ – 34,21 %, КГ – 60,00 %; $p < 0,05$), паралич или мышечная слабость (ОГ – 21,05 %, КГ – 50,00; $p < 0,01$) статистически достоверно реже встречались у больных основной группы. Тенденция к статистической достоверности установлена при сравнении симптома пошатывание при ходьбе (ОГ – 26,31 %, КГ – 46,00 %; $p > 0,05$, $p < 0,1$).

В ряду болевых симптомов такие как боли в конечностях (ОГ – 15,78 %, КГ – 80,00 %), боли в спине (ОГ – 10,52 %, КГ – 88,00 %), боли в суставах (ОГ – 10,52 %, КГ – 66,00 %) статистически достоверно реже ($p < 0,001$) фиксировались у больных основной группы.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у больных основной группы, находившихся на донозологическом этапе течения соматизированного расстройства, характеризующихся несформированной клинической картиной заболевания, наблюдается меньшее количество симптомов по сравнению с пациентами контрольной группы. Клиническая картина заболевания больных основной группы не имеет четкого соответствия диагностическим критериям соматизированного расстройства по МКБ-10.

У всех больных преобладали нарушения со стороны сердца и дыхательной системы, что делает целесообразным выделение сердечно-дыхательной разновидности соматизированного расстройства. В специальной литературе подчеркивается, что симптомы со стороны сердца и дыхательной системы являются наиболее часто встречаемыми при соматизированных психических расстройствах [2, 16].

К донозологическим проявлениям соматизированного расстройства следует отнести наличие не более 6 симптомов из 4 диагностических групп (нарушения со стороны сердца и дыхательной системы, псевдоневрологические, желудочно-кишечные, болевые симптомы).

Длительность заболевания до 1 года должна служить одним из критериев диагностики донозологического этапа соматизированного расстройства. При этом диагностические указания МКБ-10 рекомендуют для постановки нозологического диагноза наблюдать соматизированные симптомы не менее 2 лет.

Существует множество разновидностей соматизированной депрессии, однако самым распространенным является её кардиоваскулярный (кардиалгический, сердечно-сосудистый) тип. Это обусловлено «особыми представлениями о витальной роли сердца в жизни человека» [1, 17].

Данные специальной литературы предлагают в структуре синдрома соматизированной депрессии рассматривать психические (эмоциональные, когнитивные, волевые), витальные (снижение общего тонуса, аппетита, либидо, отсутствие чувства комфорта, «ощущения здоровья»), «нехватка чего-то», потеря массы тела, ангедония) и соматовегетативные (определяются вариантом скрытой депрессии) нарушения [4, 10]. Помимо обозначенных, необходимо учитывать ещё и ритмологические изменения состояния, которые отражают суточную динамику настроения с его улучшением во второй половине дня [18].

В МКБ-10 не используется понятие «соматизированная депрессия». Для обозначения соматических проявлений в структуре депрессивного эпизода (F32.01, F32.11) используется пятый знак. Диагноз в таких случаях формируется следующим образом: «легкий/умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами».

Сравнительный анализ проявлений соматизированной депрессии в обследованных группах показал, что структура её синдрома выглядела идентично в обеих группах. На первом месте по частоте в клинической картине встречались соматовегетативные симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы, на втором месте – психические, на третьем – витальные и на четвертом – ритмологические. Как видно, все обследованные больные были фиксированы на жалобах со стороны сердечно-сосудистой системы, в то время как симптомы, характерные для классического депрессивного синдрома, отошли на второй план. Подобная «имитация» сердечно-сосудистой патологии при несвоевременной обращаемости больных за специализированной помощью могла привести к необоснованным дорогостоящим обследованиям, неэффективному лечению.

Было установлено, что больные основной группы имели меньший набор симптомов соматизированной депрессии в расчете на одного больного (ОГ – 3,81; КГ – 6,96). В отношении частоты таких психических нарушений, как уныние (ОГ – 12,50 %, КГ – 29,03 %), печаль (ОГ – 9,37 %, КГ – 25,80 %), размышления о плохих сторонах жизни (ОГ – 9,37 %, КГ – 25,80 %), были установлены различия на уровне статистической тенденции ($p > 0,05$ – $< 0,1$) у больных контрольной группы.

Соматовегетативные симптомы носили сенестопатический оттенок в группах сравнения. Больные контрольной группы статистически значимо чаще ($p < 0,05$) испытывали неприятные ощущения в груди (ОГ – 34,37 %, КГ – 64,51 %), ощущение нехватки воздуха (ОГ – 28,12 %, КГ – 58,06 %), «перебои» в работе сердца (ОГ – 25,00 %, КГ – 54,83 %), ощущение «остановки сердца» (ОГ – 9,37 %, КГ – 32,25 %). Указанный факт свидетельствует о том, что в динамике симптомы соматизированной депрессии становятся более многочисленными, формируя развернутую клиническую картину заболевания, а сенестопатические ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы по-прежнему преобладают над другими нарушениями.

Различия на уровне статистической тенденции ($p > 0,05$, $p < 0,1$) установлены для расстройств сна: наиболее часто они встречались в контрольной группе (ОГ – 12,50 %, КГ – 29,03 %). Ритмологические нарушения фиксировались у всех обследованных больных вне зависимости от тяжести и длительности заболевания (ОГ – 21,87 %, КГ – 29,03 %).

К донозологическим проявлениям соматизированной депрессии с сердечно-сосудистыми проявлениями относятся длительность заболевания до полугода, преобладание в клинической картине соматовегетативных симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы, которые носят сенестопатический оттенок, небольшой набор симптомов для диагностики заболевания – не более 4 симптомов.

Следующим из обозначенных нами соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у пациентов городской поликлиники было паническое расстройство (F41.0).

При сравнительном анализе частотного распределения диагностических симптомов панического расстройства в анализируемых группах было выявлено, что все диагностические симптомы панической атаки, за исключением ощущения деперсонализации и дереализации, статистически достоверно реже встречались у обследованных основной группы. Представляет интерес соотношение психических и вегетативных симптомов в основной (1:7,77) и контрольной (1:6,65) группах. Приведенные цифры свидетельствуют о меньшем количестве психических симптомов панической атаки на донозологическом этапе течения заболевания. В динамике при сформированной картине заболевания (давность более одного года) в клинике панической атаки увеличивается количество психических симптомов. Их количество в расчете на одного больного в основной группе составило 0,3, в контрольной группе – 1,1.

Анализ клинического периода между паническими атаками показал, что в контрольной группе статистически достоверно ($p < 0,001$) преобладали опасения, связанные с возможностью развития новых панических атак – «тревога предвосхищения» по МКБ-10; «тревожность ожидания» по Г.И. Каплану и Б.Дж. Сэдоку [5]; «феномен тревожного ожидания» по И.И. Сергееву и др. [14].

Указанные проявления, по мнению В.Я. Семке и др. [13], И.А. Погосовой [12] целесообразно рассматривать как проявление навязчивого расстройства (аффективная навязчивость) (36 – 97,29 %), поскольку они характеризовались не состоянием эмоционального дискомфорта («волнение в груди», «предчувствие беды»), а внезапно возникающими мыслями, опасениями с критической их оценкой и попытками борьбы с ними. Такое же положение ($p < 0,001$) занимали когнитивные симптомы в межприступном периоде панического расстройства, которые проявлялись навязчивой ипохондрией (ОГ – 3,33 %, КГ – 56,75 %), сверхценными ипохондрическими идеями (ОГ – 3,33 %, КГ – 75,67 %).

Тревога предвосхищения подтверждалась наличием у больных защитного поведения: частичное или полное избегание фобических ситуаций со скоплением большого количества людей (общественный транспорт, магазины, рынки, улицы), ношение с собой лекарств, автоматических приборов для измерения пульса и артериального давления.

Что касается частоты возникновения панических атак, то больные основной группы в своем большинстве испытывали их менее 1 раза в неделю (86,66 %; $p < 0,001$), в то время как больные контрольной группы – более 1 раза в неделю (59,45 %; $p < 0,001$).

Так, к донозологическим клиническим проявлениям панического расстройства относится небольшое количество диагностических симптомов в клинике панической атаки. В соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10 необходим минимум из 4 паникоассоциированных симптомов в панической атаке. Нами зафиксировано в среднем 2,63 симптома в расчете на одного больного. В контрольной группе этот показатель составил 8,48. Психические симптомы панической атаки в основной группе встречались крайне редко (0,3 симптома в расчете на одного больного). Кроме того, у обследованных нами больных на донозологическом этапе в межприступном периоде не было выявлено тревоги предвосхищения (всего 2 случая – 6,66 %), навязчивой ипохондрией (3,33 %), сверхценных ипохондрических идей (3,33 %). Поведенческие проявления межприступного периода панического расстройства в основной группе встречались лишь в 5 случаях (0,16 в расчете на одного больного). Частота панических атак в основной группе была невысокой: в большинстве случаев они наблюдались менее одного раза в неделю (26 случаев – 86,66 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, к общим закономерностям клиники донозологического этапа соматизированных психических расстройств у больных городской поликлиники относятся: небольшие сроки течения заболевания, небольшое количество симптомов в клинике, нацеленность на обследование у врачей общего профиля, настороженное отношение к врачам-психиатрам из-за страха стигматизации.

Определены частные закономерности донозологического этапа: 1) *соматизированного расстройства* – наличие не более 6 симптомов из 4 диагностических групп (нарушения со стороны сердца и дыхательной системы, псевдоневрологические, желудочно-кишечные, болевые), длительность заболевания до 1 года; 2) *соматизированной депрессии* – длительность заболевания до полугода, преобладание в клинической картине соматовегетативных симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы, которые носят сенестопатический оттенок, причем необходимо не более 4 симптомов для диагностики заболевания; 3) *панического расстройства* – длительность заболевания до 1 года, не более 3 диагностических симптомов в клинике панической атаки, фиксируемые в единичных случаях психические симптомы, межприступный период без тревоги предвосхищения, навязчивой ипохондрией, сверхценных ипохондрических идей, невысокая частота панических атак (менее 1 раза в неделю).

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с данной статьей.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания Комитета по этике Курского государственного медицинского университета № 5 от 14.05.2015).

ЛИТЕРАТУРА

1. Барышева Н.М. Клинико-психологические характеристики больных с сердечно-сосудистыми соматизированными нарушениями: Автореф. дис. ... к.м.н. М., 2009: 24.
2. Бикшаева Я.Б., Марценковский И.А. Дифференцированная терапия соматизированных проявлений депрессии и тревоги у подростков с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы. *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия*. 2008; 2 (7): 3–4.
3. Бобров А.Е., Кузнецова М.В. Взаимодействие психотерапевта и участковых терапевтов поликлиники: сравнение результатов работы по консультативной модели и модели сопровождения. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013; 23 (3): 72–78.
4. Десятников В.Ф., Сорокина Т.Т. Скрытая депрессия в практике врачей. Минск: Высшая школа, 1981: 240.
5. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. В 2-х т. М.: Медицина, 1994; 1: 672.
6. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013; 4 (23, 4): 5–13.
7. Куприянова И.Е., Семке Г.В., Галеева К.В. Психическое здоровье и качество жизни пациентов на разных стадиях артериальной гипертензии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 3 (78): 51–54.
8. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой с соавт.; отв. ред. Ю.А. Александровский. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013: 624.
9. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б.Смулевича. М.: Медпресс-информ, 2016: 776.
10. Погосов А.В., Погосова И.А., Богущенская Ю.В. Психосоматические расстройства. Учебное пособие. 2-е доп. изд. Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008: 212.

11. Погосов А.В., Николаевская А.О. Субсиндромальные психические расстройства с сердечно-сосудистыми проявлениями. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 25 (3): 93–99.
12. Погосова И.А. Клинические и психологические особенности больных паническим расстройством и агорафобией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 3 (92): 23–28.
13. Семке В.Я., Погосова И.А., Погосов А.В. Панические расстройства (клиника, факторы риска, лечение). Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003: 191.
14. Сергеев И.И., Шмилович А.А., Бородин Л.Г. Условия манифестации, клинико-динамические закономерности и феноменология фобических расстройств. Тревога и обсессии. М., 1998: 78–96.
15. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск, 2014: 304.
16. Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2006; 8 (3): 4–10.
17. Шишков В.В. Практикум по психосоматике: почему болит и что делать? СПб.: Речь, 2007: 168.
18. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011: 489.
19. Gillies R.R., Chenok K.E., Shortell S.M. et al. The impact of Health Plan Delivery System Organization of Clinical Quality and patient satisfaction. *Health Service Research*. 2006; 41: 1181–1199.
20. Simon G.E., Manning W.D., Katzelnick D.J. et al. Cost-effectiveness of Systematic Depression Treatment for High Utilizers of General Medical Care. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010; 58: 181–187.

Поступила в редакцию 30.03.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Погосов Альберт Вазгенович, д.м.н., профессор, академик РАЕН, зав. кафедрой психиатрии и психосоматики.
Николаевская Ангелина Олеговна, к.м.н., врач-психиатр, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики.

✉ Погосов Альберт Вазгенович, e-mail: albertpogosov@yandex.ru

УДК 616.89:616.1:616-052

For citation: Pogosov A.V., Nikolayevskaya A.O. Clinical-dynamic specifics of somaticized mental disorders with cardiovascular manifestations in patients of an urban polyclinic. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 67–72.

Clinical-dynamic specifics of somaticized mental disorders with cardiovascular manifestations in patients of an urban polyclinic

Pogosov A.V., Nikolayevskaya A.O.

Kursk State Medical University

K. Marx Street 3, 305041, Kursk, Russian Federation

ABSTRACT

The paper considers results of examination of 218 patients suffering from somaticized mental disorders with cardiovascular manifestations (somatization disorder, depressive episode of mild degree with somatic symptoms, panic disorder). Their clinical-dynamic pre-clinical specifics are described. New data making possible the diagnostics of the initial stage of the distinguished variability of somaticized mental disorders are proposed.

Keywords: somaticized mental disorders, clinical specifics, dynamics of disease, early diagnostics.

REFERENCES

1. Barysheva N.M. Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki bol'nykh s serdechno-sosudistymi somatizirovannymi narusheniyami [Clinical-psychological characteristics of patients with cardiovascular somaticized disturbances]. Avtoref. dis. ... k.m.n. - Abstract of PhD thesis. M., 2009: 24 (in Russian).
2. Bikhshaeva Ya.B., Martsenkovsky I.A. Differencirovannaya terapiya somatizirovannykh proyavlenij depressii i trevogi u podrostkov s funktsional'nymi narusheniyami serdechno-sosudistoy sistemy [Differentiated therapy of somaticized manifestations of depression and anxiety in adolescents with functional disturbances of cardiovascular system]. *Nejro News: psihonevrologija i nejropsihiatrija* - *Neuro News: Psychoneurology and Neuropsychiatry*. 2008; 2 (7): 3–4 (in Russian).
3. Bobrov A.E., Kuznetsova M.V. Vzaimodeystvie psikhoterapevta i uchastkovykh terapevtov polikliniki: sravnenie rezul'tatov raboty po konsultativnoy modeli i modeli soprovozhdeniya [Interaction of therapists and general practitioners: comparison of results with consultation vs. guidance models]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya* - *Social and Clinical Psychiatry*. 2013; 23 (3): 72–78 (in Russian).
4. Desyatnikov V.F., Sorokina T.T. Skrytaya depressiya v praktike vrachej [Latent depression in practice of physicians]. Minsk: Vysheyschaya shkola, 1981: 240 (in Russian).
5. Kaplan G.I., Sadock B.G. Klinicheskaya psixhiatriya [Clinical Psychiatry]. Transl. from Engl. In 2 volumes. M.: Meditsina, 1994; 1: 672 (in Russian).
6. Krasnov V.N., Dovzhenko T.V., Bobrov A.E., Starostina E.G. Psihiatrija v pervichnom zvene zdravoohraneniya: novoe reshenie staroj problemy [Psychiatry in primary health care system: a new solution for the old problem]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya* - *Social and Clinical Psychiatry*. 2013; 4 (23, 4): 5–13 (in Russian).
7. Kupriyanova I.E., Semke G.V., Galeeva K.V. Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni patsientov na raznykh stadiyakh arterial'noy gipertenzii [Mental health and quality of life of patients at various stages of arterial hypertension]. *Sibirskiy vestnik psixhiatrii i narkologii* - *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 3 (78): 51–54 (in Russian).
8. Psixhiatriya. Natsional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie [Psychiatry. National handbook. Short edition]. T.B. Dmitrieva et al., eds.; Yu.A. Alexandrovsky, respons. ed.. M.: GEOTAR-Media, 2013: 624 (in Russian).
9. Psikhosomaticheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike [Psychosomatic disorders in clinical practice]. A.B. Smulevich, ed. M.: Medpress-inform, 2016: 776 (in Russian).
10. Pogosov A.V., Pogosova I.A., Bogushevskaya Yu.V. Psikhosomaticheskie rasstroystva. Uchebnoe posobie [Psychosomatic disorders. Tutorial]. 2nd updated edition. Kursk: Kursk State Medical University, 2008: 212 (in Russian).

11. Pogosov A.V., Nikolayevskaya A.O. Subsindromal'nye psikhicheskie rasstroystva s serdechno-sosudistymi proyavleniyami [Subsyndromal mental disorders with cardiovascular complaints]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2015; 25 (3): 93–99 (in Russian).
12. Pogosova I.A. Klinicheskie i psikhologicheskie osobennosti bol'nykh panicheskim rasstroystvom i agorafobiy [Clinical and psychological features of patients with panic disorder and comorbid agoraphobia]. *Sibirskiy vestnik psikhatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 3 (92): 23–28 (in Russian).
13. Semke V.Ya., Pogosova I.A., Pogosov A.V. Panicheskie rasstroystva (klinika, faktory riska, lechenie) [Panic disorders (clinical picture, risk factors, treatment)]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2003: 191 (in Russian).
14. Sergeev I.I., Shmilovich A.A., Borodina L.G. Usloviya manifestatsii, kliniko-dinamicheskie zakonomernosti i fenomenologiya fobicheskikh rasstroystv. Trevoga i obsessii [Conditions of manifestations, clinical-dynamic patterns and phenomenology of phobic disorders. Anxiety and obsessions]. M., 1998: 78–96 (in Russian).
15. Sobennikov V.S. Somatizatsiya i somatoformnye rasstroystva [Somatization and somatoform disorders]. Irkutsk, 2014: 304 (in Russian).
16. Smulevich A.B. Depressiya kak obshchemeditsinskaya problema: voprosy kliniki i terapii [Depression as general medical problem: issues of clinical picture and therapy]. *Psikhatriya i psikhofarmakoterapiya – Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2006; 8 (3): 4–10 (in Russian).
17. Shishkov V.V. Praktikum po psikhosomatike: pochemu bolit i chto delat? [Practicum of psychosomatics: why it hurts and what to do?]. SPb.: Rech, 2007: 168 (in Russian).
18. Tsygankov B.D., Ovsyannikov S.A. Psikhatriya. Rukovodstvo dlya vrachev [Psychiatry. Handbook for physicians]. M.: GEOTAR-Media, 2011: 489 (in Russian).
19. Gillies R.R., Chenok K.E., Shortell S.M. et al. The impact of Health Plan Delivery System Organization of Clinical Quality and patient satisfaction. *Health Service Research*. 2006; 41: 1181–1199.
20. Simon G.E., Manning W.D., Katzelnick D.J. et al. Cost-effectiveness of Systematic Depression Treatment for High Utilizers of General Medical Care. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010; 58: 181–187.

Received Mart 30.2017

Accepted May 02.2017

Pogosov Albert V., MD, Professor, academician of RANS, Head of Psychiatry and Psychosomatics Department, Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

Nikolayevskaya Angelina O., PhD, psychiatrist, assistant of Psychiatry and Psychosomatics Department, Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation

✉ Pogosov Albert V., e-mail: albertpogosov@yandex.ru

УДК 616.89:616.1::616-003.96:373-051

Для цитирования: Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е., Гарганеева Н.П., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М., Цыбульская Е.В., Иванова А.А., Аксенов М.М., Рудницкий В.А. Особенности реабилитации педагогов с расстройствами адаптации и кардиоваскулярной патологией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 73–80.

Особенности реабилитации педагогов с расстройствами адаптации и кардиоваскулярной патологией

Дашиева Б.А.¹, Карауш И.С.¹, Куприянова И.Е.¹, Гарганеева Н.П.^{1,2},
Никитина В.Б.¹, Епанчинцева Е.М.¹, Цыбульская Е.В.¹, Иванова А.А.¹,
Аксенов М.М.¹, Рудницкий В.А.^{1,2}

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

² Сибирский государственный медицинский университет
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

РЕЗЮМЕ

В рамках технологии персонализированной терапии педагогов с расстройствами адаптации, сочетанными с соматическими заболеваниями (артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца), были разработаны индивидуализированные дифференцированные лечебно-реабилитационные программы. Описаны клинические профили и варианты течения расстройств адаптации, учитывающие клинические, социально-психологические критерии, индивидуальные психологические характеристики участников педагогического процесса и специфику их труда. Внедрение данной технологии позволит увеличить эффективность ранней диагностики расстройств адаптации, предотвратить их затяжное течение с соматизацией психических симптомов, снизить риск формирования патохарактерологического развития личности и провести психокоррекцию и психотерапию, основанную на анализе социально-психологических критериев.

Ключевые слова: расстройства адаптации, педагоги, тревога, коморбидность, кардиоваскулярная патология.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена высокой частотой встречаемости расстройств адаптации в общей популяции [1, 2], их негативными социальными и медицинскими последствиями [3, 4] и необходимостью совершенствования имеющихся подходов к диагностике и терапии. Кроме того, до настоящего времени остается целый ряд методологических вопросов в отношении лечения этих состояний, в том числе проблема ведения пациентов с расстройством адаптации с коморбидной соматической патологией, что обусловлено влиянием психического расстройства на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний [5].

Среди психических расстройств, сопряженных с соматической патологией, расстройства адаптации встречаются с частотой 5,2 на 1000 населения [6]. Подобные состояния отличаются высокой прогрессивностью, маскированностью симптомов, что приводит к несвоевременной диагностике психических расстройств, их неадекватной терапии, затяжному течению и худшему клиническому прогнозу. Среди пациентов общесоматической сети, имеющих психические расстройства, соматическая патология представлена гипертонической болезнью (20,8 %), заболеваниями печени (20,2 %), заболеваниями мочеполовой системы (12,3 %), реже встречаются ишемическая болезнь сердца (4,4 %), болезни желудочно-кишечного тракта (4,4 %) [6].

Изучение психосоматических соотношений показало, что невротические расстройства (в рамках расстройств адаптации с преобладанием тревожной

симптоматики) предшествуют формированию начальной стадии гипертонической болезни (ГБ) ($p=0,001$), тогда как депрессивные синдромы тесно сопряжены с более тяжелым течением ГБ II-III стадии ($p=0,001$), при этом психотравмирующие события способствуют ее прогрессированию [7, 8].

В контингенте пациентов поликлинической сети встречается много лиц, занимающихся педагогической деятельностью, с высокой ответственностью и выраженными психоэмоциональными нагрузками. Особенности труда педагога являются интенсивное общение с учащимися, их родителями и коллегами, требующее гибкости, пластичности и постоянного напряжения интеллектуальной и эмоциональной сфер; необходимость «подстраивания» к постоянно меняющимся образовательным стандартам при отсутствии значимых перспектив и снижении общественного престижа профессии учителя [9, 10].

Кроме того, переход к инклюзивному образованию требует от педагогических работников индивидуального подхода к обучению и воспитанию детей с особыми образовательными потребностями, что также повышает нагрузку на интеллектуальную и эмоциональную сферы педагогов, снижая их адаптивный потенциал и качество жизни [11, 12, 13].

Так, по данным Т.П. Науменко, 16,7 % педагогов находятся в «переходном состоянии» между нормальным состоянием и состоянием явного стресса по отношению к трудовой деятельности, а 38,9 % испытывают состояние явного стресса по отношению к своему труду [14].

Психическое напряжение, сопровождающее профессиональные будни педагогов, наряду с социально-экономическими и жилищно-бытовыми факторами, отражается на их соматическом здоровье [10]. В частности повышенный риск патологии сердечно-сосудистой системы у педагогов общеобразовательных школ выявлен в 29,4 % случаев [15].

Своевременная диагностика расстройств адаптации у участников педагогического процесса необходима для помощи в оптимизации функционального состояния, выявления явных и скрытых ресурсов, сохраняющих психическое и физическое здоровье. В персонализированной терапии пациентов с расстройствами адаптации должна учитываться сопутствующая соматическая патология, которая является своеобразным фоном для возникающего расстройства адаптации и вносит в клиническую картину психического заболевания некоторые особенности, требующие внимания врача-психиатра.

Цель исследования: изучение особенностей клинической картины расстройств адаптации, сочетанных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, в группе педагогов и разработка дифференцированных социально- и личностно ориентированных программ реабилитации, учитывающих специфику профессиональной деятельности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 25 участников образовательного процесса (педагоги, воспитатели, психологи, социальные педагоги) от 26 до 69 лет, женского пола, проходивших стационарное лечение в первом клиническом психиатрическом отделении НИИ психического здоровья Томского НИМЦ с диагнозом «Расстройство адаптации».

У всех больных, включенных в исследование, была выявлена эссенциальная артериальная гипертензия с недостаточным контролем уровня артериального давления (АД) преимущественно I-II степени. Причем в 20 % случаев (5 человек) диагноз верифицировался как гипертоническая болезнь I стадии (ГБ), в 64 % случаев (16 человек) – ГБ II стадии, в 16 % (4 человека) – ГБ III стадии, ассоциированная с ишемической болезнью сердца (ИБС). Кроме того, обнаружена высокая сочетаемость ГБ с метаболическими нарушениями углеводного и жирового обмена. У 4 больных выявлен сахарный диабет (СД) II типа при уровне гликированного гемоглобина 6,25 %, ещё у 4 – нарушение толерантности к глюкозе, подтвержденное глюкозотолерантным тестом. У 11 была зарегистрирована избыточная масса тела или ожирение, у 8 – дислипидемия. Лишь у 5 больных риск сердечно-сосудистых осложнений оценивался как умеренный, у 16 – как высокий, у 4 – как очень высокий. Кардиоваскулярный риск определялся по наличию факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний (АКС) и подтверждался клиническими, лабораторными и инструментальными методами диагностики.

Основные методы: клинический, психологический, иммунологический, статистический. В качестве дополнительных применяли параклинические методы, соматическое и неврологическое обследование.

Исследование включало три этапа: 1) изучение клинико-динамических, социально-психологических, клинико-психопатологических, иммунологических характеристик пациентов с расстройствами адаптации, сочетанными с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца; 2) выделение клинических профилей расстройства адаптации с учетом изученных характеристик; 3) разработка реабилитационных программ, включающих сочетание комплексных психотерапевтических, психофармакологических, социально-терапевтических и психофилактических воздействий с оценкой эффективности по клиническим и психологическим критериям.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностика расстройств адаптации проводилась по критериям МКБ-10. В анамнезе у пациентов, как правило, выявлялась связь с какими-либо индивидуально значимыми жизненными событиями, субъективно переживаемыми как стрессовое и оказывающее провокационное воздействие на ухудшение соматического состояния. В первую очередь это вызывало усиление симптоматики имеющихся хронических сердечно-сосудистых заболеваний. Пациентами высказывали жалобы на «скачки давления», головные боли, в некоторых случаях на головокружение, тошноту, слабость. При ишемической болезни пациенты отмечали возникновение или учащение болей в области сердца, нарушений сердечного ритма («перебои в сердце»). Имея высокий уровень сочетаемости психических расстройств, кардиоваскулярной патологии с СД, ожирением, дислипидемией, представляющими компоненты метаболического синдрома, клиническая симптоматика зачастую проявлялась в виде вегетативных, соматовегетативных, эндокринных расстройств. У больных отмечались парестезии, тремор, ком в горле, ощущение онемения, нехватки воздуха, перебои в работе сердца, алгические проявления, а у женщин молодого возраста – предменструальное напряжение.

Ухудшение соматического состояния сопровождалось чувством тревоги, актуализировались страхи смерти, «сосудистой катастрофы», снижение настроения, появлялись раздражительность и повышенная утомляемость. Нарушения со стороны эмоциональной и соматической сфер сопровождались снижением продуктивности деятельности и социального функционирования.

Расстройство психического функционирования включало нарушения эмоциональной сферы (тревогу, колебания настроения, депрессивные и фобические симптомы, напряженность, гнев); продуктивности деятельности (функции внимания – концентрации, устойчивости и избирательности; мнестические нарушения и снижение целенаправленности деятельности); диссомнические симптомы (агривния, инсомния).

Изучение взаимосвязанных между собой значимых клинических, клинико-динамических, социально-психологических и соматических факторов, влияющих на формирование и течение расстройств адаптации, позволило выделить следующие клинико-психологические профили расстройств адаптации: преимущественно тревожный (13 чел. – 52 %), преимущественно депрессивный (4 чел. – 16 %), преимущественно вегетативный (8 чел. – 32 %).

Преимущественно тревожный профиль

Ведущими являются жалобы на тревожность, чувство неспособности справиться с ситуацией, иногда сопровождающееся субъективным ощущением снижения профессионального функционирования, в повседневной жизни возникает беспокойство в ситуациях, ранее воспринимаемых как нейтральные. Высказываются опасения, «тревожное предчувствие» в отношении реальных и/или предполагаемых неприятных событий. Тревожность проявляется диффузным, крайне неприятным, часто неопределенным ощущением опасения чего-то, ощущением угрозы, чувством напряжения, повышенной раздражительностью, плаксивостью.

Преимущественно депрессивный профиль

Высказываются жалобы на снижение/колебания настроения, повышенную утомляемость, снижение (реже – повышение) аппетита, нарушение сна. Тревога за будущее присутствует в жалобах, но не является основной, в большей степени пациенты отмечают раздражительность, которая приводит к коммуникативным затруднениям и конфликтам в личной жизни. Педагоги хуже справляются с привычной профессиональной деятельностью, её результаты воспринимают как профессиональные неудачи, предпочитают избегать профессиональную ответственность, отказываются от возможности профессионального роста и сужают сферу профессионального функционирования. Депрессивный вариант часто сопровождается диссомническими нарушениями, которые проявляются трудностями засыпания, поверхностным сном с частыми пробуждениями, устрашающими сновидениями, ранними пробуждениями с чувством необъяснимой тревоги, неудовлетворенностью сном и отсутствием ощущения отдыха после сна.

Вышеуказанные симптомы первоначально воспринимаются педагогами как проявления соматического расстройства, а не как реакции на стресс. Учителя обращаются к терапевту либо самостоятельно пытаются скорректировать лечение основного заболевания – увеличивают дозу гипотензивного препарата или используют сочетание препаратов, принимают витамины, растительные препараты психостимулирующего или седативного действия, снотворные. Такое поведение не приводит к оптимизации психического состояния, усиливаются раздражительность и ощущение беспомощности, в связи с этим некоторые педагоги задумываются о прекращении или смене профессиональной деятельности, или снижении нагрузки.

Преимущественно вегетативный профиль

Вегетативные нарушения в основном проявляются в сердечно-сосудистой системе, хотя в ходе клинического интервью выявляются симптомы со стороны других систем: чувство жара, тошнота, абдоминальная боль, диарея, запоры, которые могут рассматриваться как проявления вегетативного ответа на стресс. У некоторых педагогов отмечается смена одних симптомов на другие, что вызывает усиление тревоги. Помимо вегетативной дисфункции, часто отмечаются астенические симптомы и нарушения сна (трудности засыпания, чуткий поверхностный сон, ночные пробуждения). Психические симптомы маскируются за вегетативной дисфункцией, игнорируются длительное время пациентами, зачастую ими преувеличивается тяжесть соматического заболевания. Более половины учителей с расстройствами адаптации не осознают, что страдают психическим расстройством и предъявляют только соматические жалобы. В отношении выполнения профессиональных обязанностей педагоги отмечают чувство усталости, не связанное с умственной или физической нагрузкой; трудности концентрации внимания, снижение самооценки, раздражительность, проблемы в межличностном взаимодействии с учащимися и коллегами («срываюсь на ученика», «раздражают требования руководства», «работаю – лишь бы отвести урок»), чувство безнадежности, жалости к себе и отсутствие удовлетворенности от профессиональной деятельности.

Также в течении расстройств адаптации, сочетанных с сердечно-сосудистой патологией, нами выделены два варианта, согласующихся с описанными в работе Н. А. Шифнер и др. [16]. Первый вариант характеризуется благоприятным течением и относительно быстрым терапевтическим регрессом психопатологической симптоматики. Второй – характеризуется затяжным течением, дезадаптационными реакциями от 6 до 18 месяцев, зачастую сопровождающимися сменой периодов улучшения и ухудшения общего самочувствия.

Исследование структуры характера и индивидуально-типологических особенностей позволило отнести всех пациентов к акцентуированным личностям: с преобладанием педантичных черт характера – 56 % (14 чел.), эмотивных – 28 % (7 чел.) и с стрессовыми чертами характера – 16 % (4 чел.).

По данным психометрической методики «Психологическое выгорание» у 68 % обследуемых (17 чел.) имеются выраженные признаки психического выгорания, ведущим из которых является эмоциональное истощение. Высокий уровень редукции персональных достижений проявляется снижением чувства компетентности в своей работе, недовольством собой, принижением ценности своей деятельности, негативным восприятием себя в профессиональном плане. Также отмечается снижение как профессиональной, так и личной самооценки, развитие чувства собственной несостоятельности, безразличия к работе.

По шкале «Работоспособность» выявлено, что при поступлении в стационар 84 % педагогов (21 чел.) испытывали физиологический дискомфорт, 72 % (18 чел.) – когнитивный дискомфорт, 60 % (15 чел.) – аффективные нарушения, 56 % (14 чел.) – демотивацию. На 4-й неделе пребывания в стационаре зарегистрировано значительное снижение частоты отмечаемых проявлений.

По данным психометрической методики «Индивидуальные типологические особенности» у 76 % (19 чел.) выявляется высокий уровень психической и поведенческой дезадаптации, который проявляется выраженным беспокойством, нервозностью, неадекватностью реакций, неуверенностью в себе, легкостью возникновения отрицательных эмоций. Обследуемые проявляют склонность к ипохондрии, тревожны, раздражительны, часто испытывают негативные переживания. У 64 % (16 чел.) определяется нормальный уровень агрессивности. У 48 % (14 чел.) выявляется «очень высокий» уровень депрессии, эти пациенты часто переживают чувство вины, легко ранимы, подвержены различным страхам, недооценивают свои возможности и способности, большую часть времени пребывают в тревожном, подавленном настроении и тяжело переживают жизненные неудачи. Для 28 % (7 чел.) педагогов характерны черты интровертированности, обращенность в мир субъективных представлений и переживаний, субъективных идеальных ценностей. У 60 % (15 чел.) отмечено давление со стороны авторитарных личностей, затрудняющее самореализацию, выявлены трудности в коммуникации из-за выраженной застенчивости и закрытости. 2 респондента (8 %) проявляют выраженную обособленность и индивидуалистическую позицию в коллективе, что также может создавать проблемы в профессиональной деятельности.

Сопоставление показателей психосоциального и клинического функционирования пациентов необходимо при планировании лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Реабилитационная тактика основана на специфике клинического профиля, с учетом которой разработаны дифференцированные социально- и личностно ориентированные программы реабилитации. Эти программы включают психофармакологические, психотерапевтические, психокоррекционные, социотерапевтические методы терапии больных с данными расстройствами.

Первая программа разработана для пациентов с преобладанием в клинической картине тревожной симптоматики. Задачей программы является нормализация эмоционального состояния, повышение стрессоустойчивости. Психофармакологический комплекс включает приём препаратов анксиолитического действия, назначаемых коротким курсом – до 10 дней. Применяются транквилизаторы седативного спектра действия (феназепам, реланиум). При наличии диссомнических нарушений назначаются транквилизаторы ивадал, сибазон. Применяется физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия по-

звоночника, массаж воротниковой зоны, дарсонвализация головы, ультратонотерапия воротниковой зоны) и лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров, терренотное лечение. Блок социальной терапии включает занятия по формированию здорового образа жизни (режим труда и отдыха, расчет адекватных физических нагрузок, рациональное питание и т.п.).

Психотерапия является патогенетически ориентированным компонентом программы, поскольку психогении играют ведущую роль в развитии расстройств адаптации, в первую очередь психотерапевтическая работа направлена на отреагирование негативных эмоций и повышение степени осознания внутриличностных конфликтов, препятствующих адаптации к сложившейся ситуации. Необходимым этапом работы является изменение отношения пациента к психотравмирующей (стрессовой) ситуации и принятие ее как части жизненного опыта. Важна переоценка собственной роли в психотравмирующей ситуации, принятие на себя определенной доли ответственности с формированием активной позиции в преодолении сложившихся обстоятельств. Во многих случаях происходит реконструкция совокупной системы отношений личности с изменением иерархии ее ценностно-смысловых ориентаций. В ходе психотерапевтической работы появляется возможность расширения навыков проблемно-разрешающего поведения пациента с дальнейшей реализацией их в жизни, повышается его способность к ассимиляции и регулированию негативных эмоций, вырабатываются новые стратегии поведения в стрессовой ситуации.

Психотерапия проводится в индивидуальном или групповом формате. В основном используются техники когнитивно-поведенческого и экзистенциально-гуманистического направления, дополняемые элементами гипнотерапии, арттерапии и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Вторая программа разработана для пациентов с преимущественно депрессивной симптоматикой. Основным показанием к назначению антидепрессантов является преобладание в клинической картине адаптационного расстройства тревожно-депрессивной или собственно депрессивной симптоматики. Показаниями к назначению антидепрессантов являются затяжное течение адаптационного расстройства с депрессивной симптоматикой; углубление депрессивной симптоматики с появлением в клинической картине аутохтонной гипотимии, явлений соматизации аффекта, усилением мотивационно-волевых и аффектогенных когнитивных нарушений. При пролонгированных депрессивных реакциях назначаются антидепрессанты (азафен, СИОЗы), в некоторых случаях – нормотимики (карбамазепин, финлепсин). В редких случаях, когда требуется коррекция дистимического компонента, показано назначение «малых» нейрорептиков (тералиджен, эглонил, неулептил).

Существенную роль в терапии выделенного клинического варианта отводится психотерапевтическому воздействию и социотерапии. Используется рациональная, поведенческая, арттерапия, когнитивная терапия. Когнитивно-поведенческая терапия направлена на выработку адаптивных стратегий преодоления когнитивных нарушений и коррекцию иррациональных установок. Хороший эффект дают обучающие занятия по аутотренингу, который впоследствии пациенты используют самостоятельно.

Также применяются физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура и террентное лечение. Социотерапия включает использование методики развития навыков управления своими эмоциями, позитивного проектирования будущего и дискуссионную терапию (проигрывание поведения в конфликтных ситуациях при взаимодействии с коллегами, учащимися и их родителями).

Третья программа адресована пациентам с преимущественно вегетативным вариантом. Помимо препаратов, регулирующих эмоциональное состояние (транквилизаторы, антидепрессанты, нормотики), используются вегетостабилизаторы (белламинал, грандаксин). При нарушениях сна назначаются транквилизаторы ивадал, сибазон. При цефалгической симптоматике назначаются препараты с ноотропным, метаболическим, антиоксидантным, нейропротективным действием (фенибут, мексидол, кортексин, милдронат). Астеническая симптоматика корректируется назначением энериона.

Широко используются лечебная физкультура с применением аппаратов и тренажерных устройств, террентное лечение, оксигенотерапия, физиотерапия (дарсонвализация головы, магнитотерапия, ультратонотерапия воротниковой зоны) и массаж.

Все пациенты были проконсультированы терапевтом, назначались дополнительное обследование и медикаментозная терапия сердечно-сосудистой патологии в адекватных дозах (антигипертензивные препараты, антиангинальные и др.), наблюдение в динамике.

В сохранении психического и соматического здоровья ведущая роль, как известно, принадлежит и иммунной системе, поэтому всем пациентам было проведено иммунологическое обследование. Иммунная недостаточность с ведущим инфекционным синдромом установлена у 48 % (12 чел.), с аллергическим синдромом – у 24 % (6 чел.), с аутоиммунным синдромом – у 12 % (3 чел.). У 16 % (4 чел.) клинические признаки иммунной недостаточности отсутствовали. По результатам лабораторного исследования у 56 % (14 чел.) обследованных выявлены отклонения от нормы параметров иммунитета. Так, показатели клеточного звена иммунитета снижены у 20 % (4 человека); активация гуморального звена иммунитета и снижение фагоцитарной активности лейкоцитов наблюдалось у 40 % (10 чел.). Показатели иммунной системы у 44 % (11 чел.) соответствуют физиологической норме. По данным иммунологического обследования пациентам рекомен-

довали препараты, направленные на коррекцию выявленных иммунных нарушений.

С учетом кратковременности пребывания пациентов в клинике при планировании психотерапии предпочтение отдается краткосрочной групповой когнитивно-поведенческой терапии. У пациентов с преобладанием эмоциональных нарушений в основном используется индивидуальная терапия, особенно в начальном периоде.

В период завершения стационарного лечения для всех пациентов акцент делается на психосоциотерапевтические мероприятия, на данном этапе активно используется психообразование. Образовательные программы включают разделы о способах поведения в стрессовой ситуации, здоровом образе жизни, психогигиене, особенностях труда педагога и профилактике синдрома эмоционального выгорания.

Эффективность мероприятий оценивали по шкале выздоровления В. Я. Семке [17] и согласно динамике показателей клинических шкал. Все 25 пациентов выписаны с полным выздоровлением (ремиссия «А» по шкале выздоровления В.Я. Семке).

Результаты психологических тестов при поступлении и при выписке представлены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Изменение показателей психологических шкал в процессе терапии (n=25)		
Показатель	При поступлении	При выписке
Шкала психического выгорания	68 %	28 %
Шкала работоспособности		
физиологический дискомфорт	84 %	16 %
когнитивный дискомфорт	72 %	28 %
аффективные нарушения	60 %	12 %
демотивация	56 %	32 %

Сочетание психического и соматического заболеваний может обусловить риск развития «порочного круга», что выражается во взаимопотенцирующем эффекте, особенно при коморбидности расстройства адаптации с кардиологической патологией [18, 19, 20]. По наблюдениям авторов, депрессивные, тревожные и другие расстройства, по сути, маскируют симптомы ИБС, усиливаясь соматовегетативными экстракардиальными проявлениями (пароксизмы страха, алгии других локализаций, ощущения кома в горле, респираторные нарушения, кожные парестезии). Целенаправленная разработка психопрофилактических программ и проведение индивидуализированной дифференцированной терапии позволяют снизить подобные риски.

Система реабилитации пациентов с расстройствами адаптации использует комплексный полимодальный дифференцированный и комбинированный подход (фармако-, психо- и социальная терапия). Эффективность разработанных программ подтверждена клинически и по динамическим данным психологических методик. Включение иммуноактивных препаратов с целью нормализации параметров иммунитета позволяет добиться более устойчивой ремиссии и снижения риска хронизации или утяжеления соматических заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенные программы реабилитации, учитывающие клинический профиль, вариант течения, степень выраженности соматической патологии и особенности профессиональной деятельности, позволят повысить эффективность ранней диагностики расстройства адаптации, предотвратить затяжное течение как психического, так и соматического расстройства и провести психотерапию на анализе социально-психологических критериев и индивидуальных личностных особенностей.

Труд современного учителя по своей профессиональной и социальной роли предъявляет высокие требования к состоянию здоровья педагога, образу жизни, уровням образования, воспитания и личной ответственности. Однако, несмотря на высокий образовательный уровень педагогов, ряд исследований свидетельствует о недостаточном контроле состояния своего здоровья, несвоевременном обращении за медицинской помощью даже в случае ухудшения состояния, отсутствии эффективного контроля артериального давления в домашних условиях, низкой приверженности к медикаментозной терапии и здоровому образу жизни, низкой физической активности [21, 22, 23]. Описанные авторами особенности согласуются с результатами проведенного нами исследования. В программы реабилитации необходимо включать психологическое консультирование и дополнительное психотерапевтическое сопровождение, направленные на улучшение приверженности пациентов к медикаментозной терапии и немедикаментозной коррекции поведенческих и кардиоваскулярных факторов риска и здоровому образу жизни [24].

Выделенные клинические профили расстройств адаптации могут быть обнаружены не только у педагогов, но и у представителей других профессий. Акцент на профессиональной группе сделан с целью привлечения внимания к особенностям профессиональной деятельности как потенциального источника психотравмирующих ситуаций и возникновения невротического конфликта у личности. Реабилитация основана на ведущей психотерапевтической составляющей, поэтому учет специфики и содержания психогении, помимо личностных особенностей, позволяет повысить эффективность за счет индивидуального подбора комплекса методов и средств психотерапии при взаимодействии психиатра, психотерапевта, терапевта, психолога на разных этапах проводимых реабилитационных мероприятий.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках темы ПНИ «Технологии индивидуализированной многоуровневой дифференцированной реабилитации больных с непсихотическими психическими расстройствами» (Номер госрегистрации АААА-А16-116042610052-0).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВМА (протокол ЛЭКа НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 98 от 20.03.2017, дело № 98/7.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Чуркин А.А., Евдокимова Т.Е. Распространенность невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств / http://www.rusnauka.com/26_NII_2011/Medecine/9_92086.doc.htm
2. Jounger M., Frasch K., Becker T. Adjustment disorders – nosological state and treatment options. *Psychiat. Prax.* 2008; 35 (5): 219–225.
3. Антипова О.С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии. *Эффективная фармакотерапия.* 2013; 1: 1–7.
4. Portzky G., Audenaert K., van Heeringen K. Adjustment disorders and the course of the suicidal process in adolescents. *J. Affect. Dis.* 2005; 87 (2–3): 265–720.
5. Медведев В.Э., Фролова В.И., Елифанов А.В. Новые возможности фармакотерапии психических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2014; 114 (9): 30–37.
6. Лебедева В. Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты): Дис.... д.м.н. Томск, 2007: 391.
7. Гарганеева Н. П., Тетенов Ф. Ф., Семке В. Я., Леонов В. П. Артериальная гипертензия как психосоматическая проблема. *Клиническая медицина.* 2004; 82; 1: 35–41.
8. Гарганеева Н. П., Семке В. Я., Лебедева В. Ф. Расстройство невротического и аффективного спектра в генезе артериальной гипертензии. *Сибирский медицинский журнал.* 2004; 19 (4): 14–19.
9. Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Качество жизни и психическое здоровье педагогов, работающих в различных системах образования (общее, коррекционное, инклюзивное). *Вестник ТГПУ.* 2013; 11 (39): 87–93.
10. Пограничные нервно-психические расстройства у работников образования (клинико-динамический и реабилитационный аспекты): Методические рекомендации / О.А. Павлова, В.Я. Семке, О.Д. Головин, И.Я. Стоянова, Н.П. Гарганеева. Томск, 2000: 20.
11. Дашиева Б.А. Этнокультуральные особенности психического здоровья детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями: Автореф. дис. ... д.м.н. Томск, 2015: 48.
12. Карауш И.С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями: Автореф. дис. ... д.м.н. Томск, 2016: 49.
13. Куприянова И.Е., Семке В.Я., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011: 204.
14. Науменко Т.П. Качество жизни педагога: работа и отношение к ней. *Журн. науч. публикаций аспирантов и докторантов.* 2011. URL: <http://www.jurnal.org/articles/2011/psih9.html>
15. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Филин, 1996: 87.
16. Шифнер Н.А., Бобров А.Е., Кульгина М.А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов. *Ученые записки.* 2011; 18 (4): 64–66.
17. Семке В.Я., Епанчинцева Е.М. Душевные кризисы и их преодоление. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005: 212.
18. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Сибирский медицинский журнал.* 2009; 4 (2): 11–17.
19. Гарганеева Н.П., Петрова М.М., Евсиков А.А., Штарик С.Ю., Каскаева Д.С. Влияние депрессии на особенности течения ишемической болезни сердца и качество жизни пациентов. *Клиническая медицина.* 2014; 9 (12): 30–37.
20. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Епанчинцева Е.М. Психофармакологическая поддержка в ситуации преодоления стресса у больных артериальной гипертензией с тревожными расстройствами. *Consilium Medicum.* 2016; 18 (9): 139–146.
21. Карамнова Н.С., Калинина А.М., Олейникова Н.В. и др. Изучение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

- в коллективе педагогов общеобразовательных школ. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2011; 10 (5): 8–13.
22. Котова М.Б. Образ жизни, отношение к здоровью и поведенческие привычки в условиях психосоциального стресса сотрудников общеобразовательных школ Москвы. *Профилактическая медицина*. 2013; 5: 20–29.
 23. Митина Л.М. Психология труда и профессионального развития учителя: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2004: 320.
 24. Аксенов М.М., Семке В.Я., Белокрылова М.Ф., Куприянова И.Е., Епанчинцева Е.М., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Кусков М.В., Стоянова И.Я., Лебедева В.Ф., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Никитина В.Б., Васильева Н.А., Агарков А.А. Типология, конституционально-биологические и клинично-динамические характеристики кризисных состояний при пограничных нервно-психических расстройствах. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 5 (56): 9–15.
 25. Семке В. Я., Гуткевич Е. В., Иванова С. А. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств). Томск Изд-во «Иван Федоров», 2007: 204.

Поступила в редакцию 20.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Дашиева Баирма Антоновна, д.м.н., с.н.с. отделения пограничных состояний.
Карауш Ирина Сергеевна, д.м.н., с.н.с. отделения пограничных состояний.
Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., проф., в.н.с. отделения пограничных состояний.
Гарганеева Наталья Петровна, проф., д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики и поликлинической терапии.
Никитина Валентина Борисовна, д.м.н., заведующий лабораторией клинической психонейроиммунологии и нейробиологии.
Епанчинцева Елена Макаровна, к.м.н., заведующий первым клиническим психиатрическим отделением.
Цыбульская Елена Владимировна, медицинский психолог первого клинического психиатрического отделения.
Иванова Алла Алимamedовна, к.п.н., медицинский психолог консультативно-диагностического отделения.
Аксенов Михаил Михайлович, д.м.н., проф., заведующий отделением пограничных состояний.
Рудницкий Владислав Александрович, д.м.н., в.н.с. отделения пограничных состояний.

✉ Дашиева Баирма Антоновна, e-mail: bairma2009@mail.ru

УДК 616.89:616.1::616-003.96:373-051

For citation: Dashiyeva B.A., Karaush I.S., Kupriyanova I.E., Garganeeva N.P., Nikitina V.B., Epanchintseva E.M., Tsybul'skaya E.V., Ivanova A.A., Axenov M.M., Rudnitsky V.A. Specifics of rehabilitation of educators with adjustment disorders and cardiovascular pathology. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 73–80.

Specifics of rehabilitation of educators with adjustment disorders and cardiovascular pathology

**Dashiyeva B.A.¹, Karaush I.S.¹, Kupriyanova I.E.¹, Garganeeva N.P.^{1,2},
Nikitina V.B.¹, Epanchintseva E.M.¹, Tsybul'skaya E.V.¹, Ivanova A.A.¹,
Axenov M.M.¹, Rudnitsky V.A.^{1,2}**

¹ *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

² *Siberian State Medical University
Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

In the framework of the technology of personalized therapy of educators with adjustment disorders and associated somatic disorders (arterial hypertension and coronary heart disease), the individualized differentiated treatment and rehabilitation programs were developed. The clinical profiles and variants of the course of adaptation disorders that take into account clinical, socio-psychological criteria, individual psychological characteristics of the participants in the pedagogical process and the specificity of their work were described. The introduction of this technology will increase the efficiency of early diagnosis of adjustment disorders, prevent their prolonged duration with somatization of mental symptoms, reduce the risk of the formation of pathocharacterological development of the personality and conduct psychotherapy based on the analysis of socio-psychological criteria.

Key words: adjustment disorders, educators, anxiety, comorbidity, cardiovascular pathology.

REFERENCES

1. Churkin A.A., Evdokimova T.E. Rasprostranennost' nevroticheskikh, svyazannykh so stressom i somatoformnykh rasstroystv [Prevalence of neurotic, stress-related and somatoform disorders]. http://www.rusnauka.com/26_NII_2011/Medecine/9_92086.doc.htm (in Russian).
2. Jounger M., Frasc K., Becker T. Adjustment disorders – nosological state and treatment options. *Psychiatr Prax*. 2008; 35 (5): 219–225.
3. Antipova O.S. Rasstroystva adaptatsii: sovremennye podkhody k diagnostike i terapii [Adjustment disorders: modern approaches to diagnostics and therapy]. *Effektivnaya farmakoterapiya - Efficient Pharmacotherapy*. 2013; 1: 1–7 (in Russian).
4. Portzky G, Audenaert K, van Heeringen K. Adjustment disorders and the course of the suicidal process in adolescents. *J. Affect. Dis.* 2005; 87 (2–3): 265–720.
5. Medvedev V.E., Frolova V.I., Epifanov A.V. Novye vozmozhnosti farmakoterapii psikhicheskikh rasstroystv u patientsov s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [New possibilities of pharmacotherapy in cardiovascular patients with mental disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014; 114 (9): 30–37 (in Russian).
6. Lebedeva V.F. Psikhicheskie rasstroystva pri somaticheskikh zabolevaniyakh (epidemiologicheskii, klinicheskii, reabilitatsionnyy aspekty) [Mental disorders in somatic diseases (epidemiological, clinical, rehabilitative aspects)]. Dis... d.m.n. – MD thesis. Tomsk, 2007: 391 (in Russian).
7. Garganeeva N.P., Tetenev F.F., Semke V.Ya., Leonov V.P. Arterial'naya gipertoniya kak psikhosomaticheskaya problema. [Arterial hypertension as a psychosomatic problem]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical Medicine*. 2004; 82; 1. C. 35-41 (in Russian).

8. Garganeeva N.P., Semke V.Ya., Lebedeva V.F. Rasstroystva nevroticheskogo i affektivnogo spektra v geneze arterial'noy gipertonii [Neurotic and affective spectrum disorders in the origin of arterial hypertension]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal* (Tomsk) – Siberian Medical Journal. 2004; 19 (4): 14–19 (in Russian).
9. Kupriyanova I.E., Dashieva B.A., Karaush I.S. Kachestvo zhizni i psikhicheskoe zdorov'e pedagogov, rabotayushchikh v razlichnykh sistemakh obrazovaniya (obshchee, korrektsionnoe, inkluzivnoe) [Quality of life and mental health of teachers working in different educational systems (general, special, inclusive)]. *Vestnik TGPU – Bulletin of the TSPU*. 2013; 11 (39): 87–93 (in Russian).
10. Pavlova O.A., Semke V.Ya., Golovin O.D., Stoyanova I.Ya., Garganeeva N.P. Pogranichnye nervno-psikhicheskie rasstroystva u rabotnikov obrazovaniya (kliniko-dinamicheskiy i reabilitatsionnyy aspekty): metodicheskie rekomendatsii [Borderline neuropsychiatric disorders in educators (clinical-dynamic and rehabilitative aspects): guideline]. Tomsk, 2000: 20 (in Russian).
11. Dashieva B.A. Etnokul'tural'nye osobennosti psikhicheskogo zdorov'ya detey i podrostkov s invalidiziruyushchimi zabolevaniyami [Ethnocultural specifics of mental health of children and adolescents with disabling diseases]. Avtoref. dis. ... d.m.n. – Abstract of MD thesis. Tomsk, 2015: 48 (in Russian).
12. Karaush I.S. Psikhicheskoe zdorov'e detey s sensornymi narusheniyami [Mental health of children with sensory disturbances]. Avtoref. dis. ... d.m.n. – Abstract of MD thesis. Tomsk, 2016: 49 (in Russian).
13. Kupriyanova I.E., Semke V.Ya., Dashieva B.A., Karaush I.S. Psikhicheskoe zdorov'e detey s osobymi obrazovatel'nymi potrebnyami [Mental health of children with special educational needs]. Tomsk: Publishing House "Ivan Fedorov", 2011: 204 (in Russian).
14. Naumenko T.P. Kachestvo zhizni pedagoga: rabota i otnoshenie k ney [Quality of life of an educator: work and attitude towards work]. *Zhurn. nauch. publikatsiy aspirantov i doktorantov – Journal of Scientific Publications of Postgraduate Students and Doctoral Candidates*. 2011. URL: <http://www.jurnal.org/articles/2011/psi9.html> (in Russian).
15. Boiko V.V. Energiya emotsiy v obshchenii: vzglyad na sebya i na drugikh [Energy of emotions in communication: opinion about Self and Others]. M.: Filin, 1996: 87 (in Russian).
16. Shifner N.A., Bobrov A.E., Kulygina M.A. Kliniko-dinamicheskaya kharakteristika rasstroystv adaptatsii u studentov [Clinical-dynamic characteristics of adjustment disorders in students]. *Uchenye zapiski – Proceedings*. 2011; 18 (4): 64–66 (in Russian).
17. Semke V.Ya., Epanchintseva E.M. Dushevnye krizisy i ikh preodolenie [Mental crises and overcoming them]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2005: 212 (in Russian).
18. Garganeeva N.P., Belokrylova M.F. Osnovnye simptomokompleksy i usloviya formirovaniya nevroticheskikh i affektivnykh rasstroystv u bol'nykh s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Basic symptom complexes and conditions of forming neurotic and affective disorders in patients having cardiovascular diseases]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal*. 2009; 4 (2): 11–17 (in Russian).
19. Garganeeva N.P., Petrova M.M., Evsyukov A.A., Shtarik S.Yu., Kaskayeva D.S. Vliyanie depressii na osobennosti techeniya ishemicheskoy bolezni serdtsa i kachestvo zhizni patsientov [The influence of depression on the course of coronary heart disease and quality of life]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical Medicine*. 2014; 92 (12): 30–37 (in Russian).
20. Garganeeva N.P., Belokrylova M.F., Epanchintseva E.M. Psikhofarmakologicheskaya podderzhka v situatsii preodoleniya stressa u bol'nykh arterial'noy gipertoniey s trevozhnymi rasstroystvami [Psychopharmacological support in a situation to cope with stress in hypertensive patients with anxiety disorders]. *Consilium Medicum*. 2016; 18 (9): 139–146 (in Russian).
21. Karamnova N.S., Kalinina A.M., Oleynikova N.V. et al. Izuchenie faktorov riska serdechno-sosudistyykh zabolevaniy v kollektive pedagogov obshcheobrazovatel'nykh shkol [Cardiovascular risk factors in school teachers]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika – Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2011; 10 (5): 8–13 (in Russian).
22. Kotova M.B. Obraz zhizni, otnoshenie k zdorov'yu i povedencheskie privyichki v usloviyakh psikhosotsial'nogo stressa sotrudnikov obshcheobrazovatel'nykh shkol Moskvy [Lifestyle, health attitudes, and behavioral habits under psychosocial stress in the staff of Moscow general educational schools]. *Profilakticheskaya meditsina – Preventive Medicine*. 2013; 5: 20–29 (in Russian).
23. Mitina L.M. Psikhologiya truda i professional'nogo razvitiya uchitel'ya: uchebnoe posobie dlya studentov vysshikh pedagogicheskikh uchebnykh zavedeniy [Psychology of work and professional development of an educator]. M.: Publishing Center "Akademiya", 2004: 320 (in Russian).
24. Axenov M.M., Semke V.Ya., Belokrylova M.F., Kupriyanova I.E., Epanchintseva E.M., Vetlugina T.P., Ivanova S.A., Gutkevich E.V., Kuskov M.V., Stoyanova I.Ya., Lebedeva V.F., Rudnitsky V.A., Perchatkina O.E., Nikitina V.B., Vasilieva N.A., Agarkov A.A. Tipologiya, konstitutsional'no-biologicheskie i kliniko-dinamicheskie kharakteristiki krizisnykh sostoyaniy pri pogranichnykh nervno-psikhicheskikh rasstroystvakh [Typology, constitutional-biological and clinical-dynamic characteristics of crisis states in borderline neuro-mental disorders]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2009; 5 (56): 9–15 (in Russian).
25. Semke V.Ya., Gutkevich E.V., Ivanova S.A. Psikhosotsial'nye i biologicheskie faktory psikhicheskoy dezadaptatsii (na modeli nevroticheskikh rasstroystv) [Psychosocial and biological factors of mental disadaptation (neurotic disorders model-based)]. Tomsk: Publishing House "Ivan Fedorov", 2007: 204 (in Russian).

Received April 20.2017

Accepted May 02.2017

Dashieva Bairma A., MD, senior researcher of the Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Karaush Irina S., MD, senior researcher of the Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Kupriyanova Irina E., MD, Professor, leading researcher of the Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Garganeeva Natalia P., MD, Prof., professor of General Medical Practice and Polyclinic Therapy Department, Siberian State Medical University; Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Nikitina Valentina B., MD, Head of the Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Epanchintseva Elena M., PhD, Head of the First Clinical Psychiatric Unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Tsybul'skaya Elena V., medical psychologist of the First Clinical Psychiatric Unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Ivanova Alla A., PhD, medical psychologist of the Consultative-Diagnostic Unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Axenov Mikhail M., MD, Professor, Head of the Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Rudnitsky Vladislav A., MD, leading researcher of the Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences; Siberian State Medical University Tomsk, Russian Federation.

✉ Dashieva Bairma A., e-mail: bairma2009@mail.ru

УДК 615.851:616-005.4:616-051

Для цитирования: Лебедева Е.В., Сергиенко Т.Н., Нонка Т.Г., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Шишнева Е.В., Горохов А.С., Суровцева А.К., Перчаткин В.А., Репин А.Н. Психотерапевтические аспекты работы в практике врача-кардиолога при подготовке пациентов с ишемической болезнью сердца к коронарному шунтированию. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 81–90.

Психотерапевтические аспекты работы в практике врача-кардиолога при подготовке пациентов с ишемической болезнью сердца к коронарному шунтированию

Лебедева Е.В.^{1,2}, Сергиенко Т.Н.², Нонка Т.Г.², Счастный Е.Д.¹, Симуткин Г.Г.¹, Шишнева Е.В.², Горохов А.С.³, Суровцева А.К.¹, Перчаткин В.А.², Репин А.Н.²

¹ Научно-исследовательский институт психического здоровья

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² Научно-исследовательский институт кардиологии

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
Россия, 634012, Томск, ул. Киевская, 111А

³ Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева –

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова
Россия, 125412, Москва, ул. Талдомская, 2

РЕЗЮМЕ

У пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) отмечается высокая частота коморбидных тревожно-депрессивных расстройств (ТДР). Сам факт необходимости коронарного шунтирования (КШ) является для пациентов дополнительным стрессором и в то же время источником ресурсов для мобилизации и улучшения процессов восстановления. Умелое применение лечащим врачом эмпатических техник и коммуникативных навыков позволяет получить доверие и уважительное отношение пациента к врачу, что обеспечивает четкое выполнение рекомендаций, более быстрое восстановление, может снижать риск послеоперационных осложнений и смертности, а также жалоб на медицинский персонал со стороны больных. Работа междисциплинарной команды обеспечивает комплексность и большую эффективность реабилитационных программ для пациентов хронической ИБС с коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами, а также возможность для каждого участника ориентироваться в смежной специальности и взаимно обучаться в команде.

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, хроническая ИБС, коронарное шунтирование, междисциплинарная команда, биопсихосоциальная реабилитация, эмпатические техники, коммуникативные навыки.

ВВЕДЕНИЕ

Тревожно-депрессивные расстройства могут выявляться у половины больных хронической ИБС, а клинически значимые депрессивные расстройства обнаруживаются у четверти пациентов с хронической ИБС [1, 3, 4, 5, 6, 22]. Депрессия не только является фактором риска развития ИБС, но и значительно отягощает ее клиническое течение, а также влияет на прогноз заболевания. Результаты исследований свидетельствуют о том, что больные ИБС с депрессией чаще жалуются на приступы стенокардии, ограничение физической активности и уровня социального функционирования, более низкую удовлетворенность качеством жизни. Они реже возвращаются к трудовой деятельности после КШ, чем пациенты без депрессии. Психическая патология в предоперационном периоде – это независимый предиктор неблагоприятного клинического прогноза послеоперационного течения, повышения риска смерти после кардиохирургического вмешательства (в 4–6 раз), увеличения объема и длительности оказания помощи в кардиологическом стационаре, усугубления субъективной тяжести кардиалгий, нарушений сердечного ритма, когнитивного дефицита [1, 2].

Врачи отделения кардиохирургии университетского госпиталя штата Северная Каролина проводи-

ли оценку тяжести депрессии у больных хронической ИБС за 6 месяцев до планируемого вмешательства и за 1 день до операции и исследовали связь со смертностью. Они выявили, что если у пациента перед операцией имеет место средняя или тяжелая депрессия, риск умереть в ближайшем послеоперационном периоде возрастает более чем на 100 % [7].

В основе соболезненности депрессивных расстройств и ИБС лежит биологическая уязвимость, обусловленная полиморфизмами генов, общих для развития коронарной болезни и депрессии (ген АПФ, ген транспортера серотонина, G-белка и другие гены-кандидаты) [8]. Пациенты с ИБС и депрессивными расстройствами (их около 20 % среди больных ИБС) более чувствительны к стрессу, чем лица без депрессии. Депрессия часто сочетается с тревогой, тогда как изолированные тревожные или депрессивные расстройства встречаются более редко [9]. Одним из пусковых механизмов развития как депрессии, так и ИБС, обычно является стрессовое событие, индивидуально значимое, достаточно сильное, чтобы привести в напряжение функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с последующим запуском других механизмов: изменение активности серотонинергической, норадренергической систем.

Данные механизмы в последующем приводят к патологическим изменениям в гиппокампе, гиперкоагуляции, гиперхолестеринемии, активации воспаления, эндотелиальной дисфункции, снижению вариабельности ритма сердца [10, 8, 1]. Депрессивные состояния неблагоприятно влияют на формирование отношения больных к лечению. Это выражается в формировании отрицательного отношения к здоровому образу жизни, сохранению вредных привычек, отказу от четкого выполнения врачебных рекомендаций.

Среди демографических и соматогенных факторов риска послеоперационных депрессий рассматривают пожилой возраст, интраоперационную гипотонию, болевой синдром, депривацию сна, экстракорпоральное кровообращение, общую тяжесть состояния после КШ (выраженность почечной, печеночной, легочной дисфункций и нарушений деятельности головного мозга вследствие гипоксии). Диагностика психических расстройств у кардиологических больных часто оказывается непростой в силу их определенного сходства с проявлениями соматических заболеваний. Кроме того, многие проявления формируются как общие симптомы сердечно-сосудистых и психических заболеваний [11].

В настоящее время в рутинную практику активно вводятся скрининговые методики, позволяющие объективно выделить группу пациентов с психопатологическими расстройствами. Наиболее разработанными являются скрининговые методы выявления депрессии: шкала депрессии CES-D (Center of Epidemiological Studies Depression Scale), шкала депрессии Бека BDI (Beck Depression Inventory), Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) и пр. Валидность, чувствительность и специфичность этих тестов подтверждена в ряде исследований [12, 13].

Информация о необходимости оперативного вмешательства на сердце для большинства пациентов может стать тяжелым стрессором и вызвать сильную эмоциональную реакцию. В таком случае они постоянно размышляют о том, «насколько необходимо» данное вмешательство, «могут ли ошибаться врачи», как «получится справиться с привычными нагрузками после операции», «будет ли беспомощность», «каков риск смерти во время или после операции». Пациенты испытывают тревогу, страх смерти, страх «быть обузой», у них может снижаться настроение и возникать нежелание жить. Больные стремятся получить дополнительную информацию об операции КШ в Интернете, у знакомых, медиков, друзей, уже перенесших операции на сердце. Возникающие в связи с необходимостью «возможной операции» волнение и тревожность могут носить субклинический уровень. Одни пациенты успешно утилизируют это, другие сохраняют отдельные симптомы (субсиндромальный уровень тревоги и депрессии), у третьих развиваются клинически значимые тревожные и/или депрессивные расстройства с потребностью в психотерапии.

В подготовке больных оперативному лечению хронической ИБС можно выделить временные этапы: дооперационный (амбулаторный и стационарный), собственно операция и послеоперационный (стационарный и амбулаторный). Психическое состояние пациента влияет на исход оперативного вмешательства, в связи с этим подготовку каждого больного к операции необходимо осуществлять с первой встречи, планомерно и поэтапно. Например, уже при консультировании пациента в поликлинике врач-терапевт или кардиолог может сообщить о необходимости более глубокого обследования и возможном консервативном, эндоваскулярном или оперативном методе терапии коронарной болезни, с предоставлением краткой информации об этих методах.

Наиболее эффективно подготовку и ведение пациентов с ИБС, особенно при проведении хирургических вмешательств, осуществляет междисциплинарная команда, которая состоит не только из кардиохирургов и кардиологов, в состав команды для проведения реабилитационных мероприятий включаются психиатры, психологи, врачи ЛФК, социальные работники и др. В то же время всем врачам необходимы минимальные навыки общения (коммуникативные), умения идентифицировать собственные чувства с чувствами, мыслями и установками пациента без потери ощущения их внешнего происхождения (эмпатия), а также навыки выявления тревожно-депрессивных расстройств.

В работе с пациентом необходимо добиться, чтобы он четко представлял себе сложившуюся проблему (операция может избавить от проявлений стенокардии и развития инфаркта миокарда, но не избавляет от прогрессирования атеросклероза), возможности и ограничения методов терапии, ожидаемое от него поведение и ответственность самого пациента за подготовку к операции и последующее восстановление. Платный характер медицинских услуг делает их в понимании пациентов именно услугами, которые они стремятся сами себе назначать и контролировать ход подготовки операции и послеоперационного периода, а также переложить ответственность за результаты вмешательства исключительно на врача-специалиста. Отсутствие у пациента мотивации к работе над восстановлением может привести к послеоперационным осложнениям и повышению риска смертности. Депрессивный пациент может выбрать операцию как способ «безболезненно и неосуждаемо» (социально приемлемо) уйти из жизни [14].

В данном контексте следует отметить, что доверительное отношение пациента к врачу в значительной степени является залогом успешного лечения, а также снижает уровень фрустрации пациента в случае недостаточно быстрого и/или значимого эффекта от оперативного лечения. Заинтересованный врач способен установить достаточный уровень доверия и уважения в отношениях со своим пациентом.

Ниже описаны некоторые техники, позволяющие уменьшить тревожность больных в связи с предстоящей операцией, улучшить результаты вмешательства и повысить степень ответственности пациентов за промежуточные и отдаленные результаты восстановления, снизить количество «разочарованных в медицине» больных и, соответственно, уменьшить количество жалоб.

Лечащий врач в стационаре, проводя обследование, вместе с пациентом обсуждает показания для оперативного вмешательства (степень поражения коронарных сосудов атеросклерозом, возможности анатомических подходов), все выгоды и риски, роль усилий и установок самого пациента для оптимального самочувствия и восстановления в послеоперационном периоде. Эффективно, если подготовку начинает лечащий врач (кардиолог), направляющий на оперативное вмешательство, затем кардиохирург и анестезиолог. Консультации проводятся не только для определения тактики вмешательства, но и с целью получения доверия больного.

Таким образом, целью бесед врачей в поликлинике и стационаре является информирование пациента о сути вмешательства для разделения ответственности за результат вмешательства (мотивация и подкрепление сотрудничества), увеличение степени доверия врачу и формирование настроя на позитивный исход вмешательства и его последующую эффективность, а также профилактика тревожно-депрессивных расстройств.

Цель исследования: изучение особенностей использования психотерапевтических методик в практике врача-кардиолога при подготовке пациентов с ИБС к коронарному шунтированию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Примерный алгоритм первой беседы с больным [15]. Беседу лучше осуществлять в отдельном кабинете. Узнав имя-отчество пациента, в течение беседы следует как можно чаще обращаться к нему по имени-отчеству. Необходимо представиться (назвать ФИО; должность, звание, опыт работы: теоретический и/или практический). Молодому специалисту уместно отметить, что он «особенно интересуется подобными состояниями» и/или «имеет курс специальной подготовки» в отношении оперативного лечения ИБС. В доступной форме рассказать пациенту о сути расстройства и необходимости вмешательства. Предупредить о «возможных неприятных ощущениях, с которыми нужно справиться», например, «после пробуждения от наркоза будет мешать интубационная трубка, не стоит сопротивляться ей». В данном случае стоит рассказать об успешном опыте преодоления этих проблем другими пациентами («Один пациент вашего возраста, сейчас он вернулся к своей работе, рассказал, что ему было легче, когда он...»). Можно попросить больного «подумать, как проще это преодолеть, а позже поделиться своими ощущениями и опытом, поскольку это очень важно». Обсудить все риски и выгоды вмешательства.

Следует отметить, что риск для жизни в условиях современного оборудованного стационара составляет не более 1,5 %, поскольку пациенты обычно оценивают риск выше (иногда до 50 % и более). Описать другие способы контроля над симптомами. Информировать о риске невмешательства (в том числе на протяжении времени). Предупредить об особенностях послеоперационного периода, примерном времени восстановления до удовлетворительного самочувствия. Указать пациенту на степень его ответственности (ожидаемое от него поведение, действия). Поинтересоваться, есть ли у пациента по ходу беседы вопросы или сомнения. Прощаясь, следует отметить, что через несколько дней будут обсуждены и другие вопросы восстановления, ведь пациент допускает высокую вероятность смертельного исхода и мысленно прощается со всеми (в том числе и с врачом). Также такой прием позволяет в последующем избежать деления пациентом своей жизни на «до и после операции» и сохранить её целостность.

Некоторые фразы, помогающие справиться с сомнениями и пессимистическим настроем пациента. «Стопроцентную гарантию может дать только Бог. Вы можете попросить его об этом и верить в его поддержку». «У нас квалифицированные, развивающиеся специалисты, современное оборудование. Больные находятся под круглосуточным наблюдением».

Желательное поведение врача для выработки высокой степени доверия: поддерживать контакт глазами, подбадривающе покачивать головой, прикасаться к кистям рук пациента. «Замечать» пациента в коридоре улыбкой, кивком головы или коротким вопросом о самочувствии. Поощрять его поступки, направленные на управление самочувствием, любые позитивные изменения поведения.

В беседах пациенты могут предъявлять переживания в связи с уязвимостью из-за болезни, возраста, болезненного состояния, тяжелой утраты, усиления печали и подавленности, страха смерти, беспомощности, опасения стать обузой близким. Эти переживания достаточно выражены, и пациенты испытывают потребность говорить об этом снова и снова с врачом, медицинским персоналом, другими больными. В таких случаях медицинские сестры и врачи-кардиологи могут использовать поддерживающее консультирование (эмоциональную поддержку), эмпатическое слушание. Заметив невербальные признаки ухудшения настроения или усиления тревоги у пациента, следует инициировать беседу. По возможности дать достаточно времени для ответа на вопрос, так как пациенты часто имеют психомоторную заторможенность и не могут говорить быстрее. Открытые вопросы подразумевают развернутый ответ. В случае уточнения какой-либо информации можно использовать закрытые вопросы, требующие подтверждения или отрицания. Эмпатические техники не несут опасности для пациента, особенно невербальные приемы передачи эмпатии: визуальный контакт, прикосновения, особые движения, без требования поддержания беседы [16].

В силу пессимистических взглядов, характерных для депрессивных состояний, у пациентов часто отмечается неверие в успех терапии, в возможность улучшения самочувствия, в наличие жизненных перспектив. Врач может внушить пациенту надежду, основанную на его опыте, что «ощущения, испытываемые пациентом в настоящее время, закончатся», что «можно научиться слушать сигналы тела и контролировать самочувствие», что «необходимо некоторое время и определенные усилия, чтобы почувствовать улучшение». Врачи-кардиологи могут помочь в выявлении идей вины и собственного обесценивания, суицидальной настроенности. В процессе беседы врач может предъявить пациенту доказательства, опровергающие пессимистические мысли (привести примеры), желательно организовать контакты с успешно прооперированными больными.

Врач любой специальности может предоставить пациенту свои наблюдения в отношении признаков улучшения его состояния и свое отношение к положительной динамике («Мне кажется, Вам стало легче. Я рад за Вас»). При наличии психотической симптоматики в структуре аффективного расстройства демонстрируется уважительное отношение к ощущениям и переживаниям пациента, отмечается «возможный болезненный генез» их происхождения, что он «живет в другой реальности» и «имеет другой опыт». Пациент должен понимать, что его продолжают уважать, несмотря на то что у него иные взгляды на некоторые идеи и вещи. Врач выступает источником тепла и поддержки, так как некоторые переживания могут быть болезненными и пугающими пациента (отсутствие чувств к своим детям или «страх умереть на улице»).

Врач, показывающий, что контролирует ситуацию, может действовать успокаивающе и ободряюще на пациента не только с тревогой, но и с агрессивными тенденциями. Если доктор испытывает страх или сомнения, то эти чувства передаются пациенту. Стоит отметить, что депрессия может усиливать неприятные и болезненные ощущения в связи с телесным заболеванием. Иногда можно рассказать о своем понимании чувств пациента и уточнить, действительно ли это понимание правильное. Иногда важно сказать, что «переживаемые пациентом чувства – лишь проявление депрессивного состояния», а не сердечного заболевания, и о том, что «оно хорошо изучено и поддается лечению», «часто встречается, известно и понятно докторам».

В последующих беседах важно прекратить акцентировать внимание пациента на жалобах (он сам расскажет о том, в чем проявляется плохое самочувствие). Необходимо переориентировать его на поиск позитивных изменений в состоянии, поощрять поступки, направленные на управление самочувствием, на любые позитивные изменения поведения. Можно использовать такое построение вопросов, на которые пациент дает ожидаемый Вами ответ/действие («В чем стало легче?», «Что лично Вы делаете для улучшения своего самочувствия?»).

Наряду с временными этапами работы при реабилитации пациентов с коронарной болезнью можно выделить и содержательные. Их элементы можно использовать всем членам команды на протяжении всех реабилитационных мероприятий в стационаре, центре реабилитации/санатории, поликлинике: информирование; работа над принятием необходимости оперативного вмешательства; помощь в осознании и расширении возможностей, принятии ответственности за свои поступки, здоровье; обучение контролю над симптомами; приближение к исходному уровню функционирования; планирование жизни; работа над личностным ростом; улучшение качества жизни [17].

Информирование (Что необходимо знать каждому пациенту об операции АКШ). Основные вопросы, которые необходимо обсудить с пациентом: коронарные артерии, заболевания коронарных артерий (атеросклероз, ИБС), основные симптомы, диагностика заболеваний коронарных артерий, как лечится ИБС (медикаментозная терапия, ангиопластика или хирургическое вмешательство). Достаточно подробно дается информация об КШ, артериях и венах, применяемых для шунтирования, показаниях для оперативного вмешательства, об этапах кардиохирургического лечения, а также выгоды и риски, примерное время восстановления, роль самого пациента в восстановлении в послеоперационном периоде, возможность и важность участия в реабилитационных мероприятиях.

Работа над принятием. Как и другие люди, пациенты переживают жизненные события, которые часто предшествуют коронарным катастрофам или сопровождают их. Помимо этого, они должны примириться с необходимостью и обоснованностью оперативного вмешательства, которое часто воспринимается ими как «крах жизни». Они изо всех сил стремятся восстановить свою жизнь, но это происходит не так быстро. Меняется оценка собственной личности. Важно помочь им интегрировать прошлое, настоящее и будущее, чтобы достичь чувства непрерывности и последовательности жизни. Надежда, перспектива на будущее и жизненные планы, чрезвычайно важны в этом процессе. Для более доступного и ясного понимания пациентом главного посыла врач может использовать подходящие метафоры или афоризмы.

Принятие ответственности за свое здоровье. Операция КШ направлена на лечение заболеваний коронарных артерий и избавление пациента от болевого синдрома. Однако она не может полностью избавить пациента от атеросклероза, ИБС. Пол, возраст, наследственность – это предрасполагающие факторы, которые не поддаются изменениям. К контролируемым факторам относят высокое артериальное давление, курение, высокий уровень холестерина, избыточный вес, диабет, низкую физическую активность, уровень стрессоустойчивости. Обсуждается каждый из факторов с планированием мероприятий и времени для контроля над ними.

С пациентом, по сути, заключается контракт о выполнении плана дальнейшей жизни. Обсуждаются знаки, которые будут свидетельствовать о работе пациента и достигнутых результатах (уменьшение лишнего веса, снижение уровня холестерина, нормализация артериального давления, увеличение толерантности к физической нагрузке и т.д.). Обучение контролю над симптомами.

Приближение к исходному уровню функционирования. С пациентом стоит обсуждать знаковые симптомы, указывающие на ухудшение самочувствия, вопросы самопомощи, критерии для обращения за внеплановой (скорой) медицинской помощью, необходимость выполнения физических нагрузок и тренировок, показатели их хорошей переносимости, виды работ, желательные для выполнения. Мужчины с коронарной болезнью, особенно в постинфарктном периоде и после КШ, отличаются страхом повторения ишемического приступа в период близости и наличием сексуальных дисфункций. Пациенты должны быть информированы о важности сохранения сексуальной жизни, возможности снижения риска сосудистых катастроф во время интимных отношений. Снижение рисков может достигаться регулярным приемом рекомендуемых лекарств, знанием механизма их действия, делегированием большей активности партнеру, отказом от самостоятельного приема специфических препаратов (силденафил и им подобные). Иногда необходимо рекомендовать консультативную помощь сексолога. Также важными вопросами являются следующие: профессиональная деятельность, домашние дела, управление машиной. Пациент должен знать, когда следует снова посетить врача и как часто: терапевта, кардиолога по месту жительства, кардиохирурга.

И наконец, основной вопрос, который обычно возникает у пациентов: «Что ждет их в будущем»? Больные способны усвоить, что успехов медицины недостаточно для длительного контроля над болезнью: КШ и ангиопластика восстанавливают кровоток в проблемном участке сосудов, этот эффект может быть очень коротким в случае продолжения прежнего образа жизни. Следует рассказать о разном течении ИБС, о том, что успех и стабильность зависят от совместных усилий пациента и врачей, что это большая кропотливая работа, требующая сил и постоянства от самих пациентов.

Планирование жизни. Люди нуждаются в участии в жизни общества и исполнении ведущих ролей. Чувство принадлежности важно для благополучия и развития. Дальнейшие этапы работы требуют подключения специалистов службы психического здоровья. Однако врачи-кардиологи и терапевты могут помочь пациентам задуматься о планировании дальнейшей жизни. Это касается планов на день, неделю, на период госпитализации, ближайший месяц, год или пятилетку. Подобные вопросы позволят понять пациенту, что врач уверен в улучшении его самочувствия, проникнуться верой и решить себе строить планы и жить.

Вот лишь некоторые вопросы, которые можно задать своим пациентам: «Чем бы Вы хотели заниматься дальше?», «Что Вам для этого нужно сделать?», «На чью помощь Вы можете рассчитывать?», «Кому Вы можете помочь?»

Очень уместны истории о других успешных пациентах и представление их «проблемным» больным в отделении. Это повышает их самооценку, доверие врачу, а «сложные» пациенты получают модель для подражания и веру в оптимальное восстановление.

Работа над личностным ростом. Важно изучение себя, раскрытие своих новых свойств, взаимосвязи между своей личностью и заболеванием. Существует нечто большее, чем только болезнь, болезнь не является личной ошибкой или «наказанием сверху», «концом света». Следует обсудить с пациентами развитие установок, расширяющих полномочия: «Не попробуешь, не узнаешь», «Я знаю, как помочь себе». Поддерживать пациента в противостоянии проблемам: «В Вашей жизни не раз возникали испытания, Вы их преодолевали. Что Вам помогло?».

Улучшение качества жизни. Помочь пациенту в поиске смысла, цели в жизни. Люди выбирают разные направления для развития: духовность, оказание помощи другим людям, профессиональную деятельность, творчество. Обсудить с пациентом повышение стандарта жизни (позволить себе развлечения и отдых, общение, обучение новому...).

Важно поддерживать самостоятельность (независимость), самодостаточность, сосредоточение на положительных моментах: «Ангинозная боль на самом деле сигнализирует о дефиците кровообращения в участке сосуда и защищает организм от коронарных катастроф, так как, ощущая ее, человек прекращает нагрузку и/или принимает нитраты».

Проблемное поведение и невыполнение врачебных рекомендаций может быть связано с «мифами» об инфаркте миокарда или ИБС. В среде пациентов часто распространены ложные представления, ошибочные мнения относительно заболевания, последствий и лечения, которые отличаются устойчивостью и передаются от пациента пациенту, в силу их ошибочности они могут приносить вред здоровью пациентов.

Вот лишь некоторые из таких «мифов» и последствия, к которым они приводят:

- «инфаркт (ИБС) – неконтролируемое смертельное заболевание» (отказ от реабилитационных мероприятий, ожидание смерти);

- «люди, страдающие инфарктом (ИБС), очень чувствительные, «всё принимают близко к сердцу» (ощущение «благородного» заболевания у пациента с ожиданием заслуженного уважения со стороны родных и близких, сослуживцев, начальства, врачей; чувство вины у родственников, независимо от наличия объективной конфликтной ситуации в семье);

- «третий инфаркт – смертельный» (отказ от лечения, соблюдения диеты физической активности «всё бесполезно, это приговор, время вышло»);

- «оперативное лечение ИБС приводит к инвалидности» (избегание оперативного вмешательства или стремление к нему из рентных установок);

- «лекарства – яд» (для лечения лучше использовать корицу, свеклу, чеснок, малину, травы, алкоголь и т.д.);

- «когда бросают курить, толстеют», «лучше продолжать курить, чем набрать вес».

При обнаружении подобных искажений следует аргументировать научный взгляд на проблему и развеивать такие «мифы». Так, например, рекомендовать алкоголь как средство профилактики ИБС можно лишь пациентам без наличия в семейном анамнезе проблем зависимости [18, 19]. Также необходимо выяснять у пациента следующее: как он переносит алкоголь, какова средняя доза употребления, были ли ранее периоды большего употребления, были ли периоды употребления более одного дня, нужно ли было когда-либо «похмеляться», привело ли это к проблемам в семье, на работе. При отсутствии анализа этих данных и рекомендации ежедневно употреблять одну единицу алкоголя врач может способствовать развитию алкогольной зависимости у пациента. В этом случае риск смерти от употребления алкоголя или других причин превышает возможные защитные свойства в отношении сердечно-сосудистой системы. Польза для здоровья от употребления алкоголя в России в лучшем случае спорная и, возможно, преувеличена алкогольной промышленностью. Исторически врачи способствовали рекламе алкоголя ввиду его предполагаемой пользы для здоровья и в качестве защиты от ишемической болезни сердца. Размер положительного эффекта в отношении снижения риска инфаркта миокарда составляет 10–15 % против кратного увеличения риска при злоупотреблении алкоголем.

Метаанализ 54 опубликованных исследований выявил систематическую методическую ошибку: абстиненты и злоупотребляющие алкоголем имеют более высокие риски, чем те, кто незначительно употребляют алкоголь, а отсюда – переоценка кардиопротективного действия малых и умеренных доз алкоголя. Защитный эффект алкоголя выявлен только в исследованиях, в которых нет различия между «истинно воздержавшимися» и «вынужденно воздержавшимися», поскольку они имеют разные заболевания. Если эти различия были устранены, «истинно воздержавшиеся» имели лучшие показатели, чем «умеренно употреблявшие алкоголь». А «вынужденно воздержавшиеся» и злоупотребляющие алкоголем фактически относятся к одной и той же группе пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, только в разные периоды (воздержания и злоупотребления). Эпидемиологические исследования не в состоянии выявить эти различия, поскольку лица с зависимостью склонны преуменьшать или скрывать проблемы алкоголизации. Регулярное потребление алкоголя, скорее, маркер более хорошего здоровья в среднем и пожилом возрасте, а не причина этого здоровья [20].

Нецелесообразно рекомендовать регулярное употребление даже низких доз алкоголя с целью профилактики прогрессирования ИБС, поскольку среди пациентов с алкогольной зависимостью (вне употребления) это приводит к запоям и неконтролируемому течению ИБС, не говоря уже о других факторах риска смерти.

Ввиду отдельной значимости вклада психического расстройства и сердечно-сосудистого заболевания в прогноз эффективности реабилитации для конкретного пациента необходимо воздействие на каждое из них, а также на социальные контекстуальные факторы и последствия страданий. Соматотропная терапия уменьшает боль, несостоятельность, улучшает функции органов, антидепрессивная терапия улучшает настроение, активность, уверенность в себе, веру в успех терапии, уменьшает болевые ощущения, нормализует аппетит, сон, увеличивает приверженность терапии и доверие врачу. Создается впечатление, что успех антидепрессивной терапии в существенной степени зависит от оптимально проведенного первичного курса антидепрессивной терапии (адекватность дозы, длительность приема антидепрессанта, профиль побочных эффектов). Именно поэтому крайне важно донести до пациента необходимость полноценного курса фармакотерапии депрессивного расстройства.

Возвращение к жизни в обществе. Односторонний (биологический) подход сегодня неактуален, оптимальна биопсихосоциальная реабилитация. Реабилитационные мероприятия осуществляются междисциплинарной командой специалистов (терапевтов, кардиологов, анестезиологов, хирургов, генетиков, психиатров, психологов, социальных работников, юристов). В разных медицинских учреждениях могут присутствовать те или иные профессионалы, способные организовать определенные реабилитационные направления. Так, психосоциальные аспекты реабилитации могут осуществлять психолог и/или социальный работник данного учреждения.

Одной из задач психосоциальной реабилитации больных ИБС является помощь в обсуждении и выборе деятельности, способствующей здоровью, самореализации, удовлетворенности жизнью (профессиональная реабилитация). При невозможности возвращения к прежним обязанностям (тяжелый физический труд, вахтовый метод работы, ночные смены и т.п.) с пациентами обсуждаются другие виды занятости. Ниже представлены некоторые из них [21].

Профессиональная деятельность на неполный рабочий день и на должности, соответствующей психофизическим возможностям человека.

Работа для заработка, выполняемая не по своей, а по «резервной» профессии, освоенной в жизни ранее.

Активность типа «полуютдыха», например, бытовые услуги и ремонт, женское рукоделие, разведение цветов, «мужские руки напрокат», приусадебное хозяйство, выращивание домашних животных и птиц, разведение пчел.

Социальная активность, с которой связано **выполнение общественных обязанностей**, – присяжного заседателя, общественного опекуна, члена правления в какой-нибудь общественной организации, волонтера и т.п. Многие люди испытывают моральное удовлетворение от выполнения общественных обязанностей.

Внутрисемейная активность в виде присмотра за детьми, а также домашняя работа привлекает в основном женщин. Несмотря на то что уход за детьми и является достаточно тяжелой ношей, женщины в России принимают её добровольно, с убеждением, что это просто необходимо. Эта деятельность обогащает эмоциональную сферу и дает ощущение удовлетворения.

Также с пациентами обсуждается необходимость организации досуга и отдыха. Больным очень важно позволить себе реализовывать культурные, социальные, интеллектуальные потребности. Можно обсуждать привычные виды отдыха, а также возможность найти и разрешить себе что-то новое. Эти беседы помогают понять пациенту, что в жизни есть не только болезнь. Пассивный отдых (посещение кино-театров, концертов, лекций) представляет для пациентов меньший интерес, чем активность, но он украшает жизнь, оживляет воспоминания, эмоциональные реакции и улучшает настроение.

Чтение и просмотр телепередач являются одним из самых доступных способов удовлетворения интересов, наполнения времени, самообразования. Стоит отметить, что влияние средств массовой информации на личность разнообразно: в зависимости от содержания, индивидуальной значимости темы программы и выбора источника информации. Так, многократный просмотр новостей с освещением природных катастроф, насилия, террористических актов может вызвать у зрителей психические расстройства (от невротических реакций до депрессии и посттравматического стрессового расстройства). В таком случае любителям новостей можно рекомендовать пользоваться радио, что позволяет быть в курсе событий в мире, но в то же время исключает глубокое эмоциональное включение.

Занятия физической культурой пользуются все большим спросом. Следует указать, что дозированные физические тренировки, составляющие основу процесса физической реабилитации, также обладают антидепрессивным эффектом, способны стабилизировать психоэмоциональное состояние пациента.

Лекции в учреждениях культуры, поликлиниках, социальных центрах привлекают преимущественно людей пожилого возраста.

Одним из действенных способов само- и взаимопомощи пациентов является **клубная активность** (художественная, умственная, развлекательная). Межчеловеческому сближению, так необходимому в случае стойкой утраты трудоспособности, способствуют обычные формы клубной жизни: игра в шахматы, домино, посещение выставок, кинотеатров, конкурсов, концертов. Это важно в первую оче-

редь для людей, которые в течение жизни привыкли участвовать в подобных мероприятиях. Актуальными также остаются клубы по месту работы, преимущественно при крупных предприятиях. Они организуются для пенсионеров – бывших работников. Здесь встречаются давно знакомые люди, что способствует созданию доверительной атмосферы в клубе, дает ощущение сохраняющейся связи с предприятием, уменьшая этим самым у некоторых людей стресс, вызванный выходом на пенсию [13].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для оказания оптимальной помощи пациентам с депрессивными расстройствами и хронической ИБС необходима организация работы междисциплинарных команд в условиях стационаров, амбулаторно, в поликлиниках [23, 24], в реабилитационных центрах с дневным пребыванием. В работу с такими пациентами должен быть включен психотерапевт/психиатр для консультирования, психотерапии и психофармакотерапии психических расстройств. Лечащим врачам в работе с больными ИБС следует использовать эмпатические техники и коммуникативные навыки.

Все пациенты, в том числе и при подготовке к КШ, должны участвовать в образовательных программах по ИБС, с обучением навыкам по управлению стрессом. Это позволит снизить риск формирования ТДР, ответственно подходить к работе над своим восстановлением, изменять привычки, влияющие на развитие/прогрессирование ИБС, полноценно жить, ставить новые цели и развиваться.

Учитывая высокую распространенность ТДР у больных ИБС, для их выявления следует использовать сплошной скрининг стандартизированными опросниками.

Для терапии тревожно-депрессивных расстройств можно использовать антидепрессанты, психотерапию. Антидепрессанты работают быстрее, а наибольшим протективным эффектом в отношении стресса и ТДР обладает психотерапия. Применение экзистенциально-гуманистического подхода может увеличить комплаентности пациентов. Докладательную базу эффективности имеет когнитивно-поведенческая психотерапия. Семейная психотерапия позволяет активнее включать в реабилитационный процесс близких и родных пациента, формировать поддерживающее окружение. Предпочтительна работа в группе. Следует активно использовать физические тренировки, так как они обладают и антидепрессивным эффектом. Наиболее оптимально использовать комплексную реабилитацию. Также необходимо прорабатывать вопросы взаимодействия с социальными службами для продолжения социокультурной реабилитации и проблем занятости из-за временной, частичной или полной утраты трудоспособности больных.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках темы ПНИ «Разработка предикторов прогноза и методов комплексной реабилитации у больных аффективными расстройствами» (Номер госрегистрации АААА-А16-116042610054-4).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВМА (протокол этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 30 от 25 января 2010 г., дело № 30/1.2010).

Работа выполнена в рамках медицинской технологии № 15 «Комплексная реабилитация пациентов с дистимией и сочетанными фобиями при ишемической болезни сердца: Медицинская технология».

ЛИТЕРАТУРА

1. Долженко М.М. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии: возможности комбинированной терапии антидепрессантом и антиагрегантом. *Международный неврологический журнал*. 2013; 5 (59): 152–160.
2. Плотникова Н.С., Раева Т.В. Особенности депрессивных и когнитивных расстройств у кардиохирургических пациентов в раннем послеоперационном периоде. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 1 (82): 63–67.
3. Сергиенко Т.Н., Лебедева Е.В., Репин А.Н. Некоторые особенности течения ИБС у женщин, перенесших инвазивные вмешательства. *Сибирский медицинский журнал*. 2010; 25 (3, 1): 23–26.
4. Репин А.Н., Лебедева Е.В., Сергиенко Т.Н., Карпов Р.С. Комплексная реабилитация пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами. *Кардиосоматика*. 2010; 1 (1): 51–56.
5. Белокрылова М.Ф. Психосоматические расстройства сердечно-сосудистой системы (клинические, социально-психологические и реабилитационные аспекты): Дис. ... д.м.н. Томск, 2000: 38–238.
6. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Сибирский медицинский журнал*. 2009; 4 (2): 11–17.
7. <http://psy.net.ru>
8. Лебедева Е.В., Гуткевич Е.В., Иванова С.А., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Семке В.Я., Сергиенко Т.Н., Шмиголь М.В., Рядовая Л.А., Репин А.Н. Феномен коморбидности депрессии и коронарной болезни в свете современных достижений генетики (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 6 (75): 41–47.
9. Репин А.Н., Лебедева Е.В., Сергиенко Т.Н., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. Клиническое течение заболевания у пациентов с ИБС в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне длительной терапии антидепрессантами. *Сибирский медицинский журнал*. 2010; 25 (2–2): 20–25.
10. Нонка Т.Г., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н., Лебедева Е.В. Влияние депрессивных расстройств на показатели вариабельности ритма сердца у больных с перенесенным инфарктом миокарда. *Сибирский медицинский журнал* (Томск). 2011; 26 (1–1): 69–72.
11. Смуглевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003: 429.
12. Андющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CESD, BDI и HADS в диагностике депрессий в общемедицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. 2003; 103 (5): 11–16.
13. Лебедева Е.В., Репин А.Н., Счастный Е.Д., Сергиенко Т.Н., Симуткин Г.Г., Горохов А.С., Шишнев Е.В., Семке В.Я., Карпов Р.С., Бохан Н.А. Методическое пособие по организации работы междисциплинарной команды при реабилитации пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и депрессивными расстройствами (для врачей, ординаторов, интернов). Изд-е 2-е, испр. и доп. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2015: 106.
14. Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н. Особенности тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической ИБС. *Суицидология*. 2014; 5 (2, 15): 69–76.
15. Репин А.Н., Лебедева Е.В., Горохов А.С., Сергиенко Т.Н., Перчаткин В.А., Шишнев Е.В., Подкосяков Ю.К., Бабокин В.Е. Тактика командной работы с учетом психического состояния больных при оперативном лечении коронарной болезни. Клинические и нейрофизиологические аспекты психокоррекции: Материалы регион. научно-практической конференции. Томск, 2012: 43–45.
16. Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Шелковникова Т.А., Тырышкина В.А. Помощь пациентам с депрессивными расстройствами и ИБС: роль среднего медицинского персонала. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2010; 4 (61): 55–60.
17. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических заболеваниях / под ред. Ван Вигел / пер. с англ. / под ред. А.И. Абессоновой. Киев: Сфера, 2002: 600.
18. Бохан Н.А., Мандель А.И., Трескова И.А. Неврологические синдромы в наркологической практике: коморбидность, клиника, терапия. *Психическое здоровье*. 2007; 2: 41–46.
19. Бохан Т.Г., Пешковская А.Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 2 (65): 34–40.
20. Fillmore K.M., Stockwell T., Chikritzhs T., Bostrom A., Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Ann. Epidemiol.* 2007; May; 17 (5 Suppl): S16–23.
21. Яценко Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология: Учебное пособие для студ. высших учебных заведений. М.: Гуманитарный центр ВЛАДОС, 2003: 224.
22. Корнетов Н.А., Лебедева Е.В. Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. *Психиатрия и психофармакология*. 2003; 5 (5): 26–35.
23. Лебедева В.Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях: Автореф. дис. ... д.м.н. Томск, 2007: 48.
24. Корнетов Ал.Н. Тактика терапии депрессивных расстройств в первичной медицинской сети: Пособие для врачей территориальных поликлиник. Томск, 2003: 19.

Поступила в редакцию 20.03.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Лебедева Елена Владимировна, к.м.н., с.н.с. отделения аффективных состояний; с.н.с. отделения реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Сергиенко Татьяна Николаевна, к.м.н., н.с. отделения реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Нонка Татьяна Геннадьевна, к.м.н., м.н.с. отделения реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Счастный Евгений Дмитриевич, д.м.н., профессор, заведующий отделением аффективных состояний.

Симуткин Герман Геннадьевич, д.м.н., в.н.с. отделения аффективных состояний.

Шишнев Евгений Васильевич, к.м.н., заведующая отделением анестезиологии-реанимации.

Горохов Антон Сергеевич, к.м.н., заведующий отделением анестезиологии-реанимации.

Суровцева Альфира Касимовна, к.п.н., медицинский психолог третьего клинического психиатрического отделения.

Перчаткин Владимир Анатольевич, к.м.н., заведующий отделением реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Репин Алексей Николаевич, д.м.н., проф., руководитель отделения реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

✉ Лебедева Елена Владимировна, e-mail: lebedevaev@sibmail.com

УДК 615.851:616-005.4:616-051

For citation: Lebedeva E.V., Sergienko T.N., Nonka T.G., Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Shishneva E.V., Gorokhov A.S., Surovtseva A.K., Perchatkin V.A., Repin A.N. Psychotherapeutic aspects of work in practice of physician-cardiologist during preparation of patients with coronary heart disease for coronary bypass surgery. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 81–90.

Psychotherapeutic aspects of work in practice of physician-cardiologist during preparation of patients with coronary heart disease for coronary bypass surgery

Lebedeva E.V.^{1,2}, Sergienko T.N.², Nonka T.G.², Schastnyy E.D.¹, Simutkin G.G.¹, Shishneva E.V.², Gorokhov A.S.³, Surovtseva A.K.¹, Perchatkin V.A.², Repin A.N.²

¹ *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

² *Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Kievskaya Street 111A, 634012, Tomsk, Russian Federation*

³ *Yu.E. Veltishchev Research Clinical Institute of Pediatrics –
N.I. Pirogov Russian National Research Medical University
Taldomskaya Street 2, 125412, Moscow, Russian Federation*

ABSTRACT

High frequency of comorbid anxiety-depressive disorders (ADD) is noticed in patients with chronic coronary heart disease (CHD). The fact of need of coronary bypass surgery (CBS) is for patients an additional stressor as well as source of resources for mobilization and improvement of the processes of rehabilitation. Skillful application by attending physician of empathic techniques and communicative skills allows obtaining trust and respectful attitude of the patient towards the physician that provides adherence, quicker rehabilitation, may decrease risks of postoperative complications and mortality as well as complaints of the patients against medical personnel. The work of interdisciplinary team provides complexity and greater efficiency of rehabilitative programs for patients with chronic CHD and comorbid anxiety-depressive disorders as well as possibility for every participant to orientate in adjacent specialty and to be trained mutually in the team.

Keywords: anxiety-depressive disorders, chronic CHD, coronary bypass surgery, interdisciplinary team, biopsychosocial rehabilitation, empathic techniques, communicative skills.

REFERENCES

- Dolzhenko M.M. Depressivnye i trevozhnye rasstroystva v kardiologii: vozmozhnosti kombinirovannoy terapii antidepressantom i antigipoksantom [Depressive and anxiety disorders in cardiology: the possibilities of combination therapy with antidepressant and antihypoxant]. *Mezhdunarodnyy nevrologicheskii zhurnal - International Neurological Journal*. 2013; 5 (59): 152–160 (in Russian).
- Plotnikova N.S., Raeva T.V. Osobennosti depressivnykh i kognitivnykh rasstroystv u kardiokhirurgicheskikh patsientov v ranem posleoperatsionnom periode [Peculiarities of depressive and cognitive disorders in cardiosurgical patients in early postoperative period]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 1 (82): 63–67 (in Russian).
- Sergienko T.N., Lebedeva E.V., Repin A.N. Nekotorye osobennosti techeniya IBS u zhenshchin, perenesshikh invazivnye vmeshatel'stva [Some features of coronary heart disease in women with invasive treatment]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Tomsk)*. 2010; 25 (3, 1): 23–26 (in Russian).
- Repin A.N., Lebedeva E.V., Sergienko T.N., Karpov R.S. Kompleksnaya reabilitatsiya patsientov s ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa v sochetanii s trevozhno-depressivnymi rasstroystvami [Comprehensive rehabilitation of patients with coronary heart disease concurrent with anxiety and depression disorders]. *Kardiosomatika - Cardiosomatics*. 2010; 1 (1): 51–56 (in Russian).
- Belokrylova M.F. Psichosomaticheskie rasstroystva serdechno-sosudistoy sistemy (klinicheskie, sotsial'no-psikhologicheskie i reabilitatsionnye aspekty) [Psychosomatic disorders of cardiovascular system (clinical, social-psychological and rehabilitative aspects)]. Dis. ... d.m.n. – MD thesis. Tomsk, 2000: 38–238 (in Russian).
- Garganeeva N.P., Belokrylova M.F. Osnovnye simptomokompleksy i usloviya formirovaniya nevroticheskikh i affektivnykh rasstroystv u bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Basic symptom complexes and conditions of forming neurotic and affective disorders in patients having cardiovascular diseases]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Tomsk) – Siberian Medical Journal (Tomsk)*. 2009; 4 (2): 11–17 (in Russian).
- <http://psy.net.ru> (in Russian).
- Lebedeva E.V., Gutkevich E.V., Ivanova S.A., Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Semke V.Ya., Sergienko T.N., Shmigol M.V., Ryadovaya L.A., Repin A.N. Fenomen komorbidnosti depressii i koronarnoy boleznii v svete sovremennykh dostizheniy genetiki (obzor literatury) [Phenomenon of co-morbid depression and coronary artery disease within current achievements of genetics (review)]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2012; 6 (75): 41–47 (in Russian).
- Repin A.N., Lebedeva E.V., Sergienko T.N., Schastnyy E.D., Simutkin G.G. Klinicheskoe techenie zabolevaniya u patsientov s IBS v sochetanii s trevozhno-depressivnymi rasstroystvami na fone dlitel'noy terapii antidepressantami [Clinical course of patients with CHD in combination with anxiety depressive disorder background antidepressants long-term therapy]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Tomsk) – Siberian Medical Journal (Tomsk)*. 2010; 25 (2–2): 20–25 (in Russian).
- Nonka T.G., Repin A.N., Sergienko T.N., Lebedeva E.V. Vliyanie depressivnykh rasstroystv na pokazateli variabel'nosti ritma serdtsa u bol'nykh s perenesennym infarktomyokarda [The effect of depressive disorders on parameters of heart rate variability in patients after myocardial infarction]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Tomsk) – Siberian Medical Journal (Tomsk)*. 2011; 26 (1–1): 69–72 (in Russian).
- Smulevich A.B. Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh [Depressions in somatic and mental diseases]. M.: MIA, 2003: 429 (in Russian).
- Andyushchenko A.V., Drobizhev M.Yu., Dobrovolsky A.V. Sravnitel'naya otsenka shkal CESD, BDI i HADS v diagnostike depressiy v obshchemeditsinskoy praktike [Comparative assessment of scales CESD, BDI and HADS in diagnostics of depressions in general medical practice]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2003; 103 (5): 11-16 (in Russian).

37. Lebedeva E.V., Repin A.N., Schastnyy E.D., Sergienko T.N., Simutkin G.G., Gorokhov A.S., Shishneva E.V., Semke V.Ya., Karpov R.S., Bokhan N.A. Metodicheskoe posobie po organizatsii raboty mezhdistsiplinarnoy komandy pri reabilitatsii patsientov s khronicheskoy ishemicheskoy boleznyu serdtsa i depressivnymi rasstroystvami (dlya vrachey, ordinatorov, internov) [Guide on organization of work of interdisciplinary team during rehabilitation of patients with chronic coronary heart disease and depressive disorders (for physicians, resident doctors, interns)]. 2nd edition, corrected and updated. Tomsk: Publishing House "Ivan Fedorov", 2015: 106 (in Russian).
38. Lebedeva E.V., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Repin A.N., Sergienko T.N. Osobennosti trevozhno-depressivnykh rasstroystv i suitsidal'nogo povedeniya u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrasta s khronicheskoy IBS [Particularly disturbing, depressive disorders and suicidal behavior in patients of elderly and senile age with chronic CAD]. *Suitsidologiya - Suicidology*. 2014; 5 (2, 15): 69–76 (in Russian).
39. Repin A.N., Lebedeva E.V., Gorokhov A.S., Sergienko T.N., Perchatkin V.A., Shishneva E.V., Podoksenov Yu.K., Babokin V.E. Taktika komandnoy raboty s uchetom psikhicheskogo sostoyaniya bol'nykh pri operativnom lechenii koronarnoy bolezni. Klinicheskie i neyrofiziologicheskie aspekty psikhokardiologii: Materialy region. nauchno-prakticheskoy konferentsii [Approach of team work with account for mental state of patients during operative therapy of coronary disease. Clinical and neurophysiological aspects of psychocardiology: Materials of regional scientific-practical conference]. Tomsk, 2012: 43–45 (in Russian).
40. Lebedeva E.V., Simutkin G.G., Shelkovich T.A., Tyryshkina V.A. Pomoshch' patsientam s depressivnymi rasstroystvami i IBS: rol' srednego meditsinskogo personala [Help to patients with depressive disorders: the role of the psychiatric nurses]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2010; 4 (61): 55–60 (in Russian).
41. Vnebol'nichnaya pomoshch' i psikhiatricheskaya reabilitatsiya pri tyazhelykh psikhicheskikh zabollevaniyakh [Extramural care and psychiatric rehabilitation in severe mental diseases]. van Vegel, ed. Transl from Engl. Kiev: Sfera, 2002: 600 (in Russian).
42. Bokhan N.A., Mandel A.I., Treskova I.A. Nevrologicheskie sindromy v narkologicheskoy praktike: komorbidnost', klinika, terapiya [Neurological syndromes in narcological practice: comorbidity, clinical picture, therapy]. *Psikhicheskoe zdorov'e – Mental Health*. 2007; 2: 41–46 (in Russian).
43. Bokhan T.G., Peshkovskaya A.G. Trudnosti samorealizatsii v sub'ektivnoy kartine zhiznennogo puti bol'nykh alkogolizmom [Challenges of self-realization in subjective picture of life span of patients with alcoholism]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2011; 2 (65): 34–40 (in Russian).
44. Fillmore K.M., Stockwell T., Chikritzhs T., Bostrom A., Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Ann. Epidemiol.* 2007; May; 17(5 Suppl): S16-23.
45. Yatsemirskaya R.S., Belen'kaya I.G. Sotsial'naya gerontologiya: Uchebnoe posobie dlya stud. vysshikh uchebnykh zavedeniy [Social gerontology: Tutorial for students of higher schools]. M.: Gumanitarnyy tsentr VLADOS, 2003: 224 (in Russian).
46. Kornetov N.A., Lebedeva E.V. Depressivnye rasstroystva u patsientov, perenesших infarkt miokarda [Depressive disorders in patients after myocardial infarction]. *Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya – Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2003; 5 (5): 26–35 (in Russian).
47. Lebedeva V.F. Psikhicheskies rasstroystva pri somaticheskikh zabollevaniyakh [Mental disorders in somatic diseases]. Avtoref. dis. ... d.m.n. – Abstract of MD thesis. Tomsk, 2007: 48 (in Russian).
48. Kornetov A.I.N. Taktika terapii depressivnykh rasstroystv v pervichnoy meditsinskoy seti: Posobie dlya vrachey territoral'nykh poliklinik [Approach to therapy of depressive disorders in the primary medical network. Tutorial for physicians of territorial; polyclinics]. Tomsk, 2003: 19 (in Russian).

Received Mart 20.2017

Accepted May 02.2017

Lebedeva Elena V., PhD, senior researcher of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences; Department of Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Sergienko Tatiana N., PhD, researcher of Department of Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Nonka Tatiana G., PhD, junior researcher of Department of Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Schastnyy Evgeny D., MD, Professor, Head of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Simutkin German G., MD, leading researcher of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Shishneva Evgeniya V., PhD, Head of Department of Anesthesiology- Resuscitation, Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Gorokhov Anton S., PhD, Head of Department of Anesthesiology- Resuscitation, Yu.E. Veltishchev Research Clinical Institute of Pediatrics – N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation.

Surovtseva Al'fira K., PhD, medical psychologist of the Third Clinical Psychiatric Unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Perchatkin Vladimir A., PhD, Head of Department of Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Repin Alexey N., MD, Prof., supervisor of Department of Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

✉ Lebedeva Elena V., e-mail: lebedevaev@sibmail.com

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851:070.11

Для цитирования: Лукин-Григорьев В.В., Рыбалко М.И. Ответственность как фактор психотерапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 91–94.

Ответственность как фактор психотерапии

Лукин-Григорьев В.В., Рыбалко М.И.

*Алтайский государственный медицинский университет
Россия, 656038, Барнаул, пр. Ленина, д. 4*

РЕЗЮМЕ

В статье рассматривается проблема ответственности в психотерапии. Авторы анализируют феномен ответственности с позиций различных психологических школ и направлений; взаимосвязь ответственности с такими категориями, как свобода и выбор. Ответственность рассматривается как необходимый аспект человеческого опыта; исследуются ее когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Подчеркивается значимость фактора ответственности в психотерапии независимо от ее модели и направления; делается акцент на принятии пациентом ответственности за свое состояние как важном условии психотерапии неврозов.

Ключевые слова: ответственность, свобода, выбор, психотерапия, невроз.

ВВЕДЕНИЕ

Традиционно феномен ответственности исследовался как оборотная сторона свободы преимущественно в работах В. Франкла и Э. Фромма. Осуществление акта свободной воли означает принятие ответственности за его последствия. В частности описанное Фроммом «бегство от свободы» обусловлено именно бременем ответственности [8].

С общепсихологической точки зрения ответственность рассматривается в рамках каузальной атрибуции, в соответствии с которой приписывание ответственности означает понимание некоего фактора как причинности происходящих событий [6].

В процессе структурирования психотерапевтического взаимодействия в первую очередь решается вопрос о границах ответственности психотерапевта и пациента за то, что происходит в результате их взаимодействия. Однако следует отметить, что у большинства пациентов постановка вполне справедливого вопроса об их личной ответственности за процесс психотерапии и его результаты вызывает определенное смятение.

Цель исследования: изучение проблемы ответственности как фактора психотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В связи с этим, на наш взгляд, необходимо рассмотреть проблему ответственности в более широком масштабе. Так, в житейском понимании ответственность часто выступает как синоним вины; ответственность наступает тогда, когда случилось что-то такое, за что тот или иной человек будет наказан. И соответственно, если неприятного события не случилось, вопрос об ответственности не стоит. Другой стороной обиденного понимания ответственности является ответственность за кого-то или за что-то. Однако, как отмечает Д.А. Леонтьев [2, 3], в этом контексте ответственность буквально подразумевает «отвечать за кого-то, когда его спрашива-

ют»; и в соответствии с этим возникает вопрос – как и в какой мере можно отвечать за другого человека?

Сам феномен ответственности связан со способностью человека различать себя самого, то, что с ним происходит, и окружающий мир; способность эта неразрывно связана с самосознанием личности. В классическом бихевиоризме создан образ человека, принципиально не различающего границы между собственным «Я», своими переживаниями и окружающим миром; взаимодействие с реальностью осуществляется на уровне схемы «стимул – реакция».

В то же время большинству людей свойственно различать собственное «Я» и события собственной жизни, как фактуальные, так и субъективные. В данном случае человек выступает как наблюдатель событий собственной жизни; однако полагает, что не в силах на них повлиять. Подобный способ функционирования обозначен Дж. Роттером как «экстернальный локус контроля» [10]. В данном случае человек осознает возможность изменения тех сторон жизни, которые причиняют страдание, но сама мысль о возможности жизни вне позиции жертвы обстоятельств вызывает сильную тревогу. Такую ситуацию можно представить как противостояние двух состояний – страдания и тревоги. В первом случае человек переживает неудовлетворенность рядом аспектов своего бытия, однако чувствует определенную предсказуемость и стабильность своего существования. Выйти же за пределы жизненного страдания означает столкнуться с неопределенностью и, соответственно, с тревогой. Картина невроза, как правило, сопровождается достаточно высокой рефлексией страданий и одновременно невозможностью даже представить себе картину возможных перемен.

Можно предположить, что стремление бежать от свободы и ответственности, воспринимать себя как

жертву обстоятельств является достаточно привлекательным для большинства людей. Такой подход к жизни дает возможность бесконечного самооправдания и, как следствие, спасения от экзистенциальной тревоги.

Если говорить о целях психотерапии, то они могут быть представлены континуумом, на одном полюсе которого находится личность, умеющая эффективно использовать защитные стратегии типа «если не можешь решить проблему, то измени к ней отношение», тем самым избегая свободы и ответственности; благо, когнитивный аппарат современного человека способен найти удовлетворяющее объяснение чему угодно. На другом полюсе находится личность, в полной мере являющаяся автором собственной жизни. С известной долей уверенности можно сказать, что большинство современных психотерапевтических технологий тяготеют к первому полюсу. Это подтверждается наблюдением, согласно которому пациенты, достигшие более или менее значимого улучшения своего душевного состояния, приписывают эффект либо харизме психотерапевта, либо используемому методу, либо и тому, и другому.

Если говорить об ответственности как психотерапевтическом факторе, то «Я» пациента не только рефлексивно отделяется от собственных переживаний (согласно терминологии Н. Мак-Вильямс – «эго-дистонных переживаний» [4] или в «осознании» в гештальттерапии [12]), но и возникает возможность совершать поступки, меняющие жизнь пациента.

Следует отметить, что рефлексия своих переживаний сама по себе не является динамическим актом, приводящим к изменениям, но выступает как необходимое условие для того, чтобы они произошли. Переход к собственно динамическому акту, а именно поступку, безусловно, опирается на рефлексии происходящего, но осуществляется за пределами причинно-следственных объяснений того, почему я делаю (или не делаю) те или иные вещи. Известная притча о Буридановом осле говорит о том, что объяснить, почему ослу нужно выбрать именно этот стог сена, а не другой (хотя оба они одинаково доступны и не различаются по качеству), в принципе невозможно; однако выбрать следует, дабы не умереть с голоду.

Таким образом возникает ситуация личного вмешательства в события, происходящие в жизни человека; совершаемое вмешательство может быть определено как выбор. Иными словами, человек сам включается в свою жизнь как причинный фактор. Однако, согласно точке зрения Р. Мэя, выбору предшествует особая ситуация, которую он определил как природу свободы, сущность которой состоит в паузе между стимулом и реакцией; между сиюминутным внешним побуждением и последующим действием [1, 5]. Именно в этом интервале и возникают различные возможности и альтернативные решения.

Во многих направлениях современной психотерапии свобода и ответственность выступают как неразрывно связанные между собой части. В частности Э. Фромм отмечал, что свобода возможна только в контексте ответственности [8]. Но в то же время свобода и ответственность могут формировать различные конstellляции. Так, И. Ялом отмечает, что ни один человек не может быть тотально ответственным за события собственной жизни – в каких-то ее областях он готов признавать свое авторство и иметь дело с последствиями, а в каких-то – в полной мере перекладывать ответственность на других людей или обстоятельства [11]. Кроме того, очевидно, существует импульсивная квазисвобода вне принятия ответственности, во многом свойственная подросткам, а также взрослым с недостаточным уровнем личной зрелости. В структуре детско-родительских, а также зависимых отношений часто присутствует симбиотическая ответственность за жизнь близкого человека при полном отсутствии свободы и ответственности за свою собственную жизнь.

Закономерно возникает вопрос – а является ли конформизм способом полного отказа и от свободы, и от ответственности? Если человек ведет себя несвободно, но при этом осознает, что это поведение является результатом его собственного выбора и не списывает свое поведение на внешние обстоятельства – очевидно, что речь идет о свободном выборе и принятии на себя его авторства [7].

Таким образом, прослеживается неразрывная психологическая связь между готовностью быть причиной поступков и готовностью за них отвечать.

Если рассматривать невроз как личностно-обусловленное пограничное расстройство, то для него характерна утрата способности различения ситуаций и контекстов, где возможен выбор, и принятие и тех, где это в принципе невозможно. Оставляя без внимания сферу своего потенциального контроля, пациент начинает заниматься вещами, с которыми в принципе не может справиться самостоятельно. Из описываемых в экзистенциальной литературе «невозможностей» человека в частности выделяются например, такие как жить вечно, быть любимым, жить в предсказуемом и понятном мире и иметь безграничную потенциальность, которую можно осуществить в любой момент [9, 11]. К этому списку с уверенностью можно добавить и принципиальную невозможность изменить в соответствии со своими желаниями другого человека. Как правило, большинство пациентов психотерапевтов буквально одержимы стремлениями быть любимыми, держать всё под контролем, а особенно желанием изменять других людей в соответствии с представлениями о собственных идеальных образах, не принимая факта их абсолютной невозможности. При этом они совершенно упускают из виду реальные жизненные обстоятельства и отношения, жертвами которых они представляются, но которые на самом деле и выступают как область их свободы и ответственности.

Каким же образом можно понять феномен ответственности в контексте опыта человека? Если использовать для этой цели ставшую традиционной для психологии трехкомпонентную схему разделения опыта на когнитивный, эмоциональный и поведенческий (действенный) компоненты, то ответственность в них может занять вполне определенное место.

Со стороны когнитивного компонента ответственность представляется как субъективная причинность; иными словами, человек осознает себя как причину происходящих с ним состояний и событий.

Эмоциональная сторона ответственности может быть выражена в определенной устойчивости к переживанию ситуаций неопределенности, а именно – к состоянию тревоги, которую порождают эти ситуации.

Поведенческий компонент ответственности фактически представлен осуществлением (или неосуществлением) тех или иных поступков на основе сделанного выбора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидно, что эти три компонента (когнитивный, эмоциональный, поведенческий) не существуют сами по себе, изолированно, а представляют собой некую целостность. Но, как известно, различные направления психотерапии ориентированы, как правило, на один, а максимально на два из этих компонентов опыта. Но ни одно направление не создало технологии, благодаря которой можно было бы повлиять на поступок, который изменяет действительность пациента. Представители поведенческой психотерапии могли бы возразить – модификация поведения, как правило, приводит к значимым положительным изменениям в жизни пациента. Безусловно, приводит, однако не распространяется на поступки, имеющее важное жизненное значение. Скорее, любая психотерапия призвана лишь подготовить пациента к тому, чтобы он совершил три вещи – принял на себя ответственность за происходящее, осуществил

выбор (и на его основе либо совершил поступок, либо принял происходящее таким, какое оно есть) и, наконец, был бы готов принять ответственность за последствия своего выбора.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комлев А.А. Жизненный выбор человека: виды и факторы влияния в аспекте возможностей. *Мир психологии*. 2004; 4: 41–51.
2. Леонтьев Д.А. Феномен ответственности: между недержанием и гиперконтролем. Экзистенциальное измерение в консультировании и психотерапии. Т. 2. Бирштонас, Вильнюс: ВЕАЭТ, 2005: 5–23.
3. Леонтьев Д.А. Дискурс свободы и ответственности (доклад с обсуждением). *Вестник Московского ун-та. Серия 7. Философия*. 2006; 5: 56–72.
4. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2001: 326.
5. Мешеряков В.А. Выбор как научная категория. *Вестник Оренбургского государственного университета*. 2012; 3 (128): 142–148.
6. Муздыбаев К. Психология ответственности. Л.: Наука, 1983: 240.
7. Мэй Р. Искусство психологического консультирования / Пер. с англ. Т.К. Кругловой. М.: Независимая фирма «Класс», 1998: 278.
8. Фромм Э. Бегство от свободы. М.: АСТ, 2012: 286.
9. Хайдеггер М. Бытие и время / Пер. с нем. и предисл. Г. Тевзадзе. Тбилиси, 1989: 261.
10. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). СПб.: Питер Пресс, 1997: 608.
11. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М.: Класс, 2015: 576.
12. Энрайт Дж. Гештальт, ведущий к просветлению / Пер. с англ. М. Папуша. М.: Апрель Пресс; ЭКСМО, 2002: 293.

Поступила в редакцию 28.03.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Лукин-Григорьев Виктор Владимирович, к.п.н., доцент кафедры гуманитарных наук.

Рыбалко Михаил Иванович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО.

✉ Лукин-Григорьев Виктор Владимирович, e-mail: mystand@mail.ru

УДК 615.851:070.11

For citation: Lukin-Grigor'ev V.V., Rybalko M.I. Responsibility as psychotherapy factor. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 91–94.

Responsibility as psychotherapy factor

Lukin-Grigor'ev V.V., Rybalko M.I.

Altai State Medical University

Lenin Avenue 4, 656038, Barnaul, Russian Federation

ABSTRACT

In the paper the responsibility problem in psychotherapy is considered. Authors consider a responsibility phenomenon from positions of various psychological schools and directions; interrelationship of responsibility with such categories as freedom and choice. Responsibility is considered as necessary aspect of human experience; its cognitive, emotional and behavioural components are investigated. The significance of the factor of responsibility in psychotherapy irrespective from its model and direction is emphasized; the emphasis is placed on acceptance by the patient of responsibility for patient's state as an important condition of psychotherapy of neuroses.

Keywords: responsibility, freedom, choice, psychotherapy, neurosis.**REFERENCES**

1. Komlev A.A. Zhiznennyi vybor cheloveka: vidy i factory vliyaniya v aspekte vozmozhnostey [Life choice of a person: kinds and factors of influence in aspect of possibilities]. *Mir psichologii – World of Psychology*. 2004; 4: 41–51 (in Russian).
2. Leont'ev D.A. Fenomen otvetstvennosti: mezhdru nederzhaniiem i giperkontrol'em. Ekzistentsial'noe izmerenie v konsultirovanii i psichoterapii [Phenomenon of responsibility: between incontinence and hypercontrol. Existential dimension in counseling and psychotherapy]. Vol. 2. Birsh-tonas, Vilnius, 2005: 5–23 (in Russian).
3. Leont'ev D.A. Diskurs svobody i otvetstvennosti [Discourse of freedom and responsibility]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 7. Filosofiya – Bulletin of Moscow University. Series 7. Philosophy*. 2006; 5: 56–72 (in Russian).
4. McWilliams N. Psichoanaliticheskaya psichodiagnostika: Poni-manie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse [Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality in the clinical process]. Transl. from Engl. Moscow: Nezavisimaya firma “Klass”, 2001: 326 (in Russian).
5. Meshcheryakov V.A. Vybor kak nauchnaya kategoriya [Choice as a scientific category]. *Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of Orenburg State University*. 2012; 3 (128): 142–148 (in Russian).
6. Muzdybaev K. Psichologiya otvetstvennosti [Psychology of responsibility]. L.: Nauka, 1983: 240. (in Russian).
7. May R. Iskusstvo psichologicheskogo konsultirovaniya [The art of counseling]. Transl. from Engl. Moscow: Nezavisimaya firma “Klass”, 1998: 278 (in Russian).
8. Fromm E. Begstvo ot svobody [Escape from freedom]. M.: AST, 2012: 286 (in Russian).
9. Heidegger M. Bytie i vremya [Being and time]. Transl. from Germ. Tbilisi, 1989: 261 (in Russian).
10. Hjelle L.A., Ziegler D.J. Teorii lichnosti (Osnovnye polozhe-niya, issledovaniya i primeneniye) [Personality Theories: Basic Assumption, Research and Applications]. SPb.: Piter Press, 1997: 608 (in Russian).
11. Yalom I. Ekzistentsial'naya psichoterapiya [Existential psychotherapy]. Moscow: Klass, 2015: 576 (in Russian).
12. Enright J. Geshtal't, vedushchiy k prosvetleniyu [Enlightening Gestalt]. Transl. from Engl. M.: Aprel' Press; EKSMO, 2002: 293 (in Russian).

Received Mart 28.2017
Accepted May 02.2017

Lukin-Grigor'ev Victor V., PhD, lecturer of the Department of the Humanities, Altai State Medical University, Barnaul, Russian Federation.

Rybalko Mikhail I., MD, Professor of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology Department with course of CPE, Altai State Medical University, Barnaul, Russian Federation.

✉ Lukin-Grigor'ev Victor V., e-mail: mystand@mail.ru

УДК 159.9:364.632:613.98

Для цитирования: Бохан Т.Г., Боженкова К.А. Факторы переживания геронтологического насилия. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 95–104.

Факторы переживания геронтологического насилия

Бохан Т.Г., Боженкова К.А.*Национальный исследовательский Томский государственный университет
Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 36*

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются психологические аспекты геронтологического насилия в виде представлений пожилых людей о его причинах. Рассмотрены типологии вероятных факторов геронтологического насилия, которые разрабатывались в логике движения научного познания. Представлены результаты эмпирического исследования особенностей опыта переживания геронтологического насилия: преобладающий вид геронтологического насилия; характеристика действий, связанных с определенным типом насилия; социально-психологическая характеристика «обидчика»; социально-психологические факторы, способствующие применению геронтологического насилия в представлениях пожилых людей; характеристика качества жизни у пожилых людей с опытом переживания геронтологического насилия и без него. Показаны особенности опыта переживания геронтологического насилия у пожилых людей, проживающих в социальных и учреждениях и домашних условиях.

Ключевые слова: геронтологическое насилие, пожилые люди, качество жизни, психологический компонент здоровья, физический компонент здоровья.

ВВЕДЕНИЕ

Среди приоритетных задач в деятельности государства, направленных на решение вопросов старения населения, выделена проблема защиты пожилых людей от насилия. Эта актуальная тема по данным Всемирной организации здравоохранения является одной из социально значимых проблем с точки зрения общественного здоровья [8]. Геронтологическое насилие рассматривается как противоправное действие, расходящееся с общепринятыми в данном обществе социокультурными нормами, социальными образцами поведения в отношении пожилых людей, результатом которого является нанесение им физического, морального, психологического, экономического вреда, ограничивающего пожилых людей в выборе и возможностях приемлемого уровня жизни [19].

В России число преступлений, совершаемых против граждан в возрасте от 66 до 75 лет, в целом составляет 57 % от общего их количества [5]. В статье П.А. Кабанова [12] указано, что в 2014 г. возросшее количество жертв насилия среди мужчин и женщин старше 50 лет определило выделение отдельной группировки потерпевших для лиц пожилого возраста [12]. Виктимология, «учение о жертве», возникла как реализация идеи изучения жертв преступлений и изначально развивалась как направление в криминологии [20]. Виктимологическое направление познания жертв пожилого возраста представлено лишь на теоретическом уровне и ограничено немногочисленными исследованиями и публикациями [12].

Рядом зарубежных исследователей показано, что плохое обращение с пожилыми людьми вызывает целый ряд долговременных физических и психологических проблем здоровья, в том числе необратимые физические нарушения, лекарственную и алкогольную зависимости, ослабление иммунной системы,

хронические нарушения, связанные с беспорядочным приемом пищи и неполноценным питанием, причинение себе вреда и безразличие к себе, депрессию, чувство страха, постоянную тревогу, склонность к самоубийству и смерть [4, 8, 1, 27, 29, 30].

Согласно результатам отечественных исследований, различные виды геронтологического насилия вызывают высокий уровень стресса, обуславливая тем самым сокращение профессионального долголетия наиболее профессионально опытной и квалифицированной категории населения, формирование различных заболеваний, социальной напряженности, увеличивают риск смерти среди пожилых людей [19, 23]. Однако проблема насилия в отношении пожилых людей в возрастной и кризисной психологии остается недостаточно изученной, как в плане конкретных научных исследований, так и практических разработок психологической помощи пожилым людям.

В связи с этим возникает исследовательский интерес к выявлению причин возникновения геронтологического насилия, стратегиям и ресурсам совладания пожилых людей, а также к методам и системе организации психологической помощи, знания о которых вносят вклад в решение данной проблемы.

Обращение к литературным источникам показало, что основные причины жестокого обращения в отношении пожилых людей, выделяемые разными учеными, можно разделить на несколько факторов. Так, Э.К. Турдубаева указывает на социальный фактор, способствующий возникновению насилия над пожилыми людьми, а именно: социально-экономический кризис, падение нравов среди молодежи, рост преступности, политическую нестабильность, разделение общества на богатых и бедных, увеличение числа различных конфликтов в обществе, наркоманию, алкоголизм родителей или детей, финансовые и жилищные проблемы и т.д. [23].

Ряд авторов выделяют семейный фактор в виде проблемы «взрослых детей». Согласно Ю.М. Антонян, насилие против родителей обычно представляет собой «возвращение ударов», т.е. когда, став взрослым, человек мстит за незаживающие обиды, которые причинили ему отец или мать в его детские и юношеские годы [2]. Другими словами, он поступает с ними так, как они прежде поступали с ним.

Данную точку зрения разделяет Э.К. Турдубаева. По ее мнению, излишнее опекунов над детьми приводит к беспомощности и несамостоятельности, которые в дальнейшем проявляются агрессией против самих же родителей, как способ «отыграться» за собственную беспомощность [23]. По статистике, например, каждый второй из тех детей, кто воспитывался «в жестких условиях», впоследствии применяет насилие в отношении своих пожилых родителей, тогда как среди тех, кто не подвергался плохому обращению в детстве, только один из 400 ведет себя агрессивно в дальнейшем [9]. Подтверждает эту позицию и теория социального научения, которая базируется на том, что жестокое обращение является отражением детского опыта нарушителя, связанного с насилием в его адрес [11]. Несмотря на большую популярность данной теории, исследователи указывают на недостаточность эмпирических данных, подтверждающих её.

В качестве факторов, сопутствующих угнетению пожилых людей, исследователи выделяют наличие у преступников психических нарушений и аддикций, совместное проживание с жертвой, отсутствие занятости у взрослых детей [7]. С позиции психобиологического подхода показано, что насильственное поведение наиболее свойственно для лиц с патопсихологическими отклонениями и обуславливается наличием у индивида патологических и девиантных черт [8]. Также отмечается, что человек, осуществляющий уход, может переживать жизненный кризис, синдром «сгорания» и переживание опустошенности и эмоционального истощения, что может провоцировать негативное отношение к пожилому человеку [11]. В то же время немаловажную роль играют присущие самой жертве черты, например, постоянные претензии и жалобы, которые также содействуют появлению жестокости [17]. Некоторые авторы связывают с насилием сочетание четырех социально-психологических фактора, имеющих отношение к пожилым людям, – стресс, общественная изоляция, алкоголизм и изначальная приверженность к насилию [10].

Затрагивается и гендерный аспект проблемы геронтологического насилия. Так, феминистская теория определяет, что причинами семейного насилия в целом и жестокого обращения с пожилыми женщинами в частности являются патриархальные ценности, господствующие в большинстве современных сообществ. Данная концепция применима в случаях насилия над женщинами в пожилых супружеских парах, однако не объясняет других форм жестокого обращения [7].

З.Х. Саралиева считает, что сочетание различных факторов и причин насилия необходимо объединить в группы: насилие связано с социокультурной природой и является частью стереотипических представлений об особенностях взаимоотношений в семье; жестокое обращение, как следствие личного жизненного опыта индивида, который интериоризировал неблагоприятную модель поведения; следствие «травмы детства», когда индивид проецирует свои не «проработанные переживания» на близких людей; самоутверждение за счет более слабых, не способных себя защитить [21].

В литературе выделяется три основных подхода [28], интерпретирующих причины жестокого отношения к пожилому человеку: ситуационная модель, психосоциальный подход, символический интеракционизм. В ситуационной модели первостепенный фактор жестокости – «стресс». Обидчик может иметь низкий порог стресса ввиду его личностных характеристик; алкогольной или наркотической зависимости. В свою очередь, пожилой человек может иметь высокий уровень стресса в этой ситуации из-за высокой зависимости или личностных факторов. С точки зрения теории семейного развития (психосоциальный подход), насилие – продукт социализации, воспроизведение той модели поведения, того жизненного опыта, который ребенок получил в семье, и здесь насилие в отношении пожилых и насилие в отношении детей взаимосвязаны (внутрисемейная цикличность насилия). В свою очередь символический интеракционизм выделяет такой важный компонент, как «взаимоотношения». Жестокое отношение, с точки зрения данной модели, возникает, когда пожилой человек уже не выполняет «значимую» роль или когда не достигнуто согласие об изменениях в ролях.

Таким образом, в научной литературе выдвигается множество взглядов на причины, вызывающие или влияющие на проявление насилия в отношении пожилых людей. Такое многообразие, вероятно, связано с тем, что исследования проводились в различных социокультурных условиях. Проведенная систематизация имеющихся причин геронтологического насилия представлена социальными, психологическими, гендерными и семейными аспектами. Определено, что условия проживания, сложное социально-экономическое положение, отклоняющее поведение, стрессовые ситуации, деструктивная система взаимоотношений в семье, гиперопека, патопсихологические отклонения обидчика влияют на проявление жестокого отношения к людям пожилого возраста.

В то же время известно, что субъективное восприятие себя жертвой во многом определяется личностными особенностями человека. К характеристикам, определяющим совладающее поведение, исследователи относят, например, степень устойчивости и меру гибкости человека, развитость у него рефлексии и саморегуляции, ценностные ориентации, отношения с ближайшим окружением [15, 20].

По Г. Шнайдер, не существует «прирожденных жертв» или «жертв от природы», но приобретенные человеком физические, психические и социальные черты и признаки (какие-то физические и иные недостатки, неспособность к самозащите или недостаточная подготовленность к ней, особая внешняя, психическая или материальная привлекательность) могут сделать его предрасположенным к превращению в жертву преступления [16].

Миядзава (1968) выделил общую (зависящую от возраста, пола, рода деятельности, социального статуса и т.п.) и специальную (зависящую от неустойчивости в психическом и психологическом плане, отставания в развитии интеллекта, эмоциональной неустойчивости и т.п.) виктимность, исследовал связь между каждым из двух типов и преступностью [16]. Психиатры выделяют «бессознательные» состояния, снижающие возможность оказывать сопротивление нарушителю. К ним относится широкий диапазон патологических состояний, характеризующихся как полной утратой сознания, так и различными клиническими формами помрачения сознания. Наличие «душевной» болезни является предпосылкой для «беззащитности» [там же]. С позиции психоанализа, которая отнесена к первой системной теории [Клочко], предрасположенность стать жертвой объясняется бессознательным чувством вины или стыда и желанием быть наказанным, ведущим к пассивности субъекта [24]. «Факт насилия», если он по-прежнему относится к ценностно-значимой зоне переживаний человека, с течением времени не исчезает, и его «интенсивность» может даже не ослабевать [там же].

Опора на принципы деятельности и системности позволила Ф.Е. Василюку показать в своих работах, что «каждый переживает по своему жизненному миру» [6]. В антропосистемном подходе в психологии исследователи определяют жизненный мир человека как системное образование, особую психологическую онтологию, имеющую совмещенную (субъективно-объективную) природу, в которой конституирует себя пространственно-временная (хронотопическая) развертка бытия человека, понимаемого в качестве открытой системы [3].

В контексте данной методологии Е.В. Некрасова отмечает, что насилие в жизни человека является источником деформации жизненного мира человека, которое проявляется потерей человеком избирательности с окружающей средой; лишением динамики смыслов; сосредоточением на прошлом (воспоминание как разрушающий характер) или будущем (псевдобудущее, псевдожизнь) [18].

Таким образом, не выработано единого представления о факторах геронтологического насилия. Они рассматривались и изучались с различных методологических позиций. Получение системных представлений о данном феномене в соответствии с современной социальной ситуацией развития лиц пожилого возраста требует дальнейшего методологического самоопределения и эмпирического поиска

решения данной проблемы. В связи с этим на первом этапе разработки данной проблемы нами была определена следующая цель пилотажного исследования.

Цель исследования: выявить особенности переживания геронтологического насилия у лиц пожилого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие психически здоровые люди, всего 60 человек, из них 46 женщин и 14 мужчин в возрасте от 65 до 95 лет. Сбор эмпирического материала осуществлялся на базе ОГАУ «КЦСОН ТО» Комплексный центр социального обслуживания населения Томской области и ОГАУ «Дом-интернат для престарелых и инвалидов».

Методы исследования: анкета, направленная на изучение психологического содержания переживания геронтологического насилия (Пучков П.В., 2009), Опросник SF-36, разработанный для оценки общего состояния здоровья.

Методы обработки: контент-анализ, частотный анализ, критерии Манна–Уитни и χ^2 Пирсона.

Анкета включает 16 вопросов, направленных на выявление видов геронтологического насилия, доминирующих действий, факторов геронтологического насилия у лиц пожилого возраста. Анкета позволяет выявить следующие виды насилия: психологическое, экономическое, физическое, сексуальное насилие, пренебрежительное отношение. *Психологическое насилие* представляет собой причинение пожилому человеку душевных страданий, оскорблений. *Экономическое насилие* выражается в форме присвоения другими членами семьи собственности либо средств пожилых людей без согласия с их стороны, незаконного или осуществляемого вне соответствия с желанием старика использования его сбережений. *Физическое насилие* направлено на причинение физической боли, повреждений, насильственное принуждение к чему-либо. *Сексуальное насилие* выражается как в форме навязанных сексуальных прикосновений, сексуального унижения, так и изнасилования. *Пренебрежительное отношение* представляет собой безответственность и невыполнение опекуном своих обязанностей по отношению к пожилому человеку [25].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ ответов респондентов на вопросы анкеты показал, что 60 % от всего числа анкетируемых подвергались насилию в пожилом возрасте, тогда как у 40 % опрошенных такие переживания отсутствуют. Таким образом, были выделены основная эмпирическая группа (с опытом геронтологического насилия) и контрольная группа (без опыта переживания геронтологического насилия). Среди проживающих в Доме Престарелых на лиц с опытом переживания насилия приходится 42,5 %, 18,3 % не указывают на подобные переживания. Среди тех, кто проживает дома, 17,5 % сообщили о переживании геронтологического насилия, 21,7 % не имеют такого негативного опыта.

Изучение различий в частоте встречаемости переживания геронтологического насилия в группах по показателю проживания выявило статистически значимое различие, указывающее на то, что лиц пожилого возраста с опытом переживания геронтологического насилия больше среди пожилых, проживающих в Доме Престарелых (табл. 1). Значение критерия χ^2 составляет 4,242. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,05$ составляет 3,841.

Т а б л и ц а 1

Сравнительный анализ групп респондентов по показателю переживания опыта геронтологического насилия				
Место проживания	Группа респондентов	Частота	%	χ^2
Дом Престарелых	Респонденты с опытом переживания геронтологического насилия	24	42,5 %	$\chi^2=4,24$ при $p=0,05$
	Респонденты без опыта переживания геронтологического насилия	11	18,3 %	Нет различий
Домашние условия	Респонденты с опытом переживания геронтологического насилия	12	17,5 %	Нет различий
	Респонденты без опыта переживания геронтологического насилия	13	21,7 %	Нет различий

Контент-анализ ответов респондентов основной группы показал наличие опыта переживания всех видов геронтологического насилия, которые представлены разной частотой их встречаемости (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Частота встречаемых видов геронтологического насилия	
Вид геронтологического насилия	Частота встречаемости видов геронтологического насилия в ответах респондентов
Психологическое насилие	79
Экономическое насилие	40
Физическое насилие	35
Пренебрежение нуждами, отсутствии надлежащего ухода	25
Сексуальное насилие	2

Согласно полученным результатам, наиболее распространенным видом геронтологического насилия является психологическое насилие. В то же время полученные данные свидетельствуют, что респонденты могли подвергаться сразу нескольким видам геронтологического насилия. Поскольку каждый вид геронтологического насилия проявляется в различных действиях, которые пожилыми людьми воспринимаются как насильственные, важным явился анализ их частоты переживания. К наиболее распространенным действиям психологического насилия (рис. 1), которым подвергались пожилые люди, относятся: потребление в речи слов, обидных, оскорбляющих и унижающих человеческое достоинство, постоянные критические некорректные замечания по поводу внешности, высмеивание суждений, взглядов, мнений. Менее часто встречаются переживания, связанные с созданием различных препятствий для контактов с родственниками или друзьями, постоянными угрозами, нацеленными на лишение жилища или помещение в Дом Престаре-

лых или в другие социально-лечебные учреждения, отсутствием возможности пользоваться различными бытовыми приборами (рис.1).

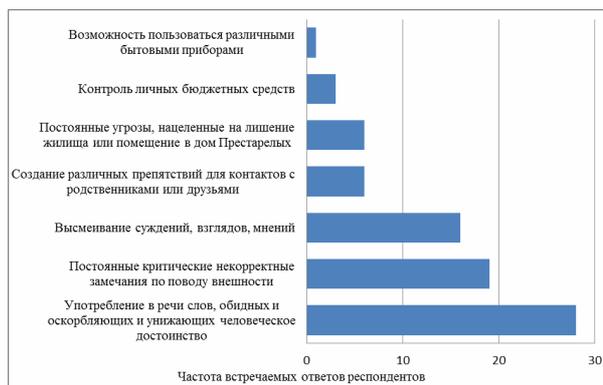


Рис. 1. Действия, связанные с психологическим насилием

Экономическое насилие большинством пожилых людей представлено как переживания вымогательства денежных сумм, пенсии, невозвращение занятых ранее денег, как со стороны родственников, так и со стороны соседей, порча личного имущества, обман при покупке продуктов (рис. 2). Менее часто они переживают вымогательство денег работниками различных сфер услуг, порчу личных построек, мошенничество. Единичные случаи приходятся на переживание продажи квартир, незаконное разделение земельного участка, подделки документов.



Рис. 2. Действия, связанные с экономическим насилием

Опыт переживания физического насилия в виде побоев отметили 15 респондентов, по 9 пожилых людей переживали физическое воздействие с целью запугивания и с целью изъятия денег или ценных предметов (рис. 3).

Несмотря на то что переживания действий сексуального насилия встречались лишь у 2 респондентов, в ходе беседы с пожилыми людьми, находящимися в Домах Престарелых, было замечено, что женщины говорили на эту тему настороженно, испытывали тревожность и страх за свою жизнь. Поэтому можно высказать предположение о том, что в действительности людей, пострадавших от геронтологического насилия, вероятно, может быть значительно больше.

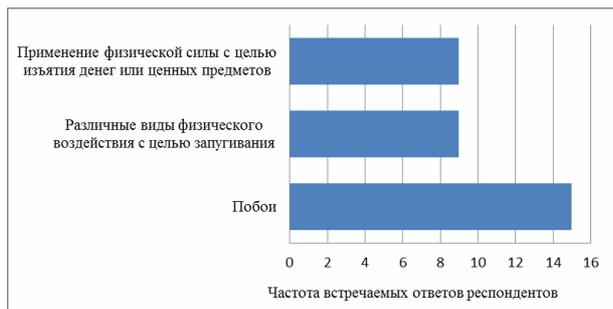


Рис. 3. Действия, связанные с физическим насилием

Переживание пренебрежительного отношения, невнимания к нуждам лиц пожилого возраста со стороны определенных лиц представлено в данной группе респондентов следующим образом.

Доминирующее большинство испытывают пренебрежительное отношение со стороны ближайших родственников, которое проявляется очень редким посещением, отказом в покупке продуктов, лекарств, невыполнение поручений, например, по оказанию помощи в смене грязной одежды, постельного белья, контролированием действий, связанных с соблюдением личной гигиены, обеспечением надлежащего питания. Некоторые опрошенные указывают на пренебрежительное отношение со стороны работников поликлиники, а именно не оказание медицинской помощи, малое время, уделенное на приеме, невозможность в госпитализации. Меньший процент респондентов отмечают работников жилищно-коммунального хозяйства (рис. 4).

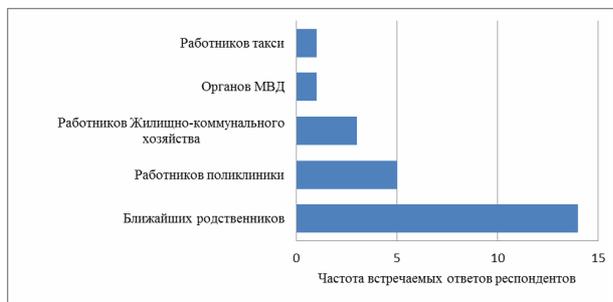


Рис. 4. Действия, характеризующиеся пренебрежительным отношением, невниманием к нуждам лиц пожилого возраста со стороны определенных лиц

Выявление «обидчиков», тех, кто совершает насилие по отношению к пожилым людям, показало, что четверть респондентов переживают насилие со стороны мужа, а также работников различных сфер обслуживания, детей (рис. 5).

Многие пожилые люди описывают обидчика как человека в возрасте 36-59 лет или 22-35 лет. Наиболее часто встречаемый образовательный статус обидчика – общее среднее (25%), с небольшим отрывом высшее образование (22%), среднее техническое/специальное образование (19%). Род профессиональных занятий обидчика связан в основном с физическим трудом (47%), в меньшей степени с умственным трудом (33%).

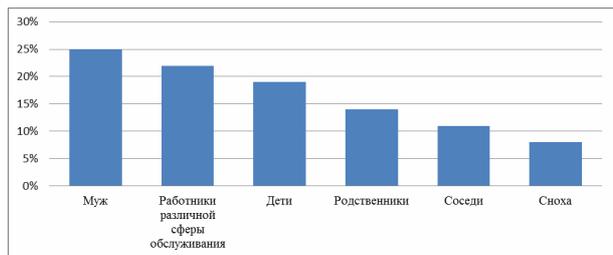


Рис. 5. Обидчики, проявляющие насилие в отношении пожилых людей

Важным для реализации цели исследования оказалось выявление факторов, способствующих проявлению геронтологического насилия, в представлениях пожилых людей. Согласно полученным данным, таким доминирующим фактором в данной группе респондентов оказался алкоголизм. То есть злоупотребление обидчиком спиртных напитков, по мнению респондентов, снижает способность контролировать свое поведение, что приводит к применению физической силы (рис. 6).

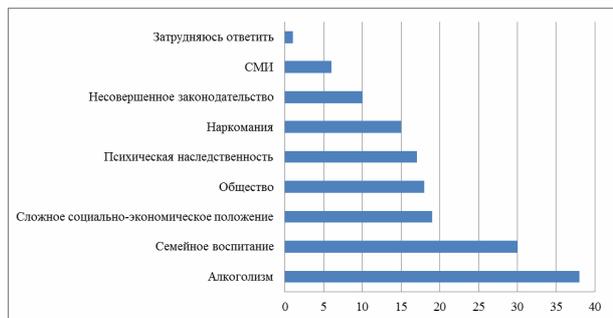


Рис. 6. Факторы, способствующие проявлению насилия, направленного на людей пожилого возраста

Каждый третий респондент в группе пожилых людей считает, что семейное воспитание способствует формированию таких качеств у человека, которые могут определять его агрессивное, пренебрежительное поведение по отношению к пожилым людям, что согласуется с литературными данными [7, 13]. Небольшой процент респондентов указывает на сложное социально-экономическое положение (обидчик испытывает материальные трудности, у него отсутствует постоянная работа). Низкий уровень культуры в обществе по отношению к лицам пожилого возраста также выступает одним из факторов, способствующих проявлению насилия. Респонденты отмечают и психическую наследственность в числе этих факторов, что подтверждает приведенные теоретические данные [1].

Для выявления связи переживания геронтологического насилия и качества жизни пожилых людей были использованы методы описательной статистики и сравнительного анализа качества жизни пожилых людей относительно физического и психологического компонентов здоровья респондентов основной и контрольной групп.

По результатам описательной статистики в основной группе средние значения шкал «физическое функционирование», «интенсивность боли», «жизнеспособность», «социальная активность», «психологическое здоровье» соответствуют средней степени удовлетворенности. Однако средние показатели по шкалам «Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Общее состояние здоровья», «Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» соответствуют умеренно низким значениям. В контрольной группе средние значения шкал «Физическое функционирование», «Интенсивность боли», «Общее состояние здоровья», «Жизнеспособность», «Социальное функционирование», «Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «Психологическое здоровье» указывают на средний уровень удовлетворенности. Лишь среднее значение шкалы «Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием» в контрольной группе соответствует умеренно низкой степени удовлетворенности.

Учитывая распределение полученных результатов, которое не является нормальным, для сравнительного анализа был использован непараметрический критерий U Манна–Уитни. Результаты статистической обработки представлены в таблице 3.

Т а б л и ц а 3

Результаты сравнительного анализа групп респондентов по фактору наличия/отсутствия насилия				
Шкала	Группа		Достоверность	
	Основная	Контрольная	U-критерий	p
Физическое функционирование	49,17	65,83		
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием	39,43	48,43	378,5	0,40
Интенсивность боли	47,57	61,70	369	0,34
Общее состояние здоровья	47,17	56,93	382	0,45
Жизнеспособность	61,13	57,83	415	0,80
Социальное функционирование	61,82	69,58	401,5	0,64
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	42,93	52,70	345	0,05*
Психологическое здоровье	58,33	59,57	359	0,27

Основная группа – респонденты с опытом переживания геронтологического насилия. Контрольная группа – респонденты без опыта переживания геронтологического насилия.

Выявлено значимое различие по шкале «Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($p=0,05$), свидетельствующее, что респонденты с переживанием опыта геронтологического насилия более ранимы и чувствительны к изменению поведения, связанного с эмоциональными состояниями. Это означает, что эмоциональное состояние у пожилых тесно связано с выполнением повседневной деятельности. Переживание беспокойства, страха, внутреннее напряжение сопровождается у них снижением объема и скорости выполнения работы, большими трудовыми затратами времени на выполнение какой-либо деятельности и т.д. По остальным показателям значимых различий не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основная исследовательская задача заключалась в выявлении особенностей опыта переживания геронтологического насилия у лиц пожилого возраста и связи переживания геронтологического насилия с качеством жизни пожилых людей с учетом их социальной ситуации развития. В качестве изучаемых характеристик опыта переживания геронтологического насилия нами рассматривались переживание определенного вида геронтологического насилия, доминирующих действий, факторов геронтологического насилия, характеристик «обидчиков».

Совокупность полученных результатов позволяет получить представление о психологическом содержании геронтологического насилия в основной группе респондентов, которое характеризуется следующими особенностями. Все виды геронтологического насилия, указанные в методике, отмечаются в жизненном опыте пожилых людей, однако частота их встречаемости различна. Большинство пожилых людей основной группы переживают психологический вид насилия, чаще всего проявляющийся в виде обидных, оскорбляющих и унижающих человеческое достоинство слов, постоянных критических некорректных замечаний по поводу внешности, высмеивания суждений, взглядов, мнений. Встречаются респонденты, переживающие действия, связанные с вымогательством денежных сумм, пенсии; невозвращение занятых ранее денег, как со стороны родственников, так и соседей. Небольшое количество пожилых людей в основной группе отмечают опыт переживания физического насилия в виде побоев. Доминирующее большинство пожилых людей с переживанием геронтологического насилия переживают пренебрежительное отношение со стороны ближайших родственников, которое проявляется очень редким посещением, отказом в покупке продуктов, лекарств, невыполнением поручений, например, по оказанию помощи в смене грязной одежды, постельного белья, контролированию действий, связанных с соблюдением личной гигиены, обеспечением ненадлежащего питания. Некоторые указывают на пренебрежительное отношение со стороны работников поликлиники, например, неказание медицинской помощи, малое время, уделяемое им на приеме врача, невозможность в госпитализации. Отдельные пожилые люди указывают на пренебрежительное отношение со стороны работников жилищно-коммунального хозяйства.

Пожилые люди чаще испытывают насилие со стороны мужа, работников сфер обслуживания, детей. Большинство пожилых людей характеризуют «обидчиков» как людей в возрасте от 36 до 59 лет, занятых физическим трудом, имеющих общее среднее образование. Наиболее распространенным фактором, способствующим проявлению насилия, по мнению многих, выступает алкоголизм. При употреблении алкоголя «обидчик» проявляет злость, гневливость, импульсивные действия, которые сопровождаются различными действиями насильст-

венного характера. Более половины респондентов отмечают семейное воспитание, указывая на излишнее опеку (гиперопеку) над своими детьми, в результате которого у них формируется беспомощность, несамостоятельность. Полученные результаты согласуются с данными других авторов (Ю.М. Антонян, Э.К. Турдубаевой, Л. Филлипс). Другие респонденты указывают сложное социально-экономическое положение, предполагая финансовые и жилищные проблемы «обидчика», жизненную неустроенность, безработицу, являющиеся возбудителями стресса, ведущего к плохому обращению с пожилым человеком. Небольшой процент респондентов указывает на проблемы современного общества, а именно: низкий уровень культуры, отсутствие толерантности к людям пожилого возраста, равнодушие и бездействие со стороны молодого поколения. Часть респондентов отмечают психическую наследственность, которая провоцирует применение насилия в отношении лиц пожилого возраста, что согласуется с психобиологическим подходом [1].

Изучение связи переживания геронтологического насилия с качеством жизни пожилых людей показало, что многие пожилые люди с опытом переживания геронтологического насилия удовлетворены своим физическим функционированием, жизненным тонусом, социальной активностью и эмоциональным состоянием на среднем уровне. В то же время другие указывают, что могут испытывать затруднения в бытовой активности по причинам, обусловленным их неблагоприятным физическим и эмоциональным состоянием, не видят перспектив лечения из-за ожидаемого ухудшения общего состояния здоровья. По сравнению с респондентами контрольной группы они оказываются менее стрессоустойчивыми, более чувствительными к изменению поведения, связанного с эмоциональными состояниями. То есть при переживании беспокойства, страха, эмоционального напряжения у них снижаются объем и скорость выполнения работы, повышаются трудозатраты времени на выполнение какой-либо деятельности и т.д. Это указывает на риски снижения качества жизни и обуславливает необходимость психологической коррекции эмоциональных состояний с целью профилактики снижения функциональных и деятельностных возможностей пожилых людей. Большинство респондентов контрольной группы – пожилые люди, не переживающие проблему геронтологического насилия, в средней степени удовлетворены всеми составляющими качества жизни (физическим и психологическим компонентами здоровья). Исключение составляет тенденция, связанная с тем, что физическое недомогание ограничивает их функционирование и выполнение различных видов деятельности.

Таким образом, для лиц пожилого возраста с переживанием геронтологического насилия эмоциональный компонент качества жизни может являться определяющим для ограничения их жизнедеятельности, в то время как для лиц пожилого возраста без

опыта переживания геронтологического насилия именно физическое неблагополучие лежит в основе их жизненных ограничений. Выявленный нами факт указывает на необходимость дифференцированного подхода к психологическому сопровождению лиц пожилого возраста в профилактике снижения качества жизни.

ВЫВОДЫ

1. Изучение психологического содержания переживания геронтологического насилия может включать в себя выявление видов (физическое, психологическое, экономическое, сексуальное, пренебрежение) геронтологического насилия, с последующей характеристикой насильственных действий; «обидчиков»; факторов, способствующих проявлению насилия; действий, характеризующих пренебрежительное отношение, невнимание к нуждам лиц пожилого возраста со стороны определенных лиц, выявления связи переживания геронтологического насилия и качества жизни пожилых людей

2. Переживание геронтологического насилия выявлено у 60 % респондентов группы пожилых людей, что свидетельствует об актуальности изучения данной проблемы.

3. Такие виды геронтологического насилия, как физическое, психологическое, экономическое, сексуальное насилие, встречаются в опыте переживания пожилых людей. При этом доминирующим является психологическое, которое проявляется в виде переживания обидных, оскорбляющих и унижающих человеческое достоинство слов, постоянных критических некорректных замечаний по поводу внешности, высмеивания суждений, взглядов, мнений.

4. Многие пожилые люди переживают геронтологическое насилие со стороны мужа, работников различных сфер обслуживания, детей. Типичными характеристиками «обидчика» являются: возраст от 36 до 59 лет, занятость физическим трудом, наличие общего среднего образования.

5. В представлениях пожилых людей факторами, способствующими проявлению насилия, выступают семейное воспитание, сложное социально-экономическое положение, общественная нестабильность, отягощенная психическими расстройствами наследственность, наркомания, алкоголизм, СМИ.

6. Риском снижения качества жизни у пожилых людей с опытом геронтологического насилия выступает эмоциональный компонент, у лиц без опыта переживания геронтологического насилия – физическое неблагополучие.

7. Закономерности психологического содержания качества жизни должны учитываться при разработке дифференцированной помощи лицам пожилого возраста, с учетом социальной ситуации развития.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование поддержано грантом РГНФ № 17-36-00014 «Геронтологическое насилие в структуре жизненного мира пожилых людей».

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВМА (протокол этического комитета Томского государственного университета № 4 от 09.11.2016).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аналитическая записка ЕЭК ООН № 14 по вопросам старения. Октябрь 2013 г. Плохое обращение с пожилыми людьми [Электронный ресурс]. URL: [Электронный ресурс]. URL: http://www.unecf.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/Russian/ECE-WG.1-19-R.pdf
2. Антонян Ю.М. Проблемы внутрисемейной агрессии [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.rusmedserv.com/psychsex4.htm>. Дата доступа: 15.08.2010
3. Бохан Т.Г. Культурно-исторический подход к стрессу и стрессоустойчивости: Автореф. дис. ... д.п.н. Томск, 2008: 49.
4. Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Мазурова Л.В. Психология зависимости и созависимости у женщин из аддиктивных семей. Томск, 2011: 121.
5. Ваганов П.А. Человек. Риск. Безопасность. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2002: 46.
6. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Издательство Московского университета, 1984: 200.
7. Горфан Я.Ю. К проблеме виктимизации пожилых людей: обзор зарубежных исследований. *Научный психологический журнал*. 2013; 1: 14–18.
8. Доклад Генерального секретаря ООН. Ущемление интересов пожилых людей: выявление практики ущемления интересов пожилых людей и борьба с ней в глобальном контексте [Электронный ресурс]. *Всемирный экологический вестник*. 2002; 4. Электронная версия печатной публикации URL: http://worldinfo.org/wrcontent/uploads/library/wer/russian/ru2002_Spring_Summer_XIII_No4.pdf (дата обращения: 14.02.2015).
9. Захарова Ж.А. Насилие в семье: виды, причины, профилактика. Кострома: ГКУ ОСРЦН «Добрый дом», 2012.
10. Иващенко А.В. Социально-правовые проблемы борьбы с насилием. Межвузовский сборник научных трудов. Омск: Изд-во Омского юрид. ин-та МВД России, 1996: 145.
11. Илибегова Л.В. Насилие в отношении пожилых людей: краткий обзор результатов исследования семейного насилия в отношении пожилых людей в Кыргызстане [Электронный ресурс]. URL: <http://www.helpage.org/silo/files/r17ru-elder-abuse-in-kyrgyzstan-summary-of-the-elder-abuse-survey-.pdf>
12. Кабанов П.А. Жертвы российской преступности: геронтологический аспект (криминологический анализ виктимологической статистики). *Виктимология*. 2016; 1 (7): 9–17.
13. Ключко В.Е., Галажинский Э.В. Психология инновационного поведения. Томск: ТГУ, 2009: 240.
14. Ключко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности. Томск: Томский государственный университет, 2005: 174.
15. Мазурова Л.В., Стоянова И.Я., Бохан Н.А. Особенности адаптивно-защитного стиля у женщин с семейной созависимостью и алкогольной зависимостью. *Сибирский психологический журнал*. 2009; 31: 33–36.
16. Малкина-Пых И. Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. М.: ЭКСМО, 2010: 340.
17. Мельниченко С.А. Предотвращение жестокости по отношению к женщинам и детям. *Семья в России*. 1995; 2: 5–9.
18. Некрасова Е.В. Пространственно-временная организация жизненного мира человека: Автореф. дис. ... д.п.н. Барнаул, 2005: 47.
19. Пучков В.И. Концептуальные основания превенции геронтологического насилия в современном российском обществе: Автореф. дис. ... д.с.н. Самара, 2009: 396.
20. Ривман Д.В. Криминальная виктимология. СПб.: Питер, 2002: 304.
21. Саралиева З.Х. Социальная субъектность пожилых людей: проблемы и тенденции. Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2000: 19–25.
22. Стоянова И.Я., Семке В.Я. Психологические особенности пациенток с невротическими расстройствами и созависимостью. Психологические проблемы созависимости: Сб. тезисов международной конференции. СПб., 2011.
23. Турдубаева Э.К. Насилие над пожилыми людьми в обществе и в семье: решение проблем. *Социология семьи*. 2007; 4: 5–15.
24. Федунина Н.Ю., Бурмистрова Е.В. Психическая травма. К истории вопроса. *Журнал практической психологии и психоанализа*. 2015; 1: 4–9.
25. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учебное пособие. М., 2007: 59.
26. Цыбульская Е.В., Аксенов М.М., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Костин А.К., Рудницкий В.А., Стоянова И.Я. Терапия пожилых пациентов пограничного спектра с учетом оценки когнитивно-поведенческих нарушений: Медицинская технология. Томск: «Иван Федоров», 2017: 44.
27. Bristowe E., Collins J.B. Family mediated abuse of noninstitutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1989; 1: 45–54.
28. Lachs M.S., Williams C.S., O'Brien S., Pillemer K.A., Charlson M.E. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*. 1998; 280: 428–432.
29. Phillips L.R. Abuse and Neglect of the Frail Elderly at Home: An Explanation of Theoretical Relationships. *Journal of Advanced Nursing*. 1983; 8: 379–392.
30. Phillips L.R. Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Advanced Nursing*. 1983; 8: 379–382.
31. Pillemer K.A., Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1989; 1: 65–74.

Поступила в редакцию 19.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Бохан Татьяна Геннадьевна, д.п.н., проф., заведующая кафедрой психотерапии и психологического консультирования факультета психологии.

Боженкова Ксения Алексеевна, аспирант кафедры психотерапии и психологического консультирования факультета психологии.

✉ Боженкова Ксения Алексеевна, e-mail: bozhenkova.k@mail.ru

УДК 159.9:364.632:613.98

For citation: Bokhan T.G., Bozhenkova K.A. Factors of experiencing gerontological violence. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 95–104.

Factors of experiencing gerontological violence

Bokhan T.G., Bozhenkova K.A.

National Research Tomsk State University

Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Paper considers psychological aspects of gerontological violence in the form of ideas of older persons about its causes. Typologies of probable factors of gerontological violence, which were developed in the logic of progression of scientific cognition, are considered. Results of the empirical study of specifics of experiencing gerontological violence are presented: predominant form of gerontological violence, characteristics of actions associated with a certain type of violence, socio-psychological characteristics of the “offender”, socio-psychological factors that contribute to the use of gerontological violence from the viewpoint of older persons, the quality of life in older persons experiencing gerontological violence and without such experience. Features of experiencing gerontological violence in older persons living in social institutions and at home are shown.

Keywords: gerontological violence, older persons, quality of life, psychological health component, mental health component.

Study has been supported by RHSF grant no. 17-36-00014 “Gerontological violence in the structure of the life of the elderly”.

REFERENCES

- Analiticheskaya zapiska EEK OON № 14 po voprosam stareniya. Oktyabr' 2013 g. Plokhoe obrashchenie s pozhilymi lyud'mi [UN-ECE Policy Brief on Ageing No. 14. October, 2013. Abuse of older persons]. URL: https://www.unecf.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/Russian/ECE-WG.1-19-R.pdf (in Russian).
- Antonyan Yu.M., Gorshkov I.V., Zulkarneev R.M. Problemy vnutrisemeynoy agressii [Problems of intrafamilial aggression]. <http://www.rusmedserv.com/psychsex/monogr4.htm> Data of access: 10.06.2017 (in Russian).
- Bokhan T.G. Kul'turno-istoricheskiy podkhod k stressu i stressoustoychivosti [Cultural-historical approach to stress and stress resistance]. Avtoref. dis. ... d.p.n. – Abstract of PsyD thesis. Tomsk, 2008: 49 (in Russian).
- Bokhan N.A., Stoyanova I.Ya., Mazurova L.V. Psikhologiya zavisimosti i sozavisimosti u zhenshchin iz additivnykh semey [Psychology of dependence and codependence in women from addictive families]. Tomsk, 2011: 121 (in Russian).
- Vaganov P.A. Chelovek. Risk. Bezopasnost' [Man. Risk. Security]. SPb: Publishing House of Saint-Petersburg University, 2002: 46 (in Russian).
- Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezivaniya [Psychology of experiencing]. M.: Publishing House of Moscow University, 1984: 200 (in Russian).
- Gofran Ya.Yu. K probleme viktimizatsii pozhilykh lyudey: obzor zarubezhnykh issledovaniy [To the problem of victimization of elderly persons: review of foreign studies]. Nauchnyy psikhologicheskii zhurnal – Scientific Psychological Journal. 2013; 1: 14–18 [in Russian].
- Doklad General'nogo sekretarya OON. Ushchemlenie interesov pozhilykh lyudey: vyavlenie praktiki ushchemleniya interesov pozhilykh lyudey i bor'ba s ney v global'nom kontekste [Report of UN Secretary General. Infringement of interests of elderly persons; detection of practice of infringement of interests of elderly persons and struggle with it in global context]. Vsemirnyy ekologicheskii vestnik – World Ecological Bulletin. 2002; 4. URL: http://worldinfo.org/wpcontent/uploads/library/wer/russian/ru2002_Spring_Summer_XIII_No4.pdf (date of access: 14.02.2015).
- Zakharova Zh.A. Nasilie v sem'e: vidy, prichiny, profilaktika [Violence in family: kinds, causes, prevention]. Kostroma: GKU OSRTsN “Dobryy dom”, 2012 (in Russian).
- Ivashchenko A.V. Sotsial'no-pravovyye problemy bor'by s nasiliem. Mezhdvuzovskiy sbornik nauchnykh trudov [Social-legal problems of struggle with violence. Interuniversity collection of scientific papers]. Omsk: Publishing House of Omsk Juridical Institute of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation, 1996: 145 (in Russian).
- Ilibezova L.V. Nasilie v otnoshenii pozhilykh lyudey: Kratkiy obzor rezul'tatov issledovaniya semeynogo nasiliya v otnoshenii pozhilykh lyudey v Kyrgyzstane [Violence towards elderly persons: Brief review of results of study of familial violence towards elderly persons in Kyrgyzstan]. URL: <http://www.helpage.org/silo/files/r17ru-elder-abuse-in-kyrgyzstan-summary-of-the-elder-abuse-survey.pdf> (in Russian).
- Kabanov P.A. Zhertvy rossiyskoy prestupnosti: gerontologicheskii aspekt (kriminologicheskii analiz viktimologicheskoy statistiki) [Victims of Russian crime: gerontological aspect (criminological analysis of victimological statistics for 2014-2015 years)]. Viktimologiya - Victimology. 2016; 1 (7): 9–17 (in Russian).
- Klochko V.E., Galazhinsky E.V. Psikhologiya innovatsionogo povedeniya [Psychology of innovative behavior]. Tomsk: Tomsk State University, 2009: 240 (in Russian).
- Klochko V.E. Samoorganizatsiya v psikhologicheskikh sistemakh: problemy stanovleniya mental'nogo prostranstva lichnosti [Self-organization in psychological systems: problems of formation of mental domain of the personality]. Tomsk: Tomsk State University, 2005: 174 (in Russian).
- Mazurova L.V., Stoyanova I.Ya., Bokhan N.A. Osobennosti adaptivno-zashchitnogo stilya u zhenshchin s semeynoy sozavisimost'yu i alkogol'noy zavisimost'yu [Peculiarities of adaptive-defensive style in patients with family co-dependence and alcohol dependence]. Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal – Siberian Psychological Journal. 2009; 31: 33–36 (in Russian).
- Malkina-Pykh I.G. Viktimologiya. Psikhologiya povedeniya zhertvy [Victimology. Psychology of behavior of a victim]. M.: EKSMO, 2010: 340 (in Russian).
- Mel'nichenko S.A. Predotvrashchenie zhestokosti po otnosheniyu k zhenshchinam i detyam [Prevention of cruelty towards women and children]. Sem'ya v Rossii - Family in Russia. 1995; 2: 5–9 (in Russian).
- Nekrasova E.V. Prostranstvenno-vremennaya organizatsiya zhiznennogo mira cheloveka [Spatial-temporary organization of human life world]. Avtoref. dis. ... d.p.n. – Abstract of PsyD thesis. Barnaul, 2005: 47 (in Russian).
- Puchkov V.I. Kontseptual'nye osnovaniya preventsii gerontologicheskogo nasiliya v sovremennom rossiyskom obshchestve [Conceptual bases of prevention of gerontological violence in the modern Russian society]. Avtoref. dis. ... d.s.n. - Abstract of thesis of Doctor of Sociology. Samara, 2009: 396 (in Russian).
- Rivman D.V. Kriminal'naya viktimologiya [Criminal victimology]. SPb.: Piter, 2002: 304 (in Russian).
- Saraliev Z.Kh. Sotsial'naya sub'ektivnost' pozhilykh lyudey: problemy i tendentsii [Social subjectivity of elderly persons: problems and trends]. Nizhny Novgorod: Publishing House NISOTS, 2000: 19–25 (in Russian).
- Stoyanova I.Ya., Semke V.Ya. Psikhologicheskie osobennosti patientsok s nevroticheskimi rasstroystvami i sozavisimost'yu. Psikhologicheskie problemy sozavisimosti: Sb. tezisov mezhdunarodnoy konferentsii [Psychological traits of female patients with neurotic disorders and codependence. Psychological problems of codependence: Book of abstracts of the International Conference]. SPb., 2011 (in Russian).
- Turdubaeva E.K. Nasilie nad pozhilymi lyud'mi v obshchestve i v sem'e: reshenie problem [Violence towards elderly persons in society and family: problem resolution]. Sotsiologiya sem'i - Sociology of family. 2007; 4: 5–15 (in Russian).
- Fedunina N.Yu., Burmistrova E.V. Psikhicheskaya travma. K istorii voprosa [Mental trauma, To the history of problem]. Zhurnal prakticheskoy psikhologii i psikhoanaliza – Journal of Practical Psychology and Psychoanalysis. 2015; 1: 4–9 (in Russian).
- Kholostova E.I. Sotsial'naya rabota s pozhilymi lyud'mi: Uchebnoe posobie [Social work with elderly persons: Tutorial]. M., 2007: 59 (in Russian).
- Tsybul'skaya E.V., Axenov M.M., Epanchintseva E.M., Ivanova A.A., Kostin A.K., Rudnitsky V.A., Stoyanova I.Ya. Terapiya pozhilykh patientsov pogranichnogo spektra s ucheto otlenki kognitivno-povedencheskikh narusheniy: Meditsinskaya tekhnologiya [Therapy of elderly patients of borderline spectrum with account for assessment of cognitive-behavioral disturbances: Medical technology]. Tomsk: “Ivan Fedorov”, 2017: 44 (in Russian).

27. Bristowe E., Collins J.B. Family mediated abuse of noninstitutionalised elder men and women living in British Columbia. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1989; 1: 45–54.
28. Lachs M.S., Williams C.S., O'Brien S., Pillemer K.A., Charlson M.E. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*. 1998; 280: 428–432.
29. Phillips L.R. Abuse and Neglect of the Frail Elderly at Home: An Explanation of Theoretical Relationships. *Journal of Advanced Nursing*. 1983; 8: 379–392.
30. Phillips L.R. Abuse and neglect of the frail elderly at home: an exploration of theoretical relationships. *Advanced Nursing*. 1983; 8: 379–382.
31. Pillemer K.A., Prescott D. Psychological effects of elder abuse: a research note. *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 1989; 1: 65–74.

Received April 19.2017

Accepted May 02.2017

Bokhan Tatiana G., PsyD, Professor, Head of Department of Psychotherapy and Psychological Counseling of the Faculty of Psychology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation.

Bozhenkova Ksenia A., postgraduate student of Department of Psychotherapy and Psychological Counseling of the Faculty of Psychology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Bozhenkova Ksenia A., e-mail: bozhenkova.k@mail.ru

УДК 159.9.072:616.89-008.441.3:616-053.71

Для цитирования: Фролова Ю.И. Особенности субъектности и психологического благополучия подростков, употребляющих психоактивные вещества. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 105–110.

Особенности субъектности и психологического благополучия подростков, употребляющих психоактивные вещества

Фролова Ю.И.

*Алтайский государственный университет
Россия, 656049, Барнаул, ул. Ленина, 61*

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты эмпирического исследования психологического благополучия и его взаимосвязь с субъектностью у школьников 12–18 лет, не состоящих на учете у врача-нарколога, и у школьников, находящихся на стационарном лечении в наркологическом диспансере в связи с употреблением психоактивных веществ. Рассмотрены результаты сравнительного и корреляционного анализов данных. Исследование проводилось с помощью методики «Субъектность» М.В. Исакова и «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко [2005].

Ключевые слова: субъектность, психологическое благополучие, школьники, подростки, ответственность, свобода, рефлексия, контроль, психоактивные вещества, наркология.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема субъектности личности в психологии рассматривалась при решении многочисленных задач в контексте разных направлений исследовательской и практической работы. Идея субъектности получила развитие в зарубежной (А. Адлер, А. Маслоу, К. Роджерс, Э. Фромм и др.) и отечественной (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, К.А. Абульханова-Славская, Г.Г. Кравцов, Б.Г. Ананьев, А.В. Петровский, В.А. Петровский и др.) литературе. Изучены отдельные теоретико-методологические аспекты и механизмы развития субъектного потенциала личности (А.В. Брушлинский, Е.И. Исаев, Е.А. Сергиенко и др.), становление подростка как субъекта учебной деятельности (Л.И. Божович, В.И. Слободчиков, А.А. Горбунов, В.Т. Кудрявцев и др.) [1, 3, 4]. Становление субъектности определяет развитие личности, по мере того как подросток в учебной и других видах деятельности овладевает компонентами субъектности.

Мы рассматриваем субъектность с точки зрения культурно-исторического подхода, в русле которого проблема субъектности ставилась Л.С. Выготским в контексте проблемы развития личности, сознательного овладения человеком собственным поведением через интериоризацию культурных знаков. В частности Л.С. Выготский говорил о личности, как о «социальном в нас», как о самосознании, возникающем в процессе культурного развития. Личность создается совместно с высшими психическими функциями и охватывает единство поведения, которое отличается признаком овладения [16]. Таким образом, Л.С. Выготский придавал особое значение в становлении субъектности опосредствованию деятельности идеальными формами культуры и отмечал, что там, где человек чувствует себя источником поведения и деятельности, он поступает лично.

Развивая идеи Л.С. Выготского, Г.Г. Кравцов считает, что субъектность относится к внутренним измерениям личностного пространства. По его мнению, субъектность опосредует самоосуществление личности, что позволяет ей быть субъектом конкретной деятельности, субъектом определенных отношений, субъектом направленного волеизъявления; возможности сознательного установления «границ» компетентности и ответственности для определенной активности в сфере интересов, в которой человек утверждает себя как субъект [12].

Основываясь на результатах исследований М.В. Исакова, мы понимаем субъектность как устойчивую интегральную личностную характеристику, состоящую из 5 ключевых взаимосвязанных компонентов: ответственность, свобода (личная автономия), общая рефлексия, рефлексия выбора, контроль. М.В. Исаков в своем исследовании изучал связь субъектности с психологическим благополучием студентов вузов [10, 11].

Психологическое благополучие личности оказалось в поле зрения исследователей с 60-х годов XX века. Первая работа по данному вопросу была опубликована в 1968 г. Н. Брэдбурном. До настоящего времени нет общепризнанного понятия «психологическое благополучие». Среди зарубежных и отечественных психологов существует два основных подхода к его интерпретации – гедонистический (Н. Брэдбурн, Э. Динер, М. Аргайл и др.) и эвдемонический (А. Маслоу, Г. Оллпорт, К. Роджерс, К. Рифф и др.). В эвдемоническом подходе психологическое благополучие рассматривается как «полнота самореализации человека в конкретных жизненных условиях и обстоятельствах, как нахождение «творческого синтеза» между соответствием запросам социального окружения и развитием собственной индивидуальности» [14]. Личность, развивая себя, преобразует мир вокруг и так достигает гармонии.

Наиболее популярной в зарубежной психологии признана модель психологического благополучия К. Рифф. Данная многомерная модель включает в себя 6 основных компонентов психологического благополучия: самопринятие, положительные отношения с окружающими, автономия, наличие цели в жизни, личностный рост и управление окружением. На основе данной модели К. Рифф разработала опросник «Шкалы психологического благополучия» для измерения выраженности основных составляющих психологического благополучия. Данный опросник измеряет психологическое благополучие актуальное, в отличие от потенциального благополучия. Адаптированный русскоязычный вариант данного опросника в 2005 г. разработали Т.Д. Шевеленкова и П.П. Фесенко [16].

В отечественной психологии изучению психологического благополучия школьников посвящены исследования А.В. Ворониной, М.В. Григорьевой, Г.В. Литвиновой и др. [7, 8]. В исследовании О.А. Елисеевой представлено влияние уровня психологической безопасности образовательной среды на субъективное благополучие школьников [9].

В литературе существуют отдельные работы, посвященные проблемам субъектности у лиц с аддиктивным поведением. К.С. Лисецкий рассматривает субъектность как психологическую основу профилактики наркозависимости личности [13]. Sara Jayne Long et al. в 2015–2016 гг. проводили исследование в Великобритании с целью изучения связи жизни в приемных семьях с потреблением психоактивных веществ и субъективным благополучием у подростков-учащихся средних школ (от 11 до 16 лет) [18]. Имеются исследования по изучению личностного потенциала у молодых людей с проявлениями синдрома алкогольной зависимости (Бохан Т.Г. и др., 2013) [6], о роли копинга как фактора аутодеструктивных проявлений при формировании аддиктивных расстройств у студентов (Бохан Н.А., Воеводин И.В., 2016) [5]. В то же время работ, посвященных взаимосвязи субъектности и психологического благополучия подростков с аддиктивным поведением, нами не обнаружено.

Цель исследования: изучение субъектности и анализ её взаимосвязи с психологическим благополучием у подростков, употребляющих психоактивные вещества.

При этом следует заметить, что в русле культурно-исторической трактовки субъектности данная проблема в психологии рассматривается впервые.

Предметом исследования являются особенности субъектности подростков, употребляющих психоактивные вещества.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Эмпирическая база и выборка. Исследование проводилось на базе круглосуточного отделения для лечения детей и подростков КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» и в двух общеобразовательных школах г. Барнаула.

Выборку исследования составляют 162 школьника: 81 пациент наркологического диспансера (из них 41 мальчик и 40 девочек в возрасте от 12 до 18 лет); 81 школьник – учащиеся 7–11-х классов общеобразовательных школ г. Барнаула, не состоящих на учете у врача-нарколога (37 мальчиков и 44 девочки в возрасте от 12 до 18 лет).

Метод исследования – тестирование с помощью опросника «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф (версия Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко) и с применением методики «Субъектность» М.В. Исакова. Данный опросник позволяет диагностировать следующие параметры или показатели субъектности: ответственность, свобода, общая рефлексия, рефлексия выбора, контроль и общий показатель субъектности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ среднegrupповых значений исследуемых параметров выявил достоверные различия между группами респондентов по такой шкале субъектности, как «Свобода». По шкалам «Управление средой», «Личностный рост», «Цели в жизни», «Баланс аффекта» и «Осмысленность жизни» значимых различий между группами респондентов не выявлено. Среднegrupповые значения, полученные как в группе пациентов, так и в группе школьников, соответствуют среднему уровню этих шкал.

Выраженность такого компонента субъектности, как свобода (личностная автономия) и рефлексия выбора, у школьников-пациентов наркологического диспансера ($M=57,77$) оказалась достоверно ниже ($t=-2,31$; $p\leq 0,02$), чем у обычных школьников ($M=61,38$). Пациенты диспансера испытывают трудности в планировании и организации самостоятельной деятельности, поддаются эмоциональному заражению, влиянию, при принятии решений ориентируются на мнения других людей или внешние факторы. Подростки, не состоящие на учете у врача-нарколога, чувствуют себя более свободными, независимыми, чем пациенты диспансера.

Данные результаты согласуются с результатами исследования Н.Н. Поскребышевой и О.А. Карабановой [15]. Авторы выделяют 4 взаимообуславливающих компонента в комплексной структуре личностной автономии: эмоциональный, когнитивный, поведенческий, ценностный. Поведенческий и когнитивный компоненты образуют «операционально-технический блок» обеспечения самостоятельности; эмоциональный и ценностный – «аффективно-смысловой» блок, отвечающий за эмоциональную саморегуляцию и её связь с осмысленностью и наличием жизненных перспектив, ценностей. «Автономия в области когнитивных компонентов, предположительно, служит развивающей для поведенческой автономии. Поведенческая автономия позволяет когнитивной автономии проявиться. Ценностная автономия является главным «центром устремления» подростка: на основании собственных ценностей, выработки мнений, убеждений, свободы выбора происходит становление автономии».

Анализ психологического благополучия выявил достоверные различия между сравниваемыми группами по таким шкалам как «Самопринятие» и «Человек как открытая система».

Результаты учащихся – пациентов наркологического диспансера оказались достоверно меньше значений школьников, не состоящих на учете у врача-нарколога, по шкале «Самопринятие» ($t=-3,565$; $p=0,0004$). Среднее значение пациентов диспансера ($M=50,35$) соответствует низкому уровню развития самопринятия. Для подростков, употребляющих ПАВ, характерны недовольство собой и своим прошлым, беспокойство по поводу некоторых личных качеств и особенностей, желание быть кем-то другим, но не собой.

В группе пациентов значения по шкале «Самопринятие» положительно связаны с общим показателем субъектности ($r=0,529$, $p=0,01$). Это говорит о том, что чем выше самопринятие у подростка, тем выше его субъектность. Субъектность в культурно-историческом подходе – это определенный уровень овладения человеком культурными средствами, создающими особые формы поведения и видоизменяющими деятельность психических функций. Чем больше таких средств у субъекта, чем лучше он ими пользуется, тем выше его субъектность. Т.е. чем лучше школьник овладел культурными средствами, чем увереннее делает самостоятельный осознанный выбор в разных жизненных ситуациях, чем в большей степени ощущает себя автором своей жизни, тем лучше он относится к себе. И наоборот, чем меньше подросток, употребляющий психоактивные вещества, проявляет активность в ситуации выбора, не несет ответственности за его последствия, чем меньше он является субъектом деятельности, субъектом определенных отношений, субъектом направленного волеизъявления, возможности сознательно установления «границ» компетентности в сфере своих интересов, тем больше он чувствует себя несчастным, недовольным собой и своей жизнью.

Среднее значение школьников ($M=55,85$) соответствует среднему уровню развития самопринятия. Школьники, не злоупотребляющие ПАВ, имеют более позитивное самоотношение, знают свои достоинства и недостатки, принимают их, положительно относятся к своему прошлому. В группе школьников самопринятие имеет больше положительных связей с компонентами субъектности, чем в группе пациентов наркодиспансера. Самопринятие связано с ответственностью ($r=0,579$, $p=0,01$), свободой ($r=0,620$, $p=0,01$) и общим показателем субъектности ($r=0,622$, $p=0,01$). Чем выше развита у школьников субъектность, чем они более ответственны в своей деятельности, чем больше они осуществляют активности, направленной на планирование и реализацию собственных планов, определяющих ход их жизни, тем выше у них оценка позитивного отношения к себе, тем выше степень признания и принятия своего личного многообразия, включая и хорошие, и плохие качества.

Полученные результаты у пациентов наркологического диспансера оказались также достоверно меньше значений школьников, не состоящих на учете у врача-нарколога по шкале «Человек как открытая система» ($t=-1,96$; $p=0,05$). Среднее значение пациентов диспансера ($M=59,32$) соответствует низкому уровню развития, что означает неспособность достаточно интегрировать отдельные аспекты своего жизненного опыта. Формируется фрагментарное, недостаточно реалистичное восприятие различных аспектов жизни.

Среднее значение школьников ($M=61,74$) соответствует среднему уровню развития данного компонента свидетельствующего об открытости новому опыту, способности усваивать новую информацию, формировании целостного, реалистичного взгляда на жизнь, непосредственности и естественности переживаний.

Как в группе пациентов, так и в группе школьников, не состоящих на учете, не было выявлено значимых связей шкалы «Человек как открытая система» с компонентами субъектности.

По таким шкалам психологического благополучия, как «Позитивные отношения с другими», «Автономия», «Управление средой», «Личностный рост», «Цели в жизни», «Баланс аффекта», «Осмысленность жизни», а также по общему индексу психологического благополучия достоверных различий не обнаружено. Значения по этим шкалам в обеих группах соответствуют среднему уровню.

Только в группе школьников-пациентов шкала «Позитивные отношения с другими» положительно связана со свободой ($r=0,505$, $p=0,01$) и общим показателем субъектности ($r=0,520$, $p=0,01$). Чем позитивнее пациенты оценивают свои отношения с референтной группой, тем сильнее у них развито представление, что они сами могут определять ход своей жизни, реализовывать наиболее интересные и ценные для них виды активности. У пациентов наркодиспансера уже есть негативный опыт употребления ПАВ, равного нарушению закона в этом возрасте. Выбор нарушения действующих норм – это то же свобода выбора, который подростки могут делать из-за желания быть принятыми членами асоциальной группы. На индивидуальных консультациях с пациентами наркологического отделения у подростков было выявлено желание «псевдосвободы», т.е. желание строить свою жизнь на основании собственных критериев, по своим правилам, сочетающееся с переоценкой своих возможностей.

В то же время только в группе школьников, не состоящих на наркологическом учете, выявлены значимые связи шкалы «Автономия» с компонентами субъектности: ответственность ($r=0,590$, $p=0,01$), свобода ($r=0,523$, $p=0,01$), контроль ($r=0,508$, $p=0,01$), общий показатель субъектности ($r=0,634$, $p=0,01$). Чем более сформирована субъектность у подростков, чем более способны они брать на себя ответственность, принимать самостоятельные решения, противостоять социальному давлению, тем бо-

лее независимыми, самостоятельными, уверенными они себя чувствуют. Наличие корреляционных связей говорит о более сложной структуре личности у подростков, не состоящих у врача-нарколога, о процессе интериоризации компонентов субъектности.

Шкала «Управление средой» в обеих группах значимо связана с компонентами субъектности, а в группе пациентов положительно связана с ответственностью ($r=0,665$, $p=0,01$) и общим показателем субъектности ($r=0,683$, $p=0,01$). Чем выше у подростков, употребляющих ПАВ, чувство уверенности и компетентности в управлении повседневными делами, тем выше у них готовность к осуществлению активности, направленной на планирование и реализацию собственных планов, тем выраженнее устойчивость по отношению к препятствиям, возникающим в процессе осуществления намеченных планов.

В группе школьников шкала «Управление средой» положительно связана с ключевыми компонентами субъектности: ответственность ($r=0,695$, $p=0,01$), свобода ($r=0,631$, $p=0,01$), контроль ($r=0,584$, $p=0,01$), общий показатель субъектности ($r=0,716$, $p=0,01$). Чем сильнее у подростков развито чувство уверенности и компетентности в управлении повседневными делами, тем более ответственно они подходят к выполнению деятельности по реализации собственных планов, тем выраженнее у них устойчивость по отношению к препятствиям, возникающим в процессе осуществления намеченных планов, тем сильнее уверенность в том, что они могут контролировать свою жизнь.

П.Я. Гальперин отмечал, что «личностью может считаться лишь общественно ответственный субъект, т.е. в качестве критерия зрелости выделяется ответственность личности за свои поступки. В связи с этим особенно важно, что в процессе жизненного пути развитие ответственности формируется в направлении от «объективной ответственности» к «субъективной ответственности» [2].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты корреляционного анализа выявили значимые взаимосвязи между составляющими психологического благополучия и компонентами субъектности у подростков, что позволяет сделать вывод о том, что чем лучше у них сформирована субъектность, тем выше уровень психологического благополучия. В группе пациентов субъектность имеет меньше корреляционных связей с компонентами психологического благополучия, чем в группе школьников, не состоящих на учете у врача-нарколога. Это может быть связано с тем, что у подростков, не употребляющих ПАВ, субъектность встраивается в структуру личности, у них более выражен процесс интериоризации субъектности, чем у пациентов, у которых этот процесс замедлен. У школьников в зоне актуального развития больше компонентов субъектности, в то время как у пациентов диспансера часть компонентов субъектности (особенно личностная автономия и рефлексия выбора) находится в зоне ближайшего развития. Из анамнеза школьников-пациентов известно,

что траектория их развития в более ранние периоды была искажена, т.е. не были сформированы в нужной степени предпосылки для развития субъектности в подростковом возрасте. Учебная деятельность пациентов на более раннем этапе сопровождалась прогулами школьных занятий, невыполнением домашних заданий и, как следствие, снижением успеваемости. В подростковом возрасте значимость интимно-личностного общения со сверстниками повысилась, но у многих обследованных пациентов оно опосредовано совместным приемом ПАВ, т.е. происходит формирование патологического развития личности.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВМА (Приказ Алтайского государственного университета № 1854/п от 14.11.2014).

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К.А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности. Психология формирования и развития личности / Ред. Л.И. Анцыферова. М.: Наука, 1981: 19–44.
2. Асмолов А. Психология личности. Культурно-историческое понимание развития человека. М.: Смысл: Издательский центр «Академия», 2007: 528.
3. Башев В.В. Психологические условия формирования ответственного действия в подростковом возрасте: Авторефер. дис. ... к.п.н. М., 2000: 158.
4. Божович Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе. *Вопросы психологии*. 1978; 4: 23–34.
5. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Аутодеструктивность в формировании аддиктивных и невротических расстройств. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2016; 1: 59–65.
6. Бохан Т.Г., Кузнецов В.Н., Берлизова Т.Б., Галажинская О.Н., Немцев А.В. Дефициты личностного потенциала у сельской молодежи с проявлениями синдрома алкогольной зависимости. *Сибирский психологический журнал*. 2013; 50: 52–62.
7. Воронина А.В. Оценка психологического благополучия школьников в системе профилактической и коррекционной работы психологической службы: Автореф. дис. ... к.п.н. Иркутск, 2002: 28.
8. Григорьева М.В. Субъективное благополучие личности как результат школьной адаптации в разных условиях обучения. *Психологическая наука и образование*. 2009; 2: 41–45.
9. Елисеева О.А. Субъективное благополучие подростков и психологическая безопасность образовательной среды. *Психологическая наука и образование*. Электронный журнал. 2011; 3. [Режим доступа]: http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2011_3_2499.pdf
10. Исаков М.В. Субъектность как высшая психическая функция. *Современные гуманитарные исследования*. 2007; 6 (19): 10–12.
11. Исаков М.В. Субъектность как основа становления профессионализма у студентов вузов. Структура и показатели субъектности. *Современные гуманитарные исследования*. 2007; 6: 237–242.
12. Кравцов Г.Г. Психологические проблемы личностно-ориентированного обучения: учебное пособие. М., 2001: 76.
13. Лисецкий К.С. Субъектность как психологическое основание профилактики наркозависимости личности. *Вестник Самарского государственного университета*. 2008; 1 (60): 320–329.
14. Литвинова Г.В. Особенности психологического благополучия подростков (региональный аспект). Личность, семья и общество:

- вопросы педагогики и психологии: Сб. статей по материалам IX междунар. научно-практ. конф. Часть III. Новосибирск: СибАК, 2011. [Режим доступа]: <https://sibac.info/conf/pedagog/ix/37386>
15. Поскребышева Н.Н., Карабанова О. А. Исследование личностной автономии подростка в контексте социальной ситуации развития. *Национальный психологический журнал*. 2014; 4 (16). [Режим доступа]: <http://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-lichnostnoy-avtonomii-podrostka-v-kontekste-sotsialnoy-situatsii-razvitiya>
 16. Словарь Л.С. Выготского / Под ред. А.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2004: 119.
 17. Фесенко П.П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности: Автореф. дис. ... к.п.н. М., 2005: 35.
 18. Long S.J., Evans R.E., Fletcher A. et al. Comparison of substance use, subjective well-being and interpersonal relationships among young people in foster care and private households: a cross sectional analysis of the School Health Research Network survey in Wales. *BMJ Open*. 2017; 7: e014198. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014198 Электронный ресурс: <http://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e014198.info>

Поступила в редакцию 24.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Фролова Юлия Игоревна, аспирант кафедры общей и прикладной психологии факультета психологии и педагогики.

✉ Фролова Юлия Игоревна, e-mail: frolova-julija@yandex.ru

УДК 159.9.072:616.89-008.441.3:616-053.71

For citation: Frolova Yu.I. Special aspects of subjectness and psychological well-being among adolescents using psychoactive substances. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 104–109.

Special aspects of subjectness and psychological well-being among adolescents using psychoactive substances

Frolova Yu.I.

*Altay State University,
Lenin Street 61, 656049, Barnaul, Altay Krai, Russian Federation*

ABSTRACT

The paper presents results of research on special features of psychological well-being and its interrelationship with subjectness among schoolchildren. The results of comparative analysis of schoolchildren receiving treatment at narcological dispensary are considered. Research has been carried out using Subjectness Test by M.V. Isakov and Scale of Psychological Well-Being by Carol Ryff (adjusted by T.D. Shevelenkov, P.P. Fesenko [2005]).

Keywords: subjectness, psychological well-being, schoolchildren, adolescents, responsibility, psychological freedom, self-reflection, control, psychoactive substances, narcology.

REFERENCES

1. Abul'khanova-Slavskaya K.A. Razvitie lichnosti v processe zhiznedejatel'nosti. Psihologiya formirovaniya i razvitiya lichnosti [Development of personality in the process of vital activity. Psychology of formation and development of a personality]. L.I. Antsyferov, ed. M.: Nauka, 1981: 19–44 (in Russian).
2. Asmolov A. Psihologiya lichnosti. Kul'turno-istoricheskoe ponimanie razvitiya cheloveka [Psychology of personality. Cultural-historical understanding of human development]. M.: Smysl: Izdatel'skiy centr "Akademija", 2007: 528 (in Russian).
3. Bashev V.V. Psihologicheskie usloviya formirovaniya otvetstvennogo dejstviya v podrostkovom vozraste [Psychological conditions of formation of responsible action at adolescent age]. Avtoreferat dis. ... kand. psih. nauk - Abstract of PhD thesis. M., 2000: 158 (in Russian).
4. Bozhovich L.I. Jetapy formirovaniya lichnosti v ontogeneze [Stages of formation of personality in ontogeny]. *Voprosy psihologii – Issues of Psychology*. 1978; 4: 23–34 (in Russian).
5. Bokhan N.A., Voevodin I.V. Autodestruktivnost' v formirovanii addiktivnykh i nevroticheskikh rasstroystv [Self-destruction in the formation of addictive and neurotic disorders: suicidal and risk-taking behaviour]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016; 1: 59–65 (in Russian).
6. Bokhan T.G., Kuznetsov V.N., Berlizova T.B., Galazhinskaya O.N., Nemtsev A.V. Defitsity lichnostnogo potentsiala u sel'skoj molodezhi s proyavleniyami sindroma alkogol'noy zavisimosti [Deficits of personality potential of young persons with manifestations of alcohol addiction]. *Sibirskiy psikhologicheskij zhurnal – Siberian Psychological Journal*. 2013; 50: 52–62 (in Russian).
7. Voronina A.V. Ocenka psihologicheskogo blagopoluchija shkol'nikov v sisteme profilakticheskoy i korrekcionnoj raboty psihologicheskoy sluzhby [Assessment of psychological well-being of schoolchildren in system of preventive and correctional work of psychological service]. Avtoreferat dis. ... kand. psih. nauk - Abstract of PhD thesis. Irkutsk, 2002: 28 (in Russian).
8. Grigor'eva M.V. Sub#ektivnoe blagopoluchie lichnosti kak rezul'tat shkol'noj adaptacii v raznyh usloviyah obucheniya [Subjective well-being of personality as a result of school adaptation in different conditions of education]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie – Psychological Science and Education*. 2009; 2: 41–45 (in Russian).
9. Eliseeva O.A. Sub#ektivnoe blagopoluchie podrostkov i psihologicheskaja bezopasnost' obrazovatel'noj sredy – Subjective well-being of adolescents and psychological security of educational environment]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovaniye - Psychological Science and Education*. 2011; 3. http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2011_3_2499.pdf (in Russian).
10. Isakov M.V. Sub#ektivnost' kak vysshaja psihicheskaja funkciya [Subjectness as a higher mental function]. *Sovremennye gumanitarnye issledovaniya – Modern Humanitarian Research*. 2007; 6 (19): 10–12 (in Russian).
11. Isakov M.V. Sub#ektivnost' kak osnova stanovleniya professionalizma u studentov vuzov. Struktura i pokazateli sub#ektivnosti [Subjectness as a basis of formation of professionalism in higher school students. Structure and indicators of subjectness]. *Sovremennye gumanitarnye issledovaniya - Modern Humanitarian Research*. 2007; 6: 237–242 (in Russian).
12. Kravtsov G.G. Psihologicheskie problemy lichnostno-orientirovannogo obucheniya: uchebnoe Posobie [Psychological problems of personality-oriented education: tutorial]. M., 2001: 76 (in Russian).
13. Lisetsky K.S. Sub#ektivnost' kak psihologicheskogo osnovaniya profilaktiki narkozavisimosti lichnosti [Subjectness as a psychological basis of prevention of drug dependence of the personality]. *Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo universiteta – Bulletin of Samara State University*. 2008; 1 (60): 320–329 (in Russian).

14. Litvinova G.V. Osobennosti psihologicheskogo blagopoluchija podrostkov (regional'nyj aspekt). Lichnost', sem'ja i obshhestvo: voprosy pedagogiki i psihologii: sb. statej po materialam IX mezhdunar. Nauchno-prakt. konf. Chast' III [Traits of psychological well-being of adolescents (regional aspect). Personality, family and society: issues of education and psychology: collection of papers on materials of IX international Scientific-Practical Conference. Part III]. Novosibirsk: SibAK, 2011. <https://sibac.info/conf/pedagog/ix/37386> (in Russian).
15. Poskrebysheva N.N., Karabanova O. A. Issledovanie lichnostnoj avtonomii podrostka v kontekste social'noj situacii razvitiya [Investigation of personality autonomy of an adolescent in context of social situation of development]. Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal – National Psychological Journal. 2014; 4 (16). <http://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-lichnostnoj-avtonomii-podrostka-v-kontekste-sotsialnoy-situatsii-razvitiya> (in Russian).
16. Slovar' L.S. Vygotskogo [Dictionary by L.S. Vygotsky]. A.A. Leontyev, ed. M.: Smysl, 2004: 119 (in Russian).
17. Long S.J., Evans R.E., Fletcher A. et al. Comparison of substance use, subjective well-being and interpersonal relationships among young people in foster care and private households: a cross sectional analysis of the School Health Research Network survey in Wales. *BMJ Open*. 2017; 7: e014198. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014198 <http://bmjopen.bmj.com/content/7/2/e014198.info>

Received April 24.2017

Accepted May 02.2017

Frolova Yulia I., postgraduate student of the Department of General and Applied Psychology of the Faculty of Psychology and Education, Altay State University, Barnaul, Altay Krai, Russian Federation.

✉ Frolova Yulia I., e-mail: frolova-julja@yandex.ru

Лекции. Обзоры

УДК 616.89-008.441.44:616.832-004

Для цитирования: Зотов П.Б., Куценко Н.И., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (краткий обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 111–115.

Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (краткий обзор)

Зотов П.Б.^{1,2}, Куценко Н.И.², Уманский М.С.³¹ Областная клиническая психиатрическая больница

Россия, 625530, Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19

² Тюменский государственный медицинский университет

Россия, 625023, Тюмень, ул. Одесская, д. 24

³ Областной наркологический диспансер

Россия, 625000, Тюмень, ул. Семакова, д. 2

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные обзора литературы о суицидальном поведении больных рассеянным склерозом. Отмечено повышение уровня суицидальной готовности среди этих пациентов по сравнению с общей популяцией. Наиболее суицидоопасными являются периоды: постановки диагноза, рецидива/прогрессирования заболевания, значительного ухудшения состояния. Дополнительное негативное влияние могут оказывать часто неизбежные изменения (преимущественно понижение) профессионального уровня, снижение материального обеспечения и социального статуса. Основными субъективно значимыми мотивами суицидальной активности являются переживания депрессивного круга и соматическое неблагополучие. Суицидальные попытки в период заболевания совершают от 1,6 до 5,8 % больных. При этом в большинстве случаев они носят истинный характер. В отличие от общей популяции отмечено редко потребление алкоголя при суицидальных действиях. Большинство больных косвенно (58,4 %) или открыто (20,8 %) сообщают о своих суицидальных идеях, но не всегда получают поддержку. Делается вывод о необходимости более пристального внимания врачей к эмоциональному состоянию больных и привлечению по мере необходимости специалистов в области психического здоровья.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, рассеянный склероз.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на отмеченную в последние годы в России положительную динамику [11, 12], снижение суицидальной смертности является важной медико-социальной задачей, реализация которой возможна лишь при комплексном подходе [15]. Наиболее эффективной считается целенаправленная работа по первичной и вторичной профилактике в группах риска, к одной из которых относят больных с соматическими заболеваниями [4], в значительной мере проявляющими коморбидность с депрессивными расстройствами и повышенным суицидальным риском [1, 6].

Рассеянный склероз (РС) является одним из наиболее тяжелых нейродегенеративных заболеваний. Частота РС в России составляет в среднем 40–70 случаев на 100 000 населения [21]. Риск развития заболевания может быть связан с регионом проживания, определённой этнической, расовой принадлежностью и др. Заболевание с более высокой частотой начинается на 2–4-м десятилетии жизни рецидивирующими очаговыми неврологическими симптомами, проявляющимися различными интервалами, длящимися неделями, с последующим возможным регрессом [9].

Цель исследования: изучение данных литературы о суицидальном поведении больных рассеянным склерозом, наиболее суицидоопасных периодах, субъективно значимых мотивах суицидальной активности, частоте суицидальных попыток в период заболевания.

ОБСУЖДЕНИЕ

Обычно клинические проявления начинаются с двигательных нарушений в виде спастических пара-, три- или тетрапарезов, чаще более выраженных в нижних конечностях, с нарушений координации (эпизодически), расстройств чувствительности. Могут встречаться нарушения зрения (чаще на один глаз), функции других черепных нервов [9]. При прогрессировании заболевания расширяется объем неврологических нарушений, присоединяются расстройства функции тазовых органов. От 29 до 86 % пациентов испытывают те или иные болевые ощущения [20]. Варианты течения РС многообразны, но, как правило, все они переходят в стабильный рассеянный склероз. Больные РС сначала утрачивают работоспособность, а на более поздних стадиях и способность к самообслуживанию. В среднем через 10 лет примерно до 50 % больных сталкиваются со сложностями в выполнении профессиональных обязанностей, спустя 15 лет более чем у 50 % больных имеют место трудности в самостоятельном передвижении, а при длительности рассеянного склероза более 20 лет – проблемы в самообслуживании [цит. по 19]. Приводятся данные, что примерно 75 % больных живут более 25 лет после дебюта заболевания [9], однако медиана их выживаемости на 10 лет меньше, чем в общей популяции. Заболеваемость РС связана почти с троекратным увеличением риска смерти [22].

Длительное течение РС, прогрессирующие неврологические нарушения, у многих больных отражается на психосоциальной адаптации, способствует развитию психических нарушений, среди которых доминируют астенический синдром, обсессивные нарушения, тревога (36–41 %) [20] и депрессии (50–80 %) [20], что значительно повышает суицидальный риск [23]. Считается, что среди пациентов с рассеянным склерозом частота суицидов примерно в 2 раза выше, чем в популяции [7].

В большинстве случаев суицидальное поведение пациентов с РС формируется в условиях заболевания при сопутствующем просуицидальном влиянии комплекса негативных психосоциальных факторов. Суицидальный анамнез (суицидальные идеи и попытки в прошлом) присутствует лишь у единичных больных до выявления РС [2].

Различные формы суицидальности у больных РС формируются на фоне депрессивных переживаний, преимущественно невротического уровня, и являются их составной частью. Наиболее суицидоопасными являются периоды: постановки диагноза, рецидива/прогрессирования заболевания или значительного ухудшения состояния, что указывает на необходимость более пристального внимания врачей к эмоциональному состоянию больных и привлечению специалистов в области психического здоровья [8]. Дополнительное негативное влияние могут оказывать часто неизбежные изменения (преимущественно понижение) профессионального уровня, снижение материального обеспечения и социального статуса [2].

Суицидальный риск обычно увеличивается по мере прогрессирования заболевания (в среднем на 5–7-й год течения заболевания). У 77,0 % лиц, направляемых к психиатру, выявляется суицидальное поведение, в структуре которого ведущее место занимают антивитаальные переживания (48,1 %) и суицидальные мысли (27,9 %). Реже регистрируются суицидальные замыслы (10,4 %) и намерения (7,8 %) [2]. Суицидальные попытки в период заболевания совершают от 1,6 до 5,8 % больных [2, 17].

Попадающее большинство суицидальных действий (попытки и завершённые суициды) носят истинный характер. План действий заранее продуман и спланирован, попытки обычно совершаются в пределах своей квартиры (в основном в связи с выраженными ограничениями передвижения), в отсутствие лиц, способных прервать суицид. В случае эффективных реанимационных мероприятий больные негативно оценивают оказанную им помощь. Шантажные формы суицидального поведения выявляются лишь в 9,7 % случаев [2].

Ведущими факторами риска повышенной суицидальной готовности больных РС являются соматогенные детерминанты основного заболевания: тяжелое состояние больных (24,7 %), сопровождающееся снижением уровня их физической активности и способности к самообслуживанию (19,4 %); нарушения сексуальной функции у мужчин (90,7 %); дизурические расстройства (89,6 %) и нарушения зрения

(65,6 %). К факторам, поддерживающим суицидальную активность, как и в общей популяции [14], относятся дисгармоничные отношения в семье (56,0 %), ведущие к микросоциальной изолированности больного (13,4 %) [2].

Основными субъективно значимыми мотивами, лежащими в основе формирования суицидального поведения больных РС, являются переживания депрессивного круга и соматического неблагополучия: ощущения своей неполноценности (94,2 %), снижение способности к самообслуживанию (70,8 %), нарушение сексуальной функции (44,8 %), чувство одиночества и ненужности (38,9 %), утрата надежды на изменение к лучшему (31,2 %), страх перед болью (22,7 %), представления о бесцельности и мучительности дальнейшего существования (20,1 %), зависть к здоровым (15,6 %), желание освободить родственников от ухода за больными (14,3 %), желание вызвать к себе сострадание (13,0 %) и др. У 75,9 % мужчин основными мотивами суицидальной активности являются импотенция и связанные с ней депрессивные переживания [2].

Среди способов суицида больше половины больных (55,0 %) останавливают свой выбор на самоотравлении, реже – на нанесении самопорезов (22,6 %), самоповешении (12,5 %) или самостреле (6,3 %). Самоотравление достоверно чаще (72,0 %) регистрируется у женщин, чем у мужчин (16,7 %). При этом в каждом втором случае (48,0 %) доминирует использование медикаментов. Выбор чаще не ограничивается каким-то одним лекарственным средством, а носит «полипрагмастический» характер, включая препараты различных классов и групп, назначаемые пациентам (анальгетики, седативные средства и др.). Среди других средств в качестве самоотравления женщин с высокой частотой выступает приём уксусной кислоты (18,0 %). На нанесение самопорезов несколько чаще указывают женщины (24,0 %), чем мужчины (20,0 %). При этом зоны повреждений у женщин обычно ассоциируются с перерезкой подкожных вен предплечий и/или локтевых сгибов, в то время как у мужчин – с проникающими ранениями сердца. Самоповешение регистрируется преимущественно у мужчин (33,0 %) [2].

Достаточно важным вопросом является отношение к алкоголю. Алкоголь может выступать в качестве средства, потенцирующего суицидальную активность, и/или принимается с целью облегчения совершения суицида. Традиционно повышение потребления алкоголя ассоциируется с ростом суицидальной активности, алкоголь выявляется не менее чем у 50 % суицидентов [13, 18]. У больных РС при достаточно сдержанном отношении к алкогольным напиткам в основном наблюдается потенцирующее влияние – у 44,2 % пациентов наблюдается связь между приёмом алкоголя и возникновением суицидальных идей (различия между мужчинами и женщинами минимальны). Но в отличие от общей популяции принятие алкоголя с целью реализации суицидальных действий при РС не распространено: пациенты обычно наме-

ренно отказываются от приёма алкоголя из-за боязни утратить силы в условиях значительного ограничения физических возможностей и самообслуживания, обусловленных прогрессирующим заболеванием [3].

Суицидальная динамика при РС не скоротечна и развивается в течение длительного времени (месяцы, а нередко и годы). При этом большинство больных косвенно (58,4 %) или открыто (20,8 %) сообщают о своих суицидальных идеях. Более половины из них (54,5 %) высказывают эти идеи только в беседе с врачом, а 44,8 % после предварительного разговора с близкими. В последнем случае врач, как правило, являлся тем человеком, к которому больные обращаются после общения с родными, указывая, что они не способны их понять и поддержать [2]. В целом до обращения к психиатру большинство больных не могут открыто обсудить свои суицидальные идеи, что отражает традиционно сложившуюся ситуацию стигматизирующего отношения к суицидентам в социуме и медицинской среде [10, 16]. Между тем при достаточном внимании к жалобам пациентов возможно своевременно выделить в структуре депрессивных переживаний признаки суицидальной настроенности и вовремя оказать психологическую поддержку [2].

Коррекция и профилактика суицидального поведения подразумевает, помимо максимального контроля негативных проявлений основного заболевания, активное выявление профильным специалистом аутоагрессивных идей на всех этапах лечения и реабилитации больных и привлечение по мере необходимости психотерапевта, назначения психотропных средств [8].

Целесообразно выделять группы риска, включающие пациентов с депрессивной психопатологической симптоматикой; тяжелым соматическим состоянием, сопровождающимся снижением физической активности и способности к самообслуживанию; дисгармоничными отношениями в семье; проживающих в одиночестве или отдельно от семьи; имеющих в анамнезе суицидальное поведение [2, 8].

Коррекционная работа с этими пациентами достаточно сложна, так как требует учета характера и тяжести неврологических нарушений, часто прогрессирующего когнитивного дефекта, нередко негативного воздействия микро- (семья, близкие) и внешних социальных факторов.

При оказании психологической поддержки необходимо учитывать, что для больных рассеянным склерозом с суицидальным поведением характерны формирование дезадаптационных форм внутренней картины болезни и снижение активности субъективно значимых факторов антисуицидального барьера, таких как надежда на выздоровление (41,6 %), страх смерти (30,6 %), влияние семьи и близких (17,5 %), религиозные воззрения (7,8 %). В связи с утратой препятствующих совершению суицида факторов при проведении психолого-психотерапевтической коррекции рекомендуется включать работу с этими представлениями [2].

Важно также учитывать характер проводимой терапии основного заболевания. Лечение РС, как правило, включает длительное применение глюкокортикостероидов, интерферонов, препаратов с цитостатическим эффектом, иммуноглобулинов, ДНК-вакцин, моноклональных антител, нейропротекторов и др. [5, 19, 21, 24]. Большинство этих лекарственных средств при системном назначении оказывает негативное влияние на эмоциональную сферу, усугубляя тяжесть депрессивных переживаний, что требует дополнительной лекарственной коррекции и нередко психологической поддержки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, суицидальное поведение больных РС формируется под влиянием как соматически обусловленных, так и негативных психологических и социальных факторов. С целью профилактики самоубийств, помимо контроля соматогенных факторов, необходимо более пристальное внимание врачей к эмоциональному состоянию этой категории пациентов и привлечению по мере необходимости специалистов в области психического здоровья.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Счастный Е.Д., Королев А.А. Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения. *Суицидология*. 2014; 5 (2): 55–59.
2. Зотов П.Б., Куценко Н.И. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (частота, клинические формы, характер). *Уральский медицинский журнал*. 2008; 3: 56–57.
3. Зотов П.Б., Уманский С.М., Куценко Н.И. Больные рассеянным склерозом: суицидальное поведение и потребление алкоголя. *Тюменский медицинский журнал*. 2008; 1: 12–14.
4. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (3): 5–6.
5. Кичерова О.А., Рейхерт Л.И. Механизмы нейропротекции у больных ремиттирующей формой рассеянного склероза, получающих терапию глатирамера ацетатом. *Тюменский медицинский журнал*. 2016; 18 (3): 27–32.
6. Корнетов Н.А. Мультиаспектная модель профилактики суицидов. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 11–12.
7. Кутлубаев М.А. Суицидальное поведение при неврологических заболеваниях: частота, предрасполагающие факторы, подходы к профилактике. *Неврологический журнал*. 2016; 21 (3): 124–130.
8. Куценко Н.И. К вопросу комплексной реабилитации больных рассеянным склерозом с суицидальным поведением. *Академический журнал Западной Сибири*. 2007; 6: 63.
9. Лихачев С.А., Войтов В.В., Вашилин В.В., Ситник Г.Д. Рассеянный склероз: диагностика и лечение. *Неврология и нейрохирургия в Беларуси*. 2009; 1 (1): 18–31.
10. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (1): 14.
11. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Социально-экономическое бремя суицидальной смертности в России как научно-доказательное обоснование развития программ превенции суицидов. *Суицидология*. 2011; 2: 41–43.

12. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект. *Суицидология*. 2014; 5 (1): 3–11.
13. Немцов А.В., Шельгин К.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 3–12.
14. Николаев Е.Л. Кризис и суицид: клинико-психологический анализ аутоагрессивного поведения. *Суицидология*. 2015; 6 (3): 54–61.
15. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения. *Суицидология*. 2012; 1: 8–12.
16. Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 12–20.
17. Старинец Н.Г. Факторы суицидальности при множественном склерозе. *Международный неврологический журнал*. 2013. № 6 (60): 60–64.
18. Чухрова М.Г., Опенко Т.Г., Аврукин В.М. Анализ влияния потребления алкоголя на суицидальную активность. *Суицидология*. 2010; 1: 24–26.
19. Широкова И., Сидорова И. Рассеянный склероз. *Ремедиум*. 2013; Январь-февраль: 22–24.
20. Шмидт Т.Е. Рассеянный склероз: эпидемиология, факторы риска, патогенез, клиника и прогрессирование (по материалам 29-го конгрессаECTRIMS). *Неврологический журнал*. 2014; 1: 49–54.
21. Шмидт Т.Е., Яхно Н.Н. Рассеянный склероз: руководство для врачей. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2010.
22. Bronnum-Hansen H., Koch-Henriksen N., Stenager E. Trends in survival and cause of death in danish patients with multiple sclerosis. *Brain: a journal of neurology*. 2004; 127 (4): 844.
23. Stenager E.N., Stenager E., Koch-Henriksen N. et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1992; 55: 542–545.
24. Tremlett H.L., Luscombe D.K., Wiles C.M. Prescribing for multiple sclerosis patients in general practice: a case-control study. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*. 2001; 26 (6): 437–444.

Поступила в редакцию 17.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Зотов Павел Борисович, д.м.н., проф., специалист центра суицидальной превенции; профессор кафедры онкологии.

Куценко Наталия Ивановна, к.м.н., врач-психиатр.

Уманский Марк Станиславович, к.м.н., заведующий отделением.

✉ Зотов Павел Борисович, e-mail: note72@yandex.ru

УДК 616.89-008.441.44:616.832-004

For citation: Zotov P.B., Kutsenko N.I., Umansky M.S. Suicidal behavior in patients with multiple sclerosis (short review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 111–115.

Suicidal behavior in patients with multiple sclerosis (short review)

Zotov P.B.^{1,2}, Kutsenko N.I.², Umansky M.S.³

¹ Regional Clinical Psychiatric Hospital

Sosnovaya Street 19, 625530, v. Vinzili, Tyumen District, Tyumen Region, Russian Federation

² Tyumen State Medical University

Odesskaya Street 24, 625023, Tyumen, Russian Federation

³ Regional Narcological Hospital

Semakov Street 2, 625000, Tyumen, Russian Federation

ABSTRACT

The paper presents results of a review of the literature on suicidal behavior of patients with multiple sclerosis. An increase in the level of readiness for suicide among these patients compared to the general population is noticed. The greatest risk periods for suicide are as follows: diagnosis, relapse / disease progression or significant deterioration. Additional negative impact is often unavoidable changes (predominantly, reductions) in professional level, reduction of material security and social status. The main subjectively meaningful motives of suicidal activity are experiencing depressive circle, and somatic distress. Suicides in the period of the disease are attempted by 1.6 to 5.8 % of patients. In most cases they are of true character. In contrast to the general population rarely alcohol consumption is involved in suicidal actions. Most patients indirectly (58.4 %) or open (20.8 %) report their suicidal ideas, but don't always obtain support. The conclusion is necessity of more steadfast attention of doctors to the emotional state of patients and involvement, as necessary, experts in the field of mental health.

Keywords: suicide, suicidal behavior, multiple sclerosis.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Stoyanova I.Ya., Schastnyy E.D., Korolev A.A. Patopsikhologicheskie kharakteristiki patsientov s dvoynym diagnozom v kontekste suitsidal'nogo povedeniya [Pathopsychological characteristics of patients with dual diagnosis in the context of suicidal behavior]. *Suitsidologiya – Suicidology*. 2014; 5 (2): 55–59 (in Russian).
2. Zotov P.B., Kutsenko N.I. Cuitsidal'noe povedenie bol'nykh rasseyannym sklerozom (chastota, klinicheskie formy, kharakter) [Suicidal behaviour in patients with multiple sclerosis (frequency, clinical forms, character)]. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal – Ural Medical Journal*. 2008; 3: 56–57 (in Russian).
3. Zotov P.B., Umansky S.M., Kutsenko N.I. Bol'nye rasseyannym sklerozom: suitsidal'noe povedenie i potreblenie alkogolya [Patients with multiple sclerosis: suicidal behavior and alcohol consumption]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal – Tyumen Medical Journal*. 2008; 1: 12–14 (in Russian).
4. Zykov V.V., Mal'tsev A.E. Znachenie somaticheskikh zabolovaniy v vozniknovenii suitsidal'nogo povedeniya [The value of somatic diseases in the occurrence of suicidal behavior]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal – Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (3): 5–6 (in Russian).

5. Kicherova O.A., Rejher L.I. Mekhanizmy neyroproteksii u bol'nykh remittiruyushchey formoy rasseyanogo skleroza, poluchayushchikh terapiyu glatiramera atsetatom [Mechanisms of neuroprotection in patients with relapsing-remitting form of multiple sclerosis receiving treatment with glatiramer acetate]. Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal – Tyumen Medical Journal. 2016; 18 (3): 27–32 (in Russian).
6. Kornetov N.A. Mul'tiaspekt'naya model' profilaktiki suitsidov [Multiaspect model for the prevention of suicide]. Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal – Tyumen Medical Journal. 2013; 15 (1): 11–12 (in Russian).
7. Kutlubayev M.A. Suicidal'noe povedenie pri nevrologicheskikh zabolevaniyah: chastota, predispolagajushhie faktory, podhody k profilaktike [Suicide behavior in neurological diseases: frequency, predictors and preventive measures]. Nevrologicheskij zhurnal – Neurological Journal. 2016; 21 (3): 124–130 (in Russian).
8. Kutsenko N.I. K voprosu kompleksnoy reabilitatsii bol'nykh rasseyannym sklerozom s suitsidal'nym povedeniem [To the issue of comprehensive rehabilitation of multiple sclerosis patients with suicidal behavior]. Akademicheskij zhurnal Zapadnoy Sibiri – Academic Journal of West Siberia. 2007; 6: 63 (in Russian).
9. Likhachev S.A., Voytov V.V., Vashchilin V.V., Sitnik G.D. Rassejannyj skleroz: diagnostika i lechenie [Multiple sclerosis: diagnostics and therapy]. Nevrologija i neirohirurgija v Belarusi – Neurology and Neurosurgery in Belarus. 2009; 1 (1): 18–31 (in Russian).
10. Lyubov E.B., Kulikov A.N. Otnoshenie rabotnikov psikiatricheskikh bol'nits k suitsidal'nomu povedeniyu patsientov: pervichnye rezul'taty [The attitude of the employees of psychiatric hospitals for suicidal behavior of patients: initial results]. Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal – Tyumen Medical Journal. 2013; 15 (1): 14 (in Russian).
11. Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Cotsial'no-ekonomicheskoe bremya suitsidal'noy smertnosti v Rossii kak nauchno-dokazatel'noe obosnovanie razvitiya programm prevencii suitsidov [The social and economic burden associated with suicide mortality in Russia as a science based evidence for development of suicide prevention programs]. Suitsidologiya – Suicidology. 2011; 2: 41–43 (in Russian).
12. Morev M.V., Shmatova Ju.E., Lyubov E.B. Dinamika suitsidal'noy smertnosti naseleniya Rossii: regional'nyy aspekt [Dynamics of suicide mortality in Russia: the regional level]. Suitsidologiya – Suicidology. 2014; 5 (1): 3–11 (in Russian).
13. Nemtsov A.V., Shelygin K.V. Samoubiystva i potreblenie alkogolya v Rossii, 1956-2013 gg [Suicides and alcohol consumption in Russia, 1959-2013]. Suitsidologiya – Suicidology. 2016; 7 (3): 3–12 (in Russian).
14. Nikolaev E.L. Krizis i suitsid: kliniko-psikhologicheskij analiz autoagressivnogo povedeniya [Crisis and suicide: clinical and psychological analysis of autoaggressive behavior]. Suitsidologiya – Suicidology. 2015; 6 (3): 54–61 (in Russian).
15. Polozhy B.S., Panchenko E.A. Differentsirovannaya profilaktika suitsidal'nogo povedeniya [The different prevention of suicidal behavior]. Suitsidologiya – Suicidology. 2012; 1: 8–12 (in Russian).
16. Polozhy B.S., Ruzhenkova V.V. Stigmatizatsiya i samostigmatizatsiya suitsidentov s psikhicheskimi rasstroystvami [Stigmatization and self-stigmatization by persons with mental disorders who committed suicidal attempts]. Suitsidologiya – Suicidology. 2016; 7 (3): 12–20 (in Russian).
17. Starinets N.G. Faktory suicidal'nosti pri mnozhestvennom skleroze [Factors of suicidality in multiple sclerosis]. Mezhdunarodnyj nevrologicheskij zhurnal – International Neurological Journal. 2013; 6 (60): 60–64 (in Russian).
18. Chukhrova M.G., Openko T.G., Avrukin V.M. Analiz vliyaniya potrebleniya alkogolya na suitsidal'nyu aktivnost' [Analysis of the impact of alcohol consumption on suicide activity]. Suitsidologiya – Suicidology. 2010; 1: 24–26 (in Russian).
19. Shirokova I., Sidorova I. Rassejannyj skleroz [Multiple sclerosis]. Remedium. 2013. Janvar'-fevral': 22–24 (in Russian).
20. Schmidt T.E. Rassejannyj skleroz: jepidemiologija, faktory riska, patogenez, klinika i progressirovanie (po materialam 29-go kongressa ECTRIMS) [Multiple sclerosis: epidemiology, risk factors, pathogenesis, clinical picture and progression]. Nevrologicheskij zhurnal – Neurological Journal. 2014; 1: 49–54 (in Russian).
21. Schmidt T.E., Yakhno N.N. Rassejannyj skleroz: rukovodstvo dlja vrachej [Multiple sclerosis: Handbook for physicians]. 2nd edition. M.: MEDpress-inform, 2010 (in Russian).
22. Bronnum-Hansen H., Koch-Henriksen N., Stenager E. Trends in survival and cause of death in Danish patients with multiple sclerosis. Brain: a journal of neurology. 2004; 127 (4): 844.
23. Stenager E.N., Stenager E., Koch-Henriksen N. et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1992; 55: 542–545.
24. Tremlett H.L., Luscombe D.K., Wiles C.M. Prescribing for multiple sclerosis patients in general practice: a case-control study. Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics. 2001; 26 (6): 437–444.

Received April 17.2017

Accepted May 02.2017

Zotov Pavel B., MD, Professor, specialist of the Center of Suicidal Prevention, Professor of Oncology Department, Regional Clinical Psychiatric Hospital, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russian Federation.

Kutsenko Natalia I., PhD, psychiatrist, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russian Federation.

Umansky Mark S., PhD, Head of Unit, Regional Narcological Hospital, Tyumen, Russian Federation.

✉ Zotov Pavel B., e-mail: note72@yandex.ru

УДК 616.89-008.441.44:616-053.7

Для цитирования: Коршунова Д.Р. К причинности подростковых суицидов (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 116–120.

К причинности подростковых суицидов (обзор литературы)

Коршунова Д.Р.

*Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова
Россия, 390035, Рязань, ул. Баженова, д. 35*

РЕЗЮМЕ

Работа посвящена обзору отечественных и зарубежных литературных данных, касающихся проблем суицидальной активности среди детей и подростков. Рассмотрены вопросы актуальности изучения данной проблемы в России и за рубежом, распространенности суицидов, различных вариантов формирования суицидального поведения, роли семьи, в которой воспитывается подросток. Исследование данных вопросов в дальнейшем позволит создать превентивные методики, эффективные терапевтические и профилактические модели возможной психокоррекции обнаруживаемых нарушений, а также выявить наиболее значимые для терапии точки психотерапевтического воздействия.

Ключевые слова: самоубийство, подростки, суицидальное поведение, аутоагрессия.

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что под суицидом подразумевается «результат действия, преднамеренно начатого и совершенного человеком с полным знанием или ожиданием фатального исхода» [4, 39]. Показатель суицидальной активности – наиболее объективный критерий психического здоровья населения [10, 11]. В последние годы внимание врачей и исследователей всего мира приковывает проблема суицида, но, несмотря на ведущую работу в этом направлении, показатели смертности по-прежнему остаются довольно высокими. ВОЗ прогнозирует, что в 2020 г. посредством суицида погибнет более 1,5 млн человек, а суицидальных попыток будет в 20 раз больше – это значит, что каждые две секунды будет происходить попытка суицида, и каждые 20 секунд одна из них будет «удачной» [27]. Предполагается так же, что к 2020 г. суицид станет второй в мире причиной смерти, обогнав рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям. Уже сейчас у лиц в возрасте 15–34 лет смерть от суицида входит в «тройку» лидирующих причин смерти [31]. Предвидится, что в последующие 10 лет количество самоубийств среди подростков будет расти быстрее, чем ранее [32].

Цель исследования: обзор отечественных и зарубежных источников по проблемам суицидальной активности детей и подростков.

ОБСУЖДЕНИЕ

Суицид, как явление, затронул не только категорию зрелого населения, но и лиц молодого возраста, детей и подростков, причем именно молодые люди чаще совершают попытки суицида [40]. К сожалению, наша страна уже традиционно ежегодно занимает лидирующие места по показателям подросткового суицида, и это является актуальнейшей проблемой нашей современности [14, 21, 31]. Средний показатель самоубийств у населения РФ подросткового возраста более чем в три раза превышает среднемировой показатель [41]. Ежегодно каждый двенадцатый подросток в мире в возрасте 15–19 лет совершает попытку самоубийства [5].

За последние 50 лет частота суицидов среди подростков и молодых людей в возрастном диапазоне 15–22 лет увеличилась на 265 % [12]. Необходимо также учитывать, что на один завершённый суицид у подростков приходится до 200 суицидальных попыток [38]. Последние исследования дают нам следующую картину – мысли о суициде присутствуют у 11,8–14 % школьников, а именно желание убить себя отмечают 4–8,8 % [33].

Уровень суицидов выше 20 случаев на 100 тысяч населения считается критическим. По мнению некоторых авторов, количество самоубийств в Российской Федерации может достигать 50 на 100 тыс. населения против, например, 10 на 100 тысяч в США [6].

Согласно данным официальной статистики, подростковые суициды составляли 19,8 случая на 100 тысяч человек в 2005 г., 19,3 случая – в 2006, 20,1 – в 2007, 19,4 – в 2008, 19,8 – в 2009. В последние 5 лет смертность подростковых суицидов находится на том же уровне [30]. Чаще всего, согласно официальной статистике, подростки уходят из жизни через повешение, наносят себе несовместимые с жизнью раны или принимают яд, лекарства и т.д. [8, 17]. Изучение проблемы суицида показывает, что для молодых людей, совершающих попытку суицида, характерны депрессии и субдепрессии, повышенный уровень тревожности и агрессии [3, 9, 35]. Мысли о самоубийстве имеются у 45 % российских девушек и 27 % юношей. Так же рост суицидальной активности подростков происходит в периоды кризисов, возрастных кризисов, социальных преобразований, политической нестабильности [7]. Не вызывает сомнения тот факт, что реальное число суицидов намного выше, поскольку не всегда сообщается о реальной причине смерти, или она скрывается под названием «смерть от несчастного случая» [18].

Проблема недооцененности реальной цифры суицидов характерна и для нашей страны. С одной стороны, родственникам погибшего спокойнее думать, что произошел несчастный случай, чем искать истину. Они же стараются скрыть факт самоубийств

ва, чтобы избежать пересудов, косых взглядов знакомых, похоронить «нормально». С другой стороны, у компетентных органов нет желания детально разбираться в делах подобного рода. Кроме того, решающим мнением является заключение следователя, ведущего дело, а не судебно-медицинского эксперта. В низких цифрах смертности от суицида заинтересовано и региональное правительство для «улучшения» показателей региона.

Условно суицид делится на две большие группы: истинный суицид и псевдосуицид (демонстративный). Истинный суицид является хорошо осмысленным, подготовленным, спланированным мероприятием, задача которого – лишить себя жизни без учета мнения родственников и друзей, окружения. Демонстративный суицид под собой не несет глобальной задачи – умереть, его цель заставить окружающих обратить свое внимание на личность и ее проблемы. По данным А.Е. Личко [19], только в 10 % случаев подростками руководит истинное желание умереть, а во всех остальных случаях суицидальная попытка – это «крик о помощи». Именно поэтому 80 % попыток самоубийств происходит дома, днем, чаще в выходные дни. Многие исследователи убеждены, что рефлекс чувства самосохранения в полной мере формируется по достижении 20 лет.

Существует большое число работ, целью которых является поиск истинных причин подростковых суицидов. Рассмотрим основные из них. В отечественной суицидологии наиболее известна точка зрения А.Г. Амбрумовой: «суицидальное поведение – это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микроконфликта» [1, 2]. У взрослых причины суицида выявляются проще, как например, в случае полного «развала» жизни – увольнение с хорошей должности, развод, разрыв значимых отношений и т.д., подросткам чаще всего достаточно конфликтов со сверстниками и натянутых отношений в семье. Такие «несерьезные» мотивы остаются незамеченными для окружающих. Действия подростков чаще всего направлены не на самоуничтожение, а на восстановление нарушенных социальных отношений [13].

В зарубежной литературе существует так называемая когортная теория [34, 37], в соответствии с которой есть строгая пропорциональная связь между долей суицидов и количеством подростков этой же возрастной когорты. Авторы считают, что при высоких значениях возрастной когорты происходит более трудная «борьба» за образование, работу, условия жизни и т.д. Проще говоря, чем больше в городе живет твоих сверстников, тем тяжелее поступить в университет, так как конкурс выше. Фрустрация вызывает депривацию и аутодеструктивные действия у подростков.

Ю.В. Попов и А.В. Бруг [29] считают, что суицидальное поведение подростков в случаях длительного стресса, негативного климата в семье, при отсутствии позитивного опыта решения стрессовых ситуаций может фиксироваться как способ решения

семейных и личных проблем. Такой способ выхода из проблем может в будущем стать стандартным «клише», стереотипным паттерном. П.Б. Зотов считает, что суицидальное поведение не формируется за какой-то конкретный короткий срок, для этого требуется длительное время (иногда годы) – так называемый внешний ключ, т.е. значимое событие, актуализирующее переживания [17]. Кроме того, у этого процесса существуют определенные этапы и динамика с характерными проявлениями внутренних и внешних форм [18].

В литературе приводятся сведения, что гомосексуальные подростки имеют повышенный риск совершения суицида и совершают суицид от 2 до 6 раз чаще своих гетеросексуальных сверстников [36], что, в общем-то, согласуется с вышеизложенными теориями. Указывается, что среди детей и подростков, совершивших суицид, более трети имели родителей, страдающих различными психическими расстройствами (чаще болезни зависимости) [23, 24, 26, 29]. Согласно результатам В.Т. Кондрашенко [22], суицидальные попытки подростков имеют разные причины: 10 % – психотические расстройства, 15 % – невротические состояния, 1 % – тяжелые соматические заболевания, 12 % – сложная семейная ситуация, 18 % – сложная романтическая ситуация, 15 % – проблемы самореализации в референтной группе, 7 % – боязнь ответственности за совершенные действия, 8 % – дидактогении, 5 % – употребление алкоголя и наркотических веществ, 9 % – невыясненные причины.

По нашему мнению [20, 25], огромную роль играет климат семьи, в которой воспитывается ребенок. Предполагаем, что в «деструктивной» семье не происходит «обучение» детей позитивным паттернам поведения, именно поэтому подростки находят выход в попытке расстаться с жизнью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, подростковый суицид невозможно рассматривать в рамках одной теории, каждая из них имеет свои доказательства, и мы можем это отследить объективно. Скорее, задача исследователей состоит в том, чтобы соединить их все воедино для создания эффективных превентивных методик, которые будут работать на федеральном уровне, затрагивать все сферы общества, касающиеся воспитания подростка.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВМА (протокол этического комитета Областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Баженова № 5 от 12.02.2016 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М.: МЦД СССР, 1978: 13.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978: 6–28.
3. Белозерцева И.Н. Детский суицид: профилактика и коррекция. Иркутск: Сервиго, 2001: 47.
4. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. С. Н. Бокова. В 2-х т. Т. 2. Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996: 448.
5. Васяткина Н.Н., Меринов А.В. Клиническая практика детско-подростковых суицидов в Рязанской области. *Тюменский медицинский журнал*. 2014; 16 (3): 4–5.
6. Вишневская О.А. Опыт оказания комплексной медицинской помощи больным, совершившим суицидальные попытки. Психическое здоровье (материалы конференции). СПб., 2000: 169–171.
7. Вертолете Х.М. Распространенность самоубийств в мире: эпидемиологический обзор (1959–2000 гг.). М.: Смысл, 2005: 17–27.
8. Ворсина О.П. Суицидальные попытки детей и подростков в г. Иркутске. *Суицидология*. 2011; 2: 28–29.
9. Вроно Е.М., Ратинова Н.А. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у психически здоровых подростков. М.: НИИ психиатрии, 1999: 38–46.
10. Вроно Е.М. Диагностика суицидального поведения при различных вариантах депрессии у детей и подростков. Научные и организационные проблемы суицидологии. М., 1983: 80–89.
11. Всемирная организация здравоохранения (WHO). Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новые надежды, 2001; 215.
12. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция. Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М., 2001: 270–352.
13. Зиновьев С.В. Суицид. Попытка системного анализа. СПб.: Сотис, 2002: 135.
14. Злова Т.П., Ахметова В.В., Ишимбаева А.Н. Суицидальная смертность у детей в Забайкальском крае: структура, динамика за 15-летний период (по материалам бюро СМЭ). *Суицидология*. 2010; 1: 9–10.
15. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп. *Суицидология*. 2013; 4 (2): 58–63.
16. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения. *Академический журнал Западной Сибири*. 2010; 3: 35–37.
17. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007–2012 гг. *Суицидология*. 2013; 4 (1): 54–61.
18. Игумнов С.А. Психотерапия детей и подростков. Ростов: Феникс, 2005: 288.
19. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983: 256.
20. Лукашук А.В., Меринов А.В. Актуальность исследования клинико-психологической характеристики родителей подростков, совершивших суицидальную попытку. *Тюменский медицинский журнал*. 2014; 16 (3): 20–21.
21. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации *Суицидология*. 2012; 3: 3–10.
22. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. Минск: Беларусь, 2005: 77–83.
23. Меринов А.В. Суицидологические характеристики молодых людей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью. *Суицидология*. 2012; 4: 22–28.
24. Меринов А.В. Парасуицидальное поведение женщин, состоящих в браке с мужчинами, страдающими алкогольной зависимостью (на примере Рязанской области). *Суицидология*. 2012; 3: 15–19.
25. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: Автореф. дис. ... д.м.н. М., 2012: 48.
26. Меринов А.В., Лукашук А.В. Особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Электронный ресурс]. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электронный научный журнал. 2014; 4. URL: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=109>
27. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. М.: Смысл, 2005: 310.
28. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения. *Суицидология*. 2012; 1: 8–12.
29. Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддиктивное суицидальное поведение подростков. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2005; 1: 24–26.
30. Смертность подростков в Российской Федерации / В.Ю. Альбицкий, А.Е. Иванова, А.Г. Ильин, Р.Н. Терлецкая. М.: БЭСТ-принт, 2010: 66.
31. Смертность российских подростков от самоубийств / А.Е. Иванова, Т.П. Сабгайда, В.Г. Семенова, О.И. Антонова, С.Ю. Никитина, Г.Н. Евдокушкина, М.В. Черновавский. М.: ЮНИСЕФ, 2011: 8–18.
32. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005: 205.
33. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс]. Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2013; 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 18.11.2014).
34. Easterlin R.A. Birth and fortune. New York: Basic Books, 1980. P. 65–96.
35. Fombonne E., Wostear G., Cooper V. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *Brit. J. Psychiatr.* 2001; 179: 210–217.
36. Hegna K. Is there an elevated risk of attempted suicide among homosexual adolescents? *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2001: 121.
37. Holinger P.C., Offer D. Prediction of adolescent suicide: a population model. *Am. J. Psych.* 1982; 52 (3): 302–307.
38. Maris R.W. Suicide. *Lancet*. 2002; 360: 319–326.
39. Murthy R.S. The World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001: 86.
40. Spicer R., Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am. J. Public Health*. 2000; 90: 85–91.
41. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15–19. *J. World Psychiatr.* 2005; 4 (2): 114–120.

Поступила в редакцию 17.04.2017
 Утверждена к печати 02.05.2017

Коршунова Дарья Романовна, врач-психиатр 17-го отделения.

✉ Коршунова Дарья Романовна, e-mail: korshunsun@yandex.ru

УДК 616.89-008.441.44:616-053.7

For citation: Korshunova D.R. Causation of suicides in adolescents (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 116–120.**Causation of suicides in adolescents (literature review)****Korshunova D.R.***N.N. Bazhenov Regional Clinical Psychiatric Hospital
Bazhenov Street 35, 390035, Ryazan, Russian Federation***ABSTRACT**

The article is devoted to review of modern domestic and foreign literature data concerning problems of suicidal activity among children and adolescents. The issues of relevance of study of this problem, prevalence in Russia and abroad, various variants of formation of suicidal behavior, role of the family of the adolescent are considered. The study of these issues in the future will allow creating preventive techniques, effective therapeutic and preventive model of psycho-correction of detected disturbances and identifying the most relevant for therapy points of psychotherapeutic intervention.

Keywords: suicide, adolescents, suicidal behavior, auto-aggression.**REFERENCES**

1. Ambrumova A.G., Zhezlova L.Ya. Metodicheskie rekomendacii po profilaktike suicidal'nyh dejstvij v detskom i podrostkovom vozraste [Guidelines on prevention of suicidal actions at child and adolescent age]. M.: MC SSSR, 1978: 13 (in Russian).
2. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Suicid kak fenomen social'no-psihologicheskoy dezadaptacii lichnosti. Aktual'nye problemy suicidologii [Suicide as a phenomenon of social-psychological disadaptation of personality. Relevant problems of suicidology]. M., 1978: 6–28 (in Russian).
3. Belozertseva I.N. Detskij suicid: profilaktika i korekcija [Child suicide: prevention and correction]. Irkutsk: Serviko, 2001: 47 (in Russian).
4. Bleykher V.M., Kruk I.V. Tolkovyj slovar' psichiatricheskikh terminov [Lexicon of psychiatric terms]. S.N. Bokov, ed. 2 volumes, Vol. 2. Rostov-on-Don: "Feniks", 1996: 448 (in Russian).
5. Vasyatkina N.N., Merinov A.V. Klinicheskaja praktika detsko-podrostkovykh suicidov v Rjazanskoj oblasti [Clinical practice of child-adolescent suicides in the Ryazan Region]. Tjumenskij medicinskij zhurnal – Tyumen Medical Journal. 2014; 16 (3): 4–5 (in Russian).
6. Vishnevskaya O.A. Opyt okazaniya kompleksnoj medicinskoj pomoshhi bol'nym, sovershivshim suicidal'nye popytki. Psihicheskoe zdorov'e (materialy konferencii) [Experience of rendering complex medical care for patients with attempted suicides. Mental health (materials of conference)]. SPb, 2000: 169–171 (in Russian).
7. Vertolete Kh.M. Rasprostranennost' samoubijstv v mire: jepidemiologicheskij obzor (1959–2000 gg.) [Prevalence of suicides worldwide: epidemiological review (1959-2000)]. M.: Smysl, 2005: 17–27 (in Russian).
8. Vorsina O.P. Suicidal'nye popytki detej i podrostkov v g. Irkutске [Suicidal attempts of children and adolescents in Irkutsk]. Suicidologija - Suicidology. 2011; 2: 28–29 (in Russian).
9. Vrono E.M., Ratinova N.A. O vozrastnom svoeobrazii autoagressivnogo povedenija u psihicheski zdorovykh podrostkov [About age peculiarity of auto-aggressive behavior in mentally healthy adolescents]. M.: NII psichiatrii, 1999: 38–46 (in Russian).
10. Vrono E.M. Diagnostika suicidal'nogo povedenija pri razlichnykh variantah depressii u detej i podrostkov. Nauchnye i organizacionnye problemy suicidologii [Diagnostics of suicidal behavior in different variants of depression in children and adolescents. Scientific and organizational problems of suicidology]. M., 1983: 80–89 (in Russian).
11. Vsemirnaja organizacija zdavoohranenija (WHO). Doklad o sostojanii zdavoohranenija v mire, 2001 g. Psihicheskoe zdorov'e: novoe ponimanie, novye nadezhdy [World Health Organization (WHO). Report on state of healthcare worldwide, 2001. Mental health: new understanding, new perspectives, 2001: 215 (in Russian).
12. Grollman Ye. Suicid: prevencija, intervencija, postvencija. Suicidologija: proshloe i nastojashhee: problema samoubijstva v trudah filozofov, sociologov, psihoterapevtov i v hudozhestvennyh tekstah [Suicide: prevention, intervention, postvention. Suicidology: past and presence: problem of suicide in papers of philosophers, sociologists, psychotherapists and in belles-lettres]. M., 2001: 270–352 (in Russian).
13. Zinov'ev S.V. Suicid. Popytka sistemnogo analiza [Suicide. Attempt of systemic analysis]. SPb: Sotiv, 2002: 135 (in Russian).
14. Zlova T.P., Akhmetova V.V., Ishimbaeva A.N. Suicidal'naja smertnost' u detej v Zabajkalskom krae: struktura, dinamika za 15-letnij period (po materialam bjuro SMJe) [Suicidal mortality in children in Transbaikalian Krai: Structure, dynamics for 15-year period (according to materials of forensic medical examination)]. Suicidologija - Suicidology. 2010; 1: 9–10 (in Russian).
15. Zotov P.B. Faktory antisuicidal'nogo bar'era v psihoterapii suicidal'nogo povedenija lic raznykh vozrastnykh grupp [Antisuicidal factors barrier in the psychotherapy of suicidal behavior of persons of different age groups]. Suicidologija - Suicidology. 2013; 4 (2): 58–63 (in Russian).
16. Zotov P.B. Voprosy identifikacii klinicheskikh form i klassifikacii suicidal'nogo povedenija [Issues of identification of clinical forms and classification of suicidal behavior]. Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri – Academic Journal of West Siberia. 2010; 3: 35–37 (in Russian).
17. Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicidal'nye dejstvija v g. Tjumeni i juge Tjumenskoj oblasti (Zapadnaja Sibir'): dinamika za 2007–2012 gg [Suicide in Tyumen and the south of the Tyumen region (Western Siberia): dynamics for 2007-2012]. Suicidologija - Suicidology. 2013; 4 (1): 54–61 (in Russian).
18. Igumnov S.A. Psihoterapija detej i podrostkov [Psychotherapy of children and adolescents]. Rostov: Feniks, 2005: 288 (in Russian).
19. Lichko A.E. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podrostkov [Psychopathies and accentuations of character in adolescents]. L.: Medicina, 1983: 256 (in Russian).
20. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Aktual'nost' issledovanija kliniko-psihologicheskoi harakteristiki roditel'nykh podrostkov, sovershivshih suicidal'nuju popytku [Relevance of study of clinical-psychological characteristics of parents of adolescents with suicide attempts]. Tjumenskij medicinskij zhurnal - Tyumen Medical Journal 2014; 16 (3): 20–21 (in Russian).
21. Lyubov E.B., Morev M.V., Falaleeva O.I. Jekonomicheskoe bremja suicidov v Rossijskoj Federacii [Economic burden of suicides in the Russian Federation]. Suicidologija - Suicidology. 2012; 3: 3–10 (in Russian).
22. Kondrashenko V.T. Deviantnoe povedenie u podrostkov: Social'no-psihologicheskie i psichiatricheskie aspekty [Deviant behavior in adolescents: Social-psychological and psychiatric aspects]. Minsk: Belarus', 2005: 77–83 (in Russian).
23. Merinov A.V. Suicidologicheskie harakteristiki molodykh ljudej, vospitannykh v sem'jah, gde roditel' stradal alkogol'noj zavisimost'ju [Suicidological characteristics of youth brought up in families where parent suffered from alcohol dependence]. Suicidologija - Suicidology. 2012; 4: 22–28 (in Russian).

24. Merinov A.V. Parasuicidal'noe povedenie zhenshin, sostojashih v brake s muzhchinami, stradajushimi alkohol'noj zavisimost'ju (na primere Rjazanskoj oblasti) [Parasuicide behavioral of wives of men suffering from alcohol dependence (for example the Ryazan region)]. *Suicidologija - Suicidology*. 2012; 3: 15–19 (in Russian).
25. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidal'nogo riska u bol'nyh alkohol'noj zavisimost'ju i chlenov ih semej [Autoaggressive behavior and evaluation of suicidal risk in patients with alcohol dependence and members of their families]. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk – Abstract of MD thesis. M., 2012: 48 (in Russian).
26. Merinov A.V., Lukashuk A.V. Osobennosti detej, vyrossih v sem'jah, gde roditel' stradal alkohol'noj zavisimost'ju [Features of children in families where parent suffered from alcohol dependence]. *Lichnost' v menjajushemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie – Personality in changing world: health, adaptation, development*. 2014; 4. URL: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=109> (in Russian).
27. Naprasnaja smert': prichiny i profilaktika samoubijstv [Unfounded death: causes and prevention of suicides]. D. Wasserman, ed. M.: Smysl, 2005: 310 (in Russian).
28. Polozhy B.S., Panchenko E.A. Differencirovannaja profilaktika suicidal'nogo povedenija [The different prevention of suicidal behavior]. *Suicidologija - Suicidology*. 2012; 1: 8–12 (in Russian).
29. Popov Yu.V., Brug A.V. Addiktivnoe suicidal'noe povedenie podrostkov [Addictive suicidal behavior of adolescents]. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva-V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2005; 1: 24–26 (in Russian).
30. Smernost' podrostkov v Rossijskoj Federacii [Mortality of adolescents in the Russian Federation]. V.Yu. Al'bitsky, A.E. Ivanova, A.G. Il'in, R.N. Terletskaia. M.: BJeST-print, 2010: 66 (in Russian).
31. Smernost' rossijskih podrostkov ot samoubijstv [Mortality of Russian adolescents due to suicides]. A.E. Ivanova, T.P. Sabgaida, V.G. Semenova, O.I. Antonova, S.Yu. Nikitina, G.N. Evdokushkina, M.V. Chernobavsky. M.: JuNISEF, 2011: 8–18 (in Russian).
32. Starshenbaum G.V. Suicidologija i krizisnaja psihoterapija [Suicidology and crisis psychotherapy]. M.: Kogito-Centr, 2005: 205 (in Russian).
33. Holmogorova A.B. Kognitivnaja psihoterapija suicidal'nogo povedenija: istorija razrabotki, sovremennoe sostojanie, perspektivy razvitiya [Cognitive psychotherapy of suicidal behavior: history of development, state-of-the-art, and perspectives of development]. *Medicinskaja psihologija v Rossii – Medical Psychology in Russia*. 2013; 2 (19). URL: <http://medpsy.ru> (date of access: 18.11.2014) (in Russian).
34. Easterlin R.A. *Birth and fortune*. New York: Basic Books, 1980. P. 65–96.
35. Fombonne E., Wostear G., Cooper V. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *Brit. J. Psychiatr.* 2001; 179: 210–217.
36. Hegna K. Is there an elevated risk of attempted suicide among homosexual adolescents? *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2001: 121.
37. Holinger P.C., Offer D. Prediction of adolescent suicide: a population model. *Am. J. Psych.* 1982; 52 (3): 302–307.
38. Maris R.W. Suicide. *Lancet*. 2002; 360: 319–326.
39. Murthy R.S. The World health report 2001: Mental health: New understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001: 86.
40. Spicer R., Miller T. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am. J. Public Health*. 2000; 90: 85–91.
41. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15–19. *J. World Psychiatr.* 2005; 4 (2): 114–120.

Received April 17.2017

Accepted May 02.2017

Korshunova Dariya R., psychiatrist of the Ward 17, N.N. Bazhenov Regional Clinical Psychiatric Hospital, Ryazan, Russian Federation.

✉ Korshunova Dariya R., e-mail: korshunsun@yandex.ru

УДК 616.89:616.36-002.2:616-052

Огарев В.В. Факторы мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 121–126.

Факторы мотивации к лечению больных хроническим вирусным гепатитом С (обзор литературы)

Огарев В.В.

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Россия, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1*

РЕЗЮМЕ

В статье представлен анализ научных исследований, посвященных изучению особенностей мотивации на лечение и стратегиям совладания с болезнью больных хроническим вирусным гепатитом С. Ключевыми факторами, влияющими на мотивацию к лечению, являются стигматизация, связанный с информацией о болезни стресс, высокие показатели по шкалам тревоги и депрессии, осознание опасности заболевания, ожидания относительно эффективности лечения и тяжести побочных эффектов. Стигматизация, стресс, высокие уровни тревоги и депрессии способствуют отказу от обращения к врачу. Эмоциональная поддержка со стороны семьи, участие в группах взаимопомощи способствуют принятию решения о начале лечения. Важным фактором, повышающим мотивацию на лечение, является обеспечение пациентов информацией о болезни со стороны медицинского персонала, высокий уровень эмпатии медицинских работников. Показана эффективность образовательных программ для пациентов.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит С, внутренняя картина болезни, восприятие болезни, мотивация на лечение.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее значимых медицинских и социальных проблем в России является вирусный гепатит С. Актуальность данной проблемы обусловлена его широким распространением, постоянной регистрацией всё новых случаев инфицирования, риском развития тяжёлых осложнений, отсутствием вакцины и высокой стоимостью лечения. Согласно последним данным, в нашей стране вирусом гепатита С заражены около 8 миллионов жителей. В соответствии с официальной статистикой Роспотребнадзора, в 2016 г. зарегистрировано 1 807 случаев заболевания острой формой гепатита С и 52 887 случаев хронической формой [9]. Учитывая рост заболеваемости ХВГС, эксперты прогнозируют и значительное увеличение числа больных с неблагоприятными исходами [10, 12].

Цель исследования: обзор отечественных и зарубежных источников по изучению особенностей мотивации на лечение и стратегиям совладания с болезнью больных хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС), основных факторов, влияющих на мотивацию к лечению.

ОБСУЖДЕНИЕ

Как известно, эффективность лечения зависит не только от назначенного курса терапии, но во многом связана и со степенью мотивации пациента к лечению, его приверженностью к терапии. Мотивация на лечение и совладание с болезнью больных вирусным гепатитом С в отечественных исследованиях до настоящего времени является недостаточно разработанной. Изучены лишь отдельные факторы, влияющие на мотивацию к лечению и стратегии совладания с болезнью пациентов с хроническим вирусным гепатитом С [1, 3, 5, 6].

В частности в диссертационном исследовании Т.С. Подосиновой [6] отмечается недостаточная

включенность телесного компонента в картину внутренней картины болезни (ВКБ) больных ХВГС. Это затрудняет осознание ими факта болезни и выработку мотивации на лечение, так как заболевание гепатитом не находит у них отражения на чувственном уровне ВКБ. В другом исследовании [5] описано влияние индивидуально-психологических свойств на мотивацию к лечению больных ХВГС. Более полное описание влияния различных факторов на мотивацию к лечению у пациентов вирусным гепатитом С представлено в зарубежных исследованиях.

Эмоциональная реакция на болезнь прежде всего проявляется стрессом, испытываемым пациентом вследствие информирования о диагнозе гепатита С, а в дальнейшем стрессом, связанным со стигматизацией и наличием угрожающего жизни хронического заболевания [4, 19, 20]. По данным В.Ж. Stewart et al. [42], шоковая реакция на болезнь, стигматизация и опасения пациентов по поводу заразности заболевания, возможности его прогрессирования снижают готовность обращения к врачу. Стигматизация, как правило, вызвана тем, что гепатит С ассоциируется у людей с приемом инъекционных наркотических средств, ВИЧ-инфекцией, возможностью заразиться гепатитом С от его носителя [21, 22, 27, 28, 29]. Вследствие стигматизации принятие решения об обращении к врачу может быть очень сложным и может служить источником стресса и напряжения [22].

В совместной работе G. Butt et al. [14] показано, что пациенты с гепатитом С часто испытывают чувство вины и поэтому скрывают наличие заболевания. Часть пациентов не афишируют наличие заболевания из-за того, что боятся быть воспринятыми окружающими как наркозависимые. Совокупность этих причин приводит к отказу пациентов от обращения к врачу.

M.R. Kraus et al. [35] при изучении 113 пациентов с непрогрессирующим гепатитом С обнаружили, что у 22,4 % пациентов наблюдались высокие показатели по шкале депрессии и у 15,2 % – по шкале тревоги. Причина заболевания гепатитом С (в частности наркотическая зависимость в анамнезе) и стадия заболевания гепатита не влияли на показатели по шкалам депрессии и тревоги. Более высокие показатели по шкале депрессии наблюдались у пациентов старше 50 лет ($p=0,024$). У пациентов с недавно диагностированным гепатитом (от 4 недель до 6 месяцев) отмечались более низкие показатели по шкалам депрессии ($p=0,003$) и тревоги ($p=0,001$). Пациенты, которым не рекомендовали терапию интерфероном, демонстрировали более высокие показатели по шкалам депрессии ($p=0,001$) и тревоги ($p=0,028$). Высокие показатели по шкалам тревоги и депрессии повышали риск применения неадаптивных поведенческих копинг-стратегий.

Таким образом, стигматизация, стресс, связанный с информацией о болезни, высокие показатели по шкалам тревоги и депрессии – всё это способствует отказу от обращения к врачу. В противоположность этому эмоциональная поддержка со стороны членов семьи, друзей, близкого окружения, групп взаимопомощи содействуют принятию решения о начале лечения [39, 31, 44].

Всё еще остаются открытыми вопросы о механизмах влияния эмоций на поведенческие стратегии совладания с болезнью. D.F. Cellar et al. [16] не выявили статистически значимых корреляций между эмоциональной стабильностью и такими копинг-стратегиями, как «планирование решения проблемы» и «бегство-избегание» по тесту Лазаруса.

Важное влияние на обращение к врачу и комплаентность оказывает когнитивный компонент восприятия болезни, в частности осознание опасности заболевания. Особенностью клинической картины острой фазы гепатита является то, что в большинстве случаев на начальных этапах болезнь протекает в безжелтушной или субклинической форме, что способствует недооценке опасности болезни [11, 45]. Бессимптомное течение гепатита С, большое количество побочных эффектов противовирусной терапии, приводящих к снижению качества жизни, и высокая стоимость препаратов снижают мотивацию больных к лечению и нередко приводят к полному отказу пациента от лечения [7, 15, 23, 34, 36, 37, 40, 46, 2].

Так Н.-J. Cho, E. Park [17] выделяют 4 типа реакции на получение информации об инфицированности гепатитом С: 1) «болезнь была обнаружена случайно». Для этих пациентов характерна недооценка опасности заболевания и концентрация на ошибках, приведших в прошлом к инфицированию; 2) «болезнь надломил жизнь» – характерно обвинение медицинского персонала в недостаточном объяснении опасности болезни и опасения по поводу дальнейшего развития болезни; 3) «опасения по поводу обязательного лечения, сопровождающегося побоч-

ными эффектами» – типичен поиск альтернативных методов лечения; 4) «осознание ценности своей жизни, которую важно не потерять» – готовность к радикальным изменениям в понимании смысла жизни. Характерны надежда на медленное развитие заболевания при условии правильного приема препаратов. Пациентов воодушевляет поддержка близких.

Австралийскими учеными ожидаемые проблемы со здоровьем при отсутствии лечения гепатита С оцениваются как наиболее важный фактор, подталкивающий к началу лечения [38]. Отмечается [41], что к началу лечения пациентов с гепатитом С подталкивают 2 фактора: осознание летальности заболевания и личный опыт взаимодействия с людьми, которые впоследствии скончались от гепатита С.

Ключевым фактором, повышавшим готовность к обращению за помощью, были обеспечение пациентов информацией о болезни со стороны медицинского персонала и получение пациентом формальной и неформальной поддержки. Пациенты отмечали, что для сохранения контактов с врачом большое значение имеют отношения в системе «врач – пациент»: врач должен быть эмпатичным, сочувствующим и информировать пациента доступным для понимания языком, учитывать эмоции пациента и уделять консультации достаточно времени. Тип отношений в системе «врач – пациент», крайне негативно влияющий на готовность продолжать лечение, характеризовался дискриминацией пациентов, назначением неподходящего лечения, укороченным по времени приемом и расхождением во мнениях врача и пациента при принятии решений о лечении [42].

Еще одним важным фактором обращения к врачу являются ожидания относительно эффективности и безопасности лечения.

Согласно результатам исследований, возможное влияние гепатита С на здоровье в будущем и ожидания пациента относительно эффективности и безопасности лечения определяют принятие решений о начале лечения и его прекращении [25], что может быть использовано для мотивирования пациентов на лечение и приверженность к лечению [30].

В то же время врачи часто недооценивают, насколько для пациентов важна информация о прогнозе эффективности и побочных эффектах лечения гепатита С [18], что делает актуальным активное информирование врачами пациентов об этих аспектах лечения. Актуальность коммуникаций врача с пациентами определяется также важностью рекомендаций со стороны врача как фактора начала терапии [25].

К факторам принятия решения о начале лечения относятся: ожидание высокой эффективности лечения, опасения прогрессирования заболевания, доступность лечения [43, 38]. И напротив, препятствуют принятию решения о начале лечения отсутствие симптомов заболевания, опасения побочных эффектов лечения и наличие депрессии [33].

Поддержанию комплаентности при лечении пациентов с ХВГС благоприятным образом способствуют индивидуальная психологическая поддержка больного и регулярное проведение образовательных программ [2], направленных на обучение правильному режиму лечению и снижению побочных эффектов. Результатом образовательных программ является снижение тревоги у пациентов по поводу лечения и повышение частоты начала лечения со стороны пациентов [24].

Отдельные исследования посвящены изучению взаимосвязи эмоционального, когнитивного и мотивационного компонентов восприятия болезни. L. Fuschfeld et al. [26] изучали факторы, как способствующие началу лечения пациентами с гепатитом С, так и препятствующие началу лечения. Способствуют началу лечения ощущение угрозы здоровью из-за заболевания, при этом относительная вероятность начала лечения (ОВ) повышается в 4,8 раза; наличие у пациента волевых качеств (ОВ=4,1), совет врача (ОВ=4,1), вероятное негативное влияние гепатита на достижение жизненных целей (ОВ=3,6), получение информации о прогнозируемой эффективности лечения (ОВ=3,5). Снижают вероятность начала лечения: опасения побочных эффектов (ОВ снижается в 3 раза), усталость (ОВ снижается в 2,9 раза), наличие депрессии (ОВ снижается в 2,4 раза) и в том случае, если хотя бы один из препаратов является инъекционным (ОВ снижается в 2 раза).

В совместной работе М.Ю. Максимовой и др. [5] были описаны особенности типов отношения к болезни в зависимости от индивидуально-личностных характеристик пациентов с ХВГС. Выявленные отклонения были разделены на три характерологических спектра – эмоционально нестабильный, тревожный и шизоидный. Пациенты первого спектра характеризовались импульсивностью, склонностью к деструктивному и аутодеструктивному поведению, снижением уровня социальной адаптации. Для пациентов спектра эмоциональной нестабильности характерны анозогнозический, эгоцентрический, дисфорический варианты отношения к болезни. Низкий уровень приверженности к лечению выражался в регулярных пропусках плановых очередных визитов в клинику. В группе больных тревожного спектра преобладали психастенические, тревожные и ананкастные характерологические черты. У больных ХВГС тревожного спектра отмечались тревожный, ипохондрический и неврастенический типы отношения к болезни. Пациенты данной группы характеризуются высоким и амбивалентным уровнем приверженности к лечению. Третьей группой исследования являлись те пациенты, у которых преобладали личностные характеристики шизоидного спектра. Больные данной группы демонстрировали амбивалентный уровень приверженности к лечению.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проблема мотивации на лечение, приверженности лечению и успешности совладания с болезнью больных вирусным гепатитом С является недостаточно изученной. Остаются малоисследованными связи мотивации на лечение с различными компонентами ВКБ и восприятия болезни. Практически не изучено влияние преморбидных психологических свойств больных на адаптацию к заболеванию, формирование мотивации и приверженности к лечению. Не отражены гендерные особенности восприятия болезни и совладания с нею. Недостаточно описано влияние различных факторов на формирование комплаентности как предиктора успешной мотивации на лечение. Все это определяет актуальность дальнейших исследований этой проблемы.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бузина Т.С. Психологическая модель профилактики зависимости от психоактивных веществ и сочетанных с ней парентеральных инфекций: дис. ... д.п.н. М., 2016.
2. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014; 2: 4–12.
3. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И., Морозов Д.И., Волков А.В. Депрессии при интерферонотерапии гепатита С: диагностика и лечение. *Психические расстройства в общей медицине*. 2014; 3–4: 25–30.
4. Куприянова И.Е., Чуйкова К.И., Ковалева Т.А., Алексеева Е.А. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 6 (75): 63–65.
5. Максимова М.Ю., Поддубная Т.В., Богомолов П.О., Ениколопов С.Н. Личностные характеристики и структура внутренней картины болезни как предикторы комплаенса пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С. *Психические расстройства в общей медицине*. 2014; 03–04: 31–38.
6. Подосинова Т.В. Внутренняя картина болезни больных опийной зависимостью, осложненной вирусным гепатитом С: Дис. ... к.п.н. М., 2011: 199.
7. Тихонова Ю.Г. Аффективные расстройства у больных хроническим гепатитом С: клиника и лечение: Автореф. дис. к.м.н. М., 2009: 24.
8. Шахильдян И.В. Характеристика современных эпидемиологических закономерностей парентеральных вирусных гепатитов в Российской Федерации. М., 2007: 346.
9. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Федеральный центр гигиены и эпидемиологии. http://www.rospotrebnadzor.ru/files/yauvar-decabr_2016.xlsx
10. Юшук Н.Д., Знойко О.О., Дудина К.Р. Проблемы учета заболеваемости и смертности от хронического гепатита С в Российской Федерации. *Здравоохранение*. 2012; 12: 68–74.
11. Юшук Н. Д., Климова Е. А., Знойко О. О., Кареткина Г. Н., Максимов С. Л., Маев И.В. Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение. М., 2011: 162.
12. Bernstein D., Kleinman L., Barker C.M., Revicki D.A., Green J. Relationship of health-related quality of life to treatment adherence and sustained response in chronic hepatitis C patients. *Hepatology*. 2002; 35 (3): 704–708.

13. Boytell D.M. Relation of health related hardiness to health perception and psychosocial adaptation in adult Hispanics with chronic hepatitis C (1996). FIU Electronic Theses and Dissertations.
14. Butt G., Paterson B.L., McGuinness L.K. Living with the stigma of hepatitis C. *West J. Nurs. Res.* 2008; 30 (2): 204e21.
15. Capuron L. Interferon-alpha – induced changes in tryptophan metabolism: relationship to depression and paroxetine treatment. *Biol. Psychiatry.* 2003; 54: 906–914.
16. Cellar D.F., Voster D., Fetters R., Twitchell E, Harper G.W., Scott C. Personality, coping, and well-being for people living with chronic hepatitis C. *Psychol. Rep.* 2016; 118 (2): 649–667. doi: 10.1177/0033294115625557.
17. Cho H.-J., Park E. Illness experience of patients with chronic hepatitis c participating in clinical trials. *Osong Public Health Res. Perspect.* 2016; 7 (6): 394e399.
18. Cotler S.J., Patil R., Mcnutt R.A. et al. Patients' values for health states associated with hepatitis C and physicians' estimates of those values. *Am. J. Gastroenterol.* 2001; 96 (9): 2730–2736.
19. Coughlan B., Sheehan J., Bunting B., Carr A., Crowe J. Evaluation of a model of adjustment to an iatrogenic hepatitis C virus infection. *British Journal of Health Psychology.* 2004; 9: 347–363.
20. Coughlan B., Sheehan J., Hickey A., Crowe, J. Psychological well-being and quality of life in women with an iatrogenic hepatitis C virus infection. *British Journal of Health Psychology.* 2002; 7: 105–116.
21. Dunne E.A., Quayle E. The impact of iatrogenically acquired hepatitis C infection on the well-being and relationships of a group of Irish women. *Journal of Health Psychology.* 2001; 6: 679–692.
22. Dunne E.A., Quayle E. Pattern and process in disclosure of health status by women with iatrogenically acquired hepatitis C. *Journal of Health Psychology.* 2002; 7: 565–582.
23. El-Serag H.B., Kunik M., Richardson P., Rabeneck L. Psychiatric disorders among veterans with hepatitis C infection. *Gastroenterology.* 2002; Aug. 123 (2): 476–482.
24. Evon D.M., Simpson K., Kixmiller S. et al. A randomized controlled trial of an integrated care intervention to increase eligibility for chronic hepatitis C treatment. *Am. J. Gastroenterol.* 2011; 106 (10): 1777–1786.
25. Fraenkel L., McGraw S., Wongcharatrawee S., Garciatsao G. What do patients consider when making decisions about treatment for hepatitis C? *Am. J. Med.* 2005, 118 (12): 1387–1391.
26. Fufeld L., Aggarwal J., Dougher C., Vera-Llonch M., Bubb S., Donepudi M., Goss T.F. Assessment of motivating factors associated with the initiation and completion of treatment for chronic hepatitis C virus (HCV) infection. *BMC Infectious Diseases.* 2013; 13: 234. doi: 10.1186/1471-2334-13-234
27. Hepworth J., Krug G.J. Hepatitis C: a socio-cultural perspective on the effects of a new virus on a community's health. *Journal of Health Psychology.* 1999; 4: 237–246.
28. Hopwood M., Treloar C. Resilient coping: applying adaptive responses to prior adversity during treatment for hepatitis C infection. *Journal of Health Psychology.* 2008; 13: 17–27.
29. Hopwood M., Nakamura T., Treloar C. Disclosing hepatitis C infection within everyday contexts. *Journal of Health Psychology.* 2010; 15: 811–818.
30. Jenner A., Scott A. Circulating beliefs, resilient metaphors and faith in biomedicine: hepatitis C patients and interferon combination therapy. *Sociol. Health Illn.* 2008; 30 (2): 197–216.
31. Jessop A.B., Cohen C., Burke M.M., Conti M., Black M. Hepatitis support groups: meeting the information and support needs of hepatitis patients. *Gastroenterol. Nur.* 2004; 27 (4): 163–169.
32. Kaptein A.A., Broadbent E. Illness cognition assessment / S. Ayers, A. Baum, C. McManus (Eds.) Cambridge handbook of psychology, health and medicine. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2007: 268–273.
33. Khokhar O.S., Lewis J.H. Reasons why patients infected with chronic hepatitis C virus choose to defer treatment: do they alter their decision with time? *Dig. Dis. Sci.* 2007; 52 (5): 1168–1176.
34. Koskinas J., Merkouraki P., Manesis E., Hadziyannis S. Assessment of depression in patients with chronic hepatitis: effect of interferon treatment. *Dig Dis.* 2002; 20 (3–4): 284–8.
35. Kraus M.R., Schafer A., Csef H., Scheurlen M., Faller H. Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatics.* 2000; 41: 377–384.
36. Lipowski Z.J. Psychosocial reactions to physical illness processes. *Canadian Medical Association Journal.* 1983; 128: 1069–1072.
37. Masterson T. Predictors of infection control adherence in individuals with cystic fibrosis: A dissertation submitted to Kent State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy / Tracy Loye Masterson. Kent State University, 2007: 191.
38. McNally S., Temple-Smith M., Sievert W., Pitts M.K. Now, later or never? Challenges associated with hepatitis C treatment. *Aust. N.Z. J. Public Health.* 2006, 30 (5): 422–427.
39. Munoz-Plaza C.E., Strauss S., Astonerwerell J. et al. Exploring drug users' attitudes and decisions regarding hepatitis C (HCV) treatment in the U.S. *Int. J. Drug Policy.* 2008; 19 (1): 71–78.
40. Nakamura T. et al. Retinopathy during interferon treatment in combination with ribavirin for chronic hepatitis C. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi.* 2005; 109: 748–752.
41. Safo S.A., Batchelder A., Peyser D., Litwin A.H. The common sense model applied to hepatitis C: a qualitative analysis of the impact of disease comparison and witnessed death on hepatitis C illness perception. *Harm Reduction Journal.* 2015; 12 (20): 1–8 doi: 10.1186/s12954-015-0054-1
42. Stewart B.J., Mikocka-Walus A.A., Harley H., Andrews J.M. Help-seeking and coping with the psychosocial burden of chronic hepatitis C: a qualitative study of patient, hepatologist, and counsellor perspectives. *Int. J. Nurs. Stud.* 2012; May; 49 (5): 560–569. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.004.
43. Strathdee S.A., Latka M., Campbell J. et al. Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C Virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users. *Clin. Infect. Dis.* 2005; 40 (5): S304–S312.
44. Sylvestre D.L., Zweben J.E. Integrating HCV services for drug users: a model to improve engagement and outcomes. *Int. J. Drug. Policy.* 2007; 18 (5): 406–410.
45. The Global Burden of Hepatitis C Working Group: Global Burden of Disease (GBD) for Hepatitis C. *J. Clin. Pharmacol.* 2004; 44 (1): 20–29.
46. Valentine A.D., Meyers C.A., Kling M.A. et al. Mood and cognitive side effects of interferon-alpha therapy. *Semin. Oncol.* 1998; 25: 39–47.

Поступила в редакцию 7.04.2017
Утверждена к печати 02.05.2017

Огарев Валерий Владимирович, аспирант кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии.

✉ Огарев Валерий Владимирович, e-mail: ogareffvalera@yandex.ru

УДК 616.89:616.36-002.2:616-052

For citation: Ogarev V.V. Factors of motivation for treatment of patients with chronic viral hepatitis C (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 121–126.**Factors of motivation for treatment of patients with chronic viral hepatitis C (literature review)****Ogarev V.V.***Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov
Delegatskaya Street 20/1, 127473, Moscow, Russian Federation***ABSTRACT**

Article presents the analysis of the latest scientific studies of motivation for treatment and coping strategies in patients with chronic viral hepatitis C (HCV). Main factors influencing low motivation for treatment are stigmatization, stress associated with information about the disease, anxiety and depression symptoms, awareness of the danger, expectations about the effectiveness of treatment and the severity of side effects. Stigma, stress, high level of anxiety and depression contribute to the refusal to seek medical attention. Emotional support from the family, self-help groups contribute to the decision to start treatment. An important factor that increases the motivation for treatment is the provision of patients with information about the disease by medical staff, a high level of compliance with practitioners. The effectiveness of educational programs for patients is shown.

Keywords: chronic viral hepatitis C, internal picture of the disease, perception of the disease, motivation for treatment.

REFERENCES

- Buzina T.S. Psikhologicheskaya model' profilaktiki zavisimosti ot psikhooaktivnykh veshchestv i sochetannykh s ney parenteral'nykh infektsiy. [Psychological model of prevention of substance use disorders and associated parenteral infections]. Dis. ... d.p.n – Thesis of Doctor of Psychology. Moscow, 2016 (in Russian).
- Danilov D.S. Terapevticheskoe sotrudnichestvo (komplains): sodержanie ponyatiya, mekhanizmy formirovaniya i metody optimizatsii [Compliance: the concept, the mechanisms of formation and optimization methods]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika - Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014; 2: 4–12 (in Russian).
- Ivanets N.N., Kinkulkin M.A., Tikhonova Y.G., Avdeeva T. I., Morozov D. I., Volkov A.V. Depressii pri interferonoterapii gepatita S: diagnostika i lechenie [Depression during interferon therapy of hepatitis C: diagnosis and treatment]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine - Mental Disorders in General Medicine*. 2014; 3-4: 25-30 (in Russian).
- Kupriyanova I.E., Chuikova K.I., Kovaleva T.A., Alekseeva E.A. Psikhicheskoe zdorov'e i kachestvo zhizni beremennykh zhenshchin s khronicheskimi virusnymi gepatitami V i S [Mental health and quality of life of pregnant women with chronic viral hepatitis B and C]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii - Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2012; 6 (75): 63-65 (in Russian).
- Maksimova M.Yu., Poddubnaya T.V., Bogomolov P.O., Enikolopov S.N. Lichnostnye kharakteristiki i struktura vnutrenney kartiny bolezni kak prediktory komplainsa patsientov, stradayushchikh khronicheskimi virusnym gepatitom C. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine. [Personal characteristics and structure of the disease internal picture as a predictor of compliance in patients with chronic viral hepatitis C]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine - Mental Disorders in General Medicine*. 2014; 03-04: 31-38 (in Russian).
- Podosinova T.V. Vnutrennyaya kartina bolezni bol'nykh opiyonoy zavisimost'yu, oslozhnennoy virusnym gepatitom C [Internal picture of opiate use disorder, complicated by viral hepatitis C]. Dis. ... k.p.n. – PhD thesis, 2011: 199 (in Russian).
- Tikhonova Yu.G. Affektivnye rasstroystva u bol'nykh khronicheskimi gepatitom C: klinika i lechenie [Affective disorders in patients with chronic hepatitis C: clinical picture and treatment]. Moscow, 2009 (in Russian).
- Shakhgildyan I.V. Kharakteristika sovremennykh epidemiologicheskikh zakonomernostey parenteral'nykh virusnykh gepatitov v Rossiyskoy Federatsii. [Characteristics of modern epidemiological patterns of parenteral viral hepatitis in Russian Federation]. Moscow, 2007: 346 (in Russian).
- Federal'naya sluzhba ponadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ey I blagopoluchiya cheloveka. Federal'nyy sentr gigiyeny i epidemiologii. [Federal Center for Hygiene and Epidemiology] http://www.rospotrebnadzor.ru/files/yanvar-decabr_2016.xlsx (in Russian).
- Yushchuk N.D. Problemy ucheta zabolevaemosti i smertnosti ot khronicheskogo gepatita C v Rossiyskoy Federatsii. Zdravookhraneniye. [Problems of accounting morbidity and mortality after chronic hepatitis C in Russian Federation]. *Health Care*. 2012; 12 (in Russian).
- Yushchuk N.D., Klimova E.A., Znoyko O.O., Karetkina G.N., Maksimov S.L., Maev I.V. Virusnye gepatity. Klinika, diagnostika, lechenie. [Viral hepatitis. Clinical picture, diagnosis, treatment]. Moscow, 2011 (in Russian).
- Bernstein D., Kleinman L., Barker C.M., Revicki D.A., Green J. Relationship of health-related quality of life to treatment adherence and sustained response in chronic hepatitis C patients. *Hepatology*. 2002; 35 (3): 704–708.
- Boyttel D.M. Relation of health related hardiness to health perception and psychosocial adaptation in adult Hispanics with chronic hepatitis C (1996). FIU Electronic Theses and Dissertations.
- Butt G., Paterson B.L., McGuinness L.K. Living with the stigma of hepatitis C. *West J. Nurs. Res.* 2008; 30 (2): 204e21.
- Capuron L. Interferon-alpha – induced changes in tryptophan metabolism: relationship to depression and paroxetine treatment. *Biol. Psychiatry*. 2003; 54: 906–914.
- Cellar D.F., Voster D., Fetters R., Twitchell E, Harper G.W., Scott C. Personality, coping, and well-being for people living with chronic hepatitis C. *Psychol. Rep.* 2016; 118 (2): 649–667. doi: 10.1177/0033294115625557.
- Cho H.-J., Park E. Illness experience of patients with chronic hepatitis c participating in clinical trials. *Osong Public Health Res. Perspect.* 2016; 7 (6): 394e399.
- Cotler S.J., Patil R., Mcnutt R.A. et al. Patients' values for health states associated with hepatitis C and physicians' estimates of those values. *Am. J. Gastroenterol.* 2001; 96 (9): 2730–2736.
- Coughlan B., Sheehan J., Bunting B., Carr A., Crowe J. Evaluation of a model of adjustment to an iatrogenic hepatitis C virus infection. *British Journal of Health Psychology*. 2004; 9: 347–363.
- Coughlan B., Sheehan J., Hickey A., Crowe, J. Psychological well-being and quality of life in women with an iatrogenic hepatitis C virus infection. *British Journal of Health Psychology*. 2002; 7: 105–116.
- Dunne E.A., Quayle E. The impact of iatrogenically acquired hepatitis C infection on the well-being and relationships of a group of Irish women. *Journal of Health Psychology*. 2001; 6: 679–692.

22. Dunne E.A., Quayle E. Pattern and process in disclosure of health status by women with iatrogenically acquired hepatitis C. *Journal of Health Psychology*. 2002; 7: 565–582.
23. El-Serag H.B., Kunik M., Richardson P., Rabeneck L. Psychiatric disorders among veterans with hepatitis C infection. *Gastroenterology*. 2002; Aug. 123 (2): 476–482.
24. Evon D.M., Simpson K., Kixmiller S. et al. A randomized controlled trial of an integrated care intervention to increase eligibility for chronic hepatitis C treatment. *Am. J. Gastroenterol.* 2011; 106 (10): 1777–1786.
25. Fraenkel L., McGraw S., Wongcharatrawee S., Garciatsao G. What do patients consider when making decisions about treatment for hepatitis C? *Am. J. Med.* 2005, 118 (12): 1387–1391.
26. Fufeld L., Aggarwal J., Dougher C., Vera-Llonch M., Bubb S., Donepudi M., Goss T.F. Assessment of motivating factors associated with the initiation and completion of treatment for chronic hepatitis C virus (HCV) infection. *BMC Infectious Diseases*. 2013; 13: 234. doi: 10.1186/1471-2334-13-234
27. Hepworth J., Krug G.J. Hepatitis C: a socio-cultural perspective on the effects of a new virus on a community's health. *Journal of Health Psychology*. 1999; 4: 237–246.
28. Hopwood M., Treloar C. Resilient coping: applying adaptive responses to prior adversity during treatment for hepatitis C infection. *Journal of Health Psychology*. 2008; 13: 17–27.
29. Hopwood M., Nakamura T., Treloar C. Disclosing hepatitis C infection within everyday contexts. *Journal of Health Psychology*. 2010; 15: 811–818.
30. Jenner A., Scott A. Circulating beliefs, resilient metaphors and faith in biomedicine: hepatitis C patients and interferon combination therapy. *Sociol. Health Illn.* 2008; 30 (2): 197–216.
31. Jessop A.B., Cohen C., Burke M.M., Conti M., Black M. Hepatitis support groups: meeting the information and support needs of hepatitis patients. *Gastroenterol. Nur.* 2004; 27 (4): 163–169.
32. Kaptein A.A., Broadbent E. Illness cognition assessment / S. Ayers, A. Baum, C. McManus (Eds.) Cambridge handbook of psychology, health and medicine. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2007: 268–273.
33. Khokhar O.S., Lewis J.H. Reasons why patients infected with chronic hepatitis C virus choose to defer treatment: do they alter their decision with time? *Dig. Dis. Sci.* 2007; 52 (5): 1168–1176.
34. Koskinas J., Merkouraki P., Manesis E., Hadziyannis S. Assessment of depression in patients with chronic hepatitis: effect of interferon treatment. *Dig Dis.* 2002; 20 (3-4): 284-8.
35. Kraus M.R., Schafer A., Csef H., Scheurlen M., Faller H. Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*. 2000; 41: 377–384.
36. Lipowski Z.J. Psychosocial reactions to physical illness processes. *Canadian Medical Association Journal*. 1983; 128: 1069–1072.
37. Masterson T. Predictors of infection control adherence in individuals with cystic fibrosis: A dissertation submitted to Kent State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy / Tracy Loye Masterson. Kent State University, 2007: 191.
38. McNally S., Temple-Smith M., Sievert W., Pitts M.K. Now, later or never? Challenges associated with hepatitis C treatment. *Aust. N.Z. J. Public Health*. 2006, 30 (5): 422–427.
39. Munoz-Plaza C.E., Strauss S., Astonetwerell J. et al. Exploring drug users' attitudes and decisions regarding hepatitis C (HCV) treatment in the U.S. *Int. J. Drug Policy*. 2008; 19 (1): 71–78.
40. Nakamura T. et al. Retinopathy during interferon treatment in combination with ribavirin for chronic hepatitis C. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi*. 2005; 109: 748-752.
41. Safo S.A., Batchelder A., Peyser D., Litwin A.H. The common sense model applied to hepatitis C: a qualitative analysis of the impact of disease comparison and witnessed death on hepatitis C illness perception. *Harm Reduction Journal*. 2015; 12 (20): 1–8 doi: 10.1186/s12954-015-0054-1
42. Stewart B.J., Mikocka-Walus A.A., Harley H., Andrews J.M. Help-seeking and coping with the psychosocial burden of chronic hepatitis C: a qualitative study of patient, hepatologist, and counsellor perspectives. *Int. J. Nurs. Stud.* 2012; May; 49 (5): 560–569. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.004.
43. Strathdee S.A., Latka M., Campbell J. et al. Factors associated with interest in initiating treatment for hepatitis C Virus (HCV) infection among young HCV-infected injection drug users. *Clin. Infect. Dis.* 2005; 40 (5): S304–S312.
44. Sylvestre D.L., Zweben J.E. Integrating HCV services for drug users: a model to improve engagement and outcomes. *Int. J. Drug Policy*. 2007; 18 (5): 406–410.
45. The Global Burden of Hepatitis C Working Group: Global Burden of Disease (GBD) for Hepatitis C. *J. Clin. Pharmacol.* 2004; 44 (1): 20–29.
46. Valentine A.D., Meyers C.A., Kling M.A. et al. Mood and cognitive side effects of interferon-alpha therapy. *Semin. Oncol.* 1998; 25: 39-47.

Received April 7.2017
Accepted May 02.2017

Ogarev Valery V., postgraduate student of the Department of Psychological Counseling, Psychocorrection and Psychotherapy, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russian Federation.

✉ Ogarev Valery V., e-mail: ogareffvalera@yandex.ru

ЭПИЛЕПТОЛОГИЯ

УДК 616.853:616-003.96:616-055.1

Гребенюк О.В., Казенных Т.В., Алифирова В.М. Особенности клинико-социальной адаптации у мужчин при раннем дебюте эпилепсии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 127–132.

Особенности клинико-социальной адаптации у мужчин при раннем дебюте эпилепсии

Гребенюк О.В.¹, Казенных Т.В.², Алифирова В.М.¹¹ *Сибирский государственный медицинский университет
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2*² *Научно-исследовательский институт психического здоровья
Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

РЕЗЮМЕ

Исследованы показатели социальной адаптации у 383 пациентов с эпилепсией с дебютом до 18 лет в возрасте от 24 до 60 лет, такие как образовательный и семейный статусы, способность к самостоятельному проживанию. Исследуемую группу составили 212 женщин и 171 мужчина. 73 пациента наблюдались с симптоматической эпилепсией, 310 пациента – с идиопатической. У 120 пациентов частота приступов была реже 1 раза в год. Все пациенты имели среднее образование и постоянно принимали противоэпилептические препараты. При симптоматической эпилепсии с ранним дебютом гендерные различия в семейном и образовательном статусах не выявлены. Независимо от пола пациенты с миоклониями чаще имели высшее образование, чем больные с абсансными и тонико-клоническими приступами. У пациентов, имеющих сочетание различных типов приступов, вне зависимости от этиологии и гендерной принадлежности чаще встречалось среднее образование. Женщины с редкими генерализованными приступами чаще состояли в браке и имели высшее образование. Холостые мужчины с редкими генерализованными приступами чаще проживали изолированно от родственников. Полагаем, что выявленная противоречивость в показателях социальной адаптации у мужчин с редкими генерализованными приступами в большей степени связана с феноменом аутостигматизации, чем с влиянием заболевания. Полученные данные могут учитываться при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов с синдромами идиопатической эпилепсии.

Ключевые слова: симптоматическая эпилепсия, идиопатическая эпилепсия, генерализованные, абсансные и тонико-клонические приступы, дебют эпилепсии, противоэпилептические препараты, гендерные различия при эпилепсии, мужчины, женщины, социальная адаптация.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным отечественных авторов, эпилепсия является наиболее распространенным хроническим заболеванием центральной нервной системы у взрослых, сопровождающимся социальной стигматизацией [1, 2]. Преодоление дискриминации больных с эпилепсией во многом зависит от успехов психофармакологии и совершенствования специализированной эпилептологической помощи [3].

Показано, что пациенты с приступами эпилепсии с более редкой частотой вступают в брак, имеют работу или учатся, тогда как пациенты без приступов демонстрируют показатели адаптации, близкие к таковым в общей популяции [4].

Известно, что стигма эпилепсии только отчасти объясняется тяжестью и частотой приступов. Такие факторы как уровень образования, социальная изоляция, негативное отношение родителей, учителей и общества играют не менее важную роль [5]. К факторам, снижающим общую оценку связанного со здоровьем качества жизни у больных эпилепсией, исследователи относят наличие тревожно-депрессивных расстройств и ранний дебют заболевания [6].

Отмечается, что в целом взрослые пациенты с эпилепсией при раннем дебюте заболевания имеют благоприятный долгосрочный медицинский прогноз в плане достижения ремиссии, но при этом более низкий уровень образования, а также трудовой занятости и семейного положения по сравнению с общей популяцией [7]. Предположительно, это обусловлено формированием аутостигматизации, проявляющейся самостоятельным ограничением социальной активности как реакции избегания потенциальной дискриминации. В соответствии с данными зарубежных авторов само-стигматизация при эпилепсии, затрагивая семейный и образовательный статусы, трудовую занятость, имеет гендерные различия [8].

Так, при мужской эпилепсии наиболее характерными оказались частая представленность травм головного мозга, склонность к злоупотреблению алкоголем, а также достоверно более низкий уровень тревоги по сравнению с женщинами при одинаковой тяжести заболевания [9, 10]. Показано, что мужчины по сравнению с женщинами чаще считали себя больными, скрывали свой диагноз, реже имели инвалидность и в меньшей степени психологически поддерживались друзьями [11].

В сравнении с женщинами у мужчин с дебютом эпилепсии до 20-летнего возраста чаще наблюдалось проживание вне брака. При этом у женщин показатели семейного статуса имели положительную динамику при наблюдении нескольких поколений (коррелируя с внедрением новых противоэпилептических препаратов и повышением уровня знаний об эпилепсии в обществе). Тогда как аналогичные показатели оставались неизменными у мужчин [12].

В настоящее время достигнуты значительные успехи в терапевтическом контроле приступов, особенно при лечении детских и подростковых форм идиопатических эпилепсий. Эти высокие результаты оказали положительное влияние на уровень адаптации пациенток с эпилепсией в социуме, в том числе в реализации репродуктивного поведения [13].

В то же время клиничко-социальные аспекты при различной этиологии эпилепсий у мужчин и женщин с дебютом до наступления взрослого возраста изучены недостаточно.

Цель исследования: изучение взаимосвязей между показателями клинической картины и социальной адаптации при идиопатической и симптоматической формах эпилепсии с дебютом до наступления взрослого возраста в зависимости от гендерной принадлежности.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось как одномоментное (поперечное). Исследуемая группа была сформирована согласно критериям отбора. Сравнимые группы не рандомизировались. Источником первичного материала послужили амбулаторные карты Кабинета по лечению эпилепсии кафедры неврологии и нейрохирургии СибГМУ.

Критериями отбора в исследование являлись: 1) диспансерное наблюдение в неврологической сети г. Томска, 2) установленный этиологический диагноз идиопатической эпилепсии (ИЭ) или симптоматической эпилепсии (СЭ), 3) взрослый возраст (от 24 до 60 лет) [14], 4) дебют заболевания до наступления взрослого возраста (до 18 лет), 5) постоянный прием противоэпилептических препаратов, 6) завершённое среднее образование, 7) наличие достоверных данных о текущих клинических проявлениях заболевания, 8) наличие достоверных данных о семейном и образовательном статусах, характере проживания респондента (изолированное, совместное с другими членами семьи), 9) информированное согласие на обработку данных.

Дизайн исследования. Сравнение проводилось между клиническими проявлениями заболевания и показателями социальной адаптации в группах женщин и мужчин, больных с СЭ и ИЭ.

Клиническая характеристика исследуемой группы. В исследование вошли 383 пациента с диагностированной эпилепсией в соответствии с критериями отбора. Из них 212 женщин (средний возраст 32,9±8,4 года) и 171 мужчина (средний возраст 32,1±9,2 года) ($p>0,05$).

Длительность заболевания составила в группах женщин и мужчин 20,4±9,0 и 19,6±10,6 года соответственно ($p>0,05$).

Клиническая характеристика исследуемой группы пациентов с СЭ и ИЭ приведена в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Клиническая характеристика пациентов с эпилепсией (абс., %)		
Показатель	Женщины	Мужчины
Формы эпилепсии		
Симптоматическая	40/18,9%	33/19,3%
Идиопатическая	172/81,1%	138/80,7%
Электроэнцефалография		
Фокальная эпилептиформная активность	21/9,9%	12/7,0%
Генерализованная эпилептиформная активность	163/76,9%	125/73,1%
Нет эпилептиформной активности	28/13,2%	34/19,9%
Нейровизуализация		
Черепно-мозговая травма	3/1,4%	6/3,5%
Артерио-венозная мальформация	26/12,3%	21/12,3%
Склероз гиппокампа	7/3,3%	4/2,3%
Энцефалит	2/0,9%	1/0,6%
Опухоль головного мозга	2/0,9%	0/0%
Токсическое поражение ЦНС	2/0,9%	2/1,2%
Структурное повреждение мозга не выявлено	170/80,2%	137/80,1%
Характер эпилептических приступов		
Изолированные	191/90,1%	150/88,8%
Сочетанные	21/9,9%	19/11,2%
Структура изолированных приступов		
Абсанс	15/7,1%	33/19,3%
Миоклонии, из них	38/17,9%	19/11,1%
билатеральный миоклонус	0/0%	2/10,5%
миоклонус век	5/13,2%	1/5,3%
миоклонии в руках	33/86,8%	16/84,2%
Фокальные приступы	24/11,3%	13/7,6%
Первично-генерализованные тонико-клонические приступы	110/51,9%	81/47,4%
Вторично-генерализованные тонико-клонические приступы	25/11,8%	25/14,6%
Частота приступов		
Чаще 1 раза в 12 месяцев	156/73,3%	107/62,6%
Реже 1 раза в 12 месяцев	56/26,4%	64/37,4%

Статистическая обработка. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программного пакета Statistica 6.0. В работе применены методы описательной статистики для числовых переменных: для оценки однородности групп по возрасту использовали t-критерий, данные представлены в виде $M\pm SD$ (среднее и ошибка среднего).

При сравнении категориальных переменных для оценки статистической значимости различий между группами применялся критерий χ^2 .

Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В группе пациентов с изолированными и сочетанными эпилептическими приступами изучена взаимосвязь клинических симптомов заболевания с показателями социальной адаптации.

Изучение образовательного статуса показало, что мужчины достоверно реже имели высшее образование, чем женщины (31,0 % против 47,6% от общего числа мужчин и женщин; $p=0,0009$).

Однако уровень образования в исследуемых подгруппах больных эпилепсией зависел как от этиологии, так и от клинических проявлений заболевания (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Соотношение клинических показателей с уровнем образования у пациентов с эпилепсией (абс., %)		
Показатель	Женщины	Мужчины
Структура пароксизмального синдрома		
Изолированные приступы	73/45,6%	80/62,0%
	87/54,4%*	49/38,0%*
	9/75,0%	9/100%
	3/25,0%	0/0%
Сочетанные приступы	23/74,2%	17/81,0%
	8/25,8%	4/19,0%
	6/66,7%	10/100%
	3/33,3%	0/0%
Пароксизмальный синдром при изолированных припадках		
Абсанс	11/50,0%	21/61,8%
	11/50,0%	13/38,2%**
Миоклонии	12/38,7%	4/25,0%
	19/61,3%	12/75,0%**,**
Фокальные приступы	8/53,3%	5/62,5%
	7/46,7%****	3/37,5%
Первично-генерализованные тонико-клонические приступы	50/48,1%	54/69,2%
	54/51,9%	24/30,78%**
Вторично-генерализованные тонико-клонические приступы	15/93,8%	14/93,3%
	1/6,3%****	1/6,7%
Частота приступов реже 1 раза в год		
Изолированные приступы	19/35,2%	28/49,1%
	35/64,8%	29/50,9%****
Сочетанные приступы	1/100%	6/85,7%
	0/0%	1/14,3%
Частота приступов чаще 1 раза в год		
Изолированные приступы	54/50,9%	52/72,2%
	52/49,1%****	20/27,8%****,*
Сочетанные приступы	22/73,3%	13/81,3%
	8/26,7%	3/18,8%

При сравнении пациентов с изолированным миоклонусом включены только миоклонические рыбки в руках. * – Достоверные различия для каждой пары сравниваемых признаков.

Известно, что, несмотря на хороший контроль над приступами, пациенты с эпилепсией имеют более низкие показатели образования по сравнению со здоровыми сверстниками [15].

Как видно из полученных нами данных, у пациентов, имеющих сочетание различных типов приступов, вне зависимости от этиологии и гендерной принадлежности чаще встречалось среднее образование. Данный факт может объясняться не только особенностями течения заболевания, но и, возможно, интенсивным характером терапевтической интервенции в период социального созревания. И напротив, у пациенток с изолированными генерализованными приступами достоверно чаще по сравнению с пациентами-мужчинами встречалось высшее образование ($p=0,005$).

В то же время мужчины с изолированными генерализованными приступами (конвульсивными и неконвульсивными припадками с нарушением сознания) достоверно чаще имели среднее образование. Тогда как у мужчин с изолированными приступами в виде миоклонуса в руках чаще зафиксировано высшее образование ($p=0,004$).

В целом при изолированных припадках с миоклониями (в отличие от абсансных и первично-генерализованных тонико-клонических приступов) как среди мужчин, так и среди женщин с более высокой частотой встречалось высшее образование ($p=0,014$).

При сочетанных приступах независимо от гендерной принадлежности с более высокой частотой имело место среднее образование ($p=0,0001$).

Женщинам с изолированными вторично-генерализованными тонико-клоническими приступами высшее образование удавалось получить достоверно реже, чем женщинам с изолированными фокальными приступами ($p=0,01$).

Следует отметить, что у мужчин с фокальными приступами наблюдалась аналогичная тенденция, но различия не достигали уровня достоверности в силу малого числа наблюдений.

У мужчин с изолированными приступами в отличие от женщин уровень образования зависел от частоты наступления генерализованных приступов. Так, у мужчин с приступами частотой реже 1 раза в год чаще зафиксировано высшее образование, тогда как у мужчин с неоднократными припадками в течение последнего года высшее образование встречалось достоверно реже ($p=0,007$).

Наиболее драматичными приступами эпилепсии являются тонико-клонические припадки. При частых приступах как у женщин, так и у мужчин с более высокой частотой отмечалось среднее образование, тогда как при редких приступах (реже 1 раза в год) женщины достоверно чаще получали высшее образование (57,7 % женщин против 28,6 % мужчин; $p=0,001$).

Можно предполагать, что сам факт наличия редких генерализованных тонико-клонических приступов большее отрицательное влияние на стремление к повышению уровня образования оказывал на мужчин по сравнению с женщинами.

Далее в исследованной группе пациентов с эпилептическими приступами выявлена взаимосвязь клинических симптомов заболевания с показателями семейного статуса. В первую очередь был изучен основной показатель семейного статуса во взрослом возрасте – вступление в брачные отношения.

В браке на момент исследования состояло 230 пациентов, из них 148 женщин и 82 мужчины. Вне брака к моменту включения в исследование находились 66 женщин и 89 мужчин, из них состояли в разводе 11 и 7 человек. Женщины независимо от этиологии заболевания с достоверно более высокой частотой состояли в браке (69,8 % женщин и 47,9 % от мужчин; $p=0,00001$), в том числе при изолированных приступах (73,8 % женщин и 52,6 % мужчин; $p=0,00005$), что совпадает с данными зарубежных авторов [16]. И напротив, женщины и мужчины с сочетанностью нескольких типов генерализованных или фокальных приступов достоверно реже вступали в брак – 4,7 % вступивших в брак женщин ($p=0,0001$) и 2,5 % мужчин ($p=0,0006$).

Характер изолированных приступов как у мужчин, так и у женщин не оказывал влияния на семейный статус больных с сочетанными приступами. При изолированной эпилепсии женщины с генерализованными тонико-клоническими приступами достоверно чаще вступали в брак, чем мужчины (75,0 % женщин и 56,4 % мужчин; $p=0,008$). Семейный статус пациентов с «малыми» приступами эпилепсии (абсансами и миоклониями) так же характеризовался достоверным преобладанием замужних женщин над женатыми мужчинами (75,0 % женщин и 47,1% мужчин; $p=0,003$). В целом женщины с изолированными приступами независимо от типа и частоты генерализованных приступов достоверно чаще вступали в брак по сравнению с мужчинами (75,0 % женщин и 52,7% мужчин; $p=0,00008$).

На следующем этапе исследования изучено влияние клинических симптомов заболевания на способность не вступивших в брак пациентов к самостоятельному проживанию.

Согласно современным представлениям, показателем успешной компенсации патологического процесса у пациентов с хроническим заболеванием является возможность самостоятельного проживания [17]. По мнению авторов, факт самостоятельного проживания подтверждает отсутствие у пациента ограничений жизнедеятельности и сохраненной способности к самообслуживанию и передвижению. С другой стороны, характерное для пациентов с эпилепсией избегание общения, бытовая самоизоляция может являться показателем стигматизации при этом заболевании [18].

В анализируемой когорте пациентов с эпилепсией 53 женщины и 82 мужчины никогда не вступали в брак. Среди них мужчины достоверно чаще проживали изолированно от родственников (70,7 % мужчин и 39,6 % женщин; $p=0,0003$). Среди самостоятельно проживающих мужчин с эпилепсией достоверно чаще встречались пациенты с изолированными, чем с сочетанными приступами (76,9 % против 47,1 %; $p=0,02$). Независимо от этиологии заболевания 91,4 % мужчин с изолированными припадками проживали отдельно от родственников, тогда как при сочетанных приступах самостоятельное проживание зафиксировано только у 8,6 % ($p=0,00003$). Выявленная закономерность прослеживалась у мужчин с изолированными и сочетанными приступами, однако различия достигли достоверного уровня только у пациентов с генерализованными припадками (табл. 3).

Характерная для мужчин с эпилепсией тенденция к самостоятельному проживанию встречалась при всех типах фокальных и генерализованных приступов. Основным фактором, влияющим на способность к самостоятельному проживанию у пациентов с изолированными приступами, оказалась их частота. Холостые мужчины с редкими припадками достоверно чаще проживали вне родительской семьи, чем незамужние женщины с редкими и мужчины с частыми приступами ($p=0,0001$).

Т а б л и ц а 3

Соотношение клинических показателей со способностью к самостоятельному проживанию пациентов с эпилепсией (абс., %)

Показатель	Женщины	Мужчины
Структура пароксизмального синдрома		
Изолированные приступы	18/51,4%	9/15,8%
	17/48,6%	48/84,2%*
	6/85,7%	3/37,5%
	1/14,3%	5/62,5%
Сочетанные приступы	6/85,7%	6/75,0%
	1/14,3%	2/25,0%*
	2/50,0%	6/66,7%
	2/50,0%	3/33,3%
Частота приступов реже 1 раза в год		
Изолированные приступы	5/55,6%	1/3,5%
	4/44,4%**	28/96,5%**;***
Сочетанные приступы	0/0%	0/0%
	1/100,0%	1/100,0%
Частота приступов чаще 1 раза в год		
Изолированные приступы	13/50,0%	9/32,1%
	13/50,0%	19/67,9%***
Сочетанные приступы	5/83,3%	3/42,9
	1/16,7%	4/57,1%

* – Достоверные различия для каждой пары сравниваемых признаков.

Таким образом, в исследуемой выборке пациентов с эпилепсией, не вступивших в брак, отдельное от родительской семьи проживание наблюдалось преимущественно у мужчин с ИЭ с редкими генерализованными приступами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При хронической эпилепсии, обусловленной структурным повреждением головного мозга, характеризующейся высокой частотой и сочетанием фокальных приступов с различной степенью генерализации гендерных различий в исследованных показателях социальной адаптации не выявлено. У женщин с редкими генерализованными приступами, в отличие от мужчин, встречалось высшее образование; они чаще находились в браке. В то же время холостые мужчины с редкими генерализованными приступами чаще проживали изолированно от родственников, демонстрируя в сравнении с женщинами большую способность к самообеспечению. Можно предполагать, что выявленная противоречивость традиционных показателей социальной адаптации у мужчин с изолированной эпилепсией с редкими генерализованными приступами в большей степени связана с феноменом аутостигматизации, нежели с влиянием самого заболевания.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации ВМА (протокол ЛЭКа НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 50 от 21.05.2012, дело № 50/1.2012).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гехт А.Б., Авакян Г.Н., Гусев Е.И. Современные стандарты диагностики и лечения эпилепсии в Европе. *Журнал неврологии и психиатрии*. 1999; 99 (7): 4–7.
2. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2010: 720.
3. Бурд С.Г., Бадалян О.Л., Чуканова А.С., Авакян Г.Г., Крикова Е.В. Современные принципы противосеизмической терапии взрослых. *Лечащий врач*. 2008; 8: 40–44.
4. Stavem K., Loge J.H., Kaasa S. Health status of people with epilepsy compared with a general reference population. *Epilepsia*. 2000; 41 (1): 85–90.
5. Brodie M.J., De Boer H.M., Johannessen S.I. (eds.) Living with epilepsy employment. *Epilepsia*. 2003; 44 (6): 49–50.
6. Котов А.С., Рудакова И.Г., Морозова О.С. Факторы, снижающие общую оценку связанного со здоровьем качества жизни у больных эпилепсией. *Неврологический журнал*. 2011 (1): 10–14.
7. Wakamoto H. et al. Long-term medical, educational, and social prognoses of childhood onset epilepsy: a population based study in a rural district of Japan. *Brain and Development*. 2000; 22 (4): 246–255.
8. Jalava M., Sillanpää M. Reproductive activity and of spring health of young adults with childhood onset epilepsy: A Controlled Study. *Epilepsia*. 1997; 38 (5): 532–540.
9. Sare G. et al. Men with epilepsy – The lost tribe? Results of a nationwide survey of men with epilepsy living in the UK. *Seizure*. 2007; 16 (5): 384–396.
10. Власов П.Н. Эпилепсия у мужчин и женщин: грани проблемы. *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2013; 5 (4): 23–25.
11. Михайлов В.А. Актуальные вопросы эпилептологии – стигматизация, качество жизни и реабилитация больных. *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2010; 2 (3): 39–41.
12. Dansky L.V., Andermann E., Andermann F. Marriage and fertility in epileptic patients. *Epilepsia*. 1980; 21 (3): 261–271.
13. Шнайдер Н.А., Дмитренко Д.В., Егорова А.Т., Елизарьева Т.Ю. Алгоритм ведения беременности и родов у женщин, страдающих эпилепсией. *Проблемы женского здоровья*. 2012; 7 (2): 36–42.
14. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И. Холостовой. М.: Юристъ, 1997: 424.
15. Shackleton D.P. et al. Living with epilepsy long-term prognosis and psychosocial outcomes. *Neurology*. 2003; 61 (1): 64–70.
16. Sillanpää M., Haataja L., Shinnar S. Perceived impact of childhood onset epilepsy on quality of life span adult. *Epilepsia*. 2004; 45 (8): 971–977.
17. Michael Y.L. et al. Living arrangements, social integration, and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology*. 2001; 153 (2): 123–131.
18. Jacoby A. Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy & Behavior*. 2002; 3 (6): 10–20.

Поступила в редакцию 14.03.2017
 Утверждена к печати 02.05.2017

Гребенюк Олег Валерьевич, к.м.н., доцент кафедры неврологии и нейрохирургии.

Казенных Татьяна Валентиновна, к.м.н., ученый секретарь.

Алифинова Валентина Михайловна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии.

✉ Гребенюк Олег Валерьевич, e-mail: mailto:oleg129@sibmail.com

УДК 616.853:616-003.96:616-055.1

For citation: Grebenyuk O.V., Kazennykh T.V., Alifirova V.M. Features of clinical-social adaptation in men with early debut of epilepsy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 127–132.

Features of clinical-social adaptation in men with early debut of epilepsy

Grebenyuk O.V.¹, Kazennykh T.V.², Alifirova V.M.¹

¹ Siberian State Medical University

Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation

² Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences

Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Indicators of social adaptation in 383 epilepsy patients with the debut before 18 years aged between 24 to 60 years are investigated. The gender differences in family and educational status of patients with symptomatic epilepsy with early onset are not identified. Women with rare generalized seizures are more frequently married and have a higher education. Single men with rare generalized seizures frequently live in isolation from the family. We believe that revealed contradiction in terms of the social adaptation of men with rare generalized seizures is more related to the phenomenon of self-stigmatization than to the effect of the disease. Obtained data may be taken into account when carrying out rehabilitation measures in patients with idiopathic epilepsy syndromes.

Keywords: symptomatic epilepsy, idiopathic epilepsy, generalized, absence and tonic-clonic seizures, debut of epilepsy, anti-epileptic drugs, gender differences in epilepsy, men, women, social adaptation.

REFERENCES

1. Gekht A.B., Avakyan G.N., Gusev E.I. Sovremennye standarty diagnostiki i lecheniya epilepsii v Evrope [Modern standards of diagnostics and treatment of epilepsy in Europe]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii – Journal of Neurology and Psychiatry*. 1999; 99 (7): 4–7 (in Russian).
2. Karlov V.A. Epilepsiya u detey i vzroslykh zhenshchin i muzhchin: Rukovodstvo dlya vrachey [Epilepsy in children and adult women and men. Handbook for physicians]. М.: Medicina, 2010: 720 (in Russian).
3. Burd S.G., Badalyan O.L., Chukanova A.S., Avakyan G.G., Krikova E.V. Sovremennye printsipy protivoseizmicheskoy terapii vzroslykh [Modern principles of antiepileptic therapy of adults]. *Lechashchiy vrach – Attending Physician*. 2008; 8: 40–44 (in Russian).

4. Stavem K., Loge J.H., Kaasa S. Health status of people with epilepsy compared with a general reference population. *Epilepsia*. 2000; 41 (1): 85–90.
5. Brodie M.J., De Boer H.M., Johannessen S.I. (eds.) Living with epilepsy employment. *Epilepsia*. 2003; 44 (6): 49–50.
6. Kotov A.S., Rudakova I.G., Morozova O.S. Faktory, snizhayushchie obshchuyu otsenku svyazannogo so zdorov'em kachestva zhizni u bol'nykh epilepsiy [The factors which decrease the total score of health-related quality of life scale in patients with epilepsy]. *Nevrologicheskiy zhurnal – Neurological Journal*. 2011 (1): 10–14 (in Russian).
7. Wakamoto H. et al. Long-term medical, educational, and social prognoses of childhood onset epilepsy: a population based study in a rural district of Japan. *Brain and Development*. 2000; 22 (4): 246–255.
8. Jalava M., Sillanpää M. Reproductive activity and of spring health of young adults with childhood onset epilepsy: A Controlled Study. *Epilepsia*. 1997; 38 (5): 532–540.
9. Sare G. et al. Men with epilepsy – The lost tribe? Results of a nationwide survey of men with epilepsy living in the UK. *Seizure*. 2007; 16 (5): 384–396.
10. Vlasov P.N. Epilepsiya u muzhchin i zhenshchin: grani problemy [Epilepsy in men and women: facets of problem]. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya - Epilepsy and Paroxysmal States*. 2013; 5 (4): 23–25 (in Russian).
11. Mikhailov V.A. Aktual'nye voprosy epileptologii – stigmatizatsiya, kachestvo zhizni i reabilitatsiya bol'nykh [Relevant issues of epileptology – stigmatization, quality of life and rehabilitation of patients]. *Epilepsiya i paroksizmal'nye sostoyaniya - Epilepsy and Paroxysmal States*. 2010; 2 (3): 39–41 (in Russian).
12. Dansky L.V., Andermann E., Andermann F. Marriage and fertility in epileptic patients. *Epilepsia*. 1980; 21 (3): 261–271.
13. Schneider N.A., Dmitrienko D.V., Egorova A.T., Elizaryeva T.Yu. Algoritm vedeniya beremennosti i rodov u zhenshchin, stradayushchikh epilepsiy [Algorithm of management of pregnancy and delivery in women with epilepsy]. *Problemy zhenskogo zdorov'ya - Problems of Woman's Health*. 2012; 7 (2): 36–42 (in Russian).
14. Slovar'-spravochnik po sotsial'noy rabote [Directory of social work]. E.I. Kholostova, ed. M.: Yurist", 1997: 424 (in Russian).
15. Shackleton D.P. et al. Living with epilepsy long-term prognosis and psychosocial outcomes. *Neurology*. 2003; 61 (1): 64–70.
16. Sillanpää M., Haataja L., Shinnar S. Perceived impact of childhood onset epilepsy on quality of life span adult. *Epilepsia*. 2004; 45 (8): 971–977.
17. Michael Y.L. et al. Living arrangements, social integration, and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology*. 2001; 153 (2): 123–131.
18. Jacoby A. Stigma, epilepsy, and quality of life. *Epilepsy & Behavior*. 2002; 3 (6): 10–20.

Received Mart 14.2017

Accepted May 02.2017

Grebenyuk Oleg V., PhD, lecturer of the Department of Neurology and Neurosurgery, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Kazennykh Tatiana V., PhD, academic secretary, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Alifirova Valentina M., MD, Professor, Head of the Department of Neurology and Neurosurgery, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Grebenyuk Oleg V., e-mail: oleg129@sibmail.com

ЮБИЛЕИ



24 мая отметила свой 85-летний юбилей высококвалифицированным специалистом в области фундаментальных проблем психических заболеваний, алкоголизма и наркоманий, создатель научной школы патогенеза алкоголизма и наркоманий, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН

Ирина Петровна Анохина

На начальном этапе основным направлением ее исследований явилось изучение механизмов развития ступорозных состояний различного генеза – застойное возбуждение в глубинных подкорковых структурах мозга. В дальнейшем круг научных интересов расширился и был посвящен изучению роли нейромедиаторной системы в патогенезе психических и эмоциональных расстройств, биологических механизмов алкогольной зависимости.

И.П. Анохиной разработана концепция о стержневых биологических механизмах зависимости от ПАВ, доказано принципиальное единство биологических механизмов различных типов химической зависимости. Приоритетное значение имеют исследования последних лет по изучению наследственных факторов, определяющих риск развития алкоголизма и наркоманий. На основе исследований врожденных отклонений функций дофаминовой системы и структурных особенностей генов сегодня разрабатываются биологические маркеры наследственной предрасположенности к этим заболеваниям.

В начале 1980-х гг. И.П. Анохина принимала активное участие в становлении в России научной специальности «наркология» и организации Института медико-биологических проблем алкоголизма.

И.П. Анохиной создана научная школа медико-биологических проблем наркологии, основой которой является разрабатываемое перспективное научное направление, касающееся всестороннего изучения генетических, нейрохимических, иммунологических и нейрофизиологических механизмов зависимости от психоактивных веществ.

Научные интересы И.П. Анохиной в последние годы охватывают широкий круг ключевых биологических направлений в наркологии: изучение механизмов регуляции функций нейромедиаторных систем в норме и при развитии алкогольной и наркотической зависимостей; изучение особенностей нару-

В 1956 г. И.П. Анохина с отличием окончила лечебный факультет 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. После окончания ординатуры по психиатрии в группе академика Е.А. Попова в 1958 г. начала работать в лаборатории патофизиологии высшей нервной деятельности НИИ судебной психиатрии им. В.П. Сербского. В этот период сформировался её интерес к биологическим основам регуляции психической деятельности и механизмам развития психических расстройств и заболеваний.

шений и способов коррекции функционирования ферментов, участвующих в обмене биогенных аминов при алкогольной и наркотической зависимостях; изучение структурных особенностей генов, контролирующих дофаминовую нейромедиацию у больных с различной тяжестью заболевания алкоголизмом и наркоманией и с различной наследственной отягощенностью.

И.П. Анохину всегда отличает активная жизненная позиция и направленность общественной деятельности на благо российской науки. Долгие годы она являлась заместителем председателя Научного совета по наркологии РАМН и Минздрава РФ, заместителем председателя Секции по наркологии Ученого совета Минздрава РФ, председателем Проблемной комиссии Научного совета РАМН и Минздрава РФ «Медико-биологические проблемы наркологии», членом Российской секции Международной академии наук, членом Международного и Европейского обществ биомедицинских исследований алкоголизма, Международного общества по изучению мозга, Американского психосоматического общества, редколлегий журнала «Вопросы наркологии», редакционного совета журналов «Наркология» и «Психофармакология и биологическая наркология», членом редколлегий международных журналов «Alcohol and alcoholism», «Alcoholism: experimental and clinical research» и «Addiction biology».

И.П. Анохина – автор более 390 научных работ, опубликованных и получивших широкое признание в России и за рубежом, соавтор 13 патентов. Результаты научных исследований И.П. Анохиной широко известны за рубежом.

Редколлегия СВПН поздравляет Ирину Петровну Анохину с юбилеем и желает ей здоровья, благополучия в жизни, неиссякаемой творческой энергии, оптимизма и дальнейших успехов в научной и общественной работе.



7 мая исполнилось 90 лет профессору, заместителю директора по научной работе Московского НИИ психиатрии, руководителю отдела клиничко-социальной психиатрии, отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи, вице-президенту Российского общества психиатров, главному редактору журнала «Социальная и клиническая психиатрия»

Исааку Яковлевичу Гуровичу

Судьба Исаака Яковлевича неразрывно связана с Московским НИИ психиатрии, где он прошел путь до заместителя директора по научной работе. Главным принципом в науке для Исаака Яковлевича было развитие традиций школы его Учителя – профессора С.Г. Жислина. Отличительными чертами научно-клинической деятельности И.Я. Гуровича всегда были широта подхода, глубокая исследовательская интуиция, комплексность оценок, детальный анализ и глубокая всесторонняя оценка полученных результатов.

И.Я. Гурович является основоположником отечественной психофармакотерапии. С его именем связаны первые и полные описания побочных эффектов лекарственной терапии психических расстройств – понимание значимости этой проблемы во многом опередило время.

В последующие годы серия исследований профессора И.Я. Гуровича была связана с организационной психиатрией. С 1970-х годов он высказывал идеи о необходимости переноса акцента в оказании помощи во внебольничные условия, развития дневных стационаров, внедиспансерного звена и децентрализации психиатрического обслуживания населения. Являлся одним из основных разработчиков Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Многие работы И.Я. Гуровича посвящены проблеме инвалидности при психических заболеваниях, вопросам социального функционирования и качества жизни больных. Являясь сторонником концепции комплексности оказания психиатрической помощи с привлечением биологических, социально-средовых и психологических методов воздействия, он переосмыслил концепцию психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, сформулировав её в современном понимании и заложив основу внедрения данного подхода. Идеи И.Я. Гуровича были положены в основу многих инновационных форм оказания психиатрической помощи.

Сплав идей научной мысли и практического опыта всегда отличал деятельность профессора И.Я. Гуровича, его исследовательские работы служили основой важных практических рекомендаций, отражающих актуальные потребности отечественной психиатрии.

И.Я. Гурович является автором свыше 500 опубликованных научных работ, в том числе широко известных монографий.

В течение многих лет Исаак Яковлевич активно и постоянно занимается педагогической работой, он воспитал учеников, развивающих его идеи как в работах научно-исследовательских центров, в первую очередь в Московском НИИ психиатрии, так и в деятельности амбулаторных и стационарных психиатрических учреждениях многих регионов страны и ближнего зарубежья.

Плодотворная научная и педагогическая работа И.Я. Гуровича неразрывно связана с его активной общественной деятельностью. В течение многих лет он был заместителем председателя Правления Российского общества психиатров, организатором многих научных форумов национального масштаба, в том числе с международным участием, являлся инициатором и координатором ряда важных проектов международного сотрудничества в области организации психиатрической помощи и психосоциальной реабилитации, наиболее крупным из которых была «Канадско-российская программа по инвалидности».

Многогранная плодотворная научная и общественная деятельность Исаака Яковлевича получила широкое признание психиатрического сообщества в нашей стране и за рубежом. Его труд отмечен правительственными наградами – Орденом Почета, медалями. И.Я. Гурович является почетным членом Российского общества психиатров.

Редколлегия СВПН поздравляет Исаака Яковлевича Гуровича с юбилеем и желает ему крепкого здоровья, оптимизма, доброго расположения духа.



24 июля 2017 г. исполняется 70 лет ведущему медицинскому генетику России, академику РАН, заслуженному деятелю науки РФ, организатору и директору НИИ медицинской генетики (Томского научного центра АМН СССР, затем – СО РАМН, СО РАН) с 1986 по 2015 г., научному руководителю ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», заведующему кафедрой медицинской генетики Сибирского государственного медицинского университета МЗ России

Валерию Павловичу Пузырёву

Открытый в Томске в 1982 г. профильный отдел Института медицинской генетики АМН СССР (Москва) под руководством В.П. Пузырева инициирует исследования в области популяционной генетики народонаселения Сибири, изучения закономерностей распространения и накопления груза наследственных болезней, патогенетики заболеваний многофакторной природы, цитогенетики онтогенеза человека. По его инициативе в начале 1980-х гг. открывается областная медико-генетическая консультация, создается отделение Всесоюзного общества медицинских генетиков.

С 1986 г. до 2015 г. В.П. Пузырёв неизменно являлся директором института НИИ медицинской генетики. Под его руководством были определены ведущие направления научных исследований, сформирован коллектив молодых ученых, создана материально-техническая база.

Научные работы В.П. Пузырёва посвящены вопросам популяционной и эволюционной генетики, генетической эпидемиологии и геномным исследованиям многофакторных заболеваний. Под его руководством впервые в Сибири начато исследование генетического разнообразия населения по митохондриальному геному.

В.П. Пузырёвым предложена концепция «синтропных генов», лежащих в основе распространенных болезней с наследственной предрасположенностью. Эти воззрения проверены и уточнены в исследованиях по генетике болезней сердечно-сосудистой системы, бронхиальной астмы, сахарного диабета, рассеянного склероза, хронической обструктивной болезни легких, туберкулеза, клещевого энцефалита. Разработаны панели генетических маркеров.

В.П. Пузырёв вместе с сотрудниками института является участником нескольких международных проектов.

Среди учеников В.П. Пузырёва 12 докторов и 38 кандидатов наук, успешно развивающих актуальные научные направления в области медицинской генетики. Он является автором более 820 научных работ, в том числе 14 монографий, редактором периодического издания «Наследственность и здоровье».

В 1999 г. по его инициативе была создана первая в Сибири кафедра медицинской генетики в Сибирском государственном медицинском университете, базой которой для студентов и врачей является Ин-

ститут медицинской генетики и его Генетическая клиника.

Валерий Павлович наряду с научно-исследовательской и педагогической ведет активную научно-организационную и общественную работу. Он являлся заместителем по науке Председателя Президиума СО РАМН (2011-2014 гг.), в настоящее время – член Президиума СО РАН и бюро Объединенного ученого совета по медицинским наукам, член ученого совета СибГМУ, председатель диссертационного совета по специальности «Генетика», член многих редакционных советов научных журналов, в том числе «Генетика», «Медицинская генетика», «Вавиловский журнал генетики и селекции», «Бюллетень СО РАМН», «Вестник Якутского научного центра», «Трансляционная медицина», «Сибирский научный медицинский журнал», член Американского и Европейского обществ генетики человека. Он является Советником ректора Санкт-Петербургского государственного университета по координации проекта «Российский геном», Вице-президентом Вавиловского общества генетиков и селекционеров.

В.П. Пузырёв награжден Орденом «Почета», «Орденом Дружбы», знаком отличия «За заслуги перед Томской областью». Является заслуженным деятелем науки РФ, заслуженным деятелем науки Республики Бурятия и Республики Тыва, Почетным профессором Таджикского института последипломной подготовки кадров.

Редколлегия СВПН поздравляет Валерия Павловича Пузырёва с юбилеем и желает ему здоровья, благополучия в жизни, удачи в реализации новых замыслов и проектов.



1 июня 2017 г. исполнилось 70 лет известному сибирскому ученому в области медицинской генетики, талантливому клиницисту, доктору медицинских наук, профессору, заслуженному врачу РФ, заместителю директора НИИ медицинской генетики Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, руководителю лаборатории наследственной патологии

Людмиле Павловне Назаренко

Открытый в Томске в 1982 г. профильный отдел Института медицинской генетики АМН СССР (Москва) под руководством В.П. Пузырева начинает исследования в области популяционной генетики народонаселения Сибири, изучения закономерностей распространения и накопления груза наследственных болезней, патогенетики заболеваний многофакторной природы, цитогенетики онтогенеза человека. По его инициативе в начале 1980-х гг. открывается областная медико-генетическая консультация, создается отделение Всесоюзного общества медицинских генетиков.

Пол окончания педиатрического факультета Киргизского мединститута Л.П. Назаренко работала врачом-педиатром, младшим научным сотрудником отделения патологии сердечно-сосудистой системы Киргизского НИИ охраны материнства и детства АМН СССР. В 1982 г. была приглашена в Томский отдел Института медицинской генетики АМН СССР старшим научным сотрудником лаборатории популяционной генетики. С 1989 г. – руководитель лаборатории наследственной патологии, главный врач генетической клиники института. С 2007 г. – заместитель директора по научной и лечебной работе.

Л.П. Назаренко выполнен фундаментальный цикл работ по изучению груза наследственной патологии народонаселения Сибири и Дальнего Востока, закономерностей его формирования, организации регионального медико-генетического консультирования. Результаты исследования в отношении населения Томской области проанализированы в докторской диссертации.

Л.П. Назаренко – научный руководитель и участник экспедиций в регионы Сибири (Якутия, Бурятия, Алтай, Тува, Хакасия). Результаты исследований обобщены в коллективных монографиях: «Комплексное клинко-генетическое исследование коренных народностей Западной Сибири», «Генетико-экологическая оценка состояния здоровья жителей Якутии», «Генетико-эпидемиологическое исследование населения Тувы», «Тувинцы: гены, демография, здоровье». Последние две удостоены премии и диплома Правительства Республики Тыва.

Другое направление её научной деятельности касается проблем экогенетики – исследование влияния комплекса факторов ядерного и химического характера на основные параметры здоровья работников промышленных предприятий и населения сопредельных территорий.

Является соавтором монографии «Ядерно-химическое производство и генетическое здоровье». При её научной консультации в г. Северске Томской области открыта медико-генетическая консультация как подразделение Северского биофизического центра.

Талантливый и опытный клиницист, врач-генетик Л.П. Назаренко – организатор и многие годы руководитель генетической клиники института, до сих пор остающейся единственной в России и являющейся Федеральным центром по медицинской генетике Минздрава РФ. По её инициативе в клинике проводятся высокотехнологичные методы лечения, диагностика наследственной патологии с использованием современных молекулярно-генетических, цитологических и биохимических методов. Автор более 350 научных публикаций, в том числе 6 монографий, 3 учебных и методических пособий для врачей. Под её руководством защищена 1 докторская и 10 кандидатских диссертаций, её ученики работают во многих медико-генетических консультациях России.

Ведет большую педагогическую и общественную работу, является профессором кафедры медицинской генетики Сибирского государственного медицинского университета, главным специалистом-генетиком Департамента здравоохранения Томской области, членом диссертационного совета по специальности «Генетика», членом Российского общества медицинских генетиков и Европейского общества генетики человека, членом редакционного Совета журнала «Медицинская генетика».

Редколлегия СВПН поздравляет Людмилу Павловну Назаренко с юбилеем и желает ей благополучия в жизни, оптимизма, новых достижений на благородном поприще сохранения здоровья людей.

