

ISSN 1810-3111

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Биологические исследования

Клиническая наркология

Детско-подростковая психиатрия

Экологическая психиатрия

Превентивная психиатрия

Психосоматические расстройства

Психотерапия и медицинская психология

Этнопсихиатрия

Лекции. Обзоры

Вести из региона

Юбилей

2013. № 6 (81).

Научно-практическое издание

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Богатство России прирастать будет Сибирью...

М. В. Ломоносов

Без всякого ложного чувства, без всякого страха быть обвиненным в предвзятости, в пристрастии к избранной специальности можно определенно сказать, что психиатрия имеет полное и законное право на очень пристальное внимание со стороны каждого врача.

П. Б. Ганнушкин

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ 2 0 1 3 . № 6 (8 1).

Учредитель: Российская Академия медицинских наук
Сибирское отделение
ФГБУ НИИ психического здоровья

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

Журнал основан в 1996 г.

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете Российской Федерации по печати.

Свидетельство о регистрации № 017413 от 10 апреля 1998 г.

Свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № 77-13364 от 19 августа 2002 г.

выдано Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

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

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

Редакция журнала:

Ответственный секретарь к.м.н. **Л. А. Степанова**

Выпускающий редактор **И. А. Зеленская**

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

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН.

Телефон/факс: (382-2)-72-44-25. Телефон: (382-2)-72-43-97. E-mail: redo@mail.tomsknet.ru.

Web-сайт института: tomskinstitute.mental-health.ru

Web-сайт журнала: svpin.org

SIBERIAN GERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

SCIENTIFIC-PRACTICAL
REVIEWED JOURNAL
2 0 1 3 . № 6 (8 1).

Founders: Russian Academy of Medical Sciences
Siberian Branch
Mental Health Research Institute

EDITORIAL BOARD

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

EDITORIAL COUNCIL

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

The journal has been established in 1996.

The journal has been registered in the State Committee of Russian Federation on Press.

Certificate of registration no. 017413 of April 10, 1998.

Certificate of reregistration of mass medium PI no. 77-13364 of August 19, 2002 has been issued by Ministry of Russian Federation of on press, TV and radio broadcasting and means of mass communications.

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

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

Editorial staff:

Responsible secretary Ph.D. **L. A. Stepanova**

Issuing editor **I. A. Zelenskaya**

Editorial office: Tomsk, 634014, Aleutskaya Street, 4, Editorial-Publishing Group
«Mental Health Research Institute» SB RAMSci.

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

Website of the Institute: tomskinstitute.mental-health.ru

Website of journal: svpin.org

СОДЕРЖАНИЕ

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нечаева Т. О., Говорин Н. В., Витковский Ю. А. (Чита) ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ АДГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ДЕЗОМОРФИНОЙ НАРКОМАНИЕЙ	5
---	---

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Семина И. Р., Есин Д. О. (Томск) ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АЛЕКСИТИМИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	10
Кучаева А. В., Семенихин Д. Г., Карпов А. М. (Казань) ПРЕДИКТОРЫ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ	14

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Фомушкина М. Г., Раева Т. В. (Тюмень) ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНО-ВОЗБУДИМОГО СИНДРОМА В СТРУКТУРЕ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	18
Карауш И. С. (Томск) КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ	22

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Рудницкий В. А. (Томск) ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР	27
--	----

ПРЕВЕНТИВНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Гуткевич Е. В., Лебедева В. Ф. (Томск) ОРГАНИЗАЦИЯ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СЕМЬЯХ КАК РАЗВИТИЕ ПРЕДИКТИВНО-ПРЕВЕНТИВНОЙ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ	33
--	----

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Спивак С. В. (Томск) КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С	41
Бакшт А. Е., Белобородова Э. И., Бурковская В. А., Белобородова Е. В., Наумова Е. Л., Новожева Т. П. (Томск) ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА	43
Никифорова Т. В., Агаркова Л. А. (Томск) КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ	46
Ефанова Т. С., Захаров Р. И. (Новосибирск, Москва) СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ	51

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Шевченко Т. И., Богомаз С. А., Бохан Т. Г. (Санкт-Петербург, Томск) ЖИЗНЕННЫЕ СМЫСЛЫ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ДЕТЕРМИНАНТЫ УСТОЙЧИВОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ФПС МЧС РОССИИ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	54
Королев А. А., Стоянова И. Я. (Барнаул, Томск) ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В АСПЕКТЕ САМООРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ СОЧЕТАНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	59

ЭТНОПСИХИАТРИЯ

Дашиева Б. А. (Томск) ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ БУРЯТСКОЙ И РУССКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ	64
Винокуров Е. В., Собенников В. С. (Иркутск) ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)	68

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

Алтынбеков К. С. (Алматы) ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ	74
НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ	79
ЮБИЛЕЙ	88
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПУБЛИКАЦИЙ В СВПН	89
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ за 2013 г.	92

C O N T E N T S

BIOLOGICAL RESEARCH

- Nechaeva T. O., Govorin N. V., Vitkovsky Yu. A.** (Chita) FEATURES OF HEMOSTASIS SYSTEM INDICES AND LYMPHOCYTE-PLATELET ADHESION DISTURBANCES IN PATIENTS WITH DESOMORPHINE DRUG ADDICTION 5

CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

- Semin I. R., Esin D. O.** (Tomsk) INTERRELATIONSHIP OF QUALITY OF LIFE AND ALEXITHYMIA IN ALCOHOL-DEPENDENT PATIENTS 10
- Kuchaeva A. V., Semenikhin D. G., Karpov A. M.** (Kazan) PREDICTOR VARIABLES OF SYMPTOMATIC ALCOHOLIZATION IN PATIENTS WITH DEPRESSION 14

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

- Fomushkina M. G., Raeva T. V.** (Tyumen) SPECIFICS OF AFFECTIVE-EXCITABLE SYNDROME IN STRUCTURE OF BEHAVIORAL DISORDERS IN ADOLESCENTS 18
- Karaush I. S.** (Tomsk) CLINICAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MENTAL HEALTH PROBLEMS OF VISUALLY IMPAIRED CHILDREN 22

ECOLOGICAL PSYCHIATRY

- Rudnitsky B. A.** (Tomsk) TYPES OF TREATMENT OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN LIQUIDATORS OF CONSEQUENCES OF CHAPS ACCIDENT AND EFFICACY OF TREATMENT-PREVENTIVE MEASURES 27

PREVENTIVE PSYCHIATRY

- Gutkevich E. V., Lebedeva V. F.** (Tomsk) ORGANIZATION OF HIERARCHIC SYSTEM OF GENETIC PREVENTION OF MENTAL DISORDERS IN FAMILIES AS DEVELOPMENT OF PREDICTIVE-PREVENTIVE AND PERSONALIZED MEDICINE 33

PSYCHOSOMATIC DISORDERS

- Chuikova K. I., Kovaleva T. A., Spivak S. V.** (Tomsk) CLINICAL-DYNAMIC AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC HEPATITIS B AND C 41
- Baksh A. E., Beloborodova E. I., Burkovskaya V. A., Beloborodova E. V., Naumova E. L., Novozheeva T. P.** (Tomsk) PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES 43
- Nikiforova T. V., Agarkova L. A.** (Tomsk) CLINICAL MANIFESTATIONS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN WITH FETAL LOSS IN HISTORY 46
- Efanova T. S., Zakharov R. I.** (Novosibirsk, Moscow) STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS IN PREGNANT WOMEN WITH THREAT OF TERMINATION 51

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

- Shevchenko T. I., Bogomaz S. A., Bokhan T. G.** (Saint-Petersburg, Tomsk) PURPOSES/MEANINGS OF LIFE IN SPECIALISTS OF FEDERAL FIREFIGHTING SERVICE OF EMERCOM OF RUSSIA IN THE THEORY OF MODERN ANTHROPOLOGICAL KNOWLEDGE 54
- Korolev A. A., Stoyanova I. Ya.** (Barnaul, Tomsk) PERSONALITY POTENTIAL IN ASPECT OF SELF-ORGANIZATION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH COMBINED MENTAL DISORDERS 59

ETHNOPSYCHIATRY

- Dashieva B. A.** (Tomsk) ETHNOCULTURAL PECULIARITIES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN DISABLED ADOLESCENTS OF BURYAT AND RUSSIAN NATIONALITIES 64
- Vinokurov E. V., Sobennikov V. S.** (Irkutsk) ETHNOCULTURAL PECULIARITIES OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS WITH PAROXYSMAL NON-EPILEPTIC CONDITIONS IN GENERAL MEDICAL SETTINGS IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA) 68

LECTURES. REVIEWS

- Altynbekov K. S.** (Almaty) PHARMACOECONOMIC ASPECTS OF TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA 74
- NEWS OF PSYCHIATRY** 79
- JUBILEES** 88
- GUIDELINES FOR AUTHORS** 89
- AUTHOR INDEX FOR 2013** 92

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616-005.6:616.89-008.441.33

ББК Р645.021.1-45

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ АДГЕЗИИ У БОЛЬНЫХ ДЕЗОМОРФИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Нечаева Т. О.^{*}, Говорин Н. В.,
Витковский Ю. А.

ГБОУ ВПО «Читинская ГМА» Минздрава России
672039, Чита, ул. Горького, 39-а

У 70 пациентов с синдромом зависимости от дезоморфина проводилось исследование состояния сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, свертывания крови и фибринолиза. Было выявлено повышение как спонтанной, так и индуцированной агрегации тромбоцитов, повышение лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии. На фоне разнонаправленных изменений коагуляционного гемостаза отмечено уменьшение фибринолитической активности плазмы. **Ключевые слова:** дезоморфиновая наркомания, сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, агрегация тромбоцитов, лимфоцитарно-тромбоцитарная адгезия.

FEATURES OF HEMOSTASIS SYSTEM INDICES AND LYMPHOCYTE-PLATELET ADHESION DISTURBANCES IN PATIENTS WITH DESOMORPHINE DRUG ADDICTION. Nechaeva T. O., Govorin N. V., Vitkovsky Y. A., Chita State Medical Academy. 672039, Chita, Gorky's Street, 39-a. Primary haemostasis, blood coagulation and fibrinolysis of 70 patients with desomorphine drug addiction have been investigated. It has been identified that spontaneous and induced platelet aggregation, lymphocyte-platelet adhesion were elevated. Patients demonstrated different data of blood coagulation, decrease of fibrinolysis. **Key words:** desomorphine drug addiction, hemostasis, platelet aggregation, lymphocyte-platelet adhesion.

Введение. В структуре заболеваемости наркоманиями практически во всех регионах России опийная наркомания по удельному весу занимает лидирующее место (Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R., 2006; Bokhan N. A., Baturin E. V., 2011). Имеет место нарастание тенденции соче-

танного употребления наркотиков с алкоголем, что приводит к клинической манифестации выраженной коморбидной нейровисцеральной (Shin S., Mathew T., Yanova G. et al., 2010) патологии в связи с перекрестным наложением токсикогенных эффектов психоактивных веществ, механизмы реализации и профилактики которых становятся предметом биологических исследований (Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бохан Н. А., 2002; Prokopieva V. D., Bohan N. A., Johnson P., Abe H., Boldyrev A. A., 2000; Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D. et al., 2002, 2006; Bokhan N., Ivanova S., Rakitina N., Fedorenko O., 2008; Prokopieva V. D., Sitozhevskii A. V., Bokhan N. A., Johnson P., 2012). В «наркотическом социуме» Сибирского региона предпочтению отдается наркотикам, полученным кустарным способом (Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И., 2002, 2005; Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., Матафонова Е. В., 2010; Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И., 2012). Одним из таких наркотических веществ является дезоморфин. Известно, что потребление дезоморфина характеризуется высокой контагиозностью, безремиссионным течением (Демидова О. В., Мохначев С. О., 2011), в очень короткие сроки приводит к серьезным микроциркуляторным изменениям, что влечет за собой развитие тяжелой патологии (поражение сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, мочевыделительной, гепатобилиарной систем) и нередко приводит к летальному исходу (Сахаров А. В., Говорин Н. В., 2011). У пациентов с синдромом зависимости от дезоморфина развиваются тяжелые расстройства циркуляции крови в результате тромбоза сосудов различного калибра (Дробышева В. П., Вельтер О. Ю., 2002). Особенностью тромботического процесса является его быстрое распространение не только по поврежденным, но и по интактным сосудам, предпринимаемая при этом терапия часто не приносит ожидаемого результата (Кузник Б. И., 2010). В связи с этим комплексное изучение всех звеньев гемостаза является важным для уточнения патогенеза заболевания.

Цель настоящей работы – исследование состояния сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, свертывания крови и фибринолиза у пациентов с синдромом зависимости от дезоморфина.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 70 пациентов с дезоморфиновой зависимостью, поступивших в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» г. Читы с синдромом отмены в возрасте 20–39 лет. Исследования проводили до лечения и через 1 неделю после начала лечения. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту. Использовалась специально разработанная клинико-anamnestическая анкета для оценки социального статуса пациента, анамнеза болезни, клинических аспектов течения заболевания.

^{*} Нечаева Татьяна Олеговна – врач-психиатр-нарколог, аспирант каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии, тел. моб.: +79145160555, e-mail: t_messalina@mail.ru

Говорин Николай Васильевич – Заслуженный врач РФ, д. м. н., проф., зав. каф. психиатрии, наркологии и медицинской психологии, тел.: 8(3022)355300, e-mail: govorin-nik@yandex.ru

Витковский Юрий Антонович – д. м. н., проф., зав. каф. нормальной физиологии, e-mail: yuvitkovsky@rambler.ru

Агрегационную функцию тромбоцитов определяли турбодиметрическим методом по методу G. Born с использованием в качестве индукторов агрегации аденозиндифосфата (АДФ), коллагена и адреналина (Технология-стандарт, Барнаул). Состояние коагуляционного гемостаза оценивали с помощью стандартизованных тестов – международное нормализованное отношение (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), концентрация фибриногена (ФГ) (Технология-стандарт, Барнаул). Концентрацию тканевого активатора плазминогена (tPA), ингибитора плазминогена (PAI-1), фактора фон Виллебранда (vWF) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) (Биохиммак, Москва). Лимфоцитарно-тромбоцитарную адгезию (ЛТА) оценивали по оригинальному методу Ю. А. Витковского и др. Статистическая обработка проведена с применением пакета статистических программ «Statistica 6.0» непараметрическими методами с определением медианы, интерквартильной широты (25–75 %), с использованием критерия Вилкоксона. Статистическую значимость различий считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Нами было отмечено, что во всех случаях дезоморфин больными употреблялся внутривенно. Клиническая картина абстинентного синдрома, в случае первичной наркотизации, была сформирована через 3–6 месяцев после первого употребления и развивалась в среднем через 3–4 часа после последнего употребления наркотика, при этом пик достигался через 2 суток после его последнего употребления.

В клинике аффективные нарушения, как правило, опережали развитие алгических расстройств и симптомов вегетативной дисрегуляции в 100 % случаев. Первые признаки в виде страха ломки, беспокойства, отсутствия или снижения аппетита, общего дискомфорта возникали через 3–4 часа после последнего употребления дезоморфина. Далее присоединялись непреодолимое влечение к приему наркотика, раздражительность, боли в конечностях, озноб. Через 12–15 часов у больных отмечались субдепрессивные расстройства, нередко с суицидальными тенденциями. Диспептические расстройства у данной группы больных были представлены незначительно. У части больных имели место трофические поражения подкожно-жировой клетчатки, тромботические поражения сосудов нижних конечностей, а также поражение внутренних органов в виде токсического гепатита и токсической энцефалопатии.

Отягощенная наследственность у исследуемой группы больных была выявлена в 40 % случаев, при этом у 22 человек родители страдали алкоголизмом (31,4 %), у 4 человек – наркоманией (5,7 %), у 2 пациентов наследствен-

ность была отягощена суицидами близких родственников (2,9 %).

Анализ социального статуса показал, что среднее образование имели 44 человека, или 62,9 % от общего числа, среднее специальное образование – 22 человека, или 31,4 %, и высшее – 4 человека, или 5,7 %. Около 90 % пациентов на момент госпитализации не работали. Судимость в анамнезе имели 38 человек, или 60,4 %, не были судимы – 32, или 39,6 %. Только 24 (34,3 %) пациента на момент госпитализации были женаты, большая часть опрошенных не имели семей и проживали одни либо с родителями (60 %).

В анамнезе суицидальная активность была выявлена у 38 больных (54,3 % от общего числа респондентов), из них суицидальные мысли были у 29 человек, суицидальные попытки – у 6 человек, намерения имели 3 пациента. Только 6 человек (15,8 %) находились в тот момент в состоянии опьянения. Психическая зависимость к опиоидам (навязчивые мысли о наркотике, неудовлетворенность, ухудшение настроения, состояние психического дискомфорта, сосредоточение интереса на наркотике) сформировалась после 2–3 проб у 55 человек (78,6 %), у 13 человек (18,5 %) – после 4–6 проб и у 2 пациентов (2,9 %) – свыше 7 проб. Появление признаков физической зависимости (возникновение наркоманического абстинентного синдрома) после систематического употребления опиоидов у 32 пациентов (45,7 %) наблюдалось через 1–2 месяца, спустя 2–4 недели – у 23 человек (32,9 %), свыше 2 месяцев – у 15 пациентов (21,4 %). 45 пациентов (64,3 %) ранее уже получали лечение в ГУЗ КНД, 25 человек (35,7 %) были госпитализированы впервые.

Установлено, что у пациентов с синдромом дезоморфиновой зависимости до начала лечения выявлялась высокая спонтанная агрегация тромбоцитов, которая составила 1,92 (1,05–4,06) против 0,6 (0,3–0,9) в контроле (табл. 1). Одновременно с этим регистрировались показатели повышенной АДФ-, коллаген- и адреналин-индуцированной агрегации кровяных пластинок.

При этом подъем максимальной амплитуды и максимального наклона одинаково повторялся для кривой, зарегистрированной по степени агрегации и степени светопропускания. Через неделю после начала лечения у пациентов агрегационная функция тромбоцитов несколько снижалась, однако не достигала показателей здоровых лиц. При этом в плазме у них оставалась повышенной концентрация vWF – 0,73 (0,39–1,27) пкг/мл до лечения и 0,81 (0,53–1,14) пкг/мл после недельного лечения (табл. 2).

Известно, что vWF является молекулой, благодаря которой тромбоциты адгезируют к коллагену поврежденной сосудистой стенки.

Таблица 1
Показатели агрегации тромбоцитов пациентов с синдромом зависимости от дезоморфина и группы контроля

Показатель, ед. изм.		Ме- диана	Интерквар- тильная широта	p*- значение	
Спонтан. агрегация	Макс. значение, %	До лечения	1,92	1,05-4,06	p>0,05
		После лечения	1,41	0-3,77	
		Контроль	0,6	0,3-0,9	
	Макс. наклон, %/мин	До лечения	2,2	1,33-3,67	p>0,05
		После лечения	2,61	0,86-4,67	
		Контроль	0,4	0,2-0,7	
Индущ. адреналин	Макс. значение, %	До лечения	19,35	8,25-75,4	p>0,05
		После лечения	18,4	6,99-60,8	
		Контроль	7,3	6,1-9,1	
	Макс. наклон, %/мин	До лечения	25,9	14,8-66,5	p>0,05
		После лечения	25,3	9,55-59,2	
		Контроль	12,9	9,7-18,4	
Индущ. коагулаген	Макс. значение, %	До лечения	62,8	7,47-87,1	p>0,05
		После лечения	69,4	3,66-132	
		Контроль	7,9	5,3-12,4	
	Макс. наклон, %/мин	До лечения	80,6	25,5-132	p<0,05
		После лечения	91,0	11,9-179	
		Контроль	19,2	13,5-27,4	
Индущ. АДФ	Макс. значение, %	До лечения	27,7	7,92-77,9	p>0,05
		После лечения	53,6	19,3-77,0	
		Контроль	8,7	7,9-9,9	
	Макс. наклон, %/мин	До лечения	46,5	21,0-96,5	p>0,05
		После лечения	55,6	31,3-82,5	
		Контроль	25,7	21,4-29,6	

Примечание. p* – Статистическая значимость различий показателей до и после лечения; p¹ – статистическая значимость различий показателей до лечения и группы контроля; p² – статистическая значимость различий показателей после лечения и группы контроля).

Со стороны коагуляционного гемостаза мы обнаружили разнонаправленные показатели у пациентов. Среди них выявлялась группа лиц с выраженной гиперкоагуляцией, когда показатели МНО находились на уровне 0,6–0,9, АЧТВ – 22–26 сек. У других больных обнаружено увеличение МНО до 1,9, удлинение АЧТВ до 35 сек. У многих показатели МНО и АЧТВ находились в пределах контрольных значений. В целом статистическая значимость различий этих показателей оказалась неинформативной для целой группы.

У пациентов проявлялось уменьшение фибринолитической активности плазмы. В первые сутки после начала лечения у них выявлены низкая активация тканевого активатора плазминогена (tPA) – 0,36 (0,2–0,57) пкг/мл и высокая активность ингибитора активатора плазминогена (PAI-1) – 39,41 (15,96–58,38) пкг/мл (p<0,05). Следует отметить, что после недельного лечения концентрация tPA заметно поднялась относительно первых суток и составила 0,89 (0,45–2,54) пкг/мл (p<0,05), при этом не

достигая контрольных значений. Одновременно с этим увеличилась концентрация PAI-1 (табл. 2). Обе молекулы – tPA и PAI-1 – продуцируются эндотелиальными клетками, однако их повышение следует расценивать не как улучшение эндотелиальной функции, а как результат меньшего потребления их в процессе фибринолиза (Баркаган З. С., 2005). В пользу этого утверждения свидетельствует другой маркер эндотелиальной функции – уровень vWF, который оставался без значимых изменений на протяжении всего периода наблюдения (табл. 2).

Таблица 2
Показатели системы гемостаза и ЛТА у пациентов с дезоморфиновой зависимостью и группы контроля

Показатель, ед. изм.		Ме- диана	Интерквартиль- ная широта	p*- значение
МНО	До лечения	1,0	1,0-1,1	p>0,05
	После лечения	1,0	1,0-1,1	
	Контроль	1,0	0,98-1,04	
АЧТВ, сек	До лечения	26,2	24,0-29,8	p>0,05
	После лечения	26,8	22,8-29,8	
	Контроль	28	27-29	
ФГ, г/л	До лечения	3,6	2,5-4,8	p>0,05
	После лечения	4,5	3,2-5,3	
	Контроль	3,4	3,2-3,5	
tPA, пкг/мл	До лечения	0,36	0,2-0,57	p<0,001
	После лечения	0,89	0,45-2,54	
	Контроль	1,7	1,4-1,9	
PAI-1, пкг/мл	До лечения	39,41	15,96-58,38	p<0,01
	После лечения	57,59	28,1-117,6	
	Контроль	18	16-19	
vWF, пкг/мл	До лечения	0,73	0,39-1,27	p>0,05
	После лечения	0,81	0,53-1,14	
	Контроль	0,44	0,38-0,49	
ЛТА, %	До лечения	19,0	9,0-24,0	p<0,01
	После лечения	19,5	15,5-26,5	
	Контроль	14	13,1-15,2	
ЛТИ	До лечения	4,0	2,7-5,9	p>0,05
	После лечения	4,0	3,2-5,15	
	Контроль	2,5	2,1-3,1	

Примечание. p* – Статистическая значимость различий показателей до и после лечения; p¹ – статистическая значимость различий показателей до лечения и группы контроля; p² – статистическая значимость различий показателей после лечения и группы контроля).

Кроме того, было установлено, что на протяжении одной недели наблюдения у больных показатель ЛТА оставался повышенным и составлял 19,5 % (15,5–26,5 %), тогда как у здоровых он равен 14 % (13,1–15,2 %) (p²<0,001). Одновременно с этим оказалась увеличенной степень ЛТА (ЛТИ) – 4,0 (3,2–5,15), а в контроле – 2,5 (2,1–3,1) (табл. 2). Известно, что феномен лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии представляет собой одну из физиологических функций, присущую различным субпопуляциям

лимфоцитов и реализуемую посредством адгезивных молекул (Витковский Ю. А., Кузник Б. И., Солпов А. В., 2006). Показано, что наиболее выраженной способностью к образованию коагратов с интактными лимфоцитами обладают Т-хелперы (CD4⁺) и NK-клетки (CD16⁺). Лимфоцитарно-тромбоцитарная адгезия регулируется цитокинами и индукторами агрегации тромбоцитов. Повышают эту функцию IL-1 β , IL-2, коллаген, адреналин и АДФ. Учитывая то, что в сосудистой стенке больных дезоморфиновой зависимостью развивается выраженный воспалительный процесс и продуцируются провоспалительные цитокины и индукторы агрегации, то повышение ЛТА является закономерной патофизиологической реакцией, поскольку тромбоциты способствуют миграции лимфоцитов и их фиксации на поврежденной поверхности сосудистой стенки (Кузник Б. И. и др., 1989). Это позволяет им участвовать в воспалительном процессе, развитии иммунных реакций и репаративных процессов (Витковский Ю. А., Кузник Б. И., Солпов А. В., 2006).

Выводы. Таким образом, у больных дезоморфиновой зависимостью система гемостаза характеризуется повышенной агрегационной активностью тромбоцитов, разнонаправленными изменениями коагуляционного гемостаза, снижением концентрации tPA и повышением уровня PAI-1, vWF. На этом фоне у больных увеличивается способность лимфоцитов адгезировать на своей поверхности тромбоциты. Полученные результаты подтверждают выраженность клинических нарушений циркуляции крови у больных дезоморфиновой наркоманией, что может привести к диссеминированному внутрисосудистому свертыванию крови.

Л и т е р а т у р а

1. Баркаган З. С. Гемостаз // Руководство по гематологии : в 3-х т. / под ред. А. И. Воробьева. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Ньюдиамед, 2005. – Т. 3. – С. 9–147.
2. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – Т. 112. – Вып. 2. – С. 17–24.
3. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11–15.
4. Витковский Ю. А., Кузник Б. И., Солпов А. В. Патогенетическое значение лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии // Медицинская иммунология. – 2006. – Т. 8, № 5–6. – С. 745–753.
5. Демидова О. В., Мохначев С. О. Предварительное сообщение о 68 случаях злоупотребления дезоморфином // Наркология. – 2011. – № 11. – С. 96–97.
6. Дробышева В. П., Вельтер О. Ю. Особенности клинического течения инфекционного эндокардита в сочетании с вирусными гепатитами у инъекционных наркоманов // Клин. медицина. – 2002. – № 2. – С. 31–36.
7. Кузник Б. И. Клеточные и молекулярные механизмы регуляции системы гемостаза в норме и патологии. – Чита : Экспресс-издательство, 2010. – С. 177–203.
8. Кузник Б. И., Морозов В. Г., Хавинсон В. Ф. Сосудистая стенка как эфферентный регулятор иммуногенеза, гемостаза, калликреин-кининовой системы и регенераторных процессов // Физиолог. журн. – 1989. – № 4. – С. 449–505.
9. Сахаров А. В., Говорин Н. В. Наркомании и токсикомании : учебное пособие. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2011. – С. 39–43.
10. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Распространенность, патоморфоз и клинико-психологические аспекты опийной наркомании в Томской области // Наркология. – 2002. – № 7. – С. 20–23.
11. Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бохан Н. А. Нейробиологические механизмы алкоголизма // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – Т. 102, вып. 8. – С. 61–66.
12. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30–35.
13. Bokhan N., Ivanova S., Rikitina N., Fedorenko O. Apoptosis of Lymphocytes and Neutrophils in Alcoholism // International Journal of Addiction Research. – 2008. – N 1. – P. 209–212.
14. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
15. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – T. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.
16. Prokopieva V. D., Bohan N. A., Johnson P., Abe H., Boldyrev A. A. Effects of carnosine and related compounds on the stability and morphology of erythrocytes from alcoholics // Alcohol & Alcoholism. – 2000. – V. 35, № 1. – P. 44–48.
17. Prokopieva V. D., Sizohevskii A. V., Bokhan N. A., Johnson P. The role of the erythrocyte membrane and cytoskeleton in Ca²⁺-induced hyper-polarization in alcoholism and diabetes // Biological and Biomedical Reports. – 2012. – 2 (3). – P. 149–158.
18. Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S. Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // Cent. Eur. J. Public Health. – 2010. – V. 18 (3). – P. 132–138.
19. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Dodd R. D., Hawkins J. R., Wilson D. O., Johnson P., Clay S. W. In vitro effects of ethanol, acetaldehyde and fatty acid ethyl esters on human erythrocytes // Alcohol and Alcoholism. – 2002. – T. 37, № 2. – P. 179.
20. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Johnson P. Erythrocyte and plasma protein modification in alcoholism: a possible role of acetaldehyde // Biochimica et Biophysica Acta (BBA)/Molecular Basis of Disease. – 2006. – T. 1762, № 5. – P. 558–563.
21. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Huentelman M. J., Johnson P., Prokopieva V. D. Does ethanol metabolism affect erythrocyte hemolysis? // Biochimica et Biophysica Acta (BBA) / Molecular Basis of Disease. – 2001. – T. 1535, № 1. – С. 69–77.

Транслитерация русских источников

1. Barkagan Z. S. Hemostasis // Guideline on hematology: in 3 volumes. / pod red. A. I. Vorobeve. – 3-e izd., pererab. i dop. – M. : Nyudiamed, 2005. – T. 3. – S. 9–147.
2. Bokhan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism inn patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. neurologii i psihiatrii. – 2012. – T.112. – Vyip.2. – S.17-24.
3. Bohan N. A., Mandel A. I., Trefilova L. L. Regional profile of adolescent narcotizm: magnitude of problem, monitoring, relevant patterns of formation // Psichicheskoe zdorove. – 2006. – № 10. – S. 11–15.

4. Vitkovskiy Yu. A., Kuznik B. I., Solpov A. V. Pathogenetic significance of lymphocyte-platelet adhesion // *Meditsinskaya immunologiya*. – 2006. – Т. 8, N 5–6. – S. 745–753.
5. Demidova O. V., Mohnachev S. O. Preliminary report about 68 cases of desomorphine abuse // *Narkologiya*. – 2011. – N 11. – S. 96–97.
6. Drobysheva V. P., Velter O. Yu. Peculiarities of clinical course of infectious endocarditis combined with viral hepatitis in injected drug addiction // *Klin. meditsina*. – 2002. – N 2. – S. 31–36.
7. Kuznik B. I. Cellular and molecular mechanisms of regulation of system of hemostasis in norm and pathology. – Chita : Ekspress-izdatelstvo, 2010. – S. 177–203.
8. Kuznik B. I., Morozov V. G., Havinson V. F. Vascular wall as an effective regulator of immunogenesis, hemostasis, kalikrein-kinine system and regeneration processes // *Fiziolog. zhurn.* – 1989. – N 4. – S. 449–505.
9. Saharov A. V., Govorin N. V. Drug addictions and addictions to inhalants: tutorial – Chita : IITs ChGMA, 2011. – S. 39–43.
10. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Prevalence, pathomorphosis and clinical-psychological aspects of opium addiction in Tomsk Region // *Narkologiya*. – 2002. – N 7. – S. 20–23.
11. Semke V. Ya., Melnikova T. N., Bokhan N. A. Neurobiological mechanisms of alcoholism // *Zhurn. nevrologii i psikiatrii*. – 2002. – Т. 102, vyip. 8. – S. 61–66.
12. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Clinical-dynamic approach to systematic of addictions // *Narkologiya*. – 2005. – Т. 4, N 12. – S. 30–35.

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13-06:616.89-008.19-082.5
ББК Р645.11+Р64-324+С526

ВЗАИМОСВЯЗЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АЛЕКСИТИМИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Семин И. Р.* , Есин Д. О.

ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России
634050, г. Томск, ул. Московский тракт, 2.

Исследована взаимосвязь алекситимии и качества жизни у пациентов с психотической и непсихотической формами алкоголизма, проходивших лечение в стационарных условиях. Получены данные о высокой распространенности алекситимических черт среди зависимых от алкоголя пациентов, при этом алекситимия расценена как преморбидная личностная черта, выступающая в качестве фактора риска развития зависимости. Установлена склонность лиц с высоким уровнем алекситимии к завышению показателей индекса качества жизни. **Ключевые слова:** алкогольная зависимость, алекситимия, качество жизни.

INTERRELATIONSHIP OF QUALITY OF LIFE AND ALEXITHYmia IN ALCOHOL-DEPENDENT PATIENTS. Semin I. R., Esin D. O. Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of Russian Federation. 634050, Tomsk, Moskovsky Trakt, 2. The interrelationship of alexithymia and quality of life in alcohol-dependent patients with psychotic and nonpsychotic forms of the alcoholism has been investigated. High prevalence of alexithymia among alcohol-dependent patients has been identified. The alexithymia is regarded as a premorbid personal trait acting as a risk factor of development of alcohol addiction. Tendency of persons with high level of alexithymia to overestimate of indicators of an index of quality of life has been identified. **Key words:** alcohol dependence, alexithymia, quality of life.

Введение. После первого описания в 1969 г. психоаналитиком Р. Сифнеос феномена алекситимии как состояния, при котором затруднены вербализация и осознание эмоциональных переживаний, содержание этого термина многократно уточнялось и дополнялось другими исследователями [1, 2, 3].

Физиологический подход трактует алекситимию как результат нарушения межполушарных взаимодействий или недостаточности взаимодействия между лимбической системой и корой головного мозга [4, 5].

В рамках гуманитарного (психологического, социологического) дискурса алекситимию рассматривают как приобретенное в процессе он-

тогенеза состояние, отражающее бедность эмотивной лексики [6].

Наиболее вероятным представляется, все-таки, врожденная, генетически обусловленная природа этого феномена, косвенно подтверждающаяся наличием среди практически здоровых людей группы лиц с высоким уровнем алекситимии [7, 8].

Высказывалось мнение об адаптивном (защитном) характере алекситимии, своеобразной копинг-стратегии, актуализирующейся в условиях стресса. Однако осознание и вербализация эмоциональных переживаний имеют важное адаптивное значение, связанное с возможностью отреагирования негативных эмоций и десоматизации аффекта [1, 9]. Поэтому, несмотря на существование точки зрения об адаптивности алекситимических черт в социальном контексте, поощряющем сдержанность в проявлении чувств, коммуникативные трудности и обеднение межличностных связей скорее усугубляют дезадаптацию, способствуя нарастанию психоэмоционального дистресса, что отражается на качестве жизни.

Качество жизни, как интегральный показатель, отражает субъективную удовлетворенность различными аспектами существования человека [10, 11]. Алекситимические проявления в структуре личности затрудняют управление собственными эмоциями и побуждениями, ограничивают репертуар самопроявления и способствуют фиксации негативных эмоциональных состояний [2, 3, 8]. Алекситимичные личности в большей степени склонны расценивать жизнь как неинтересную, бесполезную и бессмысленную, т. е. выявляют психологические паттерны, характерные для расстройств депрессивного спектра [12].

Доминирование внешнего локуса контроля, характерное для лиц с высоким уровнем алекситимии, обуславливает низкую способность к рефлексии и, как следствие, трудности адекватного восприятия проблемного состояния, ведущего к анозогнозии. Негативные факторы рассматриваются алекситимиками как результат неконтролируемого стечения обстоятельств, определяя бессмысленность попыток противодействия изначально враждебной внешней среде. Высокий уровень психической ригидности определяет трудности выработки адаптивных поведенческих паттернов, стереотипность поведения, негативное отношение к расширению поведенческого репертуара. Нарушения когнитивной сферы были охарактеризованы Н. Krystal (1979) как «стерильность и монотонность идей» [13].

В течение последних десятилетий были предприняты многочисленные попытки объяснения формирования аддиктивного поведения определенным личностным складом, однако выде-

* Семин Игорь Рэмович, д-р мед. наук, профессор. Телефон: 8(952)8809541

Есин Дмитрий Олегович, врач психиатр-нарколог. E-mail: doesin@yandex.ru Телефон: 8(903)9517503.

ление специфических черт «аддиктивной» личности встретило целый ряд обоснованных возражений [14]. Концепция алекситимии оказалась удобной и полезной для объяснения многих клинических проявлений вещественных и невещественных аддикций. В ряде исследований была выявлена высокая распространенность алекситимии среди лиц, страдающих алкоголизмом [3, 4, 14]. Высказывалось мнение, что именно алекситимия лежит в основе формирования синдрома зависимости и обуславливает неэффективность терапевтических мероприятий.

Отношение к себе у алекситимиков отличается безразличием и пренебрежением к своему физическому и психологическому благополучию [4]. Исследователи отмечают, что сравнивать самооценку качества жизни лицами без алекситимии и с алекситимией сложно, а может быть даже некорректно, так как следствием алекситимии являются бедность фантазии, нарушения осмысления своего статуса, отсутствие намерений изменить его, искажение прогнозирования [11, 15].

Актуальность исследования обусловлена необходимостью повышения качества жизни наркологических больных в контексте биопсихосоциального подхода. Изучение алекситимии имеет большое значение для разработки дифференцированных программ реабилитации и профилактики рецидивов у зависимых от алкоголя лиц.

Цель исследования – изучить значение алекситимии для формирования и развития аддикции, выяснить взаимосвязь алекситимии и качества жизни больных алкогольной зависимостью.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе мужского наркологического отделения ОГБУЗ «Томская областная психиатрическая больница». В исследование были включены пациенты с клинически верифицированным диагнозом «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя», соответствующие критериям II стадии алкогольной зависимости, рубрики: F10.30 – «Синдром отмены алкоголя неосложненный» и F10.40 – «Синдром отмены алкоголя с делирием». С учетом специфики исследования клиническое и патопсихологическое обследование проводилось не ранее, чем через 2 недели после купирования признаков алкогольного абстинентного синдрома (ААС). Препараты, влияющие на психический статус пациентов, на момент исследования не применялись.

Общий объем выборки составил 80 человек, мужского пола. Все пациенты были распределены на 2 группы: первая группа – лица, перенесшие металкогольный психоз [n=40], вторая группа – пациенты без психотических включений в структуре ААС [n=40]. В контрольную группу [n=20] вошли практически здоровые ли-

ца мужского пола, работники сферы здравоохранения (врачебный персонал). Средний возраст в первой группе составил 40,2±8,9 года, во второй группе – 39,8±11,02 года, в контрольной – 35,4±5,3 года.

Критериями исключения из исследования в обеих группах являлись: острый период соматических и неврологических заболеваний, психотические расстройства (на момент исследования), токсико-гипоксическая энцефалопатия с выраженным когнитивным дефицитом, деменция.

Методы исследования: клиническое интервью, клиничко-катамнестическое прослеживание, патопсихологическое тестирование с применением Торонтской шкалы алекситимии [TAS-26]. Для оценки качества жизни применялся «Опросник качества жизни больных хроническим алкоголизмом» [Никифоров И. И., Гофман А. Г., 2007], включающий 3 шкалы. Шкала А отражает основные характеристики качества жизни и социального функционирования, шкала В – субъективную удовлетворенность параметрами, перечисленными в шкале А, шкала С – субъективную оценку зависимости качества жизни от употребления спиртных напитков.

Статистическая обработка результатов производилась при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.1 [StatSoft, США, 2004], программы Exel из пакета Microsoft Office 2007. Использованные методы непараметрической статистики – ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r_s), критерий Манна-Уитни (U), распределение хи-квадрат (χ^2). Параметрические величины представлены в виде $m \pm \sigma$, непараметрические величины – в виде $M (P_{25}; P_{75})$.

Результаты и их обсуждение. Значение алекситимии в первой группе составило 72 (66; 77) балла, во второй группе – 73 (65; 76). Статистически значимых отличий по этому признаку между группами выявлено не было. В то же время алекситимический личностный профиль (сумма баллов по TAS-26 более 74) выявлен у 17 (42,5 %) пациентов первой группы и у 18 (45 %) пациентов второй группы. Таким образом, около половины обследованных больных обеих групп имели выраженные алекситимические черты. Неалекситимический профиль (менее 62 баллов по TAS – 26) выявлен лишь у 5 человек в каждой из групп. Полученные результаты согласуются с литературными данными, свидетельствующими о высокой распространенности алекситимических черт среди зависимых от алкоголя пациентов.

В контрольной группе значение алекситимии составило 59,5 (54,5; 61,5), что соответствует низкому уровню, при этом 5 человек (25 %) были отнесены к промежуточному типу (сумма баллов по TAS-26 в интервале между 62 и 74). Различия между контрольной группой и выборкой пациентов статистически достоверны ($p < 0,01$).

При проведении корреляционного анализа по уровню алекситимии между двумя основными группами, а также между уровнем алекситимии и возрастом пациентов в обеих группах достоверных различий выявлено не было. Алекситимия имела место как у молодых пациентов, не имеющих в анамнезе металкогольных психозов, так и у пожилых, проходивших стационарное лечение в связи с развитием делирия. Полученные данные свидетельствуют об алекситимии как преморбидной личностной черте, выступающей в качестве фактора риска развития зависимости. В контрольной группе среди практически здоровых лиц значения алекситимии были достоверно ниже ($p < 0,01$).

Таблица 1
Распределение алекситимии по группам (общее число и процент от числа респондентов)

Тип алекситимии	Первая группа (n=40)	Вторая группа (n=40)	Контрольная группа (n=20)
Неалекситимический (0-62 балла)	5 (12,5 %)*	5 (12,5 %)*	15 (75 %)
Промежуточный (62-74 балла)	18 (45 %)*	17 (42,5 %)*	5 (25 %)
Алекситимический (более 74 баллов)	17 (42,5 %)*	18 (45 %)*	-

Примечание. * – Различия с группой контроля статистически значимы ($p < 0,01$).

Таблица 2
Распределение индекса качества жизни

Индекс качества жизни	Первая группа (n=40)	Вторая группа (n=40)	Контрольная группа (n=20)
Высокий (94-124 балла)	25 (62,5 %)*	30 (75 %)*	18 (90 %)
Средний (54-93 балла)	15 (37,5 %)*	10 (25 %)*	2 (10 %)
Низкий (30-53 балла)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Примечание. * – Различия с группой контроля статистически значимы ($p < 0,01$).

Суммарный индекс качества жизни (ИКЖ) составил для первой группы 79 (72; 89) баллов, для второй группы – 95 (79,5; 99). В контрольной группе значение этого показателя составило 105 (95; 117). Между первой и второй группами достоверных различий по ИКЖ выявлено не было. У пациентов, перенесших ранее металкогольный психоз, определялся в большинстве случаев высокий ИКЖ, в то время как средний уровень отмечался лишь у 37,5 %. Во второй группе 75 % опрошенных демонстрировали высокий ИКЖ и лишь 25 % – средний уровень. Низкий ИКЖ не отмечался ни в первой, ни во второй группах. Относительно высокие показатели ИКЖ в обеих группах, вероятно, связаны с искажением реальных данных респондентами, что обусловлено неадекватностью самооценки больных алкоголизмом, высоким уровнем анозогнозии, личностными девиациями, когнитивным дефектом. Наибольшее влияние алекситимия оказывала на индекс материаль-

ной обеспеченности ($r_s = -0,27$, $p < 0,05$) и индекс общего состояния здоровья ($r_s = -0,37$, $p < 0,01$).

Мы отдельно проанализировали взаимоотношения между уровнем алекситимии и значениями индекса качества жизни в первой и второй группах (табл. 3).

Таблица 3
Значения индекса качества жизни у пациентов с разным уровнем алекситимии

Индекс качества жизни	Неалекситимический тип (0-62 балла) (n=10)	Промежуточный тип (62-74 балла) (n=35)	Алекситимический тип (более 74 баллов) (n=35)
Высокий ИКЖ (94-124 балла)	3 (30 %)	20 (57,1 %)	28 (80 %)
Средний ИКЖ (54-93 балла)	7 (70 %)	15 (42,9 %)	7 (20 %)
Низкий ИКЖ (30-53 балла)	0	0	0

Выявлена достоверная положительная корреляция между уровнем алекситимии и ИКЖ ($r_s = 0,32$, $p < 0,05$). Парадоксальным образом больные алкоголизмом с высоким уровнем алекситимии высоко оценивали самые разные аспекты своей жизни. Это обстоятельство, по нашему мнению, прямо связано с алкогольной анозогнозией и, несомненно, отрицательно сказывается на эффективности терапии зависимости.

Закключение. Проведенное исследование позволило получить информацию о высокой распространенности алекситимических черт у больных алкоголизмом. При сопоставлении полученных данных с результатами изучения контрольной группы здоровых мужчин выявлены достоверные различия – алекситимия встречается реже у мужчин контрольной группы. Мы считаем, что алекситимия является одним из факторов риска развития алкогольной зависимости. При оценке качества своей жизни пациенты с высоким уровнем алекситимии неадекватно завышали степень благополучия в различных сферах, расхопившейся с объективно установленными в процессе сбора анамнеза данными. Достоверных различий по уровню алекситимии и ИКЖ между больными, перенесшими алкогольные психозы, и теми, у кого их не было, выявить не удалось.

Литература

1. Гараян Н. Г., Холмогорова А. Б. Концепция алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 128–145.
2. Левшунова Е. Н. Алекситимические корреляты эмоциональных состояний личности // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 4 (16). – С. 150–154.
3. Плоткин Ф. Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. – 2009. – № 10. – С. 85–92.
4. Быпкина Н. Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Серия 14 : Психология. – 1995. – № 1. – С. 43–53.
5. Трунов Д. Г. Виды и механизмы функциональной алекситимии // Вестник Пермского университета. Философия, психология, социология. – 2010. – № 2. – С. 93–99.

6. Головина А. Г. Алекситимические нарушения при фобических расстройствах у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 38–40.
7. Корень С. В. Сравнительное изучение внутренней структуры алекситимии в норме и у пациентов с униполярной депрессией эндогенного и органического генеза // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 22–25.
8. Семке В. Я., Брель Е. Ю., Стоянова И. Я. Психологическая модель алекситимии в ракурсе факторного анализа // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1 – С. 86–87.
9. Солженикин В. В., Гузова Е. С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 18–25.
10. Гофман А. Г., Никифоров И. И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом в состоянии алкогольного абстинентного синдрома и в ремиссии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 2. – С. 25–30.
11. Никифоров И. И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария // Наркология. – 2005. – № 7. – С. 53–63.
12. Богомаз С. А., Филоненко А. Л. Взаимосвязь алекситимии как фактора, препятствующего развитию личности, с параметрами смысловой сферы и проявлениями ригидности // Сибирский психологический журнал. – 2005. – № 22. – С. 124–128.
13. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy // Am. J. Psych. – 1979. – N 33. – P. 17–31
14. Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб. : Речь, 2007. – 768 с.
15. Шакуров Ф. З., Кривулин Е. Н. Качество жизни и устойчивость ремиссии у больных алкогольной зависимостью // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6. – С. 43–45.
11. Nikiforov I. I. Problem of quality of life in patients with alcoholism and improvement of screening psychometric tools // Наркология. – 2005. – N 7. – S. 53–63.
12. Bogomaz S. A., Filonenko A. L. Interrelationship of alexythymia as a factor preventing from development of the personality, with parameters of meaning sphere and manifestations of rigidity // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. – 2005. – N 22. – S. 124–128.
13. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy // Am. J. Psych. – 1979. – N 33. – R. 17–31
14. Manual on addictology / pod red. prof. V. D. Mendelevi-cha. – SPb. : Rech, 2007. – 768 s.
15. Shakurov F. Z., Krivulin E. N. Quality of life and stability of remission in patients with alcohol dependence // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2010. – N 6. – S. 43–45.

Транслитерация русских источников

1. Garanyan N. G., Holmogorova A. B. Concept of alexythymia // Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya. – 2003. – T. 13, N 1. – S. 128–145.
2. Levshunova E. N. Alexythymic correlations of personality emotional states // Mir nauki, kulturyi, obrazovaniya. – 2009. – N 4 (16). – S. 150–154.
3. Plotkin F. B. Alexythymia as a factor of formation and maintenance of advection // Наркология. – 2009. – N 10. – S. 85–92.
4. Byilkina N. D. Alexythymia (analytical review of foreign investigations) // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14 : Psihologiya. – 1995. – N 1. – S. 43–53.
5. Trunov D. G. Kinds and mechanisms of functional alexythymia // Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya, psihologiya, sotsiologiya. – 2010. – N 2. – S. 93–99.
6. Golovina A. G. Alexythymic disturbances in phobic disorders in adolescents // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2011. – N 3. – S. 38–40.
7. Koren S. V. Comparative study of internal structure of alexythymia in norm and in patients with unipolar depression of endogenous of organic genesis // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 10. – S. 22–25.
8. Semke V. Ya., Brel E. Yu., Stoyanova I. Ya. Psychological model of alexythymia in the perspective of factorial analysis // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2009. – N 1 – S. 86–87.
9. Solzhenikin V. V., Guzova E. S. Alexythymia (adaptive approach and psychotherapeutic model of correction // Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya. – 1998. – T. 8, N 2. – S. 18–25.
10. Gofman A. G., Nikiforov I. I. Problem of quality of life in alcoholic patients in state of alcohol withdrawal syndrome and in remission // Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya. – 2006. – T. 16, N 2. – S. 25–30.

УДК 615.03-616.8-008.64
ББК Р352+Р64-324+Р413

ПРЕДИКТОРЫ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ

Кучаева А. В. *, Семенихин Д. Г.,
Карпов А. М.

ГБОУ ДПО «Казанская ГМА» Минздрава России
420012, Россия, Республика Татарстан, Казань, Муштары, 11

Предпринята попытка выявления мотивации потребления алкоголя у больных депрессией с симптоматической алкоголизацией. Своевременное выявление мотивов потребления алкоголя в рамках непсихотического депрессивного расстройства позволит предупредить развитие симптоматической алкоголизации и увеличит комплаентность лечения. Проведение образовательных семинаров по рациональному и эффективному применению психотропных лекарственных средств для врачей всех специальностей и пациентов увеличит преемственность к лечению у больных депрессией с симптоматической алкоголизацией. **Ключевые слова:** депрессия, биопсихосоциальный подход, симптоматическая алкоголизация, комплаентность.

PREDICTOR VARIABLES OF SYMPTOMATIC ALCOHOLIZATION IN PATIENTS WITH DEPRESSION. Kuchaeva A. V., Semenikhin D. G., Karpov A. M. *Kazan State Medical Academy. 420012, Russia, Republic of Tatarstan, Kazan, Mushtari Street, 11.* An attempt was made to identify motivation of consumption of alcohol in depression patients with symptomatic alcoholization. Timely detection of motives of alcohol consumption within the framework of non-psychotic depressive disorder allows preventing the development of symptomatic alcoholization and increasing patient compliance. Conducting educational seminars on rational and effective use of psychotropic drugs for physicians of all specialties and patients will increase the continuity of care of depression in patients with symptomatic alcoholization. **Key words:** depression, biopsychosocial approach, symptomatic alcoholization, compliance.

Введение. С позиции биопсихосоциальной концепции, депрессию, как болезненное состояние необходимо рассматривать как следствие взаимодействия биологических [18], психологических и социальных факторов, предопределяющих и составляющих клиническую картину заболевания и особенности функционирования пациента в обществе [9, 10, 12]. Невозможность полноценной биопсихосоциальной адаптации при депрессии создает предрасположенность к использованию широкого спектра психоактивных веществ [7, 10], в частности алкоголя и реализации его токсикогенных эффектов [1, 8, 19, 20]. Употребление этанола увеличивает вероятность развития сопутствующего де-

прессивного расстройства и наоборот – депрессия зачастую сопровождается химической зависимостью [3, 14]. Установлена тесная связь обострения и редукции депрессивной симптоматики с применением этанола. Пациенты с депрессией употребляют спиртные напитки для избавления от тревожно-депрессивных проявлений, отмечая выраженное анксиолитическое действие алкоголя [5, 15, 16].

На эффективность и преемственность психотерапии в лечении депрессии оказывают влияние психологические и социальные факторы, которые не всегда учитывают, однако влияние этих факторов может быть значимым [2, 4, 6, 11, 13]. Недостаточно изученной является проблема выявления мотивации потребления алкоголя для увеличения комплаентности у пациентов, страдающих депрессией с симптоматической алкоголизацией.

Цель: изучение мотивации потребления алкоголя у больных депрессией для своевременного назначения лекарственных средств

Материалы и методы. Обследовано 250 пациентов с непсихотической депрессией: 85 пациентов с диагнозом «Органическое депрессивное расстройство» (F06.3), 82 пациента с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33.0) и 83 пациента с диагнозом «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2). Из числа обследованных было 154 женщины, 96 мужчин. В исследование участвовали больные в возрасте 18–45 лет, (средний возраст пациентов 35,2±10,3 года), находившиеся на стационарном лечении в ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница Министерства Здравоохранения Республики Татарстан им. акад. В. М. Бехтерева» (Казань).

У 92 из 250 изучаемых нами пациентов с непсихотической депрессией была выявлена симптоматическая алкоголизация продолжительностью в среднем 5,0±3,6 года. Пациенты получали лечение антидепрессантами, в том числе в комбинации с нейролептиками, транквилизаторами. Основным методом исследования был клинико-психопатологический с использованием анкетирования, анализа анамнестических сведений. Анкета состояла из 38 вопросов, посвященных анализу назначения психотерапии с позиции биопсихосоциальной концепции болезни и ее основных уровней которой все зарегистрированные составляющие в характеристике больных распределялись на три уровня: биологические, индивидуально-психологические и социальные. Методикой выполнения данного исследования было изучение распределения выборок больных (F06.3, F33.0, F41.2) по изучавшимся биопсихосоциальным признакам (Engel G. L., 1977) [13].

* Кучаева Александра Вадимовна – к.м.н., доцент каф. клин. фармакологии и фармакотерапии, телефон: +79047623223, e-mail: alexakv@mail.ru

Семенихин Дмитрий Германович – к.м.н., доцент, зав. каф. клинической фармакологии и фармакотерапии, телефон: +79872317902, e-mail: CPD-kgma@mail.ru

Карпов Анатолий Михайлович – д.м.н., проф. каф. клинической фармакологии, телефон: +79172561806, e-mail: kat1950@mail.ru.

Для выявления мотивов потребления алкоголя (МПА) был проведен сравнительный анализ МПА по «Методике шкалирования оценки МПА», разработанной В. Ю. Завьяловым [5]. Шкала содержит 45 мотивов потребления спиртного, которые сгруппированы в 9 шкал и 3 триады: социально-психологической, личностной и потребностной, соответственно биопсихосоциальной природе человека.

Для оценки уровня комплаентности применяли шкалу Мориски-Грин [14]. Достоверными считали различия при уровне статистической значимости 95 % ($p < 0,05$). Статистическую обработку материала производили с помощью программ Statistica 6.0, MS Excel 7.0.

Результаты и обсуждение. Причиной обострения изучаемых нами непсихотических депрессивных расстройств были как эндогенные причины – 54 %, так и эмоционально значимые психотравмирующие ситуации различного характера в микросоциальном окружении пациента – 46 %, что приводило к срыву ремиссии и возникновению рецидива заболевания ($p < 0,05$). По данным Н. Е. Ross et al., у пациентов с депрессией на фоне симптоматической алкоголизации частота ремиссий меньше, чем у пациентов, не имеющих алкогольного анамнеза [16].

У 37 % из 250 изучаемых нами пациентов с непсихотической депрессией были выявлены явления симптоматической алкоголизации. В популяции пациентов с депрессивными расстройствами употребление алкоголя является предиктором большей тяжести симптоматики и худшего прогноза заболевания [15]. Различия, позволяющие понять сущность потребности от спиртного с биопсихосоциальной позиции, у всех изучаемых нами больных депрессией с симптоматической алкоголизацией были выявлены при исследовании мотивов потребления алкоголя (рис. 1).

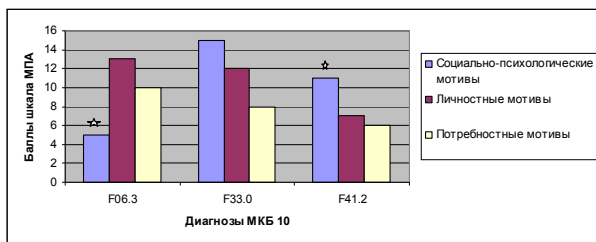


Рис. 1. Изучение мотивов потребления алкоголя у пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами, 2013 г. * – $p < 0,05$

Социально-психологические, личностные и потребностные мотивы потребления алкоголя в той или иной степени присутствовали у всех изучаемых нами пациентов с депрессией. На ранних этапах у всех изучаемых пациентов с непсихотической депрессией главную роль играли социально-психологические мотивы, на более поздних этапах – потребностные мотивы.

A. Cipriani et al. проанализировали 320 рандомизированных контролируемых исследований, в которых показано, что у депрессивных больных с симптоматической алкоголизацией с увеличением стажа приема этанола выявлена высокая вероятность суицидального поведения [12].

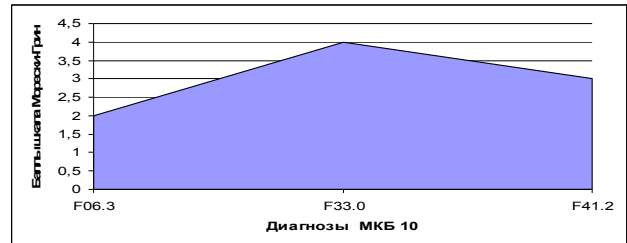


Рис. 2. Изучение уровня комплаентности у пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами (шкала Мориски-Грин, 2013)

Была выявлена зависимость в структуре МПА: у изучаемых нами пациентов с диагнозом «Органическое депрессивное расстройство» (F06.3) в 2 раза чаще по сравнению с пациентами с диагнозом «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2) встречались личностные мотивы, что, возможно, обусловлено гедонистической склонностью пациентов с органической патологией, отражающей стремление получить физическое и психологическое удовлетворение от действия алкоголя, а также желанием уменьшить клинические проявления органического заболевания ($p < 0,05$).

У пациентов с диагнозом «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2) в 1,5 раза чаще по сравнению с пациентами с диагнозом «Органическое депрессивное расстройство» (F06.3) преобладали социально-психологические мотивы приема алкоголя, что говорит о присутствии позитивных социальных установок, которые препятствовали реализации желания употребить спиртное либо пациенты этой группы пытались приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям» социальной микросреды, в которой они функционировали ($p < 0,05$).

Наибольшая предрасположенность к симптоматической алкоголизации со склонностью в МПА к потребностным мотивам была выявлена у пациентов с диагнозом «Органическое депрессивное расстройство» (F06.3) ($p < 0,05$). Несмотря на плохую переносимость спиртных напитков, среди изучаемых нами пациентов с органической непсихотической депрессией число лиц, употребляющих алкоголь, имело тенденцию к увеличению. Низкая вероятность потребностных мотивов в целом у всех изучаемых нами больных депрессией с симптоматической алкоголизацией свидетельствует об отсутствии зависимости в МПА ($p < 0,05$).

В 87 % случаев из 92 изучаемых нами пациентов с непсихотической депрессией с симптоматической алкоголизацией были выявлены неблагоприятные социальные последствия заболевания: нарушение семейных отношений (41 %), неприятности на работе (35 %), снижение профессиональной квалификации (24 %) ($p < 0,05$). Одним из основных критериев при выписке пациентов из психиатрического стационара была смена профессиональной деятельности с меньшей напряженностью, что говорит об актуальности проблемы профессиональной социальной адаптации пациентов, страдающих депрессией с симптоматической алкоголизацией.

Симптоматический алкоголизм не требует лечения, профилактикой возобновления употребления этанола является устранение депрессивной симптоматики. Результаты исследований не всегда подтверждают эффективность антидепрессантов для лечения больных депрессией с симптоматической алкоголизацией ввиду отсутствия комплаентности у данной категории пациентов [15]. 30-40 % больных депрессией с симптоматической алкоголизацией не отвечают адекватно на начальную терапию антидепрессантами [17].

Для оценки уровня комплаентности у всех изучаемых нами больных депрессией с симптоматической алкоголизацией мы использовали шкалу комплаентности Мориски-Грин.

У пациентов с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33.0) комплаентность оказалась в 2 раза выше по сравнению с двумя другими изучаемыми нами группами пациентов (F06.3, F41.2), что, возможно, связано с опытом предыдущего лечения в психиатрическом стационаре и большей осведомленностью о возможном развитии синдрома отмены при пропуске приема препарата у пациентов с диагнозом из рубрики F33.0. Информированность пациентов о важности проводимого лечения, выполнения режима приема психотропных лекарственных средств, последствиях самостоятельного прекращения лечения улучшает комплаентность [9, 12]. 27 % из 92 изучаемых нами пациентов сообщили, что прекратили прием лекарственных средств по рекомендации врача ($p < 0,05$).

Наименее комплаентными к лечению были изучаемые нами пациенты с диагнозом из рубрики F06.3, что соотносится с данными шкалы МПА. Преобладание у данной категории пациентов потребностных мотивов в употреблении алкоголя значительно уменьшает комплаентность, так как симптоматическая алкоголизация принимает вариант анозогнозии с выраженными изменениями когнитивных процессов и личности [5].

Высокие баллы по шкале Мориски-Грин (высокая приверженность) значимо коррелировали со стабильным снижением уровня депрессии у пациентов с диагнозом «Непсихотическое рекуррентное депрессивное расстройство» (F33.0), т. е. с достижением долгосрочной цели лечения (рис. 2).

Заключение. Своевременное выявление мотивов потребления алкоголя в рамках непсихотического депрессивного расстройства позволит предупредить развитие симптоматической алкоголизации и увеличит комплаентность лечения. Высокие показатели мотивации потребления алкоголя и низкий уровень комплаентности у пациентов с диагнозом «Органическое депрессивное расстройство» (F06.3) требуют индивидуального подхода к лечению данной категории пациентов. Проведение образовательных семинаров по рациональному и эффективному применению психотропных лекарственных средств для врачей и пациентов увеличит преимущество к лечению у больных депрессией с симптоматической алкоголизацией.

Литература

1. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез): Лекции по наркологии / под ред. проф. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 223–232.
2. Алтынбеков К. С., Счастный Е. Д. Психофармакотерапия аффективных расстройств при алкоголизме с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 3. – С. 103–105.
3. Бохан Н. А., Коробицина Т. В. Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общей медицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11–17.
4. Бохан Т. Г., Пешковская А. Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 2. – С. 34–40.
5. Завьялов В. Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и у здоровых // Психологический журнал. – 1986. – № 5. – С. 102–111.
6. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Мед. информ. агентство, 1995. – 568 с.
7. Ойфе И. А. Особенности злоупотребления алкоголем больными эндогенными депрессиями // Проблемы клиники, терапии, патогенеза алкоголизма. – М., 1988. – С. 118–123.
8. Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бохан Н. А. Нейробиологические механизмы алкоголизма // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – Т. 102, вып. 8. – С. 61–66.
9. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Невидимова Т. И., Лебедева Е. В., Попова Н. М., Шахурова Н. И., Розин А. И. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 23–33.
10. Счастный Е. Д., Семке А. В., Рахмазова Л. Д., Симуткин Г. Г., Лебедева Е. В., Невидимова Т. И., Розин А. И., Чернышева К. Г., Шеленев А. М., Шахурова Н. И. Биологические и клинико-социальные механизмы развития аффективных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5. – С. 18–28.

11. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the Far North // *Alaska medicine*. – 2006. – T. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.
 12. Cipriani A., Toshiaki A. F., Salanti G. et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis // *The Lancet*. – 2009. – Vol. 373. – P. 746–758.
 13. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // *Science*. – 1977. – № 196. – P. 129–136.
 14. Morisky D. E., Green L. W., Levine D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Med Care*. – 1986. – Vol. 24 (1). – P. 67–74.
 15. Petty F. The depressed alcoholic: Clinical features and medical management // *Gen. Hosp. Psychiat.* – 2004. – N 14. – P. 458–464.
 16. Ross H. E., Glaser F. B., Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 45, N 11. – P. 1023–1031.
 17. Soyka M., Lutz W. Entzug-skrampfanfälle bei Alkoholikern – Prävalenz und mögliche Prädiktoren // *Nervenheilkunde*. – 2009. – Bd. 8, N 3. – S. 114–120.
 18. Ivanova S. A., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Rakitina N. M., Kudyakova T. A., Simutkin G. G. Signs of apoptosis of immunocompetent cells in patients with depression // *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2007. – T. 37. – № 5. – P. 527–530.
 19. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Dodd R. D., Hawkins J. R., Wilson D. O., Johnson P., Clay S. W. In vitro effects of ethanol, acetaldehyde and fatty acid ethyl esters on human erythrocytes // *Alcohol and Alcoholism*. – 2002. – T. 37, № 2. – P. 179.
 20. Tyulina O. V., Boldyrev A. A., Prokopieva V. D., Johnson P. Erythrocyte and plasma protein modification in alcoholism: a possible role of acetaldehyde // *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)/Molecular Basis of Disease*. – 2006. – T. 1762, № 5. – P. 558–563.
- Транслитерация русских источников*
1. Anohina I. P. Biological mechanisms of substance dependence (pathogenesis): *Lektsii po narkologii / pod red. prof. N. N. Ivantsa*. – M.: Medpraktika, 2001. – S. 223–232.
 2. Altynbekov K. S., Schastnyy E. D. Psychopharmacotherapy of affective disorders in alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2008. – N 3. – S. 103–105.
 3. Bokhan N. A., Korobitsina T. V. Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medical practice // *Psihicheskie rasstroystva v obschey meditsine*. – 2008. – N 3. – S. 11–17.
 4. Bokhan T. G., Peshkovskaya A. G. Challenges of self-realization in subjective picture of life span of patients with alcoholism // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – № 2. – С. 34–40.
 5. Zavyalov V. Yu. Motivation of alcohol use in alcoholic patients and in healthy people // *Psihologicheskij zhurnal*. – 1986. – N 5. – С. 102–111.
 6. Mosolov S. N. Clinical application of modern antidepressants. – SPb.: Med. inform. agentstvo, 1995. – 568 s.
 7. Oyfe I. A. Peculiarities of alcohol abuse in patients with endogenous depressions // *Problemy kliniki, terapii, patogeneza alkogolizma*. – M., 1988. – S. 118–123.
 8. Semke V. Ya., Melnikova T. N., Bokhan N. A. Neurobiological mechanisms of alcoholism // *Zhurn. nevrologii i psikiatrii*. – 2002. – T. 102, vyip. 8. – S. 61–66.
 9. Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Nevidimova T. I., Lebedeva E. V., Popova N. M., Shakhurova N. I., Rozin A. I. Clinical-pathogenetic, social-epidemiological factors of ontogenesis of affective disorders (aspects of early diagnostics and prevention) // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 4. – S. 23–33.
 10. Schastnyy E. D., Semke A. V., Rakhmazova L. D., Simutkin G. G., Lebedeva E. V., Nevidimova T. I., Rozin A. I., Chernysheva K. G., Shepenev A. M., Shakhurova N. I. Biological and clinical-social mechanisms of development of affective disorders // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2013. – N 5. – S. 18–28.

ДЕТСКО- ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 618.89-008.447-053.6

ББК Р64-324+Р64-325+Р733

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНО- ВОЗБУДИМОГО СИНДРОМА В СТРУКТУРЕ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Фомушкина М. Г.* , Раева Т. В.

ГБОУ ВПО «ТюмГМА» Минздрава России,
625023, Тюмень, ул. Одесская, д. 54

В работе представлена феноменологическая характеристика расстройств поведения у подростков, показана частота встречаемости отдельных симптомов и синдромов. Выявлены клинические особенности двух вариантов аффективно-возбудимого синдрома (с преобладанием физической и вербальной агрессии), их взаимосвязь с личностными особенностями подростков, а также указаны подходы к оптимизации терапевтической тактики. **Ключевые слова:** подростки, расстройства поведения, агрессия, аффективно-возбудимый синдром, волевая регуляция, оптимизация терапии.

SPECIFICS OF AFFECTIVE-EXCITABLE SYNDROME IN STRUCTURE OF BEHAVIORAL DISORDERS IN ADOLESCENTS. Fomushkina M. G., Raeva T. V. Tyumen State Medical Academy of Ministry of Healthcare of Russia. 625023, Tyumen, Odesskaya Street, 54. In the paper, phenomenological characteristic of behavioral disorders in adolescents, incidence rate of some symptoms and syndromes has been presented. Clinical specifics of two variants of affective-excitabile syndrome (with predominance of physical and verbal aggression), their interrelationship with personality traits of adolescents have been revealed, as well as approaches to optimization of therapeutic tactic have been indicated. **Key words:** adolescents, behavioral disorders, aggression, affective-excitabile syndrome, volitional regulation, optimization of the therapy.

Введение. Расстройства поведения, его отклонения от общепринятых норм у детей и подростков являются одной из актуальных проблем современной детской психиатрии (Мозговая Т. П., 2000; Бохан Н. А. и др., 2006; Brown R. J. et al., 2005). Чаще всего расстройства поведения выражаются в агрессивности, бродяжничестве, отказе от обучения, противоправных действиях, употреблении психоактивных веществ, сексуальной распущенности и др. (Чижова Т. Н. и др., 2007; Семке В. Я. и др., 2006; Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И., 2012;

Semke V. Ja., Mandel A. I., Bochan N. A., Galaktionov O. K., 1992; Semke V., Salevsky G., Bochan N., 1992; Moffitt T. E., 2001; Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R., 2006; Bokhan N. A., Baturin E. V., 2011).

Около миллиона детей и подростков доставляются в течение года в органы внутренних дел за различные правонарушения (Дмитриева О. В. и др., 2007), что определяет необходимость новых форм организации программы профилактики для несовершеннолетних (Бохан Н. А., Титов С. С., Усов Г. М., Чашина О. А., 2011). В совершении противоправных действий подростки находят своеобразный способ самодтверждения, 45 % молодежи при этом реализует собственные агрессивные тенденции (Wiener J. M., 1991). Являются ли отклонения в поведении признаком психического заболевания или это психологическая особенность переходного возраста, дефект воспитания практически здорового подростка? Ответ на этот вопрос неоднозначен.

Проблема расстройств поведения стоит на стыке ряда наук: психологии, психиатрии, социологии, педагогики, философии, права, каждая из которых имеет свои методологические подходы к ее изучению, свою терминологию, понимание механизмов возникновения нарушений поведения. До настоящего времени не достигнуто единства в понимании нарушений поведения у детей и подростков. Об этом свидетельствует терминологическая путаница в обозначении описываемых расстройств, как в зарубежной, так и отечественной литературе. Наряду с понятием «нарушение поведения» нередко используются термины: «патологическое», «аномальное», «девиантное», «делинквентное» и даже «незаконное» поведение (Jenkins R., 1980).

В работах отечественных психиатров (Ковалев В. В., 1981; Личко А. Е., 1983) часто присутствует термин «девиантное» поведение. Ещё В. В. Ковалев (1981) подчеркивал, что говорить о девиантном поведении как о самостоятельном микросоциально-психологическом явлении можно лишь при отсутствии пограничной психической патологии, в противном случае имеющиеся нарушения поведения должны расцениваться как клинический признак этой патологии. Он указал следующие признаки патологических нарушений поведения: наличие патохарактерологического синдрома, а также интимной связи феноменологии расстройств поведения со структурой и психопатологическими особенностями определенных патохарактерологических синдромов; проявление девиантного поведения за пределами основных для ребенка или подростка микросоциальных групп – семьи, школьного коллектива, референтной группы подростков; полиморфизм патологических нарушений

* Фомушкина Марина Геннадьевна, ассистент кафедры психиатрии. Телефон: 89123974092. E-mail: marina.fomushckina@mail.ru

поведения, сочетание антидисциплинарных, антисоциальных и аутоагрессивных действий; сочетание девиантного поведения с расстройствами невротического типа, включая аффективные и соматовегетативные; формирование стереотипов отклоняющегося поведения, их фиксация и переход в аномалию характера.

Английские ученые Г. И. Каплан, Б. Дж. Сэддок (1994) дают следующее определение расстройствам поведения – «это повторяющееся устойчивое нарушение, проявляющееся либо в попрании прав других людей, либо в нарушении характерных для данного возраста социальных норм и правил».

Шведские ученые под социальными нарушениями поведения у детей и подростков понимают такие отклонения в поведении, которые мешают социальной жизни самого ребенка и общества (Гиллберг К., Хеллгрэн Л., 2004). Согласно международной классификации болезней (10-й пересмотр) расстройства поведения определяются как стойкий тип диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения и проявляются чрезмерной драчливостью, хулиганством, жестокостью к другим людям и животным, поджогами, воровством, лживостью, прогулами в школе и уходами из дома, частыми и тяжелыми вспышками гнева, постоянным откровенным непослушанием. Любая из этих категорий при ее выраженности и продолжительности присутствия не менее 6 месяцев является достаточной для постановки данного диагноза.

Таким образом, понятие расстройств поведения либо расширяется, охватывая все новые формы нарушений у здоровых и психически больных, или суживается до социально-психологического уровня, характеризующего расстройства поведения только у здоровых лиц (Козлова И. А. и др., 2001; Kaplan H. B., 2000).

В клинической картине расстройств поведения особую социальную значимость имеют агрессивные тенденции, которые представлены аффективно-возбудимым синдромом (Семке В. Я., Авдеенко А. А., Бабушкина Л. У., Бохан Н. А. и др., 1982). Однако точная феноменологическая квалификация и ранняя диагностика агрессии часто затруднительна, что обусловлено многообразием ее проявлений, зависимостью от возрастных особенностей психики подростков, отсутствием четких критериев патологических и непатологических форм агрессивного поведения.

Выявление особенностей аффективно-возбудимого синдрома при расстройствах поведения у подростков позволит сформировать реабилитационные программы, в составлении которых имеются определенные сложности. Общественное мнение таково, что назначение нейролептиков при лечении расстройств поведения у подростков считается нецелесообразным, а нередко и вредным, нарушающим пси-

хическое развитие ребенка, отрицательно влияющим на его когнитивные способности. Изучение феноменологической характеристики аффективно-возбудимого синдрома в структуре расстройств поведения у подростков позволит решить вышеописанные проблемы.

Цель: клиническая характеристика аффективно-возбудимого синдрома у подростков с расстройствами поведения.

Материал и методы. Было обследовано 110 пациентов в возрасте от 14 до 16 лет (из них мальчиков – 76,4 %, девочек – 23,6 %), проходивших лечение в ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» с расстройствами поведения, отвечающими диагностическим критериям F91 по МКБ-10, с учетом синдромологической диагностики отечественной психиатрии и общим интеллектуальным показателем по шкале Векслера не ниже 71 балла. Большинство подростков (61,8 %) проживали в учреждениях интернатного типа, 38,2 % – в неполных, малообеспеченных семьях, где вместо отца был отчим, родители имели асоциальную направленность в поведении. Клинико-психопатологическое исследование включало в себя оценку поведения подростка в семье, учебной среде, среди сверстников и особенности морально-этической сферы.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных показал, что расстройства поведения у подростков были представлены следующими симптомами и синдромами: нарушения школьной адаптации (пропуски уроков, отсутствие желания посещать школу) наблюдались у 85,5 % пациентов, синдром уходов и бродяжничества (уходы из дома или интернатного учреждения) – у 71,8 %, воровство – у 61,8 %. Подростки, имеющие в анамнезе уголовную ответственность, составили 36,4 %. Расстройства поведения у подростков нередко сопровождались аддиктивными нарушениями; так, курение отмечалось у 84,5 % пациентов, эпизоды употребления алкоголя – у 60,0 %, вдыхание летучих соединений – у 38,2 %, употребление наркотических веществ – у 10,0 % обследованных.

У подростков с расстройствами поведения с преобладанием аффективно-возбудимого синдрома (26,4 %) социальная дезадаптация была наиболее выраженной, что явилось основанием для его более углубленного изучения. В классической психиатрической литературе аффективно-возбудимый (эксплозивный) вариант нарушений поведения характеризуется двигательноречевой возбудимостью, агрессивностью, взрывчатостью, склонностью к бурным аффективным реакциям, сопровождающимся вегетососудистой неустойчивостью. Подростки с данными расстройствами отличаются узостью интересов, легкомыслием, незрелостью желаний, склонностью к хвастовству, лживостью, нередко

легко внушаемы. Неустойчивость настроения, снижение волевой активности способствуют легкому возникновению у них влечения к алкоголю, наркотикам и другим вредным привычкам (Ковалев В. В., 1981; Личко А. Е., 1983; Кондрашенко В. Т., 1988). В последнее время получены данные о роли сенсорных отклонений у детей и подростков в формировании аддиктивного поведения (Невидимова Т. И. и др., 2008).

Структура аффективно-возбудимого синдрома у обследованных подростков была представлена следующими симптомами: склонностью к аффективным разрядам (раздражение, гнев), неадекватным по силе вызвавшему их внешнему воздействию, агрессивными действиями, неумением сдерживать себя, оппозиционным отношением к взрослым, повышенной готовностью к конфликтам с окружающими и стремлением делать им «назло». У этой группы подростков часто возникали реакции имитации в виде подражания несдержанности, грубости и агрессивному поведению окружающих, прежде всего родителей и других членов семьи. Агрессия нередко сопровождалась вегетососудистой неустойчивостью (игрой вазомоторов лица, неустойчивостью артериального давления, тахикардией, нарушениями сна и др.).

Проведенный статистический анализ феноменологической структуры расстройств поведения у подростков с помощью статистического метода «хи-квадрат» выявил ряд достоверных различий, характерных для аффективно-возбудимого синдрома, что позволило выделить два его варианта: с преобладанием вербальной агрессии (36,4 %) и с преобладанием физической агрессии (63,6 %).

Подростки, у которых наблюдались вербальные формы агрессии, были более склонными к воровству (78,0 %, $p=0,010$), достоверно чаще не желали посещать уроки (68,0 %, $p=0,039$), были не уверены в своих силах (65,0 %, $p=0,036$), менее способны соперничать друг с другом (60,0 %, $p=0,037$), имели низкий уровень развития ответственности (28 %), чем подростки, которые реже вступали в конфликтные отношения (49,0 %) ($p=0,041$), не выбирали деловые занятия вместо отдыха (23,0 %, $p=0,004$), а также отличались трудолюбием (16,0 %, $p=0,001$).

У подростков с преобладанием физической агрессии, которые первыми начинали драку при малейшей конфликтной ситуации с окружающими, достоверно чаще отмечались неустойчивые отношения со сверстниками (44,8 %), они не имели друзей в отличие от пациентов, у которых агрессивные тенденции отступали на второй план (21,0 %) ($p=0,013$). Подростки достоверно чаще совершали самовольные уходы из дома или интерната (86,2 %, $p=0,045$), не старались помочь другим в трудных ситуациях (69,0 %, $p=0,009$), не стремились к труду

(58,6 %, $p=0,012$), у них достоверно чаще наблюдалось курение (96,6 %, $p=0,039$) и употребление алкоголя (79,3 %, $p=0,013$).

В происхождении патологических изменений характера при аффективно-возбудимом варианте расстройств поведения важную роль играли повторные реакции протеста и имитации, а также воспитание по типу гипоопеки, безнадзорности, которые создавали условия не только для недостаточного подавления аффективной возбудимости, но и для слабого развития волевых качеств характера, таких как выдержка, умение сдерживать непосредственные аффективные проявления. У всех обследованных наблюдались следующие нарушения волевой регуляции: неспособность довести начатое дела до конца (отсутствие упорства в достижении цели) присутствовало у 25,5 % пациентов, неспособность планирования – у 30,0 %, неумение сдерживать отрицательные эмоции – у 36,3 % (недостаточное развитие тормозящей функции воли), отсутствие стремления к труду – у 39,1 %, безынициативность – у 43,6 %, неуверенность – у 51,8 %, безответственность – у 59,1 %.

Таким образом, подростки, у которых отмечался аффективно-возбудимый синдром с преобладанием вербальной агрессии, были более неуверенными в себе, зависимы от окружающих, легко подвергались отрицательному влиянию сверстников, в результате чего совершали правонарушения в группе, настроены на праздный образ жизни и испытывали дефицит волевой регуляции. Данный вариант аффективно-возбудимого синдрома согласно МКБ-10 можно рассматривать в рамках социализированного расстройства поведения, которое сформировалось у личности с неустойчивыми чертами. При втором варианте аффективно-возбудимого синдрома подростки не имели привязанностей и устойчивых отношений, отличались эмоциональной холодностью, для снятия отрицательного аффекта агрессии чаще курили и употребляли алкоголь, у них были более выражены нарушения волевой регуляции. Эти расстройства можно рассматривать в рамках несоциализированного расстройства поведения у личностей с возбудимыми чертами характера.

Назначение лечебной терапии и проведение реабилитационных мероприятий данной группе пациентов имеет свои особенности в зависимости от варианта аффективно-возбудимого синдрома. При первом варианте требуется одновременное проведение психофармакотерапии и психотерапии, тогда как при втором, неблагоприятном варианте этого синдрома на первом этапе оказания помощи подросткам с данными расстройствами необходимо лечение антипсихотическими препаратами (нейролептики, антидепрессанты, нормотимики и др.), затем присоединение психотерапевтической коррекции.

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11–15.
2. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
3. Бохан Н. А., Титов С. С., Усов Г. М., Чащина О. А. Организационная модель профилактики аддитивных состояний у несовершеннолетних в условиях территориально-образовательного кластера // Наркология. – 2011. – Т. 10, № 6. – С. 16–22.
4. Гиллберг К., Хеллгрэн Л. Психиатрия детского и подросткового возраста // Социальные нарушения поведения. – М., 2004. – С. 271–274.
5. Дмитриева О. В., Власовских Р. В. Региональные особенности заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков в Российской Федерации // Психическое здоровье. – 2007. – № 7. – С. 26.
6. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия / пер. с англ. д.м.н. В. Б. Стрелец. – М., 1994. – С. 279–285.
7. Ковалев В. В. Социально-психиатрический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков // Нарушения поведения у детей и подростков. – М., 1981. – С. 11–23.
8. Понсе Г. Л. С. Девиантное поведение в детстве, уходы и бродяжничество // Проблемы современной подростковой психиатрии: материалы 12-х Кербиловских научных чтений / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2001. – С. 51–56.
9. Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. – Минск, 1988. – 206 с.
10. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л., 1983. – С. 31–42.
11. Мозговая Т. П. Формирование девиантного поведения у подростков (психопатологический и психологический аспекты) // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – № 3. – С. 24–27.
12. Неvidимова Т. И., Бохан Н. А., Коконова Д. Н., Барабанова О. Н. Сенсорные нарушения как фактор риска формирования аддитивного поведения в подростково-юношеском возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 89–93.
13. Семке В. Я., Авдеенко А. А., Бабушкина Л. У., Бохан Н. А. и др. К проблеме клинико-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения подростков // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1982. – Вып. 10. – С. 1517–1523.
14. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддитивных состояний // Наркология. – 2006. – Т. 5, № 1. – С. 60–65.
15. Твердохлебова Н. В., Бохан Т. Г. Структурно-содержательные характеристики самосознания у лиц юношеского возраста с разной выраженностью пивной аддикции // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 41. – С. 64.
16. Чижова Т. Н., Рычкова Л. С., Чижов А. В. Особенности синдрома дромомании в структуре резидуально-органических расстройств у мальчиков в препубертатном периоде // Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии: науч. материалы Всерос. конф. / под ред. Е. В. Макушкина. – Волгоград, 2007. – С. 124–125.
17. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
18. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the Far North // Alaska medicine. – 2006. – T. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.
19. Brown R. J., Schrag A., Trimble M. R. Dissociation, childhood inter-personal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162, N 5. – P. 899–903.
20. Kaplan H. B. Deviant Identity as a Moderator of the Relation Between Negative Self – Feelings and Deviant Behavior / H. B. Kaplan, Chenghsien Lin // Journal of Early Adolescence. – 2000. – V. 20, Is. 2. – P. 50.
21. Moffitt T. E., Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females // Development and Psychopathology. – 2001. – V. 13. – P. 355–375.
22. Jenkins R. Child psychiatry perspectives. Status offenders // J. Amer. Acad. Child. Psychiat. – 1980. – V. 19. – № 2. – P. 320–325.
23. Semke V. Ja., Mandel A. I., Bochan N. A., Galaktionov O. K. Alcoholos remissioi prognosztizalasa // Addiktologiai Kutatasok oroszorszagban. – Budapest, 1992. – S. 49–55.
24. Semke V., Salevsky G., Bochan N. Regionale Aspekte des Schutzes der Psychischen Gesundheit // Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. – Sonderheft 2-60 Jahrgang, Sept. 1992. – S. 111–112.
25. Wiener J. M. Textbook of child and adolescent psychiatry. – N. Y.: Am. Psychiatric Press, 1991. – P. 261–298.

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N. A., Mandel A. I., Trefilova L. L. Regional profile of adolescent narcotizm, state-of-the-art, monitoring, relevant patterns of formation // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 10. – S. 11–15.
2. Bokhan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity if opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. neurologii i psichiatrii. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 17–24.
3. Bokhan N. A., Titov S. S., Usov G. M., Chaschina O. A. Organizing model of prevention of addictive states in minors under conditions of territorial-educative cluster // Narкологиya. – 2011. – T. 10, N 6. – S. 16–22.
4. Gillberg K., Hellgren L. Psychiatry of childhood and adolescence // Sotsialnyie narusheniya povedeniya. – M., 2004. – S. 271–274.
5. Dmitrieva O. V., Vlasovskih R. V. Regional specifics of sickness rate with mental disorders of children and adolescents in Russian Federation // Psihicheskoe zdorove. – 2007. – N 7. – S. 26.
6. Kaplan G. I., Sedok B. Dzh. Clinical psychiatry / per. s angl. d.m.n. V. B. Strelets. – M., 1994. – S. 279–285.
7. Kovalev V. V. Social-psychiatric aspect of problem of deviant behavior in children and adolescents // Narusheniya povedeniya u detey i podrostkov. – M., 1981. – S. 11–23.
8. Ponse G. L. S. Deviant behavior in childhood, walkouts and vagrancy // Problemyi sovremennoy podrostkovoy psichiatrii: materialyi 12-h Kerbikovskih nauchnyih chteniy / pod red. T. B. Dmitrievoy. – M.: GNTs SSP im. V. P. Serbskogo, 2001. – S. 51–56.
9. Kondrashenko V. T. Deviant behavior in adolescents. – Minsk, 1988. – 206 s.
10. Lichko A. E. Psychopathias and character accentuations in adolescents. – L., 1983. – S. 31–42.
11. Mozgovaya T. P. Formation of deviant behavior in adolescents (psychopathological and psychological aspects) // Zhurn. neurologii i psichiatrii. – 2000. – N 3. – S. 24–27.
12. Nevidimova T. I., Bokhan N. A., Kokonova D. N., Barabanova O. N. Sensory disturbances as a risk factor of formation of addictive behavior at adolescent and youth age // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2008. – N 1. – S. 89–93.
13. Semke V. Ya., Avdeenko A. A., Babushkina L. U., Bokhan N. A. i dr. To the problem of clinical-pathogenetic analysis and correction of disturbances of behavior of adolescents // Zhurn. nevropatolog. i psichiatrii. – 1982. – Vyip. 10. – S. 1517–1523.
14. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Personological analysis in context of systematic of addictive states // Narкологиya. – 2006. – T. 5, N 1. – S. 60–65.

15. Tverdokhlebova N. V., Bokhan T. G. Structural-content characteristics of self-consciousness in persons of pre-adult age with different severity of beer addiction // *Sibirskiy psichologicheskij zhurnal*. – 2011. – N 41. – S. 64.
16. Chizhova T. N., Rychkova L. S., Chizhov A. V. Specifics of dromomania syndrome in structure of residual-organic disorders in boys in puberty period // *Problemy diagnostiki, terapii i instrumentalnykh issledovaniy v detskoj psihiatrii: nauch. materialy Vseros. konf. / pod red. E. V. Makushkina*. – Volgograd, 2007. – S. 124–125.

УДК 616.89-008:617.751.6:613.95:159.9

ББК Р733+Р64-43-435

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СЛАБОВИДЯЩИХ ДЕТЕЙ

Карауш И. С.*

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Клинически обследовано 86 учащихся коррекционной школы-интерната III-IV вида, у 70 из них (слабовидящие дети, 62 % – инвалиды по зрению) отмечались нарушения психического здоровья различного уровня (психодезадаптационные состояния, нарушения психологического развития и т. д.). Обсуждаются особенности клинической картины выявленных нарушений, аспекты диагностики и раннего выявления тревоги и аффективных нарушений, качественного анализа клинических шкал тревоги и депрессии. Представлены медицинская и психологическая составляющие комплексных реабилитационных программ. **Ключевые слова:** слабовидящие дети, психодезадаптационные состояния, нарушения психологического развития, тревога, реабилитационные программы.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MENTAL HEALTH PROBLEMS OF VISUALLY IMPAIRED CHILDREN. Karaush I. S. *Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4.* 86 students of the correctional boarding school of III-IV types have been clinically examined. 70 of them (62 % of visually impaired) had mental health problems at various levels (disturbance of adaptation, disorders of psychological development, etc.). The features of the clinical picture of disturbances, diagnostics and early detection of anxiety and affective disorders, the qualitative analysis of the clinical scales of anxiety and depression are discussed. The medical and psychological components of complex rehabilitation programs have been presented. **Key words:** children with impaired vision, disturbance of adaptation, disorders of psychological development, anxiety, rehabilitation programs.

Нарушения зрения (врожденные аномалии зрительного анализатора, амблиопии, нистагм и т. п.) являются одним из вариантов дефицитарного дизонтогенеза, могут ограничивать познавательные, учебные, социальные и поведенческие возможности у детей и подростков (Bakhla A. K., Sinha V. K. et al., 2011; Boonstra H., Limburg N. et al., 2012). Зрительное и цветочное восприятие играет важную роль в формировании психического здоровья (Куприянова И. Е., Карауш И. С., 2013). Неоднократно разными авторами отмечалась высокая частота развития расстройств психоинтеллектуального и социального развития у детей с сенсорными нарушениями (Терентьева Н. П., 2004; Куприянова И. Е., Семке В. Я. и др., 2011; Carvill S., 2001; Brunnberg E., Boström M. L., 2008).

* Карауш Ирина Сергеевна, к. м. н., с.н.с. отделения профилактической психиатрии. E-mail: anir7@yandex.ru
Телефон: 89138203221

По данным L. S. Nielsen, L. Skov, H. Jensen (2007), при исследовании распространенности, диагностики и этиологии нарушений зрения у 923 детей 4—15 лет с задержкой развития частота нарушений зрения увеличивалась и коррелировала с низким IQ (10,5 % нарушений зрения – в основной группе детей, 22,4 % – у лиц с IQ ≤ 50. Даже в дошкольном возрасте у детей с нарушением зрения выявляются высокой тревожностью (23,1 %) и специфические особенности (12 % детей), свидетельствующие о переживании ими ограниченности своей зрительной функции (Емельянов А. А., 2009). При дефицитарном дизонтогенезе велик риск развития психологической дезадаптации (Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С., 2011, 2012; Semke V., Salevsky G., Bochan N., 1992), социальной дезадаптации и проблем со злоупотреблением психоактивными веществами (Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л., 2006; Semke V. Ja., Mandel A. I., Bochan N. A., Galaktionov O., 1992; Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R., 2006; Bokhan N. A., Baturin E. V., 2011).

Целью настоящего исследования было проанализировать клиничко-психологические особенности, особенности адаптации детей с нарушениями зрения, обучающихся в условиях специализированной школы-интерната III-IV вида.

Материал исследования. При обследовании 86 учащихся 7—16 лет нарушения психического здоровья различного уровня выявлены у 70 из них (44 мальчика, 26 девочек). Эти дети относятся к категории «слабовидящие», 62 % из них имеют инвалидность по основному заболеванию.

Методы исследования – клинический, психологический (использовались шкала тревожности CMAS (The Children's Form of Manifest Anxiety Scale), шкала депрессии Марии Ковач).

Результаты и обсуждение. При клиническом обследовании у детей были выявлены как различные варианты нарушения психической адаптации (донозологические состояния), так и психические расстройства (табл. 1). Сочетанная патология (2 и более психических расстройств) встречалась у 10 % детей.

Т а б л и ц а 1
Структура психических нарушений у детей с нарушениями зрения (n=70)

Нозология	Количество
Умственная отсталость (F70—79)	5 (7,1 %)
Смешанные специфические р-ва развития (F83)	26 (37,1 %)
Специфические расстройства развития речи (F80)	6 (8,6 %)
Общие расстройства развития (F84.0)	1 (1,4 %)
Гиперкинетические расстройства (СДВГ) (F90)	5 (7,1 %)
Др. психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F06)	4 (5,7 %)
Невротические, связанные со стрессом р-ва (F4)	3 (4,3 %)
Донозологические (психодезадаптационные) состояния	28 (40 %)
Сочетанная патология (2 и более психических расстройств)	7 (10 %)

Чаще отмечались донозологические состояния (40 %) – астенический, психовегетативный или дистимический варианты, смешанные специфические расстройства развития (37 %), гиперкинетические расстройства (7,1 %). Донозологические состояния относятся к наиболее универсальным проявлениям психической дезадаптации, граничащим с нормой, представляют собой относительно стабильный симптомокомплекс (Семке В. Я., 2001). При астеническом варианте (50 % от группы донозологических состояний – 14 чел.) психодезадаптационных нарушений отмечались утомляемость, сонливость в дневное время, трудности концентрации внимания, некоторое ухудшение памяти, головные боли. Частым симптомом было затруднение пробуждения по утрам. Описывая поведение таких детей, педагоги отмечают: «ребенок не может высидеть урок полностью», «через 10—15 минут не слушает объяснений, начинает вертеться», «не реагирует на замечания», «временами становится вялым, сонливым, «выключенным» из общей работы». Как правило, для этих детей было характерно наличие сопутствующей неврологической патологии (последствия перинатального поражения центральной нервной системы, энцефалопатии).

У детей с соматовегетативным вариантом психодезадаптационных нарушений (35,7 % от группы донозологических состояний – 10 чел.) выявлялись симптомы вегетативной лабильности – кратковременные головные боли, слабость, неприятные ощущения в области эпигастрия, ощущения тяжести; реже отмечались потливость, сердцебиения. Подобные нарушения носили преходящий характер, нередко сопровождались колебаниями настроения.

Дистимический вариант (14,3 % от группы донозологических состояний – 4 чел.) психодезадаптационных нарушений характеризовался раздражительностью, частыми аффективными вспышками с недовольством, озлобленностью. Дистимические реакции длились от нескольких часов до 1—2-х суток, иногда сопровождались признаками физической и психической слабости, вегетативными реакциями; у таких детей отмечались трудности в установлении социальных контактов и признаки социального неблагополучия в семье (алкоголизация родителей, изменение состава семьи, низкий материальный уровень).

Среди клиничко-психологических особенностей детей со смешанными специфическими расстройствами развития (в педагогической классификации соответствует задержке психического развития) отмечались эмоционально-личностная незрелость, недостатки внимания, памяти, мышления, нарушения произвольной регуляции деятельности. Характерны частая

смена настроения, проблемы в формировании нравственно-этической сферы. Часто отмечалось снижение познавательной активности, обусловленное не только нарушенным психологическим развитием, но и сниженной с раннего детства функцией зрения.

В работе с детьми и подростками, помимо нозологического диагноза, учитывались и сопутствующие аномалии психосоциальной ситуации, которые могут играть определённую роль в возникновении психических расстройств, оказывать влияние на их течение и терапевтический процесс (Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 [2003]).

Наиболее частыми являются: 1) аномальное отношение в семье (недостаточность эмоционального тепла в отношениях между родителем и детьми; конфликтные отношения в семье); 2) аномалии ближайшего окружения (воспитание в учреждении; ситуация воспитания в аномальной семье); 3) хронический межличностный стресс, связанный с учёбой: конфликтные отношения отвержения со стороны сверстников.

Применение многоосевого диагноза дает возможность оценить наличие нарушений психического здоровья в контексте микросоциальных условий, что необходимо учитывать при проведении психотерапии и психопрофилактических мероприятий (Эйдемиллер Э. Г., 2005).

Одной из задач клинко-психологического исследования детей с нарушениями в развитии является выявление тревоги и аффективных нарушений, которые часто остаются нераспознанными. Ранее неоднократно отмечалось, что в клинической картине аффективных нарушений у детей доминируют вегетативно-соматические симптомы, снижение успеваемости в школе (Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В., Федина М. А., 2001). Авторы отмечают необходимость комплексного подхода в изучении расстройств аффективной сферы, с учётом данных нормативного и аномального психического развития (дизонтогенез), особенностей пубертатного созревания, влияния социальных, наследственных, травматических и психогенных факторов.

По нашим наблюдениям, тревога и сниженное настроение у детей с дефицитарным дизонтогенезом часто проявляется изменением поведения (робость, боязливость, плаксивость, нарушения сна, раздражительность), ухудшением состояния здоровья (частые простудные заболевания, боли и недомогание неясного характера – боли в животе, расстройства аппетита, головные боли). Таким детям часто необходима психологическая и эмоциональная поддержка.

Согласно результатам проведенного исследования уровня тревоги по шкале SMAS, высокий уровень тревоги выявлен у 33 % детей, средний уровень – у 48,5 %. Следует отметить, что в 73,5 % случаев у детей с высоким уровнем тревоги отмечаются те или иные признаки депривации, связанной с нарушением зрения. Из-за стигматизации и недостаточной осведомленности о внешнем мире дети и подростки часто чувствуют страх, тревогу, неуверенность в себе, зависимость от привычного окружения (близкого взрослого человека и т. п.). Осознание и переживание ограниченности своей зрительной функции актуально преимущественно для категории детей, имеющей высокий уровень тревожности.

Необходимо подчеркнуть, что иногда при количественных показателях шкал тревоги и депрессии, характерных для низкого или среднего уровня, следует качественно анализировать ответы детей. По шкале тревожности SMAS акцентировалось внимание на согласии с такими утверждениями, как «в глубине души ты многого боишься», «тебя все время мучает, всё ли ты делаешь правильно, так как следует», «тебе нередко снятся страшные сны», «ты чувствуешь, что тебя никто не понимает».

Примером «настораживающих» ответов по шкале депрессии М. Ковач были следующие: «я часто бываю грустный», «я часто испытываю беспокойство», «я часто (всегда) чувствую себя одиноким», «я не уверен в том, что меня кто-нибудь любит», «я чувствую себя одиноком слюдьми». Если суммарный показатель набранных баллов дает количественную оценку спектра депрессивных симптомов – сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения, то при значениях «средний» или «(чуть) ниже среднего» качественный анализ может дать ценную информацию о переживаниях ребёнка, как правило, не вербализуемых. Наличие согласия с подобными утверждениями может явиться поводом для дополнительных (уточняющих или наводящих) вопросов и быть первым признаком внутреннего конфликта или беспокойства.

В нашем исследовании такая ситуация была характерна для детей с психодезадаптационными состояниями. Непостоянные или единичные клинические симптомы дополнялись несколькими «знаковыми» ответами в клинических шкалах, что может являться отражением как преходящего дискомфорта, так и начальным этапом формирующегося пограничного расстройства. Эта группа нуждается в динамическом наблюдении.

Слабовидящий ребенок сталкивается с множеством проблем личностного характера на протяжении всего детства и юности. Зрение

играет важную роль в социальной жизни, поскольку её основа закладывается в наблюдении за другими. Дети, имеющие значительное снижение зрения, часто испытывают трудности в социальных отношениях, в том числе и потому, что их понимание игровой деятельности, социальных норм ограничено или искажено, так как их сниженное зрение не позволяет им интерпретировать тонкие социальные сигналы, они не могут увидеть, как другие отвечают на их поведение. Обучение в специализированной школе создает доступную среду для функционирования, а также обуславливает некоторые особенности коммуникации детей с нарушением зрения.

Большинство (77 %) детей из исследуемой выборки имеют в качестве друзей сверстников из своей же школы, различные внешкольные секции или кружки посещают только 15 % детей. Дети 7—11 лет в среднем проводят за компьютером 2—4 часа в день, в старшем возрасте это время еще более увеличивается – в среднем составляя 3—5 часов у 11—16-летних. Следует учитывать специфику изучаемого контингента и несоблюдение психогигиенических мероприятий, касающихся времени, проводимого перед экраном монитора, и определенного режима (чередования работы и отдыха органа зрения). Основные занятия за компьютером – это игры и общение в социальных сетях, которое у большинства детей ограничено людьми, имеющими сенсорные расстройства.

Таким образом, социальное взаимодействие детей часто становится ограниченным. Учитывая выявленные особенности, была разработана программа комплексного медико-психолого-педагогического взаимодействия, осуществляемая на базе специализированной школы. Помимо традиционных мероприятий, осуществляемых педагогами, психологами, дефектологами, и традиционных этапов медицинской диспансеризации, нами было предложено динамическое наблюдение и обследование детей врачом-психиатром (психотерапевтом) непосредственно в учебном учреждении, что обеспечивало доступность специализированной помощи и устранение психологического барьера.

Необходимость включения специализированного медицинского (психиатрического) компонента в реабилитационные программы сопровождения детей с сенсорными нарушениями определяется тем фактом, что знание психологических особенностей, своевременное выявление и коррекция нарушений психического здоровья (тревоги, депрессии, суицидальных тенденций) является необходимым базисом для воспитания социальных навыков – сотрудничества, адаптивности, восприятия себя как части окружающего общества.

Успешное проведение реабилитационных программ, помимо традиционных, должно включать следующие составляющие.

1. Медицинский аспект сопровождения детей и подростков с нарушениями зрения, помимо традиционного (наблюдение педиатра, офтальмолога) должен включать психиатрический компонент диспансеризации:

- реализация не просто формальной констатации нарушений развития, а выявление ранних признаков тревоги, депрессии, суицидальных тенденций в поведении, т. е. группы риска по развитию психических расстройств, и определение спектра превентивных коррекционных мероприятий;
- индивидуальная и групповая психотерапия;
- консультирование семьи, коррекция детско-родительских отношений, психофармакологическая помощь при выявлении психических расстройств у родителей;
- проведение образовательных семинаров для педагогов и социальных работников с целью ознакомления с особенностями психического развития детей с различными нарушениями онтогенеза;
- скрининг психического здоровья педагогического коллектива, помощь при выявлении синдрома эмоционального выгорания.

2. Психологическая составляющая реабилитационных программ должна включать:

- занятия и тренинги по развитию социальной компетентности – моделирование различных ситуаций и проигрывание возможных вариантов поведения с последующим обсуждением;
- формирование умения дифференцировать эмоции и чувства, обсуждение эмоционального реагирования на различные (в том числе стрессовые) ситуации;
- решение проблем межличностного общения;
- работа с проявлениями агрессии (с определением ее причин в каждом конкретном случае);
- содействие формированию таких положительных психосоциальных черт личности, как оптимизм, стойкость, чувство собственного достоинства, как профилактика психопатологии и адаптация к критическим, стрессовым событиям в жизни;
- работа с семьей.

Программы активно внедряются в деятельность образовательных учреждений и образовательный процесс в рамках повышения квалификации педагогов и социальных работников. Проведенное исследование показало, что перспектива данного направления – это сосредоточение внимания на комплексности медицинской и психолого-педагогической помощи детям, проведении различных социальных и образовательных программ, необходимости включения в реабилитационные программы родителей, педагогов.

Литература

1. Бохан Н. А., Мандель А. И., Трефилова Л. Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11–16.
 2. Дмитриева Т. Б., Макушкин Е. В., Федина М. А. Расстройства аффективной сферы у детей и подростков (обзор литературы) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т.3, N 5. – С. 1–5.
 3. Емельянов А. А. Комплексная оценка состояния здоровья детей с нарушениями зрения и оптимизация условий их воспитания и оздоровления в специализированных дошкольных образовательных учреждениях: автореф. ... к.м.н. – М., 2009.
 4. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Актуальные вопросы и перспективы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения процессов обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011. – № 10. – С. 107–110.
 5. 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. – 203 с.
 6. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. № 3 (72). – С. 36–40.
 7. Куприянова И. Е., Карауш И. С. Цвет и психическое здоровье. – Saarbrücken, Deutschland : Изд-во «Palmarium Academic Publishing», 2013. – 185 с.
 8. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М. : Смысл, СПб. : Речь, 2003. – 407 с.
 9. Семке В. Я. Основы персонологии. – М., 2001. – 476 с.
 10. Терентьева Н. П. Особенности психологической защиты у слабослышащих и слабовидящих подростков: автореф. дис. ... к.п.н. – Самара, 2004.
 11. Эйдемиллер Э. Г. Детская психиатрия: учебник / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2005. – 1120 с.
 12. Bakhla A. K., Sinha V. K., Verma V., Sarkhel S. Prevalence of psychiatric morbidity in visually impaired children // Indian. Pediatr. – 2011. – Mar. 48 (3). – P. 225–227.
 13. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
 14. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the Far North // Alaska medicine. – 2006. – T. 49, № 2. – Suppl. – C. 251–254.
 15. Boonstra N., Limburg H., Tijmes N., van Genderen M., Schuil J., van Nispen R. Changes in causes of low vision between 1988 and 2009 in a Dutch population of children // Acta Ophthalmol. – 2012. – May. 90 (3). – P. 277–278.
 16. Brunnberg E., Boström M. L. Self-Rated Mental Health, School Adjustment, and Substance Use in Hard-of-Hearing Adolescents // Deaf. Stud. Deaf. Educ. – 2008. – Summer; 13 (3). – P. 324–335.
 17. Carvill S. Sensory impairments, intellectual disability and psychiatry // J. Intellectual Disability Research. – 2001. – 45 (6). – P. 467–483.
 18. Nielsen L. S., Skov L., Jensen H. Visual dysfunctions and ocular disorders in children with developmental delay. I. prevalence, diagnoses and aetiology of visual impairment // Acta Ophthalmol. Scand. – 2007. – Mar; 85 (2). – P. 149–156.
 19. Semke V. Ja., Mandel A. I., Bochan N. A., Galaktionov O. K. Alcoholos remissio prognosztizalasa //Addiktologiai Kutatasok oroszorszagban. – Budapest, 1992. – S. 49–55.
 20. Semke V., Salevsky G., Bochan N. Regionale Aspekte des Schutzes der Psychischen Gesundheit // Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. – Sonderheft 2. – 60 Jahrgang, Sept. 1992. – S. 111–112.
- Транслитерация русских источников*
1. Bokhan N. A., Mandel A. I., Trefilova L. L. Regional profile of adolescent narcotizm, state-of-the-art, monitoring, relevant patterns of formation // Psihicheskoe zdorove. – 2006. – N 10. – S. 11–16.
 2. Dmitrieva T. B., Makushkin E. V., Fedina M. A. Disorders of affective sphere in children and adolescents (literature review) // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2001. – T.3, N 5. – S. 1–5.
 3. Emelyanov A. A. Complex assessment of state of health of children with sight disorders and optimization of conditions of their upbringing and health improvement in specialized preschool educational institutions: avtoref. ... k.m.n. – M., 2009.
 4. Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S. Relevant questions and perspectives of psychological-pedagogical and medico-social coaching of process of education and upbringing of children with disabilities // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. – 2011. – N 10. – S. 107–110.
 5. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya., Dashieva B. A., Karaush I. S. Mental; health of children with special educational needs. – Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2011. – 203 s.
 6. Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S. Clinical-psychological, biological and social risk factors of development of psychopathological disturbances in children with disabilities // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2012. N 3 (72). – S. 36–40.
 7. Kupriyanova I. E., Karaush I. S. Color and mental health. – Saarbrücken, Deutschland : Izd-vo «Palmarium Academic Publishing», 2013. – 185 с.
 8. Multiaxial classification of mental disorders in childhood and adolescence. Classification of mental and behavioral disorders in children and adolescents according to ICD-10. – M. : Smyisl; Sankt-Peterburg: Rech, 2003. – 407 s.
 9. Semke V. Ya. Bases of personology. – M., 2001. – 476 s.
 10. Terenteva N. P. Traits of psychological defense in adolescents with hearing and sight disorders: : avtoref. dis. ... k.p.n. – Samara, 2004.
 11. Eydemiller E. G. Child psychiatry: textbook / pod red. E. G. Eydemillera. – SPb.: Piter, 2005. – 1120 s.

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008:577.4

ББК Р645.093.39-3

ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР

Рудницкий В. А.*

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Обследовано 536 ликвидаторов аварии на ЧАЭС. У всех пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации, были выявлены психические расстройства органического регистра. Анализ клинической динамики отмечает продолжающееся ухудшение состояния психического и соматического здоровья данных пациентов, снижение качества их жизни, резистентность психических расстройств к терапии. Выявлено значительное нарастание влияния социальных и соматогенных факторов на течение данных психических заболеваний. Разработаны принципы реабилитации пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации, с психическими расстройствами, предложены дифференцированные программы реабилитации, повышающие эффективность лечебно-профилактических мероприятий, с включением психопрофилактического, психотерапевтического, психофармакологического, иммунореабилитационного, физиотерапевтического и социотерапевтического комплексов. **Ключевые слова:** экология, радиация, катастрофы, психическое здоровье, органические психические расстройства, психогении, стресс, медико-социальные, соматогенные и социально-психологические факторы, адаптация, декомпенсация, лечение, профилактика, реабилитация.

TYPES OF TREATMENT OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN LIQUIDATORS OF CONSEQUENCES OF CHAPS ACCIDENT AND EFFICACY OF TREATMENT-PREVENTIVE MEASURES. Rudnitsky V. A. Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. 536 liquidators of ChAPS accident have been examined. All patients exposed to small doses of radiation had mental disorders of organic register. Analysis of clinical dynamic shows progressive worsening of state of mental and somatic health of these patients, decrease of quality of life, resistance of mental disorders toward the therapy. Significant increase of influence of social and somatogenic factors on course of these mental diseases has been revealed. Principles of rehabilitation of patients exposed to small doses of radiation with mental disorders have been developed; differentiated rehabilitative programs, heightening efficacy of treatment-preventive measures including psychopreventive, psychotherapeutic, psychopharmacological, immunorehabilitative, and physiotherapeutic and sociotherapeutic complexes have been proposed. **Key**

* Рудницкий Владислав Александрович – д-р мед. наук, ст. науч. сотр. отд. пограничных состояний. Телефон: (3822)72-32-21. E-mail: rudnizki9@mail.ru

words: ecology, radiation, catastrophes, mental health, organic mental disorders, psychogenic factors, stress, medico-social, somatogenic and social-psychological factors, adaptation, decompensation, treatment, prevention, rehabilitation.

После Чернобыльской катастрофы прошло уже достаточно много времени, однако ее медицинские и социальные последствия остаются по-прежнему актуальными, а эффективность проводимых реабилитационных мероприятий недостаточно эффективной, о чем свидетельствуют как литературные данные, так и наши предшествующие публикации [3, 9, 10, 11, 15, 21]. Поскольку в обозримом будущем нереально отказаться от использования и развития ядерной энергетики, соответственно повышается актуальность минимизации рисков ее использования и преодоления негативных последствий ее использования, в том числе медико-социальных и психологических.

В настоящее время отмечается значительный рост распространенности психических заболеваний, связанных, с одной стороны, с нарастанием социально-психологического напряжения в обществе, ростом психотравмирующих влияний [27], с другой стороны – с неблагоприятной экологической обстановкой. К настоящему времени негативные последствия для человеческой психики Чернобыльской катастрофы многократно превзошли ее непосредственный материальный и физический (соматический) ущерб [2, 5, 21, 22, 24]. Как отмечает большинство исследователей, ликвидаторы последствий радиационных инцидентов нуждаются в специализированной психиатрической помощи, проведении высокоэффективных профилактических и реабилитационных мероприятий [3, 4, 6, 8, 11, 25]. Высокий уровень психических и соматических расстройств среди данной категории граждан несет в свою очередь значительную угрозу остальному населению, подерживая и усиливая экологические страхи. В связи с этим на первый план среди задач экологической медицины (и экологической психиатрии в частности) выходят проблемы профилактики, психопрофилактики и реабилитации.

Выявляемые у ликвидаторов заболевания обладают значительным полиморфизмом, широким спектром клинических проявлений, что обусловлено воздействием различных комбинаций факторов – радиационных, психогенных, соматогенных, экзогенно-органических, конституционально-биологических, социальных [1, 4, 6, 7, 8, 14, 16, 24]. Сложные сочетания этиологических и патогенетических факторов у пациентов, пострадавших от техногенных катастроф, определяют прогрессивность психических заболеваний, недоучет их влияний приводит к трудностям и ошибкам в диагностике, снижает эффективность лечебных и профилактических мероприятий [6, 7, 11, 12, 15, 16].

Схожие медико-психологические и социально-психологические условия и факторы способствуют возникновению подобных расстройств адаптации у бойцов ОМОНа, принимающих участие в проведении контртеррористических операций [17]. Высокая частота коморбидных депрессивных нарушений у ликвидаторов требует их ранней превенции и учета хронобиологических факторов для создания методов дифференцированной реабилитации данных расстройств [18–21].

Цель исследования. На основе полученных данных об особенностях клиники, клинической динамики непсихотических психических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации, анализа роли факторов, влияющих на их течение, разработать и совершенствовать лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия.

Материалы и методы. Нами проанализированы научные данные о влиянии малых доз радиации и сочетанных с ней факторов у ликвидаторов аварии на ЧАЭС за 20-летний период и результаты собственных наблюдений. Обследовано 538 ликвидаторов аварии на ЧАЭС с непсихотическими психическими расстройствами, мужчин, в возрасте на момент обследования от 26 до 70 лет (средний возраст $46 \pm 0,5$ года), проживающих в Томской области. Пациенты с эндогенными психическими расстройствами и аддиктивными нарушениями в выборку не включались (критерий исключения).

Методы: клинико-психопатологический, эпидемиологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический и экспериментально-психологический.

Обсуждение результатов. У всех обследованных ликвидаторов (согласно критериям МКБ-10) были диагностированы психические расстройства органического регистра. Проведенные комплексные исследования приводят к заключению об органической (соматоорганической) природе психических заболеваний с вовлечением в патогенез прогрессивного сосудистого процесса и комбинированных соматических нарушений. В 21,34 % наблюдений (257 человек) было диагностировано органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, в 14,74 % (79 пациент) – органическое аффективное, в 2,6 % (14 человек) – органическое тревожное, в 34,7 % (186 человек) – органическое расстройство личности (табл. 1).

В 1,67 % (9 чел.) наблюдений коморбидно органическим выявлялись диагностические критерии ПТСР; у 102 пациентов (18,96 %) были зафиксированы диагностические признаки «Стойкого изменения личности после переживания катастрофы», у 108 пациентов (20,1 %) –

«Невротические и соматоформные расстройства», у 29 (5,39 %) – депрессивный эпизод, у 33 (6,13 %) – расстройства личности (исключая рубрики F07 и F62). Кроме того, у всех пациентов выявлялись множественные соматические заболевания, традиционно считающиеся психосоматическими, и иммунологические нарушения (табл. 2).

Таблица 1
Нозологическая структура непсихотических психических расстройств у ликвидаторов

Нозологическая категория	Группа			
	Основная (n=538)		Сравнения 1 (n=148)	
	абс.	%	абс.	%
Органическое аффективное расстройство	58	10,78	16	10,81
Органическое тревожное расстройство	31	5,76	6	4,05
Органическое эмоционально лабильное расстройство	155***	28,81	112***	75,68
Органическое расстройство личности	294***	54,65	14	9,46
Всего	538	100,0	148	100,0

Примечание. Уровень значимости: *** – $p < 0,001$.

Таблица 2
Коморбидные психические расстройства в различных группах ликвидаторов

Нозологическая категория	Группа			
	Основная (n=538)		Сравнения 1 (n=148)	
	абс.	%	абс.	%
Стойкое изменение личности после переживания катастрофы	102***	18,96	-	-
ПТСР	9*	1,67	-	-
Невротические и соматоформные расстройства	108	20,1	8	5,41
Депрессивный эпизод	29*	5,39	6	8,11
Расстройства личности	33*	6,13	8	10,82
Всего	538	100,0	74	100,0

Примечание. Уровень значимости: * – $p < 0,05$, *** – $p < 0,001$.

Данные клинико-динамического наблюдения (рассматривались случаи с катамнезом от 3 до 18 лет) выявляют у данных пациентов постепенное нарастание болезненности психическими расстройствами органического регистра и тяжести данных нарушений. До 1997 г. у пациентов, получивших большие дозовые нагрузки, наблюдались более тяжелые нарушения, но с 1998 г. эта тенденция уже четко не прослеживалась, а на первые места вышли социально-психологические влияния, соматогенные и психосоматические взаимосвязи (описано нами ранее в работах 9, 10, 22, 23).

На базе клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН лечебно-профилактические мероприятия были проведены у части пациентов (311 ликвидаторов аварии на ЧАЭС), остальные после получения консультативно-диагностической помощи лечились на базе других медицинских учреждений).

Проводимое лечение было комплексным, с использованием специально разработанных нами для ликвидаторов аварии на ЧАЭС с непсихотическими психическими расстройствами дифференцированных реабилитационных комплексов, примененных нами при лечении большого массива пациентов [11, 12, 24]. В первую очередь комплексность лечебных мероприятий предусматривала необходимость продолжения реабилитационных мероприятий в последующем, после выписки пациентов из клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Были получены достаточно высокие показатели первоначальной эффективности терапии (по шкале, предложенной В. Я. Семке) [22] (рис. 1).



Рис. 1. Эффективность и устойчивость реабилитационных мероприятий

У значительной части пациентов квалифицировано практическое выздоровление с необходимостью проведения эпизодических профилактических мероприятий (шкала В) – 189 человек (60,77 %). У 108 пациентов (34,73 %) верифицировано неполное выздоровление (наличие остаточной симптоматики органического (неврозоподобного) и патохарактерологического спектра, нерезких нейрофизиологических сдвигов; т. е. шкала С); у 14 пациентов (4,5 %) выявлены критерии незначительного выздоровления с элементами послабления клинической симптоматики, незначительным выравниванием нейрофизиологических параметров и частичным восстановлением социально-трудовой адаптации (шкала Д).

После выписки из клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН последующие лечебно-профилактические мероприятия ликвидаторам последствий радиационной катастрофы осуществлялись в соответствии с рекомендациями лечащих врачей либо по месту жительства пациентов (в соответствии с территориальным принципом организации российского здравоохранения), либо на базе областного организационно-методического и реабилитационного центра (ООМРЦ) «Чернобыль» специалистами данного центра.

Научные сотрудники и врачи клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН осуществляли консультативно-методологическую помощь специалистам данных медицинских учреждений. Однако амбулаторный этап оказания специализированной психиатрической и медико-социальной помощи данной категории пациентов был наиболее уязвим, лечебно-профилактические мероприятия, как правило, осуществлялись непоследовательно и в недостаточном объеме. Во многом данная ситуация определялась недостатками организации специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи в России, особенно на амбулаторном этапе ее оказания (в том числе и декретированным группам населения, к которым относятся ликвидаторы последствий Чернобыльской катастрофы).

Катамнестическое обследование показало низкую сохранность достигнутых результатов лечебно-профилактических мероприятий. В 11,58 % случаев наблюдений отмечалась стабилизация состояния (соответствовало шкале В), у 36,66 % пациентов в течение года происходило постепенное нарастание симптоматики, однако не достигающее первоначального уровня (шкала С). В остальных случаях отмечалось прогрессивное течение заболеваний, что чаще всего было обусловлено прекращением (либо неадекватным проведением) лечебно-профилактических мероприятий на амбулаторном этапе реабилитации данной категории пациентов или присоединением дополнительных негативных факторов, провоцирующих декомпенсацию заболеваний.

Последующие катамнестические наблюдения выявили три варианта течения психических расстройств у данных пациентов: прогрессивный, стабильный и регрессивный (условно регрессивный). Прогрессивное течение отмечалось у большинства пациентов – 388 человек (72,12 %). У пациентов происходило постепенное нарастание степени тяжести психических расстройств, с неустойчивостью и непродолжительностью улучшений (ремиссий), частыми обострениями, присоединением сопутствующих психических и соматических заболеваний.

В социальной сфере у пациентов отмечались нарастающая социальная дезадаптация, сужение социальных контактов, выраженное снижение качества жизни. У большинства из них отмечалось враждебное или недоверчивое отношение к окружающим; социальная отгороженность (в основном в связи с раздражительностью и недовольством), у части пациентов – склонность к манипулятивному поведению, конфликтам, сутяжничеству; хроническое чувство беспокойства, недифференцированной тревоги, опасности; ощущения опустошенности и безнадежности.

Характерны устойчивые ипохондрические проявления, рентные установки, формальное отношение к лечению в сочетании с сосредоточенностью на болезни и компенсацией вреда здоровью. Часто отмечались нарушения режима, необоснованные перерывы и прекращения поддерживающего лечения, свертывание реабилитационных медико-социальных мероприятий при незначительных трудностях в их реализации, наличие дополнительных негативных влияний: социального неблагополучия, аддитивных проблем, экзогенно-органических, психогенных, соматогенных.

Вариант стабильного течения наблюдался у 114 пациентов (21,19 %) и характеризовался относительной стабилизацией психического состояния и социальных показателей. Наблюдалось отсутствие выраженных сезонных обострений психических расстройств в течение года, психогенный «запуск» обострений либо аутохтонный их характер с малой изменчивостью их клинических проявлений (по сравнению с предшествующими обострениями). В сфере интересов наряду с меньшей, по сравнению с предыдущей подгруппой пациентов сосредоточенностью на болезни, отмечались и другие устойчивые социальные интересы (в основном семья и работа). Была характерна поддержка со стороны микроокружения. Отмечались саногенные личностные установки (мотивация на сохранение и восстановление здоровья), заинтересованность в проведении поддерживающей терапии, отсутствовали выраженные наркологические проблемы и рентные тенденции. Благоприятный признак для представителей данной категории пациентов – устойчивая стабилизация соматического состояния (описаны нами ранее [10]).

Регрессиентный вариант течения был наиболее редким, выявлялся у 36 пациентов (6,69 %). Для данной подгруппы было характерно последовательное и планомерное проведение комплексных реабилитационных мероприятий; высокая превентивная активность пациентов при реализации данных мероприятий (саногенный ресурс), здоровый образ жизни, адекватное отношение к болезни и лечению, социальная активность в виде востребования остаточной трудоспособности и общественной деятельности, а также наличие микросоциальной поддержки. Регрессиентный вариант может быть рассмотрен как вариант психодезадаптационных состояний (описаны нами ранее, и соответствуют критериям В. Я. Семке [12, 13, 24]).

С учетом устойчивого, но лишь частичного улучшения медицинских показателей и социального благополучия, с наличием выраженного церебрально-органического субстрата психической патологии и сохраняющейся хронической иммунологической несостоятельности,

данный вариант целесообразно считать «условно» регрессиентным [10, 12, 13].

Общая тенденция для пациентов с психическими нарушениями в популяции ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС – утяжеление степени выраженности непсихотических психических расстройств и соматических заболеваний, нарастание признаков социальной дезадаптации. В подгруппе пациентов, регулярно и последовательно проходящих обследование и комплексную реабилитацию в клинике ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, было отмечено более доброкачественное течение психических заболеваний; в ходе лечебно-профилактических мероприятий у них чаще удалось достичь состояния компенсации (субкомпенсации). Характерным на фоне поддерживающей терапии было значительное и устойчивое во времени уменьшение выраженности головных болей, неустойчивости артериального давления, раздражительности, обморочных состояний, нарушений сна. Более устойчивой являлась аффективная симптоматика; интеллектуально-мнестические и патохарактерологические расстройства, метеозависимость, которые в меньшей степени поддавались обратному развитию. В социальной сфере также отмечалась положительная динамика, а именно: позитивная саногенная и социальная активность пациентов, адекватная субъективная позиция по отношению к факту наличия болезни и лечению способствовали более доброкачественному течению психических и соматических заболеваний; обострения носили менее частый, менее тяжелый и продолжительный характер.

Таким образом, изучение течения непсихотических психических расстройств у ликвидаторов последствий крупной радиационной аварии в отдаленном периоде катастрофы, определение эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мер выявляют нарастающее значение роли соматогенных, социально-психологических и медико-социальных факторов (в том числе недостатков в организации медицинской помощи данной категории лиц). Показано, что наиболее уязвима лечебно-профилактическая специализированная помощь ликвидаторам последствий Чернобыльской катастрофы на амбулаторном этапе ее оказания.

В связи с этим комплексный патогенетический и социально ориентированный подход представляется наиболее оптимальным для дальнейшего совершенствования психиатрической, психотерапевтической и медико-социальной помощи не только ликвидаторам аварии на ЧАЭС, но и другим пациентам, подвергшимся воздействию неблагоприятных экологических, психогенных и социально-стрессовых факторов.

Л и т е р а т у р а

1. 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 клинико-динамические характеристики кризисных состояний при пограничных психическими расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 9–15.
2. Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Перчаткина О. Э., Диденко А. В., Никитина В. Б., Гычев А. В., Рудницкий В. А. Клиническая динамика стрессоустойчивости при непсихотических психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 11–19.
3. Александровский Ю. А., Щукин Б. П., Незнамов Г. Г. Психические расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах (диагностика и терапия): метод. рекомендация. – М., 1990. – 46 с.
4. Краснов В. Н., Юркин М. М., Войцех В. Ф. и др. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 1: Структура и актуальный патогенез // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – № 1. – С. 5–10.
5. Либерман А. Н. Радиация и стресс. Социально-психологические последствия Чернобыльской аварии. – СПб., 2002. – 107 с.
6. Малыгин В. Л., Цыганков Б. Д. Психические нарушения радиационного генеза (клиника, патофизиология, терапия). – М., 2005. – 236 с.
7. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Аксенов М. М., Епанчинцева Е. М. Врожденная иммунная недостаточность как фактор риска развития затяжного течения невротических, связанных со стрессом расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1 (48). – С. 43–47.
8. Пивень Б. Н. К вопросу о характере психических нарушений у лиц, находившихся в зоне катастрофы на Чернобыльской АЭС // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 1. – С. 78–82.
9. Рудницкий В. А. Клинические и реабилитационные аспекты пограничных нервно-психических расстройств у лиц, подвергшихся воздействию радиации: автореф. дис. канд. мед. наук. – Томск, 1997. – 19 с.
10. Рудницкий В. А., Семке В. Я., Гарганеева Н. П. Непсихотические психические расстройства в сочетании с соматическими заболеваниями у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 34–41.
11. Рудницкий В. А. О совершенствовании системы реабилитационных мероприятий для пострадавших от малых доз радиации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1 (52). – С. 131–132.
12. Рудницкий В. А. Клинические и реабилитационные проблемы экологической психиатрии: автореф. дис. докт. мед. наук. – Томск, 2011. – 46 с.
13. Рудницкий В. А. Клинические варианты непсихотических психических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 69–72.
14. Румянцова Г. М., Чинкина О. В., Бежина Л. Н. Радиационные инциденты и психическое здоровье населения. – М., 2009. – 285 с.
15. Сединина Н. С. Динамика психических нарушений у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: клинические, иммунологические, социальные и реабилитационные аспекты: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2009. – 43 с.
16. Семке В. Я. Экологические проблемы современной психиатрии // Вестник РАМН. – 1994. – N 2. – С. 12–17.
17. Глумова И. В., Хвостова О. И., Счастный Е. Д. Медико-психологические и социально-психологические условия, факторы и механизмы формирования расстройств адаптации у сотрудников ОМОНа // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 49.
18. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М., Кудрякова Т. А., Потапкина Е. В., Ермаков А. В., Rogozina Т. А. Распространенность и закономерности клинической гетерогенности аффективных расстройств с учетом конституциональных и хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 4. – С. 25–29.
19. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М. Распространенность, коморбидность и клинико-конституциональные закономерности гетерогенности аффективных расстройств и суицидального поведения с учетом хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 22–25.
20. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Горшкова Л. В., Гарганеева Н. П., Невидимова Т. И., Шахурова Н. И., Вялова Н. М., Попова Н. М., Васильева С. Н. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6. – С. 9–13.
21. Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Невидимова Т. И., Лебедева Е. В., Попова Н. М., Шахурова Н. И., Розин А. И. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 23–33.
22. Семке В. Я., Бохан Т. Г., Богомаз С. А., Гердт Ю. В. Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 57–62.
23. Семке В. Я., Рудницкий В. А., Епанчинцева Е. М., Ошавев С. А., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б. Сравнительная характеристика влияния интенсивных психотравм различной природы (на примере экологической катастрофы и боевого стресса) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6 (57). – С. 89–93.
24. Семке В. Я., Рудницкий В. А. Клинические и реабилитационные аспекты экологической психиатрии // Экология человека. – 2010. – № 6. – С. 46–51.
25. Семке В. Я., Рудницкий В. А., Гуткевич Е. В. Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинические и социальные аспекты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4 (55). – С. 83–87.
26. Холодова Н. Б., Жаворонкова Л. А. Изменения со стороны нервной системы в динамике у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. – № 9. – С. 73–74.
27. Гычев А. В., Артемьев И. А. Пограничные нервно-психические расстройства и социальная нестабильность // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С. 67–69.

Транслитерация русских источников

1. Aksenov 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., Vasileva N. A., Agarkov A. A. Typology, constitutional-biological and clinical-dynamic characteristics of crisis states in borderline neuropsychiatric disorders // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2009. – N 5. – S. 9–15.

2. Aksenov M. M., Semke V. Ya., Vetlugina T. P., Perchatkina O. E., Didenko A. V., Nikitina V. B., Gychev A. V., Rudnitsky V. A. Clinical dynamic of stress resistance in non-psychotic mental disorders // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 4. – S. 11–19.
3. Aleksandrovsky Yu. A., Schukin B. P., Neznamov G. G. Mental disorders during natural disasters and catastrophes (diagnostics and therapy): methodical recommendations. – M., 1990. – 46 s.
4. Krasnov V. N., Yurkin M. M., Voytseh V. F. i dr. Mental disorders in participants of liquidation of consequences of the accident on Chernobyl APS. Report one: Structure and relevant pathogenesis // *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya*. – 1993. – N 1. – С. 5–10.
5. Liberman A. N. Radiation and stress. Social-psychological consequences of Chernobyl accident. – SPb., 2002. – 107 s.
6. Malygin V. L., Tsygankov B. D. Mental disturbances of radiation genesis (clinic, pathophysiology, therapy) – M., 2005. – 236 s.
7. Nikitina V. B., Vetlugina T. P., Axenov M. M., Epanchintseva E. M. Secondary immune deficiency as a risk factor of development of protracted course of neurotic, stress-related disorders // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2008. – N 1 (48). – S. 43–47.
8. Piven B. N. About character of mental disturbances in persons in zone of catastrophe on Chernobyl APS // *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya*. – 2000. – T. 10, N 1. – S. 78–82.
9. Rudnitsky V. A. Clinical and rehabilitative aspects of borderline neuropsychiatric disorders in persons exposed to impact of radiation: avtoref. dis. kand. med. nauk. – Tomsk, 1997. – 19 s.
10. Rudnitsky V. A., Semke V. Ya., Garganeeva N. P. Non-psychotic mental disorders combined with somatic diseases in liquidators of accident on ChAPS // *Rossiyskiy psichiatricheskij zhurnal*. – 2010. – N 6. – S. 34–41.
11. Rudnitsky V. A. About improvement of system of rehabilitative activities for sufferers from small doses of radiation // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 1 (52). – S. 131–132.
12. Rudnitsky V. A. Clinical and rehabilitative problems of ecological psychiatry: avtoref. dis. dokt. med. nauk. – Tomsk, 2011. – 46 s.
13. Rudnitsky V. A. Clinical variants of non-psychotic mental disorders in patients with experience of impact of small doses of radiation // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 4. – S. 69–72.
14. Rummyantseva G. M., Chinkina O. V., Bezgina L. N. Radiation incidents and mental health of the population. – M., 2009. – 285 s.
15. Sedinina N. S. Dynamic of mental disturbances in participants of liquidation of consequences of the accident on Chernobyl APS: clinical, immunological, social and rehabilitative aspects: avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. – M., 2009. – 43 s.
16. Semke V. Ya. Ecological problems of modern psychiatry // *Vestnik RAMN*. – 1994. – N 2. – S. 12–17.
17. Glumova I. V., Khvostova O. I., Schastnyy E. D. Medico-psychological and social-psychological conditions, factors and mechanisms of formation of adjustment disorders in coworkers of SWAT // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2004. – N 2. – S. 49.
18. Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Popova N. M., Kudyakova T. A., Potapkina E. V., Ermakov A. V., Rogozina T. A. Prevalence and regularities of clinical heterogeneity of affective disorders with account for constitutional and chronobiological factors // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2005. – N 4. – S. 25–29.
19. Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Popova N. M. Prevalence, comorbidity and clinical-constitutional regularities of heterogeneity of affective disorders and suicidal behavior with account for chronobiological factors // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2006. – N 3. – S. 22–25.
20. Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Gorshkova L. V., Garganeeva N. P., Nevidimova T. I., Shakhurova N. I., Vyalova N. M., Popova N. M., Vasileva S. N. Clinical-pathogenetic, social-epidemiological factors of ontogenesis of affective disorders (aspects of early diagnostics and prevention) // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 6. – S. 9–13.
21. Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Nevidimova T. I., Lebedeva E. V., Popova N. M., Shakhurova N. I., Rozin A. I. Clinical-pathogenetic, social-epidemiological factors of ontogenesis of affective disorders (aspects of early diagnostics and prevention) // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 4. – S. 23–33.
22. Semke V. Ya., Bokhan T. G., Bogomaz S. A., Gerdt Yu. V. Psychological safety in structure of mental health of the population living under conditions of risk of man-made-ecological threat // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2011. – N 1. – S. 57–62.
23. Semke V. Ya., Rudnitsky V. A., Epanchintseva E. M., Oshaev S. A., Vetlugina T. P., Nikitina V. B. Comparative characteristics of influence of intense psychotraumas of different nature (on example of ecological catastrophe and combat stress) // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 6 (57). – S. 89–93.
24. Semke V. Ya., Rudnitsky V. A. Clinical and rehabilitative aspects of ecological psychiatry // *Ekologiya cheloveka*. – 2010. – N 6. – S. 46–51.
25. Semke V. Ya., Rudnitsky V. A., Gutkevich E. V. Mental health of patients with experience of impact of radiation. Clinical and social aspects // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 4 (55). – S. 83–87.
26. Holodova N. B., Zhavoronkova L. A. Changes within nervous system in dynamic in participants of liquidation of consequences of the accident on Chernobyl APS // *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. – 2009. – N 9. – S. 73–74.
27. Gychev A. V., Artemyev I. A. Borderline neuropsychiatric disorders and states of instability // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – № 4. – S. 67–69.

ПРЕВЕНТИВНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-084:575.191

ББК Р64-8

ОРГАНИЗАЦИЯ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СЕМЬЯХ КАК РАЗВИТИЕ ПРЕДИКТИВНО-ПРЕВЕНТИВНОЙ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ

Гуткевич Е. В.^{*}, Лебедева В. Ф.

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

В обзоре изложены актуальные представления об оказании медико-генетической помощи семьям больных психическими расстройствами; описываются основные тенденции и направления предиктивно-превентивной и персонализированной медицины. Обосновывается, что в превенции психических расстройств основным является семейно-генетический принцип и системный подход, на основе которых представлена иерархическая система генетической превенции; представлены уровни, этапы, участники процесса. Важным является возможность прогнозировать семейный и индивидуальный генетический риск психического расстройства. Подчеркивается значимость развития предиктивно-превентивного и персонализированного подхода в психиатрии. **Ключевые слова:** психические расстройства, семья, превенция, иерархическая система, предиктивно-превентивная и персонализированная медицина.

ORGANIZATION OF HIERARCHIC SYSTEM OF GENETIC PREVENTION OF MENTAL DISORDERS IN FAMILIES AS DEVELOPMENT OF PREDICTIVE-PREVENTIVE AND PERSONALIZED MEDICINE. Gutkevich E. V., Lebedeva V. F. *Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4.* In the review, relevant ideas of medico-genetic help rendering for families of patients with mental disorders have been presented; basic trends and directions of predictive-preventive and personalized medicine are described. It is based that in prevention of mental disorders the basic principle is family-genetic one and systematic approach on which basis hierarchic system of genetic prevention has been introduced; levels, stages, participants of the process have been introduced. Of importance is possibility to predict family and individual genetic risk of mental disorder. Significance of development of predictive-preventive and personalized approach in psychiatry is underlined. **Key words:** mental disorders, family, prevention, hierarchic system, predictive-preventing and personalized medicine.

Важной предпосылкой для предупреждения нарушений психической деятельности является

^{*} * Гуткевич Елена Владимировна, д.м.н., в.н.с. отд. эндогенных расстройств. Телефон: 89138743441, e-mail: gutkevich.elena@rambler.ru

системное использование новых научно-методологических подходов. В психиатрии нооцентрическая парадигма психического здоровья сменяется на биопсихосоциальную с пересмотром роли пациента. Происходит переход от больного как объекта к отношению к нему как к субъекту вместе с его семейным окружением [1]. Семья является источником и генетического наследования и социально-психологических отношений между людьми. В семье одновременно присутствуют родственники разных поколений и возрастов – детского и подросткового, молодого и зрелого, пожилого и старческого. Семейный уровень позволяет работать в реальных «группах риска». В зависимости от степени родства члены семьи попадают в «группы риска» с разной вероятностью предрасположения и возникновения психических расстройств в определенном возрасте в соответствии с индивидуальными генетическими и семейными особенностями. Для психических расстройств как многофакторных заболеваний с наследственным предрасположением в основе определенных клинико-диагностических, реабилитационных, адаптационных и превентивных мероприятий должен быть семейно-генетический принцип. Предупреждение наследственной патологии в целом в рамках медико-генетической службы является важнейшим разделом современной медицины и организации здравоохранения. Тем более что речь идет при этом не просто о предотвращении заболевания у конкретного индивида, но и во всех его последующих поколениях.

В 2011 г. Е. К. Гинтер, С. И. Козлова [2] определяли, что основными разделами медико-генетической службы в России являются: медико-генетическое консультирование (МГК), пренатальная диагностика, периконцепционная профилактика, неонатальный скрининг и мониторинг врожденных пороков развития. Медико-генетическая служба России полностью сформировалась и стала такой же необходимой структурой для помощи семьям с наследственной патологией, как и другие медицинские службы (педиатрическая, акушерско-гинекологическая и др.). Медико-генетические консультации обеспечивают семейную профилактику наследственных болезней на основе прогнозирования риска рождения больного ребенка в семье и пренатальной диагностики.

В целом в России сложилась многоуровневая система (сложная структурная единица) оказания медико-генетической помощи населению, чем отличается от генетических консультаций в других странах. Первый уровень системы включает деятельность общей сети лечебно-профилактических учреждений, основная задача которых состоит в выявлении врожденных пороков развития и наследственных забо-

леваний с выраженным клиническим фенотипом и направление семей на МГК, которое происходит на последующих уровнях: областные, краевые МГК; межрегиональные и федеральные МГК (в Сибирском федеральном округе есть ФГБУ «НИИ МГ» СО РАМН, федеральный медико-генетический центр). Однако анализ состояния медико-генетической службы в Российской Федерации обнаруживает, что в организационных основах оказания медико-генетической помощи нуждающимся в ней больным и их семьям имеется много нерешенных вопросов [3].

Так, основной медико-генетической помощью обеспечивается детский контингент и беременные групп высокого риска на основе проведения массового скрининга, взрослый контингент пациентов практически не охвачен по ряду причин. Так, более значимый объем МГК необходим для пациентов клиник нервных болезней (2,4-2 %) и эндокринологии (2,2 %), менее востребовано МГК в терапии (менее 1 %, МФЗ – 86,5 %) и клинике кожных и венерических болезней, а также для пациентов хирургического профиля. Разный уровень отягощенности популяций с различной генетической структурой определяет разную потребность в медико-генетической помощи, при этом необходим дифференцированный подход с учетом региональных особенностей распространения наследственных заболеваний. В настоящее время как в России, так и за рубежом одной из наиболее распространенных форм организации оказания медицинской помощи населению стали многопрофильные клинические больницы, где должна быть представлена и специализированная медико-генетическая помощь.

Особое значение медико-генетическая помощь имеет для больных психическими и наркологами расстройствами [4]. Современная концепция терапии и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, основывается на биопсихосоциальной модели, включающей как психофармакотерапию, так и комплекс психосоциальных вмешательств. В рамках такого подхода одним из приоритетных направлений является работа с ближайшим окружением пациента. Проведение эффективных лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий при психических расстройствах невозможно без оказания медико-генетической помощи, направленной на решение проблем относительно появления или риска появления наследственной болезни в семье и обществе [1, 5]. Подчеркнем, что в основном это возможно в рамках третичной профилактики наследственной патологии, под которой понимают коррекцию проявления патологических генотипов, что можно назвать и нормокопированием, поскольку при патологи-

ческом генотипе стремятся получить нормальный фенотип [6]. Третичная профилактика проводится как при наследственных болезнях, так и (особенно часто) при болезнях с наследственной предрасположенностью. С ее помощью можно добиться полной нормализации функций или снижения выраженности патологического процесса. Для некоторых форм наследственной патологии она может совпадать с лечебными мероприятиями в общемедицинском смысле, желательно использовать одновременно два принципиально разных подхода: семейный и популяционный. Третичная профилактика на основе управления экспрессией генов особенно важна и эффективна для предупреждения болезней с наследственной предрасположенностью. Исключение из среды факторов, способствующих развитию патологического фенотипа, а иногда обуславливающих его, – прямой путь к профилактике таких болезней. Профилактика многофакторных состояний более сложная, поскольку они вызываются взаимодействием нескольких факторов среды и полигенных комплексов, все же при определенном семейном анамнезе и молекулярно-генетическом анализе полиморфных маркеров генов предрасположенности к заболеваниям можно выявить «слабые» звенья в здоровье индивида и создать благоприятные условия для замедления или приостановки развития многофакторного заболевания (предупредительная медицина). Методом популяционной профилактики наследственных болезней является исключение мутагенных факторов из среды обитания человека, исключение факторов, вызывающих экогенетические патологические реакции.

Опыт работы в сфере медико-генетического консультирования в Научном центре психического здоровья РАМН приводят В. Е. Голиббет и др. [7]. Авторы сообщают, что представления практикующих врачей о роли наследственности в развитии эндогенных психозов часто не соответствуют реальному положению вещей, в ряде случаев прогноз для больного основан на завышенных величинах риска. В определенной степени это касается и неспециализированных медико-генетических учреждений. Врачи-генетики в этом случае чаще всего оперируют лишь эмпирически полученными оценками риска без учета данных психиатрического и психологического тестирования, нейрофизиологического и психологического обследований, не учитывая состояние психического здоровья и личностные особенности обращающихся за консультацией родственников больного.

В настоящее время становится все более очевидным, что клинически гетерогенные шизофренические расстройства могут быть обусловлены действием многих генов и их вовлечением в функционирование различных мета-

болических путей. Очевидно, что при проведении медико-генетического консультирования необходимо информировать родственников о величинах риска возникновения расстройств шизофренического спектра (шизотипических и параноидных и шизоидных расстройствах личности).

Весьма важным как с научной, так и с практической точек зрения, представляются данные о связи шизофрении и наркоманий; о повышенной частоте различных видов зависимостей у родственников больных эндогенными заболеваниями [8, 9]. В случае обращения больного уточняется его диагноз, также проводятся психиатрическое обследование и психологическое тестирование нарушения познавательных процессов и аффективно-волевой сферы), а в ряде случаев – нейрофизиологический (ЭЭГ-исследование) и неврологический анализы [35]. При обращении мужа или жены больного осуществляется их комплексное обследование, а также их ребенка, если целью обращения является оценка риска для последующих детей. Чаще всего за консультацией по вопросам планирования семьи обращались дети больных родителей или супруги больных.

На важность изучения вопросов наследственной предрасположенности к развитию ранних форм зависимости в подростковом возрасте, в том числе имеющих отчетливую гендерную спецификацию, коморбидную психиатрическую и терапевтическую патологию, указывается во многих работах [10–14]. Заинтересованные в консультации лица обращались в 94 % случаев по собственной инициативе, реже направление давали психиатры клинических отделений НЦПЗ РАМН (4 %), еще реже – врачи-психиатры других психиатрических стационаров и врачи-генетики неспециализированных учреждений (2 %). Методика консультирования семей по поводу психических заболеваний в НЦПЗ РАМН позволяет уточнить оценку риска, объяснить ее с учетом индивидуальных психологических особенностей консультирующихся, обеспечивая семье возможность принятия более оправданного и приемлемого решения. Накопленный опыт работы свидетельствует о том, что генетическое консультирование больных психическими расстройствами и членов их семей может наиболее эффективно осуществляться в крупных научно-практических центрах, имеющих в своем составе высококвалифицированных специалистов разного профиля (психиатров, медицинских генетиков и психологов, нейрофизиологов и др.).

С позиций генетики определяются две характерные основы современной медицины: индивидуальный подход к больному (профилактика, лечение и диагностика любого заболевания основывается на генетических особенностях

каждого субъекта, его генетической уникальности); предупредительный – превентивный (предиктивный) характер медицины. Это согласуется с положениями современных тенденций в области предиктивно-превентивной и персонализированной медицины (ПППМ) [15].

Персонализированную медицину определяют как «быстро развивающуюся область здравоохранения, основанную на интегрированном, координированном и индивидуальном для каждого пациента подходе к анализу возникновения и течения заболевания (или как «интегральную медицину, которая включает разработку персонализированных средств лечения на основе геномики, тестирование на предрасположенность к болезням, профилактику, объединение диагностики с лечением и мониторинг лечения» [16, 17]. Медицинской геномикой достигнуты серьезные успехи в борьбе с моногенными болезнями (около 1500), идентифицированы тысячи новых мутаций, успешно выясняются молекулярные основы их патогенеза [18]. Но на их долю приходится не более 1,5 % всей патологии человека, основную часть (свыше 98 %) составляют многофакторные заболевания, успехи геномики в их изучении значительно скромнее.

Главной задачей персонифицированной предиктивной медицины многофакторных заболеваний (МФЗ) является выяснение «генных сетей» или функциональных генетических моделей, идентификация генов-маркеров и их аллелей, ассоциированных с заболеванием, разработка на этой основе комплекса профилактических мероприятий для лиц, относящихся к группе высокого риска. Современное генетическое тестирование (ГТ) позволяет установить, относится ли испытуемый к группе повышенного риска многофакторных заболеваний, что само по себе недостаточно для индивидуальной диагностики и клинического прогноза заболевания.

В настоящее время комиссией EuroGentest разработано положение о стандартизации генетического тестирования и подготовлена необходимая документация для сертификации тех генетических анализов, которые по результатам клинических испытаний могут быть уже переведены в разряд ГТ, рекомендованных для клинического применения [19, 20]. Генетическое тестирование может иметь практическую значимость при соблюдении следующих условий: результаты основаны на анализе генов, ассоциация которых с соответствующим заболеванием показана в популяции данного региона; обследуемый является членом семьи высокого риска, где уже есть больной с данной патологией; данные прошли адекватный статистический анализ; эффективность использования такой информации зависит от многих факторов. По

возможности генетическое тестирование должно быть дополнено соответствующими биохимическими анализами функциональной активности исследуемых генов, ориентировано на определенную популяцию и нацелено на решение конкретной задачи, при этом оценка клинической полезности ГТ приравнивается к фазе III клинических испытаний [21].

Основой доклинической диагностики должны стать базовые алгоритмы для целевых обследований [22, 23]. На первом этапе необходимо, используя технологию генетического полиморфизма и секвенирования ДНК (на данный момент по механизму раскрыты те заболевания, при которых затронута кодирующая часть гена), а также информацию, полученную из трех основополагающих источников – генеалогического дерева, анамнеза *morbi* и анамнеза *vita*, идентифицировать людей, предрасположенных к развитию данного заболевания, сформировав для второго этапа соответствующие группы риска. При этом следует учитывать каждого индивидуума как динамическую экосистему с эндогенным микробиомом [24].

Отобранные по итогам первого (молекулярно-генетического) этапа лица подвергаются обследованию с использованием целевых панелей фенотипических биомаркеров (задачи протеомики). При этом отслеживают потенциальных больных, а также лиц, предрасположенных к развитию заболевания, и/или лиц, находящихся на стадии доклинической патологии. В качестве наиболее перспективных моделей, иллюстрирующих возможности доклинической диагностики и превентивной фармакопревенции, могут быть использованы хронические заболевания аутоиммунной природы.

Вариабельность панелей генов-маркеров для одного и того же многофакторного заболевания и сравнительно небольшой вклад неблагоприятных аллельных вариантов генов-маркеров в риск развития болезни породили среди ученых известный скептицизм в отношении эффективности существующих подходов в оценке наследственной предрасположенности к мультифакториальным заболеваниям [25, 26]. Однако для всех МФЗ взаимоотношения «генотип – фенотип» всегда носят вероятностный характер, а не является строго детерминированными, т. е. точность ДНК-диагностики многофакторных заболеваний, в отличие от моногенных болезней, никогда не приблизится к 100-процентному уровню; даже при небольшой величине коэффициента отношений шансов для единичных генов-кандидатов их суммарный эффект может оказаться весьма значительным.

Основным препятствием в развитии персонализированной медицины, наряду с пока еще высокой стоимостью необходимых исследова-

ний, считают недостаточную подготовленность специалистов, большой разрыв между предоставляемыми ею новыми ценными диагностическими и терапевтическими возможностями и способностью практических врачей оценить их и применить на практике [15, 16].

Дальнейшая персонализация современной медицины – разделение традиционных нозологических форм на молекулярные подгруппы; основанный на геномике предсказательный подход, позволяющий предупредить развитие заболевания вместо диагностики уже развернутой патологии; контроль эффективности лечения заболевания и снижение степени выраженности побочных эффектов; организация криобанков биоматериала, связанного с социально значимыми заболеваниями; «цифровая диагностика» с помощью белковых биомаркеров; персонализация клеточных технологий.

Реализация программы ПППМ потребует: технологии правильной интерпретации результатов; создания нормативно-правовой базы – регламент госгарантий системе ПППМ и каналов финансирования; нормы регулирования отношений врача и пациента; системы ознакомления с новой дисциплиной в структуре здравоохранения; перед тем, когда существующая модель взаимодействия лечащего врача и пациента постепенно будет вытесняться моделью «медицинский советник – здоровый человек» [22]. Основные трудности широкого внедрения ПППМ в клиническую практику связаны с дефицитом объективных данных, доказывающих полезность для пациента досимптоматического тестирования наследственной предрасположенности к многофакторным заболеваниям. Тем более что отсутствуют сведения о том, каким образом и какие именно факторы внешней среды провоцируют развитие заболевания у конкретного человека. Несмотря на все существующие сложности, есть уверенность в том, что постепенное, продуманное внедрение ПППМ в клиническую практику научно оправданно и стратегически неизбежно.

Разрабатываемые комплексные программы психиатрической превенции включают научное обоснование путей формирования, поддержания и укрепления психического здоровья, разработку целостной системы социальной и медико-биологической превенции разных форм психической патологии, ее ранней диагностики и реабилитации, а также применение мониторинга и способов комплексной оценки «факторов риска». Достижения генетики и применение современных технологий анализа генома в клетках головного мозга при психических расстройствах позволяют персонифицировать риски [26, 27, 28].

Цель настоящего исследования – создание иерархической системы генетической превенции психических расстройств в семьях для оп-

ределения возраст-зависимых мишеней и управления комплексом разноуровневых рисков возникновения психических заболеваний. Материалы и методы – определение качества жизни родственников больных психическими расстройствами; клинико-генеалогический анализ родословных; системный анализ семейно-генетических механизмов возникновения и профилактики психических расстройств на основе авторских моделей – многоуровневой модели функционирования семьи и онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений. Исследовано 502 семейные системы больных (пробанд и его родственники) различными психическими расстройствами в возрасте от 3 до 73 лет.

В результате проведенных исследований показано, что качество жизни родственников страдает: практические все родственники «ощущают на себе бремя ухода за больным и тяжесть ответственности за его судьбу», при этом происходит «обострение денежных вопросов в семье, ограничение контактов с друзьями, знакомыми, сослуживцами и другими людьми» и «нарушение семейных взаимоотношений». В семьях считают, что «наследственность имеет какое-то (большое) значение в возникновении психических расстройств». На вопрос «Хотели бы Вы определить у себя (у своих родственников) наличие риска развития отклонений в психическом здоровье?» были получены как положительные, так и отрицательные ответы. Хотя на вопрос: «Попытались бы Вы изменить свой образ жизни (отказаться от вредных привычек, придерживаться диеты, пройти дополнительное обследование, принимать лечение и др.) в случае повышенного риска?» были получены в основном положительные ответы.

В группе родственников первой степени родства больных шизофреническими расстройствами психопатологию имеют 16,8 % лиц, в том числе шизофрения отмечена в 1,9 % случаев. В группу риска входят в среднем 1,2 сибса, 0,3 ребенка и 0,07 внука. В семьях лиц с непсихотическими психическими расстройствами общая психопатология родственников составляет 18,8 %, в группу риска входят 1,4 сибса, 1 ребенок и 0,2 внука. В 49,4 % семей детей с психическими расстройствами других детей нет. Среди них планируют деторождение 24 семьи (53,3 %), что в 2 раза больше группы семей, где есть дети. Функционирование семейной системы при психических расстройствах у членов семьи характеризуется особенностями семьи и нарушением жизненного цикла семьи, приводящими к фрустрации привычных способов функционирования семьи, среднесбалансированными формами семейной адаптации, средним функциональным ресурсом семей ситуационно обусловленными дисфункцио-

нальными стратегиями. При оценке социальной интеграции, доверительных связей и удовлетворенности социальной поддержкой выявлено, что чаще всего у пациентов практически нет эмоциональных контактов и доверительных отношений (с родственниками, в том числе), резко ограниченные контакты в макросреде (на работе, с врачами), часто они «чувствуют себя аутсайдерами», и «хотели бы больше понимания и внимания от других людей». При этом есть достаточные знания о своей психической болезни (симптомы, течение, лечение, побочное действие лекарств), недостаточные – об обострении и поведении при этом, о формах помощи. Только у половины пациентов нет желания обсуждать опыт и участвовать в группе, а также получать сведения о службах и формах помощи при психических расстройствах. Определены эмпирические риски возникновения эндогенных, непсихотических (истерических) и детских психических расстройств (табличные данные), возраст-зависимые мишени их профилактики.

Семейно-генетическая профилактика является совокупностью различных видов деятельности и представляет собой коммуникативный процесс в цепи взаимодействий между всеми участниками и действующими при этом факторами [29—34]. Многоуровневая система взаимодействия предполагает этапность (этапы могут быть последовательными или параллельными), мультидисциплинарность и непрерывность. Основными этапами процесса семейно-генетической профилактики являются: 1) оценка и планирование (определение цели, способов; создание программы мероприятий для конкретного больного и его семьи; 2) собственно процесс реализации программы, разработанной на предыдущем этапе, включающий различные вмешательства (генетико-диагностические, генетико-психологические; генетико-психотерапевтические и др.); 3) достижение результата в соответствии с поставленной целью; 4) комплексная оценка эффективности проделанной работы с применением традиционно используемых объективных критериев и субъективного описания пациентом и его семьей процесса. Иерархическая система генетической профилактики психических расстройств состоит из пяти уровней и включает медицинские, психологические и социально-экономические аспекты (рис).

Участниками являются: больной (индивидуальный уровень); семья (микросоциум или семейный уровень); организации, учреждения, институты (макросоциум или институциональный уровень); общество в целом. Повышение качества жизни больного, семьи и общества происходит путем улучшения функционирования больных и их семей; понижения социально-экономического бремени и снижения генетического груза в популяции.



Рис. Иерархическая система семейно-ориентированной генетической профилактики психических расстройств

Повышение качества жизни достигается понижением вероятности возникновения либо предотвращением заболевания; изменением адаптации нукlearной семьи больного; появлением новых разноуровневых компетенций больных и родственников; повышением уровня генетических знаний больных, их родственников и населения. Первоначально проводятся дифференциальная диагностика психических расстройств, в том числе молекулярно-генетическое тестирование («Генетический паспорт») и установление семейного диагноза; семейно-генетические и генетико-психологические воздействия на больного, семью и общество; долгосрочные программы семейно-генетической диспансеризации «групп риска»; социальная интеграция больного и его семьи в общество; этико-гуманитарная, социальная, правовая и финансовая поддержка семей. Служба семейно-генетической профилактики психических расстройств включает комплексные меры, дифференцированные на разных уровнях воздействия: индивидуальном, семейном, институциональном, общества в целом, позволяет повысить эффективность оказания помощи пользователям – психически больным и их семьям и дает возможность использования при организации специализированной помощи психически больным и их семьям на местном, региональном (Сибирский федеральный округ), федеральном уровнях.

Семейно-генетическое направление профилактической психиатрии в рамках предиктивно-превентивной персонализированной медицины позволяет прогнозировать семейный и индивидуальный генетический риск психического расстройства, оказывать дифференцированные программы раннего выявления, инициации превентивного лечения, предотвращения манифестации заболевания и выработки разноуровневых компетенций у членов семьи для эффективной психосоциальной реабилитации и адаптации больных.

Литература

1. Гуткевич Е. В., Семке А. В., Семке В. Я. Семья психически больного в системе социальных координат (российские исследования). Семейно-генетический кризис // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1. – С. 71–76.
2. Гинтер Е. К., Козлова С. И. Организация медико-генетической службы в России // Вестник РАМН. – 2011. – № 9. – С. 11–17.
3. Филиппова Т. В. Медико-генетическая служба в многопрофильных больницах // Вестник РАМН. – 2011. – № 9. – С. 76–82.
4. Семке В. Я., Мельникова Т. Н., Бохан Н. А. Нейробиологические механизмы алкоголизма // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – Т. 102, вып. 8. – С. 61–66.
5. Денисенко М. К. Работа с семьями больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – № 4. – С. 104–110.
6. Бочков Н. П., Пузырев В. П., Смирнихина С. А. Клиническая генетика: учебник / под ред. Н. П. Бочкова. – 4-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – С. 434–493.
7. Голубет В. Е., Демикова Н. С., Алфимова М. В., Уварова А. Г., Лежейко Т. В., Асанов А. Ю. Опыт медико-генетического консультирования в Научном центре психического здоровья РАМН // Журн. неврологии и психиатрии. – 2004. – № 11. – С. 49–53.
8. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддитивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 24–31.
9. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
10. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
11. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – Т. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.
12. Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S. Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // Cent. Eur. J. Public Health. – 2010. – V. 18 (3). – P. 132–138.
13. Марусин А. В., Степанов В. А., Спиридонова М. Г., Бохан Н. А., Мандель А. И., Харьков В. Н., Пельс Я. Р., Пузырев В. П. Полиморфизм генов этанол-метаболизирующих ферментов ADH1B, ADH7 и CYP2E1, связь с риском развития алкоголизма, коморбидного с туберкулезом, в русской популяции Западно-Сибирского региона // Медицинская генетика. – 2006. – Т. 5, № 7. – С. 51–56.
14. Semke V. Ja., Mandel A. I., Bochan N. A., Galaktionov O. K. Alcoholos remissioi prognosztizalasa // Addiktologiai Kutatasok oroszorszagban. – Budapest, 1992. – S. 49–55.
15. Henderson J. Health economics and Policy. Cincinnati, Ohio: South-Western College publishing, 1999. – P. 1–30; 290–321; 378–414.
16. Дедов И. И., Тюльпаков А. Н., Чехонин В. П., Баклаушев В. П., Арчаков А. И., Мошковский С. А. Персонализированная медицина: современное состояние и перспективы // Вестник РАМН. – 2012. – № 12. – С. 4–12.
17. Chan I. S., Ginsburg G. S. Personalized medicine: progress and promise // Annu. Rev. Genomics. Hum. Genet. – 2011. – V. 12. – P. 217–244.
18. Баранов В. С. Персонализированная медицина: ожидания, разочарования и надежды // Вестник РАМН. – 2011. – № 9. – С. 27–35.
19. Furness P., Zimmern R. L., Wright C., Adam M. The evaluation of diagnostic laboratory tests and complex biomarkers. // Summary of Diagnostic Summit 14–15 January 2008. www.phg-foundation.org.
20. Nippert I., Krisoffersson U., Schmidtko J. et al. Capacity building of the transfer of the genetic/genomic knowledge

- into practice and prevention: the capability international collaborative network // Eur. J. Hum. Genet. – 2008. – 16 (Suppl. 2) . – P. 412–427.
21. Swan M. Multigenetic condition risk assessment in direct-to-consumer genomic service // Genet. In Med. – 2010. – V. 12 (5). – P. 279–288.
 22. Бодрова Т. А., Костюшев Д. С., Антонов Е. Н., Гнатенко Д. А., Бочарова М. О., Лопухин Ю. М., Пальцев М. А., Сучков С. В. Введение в предиктивно-превентивную медицину: опыт прошлого и реалии дня завтрашнего // Вестник РАМН. – 2013. – № 1. – С. 58–64.
 23. Saubermann A. J., Lagasse R. S. Prediction of rate and severity of adverse perioperative outcomes: «normal accidents» revisited // Mt. Sinai J. Med. – 2012. – V. 79 (1). – P. 46–55.
 24. Stewart S. E. et al. Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder // Mol. Psychiatry. – 2012. – doi: 10.1038/mp.2012.85.
 25. Manolio T. A., Collins Fr. S., Cox N. J. et al. Finding the missing heritability of complex diseases // Nature. – 2010. – V. 461. – P. 747–753.
 26. Seng K. Ch., Seng Ch. K. The success of the genome-wide association approach: a brief story of long struggle // Eur. J. Hum. Genet. – 2008. – V. 16. – P. 554–564.
 27. Гуткевич Е. В. Генетические полиморфизмы и возможности превенции психических расстройств // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : тезисы докладов XIV науч. отчет. сессии. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2009. – Вып. 14. – С. 36–38.
 28. Тианов А. С., Юров Ю. Б., Ворсанова С. Г., Юров И. Ю. Нестабильность генома головного мозга: этиология, патогенез и новые биологические маркеры психических болезней // Вестник РАМН. – 2012. – № 9. – С. 45–53.
 29. Гуткевич Е. В., Павлова О. А., Лебедева В. Ф. Семья геронтопсихиатрического пациента (исследование востребованности семейно-генетической превенции) : Онтогенетические аспекты психического здоровья населения : тезисы докладов научно-практической конференции (Омск, 19–20 апреля 2010 г.) / под ред. В. Я. Семке. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 52–54.
 30. Гуткевич Е. В., Семке В. Я., Лебедева В. Ф. Служба семейно-ориентированной генетической превенции психических расстройств – современное направление специализированной помощи населению // Современные направления в оказании психиатрической помощи населению : сб. тез. докл. регион. научно-практ. конф., посвящ 115-летию психиатр. службы Омской области / под ред. В. Я. Семке, Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 63–67.
 31. 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. – С. 41–47.
 32. Шахурова Н. И., Гарганеева Н. П., Счастный Е. Д. Специфика хосписа как места оказания паллиативной помощи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 311–313.
 33. Семке В. Я., Гуткевич Е. В., Иванова С. А. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств). – Томск, 2008. – 204 с.
 34. Иванова С. А., Гуткевич Е. В., Семке В. Я., Рядовая Л. А., Ракитина Н. М., Перчаткина О. Э., Епанчинцева Е. М. Методологические подходы к оценке биологических факторов психической дезадаптации (на примере невротических расстройств): метод. рекомендации. – Томск, 2006.
 35. Бохан И. А., Гребенюк О. В., Казенных Т. В., Алифиров В. М. Характеристика ЭЭГ в период сна и бодрствования у пациентов с локально обусловленной эпилепсией // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4 (77). – С. 25–28.
- Транслитерация русских источников*
1. Gutkevich E. V., Semke A. V., Semke V. Ya. Family of mental patient in system of social coordinates (Russian investigations). Family-genetic crisis // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2011. – N 1. – S. 71–76.
 2. Ginter E. K., Kozlova S. I. Organization of medico-genetic service in Russia // Vestnik RAMN. – 2011. – N 9. – S. 11–17.
 3. Filippova T. V. Medico-genetic service in multi-profile hospitals // Vestnik RAMN. – 2011. – N 9. – S. 76–82.
 4. Semke V. Ya., Melnikova T. N., Bokhan N. A. Neurobiological mechanisms of alcoholism // Zhurn. neurologii i psichiatrii. – 2002. – T. 102, vyp. 8. – S. 61–66.
 5. Denisenko M. K. Work with families of patients with schizophrenia // Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya. – 2011. – N 4. – S. 104–110.
 6. Bochkov N. P., Puzyrev V. P., Smirnihina S. A. Clinical genetics : textbook / pod red. N. P. Bochkova. – 4-e izd., dop. i pererab. – M. : GEOTAR-Media, 2011. – S. 434–493.
 7. Golimbet V. E., Demikova N. S., Alfimova M. V., Uvarova A. G., Lezheyko T. V., Asanov A. Yu. Experience of medico-genetic counseling at Scientific Center of Mental Health of RAMSci // Zhurn. neurologii i psichiatrii. – 2004. – N 11. – S. 49–53.
 8. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bokhan N. A. Comorbid addictive disorders in schizophrenic patients // Narkologiya. – 2002. – N 6. – S. 24–31.
 9. Bokhan N. A., Semke V. Ya. Comorbidity in addiction psychiatry. – Tomsk: Izd-vo Tomskogo un-ta, 2009. – 510 s.
 13. Marusin A. V., Stepanov V. A., Spiridonova M. G., Bokhan N. A., Mandel A. I., Kharkov V. N., Pels Ya. R., Puzyrev V. P. Polymorphism of genes of ethanol-metabolizing enzymes ADH1B, ADH7 i CYP2E1, association with risk of development of alcoholism comorbid with tuberculosis in Russian population of West-Siberian region // Meditsinskaya genetika. – 2006. – T. 5, N 7. – S. 51–56.
 16. Dedov I. I., Tyulpakov A. N., Chekhonin V. P., Baklaushev V. P., Archakov A. I., Moshkovsky S. A. Personalized medicine: state-of-the-art and perspectives // Vestnik RAMN. – 2012. – N 12. – S. 4–12.
 18. Baranov V. S. Personalized medicine: expectations, disappointments and hopes // Vestnik RAMN. – 2011. – N 9. – S. 27–35.
 22. Bodrova T. A., Kostyushev D. S., Antonov E. N., Gnatenko D. A., Bocharova M. O., Lopukhin Yu. M., Paltsev M. A., Suchkov S. V. Introduction into predictive-preventive medicine: experience of the past and realities of tomorrow day // Vestnik RAMN. – 2013. – N 1. – S. 58–64.
 27. Gutkevich E. V. Genetic polymorphisms and possibilities of prevention of mental disorders // Aktualnyye voprosy psichiatrii i narkologii : tezisy dokladov XIV nauch. otchet. sessii. – Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedorov», 2009. – Vyp. 14. – S. 36–38.
 28. Tiganov A. S., Yurov Yu. B., Vorsanova S. G., Yurov I. Yu. Instability of genome of brain: etiology, pathogenesis and new biological markers of mental illnesses // Vestnik RAMN. – 2012. – N 9. – S. 45–53.
 29. Gutkevich E. V., Pavlova O. A., Lebedeva V. F. Family of gerontopsychiatric patient (investigation of utility of family-genetic prevention) : Ontogeneticheskie aspekty psicheskogo zdorovya naseleniya : tezisy dokladov nauchno-prakticheskoy konferentsii (Omsk, 19–20 aprelya 2010 g.) / pod red. V. Ya. Semke. – Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedorov», 2010. – S. 52–54.
 30. Gutkevich E. V., Semke V. Ya., Lebedeva V. F. Service of family-oriented genetic prevention of mental disorders – modern direction of specialized help for population // Sovremennyye napravleniya v okazanii psichiatricheskoy pomoschi naseleniyu : sb. tez. dokl. region. nauchno-prakt. konf., posvyasch 115-letiyu psichiatr. sluzhbyi Omskoy oblasti / pod red. V. Ya. Semke, N. A. Bokhan. – Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2012. – S. 63–67.

31. Lebedeva E. V., Gutkevich E. V., Ivanova S. A., Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Semke V. Ya., Sergienko T. N., Shmigol M. V., Ryadovaya L. A., Repin A. N. Phenomenon of comorbidity of depression and coronary illness in the light of modern achievements of genetics (literature review) // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii.* – 2012. – N 6. – S. 41–47.
32. Shakhurova N. I., Garganeeva N. P., Schastnyy E. D. Specifics of hospice as a place of provision of palliative help // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii.* – 2006. – Pri-lozhenie (41). – S. 311–313.
33. Semke V. Ya., Gutkevich E. V., Ivanova S. A. Psychoso-cial and biological factors of mental disadaptation (on the model of neurotic disorders). – Tomsk, 2008. – 204 s.
34. Ivanova S. A., Gutkevich E. V., Semke V. Ya., Ryadovaya L. A., Rakitina N. M., Perchatkina O. E., Epanchintseva E. M. Methodological approaches to assessment of biological factors of mental disadaptation (on the example of neurotic disorders): methodical recommendations. – Tomsk, 2006.
35. *Bokhan N. A., Grebenyuk O. V., Kazennyh T. V., Alifirova V. M.* Characteristics of EEG during sleep and waking in patients with locally-associated epilepsy // *Ukrayinskiy vis-nik psihonevrologiyi.* – 2013. – T. 21, вип. 4 (77). – С. 25–28.

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616-055.2:618.2:616.36-002
ББК Р716+Р413.510.11-5

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Чуйкова К. И.^{*}, Ковалева Т. А.,
Спивак С. В.

ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России
634050, Томск, Московский тракт, 2

Обследование 113 беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С, первично выявленными во время беременности, явилось мощным стрессогенным фактором, вызывающим дезадаптацию, снижение качества жизни и повышение уровня психической тревоги. Полученные данные требуют оптимизации тактики ведения женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С в период беременности и после родов и разработки мероприятий, направленных на повышение качества жизни и снижение риска вертикальной передачи вирусов гепатитов В и С. **Ключевые слова:** психическое здоровье, невротические состояния, качество жизни, вирусные гепатиты В и С.

CLINICAL-DYNAMIC AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC HEPATITIS B AND C. Chuiikova K. I., Kovaleva T. A., Spivak S. V. Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of Russia. 634050, Tomsk, Moskovsky Trakt, 2A. Survey of 113 pregnant women with chronic viral hepatitis B and C, newly diagnosed during pregnancy, was a powerful stress factor for dysfunction, decreased quality of life and increase of the level of mental anxiety. The obtained data will require optimization of tactics of managing of women with chronic viral hepatitis B and C during pregnancy and after the birth and development of measures aimed at improving the quality of life and reducing the risk of vertical transmission of hepatitis viruses B and C. **Key words:** mental health, neurotic states, quality of life, viral hepatitis B and C.

Введение. Широким распространением хронических вирусных гепатитов В и С (ХВГ В и С) можно объяснить вовлечение в эпидемический процесс беременных женщин, бессимптомное течение хронических вирусных гепатитов, первичное их выявление во время беременности, являющееся мощным стрессогенным фактором, способным вызвать дезадаптацию, невротические и даже депрессивные расстройства [1, 5, 8, 9, 10]. Исследования уровня качества жизни позволяют объективизировать состояние психического здоровья пациенток и проследить

клинико-динамические изменения в период беременности [2—4]. Полученные данные могут помочь в оптимизации тактики ведения женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С в период беременности и после родов [6, 7] и разработке мероприятий, направленных на снижение риска вертикальной передачи вирусов гепатитов В и С.

Цель исследования – оценить состояние психического статуса у беременных женщин с хроническими гепатитами В и С.

Материал и методы. Исследование у беременных женщин с хроническими гепатитами В и С проводилось согласно правилам национального стандарта РФ (ГОСТР 52379-2005) «Надлежащая клиническая практика» на основании заключения ЛЭК ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» (Регистрационный № 1371 от 19.04.2010). В исследование вошли беременные женщины в возрасте от 20 до 42 лет, подписавшие информированное согласие: 113 беременных женщин с подтвержденным диагнозом ХГ в фазе реактивации, из них 40 – с ХГВ без дельта-инфекции и 73 – с ХГС. Контрольную группу составили 44 практически здоровых беременных женщин в том же возрасте.

Оценка психического статуса пациенток проводилась с использованием клинической шкалы Гамильтона (Hamilton anxiety scale – HAS), опросника качества жизни по И. А. Гундарову «Роза качества жизни» (1995), опросника «Индекс жизненного стиля» («Life stile index»), разработанного на основе психозволюционной теории R. Plutchik и структурной теории личности Н. Kellerman, переведенного и адаптированного Е. Б. Клубовой, методики исследования копинг-поведения (механизмов совладания), разработанной Е. Heim.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст беременных женщин с ХГВ и ХГС составил 29,6±0,4 года, в контрольной группе – 29,6±0,6 года. Распределение пациенток с ХГВ и ХГС по классификации ВОЗ было следующим: в возрасте 18—23 лет (ранний репродуктивный период) – 9 женщин (8,0 %); 24—35 лет (репродуктивный период) – 93 (82,3 %); 36—45 лет (поздний репродуктивный период) – 11 (9,7 %). В группе контроля распределение по возрасту составило: 18—23 года – 3 женщины (6,8 %), 24—35 лет – 37 (84,1 %), 36—45 лет – 4 (9,1 %).

Хронический гепатит был выявлен впервые во время беременности у 84 из 113 (74,3 %) женщин. Реакция на получение информации о диагнозе ХГ у беременных женщин проявлялась в виде чувства растерянности, беспомощности, ощущение «дискриминации» со стороны общества и медицинских работников, в страхе заразить ребенка, боязни сообщить мужу, стра-

^{*} Чуйкова Кира Игоревна, профессор, д.м.н., зав. каф. инфекционных болезней ФПК и ППС. Телефон: 8-(3822)419828

E-mail: inffpk@mail.ru

Ковалева Татьяна Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней ФПК и ППС

хе развода. Большинство беременных женщин с ХГВ и ХГС (79,6 %) не обладали достоверной информацией о заболевании, получали негативные сведения о прогнозе из средств массовой информации, интернета. Некоторые беременные женщины с ХГВ и ХГС (8,8 %), имеющие нормальные биохимические показатели, подвергали сомнению свой диагноз и не видели смысла в дальнейшем наблюдении.

Соматическое состояние всех беременных женщин с ХГВ и ХГС было удовлетворительным. Проявлений интоксикационного и желтушного синдромов не отмечалось. Биохимические показатели у 88,5 % беременных женщин с ХГВ и ХГС не имели отклонений от нормы.

В обеих группах преобладали женщины с высшим образованием (52,2 и 53,3 %). Беременные женщины с ХГВ и ХГС состояли в браке несколько реже по сравнению со здоровыми беременными (76,1 и 86,4 %, $p > 0,05$). Из беременных с ХГВ и ХГС никогда не состояли в браке 6,2 %, брак распался во время беременности у 1,8 % женщин. Брак не был зарегистрирован у 15,9 % беременных с ХГВ и ХГС и у 13,6 % здоровых беременных.

Несмотря на то что количество повторно беременных среди женщин с ХГВ и ХГС практически не отличалось от группы контроля (68,1 и 61,4 %; $\chi^2 = 6,224$, $p = 0,622$), тем не менее среди них отмечалась тенденция к повышению первородящих женщин при сравнении со здоровыми беременными (53,1 и 43,2 %; $\chi^2 = 6,176$, $p = 0,103$). Это было обусловлено медицинскими абортными и выкидышами в анамнезе. При этом количество медицинских абортов в анамнезе у женщин с ХГВ и ХГС составляло от 1 до 10, у здоровых беременных – от 1 до 5.

Сообщение о наличии гепатита по-разному воспринималось пациентками. Адекватное отношение болезни отмечено у 18 пациенток (15,9 %), анозогнозия констатирована у 3 пациенток (2,7 %), тревожный тип реагирования наблюдался у пациенток у 32 пациенток (28,3 %), сенситивный тип – у 58 (51,3 %) и эгоцентрический тип реагирования – у 2 пациенток (1,8 %).

При исследовании психопатологической симптоматики выявлено отсутствие психических расстройств у 18 пациенток (15,9 %), невротические расстройства зафиксированы у 25 пациенток (22,1 %), расстройства личности отмечены у 5 беременных (4,4 %), аффективная патология определена у 4 пациенток (3,6 %), органическая патология диагностирована у 3 пациенток (2,7 %). Психическое состояние большинства пациенток (58 женщин – 51,3 %) характеризовалось психодезадаптационным синдромом (ПДАС) с выраженной астенической симптоматикой.

При исследовании уровня тревоги по шкале Гамильтона у беременных женщин с хрониче-

скими гепатитами В и С выявлены более высокие показатели ($10,60 \pm 0,75$ балла) по сравнению со здоровыми беременными ($7,05 \pm 0,92$ балла, $p = 0,010$). Статистически достоверные различия определялись при сравнении психической и соматической тревоги, нейровегетативные показатели отличались на уровне тенденции.

Уровень качества жизни у пациенток с гепатитами В и С был ниже ($45,24 \pm 0,68$ балла), нежели у здоровых женщин ($49,29 \pm 1,16$ балла, $p = 0,003$). Причем достоверные различия наблюдались при исследовании психических и физических параметров качества жизни, социальные составляющие не имели значимых отличий.

Сопоставление данных психологических защит выявило преобладание незрелых стилей реагирования у беременных с хроническим гепатитом В и С, но достоверность отмечена только по категории регрессия ($4,89 \pm 0,21$ и $4,05 \pm 0,32$ балла, $p = 0,036$).

При изучении стратегий совладания со стрессом у беременных с гепатитами В и С наблюдались высокие показатели адаптивных поведенческих стратегий – 43,3 балла (контроль – 35,5 балла) и низкий уровень когнитивных (50,4 балла) и эмоциональных (65,5 балла) адаптивных стратегий при контрольных данных 58,1 и 81,4 балла соответственно.

Таким образом, у женщин с вирусным гепатитом В и С в клинической картине преобладают невротические расстройства и психодезадаптационные состояния с выраженной астенической симптоматикой, наблюдается высокий уровень тревоги, который сочетается со снижением субъективной оценки качества жизни. При этом отмечаются тенденция преобладания незрелых форм психологических защит и снижение адаптивных стратегий совладания со стрессом в когнитивной и эмоциональных сферах. Наиболее часто зафиксированы сенситивный и тревожный типы реагирования на болезнь. Учет факторов, влияющих на психическое и соматическое здоровье, позволяет определить наиболее целесообразный путь их позитивного изменения, выбор оптимальных методов, эффективных технологий воздействия для дифференцированного и индивидуального подхода к психосоциальной реабилитации данной категории пациенток.

Л и т е р а т у р а

1. Кинкулькина М. А., Ианатова Т. М., Авдеева Т. И. и др. Депрессия у больных хроническим вирусным гепатитом // *Врач.* – 2008. – № 7. – С. 19–23.
2. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Трусов В. Б. Качество жизни как критерий психического здоровья женщин // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 1999. – № 1. – С. 37.
3. Куприянова И. Е. Профиль качества жизни больных невротическими расстройствами // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2001. – № 2. – С. 67.

4. Ситдиков З. А., Куприянова И. Е. Теоретико-методологические аспекты изучения качества жизни и психического здоровья в разных социально-профессиональных группах населения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 15.
5. Ковалева Т. А., Алексеева Е. А., Куприянова И. Е., Чуйкова К. И. Оценка качества жизни и уровень тревоги у беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26, № 4-1. – С. 96–99.
6. Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Алексеева Е. А. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6. – С. 63–65.
7. Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Спивак С. В. Психическое здоровье и качество жизни пациентов с хроническими вирусными гепатитами (обзор иностранной литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 3. – С. 59–64.
8. Ross L. E., McLean L. M. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, № 8. – P. 1285–1298.
9. Иванова С. А. Психонейроиммунотерапия в клинике и терапии невротических и аффективных расстройств: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2000.
10. Невидимова Т. И., Бохан Н. А., Коконова Д. Н., Барабанова О. Н. Сенсорные нарушения как фактор риска формирования аддиктивного поведения в подростково-юношеском возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 89–93.

Транслитерация русских источников

1. Kinkulkina M. A., Ignatova T. M., Avdeeva T. I. i dr. Depression in patients with chronic viral hepatitis // Vrach. – 2008. – N 7. – S. 19–23.
2. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Trusov V. B. Quality of life as a criterion of women's mental health // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 1999. – N 1. – S. 37.
3. Kupriyanova I. E. Profile quality of life of patients with neurotic disorders // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2001. – N 2. – S. 67.
4. Sittikov Z. A., Kupriyanova I. E. Theoretical and methodological aspects of the study of quality of life and mental health in different social and professional groups of population // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2004. – N 2. – S. 15.
5. Kovaleva T. A., Alekseeva E. A., Kupriyanova I. E., Chui-kova K. I. Assessment of quality of life and level of anxiety in pregnant women with chronic viral hepatitis B and C // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. – 2011. – T. 26, N 4–1. – S. 96–99.
6. Kupriyanova I. E., Chui-kova K. I., Kovaleva T. A., Alekseeva E. A. Mental health and quality of life of pregnant women with chronic viral hepatitis B and C // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2012. – N 6. – S. 63–65.
7. Kupriyanova I. E., Chui-kova K. I., Kovaleva T. A., Spivak S. V. Mental health and quality of life of patients with chronic viral hepatitis (review of foreign literature) // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2013. – N 3. – S. 59–64.
8. Ross L. E., McLean L. M. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, N 8. – P. 1285–1298.
9. Ivanova S. A. Psychoneuroimmunomodulation in the clinic and treatment of neurotic and affective disorders: abstract of dissertation for the degree of doctor. – Tomsk, 2000.
10. Nevidimova T. I., Bokhan N. A., Kokonova D. N., Barabanova O. N. Sensory impairment as a risk factor of formation addictive behavior in teenagers and young adulthood // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2008. – N 1. – S. 89–93.

УДК 616.34:616.8-056.4
ББК Р645.093.3+Р413

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБО- ЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Бакшт А. Е.^{1*}, Белобородова Э. И.¹,
Бурковская В. А.¹, Белобородова Е. В.¹,
Наумова Е. Л.¹, Новожеева Т. П.²

¹ ГБОУ ВПО «Сибирский ГМУ» Минздрава России
634050, Томск, Московский тракт, 2

² НИИ психического здоровья СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Проведено обследование 76 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, из них 27 пациентов с болезнью Крона и 49 больных язвенным колитом. Контрольная группа состояла из 20 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу. У пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника выявлен более высокий уровень невротизации по сравнению со здоровыми. Усиление выраженности невротических расстройств и повышение реактивной тревожности обусловлено влиянием соматического заболевания. **Ключевые слова:** воспалительные заболевания кишечника, психологические особенности.

PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES. Baksht A. E., Beloborodova E. I., Burkovskaya V. A., Beloborodova E. V., Nau-mova E. L., Novozheeva T. P. ¹ Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of Russia. Tomsk, 634050, Moskovsky Trakt, 2. Mental Health Research Institute SB RAMSci, 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. Examination of 76 patients with inflammatory bowel diseases, from them 27 with Crohn's disease and 49 patients with ulcerative colitis has been conducted. The control group consisted of 20 healthy people comparable on age and sex. In patients with inflammatory bowel diseases, higher level of neuroticism in comparison with the healthy has been revealed. Strengthening of severity of neurotic disorders and increase of reactive anxiety has been caused by influence of a somatic disease. **Key words:** inflammatory bowel diseases, psychological traits.

Воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит – далее ЯК и болезнь Крона – далее БК) являются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии. Актуальность проблемы хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК или ВЗК) обусловлена их распространенностью, прогрессирующим рецидивирующим течением с длительными обострениями, которые не только значительно ухудшают качество жизни и требуют существенных затрат на лечение, но и нередко влекут за собой инвалидизацию больных. Рост заболеваемости ВЗК наблюдается во всем мире, особенно в урбанизированных странах Европы и Северной Америки [1].

* Бакшт Анна Евгеньевна, врач, аспирант кафедры терапии ФПК и ППС. Телефон: 751196, e-mail: annabaksht@yandex.ru

По данным единственного на территории СНГ исследования, проведенного в Московской области (1997 г.), заболеваемость ЯК составила 1,7 на 100 000 населения, а БК – 0,3 на 100 000; распространенность ЯК и БК – соответственно 22,3 и 3,5 на 100 000 населения [2]. Точные данные о распространенности воспалительных заболеваний кишечника получить трудно, так как часто остаются неучтенными легкие случаи, особенно в начальном периоде заболевания. Такие пациенты, как правило, наблюдаются в неспециализированных амбулаторных учреждениях и трудно поддаются учету. Отмечаются также наивысшие показатели смертности в течение первого года болезни вследствие случаев крайне тяжелого молниеносного течения заболевания и через 10 лет после начала заболевания из-за развития у ряда пациентов колоректального рака [4]. Данные наблюдения позволяют сделать вывод, что воспалительные заболевания кишечника крайне трудны для диагностики, поэтому между первыми симптомами заболеваний и сроком установления диагноза может пройти значительное время, что существенно затрудняет своевременность и правильность назначения адекватной терапии и неизбежно негативно сказывается на прогнозе заболевания [3].

Следует заметить, что в лечении и диагностике различных соматических, в частности гастроэнтерологических, заболеваний, большое значение имеет состояние центральной нервной системы [6, 7, 8, 9]. Именно оно может оказаться основополагающим моментом не только в возникновении, но и в последующем развитии и прогрессировании болезней. Так, в последнее время отдельные исследователи отмечают рост воспалительных заболеваний толстой кишки, в частности язвенного колита, при этом – с одной стороны – указывая на роль нервной системы в инициации и развитии заболеваний, с другой – отмечая факт развития нарушений работы центральной нервной системы. Именно это во многом предопределяет прогноз и качество жизни таких больных.

Цель исследования: изучить психологические особенности больных воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы. Всего в исследовании принимали участие 76 пациентов, страдающих ВЗК, из них 43 женщины и 33 мужчины, средний возраст обследованных составлял 40 лет. Стаж заболевания варьировал от 0,1 до 21 года. Были обследованы 27 пациентов с БК, из них 7 человек с легкой степенью тяжести, 10 со средней и 10 с тяжелым течением заболевания; а также 49 больных ЯК, из которых легкая степень тяжести заболевания отмечалась у 18, средняя и тяжелая – у 22 и 9 пациентов.

При поступлении пациенты, как правило, предъявляли жалобы на боли в животе, диарею, снижение массы тела, слабость, утомляемость. Психологический статус исследовался с помощью опросников: адаптированный стандартизированный многофакторный опросник исследования личности (СМИЛ); опросник Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI); опросник Леонгарда-Шмишека (исследование акцентуации личности); симптоматический опросник Е. Александровича (оценка невротических расстройств); шкала самооценки депрессии В. Цунга; тест самооценки реактивной и личностной тревожности (по И. Д. Спилбергеру). Полученные данные сравнивались с контрольной группой здоровых людей (20 человек). При обработке использовалась непараметрическая статистика из программы Statistica 6.1.

Результаты и их обсуждение. По оценке данных опросника Е. Александровича среди указанных пациентов с ВЗК диагностируются достоверно более высокие оценки по таким параметрам, как страх ($p=0,0075$), нарушение сна ($p=0,0156$), дереализация ($p=0,0383$), навязчивость ($p=0,0077$), ипохондрические расстройства ($p=0,0001$), соматические нарушения ($p=0,0000$), а также по суммарному показателю (общий уровень невротичности) симптоматического опросника Александровича ($p=0,0019$) по сравнению с нормативными значениями, определяемыми в контрольной группе.

Для исследования индекса жизненного стиля использован опросник Плутчика-Келлермана-Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI), позволяющий диагностировать систему МПЗ (механизмы психологической защиты) и выявить ведущие механизмы. Целью психологической защиты является снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения, сознания и психики. По утверждению ряда ученых (В. Г. Каменская, Р. М. Грановская и др.), наиболее конструктивными психологическими защитами являются компенсация и рационализация, наиболее деструктивными – проекция и вытеснение. Использование конструктивных защит снижает риск возникновения конфликта или его обострения. Наибольшие средние значения (в процентилях) у больных ВЗК выявлены по шкалам: реактивные образования (81,48 и 74,24 при БК и ЯК), отрицание (72,33 и 64,43), компенсация (67,70 и 62,14), интеллектуализация (66,70 при БК); при ЯК – интеллектуализация и регрессия (59,92 и 60,00). Показатели по всем шкалам не отличались достоверно по выраженности от средних показателей в группе здоровых, за исключением шкалы «проекция», где выявлена достоверно более высокая выраженность у больных ВЗК в сравнении со здоровыми ($p=0,0148$).

Для исследования акцентуаций личности использовали опросник Леонгарда-Шмишека. Максимальный показатель по каждому виду акцентуации равен 24 баллам. Признаком акцентуации, т. е. сильной выраженности данного свойства, считается показатель выше 12 баллов. Максимальные значения у больных ВЗК зафиксированы по шкалам «эмотивный тип» (и для БК, и для ЯК: 17,00 и 17,19 балла), «аффективно-экзальтированный тип» (только у больных БК: 16,22 балла). Достоверные отличия от группы сравнения (здоровые) выявлены по шкалам «застревающий тип», «педантичный тип», «аффективно-экзальтированный тип» ($p=0,0030$, $p<0,0001$ и $p=0,0444$). Акцентуации характера сами по себе не являются клиническим диагнозом, однако они создают преморбидный фон, предрасполагающий к развитию психогенных расстройств.

При анализе усредненного (по Т-баллам) личностного профиля СМИЛ у пациентов основной группы (ВЗК) (табл. 1) достоверно отличались от группы сравнения показатели по следующим шкалам: депрессии (53,23 балла для ВЗК и 41,22 балла в контрольной группе, $p=0,0001$), истерии (52,08 балла для ВЗК и 46,84 балла в контрольной группе, $p=0,0016$), паранойальности (52,93 балла для ВЗК и 44,63 балла в контрольной группе, $p=0,0490$). Повышение усредненных показателей психологического теста СМИЛ (более 50 Т-баллов), наблюдаемое у больных ВЗК, может быть определено как актуальное психическое состояние. Оно в значительной степени определяется индивидуальным типом реагирования и проявляется усилением, заострением или ослаблением личностных качеств [5].

Таблица 1

Показатели личностного профиля СМИЛ у больных воспалительными заболеваниями кишечника.

Показатель	Группа, средние значения			p
	Контрольная (n=20)	Болезнь Крона (n=27)	Язвенный колит (n=49)	
Ипохондрия	50,52	51,35	47,32	0,3601
Депрессия	41,22	53,64	52,82	0,0001
Истерия	46,84	52,90	51,26	0,0016
Психопатия	45,24	43,45	42,82	0,6872
Паранойальность	44,63	53,28	52,57	0,0490
Психастения	45,45	41,61	35,45	0,2659
Шизоидность	45,68	44,54	39,40	0,2435
Гипомания	48,04	49,62	45,44	0,1491

По результатам анализа теста Спилберга-Ханина, характеризующего личностную и реактивную тревожность, выявлена достоверно повышенная ($p=0,0036$) реактивная тревожность у больных ВЗК (32,5 балла) в сравнении с контрольной группой (24,05 балла). Личностная тревожность была повышена до умеренной степени (47,49 балла), однако достоверных различий с группой здоровых людей (46,81 балл) выявлено не было.

Для определения наличия депрессии использовалась «Шкала самооценки депрессии Цунга». Средние значения как в основной, так и в контрольной группе на момент исследования не соответствовали уровню, характеризующему депрессию, т. е. составляли менее 50 баллов (47,01 балла при БК и 47,51 балла при ЯК). Тем не менее среднее значение по шкале Цунга для здоровых людей оказалось достоверно ниже, чем у больных ВЗК (35,49 балла, $p=0,0010$).

Заключение. Пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника показывают более высокий уровень невротизации по сравнению со здоровыми, имеют более высокую напряженность по механизму психологической защиты «проекция» (посредством которого неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне, приписываются другим людям). Кроме того, они имеют явные акцентуации характера, отражающие измененный преморбидный фон. Актуальное психическое состояние, во многом обусловленное влиянием соматического заболевания, характеризуется усилением невротических расстройств и повышением реактивной тревожности.

Литература

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 528 с.
2. Загорский С. Э., Беляева Л. М. Хронические воспалительные заболевания кишечника у детей и подростков (современный подход к диагностике, лечению и реабилитации): учебно-методическое пособие. – Минск: БелМАПО, 2007. – 29 с.
3. Кушнир И. Э. Воспалительные заболевания кишечника: диагностика и лечение // Искусство лечения. – 2005. – № 3 (19).
4. Jess T., Loftus E. V. Jr., Velayos F. S. et al. Risk of intestinal cancer in inflammatory bowel disease: a population-based study from Olmsted County, Minnesota // Gastroenterology. – 2006. – Apr. – Vol. 130 (4). – P. 1039–1046.
5. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: методическое руководство. – М., 1990. – 48 с.
6. Наумова Е. Л., Бурковская В. А., Белобородова Э. И., Куприянова, И. Е., Бахит А. Е., Акимова Л. А., Новожеева Т. П., Алексеева А. С., Устюжанина Е. А. Личностные характеристики пациентов с синдромом раздраженного кишечника // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1 (52). – С. 83–85.
7. Плотникова Е. Ю., Белобородова Э. И., Новожеева Т. П., Дидковская Н. И. Качество жизни и психологический статус пациентов с различными заболеваниями желчевыводящих путей // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 4 (47). – С. 45–48.
8. Алексеева А. С., Белобородова Э. И., Наумова Е. Л., Новожеева Т. П. и др. Психологический статус и уровень тревожности у больных хроническими гепатитами различной этиологии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С. 40–43.
9. Белобородова Э. И., Гладилина Е. К., Загрома Т. А., Корнетов Н. А., Колосовская Т. А., Устюжанина Е. А., Чернявская Г. М., Новожеева Т. П., Диамант С. А. Эффективность сульпирида у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2. – С. 85–88.

Транслитерация русских источников

1. Adler G. Crohn's disease and ulcerative colitis. – М. : GEOTAR-MED, 2001. – 528 s.
2. Zagorsky S. E., Belyaeva L. M. Chronic inflammatory bowel diseases in children and adolescents (modern approach to diagnostics, treatment and rehabilitation: tutorial. – Minsk : BelMAPO, 2007. – 29 s.
3. Kushnir I. E. Inflammatory bowel diseases: diagnostics and treatment // *Iskusstvo lecheniya*. – 2005. – N 3 (19).
5. Sobchik L. N. Standardized multifactorial method of investigation of the personality: study guid. – М., 1990. – 48 s.
6. Naumova E. L., Burkovskaya V. A., Beloborodova E. I., Kupriyanova, I. E., Bakst A. E., Akimova L. A., Novozheeva T. P., Alekseeva A. S., Ustyuzhanina E. A. Personality characteristics of patients with irritable bowel syndrome // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 1 (52). – S. 83–85.
7. Plotnikova E. Yu., Beloborodova E. I., Novozheeva T. P., Didkovskaya N. I. Quality of life and psychological status of patients with different diseases of bile-excreting ducts // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2007. – N 4 (47). – S. 45–48.
8. Alekseeva A. S., Beloborodova E. I., Naumova E. L., Novozheeva T. P. i dr. Psychological status and level of anxiety in patients with chronic hepatitis of different etiology // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2009. – N 4. – S. 40–43.
9. Beloborodova E. I., Gladilina E. K., Zagromova T. A., Kor-netov N. A., Kolosovskaya T. A., Ustyuzhanina E. A., Chernyavskaya G. M., Novozheeva T. P., Diamant S. A. Efficacy of sulphiride in patients with duodenal ulcer complicated by anxiety-depressive disorders // *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii*. – 2012. – N 2. – S. 85–88.

УДК 616.895.4:618.3-06

ББК Р64-324+Р716.216

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

Никифорова Т. В., Агаркова Л. А.*

ФГБУ «НИИ акушерства, гинекологии
и перинатологии» СО РАМН
634063, Томск, ул. С. Лазо, 5

На основе анализа психопатологических синдромов, преобладающих в клинической картине у 89 женщин с потерей плода в анамнезе с верифицированной депрессией, выделены синдромальные варианты депрессивных расстройств. Описаны варианты депрессивного расстройства с преобладанием тревожно-депрессивного, астенодепрессивного, депрессивного, ананкастного и дисфорического синдромов. Выявленный клинический полиморфизм депрессивных расстройств в клинической картине у женщин с потерей плода в анамнезе позволил сформулировать терапевтические стратегии с применением антидепрессантов и обязательной психотерапевтической коррекцией. **Ключевые слова:** депрессивные расстройства, женщины с потерей плода в анамнезе, клинический полиморфизм, синдромальные варианты

CLINICAL MANIFESTATIONS OF DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN WITH FETAL LOSS IN HISTORY. Nikiforova T. V., Agarkova L. A. *Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Institute SB RAMSci. 634063, Tomsk, Sergey Lazo's Street, 5.* Based on the analysis of psychopathological syndromes prevailing in the clinical picture of 89 women with fetal loss in history with verified depression, syndromal variants of depressive disorders have been distinguished. Variants of depressive disorder with predominance of anxiety-depressive, asthenic-depressive, depressive, anankast and dysphoric syndromes have been described. Identified clinical polymorphism of depressive disorders in the clinical picture of women with fetal loss in history allowed formulating a therapeutic strategy using antidepressants and mandatory psychotherapeutic correction. **Key words:** depressive disorders, women with loss of fetus in obstetric history, clinical polymorphism, syndromal variants.

Введение. Несмотря на то что в акушерстве термин «послеродовой период» используется применительно к 2-месячному сроку после родов, что обусловлено временем полного восстановления генеративных органов, в области психиатрии этот период определяется приблизительно 18 месяцами, поскольку психическая адаптация женщины к материнству в среднем укладывается в эти сроки [1]. Женщины, у которых в течение жизни наблюдался высокий уровень и частота негативных событий в связи с родами или беременностью, в большей степени подвержены возникновению депрессий. Имеются данные о повышенном риске появления депрессивного расстройства после потери плода [2].

* Агаркова Любовь Аглямовна, гл. врач родильного дома № 4, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ. Тел.: (382-2)664890, e-mail: roddom4@mail.tomsknet.ru

Существует немного, преимущественно зарубежных исследований, позволяющих дать описательную или количественную оценку эмоциональных реакций на перинатальную потерю [3, 4]. Потеря беременности – это специфическая форма утраты. В большинстве случаев процесс переживания горя у женщин после перинатальной потери не приобретает патологических форм, требующих психиатрического лечения [5, 6]. С точки зрения N. Brier [7], процесс переживания горя длится около 2 лет.

Но в том случае, если женщина очень желала своей беременности, долго не могла забеременеть, не имела живых детей, подвергалась выборочному искусственному прерыванию беременности или имела выкидыши раньше, перенесла прерывание беременности на большом сроке, риск более интенсивного или длительного переживания горя, скорее всего, усугубляется [7]. Перинатальная потеря оказывает эффект не только на эмоциональное состояние, но и на качество жизни, психологическое состояние в последующие беременности и воспитание детей, вызывает нарушение отношений с ближайшим социальным окружением, что может ослабить важную роль индивидуально-психологических факторов в формировании навыков разрешения социальных проблем [8].

Целью работы явилось выделение синдромальных вариантов депрессивных расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе с выработкой дальнейшей тактики реабилитации.

Материал и методы исследования. Оценен актуальный психический статус у 89 беременных женщин с потерей плода в анамнезе, находящихся на лечении на базе ФГБУ НИИ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» СО РАМН с верифицированным депрессивным расстройством. Средний возраст пациентов составил $27,9 \pm 4,1$ года, средний возраст начала половой жизни у женщин был $18,4 \pm 2,2$ года; возраст вступления в брак составил $21,5 \pm 3,3$ года. Семейное положение пациентов было следующим: 83,2 % были замужем, 16,9 % не замужем.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно принятому в отечественной литературе синдромальному подходу к оценке депрессии и полученным данным в предыдущих работах по изучению клинического полиморфизма и терапии аффективных расстройств [9–13], нами были выделены их синдромальные варианты. Частота встречаемых синдромов у беременных женщин с потерей плода в анамнезе в группе депрессивных пациентов представлена в таблице 1.

Анализ табличного материала свидетельствует, что тревожная депрессия была диагностирована в 50 случаях (56,2 %); адинамическая депрессия – в 31 наблюдении (34,8 %);

простая депрессия наблюдалась в 6 случаях (6,7 %); по 1 случаю были представлены ананкастная и дисфорическая депрессии (1,1 %).

Таблица 1

Распределение пациенток с депрессивными расстройствами в зависимости от синдромальной структуры в начале исследования

Ведущий синдром	Группа депрессивных пациентов (n=89)	
	абс.	%
Тревожно-депрессивный	50	56,2
Астенодепрессивный	31	34,8
Депрессивный	6	6,7
Ананкастный	1	1,2
Дисфорический	1	1,2

Оценивая частоту распределения синдромов в группе депрессивных пациентов, следует подчеркнуть, что в нашем исследовании типичными для беременных женщин, имеющих потерю плода в анамнезе, являются тревожные и адинамические депрессии. В общей популяции, согласно данным, обобщенным во многих современных исследованиях [14, 15], типичными являются заторможенные и тревожные депрессии. В акушерстве при синдромологическом анализе выделяют, как правило, два варианта вышеуказанной патологии – астенодепрессивный и тревожно-депрессивный синдромы [16, 17]. Полученные нами данные не противоречат данным исследователей в области акушерства, но могут указывать на затруднение диагностики легких и средних вариантов адинамической депрессии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе. Нами выявлена положительная корреляция между адинамической депрессией и используемой в акушерстве такой диагностической категорией, как вегетососудистая дистония ($R=0,27$; $p=0,025$). Полученные данные в нашем исследовании могут свидетельствовать о том, что диагностика депрессивного расстройства в акушерстве затруднена, а структура депрессивного расстройства у беременных женщин, имеющих потерю плода в анамнезе, в настоящее время недостаточно изучена.

У преобладающего числа пациентов, наряду с депрессивной симптоматикой, наблюдались симптомы тревоги, выраженной анергии и адинамией, в меньшей степени присутствовала ипохондрическая фиксация на соматически измененных ощущениях, обсессивно-фобические, дисфорические симптомы. Мы проанализировали клиническую картину заболевания, учитывая преобладание в психическом статусе того или иного синдрома.

Тревожно-депрессивный синдром наблюдался у 56,2 % больных, балл по шкале Гамильтона составил $16,8 \pm 2,8$. Основным клиническим проявлением было преобладание в эмоциональной сфере тревоги, чувства надвигающейся беды, неясного беспокойства, неуверенности в будущем, опасений за исход бе-

ременности, родов. Над всеми депрессивными проявлениями преобладал тревожный аффект, что находило свое отражение в идеаторном и моторном беспокойстве, который окрашивал всю депрессивную триаду. Чем глубже был тревожный аффект, тем более выраженными были соматопсихические нарушения: приступы удушья, сердцебиения, давление в области сердца. В некоторых случаях тревожный аффект сочетался с раздражительностью, резкостью, нервозностью, в других случаях – с печалью и тоской. У тревожных больных в поведении доминировали суетливость, беспокойство, они не находили себе места, совершали избыточные движения, теребили руки, дергали одежду, кусали ногти. Все это совершалось однообразно и напоминало стереотипные движения или тики. Характерна была при этом мимика: лоб наморщен, глаза широко открыты, взгляд неустойчивый, дыхание поверхностное. Больные тревожной депрессией были часто многоречивы, старались рассказать о своем состоянии, ждали помощи и совета, объяснений своему самочувствию. Продуктивная деятельность снижалась: женщина с трудом справлялась с обязанностями на работе, или домашними делами, выполняя только самое необходимое.

Астенodeпрессивный синдром отмечался в 34,8 % наблюдений, балл по шкале Гамильтона составил $17,3 \pm 2,7$. Наиболее характерной особенностью данных больных являлась монотонность, бледность, матовость и вялость аффективных переживаний. На первый план выходили ангедония и хроническое чувство потери энергии, вялость и апатия. Как и при других депрессивных состояниях, наблюдались тоска, идеаторная и двигательная заторможенность, тревожность. Однако доминирующим аффектом, окрашивающим перечисленные переживания, была особая астеническая апатия, для которой была характерна меньшая, чем при «чистой» депрессии, витальность, менее выраженное чувство душевной тяжести, одноцветность, серость, пассивная, общая обида на окружающих, «на жизнь», что находило свое отражение в жалобах больных.

Как правило, больные жаловались на снижение уровня побуждений, психическую слабость, безразличие, бессилие, безволие, чувство разбитости, несвежести. Прежняя трудовая и интеллектуальная деятельность давалась с трудом. Появлялись плаксивость, рассеянность, «бедность мыслей», «голова пустая, отупела», «отсутствие» памяти. Снижение тонуса проявлялось ощущением вялости, слабости, «лени». Для таких пациентов характерными были повышенная рецепторная чувствительность, неустойчивость и поверхностность сна, которая сочеталась с признаками вялой астении, притуплением эмоциональных реакций, резким сни-

жением инициативы, вызванным быстро наступающей физической и умственной утомляемостью, повышенной истощаемостью, а не общей заторможенностью, дневной сонливостью, гипогедонией. Значительное место в клинической картине занимали психовегетативные симптомы. Отмечался комплекс проявлений в виде бледности кожных покровов, одышки, сердцебиения, неприятных ощущений в различных частях тела (чувство тяжести, пульсации, жжения, покалывания, сжатия, подергивания и т. д.), с перебоями, чувством замирания сердца и нехватки воздуха, приливами жара и озноба. Частыми были головные боли, постоянного, ноющего характера, чувство тяжести в голове. Нередко больные жаловались на ощущение давления или распирания в эпигастрии, спазмы, отрыжку, подташнивание. Вследствие вялости и истощаемости идеаторных процессов больные нередко были не в состоянии охватить в полном объеме реальность, что внешне проявлялось безучастностью, вялой покорностью и фаталистическим восприятием жизни и антивитальными переживаниями. Внешне такие больные были скорее не подавленными, а вялыми, в беседе скорее пассивными, чем интеллектуально заторможенными. На акушеров-гинекологов такие пациентки производили впечатление незаинтересованных в вынашивании беременности, исходе родов. В свою очередь пациентки жаловались, что у них не складываются отношения с врачом. В целом при данном синдроме депрессивного расстройства отмечались явления соматизации.

Дисфорический синдром был выявлен нами у 1,1 % больных, балл по шкале Гамильтона составил 16. В клинической картине характерным являлось постоянное недовольство, угрюмость, настороженность, брюзгливость. Выявлялась проекция вины на окружающих, негативное мышление обобщающего характера. Пациентки были склонны отрицательно оценивать все происходящее в мире, обвинять близких или других людей в своем состоянии.

Депрессивный синдром отмечался в 6,7 % наблюдений, средний балл по шкале Гамильтона составил $9,5 \pm 2,1$. Проявлялся в классической депрессивной триаде: подавленное настроение; замедление и заторможенность психомоторных процессов, затруднение мышления и концентрации внимания. На уровне соматопсихических ощущений больные говорили о «могильной плите» на груди, «заслонке», которая «захлопнула душу», стеснении, периодических вздохах, слезливости, невозможности справиться с рутинными обязанностями. Тоска проявлялась с выраженным витальным компонентом, что проявлялось в чувстве тяжести, душевной боли, болезненном «чувстве бесчувствия» (*anaesthesia dolorosa psychica*) в области груди или за грудиной, витальным чувством

тревоги. Внешне пациенты были вялыми, заторможенными, сидели в согбенной позе, со взглядом, обращенным в пол. Часто затруднялись в осознании смысла вопроса, отвечали с задержкой, забывая смысловое содержание фрагмента беседы.

Обсессивно-фобический синдром наблюдался в 1,12 % случаев, с выраженностью по шкале Гамильтона 16 баллов. Данный вариант был характерен для больных с психастеническим характером. Начальный период депрессивного эпизода вуалировался обострением преморбидных черт, присутствовали жалобы на невозможность избавиться от неприятных мыслей, часто противоположного настроения содержания. Депрессия с навязчивостью проявлялась в повторяющихся неотвязных мыслях и страхе по поводу неблагоприятного исхода беременности, тяжелого заболевания у ребенка, непреходящих травм в родах. Тактика ведения беременности была сложна из-за наличия катастрофизирующего мышления с отрицанием состояний улучшения.

Инициальный период больных с депрессивными расстройствами характеризовался наличием легких и умеренно выраженных расстройств, имеющих различные психопатологические оттенки и типологические варианты. Были выделены следующие типы: диспептический, психовегетативный, алгический, диссомнический, аффективный, анергический [18].

Диспептический тип был отмечен у 30,3 % пациентов (n=27). Здесь широко были представлены гастроинтестинальные расстройства в виде повышения, понижения или изменения аппетита и вкусовых ощущений, сухости во рту, болей в животе, изжоги, метеоризма, запоров и реже поносов. Психовегетативный тип выявлен в 17,9 % наблюдений (n=16). Характерными были боли и тяжесть в голове, недомогание, разбитость, сухость слизистых либо повышенная потливость, рецепторные расстройства в виде парестезий и элементарных сенестопатий. Алгический тип отмечен у 3,9 % больных (n=14). Доминирующие болевые ощущения различной локализации определяют данный вариант. Диссомнический тип встречался у 14,6 % больных (n=13). Структура данного варианта включала весь спектр расстройств сна: укорочение или удлинение сна, трудности засыпания, ночные и ранние пробуждения, кошмарные сновидения, отсутствие чувства сна. Аффективный тип встречался у 12,4 % больных (n=11). Колебания настроения, приступы тоски, тревоги, вспышки раздражения характеризуют этот тип. Больные жаловались на неуверенность в своих действиях, снижение самоуважения и чувства самодостаточности, безысходность. Анергический тип наблюдался у 8,9 % больных (n=8). Преобладающими жалобами

были вялость, лень, апатия, безволие, хроническое ощущение соматической разбитости. Затруднена была обычная деятельность, требующая постоянного волевого напряжения.

Для характеристики взаимосвязей между клинико-типологическими вариантами депрессивных расстройств и типологией инициального периода депрессивного расстройства использовали корреляционный анализ Спирмена. При проведении корреляционного анализа было показано, что для тревожной депрессии в инициальном периоде более характерен психовегетативный тип ($R=0,34$; $p=0,004$). Простая депрессия чаще имела диспептический вариант начала ($R=0,25$; $p=0,0037$). В случае ананкастной депрессии чаще встречался анергический вариант начала ($R=0,34$; $p=0,004$). Дисфорическая депрессия чаще всего имела диссомническое начало ($R=0,29$; $p=0,0012$). Для адинамической депрессии чаще был характерен психовегетативный тип ($R=0,29$; $p=0,0014$).

Выявленный клинический полиморфизм депрессивных расстройств в клинической картине у женщин с потерей с потерей плода в анамнезе позволил сформулировать терапевтические стратегии с применением антидепрессантов и обязательной психотерапевтической коррекцией. Однако необходимо помнить, что психотерапевтическая коррекция должна применяться адекватно клинической картине заболевания и с обязательным учетом личности пациента [19]. Поэтому разработанные нами программы психотерапевтической коррекции учитывали клинический полиморфизм депрессивных расстройств пациенток и удачно дополняли медикаментозную терапию, о чем свидетельствовали снижение аффективной напряженности, постепенная редукция астенических проявлений и обсессивно-фобического компонента.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ психопатологических синдромов, преобладающих в клинической картине у 89 женщин с потерей плода в анамнезе с верифицированной депрессией, позволил выделить синдромальные варианты депрессивных расстройств с преобладанием тревожно-депрессивного, астенодепрессивного, депрессивного, ананкастного и дисфорического синдромов. При этом у пациентов данной группы достоверно чаще была диагностирована депрессия с ведущим тревожно-депрессивным синдромом. Выявленный клинический полиморфизм депрессивных расстройств в клинической картине у женщин с потерей плода в анамнезе позволил сформулировать терапевтические стратегии с применением антидепрессантов и обязательной психотерапевтической коррекцией.

Литература

1. *Manzano J., Righetti M.* La depression AM postpartum et sa prevention // VI Symposium de Geneve de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent: Les relations precoces parents-enfants et leurs troubles. – Geneve, 1995.
2. *Gilbert P.* Depression The evolution of powerlessness. – Hove : LEA, 1992. – 48 p.
3. *Chambers H. M., Chan F. Y.* Support for women/families after perinatal death // Cochrane Review. The Cochrane Library. – Oxford : Update Software, 1999. – Issue 1.
4. *Костерина Е. М.* Психологическое сопровождение потерь // Перинатальная психология и психология родительства. – 2004. – № 2. – С. 94–107.
5. *Janssen H. J. M.* Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss // American J. of Psychiatry. – 1996. – № 153 (2). – P. 226–230.
6. *Волкан В., Зинтл Э.* Жизнь после утраты: Психология горевания / пер. с англ. – М. : «Когито-Центр», 2007. – 160 с.
7. *Brier N.* Understanding and managing the emotional reactions to miscarriage // Obstetrics and Gynecology. – 1999. – Vol. 93, № 1. – P. 151–155.
8. *Бохан Т. Г.* Роль индивидуально-психологических факторов в формировании навыков разрешения социальных проблем // Сибирский психологический журнал. – 2000. – № 13. – С. 56.
9. *Счастный Е. Д.* Распространенность и клинико-конституциональные закономерности полиморфизма депрессивных расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2001. – 43 с.
10. *Кудрякова Т. А.* Клинические и биологические особенности в динамике терапии депрессивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2004. – 24 с.
11. *Шмунк Е. В.* Клинические проявления расстройств депрессивного спектра и эффективность психофармакотерапии в зависимости от длительности и качественных особенностей догоспитального периода : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2009. – 25 с.
12. *Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Попова Н. М., Кудрякова Т. А., Потапкина Е. В., Ермаков А. В., Рогозина Т. А.* Распространенность и закономерности клинической гетерогенности аффективных расстройств с учетом конституциональных и хронобиологических факторов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 4. – С. 25–29.
13. *Счастный Е. Д.* Влияние нейротрофических факторов на терапевтические возможности у пациентов с аффективными расстройствами // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 4. – С. 63–68.
14. *Корнетов Н. А.* Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. – 2-е изд., исправл. и доп. – Томск : Сибирский издательский дом, 2001. – 130 с.
15. *Смулевич А. Б.* Депрессии в общей медицине : руководство для врачей. – М. : Медицинское информационное агентство, 2001. – С. 95–99.
16. *Рыжков В. Д.* Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1992. – 23 с.
17. *Сорокина Т. Т.* Роды и психика : практическое руководство. – Минск : Новое знание, 2003. – 352 с.
18. *Корнетов Н. А.* О типологии инициальных проявлений моно- и биполярных аффективных расстройств // Эндогенные депрессии. Критерии диагностики, нозологические особенности, возрастной аспект : тез. докл. науч. конф. (Иркутск, 15–17 сентября 1992). – Иркутск, 1992. – С. 73–76.
19. *Казенных Т. В., Семке В. Я.* Психотерапевтическая коррекция в системе комплексного лечения больных эпилепсией // Бюллетень СО РАМН. – 2006. – № 1. – С. 90–95.
4. *Костерина Е. М.* Psychological coaching of losses // Perinatálnaya psihologiya i psihologiya roditelstva. – 2004 – N 2. – С. 94–107.
6. *Volkan V., Zintl E.* Life after loss: Psychology of grieving / per. s angl. – М. : «Когито-Тсентр», 2007. – 160 s.
8. *Bokhan T. G.* Role of individual-psychological factors in formation of skills of social problem resolution // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. – 2000. – N 13. – S. 56.
9. *Schastnyy E. D.* Prevalence and clinical-constitutional regularities of polymorphism of depressive disorders: avto-ref. dis. ... d-ra med. nauk. – Tomsk, 2001. – 43 s.
10. *Kudyakova T. A.* Clinical and biological peculiarities in dynamics of therapy of depressive disorders: avto-ref. dis. ... kand. med. nauk. – Tomsk, 2004. – 24 s.
11. *Shmunk E. V.* Clinical manifestations of depressive spectrum disorders and efficacy of psychopharmacotherapy depending on duration and qualitative features of pre-hospital period: avto-ref. dis. ... kand. med. nauk. – Tomsk, 2009. – 25 s.
12. *Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Popova N. M., Kudyakova T. A., Potapkina E. V., Ermakov A. V., Rogozina T. A.* Prevalence and regularities of clinical heterogeneity of affective disorders with account for constitutional and chronobiological factors // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2005. – N 4. – S. 25–29.
13. *Schastnyy E. D.* Influence of neurotrophic factors on therapeutic possibilities in patients with affective disorders // Psichicheskie rasstroystva v obschey meditsine. – 2012. – N 4. – S. 63–68.
14. *Kornetov N. A.* Depressive disorders. Diagnostics, systematics, semiotics, therapy. – 2-e izd., ispravl. i dop. – Tomsk : Sibirskiy izdatelskiy dom, 2001. – 130 s.
15. *Smulevich A. B.* Depressions in general medicine: guide for doctors. – М. : Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2001. – S. 95–99.
16. *Ryzhkov V. D.* Clinical-psychological traits of asthenic states in pregnant women, their psychotherapy and pharmacotherapy : avto-ref. dis. ... kand. med. nauk. – SPb., 1992. – 23 s.
17. *Sorokina T. T.* Childbirth and psyche: practical guide. – Minsk : Novoe znanie, 2003. – 352 s.
18. *Kornetov N. A.* About typology of manifestations of uni- and bipolar affective disorders // Endogennyye depressii. Kriterii diagnostiki, nozologicheskie osobennosti, vozrastnoy aspekt : tez. dokl. nauch. konf. (Irkutsk, 15–17 sentyabrya 1992). – Irkutsk, 1992. – S. 73–76.
19. *Kazennyh T. V., Semke V. Ya.* Psychotherapeutic correction in system of complex treatment of patients with epilepsy // Byulleten SO RAMN. – 2006. – N 1. – S. 90–95.

УДК 616.89-008:618.3

ББК Р64-3+Р715.016

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ

Ефанова Т. С.* , Захаров Р. И.

ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1» 630047, Новосибирск, ул. Залесского, 6

ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия постдипломного образования» Минздрава России 123995, Москва, ул. Баррикадная, д.2/1

Изучено состояние психического здоровья у беременных с угрозой прерывания. В структуре пограничных психических расстройств были выявлены невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (43 %), расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (6,6 %), аффективные расстройства (5,5 %). Органические расстройства (астеническое и тревожно-фобическое) наблюдались у 2 женщин. В 37,78 % случаев встречались донозологические состояния – психоадаптационный и психодезадаптационный синдромы. Угроза прерывания беременности у лиц с проблемами психического здоровья чаще встречалась во втором триместре беременности. Приводится трехэтапная программа психотерапевтической помощи беременным. **Ключевые слова:** психическое здоровье, беременность, гестозы, невынашивание беременности.

STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS IN PREGNANT WOMEN WITH THREAT OF TERMINATION. Efanova T. S., Zakharov R. I. City Clinical Hospital no. 1. 630047, Novosibirsk, Zalesky's Street, 6. Russian Medical Academy of Post-Diploma Education of Ministry of Healthcare of Russia. 123995, Moscow, Barrikadnaya Street, 2/1. Mental health state in pregnant women with threat of termination has been studied. Structure of borderline mental disorders has included neurotic, stress-related and somatoform disorders in 43 %, adult personality and behavior disorders 6,6 %, affective disorders 5,5 %. Organic disorders (asthenic and anxiety-phobic) were observed in 2 women. 37,78 % of women had pre-nosological states – psychoadaptive and psychodisadaptive syndromes. Threat of termination of pregnancy in persons with mental health problems was found more often in the 2nd trimester of the pregnancy. Three-stage program of psychotherapeutic help for pregnant women is conducted. **Key words:** mental health, pregnancy, gestoses, miscarriage.

Психическое здоровье женщин во время беременности в значительной степени отличается от общей популяции, в 20 % случаев обнаруживаются нервно-психические расстройства (Spitzer R. L. et al., 2000). Наличие соматических симптомов провоцирует эмоциональное напряжение у беременных и является фактором, способствующим прерыванию гестации.

Беременные с угрозой невынашивания беременности склонны к отвержению психологических симптомов и напряжению в отношении соматического болевого симптома в большей степени, чем здоровые, (Ениколопов С. Н., Хломов К. Д., 2009; Bergner A. et al., 2008), которые проявляют системные детерминанты

стрессоустойчивости (Бохан Т. Г., 2007). На фоне особенностей личности таких беременных отмечено снижение умственной и физической работоспособности (Якутовская С. Л., 1998), наличие невротических и аффективных расстройств (Иванова С. А., 2000) и появление особых пищевых пристрастий (Невидимова Т. И. и др., 2008). У женщин с психическими расстройствами осложнения во время беременности и родов встречаются в 6 раз чаще, чем в популяции (Рымашевский Н. В., 1985). Пограничные психические расстройства встречаются достоверно чаще у беременных с поздними гестозами и угрозой невынашивания беременности по сравнению с физиологическим течением гестации (Серикова О. И., 1992). По приводимым А. Е. Сидоровым (2003) данным, высокая частота случаев прерывание беременности характерна для всех беременных с пограничными психическим расстройствами (48,75 %), что в 2,7 раза превышает частоту прерываний беременности в популяции.

Цель данной работы – исследовать психическое состояние женщин с угрозой прерывания беременности.

Материал исследования. На базе женской консультации ГБУЗ НСО ГKB № 1 г. Новосибирска обследовано 100 беременных. В результате проведенного исследования определены следующие группы психического здоровья: «здоровые», «донозологические состояния» и «психические расстройства». Средний возраст обследуемых составил 27,19±4,1 года. Из них первородящие – 83, вторые роды – 14, третьи роды – 3, четвертые роды – 1 пациентка. 69 беременных были замужем, 4 женщины разведены, у 21 женщины брак официально не зарегистрирован, 6 – вынашивают беременность вне брака.

По возрасту настоящих родов испытуемые были распределены нами по группам следующим образом: оптимальный возраст (20—25 лет) – 38 женщин, условно нормальный (26—30 лет) – 45 женщин, проблемный возраст (31—35 лет) – 13 женщин, поздние роды (от 36 лет) – 4 женщины.

Из 90 женщин с угрозой прерывания беременности у 52 (57,78 %) были выявлены пограничные психические расстройства, у 34 женщин (37,78 %) обнаружены донозологические состояния (ПАС-ПДАС), у 4 исследуемых (4,44 %) психических расстройств не выявлено.

В группе пациенток с донозологическими расстройствами выявлялись как психоадаптационные (ПАС), так и психодезадаптационные (ПДАС) состояния. (Семке В. Я. и др., 1999). ПАС характеризуются теми же проявлениями, что и ПДАС, но имеют более нестойкий и изолированный характер. При этом ПАС были зарегистрированы у 10 беременных с угрозой невынашивания беременности (11,1 %). Донозо-

* Ефанова Татьяна Сергеевна, tenderly@ngs.ru, +79232294281

логические состояния в структуре ПАС-ПДАС у беременных распределились следующим образом. Психоадаптивные состояния (ПАС): астенический вариант с физической слабостью – 3 женщины (3,3 %), астенический с психической слабостью – 4 женщины (4,4 %), соматовегетативный вариант – 2 женщины (2,2 %), дистимический вариант – 1 (1,1 %). Психодезадаптивные состояния (ПДАС): астенический с физической слабостью – 2 женщины (2,2 %), астенический с психической слабостью – 14 женщин (15,5 %), соматовегетативный вариант – 5 женщин (5,5 %), дистимический вариант – 3 (3,3 %).

В структуре пограничных психических расстройств были выявлены невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4) – 39 (43,3 %), расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F6) – 6 женщин (6,6 %), аффективные расстройства преимущественно депрессивного спектра (F3) – 5 женщин (5,5 %). По одному случаю (1,1 %) зарегистрировано органическое астеническое расстройство и органическое тревожно-фобическое расстройство, последнее потребовало стационарного лечения и наблюдения после родов. Распределение по нозологическим проявлениям внутри каждой группы расстройств было таким. Группа аффективных расстройств преимущественно депрессивного спектра (F3) представлена депрессивным эпизодом легкой степени (5 женщин – 5,5 %). В группе с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами были выявлены следующие нозологические категории: изолированные фобии (F40.2) – 3 женщины (3,3 %), генерализованное паническое расстройство (F41.1) – 2 беременные (2,285 %), расстройство адаптации (F43.2) – 3 женщины (3,3 %), невращения (F48.0) – 3 (3,3 %).

При анализе триместра возникновения угрозы невынашивания беременности выявлено, что при донозологических состояниях больший процент угрозы невынашивания был у беременных в III триместре (13 женщин – 38,24 %), у 12 женщин (35,29 %) – во II триместре и у 9 беременных – в I триместре (26,47 %). При пограничных психических расстройствах первое место по возникновению угрозы невынашивания беременности занимал II триместр (22 женщины – 42,31 %), на втором месте находился I триместр (16 чел. – 30,77 %), III триместр (14 женщин – 26,92 %) – на третьем месте по частоте возникновения УНБ.

Медико-социальная значимость проблемы сохранения здоровья матери и ребенка очень высока и требует особого внимания к качеству оказываемой профилактической помощи (Кулаков В. И., 2006). Использование психотерапевтических методов способствует сокращению

приема медицинских препаратов, ни один из которых не является полностью безвредным при беременности. Преимущество психотерапии – это отсутствие тератогенного влияния на развивающийся плод, положительное влияние на лактацию (Захаров Р. И., 2001). Многосторонняя оценка социальной адаптации, выявление слабых сторон качества жизни и их психотерапевтическая коррекция – задача психотерапевтов в новых социально-экономических условиях (Куприянова И. Е., 2004, 2012).

На базе женской консультации ГБУЗ НСО ГKB № 1 Новосибирска с 2011 г. внедрена программа психопрофилактической подготовки к родам, которая проводилась в 3 этапа: вводный, этап коррекции и закрепляющий. Она включает в себя компоненты положительной эмоционально-стрессовой психотерапии, нейролингвистической психотерапии (НЛП), трансактного анализа, позитивной и поведенческой терапии, эриксоновского гипноза. Занятия проходят преимущественно в формате групповой работы, а если это необходимо, то проводятся индивидуально.

При обобщении данных исходов беременности было выявлено, что в 8 случаях из 11 с диагнозом расстройства адаптации (F43.2) беременность завершилась естественными родами без применения медикаментозного обезболивания, длительность родов составила менее 13 часов. В 3 случаях было применено Кесарево сечение по показаниям (крупный плод, анатомически узкий таз). Дети родились живыми, доношенными, без асфиксии. Оценка детей по шкале Апгар составила 8–9 баллов, в 1 случае – 9–10 баллов. У беременных с диагнозом расстройство адаптации (F43.2), получавших только биологическое лечение (n=8), беременность в 3 случаях прервалась во II триместре, в 2 случаях беременность завершилась родами с применением амниотомии, анестезии и препаратов, стимулирующих родовую деятельность. 3 женщины перенесли операцию Кесарево сечение по гинекологическим показаниям (клинически узкий таз, дискоординация родовой деятельности). Во всех случаях наблюдались послеродовые осложнения в виде инфекционных заболеваний или кровотечений. Оценка детей по шкале Апгар составила 7–8 баллов, в одном случае – 6–7 баллов. У части детей были зарегистрированы признаки задержки внутриутробного развития.

Психотерапевтическая коррекция позволила уменьшить лекарственную нагрузку на беременных и является оптимальным методом профилактики и коррекции психических расстройств. Это позволяет улучшить качество оказания помощи данной категории пациенток и увеличивает вероятность благоприятного исхода беременности.

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Т. Г. Системные детерминанты стрессоустойчивости в возрастном и этнопсихологическом контекстах // Сибирский психологический журнал. – 2007. – № 25. – С. 180—185.
 2. Ениколопов С. Н., Хломов К. Д., Кузнецова С. О. Отношение к соматическим симптомам у беременных с угрозой прерывания // Московский психотерапевтический журнал. – 2009. – № 1 (60). – С. 112—125.
 3. Захаров Р. И. Особенности психических расстройств при гестозах (клиника, психотерапевтическая коррекция, профилактика) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2001. – 18 с.
 4. Иванова С. А. Психонейроиммунотерапия в клинике и терапии невротических и аффективных расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2000.
 5. Куприянова И. Е. Профиль качества жизни больных невротическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 2. – С. 67—69.
 6. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни и психическое здоровье. – Томск : ООО Изд-во «РАСКО», 2004. – 121 с.
 7. Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Алексеева Е. А. Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 6. – С. 63—65.
 8. Невидимова Т. И., Бохан Н. А., Коконцова Д. Н., Барабанова О. Н. Сенсорные нарушения как фактор риска формирования аддиктивного поведения в подростково-юношеском возрасте // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 1. – С. 89—93.
 9. Рымашевский Н. В., Мирущенко И. И., Михельсон А. Ф., Алексеева Н. А. Методические аспекты оценки некоторых соматических и вегетативных функций в онтогенезе. – Ростов н/Д, 1985. – 49 с.
 10. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Трусов В. Б. Качество жизни как критерий психического здоровья женщин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 1. – С. 37—41.
 11. Серикова О. И. Пограничные психические расстройства при наиболее распространенных акушерско-гинекологических заболеваниях (клиника, систематика, психотерапия) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1992. – 22 с.
 12. Сидоров А. Е. Осложнения беременности и родов и их профилактика у женщин с психическими нарушениями : дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2003. – 123 с.
 13. Якутовская С. Л. Роль психологических, гемодинамических и нейрогуморальных факторов в патогенезе невынашивания беременности : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 1998. – 20 с.
 14. Bergner A., Beyer R., Klapp B. F., Rauchfuss M. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatic and coping // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 2008. – Jun. – Vol. 29 (2). – P. 105—113.
 15. Spitzer R. L., Williams J. B., Kroenke K. et al. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study // Am. J. Obstet Gynecol. – 2000. – Vol. 183 (3).
- Транслитерация русских источников*
1. Bokhan T. G. Systemic determinants of stress resistance in age and ethnopsychological contexts // Sibirskiy psichologicheskij zhurnal. – 2007. – N 25. – S. 180—185.
 2. Enikolopov S. N., Hlomov K. D., Kuznetsova S. O. Attitude towards somatic symptoms in pregnant women with threat of termination // Moskovskiy psichoterapevticheskij zhurnal. – 2009. – N 1 (60). – S. 112—125.
 3. Zakharov R. I. Traits of mental disorders in gestoses (clinic, psychotherapeutic correction, prevention) : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Novosibirsk, 2001. – 18 s.
 4. Ivanova S. A. Psychoneuroimmunomodulation in clinic and therapy of neurotic and affective disorders : avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – Tomsk, 2000.
 5. Kupriyanova I. E. Profile of quality of life of patients with neurotic disorders // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2001. – N 2. – S. 67—69.
 6. Kupriyanova I. E., Semke V. Ya. Quality of life and mental health. – Tomsk : ООО Izd-vo «RASKO», 2004. – 121 s.
 7. Kupriyanova I. E., Chuiikova K. I., Kovaleva T. A., Alekseeva E. A. Mental health and quality of life of pregnant women with chronic viral hepatitis B and C // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2012. – N 6. – S. 63—65.
 8. Nevidimova T. I., Bokhan N. A., Kokonova D. N., Barabanova O. N. Sensory disturbances as a risk factor of formation of addictive behavior in adolescence-youth // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2008. – N 1. – S. 89—93.
 9. Rymashevsky N. V., Miruschenko I. I., Mikhelson A. F., Alekseeva H. A. Methodical aspects of assessment of some somatic and vegetative functions in ontogenesis. – Rostov n/D, 1985. – 49 s.
 10. Semke V. Ya., Kupriyanova I. E., Trusov V. B. Quality of life as a criterion of mental health of women // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 1999. – N 1. – S. 37—41.
 11. Serikova O. I. Borderline mental disorders in the most prevalent obstetric-gynecological diseases (clinic, systematics, psychotherapy) : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Harkov, 1992. – 22 s.
 12. Sidorov A. E. Complications of pregnancy and childbirth and their prevention in women with mental disturbances : dis. ... kand. med. nauk. – Kazan, 2003. – 123 s.
 13. Yakutovskaya S. L. Role of psychological, hemodynamic and neurohumoral factors in pathogenesis of miscarriage avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Minsk, 1998. – 20 s.

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9:614.8
ББК Ю952

ЖИЗНЕННЫЕ СМЫСЛЫ И ЖИЗ- НЕСТОЙКОСТЬ КАК ДЕТЕРМИ- НАНТЫ УСТОЙЧИВОСТИ СПЕ- ЦИАЛИСТОВ ФПС МЧС РОССИИ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИО- НАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Шевченко Т. И.^{*1}, Богомаз С. А.²,
Бохан Т. Г.²

¹ ФГБУ «Всероссийский центр экстренной
и радиационной медицины
им. А. М. Никифорова МЧС России»
194044, Санкт-Петербург, ул. акад. Лебедева, д. 4/2
² Национальный исследовательский
«Томский государственный университет»
634050, Томск, пр. Ленина, д. 36

Проведено психологическое обследование 130 специали-
стов федеральной противопожарной службы (ФПС)
г. Санкт-Петербурга. Использован метод Р. Эммонса «Па-
кет оценки личностных стремлений» (ПОЛС), методика
изучения целей и стремлений (МИЦС) С. А. Богомаза, Том-
ский опросник ригидности Г. В. Залевского (ТОРЗ), тест
жизнестойкости и тест смысложизненных ориентаций
Д. А. Леонтьева. Выявлено, что формирование конкретных
жизненных целей способствует высоким показателям ос-
мысленности жизни и общей жизнестойкости пожарных.
Высокие показатели психической ригидности характеризуют
низкую жизнестойкость пожарного и высокий уровень уси-
лий, прилагаемых к достижению поставленной цели.
Цели пожарных могут рассматриваться как критерий про-
дуктивности их деятельности. **Ключевые слова:** по-
жарные, психическое здоровье, жизнестойкость, жизненные
смыслы, личные цели, жизненные ценности, связность це-
лей, психическая ригидность.

**PURPOSES/MEANINGS OF LIFE IN SPECIALISTS OF FED-
ERAL FIREFIGHTING SERVICE OF EMERCOM OF RUSSIA
IN THE THEORY OF MODERN ANTHROPOLOGICAL
KNOWLEDGE.** Shevchenko T. I.¹, Bogomaz S. A.², Bokhan
T. G.². ¹All-Russian A. M. Nikiforov's Emergency and Radi-
ation Medicine Center of EMERCOM of Russia. 194044,
Saint-Petersburg, Academician Lebedev's Street, 4/2.

^{*} Шевченко Татьяна Ивановна, к.п.н., научный сотруд-
ник Научно-исследовательского отдела «Медицинский
регистр МЧС России». Телефоны: раб. (812)5418721, сот.
+79219001882. E-mail: registr@arcerm.spb.ru.

Богомаз Сергей Александрович, д.п.н., проф., зав. каф.
организационной психологии. Телефоны: 529502,
89039540206. E-mail omega@psy.tsu.ru

Бохан Татьяна Геннадьевна, д.п.н., доцент, зав. каф.
психотерапии и психологического консультирования. Тел.
529566, 89138782869. E-mail: btg960@sibmail.com

² National Research Tomsk State University. 634050,
Tomsk, Lenin's Avenue, 36. Psychological examination was
conducted in 130 specialists of the Federal Firefighting Service
(FFS), St. Petersburg. The following methods were used: Pack-
age for Assessment of Personality Aspirations (PAPA) by R.
Emmons, Technique for Assessing Objectives and Aspirations
(TAOA) by S. A. Bogomaz, Tomsk Checklist for Rigidity by G.
V. Zalevsky (TCRZ), viability test and test for purpose-of-life
orientations by D. A. Leontev. It was revealed that formation of
specific life objectives facilitates high life awareness and gener-
al vitality in firefighters. High mental rigidity is associated with
low vitality and high efforts to reach a desired aim. Aims can be
considered as a criterion of performance efficiency in firefigh-
ters. When providing psychological support for Russia EMER-
COM FFS specialists, acme-oriented approach will help to ex-
pand the space of the multidimensional world of firefighter,
where the value of the prospects of building their personal and
professional development will be brought in the forefront. **Key
words:** firefighters, purposes of life, personal aims, spiritual
intelligence, life values, abstract and specific aims, purposeful-
ness, coherence of aims, purpose-of-life orientations, mental
rigidity – flexibility.

Введение. Проблема поиска условий сохра-
нения психического здоровья и профилактики
аддиктивных состояний у лиц, чья профессио-
нальная деятельность связана с экстремаль-
ными ситуациями, остается актуальной для
клинической психологии и превентивной психи-
атрии и наркологии [5, 6, 14, 16]. Учитывая, что
в современных условиях деятельность пожар-
ного носит многофункциональный характер [13],
возникает исследовательский интерес не толь-
ко к личностным качествам специалиста, узко-
профессиональным особенностям человека, на
основе которых строился как профессиональ-
ный отбор, так и система профилактических
мероприятий, но и, согласно современным тен-
денциям развития науки, к условиям устойчи-
вости человека в постоянно меняющемся мире
[4, 8]. Такая устойчивость обеспечивается про-
цессом самоорганизации человека в качестве
открытой психологической системы [9]. Психоло-
гическими детерминантами, определяющими
возможность данного процесса, выступают
ценности, проявляющиеся в содержании целей
и смыслов человека, открытость изменениям,
ответственность или самоконтроль человека.
Ценностные ориентации имеют фундамен-
тальное значение в жизнедеятельности личности
и понимаются психологами как относительно
устойчивая, социально обусловленная направ-
ленность личности на те или иные цели, имею-
щие для нее смысложизненное значение,
а также на определенные способы их достиже-
ния [1, 3, 12]. В нашем исследовании ценностно-
смысловые конструкты рассматриваются как
определяющие параметры эффективности
и продуктивности профессиональной деятель-
ности пожарного, сопряженной с экстремаль-
ными ситуациями. Уровень осознания цели
представлен широтой конструкта цели (кон-
кретный или абстрактный), ее позицией в иер-
архии действий (высокий или низкий уровень)

и содержанием цели. Важным условием для эффективности профессиональной деятельности и сохранения психического здоровья является связность целей пожарного и его возможность конструктивно совладать с экстремальными ситуациями, рассматривать их как ответственную профессиональную задачу, возможность личностного и профессионального роста в экстремальных ситуациях, высокий уровень самостоятельного контроля и открытость изменениям, что операционально снимается такими психологическими конструктами, как жизнестойкость (ее компоненты: включенность, контроль, риск), психическая ригидность-флексibilität [1—3, 7, 9—11].

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова» МЧС России. В исследовании принимали участие 58 специалистов – все пожарные, мужчины, проживающие в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Показатели качества жизни обследованных (заработок, обеспечение жильем, состав семьи) варьируются незначительно. Возраст обследуемых колебался от 22 до 46 лет, средний возраст составил $31,8 \pm 0,77$ года, стаж работы по специальности – от 1,5 до 26 лет, средний стаж работы – $12,3 \pm 0,65$ года.

Психологические детерминанты устойчивости личности в условиях профессиональной деятельности сотрудников ФПС изучались при помощи комплекса психологических методик: «Пакет оценки личностных стремлений» (ПОЛС) (Р. Эммонс), Методика изучения целей и стремлений (МИЦС) (Богомаз С. А.), Томский опросник ригидности Г. В. Залевского (ТОРЗ), Тест жизнестойкости (Д. А. Леонтьев, Е. И. Расказова), Тест смысложизненных ориентаций (Тест СЖО) (Д. А. Леонтьев).

Т а б л и ц а 1

Примененные методы статистического анализа

Цель статистического анализа	Используемые методы и статистики	
	Параметрические	непараметрические
Сравнение выборочных распределений и средних значений в двух группах	t-критерий Стьюдента	U-критерий Манна-Уитни
Анализ связей между количественными признаками	Корреляция Пирсона	Ранговые корреляции гамма, Спирмена
Анализ связей между качественными признаками		Анализ таблиц сопряженности, критерий хи-квадрат Пирсона
Анализ связей между качественными и количественными признаками, сравнение выборочных распределений и средних значений в нескольких группах	Дисперсионный анализ, статистика Фишера	Непараметрический дисперсионный анализ Краскела-Уоллеса

В связи с тем, что данные были собраны только на 58 пожарных, они составили основную группу исследования. Обработку и анализ полученных данных проводили методами параметрической и непараметрической статистики с помощью программы Statistica 6.0 for Windows (табл. 2).

Результаты исследования. По методике МИЦС [3] максимально возможное количество целей (10) сформулировали 26,3 % респондентов. Среднее количество формулировок (6) представлено у 21,1 % респондентов, 10 анкетированных (17,5 %) представили 4 формулировки жизненных целей и стремлений.

Классификация жизненных целей и стремлений позволила оценить уровень абстрактности – конкретности целей, их принадлежность к целям достижения или стремления избежать чего-либо. 72 % респондентов сформулировали вполне конкретные цели. Доля тех, кто формулирует абстрактные цели, остается достаточно стабильной для лиц, определивших разное количество целей (анализ таблиц сопряженности, χ^2 максимального правдоподобия – МП). Особенно интересны респонденты, все или почти все цели которых абстрактны. Таких оказалось трое: один пожарный сформулировал одну абстрактную цель, второй из 3 сформулированных стремлений 2 представил абстрактными, третий из 4 своих жизненных целей 3 сформулировал как абстрактные. Наибольшее количество пожарных сформулировали 4 конкретные цели (15 – 26,3 %).

Различение между целями достижения и целями избегания связано с тем, позитивные или негативные события берутся в качестве критериев саморегуляции. Например, из анкет пожарных («Стремлюсь сделать карьеру на службе» и «Стремлюсь избежать травм на работе» или «Стремлюсь наладить отношения в семье») и «Стремлюсь избежать конфликтов с женой») эти различающиеся ориентации приводят к совершенно различным поведенческим паттернам и последствиям, даже если содержание целей при этом сходно. Большинство приводимых в научной литературе свидетельств заставляет предположить, что стремление к избеганию – менее эффективная форма саморегуляции по сравнению со стремлением к достижению [8, 11]. Люди, чей список стремлений содержит большое количество стремлений к избеганию, испытывают больший психологический дистресс и тревогу, чем люди, чей список стремлений к достижению больше. При обсуждении результатов МИЦС с каждым анкетированным пожарным проводилось (метод свободной беседы) собеседование о его эмоциональном настроении и самооценке благополучия. Как и предполагалось, пожарные с большим количеством стремлений избегания

испытывали большой психологический дистресс, в частности тревогу, чем пожарные со стремлениями достижения.

28 % (16 человек) обследованных пожарных имеют только конкретные цели достижения, что позволяет выделить эту группу как самую эффективную в плане саморегуляции, наиболее удовлетворенную внутриличностно и в межличностных отношениях.

Из 57,9 % (33 человека) обследованных, сформулировавших конкретные цели избегания от 1 до 7 в общем списке своих целей, чаще формулировали 2 конкретные цели избегания (12 – 21,1 %). Один обследованный из 10 сформулированных конкретных целей 7 представил как стремления избежать нежелательного. Мы полагаем, что пожарные, формулирующие конкретные стремления достижения, и пожарные, формулирующие конкретные стремления избегания, опираются на разные механизмы переработки информации. Например, наиболее часто встречающееся у пожарных стремление избегания «Стремлюсь избежать травм на работе» требует от них постоянно отслеживать ситуацию на предмет присутствия в ней признаков опасности и блокировать их. Если бы стремление формулировалось в позитивном ключе, например, «Стремлюсь всегда использовать средства и правила защиты для сохранения здоровья в рискованных ситуациях», то это характеризовало бы цель достижения как поиск позитивных свойств и способов, способствующих приближению цели. Такой тип поиска информации, как поиск негативных свойств, присущий целям избегания, менее эффективен, более трудоемок и требует больших затрат, а потому с меньшей вероятностью приводит к успеху [12].

В нашем исследовании замечено, что чем больше сформулировано целей у пожарных, тем чаще среди них представлены цели избегания.

В методике Р. Эммонса [11] используется понятие «степень интеграции» целей», которое уже в модификации С. А. Богомаза [3] представлено показателем «связность целей» как более адекватное и информативное понятие для интерпретации результатов исследования личных стремлений человека. Показатель «связность целей» (СЦ) отражает способность человека оперативно трансформировать иерархию собственных целей под воздействием меняющейся ситуации. В таблице 2 представлен анализ целеустремленности (Ц) и СЦ у обследованных пожарных.

Показатели Ц пожарных фактически совпадают с показателями, полученными автором модифицированной методики Р. Эммонса МИЦС [3]: среднее значение – 19,6±0,29 балла, нижний и верхний квартиль – 17,8 и 21,8 балла соответственно.

Таблица 2
Средние значения целеустремленности и связности (в баллах) в выборке обследованных пожарных (n=57), выполнивших методику МИЦС

Показатель	Среднее значение	Квартиль		Стандартная ошибка
		Нижний	Верхний	
Целеустремленность	19,88	16,75	23,00	0,56
Связность целей	4,10	1,60	5,50	0,46

Показатели СЦ пожарных оказались ниже показателей СЦ у автора модифицированной методики Р. Эммонса МИЦС: среднее значение – 6,96±0,35 балла, нижний и верхний квартили – 4,17 и 9,83 балла соответственно, что характеризует меньшую мобильность пожарного оперативно трансформировать свою систему иерархии целей в случае возникновения каких-либо новых жизненных ситуаций по сравнению с жителями Сибирского региона, участвующими в исследовании автора МИЦС [3].

Корреляционный анализ выявил прямую слабую связь Ц пожарных с их общей жизнестойкостью (ОЖ) ($r=0,265$) и со шкалой К (контроль) Теста жизнестойкости ($r=0,336$, корреляции Пирсона, значимые на уровне 0,05). Те же результаты получены при вычислении ранговых коэффициентов корреляции Спирмена ($\rho=0,284$ и $\rho=0,359$). Чем выше совладание со стрессом и убежденность пожарного в его способности контролировать и влиять на происходящее, тем выше показатель его целеустремленности.

Расчеты коэффициентов корреляции Пирсона и Спирмена выявили также обратную слабую связь СЦ пожарных со шкалой Лк-Я (локус контроля-Я) теста СЖО. Чем выше представление пожарного о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, тем ниже показатели СЦ. Завышенная самооценка (например, «я – хозяин жизни»), вероятно, может привести к низкой способности пожарного оперативно трансформировать свою систему иерархии целей в случае возникновения каких-либо новых жизненных ситуаций, требующих быстрого перенацеливания.

Корреляционный анализ не обнаружил связи показателей Ц со шкалами ТОРЗ. Корреляции Пирсона демонстрируют обратную взаимосвязь всех шкал ТОРЗ, кроме шкалы УР, с показателями СЦ. Наиболее явная линейная регрессия была отмечена в отношении шкалы СР по отношению к СЦ ($r=-0,479$). Показатели Ц демонстрируют слабые отрицательные ранговые корреляции гамма с конкретными целями избегания ($\gamma=-0,233$, уровень значимости 0,05).

Наибольший показатель Ц пожарного выявлен при полном отсутствии целей избегания в общем списке формулируемых жизненных стремлений. Низкую Ц пожарные демонстрируют при наличии 4 и более целей избегания в общем списке формулируемых стремлений. Показатели СЦ положительно связаны с общим количеством формулируемых

стремлений и абстрактными целями ($\gamma=0,272$ и $\gamma=0,271$). Чем больше целей и стремлений, в том числе абстрактных, формулирует пожарный, тем большую связность этих целей он демонстрирует.

С помощью ранговых корреляций (гамма), значимых на уровне 0,05, проанализирована зависимость количества сформулированных целей со структурой цели (абстрактные, конкретные достижения и конкретные избегания) и оценочными шкалами МИЦС (табл. 4).

Таблица 3

Значимые ранговые корреляции (γ) количества и структуры сформулированных целей с оценочными шкалами МИЦС

Цель	Оценочные шкалы МИЦС		
	Среднее		
	Радость	Вероятность	Ясность
Абстрактные цели			
Конкретные цели достижения			0,199
Конкретные цели избегания	-0,501	-0,282	
Сформулировано целей и стремлений	-0,360		
Доля абстрактных в общем количестве целей			
Доля конкретных целей достижения в общем числе целей	0,222	0,231	0,227
Доля конкретных целей избегания в общем кол-ве целей	-0,448	-0,324	

Из полученных данных видно, что чем больше целей и стремлений формулирует пожарный, согласно заданию анкеты МИЦС [3], тем меньше радости он испытает даже по достижении своих целей. Имеющиеся у пожарных абстрактные цели и стремления (16 человек) не влияют на оценки по шкалам МИЦС, а конкретные цели и стремления коррелируют с тремя оценочными шкалами (радость, вероятность, ясность).

Чем больше и конкретнее представлены цели достижения, тем более четко оформлено у пожарного представление о том, каким образом можно добиться успеха для осуществления этих намеченных целей.

Чем выше доля конкретных целей избегания в общем списке жизненных целей пожарного, тем меньше радости он испытает, удачно избежав того, чего боялся. Но при этом и вероятность избежать того, чего стремишься избежать, уменьшается. Опуская нежелательные последствия и блокируя все возможные ведущие к нему пути, пожарный лишает себя возможности позитивно действовать. Ряд исследователей приводит биологическое объяснение предпочтению стремлений достижения или стремлений избегания [10, 13], полагая, что за этим могут стоять разные нервные процессы, в особенности те, которые связаны с системами торможения и активации поведения. Вероятно, человек, реализующий цель избегания, имеет более чувствительную систему торможения и потому озабочен избеганием нежелательных последствий.

Сам автор методики «Пакет оценки личностных стремлений», в исследовании целей используя 17 оценочных шкал [14], приходит к выводу, что стремления избегания по сравнению со стремлениями достижения оцениваются как менее желанные, менее успешно реализуемые, мотивируются менее автономными и менее внутренними причинами и имеют меньше шансов быть поддержанными социальным окружением. Цели избегания – психологически уязвимое место человека, они подвергают его риску не получить психологической подпитки для физического здоровья.

Расчеты показали, чем выше доля конкретных целей избегания в общем списке жизненных целей пожарного, тем меньше радости он испытает, удачно избежав того, чего боялся. Но при этом и вероятность избежать того, чего стремишься избежать, уменьшается.

Статистически значимых связей возраста пожарных с их способностью создавать и формулировать жизненные цели и стремления не обнаружено.

Ранговые корреляции гамма (значимые на уровне 0,05) позволили выявить прямую слабую зависимость доли конкретных целей избегания в общем списке формулируемых целей от стажа работы пожарных ($\gamma=0,30$).

В нашем исследовании ранговые корреляции гамма (значимые на уровне 0,05) шкал Теста жизнестойкости [10] с целями и стремлениями МИЦС [3] позволили продемонстрировать обратную корреляцию целей избегания пожарных со шкалой Пр (принятие риска) ($\gamma=-0,328$). Чем больше стремлений избегания формулирует человек, тем меньше он готов действовать в ситуации, в которой отсутствуют гарантии успеха, на свой страх и риск. Значит, формулируя цели избегания, специалист не рассматривает свою жизнь как способ приобретения опыта. Возникает вероятность возникновения внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях, в сознании человека возрастает роль и значимость самого стресса.

Ранговые корреляции Спирмена позволили выявить обратную корреляцию одной из шкал Теста «Жизнестойкость» Пр (принятие риска) с конкретными целями избегания, которые формулируют пожарные в МИЦС ($\rho=-0,347$). Чем больше целей избегания у пожарного, тем меньше в нем убежденности в ценности его жизненного опыта, тем ниже его готовность рисковать, тем ниже способность усвоения знаний из этого опыта с последующим его использованием.

С помощью ранговой корреляции Спирмена показана прямая средней силы зависимость между общей жизнестойкостью пожарного (ОЖ) и ее двух сравнительно автономных компонентов Контроль (К) и Принятие риска (Пр) с оце-

ночной шкалой МИЦС «радость» – соответствующие коэффициенты корреляции $\rho=0,370$ (ОЖ, «радость_{ср}»); $\rho=0,342$ (К, «радость_{ср}»); $\rho=0,392$ (Пр, «радость_{ср}»). Чем выше показатели ОЖ, тем больше убежденность пожарного, что борьба позволит повлиять на результат происходящего (К). И чем крепче его убежденность в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию (Пр), тем большую радость он испытает в случае успешного достижения своей цели.

Настоящим исследованием выявлено влияние смысложизненных ориентаций [8] пожарного на формирование его жизненных целей. Чем ниже общая жизнестойкость (ОЖ) и показатели смысложизненных ориентаций (шкалы Лк-Я и Лк-Ж) пожарного, тем больше абстрактных целей он формулирует ($\gamma=-0,368$), что характеризует его как личность с низкой саморегуляцией, не верящей в собственные силы.

87,7 % респондентов (50 пожарных), сформулировавшие в большинстве своем конкретные жизненные цели, характеризуются умеренными и высокими показателями по шкалам СЖО и жизнестойкости. 7 пожарных (12,3 %) с низкими показателями шкал теста СЖО и жизнестойкости (ОЖ) составляют группу риска нарушений саморегуляции, утери осмысленности, направленности и перспективы в жизни.

В нашем исследовании ранговые корреляции гамма (значимые на уровне 0,05) обнаруживают прямую зависимость градаций общих показателей ПР и трех ее шкал (АР, СР и УР) от оценочной шкалы МИЦС «Усилие». Чем выше показатели ригидности в узком ее смысле (неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания и т. п.) актуальной ригидности (АР), тем больше сил и энергии необходимо пожарному, чтобы успешно осуществлять каждое из своих стремлений ($\gamma=0,304$). Чем выше ригидность в эмоциональной реакции пожарного на новое, на ситуацию, требующую каких-либо изменений (СР), тем больше негативных эмоций он испытывает, реализуя свои цели ($\gamma=0,422$). Ригидная установка на принятие – непринятие нового, ригидная самооценка и система ценностей (УР) провоцируют большое напряжение усилий пожарного в достижении поставленных целей ($\gamma=0,301$). Прямая корреляция прослеживается и между градациями общей ПР (низкая, умеренная, высокая) с уровнем прилагаемых пожарным усилий для достижения поставленных им целей ($\gamma=0,362$). Чем выше эмоциональная ригидность пожарного, тем больше душевных и физических усилий должен он прикладывать для достижения поставленной цели.

Выводы. Используемые в нашем исследовании методики оказались достаточно информативными применительно к специалистам ФПС МЧС России, что подтверждается широким спектром прописанных респондентами конкретных и абстрактных жизненных целей; доминированием группы пожарных, сформулировавших конкретные цели (72 % респондентов); выявлением группы пожарных как самой эффективной в плане саморегуляции, наиболее удовлетворенной в своем личностном и межличностном функционировании (28 % респондентов указали только конкретные цели достижения); выявлением прямой взаимозависимости жизнестойкости (ОЖ) и целеустремленности (Ц) пожарного; выводом, что формирование конкретных жизненных целей способствует высоким показателям осмысленности жизни и общей жизнестойкости пожарных, а также тому, что ограниченность и абстрактный характер жизненных стремлений характеризует пожарного как личность, которая не верит в собственные возможности контролировать события жизни, что может свидетельствовать о низкой саморегуляции.

Чем больше целей избегания формулирует пожарный, тем меньше он готов действовать в ситуации, где отсутствуют гарантии успеха, на свой страх и риск (шкала Пр, $\gamma=-0,328$).

Характер связности целей (СЦ) обследованных пожарных указывает на сниженную способность оперативно трансформировать свою систему иерархии целей в случае возникновения каких-либо новых жизненных ситуаций.

Статистически значимых связей возраста пожарных с их способностью создавать и формулировать жизненные цели не обнаружено. Выявлена прямая слабая взаимосвязь доли конкретных целей со стажем работы пожарных ($\gamma=0,30$).

Чем выше показатели психической ригидности (ПР_{общ}, АР, СР, УР), тем больше усилий вынужден прикладывать пожарный для осуществления поставленных целей ($\gamma=0,362$, $\gamma=0,304$, $\gamma=0,422$, $\gamma=0,301$).

Л и т е р а т у р а

1. *Александрова Л. А.* К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: Сб. науч. тр. Вып. 2 / под ред. М. М. Горбатовой, А. В. Серого, М. С. Яницкого. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004. – С. 82–90.
2. *Алимова М. А.* Проявление личностной ригидности в динамике становления профессиональных установок: автореф. дис. ... к.п.н. – Барнаул, 2002. – 24 с.
3. *Богомаз С. А.* Целеустремленность и связность целей в структуре индивидуальности // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 30. – С. 56–63.
4. *Бохан Т. Г.* Проблема стресса и стрессоустойчивости в психологии: трансспективный анализ. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 156 с.
5. *Бохан Н. А., Коробицина Т. В.* Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11–17.

6. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. Изд-во Иван Федоров, 2009. – 522 с.
7. Залевский Г. В. Психическая ригидность в норме и патологии. – Томск: ТГУ, 1993. – 270 с.
8. Клочко Ю. В. Ригидность в структуре готовности человека к изменению образа жизни : автореф. дис. ... к.п.н. – Барнаул, 2002. – 23 с.
9. Клочко В. Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности: введение в трансперспективный анализ. – Томск: ТГУ, 2005. – 174 с.
10. Леонтьев Д. А. Тест смысловожизненных ориентаций. – М. : Смысл, 2006. – 18 с.
11. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест Жизнестойкость. – М. : Смысл, 2006. – 63 с.
12. Леонтьев Д. А. Психология смысла. Природа, становление и динамика смысловой реальности. – М. : Смысл, 2007. – 510 с.
13. Шевченко Т. И. Особенности эмоциональных состояний сотрудников государственной противопожарной службы МЧС России: автореф. дис. ... к.п.н. – СПб., 2007.
14. Шевченко Т. И., Макарова Н. В., Бохан Т. Г. Стрессоустойчивость специалистов опасных профессий МЧС России // Вестник Том. гос. ун-та. – 2013. – № 369. – С. 164–167.
15. Emmons R. A. The Psychology of Ultimate Concern: Motivation and Spirituality in Personality. New York; London: The Guilford Press, 1999.
16. Semke V., Salevsky G., Bochan N. Regionale Aspekte des Schutzes der Psychischen Gesundheit // Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. – Sonderheft 2. – 60 Jahrgang, Sept. 1992. –S. 111–112.

Транслитерация русских источников

1. Aleksandrova L. A. About concept of vitality in psychology // Sibirskaya psihologiya segodnya: Sb. nauch. tr. Vyip. 2 / pod red. M. M. Gorbatovoy, A. V. Serogo, M. S. Yanitskogo. – Kemerovo: Kuzbassvuzizdat, 2004. –S. 82–90.
2. Alimova M. A. Manifestation of personality rigidity in dynamics of coming-to-be of professional aims : avtoref. dis. ... k.p.n. – Barnaul, 2002. – 24 s.
3. Bogomaz S. A. Purposefulness and coherence of aims in structure of individuality // Sibirskiy psihologicheskij zhurnal. – 2008. – N 30. – S. 56–63.
4. Bokhan T. G. Problem of stress and stress resistance in psychology: transpective analysis. Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedorov», 2008. – 156 s.
5. Bokhan N. A., Korobitsina T. V. Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medical practice // Psichicheskie rasstroystva v obschey meditsine. – 2008. – N 3. – S. 11–17.
6. Bokhan N. A., Semke V. Ya. Comorbidity in addiction psychiatry. Izd-vo Ivan Fedorov, 2009. – 522 s.
7. Zalevsky G. V. Mental rigidity in norm and pathology. – Tomsk: TGU, 1993. – 270 s.
8. Klochko Yu. V. Rigidity in structure of readiness to change the life style: avtoref. dis. ... k.p.n. – Barnaul, 2002. – 23 s.
9. Klochko V. E. Self-organization in psychological systems: problems of coming-to-be of mental space of the personality: introduction into transpective analysis. – Tomsk: TGU, 2005. – 174 s.
10. Leontyev D. A. Test of purpose-of-life orientations. – М. : Smyisl, 2006. – 18 s.
11. Leontyev D. A., Rasskazova E. I. Test of vitality. – М. : Smyisl, 2006. – 63 s.
12. Leontyev D. A. Psychology of meaning. Nature and dynamics of meaning reality. – М. : Smyisl, 2007. – 510 s.
13. Shevchenko T. I. Peculiarities of emotional states of workers of state firefighting service of EMERCOM of Russia: avtoref. dis. ... k.p.n. – SPb., 2007.
14. Shevchenko T. I., Makarova N. V., Bokhan T. G. Stress resistance of specialists of dangerous professions of EMERCOM of Russia // Vestnik Tom. gos. un-ta. – 2013. – N 369. – S. 164–167.

УДК 616.89-008:159.9

ББК Ю937+Р645.093.33+Р64-324

ЛИЧНОСТНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ В АСПЕКТЕ САМООРГАНИЗАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ СОЧЕТАНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Королев А. А.^{*1}, Стоянова И. Я.²

КГБУЗ «Алтайская ККПБ им. Ю. К. Эрдмана»
656022, Барнаул, Суворова, 13

ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

Рассмотрено психологическое содержание понятия «личностный потенциал» с позиций Д. А. Леонтьева. Изучены проявления компонентов личностного потенциала у пациентов с экзогенно-органическими и невротическими расстройствами. На основе полученных данных предложены направления психологической помощи. **Ключевые слова:** коморбидность психических заболеваний, невротическая депрессия, экзогенно-органические заболевания головного мозга, личностный потенциал, самоорганизация, качество жизни.

PERSONALITY POTENTIAL IN ASPECT OF SELF-ORGANIZATION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH COMBINED MENTAL DISORDERS. Korolev A. A.¹, Stoyanova I. Ya.² Altay Krai Yu. K. Erdman's Clinical Psychiatric Hospital. 656022, Barnaul, Suvarov's Street, 13. Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4. Psychological content of concept of «personality potential» from positions of D. A. Leontyev has been considered. Manifestations of components of personality potential in patients with exogenous-organic and neurotic disorders have been studied. Based on obtained data, directions of psychological help have been proposed. **Key words:** comorbidity of mental diseases, neurotic depression, exogenous-organic brain diseases, personality potential, self-organization, quality of life.

В настоящее время особую актуальность приобретает психологическая помощь пациентам с сочетанными формами психических и наркологических нарушений. Заболевания с двойным диагнозом определяются как «коморбидные», «смешанные», «ассоциированные», «сочетанные», «заболевания с двойным диагнозом», «сопутствующие», «микст-патология» [2]. Важность исследования пациентов с двойным диагнозом определяется их возрастающей численностью в общей структуре психической и наркологической патологии, сложным патоморфозом, полиморфизмом клинической картины,

^{*} Королев Андрей Александрович, медицинский психолог, телефон: 89133654377, E-mail: korollev-psy@mail.ru
Стоянова Ирина Яковлевна, д.п.н., в.н.с. отд. профилактической психиатрии, телефон: 89138212511. E-mail: lthka1948@vail.ru

трудностями организации лечебно-оздоровительных мероприятий [1, 3, 5]. При этом среди многочисленных нарушений наиболее распространенными представляются сочетания пограничных психических расстройств [4, 11], включая неврозы и экзогенно-органические заболевания головного мозга [7, 15, 16]. Это обусловлено большой распространенностью указанных расстройств в общей структуре психической патологии и популяции в целом [4, 5, 13].

В качестве причин распространенности сочетанных психических расстройств отмечаются тенденции увеличения неблагоприятных социально-психологических воздействий, роста травматизма, алкоголизма, созависимости и наркотизации среди населения, усугубления экологического неблагополучия [11-12, 17-21].

Значимость изучения психологических факторов, связанных с психическими расстройствами, определяется еще и тем, что большинство пациентов с двойным диагнозом находятся в зрелом, наиболее активном и трудоспособном возрасте, что обуславливает необходимость создания эффективных реабилитационных программ.

Следует констатировать, что психологическим аспектам изучения сочетанной психической патологии уделяется мало внимания. Отсутствуют исследования, связанные с личностными особенностями больных при смешанных формах психических заболеваний. Единичные исследования отражают лишь отдельные аспекты проблемы [13].

В настоящее время в области медицинской психологии проблема исследования личностного потенциала у больных различными формами психической патологии представляется весьма значимой. Выявление определенных личностных феноменов при конкретном психическом заболевании является своего рода ключом, способным открыть путь к наиболее эффективной и результативной возможности оказания психологической помощи пациентам. Если в научной литературе рассмотрена специфика личностной сферы пациентов при невротических депрессивных расстройствах [14] и экзогенно-органических заболеваниях головного мозга, выражающаяся в существенном ухудшении качества жизни, то особенности личностного функционирования при их сочетании остаются не исследованными [6].

Настоящее исследование проводилось с целью выявления дефицитов личностного потенциала у больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, коморбидными с невротической депрессией.

Понятие личностного потенциала было предложено Д. А. Леонтьевым [8]. В его представлениях, под личностным потенциалом необходимо понимать системную организацию личностных особенностей, образующих «стер-

жень личности» и отражающих уровень личностной зрелости. По определению автора, личностный потенциал есть интегральная характеристика индивидуально-психологических особенностей личности, лежащая в основе ее способности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность деятельности и смысловых ориентаций на фоне давлений и изменяющихся внешних условий.

Личностный потенциал находится в основе личностной автономии, самодетерминации и саморегуляции личности. Данная возможность позволяет человеку не только приспосабливаться к изменившимся условиям, но и эффективно справляться с новыми задачами посредством самостоятельного создания необходимых условий в разных сферах жизни.

Материалы, методы, выборка исследования. При выполнении настоящего психологического исследования обследовано 38 пациентов мужского и женского пола (16 мужчин и 22 женщины) в возрасте 18—45 лет (средний возраст $32,2 \pm 2,4$ года) дневного стационара Алтайской краевой клинической психиатрической больницы. Диагностика пациентов осуществлялась психиатрами до проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

Критерием включения в исследование явилось сочетание диагностических рубрик: «Кратковременная депрессивная реакция» (F43.20), «Пролонгированная депрессивная реакция» (F43.21), «Смешанная тревожная и депрессивная реакция» (F43.22) и «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F06.6, F07.0). При этом отмечалось наличие как экзогенно-органической, так и депрессивной симптоматики. Возрастные границы обследованных пациентов обусловлены, с одной стороны, особенностями возрастной периодизации (основанием является приказ МЗ РФ от 5.05.1999 № 154), с другой — данными эпидемиологических исследований, свидетельствующими о существенном росте экзогенно-органической патологии среди пациентов зрелого возраста.

Для получения информативных данных о специфике личностного потенциала пациентов с сочетанной патологией были выбраны психометрические методики: опросник «Самоорганизации деятельности» и «Шкала удовлетворенности жизнью» Э. Динера.

Опросник самоорганизации (ОСД) предназначен для диагностики сформированности навыков тактического планирования и стратегического целеполагания. Он включает 6 шкал, с помощью которых оцениваются параметры планомерности, целеустремленности, настойчивости, фиксированности, самоорганизации, ориентации на настоящее. Высокий общий

суммарный балл по всем шкалам характеризует человека, способного ставить цели, планировать свою деятельность, проявляя волевые качества и настойчивость, идти к достижению цели напролом, что может приводить к негибкости и «заикленности» на структурированности и организованности [9].

Шкала удовлетворённости жизнью измеряет когнитивную оценку соответствия жизненных обстоятельств ожиданиям индивида и отражает общую меру внутренней гармонии и психологической удовлетворенности. Показатель удовлетворенности жизнью обнаруживает несколько более слабые взаимосвязи с другими мерами субъективного благополучия, однако следует ожидать, что он будет более тесно взаимосвязан с объективными показателями успешности жизни индивида [10].

Статистическую обработку материала произвели с помощью программ Statistica 6.0 и MS Excel 7.0, применяя непараметрические критерии: критерий Вилкоксона (различия считали значимыми для $p < 0,05$).

Соотношение показателей по шкалам опросника самоорганизации деятельности у пациентов с сочетанной патологией представлено на рисунке 1.

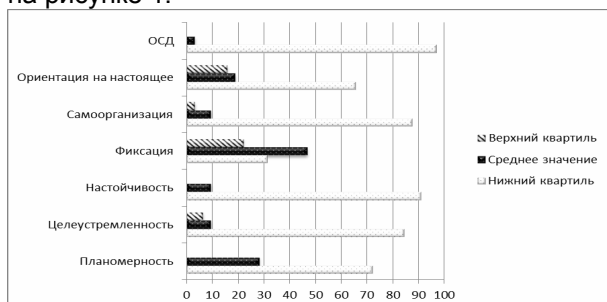


Рис. 1. Процентное соотношение показателей шкал опросника «ОСД» у пациентов с экзогенно-органической и депрессивной патологией

Из представленной диаграммы видно, что у подавляющего числа пациентов показатели по большинству шкал, включая общий суммарный показатель, соответствуют нижнему квантилю. Единственная шкала, по которой были получены примерно равные результаты по каждой из нормативных границ (нижний квантиль – 31,2 %, средний квантиль – 46,8 %, верхний квантиль – 21,8 %), была шкала фиксации.

Полученные результаты указывают на достаточно пессимистичный прогноз. Так, у пациентов с сочетанной патологией слабо развиты навыки планирования, планы подвержены частой смене, снижены волевые усилия, характерна общая неорганизованность деятельности, что является значимым препятствием для достижения поставленных целей и развития собственного потенциала.

Такие данные подкрепляются и общим низким суммарным показателем теста. Однако все описанные негативные моменты могут быть компенсированы за счет достаточно выраженной тенденции к фиксации. Полученные по этому показателю данные хотя и указывают на трудности в выборе альтернатив при принятии решений, однако могут компенсировать личность в социальном функционировании за счет определенной настойчивости. Важным фактором в этом плане может и должен выступить социальный круг пациента, который должен взять на себя определение и поддержание вектора социальной реализации личности пациента.

Результаты по опроснику «Удовлетворенность качеством жизни» у пациентов с сочетанием невротического расстройства и экзогенно-органического заболевания в большинстве случаев (81,3 %) соответствовали нижнему квантилю, среднее значение было характерно лишь для 18,7 % испытуемых, высокие показатели диагностированы не были (рис. 2).

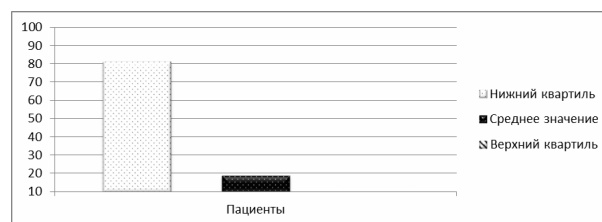


Рис. 2. Соотношение показателей (%) по опроснику «Удовлетворенность качеством жизни» у пациентов с сочетанной экзогенно-органической и депрессивной патологией

Полученные результаты указывают на низкую степень удовлетворенности жизнью пациентов с сочетанной патологией, что ведет к редукции жизненных установок, трудностям в формировании целей и отсутствию профессиональной перспективы.

Выводы. Проведенное исследование показало большое количество проблемных зон в области личностного функционирования пациентов с сочетанной патологией экзогенно-органического и невротического спектра. Следует констатировать, что у них слабо развиты навыки планирования, которые подвержены частой смене, снижены волевые усилия. Для пациентов характерны неустойчивость деятельности, а также недостаточная удовлетворенность жизнью. Вместе с этим отчетливо проявляется склонность к фиксированным формам поведения, что может также стать определенным препятствием для развития личности. Описанные феномены указывают на необходимость проведения психокоррекционной работы, направленной на актуализацию личностных ресурсов пациентов.

Учитывая подобное негативное влияние рассматриваемого коморбидного заболевания на личностную сферу пациента, можно предположить, что далеко не все методы психокоррекционного воздействия окажутся эффективными. В данной связи наиболее целесообразным представляется применение, прежде всего, методов семейной психотерапии, с обязательной разъяснительной работой родственникам о характере личностных изменений больного. Кроме того, необходимо участие медицинских психологов при планировании совместно с пациентами жизнедеятельности и путей ее реализации, что потребует включения техник когнитивной и рациональной терапии. Лишь такой комплексный и системный подход в психокоррекционной работе может способствовать повышению качества жизни пациентов с органическими и невротическими расстройствами.

Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А., Коробицина Т. В. Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11–17.
2. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
3. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
4. Гарганеева Н. П., Тетенев Ф. Ф., Семке В. Я., Леонов В. П. Артериальная гипертония как психосоматическая проблема // Клиническая медицина. – 2004. – Т. 82, № 1. – С. 35–42.
5. Методологические подходы к оценке биологических факторов психической дезадаптации (на примере невротических расстройств): методические рекомендации / С. А. Иванова, Е. В. Гуткевич, В. Я. Семке, Л. А. Рядовая, Н. М. Ракитина, О. Э. Перчаткина, Е. М. Епанчинчева. – Томск, 2006. – 33 с.
6. Куприянова И. Е. Профиль качества жизни больных невротическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 2. – С. 67.
7. Лебедева В. Ф., Семке В. Я. Психические расстройства у пациентов соматической поликлиники: распространенность, клиника // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2. – С. 113–115.
8. Леонтьев Д. А., Мандрикова Е. Ю., Осин Е. Н., Плотникова А. В., Рассказова Е. И. Опыт структурной диагностики личностного потенциала // Психологическая диагностика. – М.: Обнинск, 2007. – № 1. – С. 8–31.
9. Мандрикова Е. Ю. Разработка опросника самоорганизации деятельности (ОСД) // Психологическая диагностика. – М.: Обнинск, 2007. – № 2. – С. 87–111.
10. Осин Е. Н., Леонтьев Д. А. Аprobация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия // Материалы III Всероссийского социологического конгресса. – М.: Институт социологии РАН, Российское общество социологов, 2008.
11. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30–35.
12. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – Т. 5, № 1 (49). С. 60–65.
13. Суровцева А. К. Клинико-психологическое исследование качества жизни больных депрессивными расстройствами: автореф. дис. ... к.п.н. – Томск, 2005.
14. Цыганков Б. Д., Малыгин Я. В., Добровольская Ю. В., Ханнанова А. Н. Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы) // Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. – Т. 109, № 6. – С. 91–94.
15. Чуркин А. А., Теорогова Н. А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2009 г. // Рос. психiatr. журн. – 2009. – № 4. – С. 35–40.
16. Шереметьева И. И. Экзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний (клинико-статистическое исследование): автореф. дис. ... д.м.н. – М., 2008. – 43 с.
17. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
18. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – Т. 49, № 2. – Suppl. – С. 251–254.
19. Bokhan N. A., Mandel A. I., Stoyanova I. Ya., Mazurova L. V., Aslanbekova N. V., Ankudinova I. E. et al. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women // Journal of Psychology and Psychotherapy. – 2013. – Vol. 3. – Issue 5: 128. – P. 1-4. doi: 10.4172/2161-0487.1000128
20. Semke V. Ja., Mandel A. I., Bochan N. A., Galaktionov O. K. Alcoholos remissiook prognosztizalasa // Addiktologiai Kutatasok oroszorszagban. – Budapest, 1992. – S. 49–55.
21. Semke V., Salevsky G., Bochan N. Regionale Aspekte des Schutzes der Psychischen Gesundheit // Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. – Sonderheft 2. – 60 Jahrgang, Sept. 1992. – S. 111–112.

Транслитерация русских источников

1. Bokhan N. A., Korobitsina T. V. Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medical practice // Psihicheskie rasstroystva v obschey meditsine. – 2008. – N 3. – S. 11–17.
2. Bokhan N. A., Semke V. Ya. Comorbidity in addiction psychiatry. – Tomsk: Izd-vo Tomskogo un-ta, 2009. – 510 s.
3. Bokhan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. nevrologii i psichiatrii. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 17–24.
4. Garganeeva N. P., Tetenev F. F., Semke V. Ya., Leonov V. P. Arterial hypertension as a psychosomatic problem // Klinicheskaya meditsina. – 2004. – T. 82, N 1. – S. 35–42.
5. Methodological approaches to assessment of biological factors of mental disadaptation (on example of neurotic disorders): methodical recommendations / S.A. Ivanova, E. V. Gutkevich, V. Ya. Semke, L. A. Ryadovaya, N. M. Rakitina, O. E. Perchatkina, E. M. Epanchincheva. – Tomsk, 2006. – 33 s.
6. Kupriyanova I. E. Profile of quality of life of patients with neurotic disorders // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2001. – N 2. – S. 67.
7. Lebedeva V. F., Semke V. Ya. Mental disorders in patients of somatic polyclinic: prevalence, clinic // Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii. – 2006. – N 2. – S. 113–115.
8. Leontyev D. A., Mandrikova E. Yu., Osin E. N., Plotnikova A. V., Rasskazova E. I. Experience of structural diagnostics of personality potential // Psihologicheskaya diagnostika. – M.; Obninsk, 2007. – N 1. – S. 8–31.
9. Mandrikova E. Yu. Development of questionnaire of self-organization of activity (QSA) // Psihologicheskaya diagnostika. – M.; Obninsk, 2007. – N 2. – S. 87–111.

10. Osin E. N., Leontyev D. A. Testing of Russian-language version of two scales of express-assessment of subjective well-being // Materialy III Vserossiyskogo sotsiologicheskogo kongressa. – M. : Institut sotsiologii RAN, Rossiyskoe obshchestvo sotsiologov, 2008.
11. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Clinical-dynamic approach to systematic of addictions // Narkologiya. – 2005. – T. 4, N 12. – S. 30–35.
12. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Mandel A. I. Personological analysis in context of systematic of addictive states // Narkologiya. – 2006. – T. 5, N 1 (49). S. 60–65.
13. Curovtseva A. K. Clinical-psychological investigation of quality of life of patients with depressive disorders: avtoref. dis. ... k.p.n. – Tomsk, 2005.
14. Tsygankov B. D., Malygin Ya. V., Dobrovolskaya Yu. V., Hannanova A. N. Possibilities of psychometric assessment of comorbid anxiety and depressive disorders (according to data of foreign literature) // Zhurn. nevrologii i psikiatrii. – 2009. – T. 109, N 6. – S. 91–94.
15. Churkin A. A., Tvorogova N. A. Prevalence of mental disorders in Russian Federation in 2009. // Ros. psikiatr. zhurn. – 2009. – N 4. – S. 35–40.
16. Sheremeteva I. I. Exogenous-organic mental disorders in general structure of mental diseases (clinical-statistical investigation) : avtoref. dis. ... d.m.n. – M., 2008. – 43 s.

ЭТНОПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008
ББК Р64+Р733

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ БУРЯТСКОЙ И РУССКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ

Дашиева Б. А.*

ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
634014, Томск, ул. Алеутская, 4

С целью выявления суицидального риска проведено анкетирование 35 подростков бурятской и русской национальностей с ограниченными возможностями здоровья, определены этнокультуральные различия в группах. Выдвинуто предположение о различии механизмов актуализации суицидальных тенденций, заданном спецификой уклада жизни семьи. Полученные данные соотнесены с этнокультурными феноменами, наблюдаемыми на территории Бурятии в наши дни. **Ключевые слова:** этнокультуральные особенности, суицидальное поведение, подростки с ограниченными возможностями здоровья.

ETHNOCULTURAL PECULIARITIES OF SUICIDAL BEHAVIOR IN DISABLED ADOLESCENTS OF BURYAT AND RUSSIAN NATIONALITIES. Dashieva B. A. *Mental Health Research Institute SB RAMSci. 634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4.* To identify suicide risk, a survey of adolescents of Buryat and Russian nationalities has been carried out, ethnocultural differences in the groups have been revealed. Differences of mechanisms actualizing suicidal tendencies, given the specifics of life style of the family have been speculated. The data obtained have been compared with ethnic-cultural phenomena observed on the territory of Buryatiya today. **Key words:** ethnocultural characteristics, suicidal behavior, adolescents with disabilities.

По данным ВОЗ, в России складывается неблагоприятная ситуация по распространенности подростковых суицидов, ежегодно расстаются с жизнью 2,5 тысячи подростков в возрасте 15—19 лет, а каждый 12-й подросток совершает попытку самоубийства [16]. Многие исследователи отмечают, что для подростков характерно совершение повторных суицидальных действий [4, 5, 13, 21]. В наибольшей степени изучается взаимосвязь суицидального, аддиктивного и делинквентного поведения подростков [2, 3, 19, 20, 22, 23]. При крайней важности и актуальности темы суицидального поведения в данной возрастной группе остается недоста-

точно изученным этот вопрос среди подростков, имеющих ограниченные возможности здоровья.

На протяжении ряда лет нами осуществлялось изучение психического здоровья различных контингентов детей и подростков, относящихся к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья (с патологией опорно-двигательного аппарата, с интеллектуальными, сенсорными, речевыми нарушениями). Исследование проводилось в специальных (коррекционных) учебных заведениях [9, 11]. Изучались клиничко-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья [10]. Внимание также было уделено выявлению признаков суицидального поведения у таких детей. Обнаружено, что дети с особыми образовательными потребностями, как и «обычные» дети, испытывают суицидальные мысли с тем лишь различием, что в кризисной, стрессовой ситуации «особый ребенок» чаще менее адаптивен и более уязвим из-за отсутствия навыков решения психологических и социальных проблем [12].

Актуальным является изучение суицидального поведения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в транскультуральном аспекте [7, 11, 14, 15, 17, 18, 23]. В числе наиболее неблагоприятных субъектов с высоким уровнем завершенных суицидов и суицидальных попыток среди детей и подростков отмечены Республики Тыва, Бурятия и Якутия, где частота детского суицида превышает российский уровень в 4—4,5 раза, а подросткового – в 4-6 раз [16]. По мнению этих авторов, высокий уровень самоубийств среди коренного населения (в 1,5—2 раза выше, чем среди русского) связан с вошедшими в культуру данных этносов и существующими до настоящего времени архаическими религиозными представлениями о допустимости самоубийства, «жизни после смерти в новом качестве». В этих народах дети «напитываются» такими представлениями и становятся группой риска суицидального поведения.

С целью выявления признаков суицидального риска нами было проведено анонимное анкетирование 35 учащихся 9-11-х классов школы социальной адаптации детей-инвалидов г. Улан-Удэ. По национальному признаку 43 % (15 учащихся) составили буряты и 57 % (20 учащихся) – русские. Анкета состояла из шести вопросов относительно наличия сниженного настроения, суицидальных мыслей и намерений, возможности поделиться своими проблемами, определения причин плохого настроения.

Подростки-буряты чаще определяют у себя суицидальные мысли (40 % у бурят и у 20 % русских), при этом желание умереть возникает у русских в 35 % случаев, тогда как у бурят –

* Дашиева Баирма Антоновна, к.м.н. заведующая отд. профилактической психиатрии. Телефон (83822)723824
E-mail: bairma2009@mail.ru

лишь с небольшим перевесом (40 %). В подростковом возрасте мысли о суициде являются допустимыми в случае их ситуативности и при отсутствии попыток нанести себе вред. Выявлено, что у большинства русских подростков (80 %) имеется близкий человек, с которым можно поделиться своими бедами и удачами. У бурят лишь в половине случаев есть такой человек, которому можно доверить сокровенные мысли (53,3 %). Чаще всего им является кто-то из сверстников. Эта разница может объясняться «нормативностью» одиночества в культуре бурят, в которой не принято демонстрировать свои чувства. Хотя в этом возрасте сверстники выходят на первый план по значимости в общении, стоит предположить, что наличие доверительных отношений со значимым взрослым (родители, опекуны, педагоги) способствовало бы более адекватному переживанию возникающих трудностей. Не исключено, что в значительной степени отсутствие близкого человека среди взрослых, с которым подросток мог бы поделиться своими переживаниями, обусловлено отрицательным отношением в этнической традиции бурят к феномену самоубийства.

Достоверное различие получено при анализе ответов на вопрос о суицидальных намерениях. Из учеников-бурят только один (6,7 %) «пытался когда-нибудь, даже в шутку, убить себя», среди учащихся русских таковых было 3 человека (15 %). В качестве используемых способов назывались отравление таблетками, нанесение порезов. К характеристикам ресурсных возможностей бурятских традиций можно отнести относительную сохранность семейного уклада [8]. Одной из причин, ограничивающих подростков-бурят от самоповреждающих действий, может быть осознание себя членом семейной общины (рода) и личной ответственности как представителя этого рода. В то же время существует регламент действий семейной общины (представителей рода), позволяющий преодолеть влияние самоубийства, совершенного членом общины, на жизненный путь не только ныне живущих, но и последующих поколений [6]. В этих случаях родственники обычно обращаются к шаманам, которые совершают специальные ритуальные обряды, позволяющие преодолеть влияние самоубийства, совершенного членом общины, на жизненный путь представителей ныне живущих и последующих поколений. Оплата обряда, снимающего с семьи груз совершенного самоубийства, представляет собой довольно внушительную сумму и собирается с нескольких, наиболее заинтересованных семей, состоящих в близком родстве.

Это восприятие суицида укоренено в традиции и закреплено в особых мерах, предприни-

маемых семьями молодых людей брачного возраста. Вплоть до настоящего времени в традиции бурят факт самоубийства в семье молодого человека или девушки является своеобразной стигмой, затрудняющей установление брачных отношений, препятствует их одобрению родственниками другой стороны (брачные традиции) [1].

По результатам исследования, в подавленном настроении пребывают 66,7 % учащихся-бурят и 45 % учащихся-русских. Все подростки, ответившие утвердительно на этот вопрос, отметили причину – одну или несколько из пяти предложенных пунктов. Причинами ухудшения настроения чаще всего называются проблемы в школе (46,7 % у бурят и 30 % у русских), проблемы из-за чувства неразделенной влюбленности (40 % у бурят и 35 % у русских) и чувство одиночества (40 % у бурят и 20 % у русских). Значимые различия касаются причины «проблемы с родителями, опекунами, близкими», она названа лишь 1,3 % бурят и 25 % русских учащихся. В качестве других причин ребята называли такие, как «проблемы в стране», «сложная экономическая ситуация в республике». Характерно, что часть подростков (20 % бурят и 45 % русских) заявили, что у них нет унылого настроения, но при этом отметили причину (одну или несколько) ухудшения настроения из пяти предложенных пунктов. Т. е. имеет место своеобразный парадокс, когда при отсутствии самовосприятия сниженного настроения определяются причины его снижения. С нашей точки зрения, это может быть связано с тенденцией отрицания подобного состояния при безусловной осознаваемости фрустрации. Не исключено, что в формировании выявленных противоречий проявляется и некоторая алекситимичность или же сказывается дефицит эмоционального словаря, позволяющего более точно определять свое эмоциональное состояние. Возможен и вариант расхолаживания между описательным конструктом, предлагаемым анкетой для определения качества настроения («сниженное, подавленное, унылое») и терминами в отношении данного понятия, которые употребляет респондент.

В целом полученные показатели ниже данных литературы, согласно которым 70 % подростков в качестве повода, толкнувшего их на попытку суицида, называют разного рода школьные конфликты. Как правило, за этим фасадом обнаруживается семейное неблагополучие – явное (воспитание опекуном, психологическое или физическое насилие, алкоголизация родителей) или скрытое (дисфункциональные отношения в семье). В случаях суицидальных намерений или попыток на фоне длительного семейного конфликта и хронической стрессирован-

щей ситуации школьный конфликт может стать «последней» каплей.

Динамичность и интенсивность современной жизни повышает требования к устойчивости психики детей и подростков, имеющих дефект развития, который часто сопровождается у них нарушениями эмоционально-волевой сферы, психологического развития, органическим поражением ЦНС. В условиях переживания психологического кризиса все это может вызвать дезадаптацию, привести к необдуманным поступкам и решениям, аутоагрессивному поведению.

Заключение. В исследуемой группе подростков у учащихся бурятской национальности чаще, чем у русских, возникали суицидальные мысли, подавленное настроение, чувство одиночества. Частота суицидальных попыток у подростков с ограниченными возможностями бурятской национальности (6,7 %) оказалась ниже по сравнению с русскими подростками (15,3 %).

Подростки русской национальности в качестве причин снижения настроения чаще называют проблемы с родителями, опекунами и близкими. У бурят настроение оценивается как «унылое» чаще из-за чувства одиночества и проблем в школе.

Часть подростков с ограниченными возможностями здоровья (20 % бурят и 45 % русских) не определяют у себя снижения настроения, при этом отмечают причины ухудшения эмоционального состояния, что может объясняться недостаточно развитым навыком рефлексии.

Полученные данные носят характер пилотного исследования. Оно позволило выявить ряд различий в группах подростков бурятской и русской национальностей и тенденций развития суицидального поведения и близких к этому мыслей о смерти, рассматриваемых как родственные феномены. На данном этапе мы далеки от однозначной интерпретации обнаруженных тенденций, существует необходимость в более полном изучении реальных сообществ, в котором проведено исследование, в дополнительных данных – этнографических, этнокультурологических, этнопсихологических.

Хроническая болезнь ставит подростка в кризисную ситуацию, главными особенностями которой являются противоречия между стремлением осуществить важную для него деятельность и возникающими к тому преградами, определяемыми ситуацией болезни. Суицидальное поведение может рассматриваться как следствие неразрешимых противоречий между подростком и обществом. Поэтому в процессе организации комплексной медико-психологической помощи подросткам с ОВЗ необходимо учитывать этнокультурные составляющие психического здоровья.

Литература

1. Басаева К. Д. Семья и брак у бурят. – Улан-Удэ, 1991. – 192 с.
2. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадьрыги И. О., Асланбекова Н. В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
3. Бохан Н. А., Благов Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
4. Бруг А. В. Клинико-психологическое исследование подростков с рецидивами суицидных попыток : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2008.
5. Вассерман Д. Суицид – напрасная смерть / пер. с англ. Е. Ройне. – Таплин, 2001. – 312 с.
6. Галданова Г. Р. Доламаистские верования бурят. – Новосибирск : Изд-во «Наука» Сибирское отделение, 1987. – 154 с.
7. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Этнокультуральная психиатрия. – М. : Медицина, 2003. – 448 с.
8. Карнышев А. Д. Байкал таинственный – многоликий и разноязыкий. – 3-е изд., доп. и перераб. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2010. – 552 с.
9. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Актуальные вопросы и перспективы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения процессов обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2011. – № 10. – С. 107–110.
10. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (72). – С. 36–40.
11. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Психические расстройства у детей с ограниченными возможностями здоровья в различных регионах Сибири // Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и аддиктологии : сб. тез. докл. Всерос. научно-практ. конф. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. – С. 72–73.
12. Куприянова И. Е., Карауш И. С., Дашиева Б. А. Особенности суицидального поведения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья : [электронный ресурс] // Медицинская психология в России. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>
13. Курпатов А. В. Суицидальное поведение / под общ. ред. А. В. Курпатова. – СПб. : Человек, 2002. – С. 23–28.
14. Панченко Е. А. Транскультуральные аспекты психотерапии суицидального поведения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2003.
15. Положий Б. С. Клиническая суицидология: этнокультуральные подходы. – М. : РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского», 2006. – 207 с.
16. Положий Б. С., Панченко Е. А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации : [электронный ресурс] // Медицинская психология в России. – 2012. – № 2. – URL: <http://medpsy.ru>
17. Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 1999.
18. Семке В. Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н. А., Семке А. В. Транскультуральная наркология и психотерапия / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 2001.
19. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.

20. Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R. Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – V. 49, № 2. – Suppl. – P. 251–254.
21. Fergusson D. M., Lynskey M. T. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders // J. Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1995. – Vol. 34. – P. 1308–1317.
22. Semke V. Ja., Mandel A. I., Bochan N. A., Galaktionov O. K. Alcoholos remissio prognosztizalasa // Addiktologia Kutatasok oroszorszagban. – Budapest, 1992. – S. 49–55.
23. Semke V., Salevsky G., Bochan N. Regionale Aspekte des Schutzes der Psychischen Gesundheit // Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. – Sonderheft 2. – 60 Jahrgang, Sept. 1992. – S. 111–112.
24. Eagles J. M. et al. Suicide prevention: a study of patients' views // British Journal of Psychiatry. – 2003. – V. 18. – P. 261–265.
16. Polozhy B. S., Panchenko E. A. Suicides in children and adolescents in Russia: current situation and ways of its normalization : [elektronnyy resurs] // Meditsinskaya psichologiya v Rossii. – 2012. – N 2. – URL: <http://medpsy.ru>
17. Semke V. Ya., Bokhan N. A., Galaktionov O. K. Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy / pod red. V. Ya. Semke. – Tomsk, 1999.
18. Semke V. Ya., Erdenebayar L., Bokhan N. A., Semke A. V. Transcultural addiction psychiatry and psychotherapy / pod red. V. Ya. Semke. – Tomsk, 2001.

Транслитерация русских источников

1. Basaeva K. D. Family and marriage in Buryats. – Ulan-Ude, 1991. – 192 s.
2. Bokhan N. A., Mandel A. I., Peshkovskaya A. G., Badyrgy I. O., Aslanbekova N. V. Ethnoterritorial heterogeneity of formation of alcohol dependence in aboriginal population of Siberia // Zhurnal nevrologii i psihiatrii. – 2013. – T. 113, vyip. 2. – S. 9–14.
3. Bokhan N. A., Blagov L. N., Kurgak D. I. Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of dual diagnosis // Zhurn. nevrologii i psihiatrii. – 2012. – T. 112, vyip. 2. – S. 17–24.
4. Brug A. V. Clinical-psychological investigation of adolescents with relapses of suicidal attempts : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – SPb., 2008.
5. Vasserman D. Suicide – vain death / per. s angl. E. Royne. – Tallin, 2001. – 312 s.
6. Galdanova G. R. Pre-Lamaistic beliefs of Buryats. – Novosibirsk : Izd-vo «Nauka» Sibirskoe otdelenie, 1987. – 154 s.
7. Dmitrieva T. B., Polozhy B. S. Ethnocultural psychiatry. – M. : Meditsina, 2003. – 448 s.
8. Karnyshev A. D. Baykal enigmatic – of many faces and languages. – 3-e izd., dop. i pererab. – Irkutsk : Izd-vo BGUEP, 2010. – 552 s.
9. Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S. Relevant questions and perspectives of psychological-pedagogical and medico-social coaching of processes of study and upbringing of children with disabilities // Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. – 2011. – N 10. – S. 107–110.
10. Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S. Clinical-psychological, biological and social risk factors of development of psychopathological disturbances in children with disabilities // Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii. – 2012. – N 3 (72). – S. 36–40.
11. Kupriyanova I. E., Dashieva B. A., Karaush I. S. Mental disorders in children with disabilities in different regions of Siberia // Sovremennyye problemy etnokulturalnoy psihiatrii i addiktologii : sb. tez. dokl. Vseros. nauchno-prakt. konf. – Tomsk : Izd-vo «Ivan Fedorov», 2012. – S. 72–73.
12. Kupriyanova I. E., Karaush I. S., Dashieva B. A. Peculiarities of suicidal behavior of children and adolescents with disabilities : [elektronnyy resurs] // Meditsinskaya psichologiya v Rossii. – 2013. – N 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>
13. Kurpatov A. V. Suicidal behavior. / pod obsch. red. A. V. Kurpatova. – SPb. : Chelovek, 2002. – S. 23–28.
14. Panchenko E. A. Transcultural aspects of psychotherapy of suicidal behavior : avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Tomsk, 2003.
15. Polozhy B. S. Clinical suicidology: ethnocultural approaches. – M. : RIO FGU «GNTs SSP im. V. P. Serbskogo», 2006. – 207 c.

УДК 616.89-06:616
ББК Р645.093.39-37

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Винокуров Е. В.^{*}, Собенников В. С.

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

Представлен комплексный анализ данных клинического и экспериментально-психологического изучения пограничных психических расстройств с пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза в аспекте оценки соматизации, диссоциации, депрессии и тревоги, а также алекситимии среди пациентов общесоматической сети, представителей основных (якутской и славянской) этнических групп населения Республики Саха (Якутия). Установлены более высокий уровень соматизации на додиагностическом этапе, низкая обращаемость за специализированной психиатрической помощью и более позднее начало адекватной терапии в якутской группе по сравнению со славянской. **Ключевые слова:** паническое расстройство, соматоформные расстройства, психогенные пароксизмальные состояния неэпилептического генеза, этнокультуральные особенности.

ETHNOCULTURAL PECULIARITIES OF BORDERLINE MENTAL DISORDERS WITH PAROXYSMAL NON-EPILEPTIC CONDITIONS IN GENERAL MEDICAL SETTINGS IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA). Vinokurov E. V., Sobennikov V. S. Irkutsk State Medical University of Ministry of Healthcare and Social Development of the Russian Federation. 664003, Irkutsk, Krasnogo Vostaniya Street., 1.

A comparative analysis of the data of clinical and experimental psychological research of psychogenic paroxysmal non-epileptic conditions in patients of Yakut and Slavic ethnicity has been conducted in general medical settings. The aims of the study were to compare patients of Yakut and Slavic ethnicity on measures of anxiety, depression, somatization, dissociation, and alexithymia. Greater somatizations at a pre-admission stage, a lower rate of professional help-seeking and delaying treatment were reported in the Yakut group than the Slavic group. Key words: panic disorder, somatoform disorders, psychogenic paroxysmal non-epileptic conditions, somatization, dissociation, alexithymia, ethnocultural characteristics.

В клинической психиатрии пограничные психические расстройства с пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза (ППР с ПСНГ) представляют форму соматизированных нарушений, отличающуюся выраженными трудностями как своевременной, адекватной диагно-

стической оценки, так и выбора терапии. Несмотря на то что в рамках атеоретического подхода, в соответствии с МКБ-10, данные состояния в большей части случаев квалифицируются как панические (ПР) или диссоциативные (конверсионные) расстройства (ДКР), их патогенез не может быть сведен к некоему однозначному механизму. Очевидно, он связан со сложной многоуровневой системой, включающей влияние конституционально-личностных, ситуативных, а также социокультуральных влияний. Подтверждением этого является выраженный полиморфизм клинических проявлений данных состояний, включающих коморбидное сочетание соматоформных, конверсионных, тревожных и депрессивных нарушений.

В последнее время для наиболее полного понимания особенностей развития пограничной психической патологии исследователи все чаще обращаются к методологии транскультуральной психиатрии и аддиктологии, что особенно актуально в многонациональной России [1–6]. В период радикальных социальных преобразований появились возможности для расширения комплексных междисциплинарных исследований актуальной проблемы психического здоровья коренного населения восточного региона страны [7, 8, 10].

Культура устанавливает способы категоризации состояний здоровья и болезни, атрибуции заболеваний, выражения соматического или психосоциального дистресса, культурно адекватного поведения, направленного на поиск помощи. Культуральные факторы служат превращению эмоциональных и физиологических отклонений в паттерн, узнаваемый субъектом и его окружением, в том числе созависимым [9, 11]. Представление симптомов системе здравоохранения также находится под влиянием культуры, так как пациенты избирательны относительно того, что предъявлять врачу. Они выбирают элементы словесного описания, которые, по их мнению, уместны и культурально приемлемы. Например, среди населения азиатских стран отмечена более низкая распространенность панического расстройства (ПР). Так, диагностика ПР в течение года составляет: 0,2 % – в Китае [12], 0,2 % – в Южной Корее [13], 0,5 % – в Японии [14], тогда как в США этот показатель составляет 2,1 % [14], в странах Европы – 1,8 % [16]. В США показатели распространенности ПР ниже среди латиноамериканцев (кроме пуэрториканцев), афроамериканцев и американцев азиатского происхождения, чем среди белых американцев, но не латиноиспанского происхождения [15].

Кросскультуральные исследования выявили различия в частоте специфических симптомов ПА среди пациентов различной этнической принадлежности, существование культурно специ-

^{*} Винокуров Евгений Вячеславович, аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии, тел. 89247650115, e-mail: evgeniy_vinokurov@yahoo.com

Собенников Василий Самуилович, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии, д.м.н., профессор, тел. 89501024321, e-mail: vsobennikov@gmail.com

фических эквивалентов пароксизмальной тревоги, не соответствующих критериям ПР МКБ-10 и DSM-IV, разницу в представлениях о нормальной физиологии и патологии [17]. Клинические проявления ПР, по мнению исследователей, могут отражать содержание катастрофических когний, в различных этнических группах. Например, среди афроамериканцев чаще встречаются парестезии в структуре панических атак (ПА) и страх осложнений диабета [17].

Наиболее противоречивые данные касаются взаимосвязи соматизации, алекситимии и культуральных факторов. Гипотеза культурных «идиом дистресса» Kleinman (1982) предполагает, что соматизация является потенциально адаптивным способом выражения дистресса [18]. Ее адаптивный потенциал зависит от культурного контекста. В западной культуре, где важность личного выбора, независимости и ответственности перевешивает ценность группового консенсуса, открытое выражение эмоциональных переживаний функционально и санкционировано, соматизация дистресса, напротив, дезадаптивна [18]. В закрытых коллективистских культурах, таких как Китай, психические расстройства стигматизированы, открытое выражение эмоционального дистресса неприемлемо [19]. Согласно гипотезе культурных «идиом дистресса», соматизация предпочтительна в культурах, где ценится косвенное выражение дистресса, основные эффекты связывают с сублимацией и улучшением социальной поддержки [19]. Другие объяснения сводятся к предположению, что пациенты незападных культур менее способны выражать эмоциональный дистресс, так как им не хватает языковых возможностей для обозначения эмоциональных состояний [19].

Таким образом, существует мнение, что соматизация, представляя менее адаптивный стиль атрибуции психических расстройств, характерна для азиатских культур, тогда как у представителей западной культуры доминирует более адаптивный стиль атрибуции – «психологизация» [21]. Действительно, результаты многих исследований свидетельствуют о распространенности соматизации в азиатских странах [18, 22, 23], чему сопутствуют и более высокие показатели алекситимии [24, 25]. При этом следует учитывать, что большинство подобных исследований включает пациентов специализированного звена медицинской помощи. В аспекте транскультуральной психиатрии требуется различать исследования, проводимые в привычной социальной среде, в первичном медицинском звене и в специализированных медицинских учреждениях.

Известно, что феномен соматизации не ограничивается контингентом психиатрических пациентов. По результатам популяционного исследо-

вания, проведенного в США, от 4 до 20 % населения страдают от наличия как минимум 4 псевдосоматических симптомов одновременно [26]. Пациенты-«соматизаторы» характеризуются значительным числом визитов к врачам первичного звена и медицинских обследований, с нередким последующим ухудшением психического состояния [19]. В странах с высокой распространенностью соматизации (Китай, Тайвань), напротив, подчеркивается ее адаптивное значение, как в общей популяции, так и среди психиатрических пациентов [19, 22]. Кроме того, рядом исследований выявлено общее преобладание «соматизаторов» среди пациентов с пограничными психическими расстройствами, вне зависимости от этнической принадлежности [19, 27].

Цель: клиническая и экспериментально-психологическая оценка уровня соматизации, диссоциации, депрессии и тревоги, а также алекситимии у пациентов общесоматической сети с наличием пограничных психических расстройств с пароксизмальными состояниями неэпилептического генеза (ППР с ПСНГ) среди представителей основных (якутской и славянской) этнических групп населения Республики Саха (Якутия)

Материал и методы. Применялся клинический метод, дополненный оценкой с использованием клинических шкал тревоги HAM-A, депрессии HDRS, алекситимии TAS-20, диссоциации DES, соматизации SOMS, а также экспериментально-психологической методики СММП. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакета Statistica 6.0.

Исследование выполнено на кафедре психиатрии и медицинской психологии Иркутского ГМУ, на базе поликлиник № 1, № 5 и станции скорой медицинской помощи (Якутск), Якутского республиканского центра экстренной медицинской помощи.

Объектом исследования являлись пациенты общесоматической сети. Всего изучен 101 случай (66 женщин и 35 мужчин, средний возраст $33,4 \pm 10,0$ года). Испытуемые были распределены в две группы. В первую группу включили 53 пациента якутской национальности, в том числе 20 мужчин (38 %) и 33 женщины (62 %). Средний возраст $33,5 \pm 10,7$ года. Из них в браке состояли 59 % (31 пациент). Имели высшее образование 34 % (18 больных), 66 % были профессионально заняты (35 человек). В группу сравнения вошло 48 пациентов славянской национальности, из них 15 мужчин (31 %) и 33 женщины (69 %), средний возраст $33,2 \pm 9,1$ года. В браке состояли 67 % (32 пациента), 31 % имели высшее образование (15 больных), 69 % были профессионально заняты (33 человека). Сформированные группы были сопоставимы и не имели статистически значимых различий по социально-демографическим показателям.

Обсуждение результатов. В большинстве случаев (87 – 86 %) ПСНГ квалифицировали как панические атаки (ПА). При этом у 8 пациентов (3 женщины и 5 мужчин) диагностировали паническое расстройство (ПР), у 31 (18 женщин и 13 мужчин) – паническое расстройство с агорафобией (ПРА), у 36 (24 женщины и 12 мужчин) – паническое расстройство с агорафобией и депрессией (ПРА+Д), у 12 (все женщины) – соматоформное расстройство в сочетании с депрессией (СФР+Д). В 14 случаях (14 %) ПСНГ оценивали как пароксизмальноподобные состояния в структуре конверсионно-диссоциативных нарушений, из них у 5 (4 женщины и 1 мужчина) диагностировались диссоциативные (конверсионные) расстройства (ДКР), у 9 (5 женщин и 4 мужчины) – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Средний возраст (mean±SD) с диагностикой ПР составил 41,5±4,7 года, с ПРА – 29,8±6,5 года, с ПРА+Д – 38,1±12,4 года, с СФР+Д – 30,1±3,6 года, с ДКР – 25,2±4,1 года, с ПТСР – 28,5±8,4 года.

Приблизительно в половине случаев (57 – 56 %) обнаруживались соматические заболевания. С наибольшей частотой выявлялись деформирующие дорсопатии и спондилопатии (38 случаев), заболевания из категории «другие болезни сердца» МКБ-10 (пролапс митрального клапана, предсердно-желудочковая блокада первой степени, безопасные аритмии и др.) – 25 случаев, гипертоническая болезнь – 19. В зависимости от этнической принадлежности установлено некоторое преобладание представленности панического расстройства, коморбидного с агорафобией и депрессией, а также гипертонической болезни среди пациентов славянской группы и посттравматического стрессового расстройства среди пациентов якутской группы, однако различия не достигали статистически значимого уровня.

Согласно анамнестическим данным, в период, за несколько лет предшествующий клинической манифестации ПСНГ, у всех пациентов выявлялись болезненные эпизоды с явлениями вегетативной дисфункции, отдельными конверсионными симптомами, неглубокими аффективными колебаниями (средний возраст начальных расстройств 29,8±8,9 года), что определяло обращения в ЛПУ. На этом этапе лишь 22 % больных получили консультацию психиатра, при этом представители якутского этноса реже обращались за консультативной психиатрической помощью (9 и 35 %, $p < 0,01$).

Применение клинических шкал и опросников позволило установить превышение нормативных значений показателей по шкалам тревоги HAM-A, депрессии HDRS, диссоциации DES и алекситимии TAS-20, характерное для всей изученной группы больных ППР с ПСНГ, без достоверных различий между этническими группами (табл. 1).

Таблица 1
Показатели шкал тревоги (HAM-A), депрессии (HDRS), диссоциации (DES), алекситимии (TAS-20), методики СМИЛ в обследованных группах пациентов с ПСНГ

Показатель	Якуты (n=53)		Славяне (n=48)	
	Mean	SD	Mean	SD
HAM-A	20,3	5,3	20,1	4,8
HDRS	13,9	4,0	13,7	3,7
DES	14,7	7,1	13,8	5,1
TAS-20	62,5	4,4	61,9	3,7
MMPI 1	71,4	7,1	69,9	6,8
MMPI 2	75,8	8,7	74,5	8,3
MMPI 3	72,4	8,2	71,8	7,1
MMPI 6	61,6	8,7	61,2	7,5
MMPI 7	76,0	8,1	74,8	6,5
MMPI 8	70,3	7,6	69,4	7,2
MMPI 9	54,9	4,1	56,3	5,3

Более выраженные различия в представленности изучаемых параметров обнаружены в зависимости от клинической группировки ППР с ПСНГ.

Рисунок 1 иллюстрирует показатели клинических шкал тревоги HAM-A, депрессии HDRS, диссоциации DES, факторов шкалы алекситимии TAS-20 (DIF, DDF, EOT) в группах больных, дифференцированных в соответствии с клиническими особенностями: 1) преимущественно тревожные (ПР и ПРА); 2) с наличием депрессии (ПРА+Д и СФР+Д); 3) преимущественно диссоциативные (ДКР+ПТСР). Сравнительный анализ выявил, что при тревожных, соматоформных расстройствах в сочетании с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) и диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) показатели шкалы тревоги HAM-A значимо не различались (23,1±3,3 и 23,8±1,5 балла соответственно) и оказались достоверно выше, чем при «собственно» тревожных расстройствах (ПР, ПРА) (15,3±2,1 балла). Аналогично показатели шкалы депрессии HDRS при тревожных, соматоформных расстройствах, коморбидных с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) (16,7±1,2 балла), и диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) (16,7±1,4 балла) достоверно превосходили показатели при тревожных расстройствах (ПР, ПРА) (9,2±1,3 балла) ($p < 0,05$).

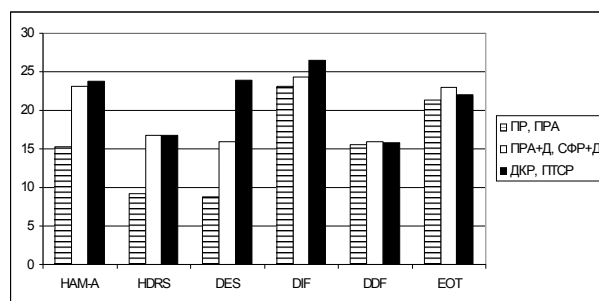


Рис. 1. Показатели клинических шкал тревоги HAM-A, депрессии HDRS, диссоциации DES, факторов шкалы алекситимии TAS-20 (DIF, DDF, EOT) в клинических группах пациентов с ПСНГ

Применение опросника алекситимии TAS-20 позволило выявить симптомокомплекс алекситимии, характерный для всей выборки (62,2±4,1 балла). Суммарные показатели шкалы алекситимии TAS-20 при диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) (64,4±4,7 балла) и тревожных, соматоформных расстройствах с депрессией (ПРА±Д, СФР±Д) (63,2±3,5 балла) также оказались достоверно выше, чем при тревожных расстройствах (ПР, ПРА) (60,1±3,7 балла). Анализ показателей трех составляющих алекситимии выявил достоверное различие только по фактору «затруднения в идентификации и различении чувств и телесных ощущений» (DIF). Наиболее высокие показатели фактора DIF зарегистрированы при диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) (26,5±1,2 балла). При тревожных, соматоформных расстройствах с депрессией (ПРА±Д, СФР±Д) показатели фактора DIF (24,3±1,8 балла) оказались достоверно выше, чем при тревожных расстройствах без депрессии (ПР, ПРА) (23,1±1,4 балла). Таким образом, клинические варианты значительно отличались по эмоционально-сенситивному фактору алекситимии, но не по когнитивному. Сравнительный анализ показателей диссоциативных переживаний с помощью шкалы DES у пациентов с ПСНГ обнаружил, что при диссоциативных расстройствах (ДКР, ПТСР) показатели (23,9±4,6 балла) достоверно выше, чем в других группах. В то время как при тревожных, соматоформных расстройствах с депрессией (ПРА±Д, СФР±Д) (15,9±3,4 балла) показатели оказались значимо выше, чем при тревожных расстройствах без депрессии (8,7±3,3 балла).

Методика СМИЛ позволяет не только сравнить обследованные группы, но и верифицировать характерные личностные детерминанты, собственные обследованным пациентам с ПСНГ.

Результаты анализа свидетельствуют, что профиль шкал достоверности во всех изученных группах в рамках допустимого разброса значений, однако разница между показателями шкал F и K выявляла тенденцию к драматизации имеющихся проблем. Это можно соотнести с выраженной тревожностью и потребностью в помощи. Усредненный профиль СМИЛ всей выборки (101 пациент) характеризовался превышением усредненных показателей (70Т) по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности», «эмоциональной лабильности» и «тревожности», остальные базисные шкалы – 56Т и выше. Подобный профиль СМИЛ свидетельствует о дезадаптации личности, сопровождающейся тревогой, склонностью к иррациональным страхам, пессимизмом, неустойчивой самооценкой, соматизацией переживаний, «бегством в болезнь».

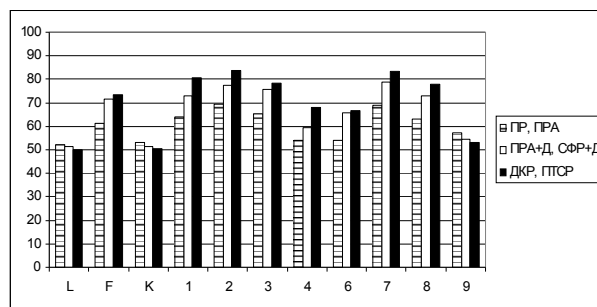


Рис 2. Показатели шкал СМИЛ в клинических группах пациентов с ПСНГ

Рисунок 2 иллюстрирует общую для обеих этнических групп тенденцию роста показателей шкал СМИЛ в клинических группах в ряду: тревожные расстройства (ПР, ПРА), тревожные и соматоформные расстройства, коморбидные с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д), диссоциативные расстройства (ДКР, ПТСР).

Усредненный профиль СМИЛ пациентов с ПР, ПРА локализовался в нормативных пределах (менее 70Т). Характеризовался подъемом, достигающим 65Т, по шкалам «невротической триады» и шкале «тревожности». Клинические группы тревожных, соматоформных расстройств с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д) и диссоциативных расстройств (ДКР, ПТСР) имели достоверно более высокие показатели базисных шкал, чем группа тревожных расстройств без депрессии (ПР, ПРА). «Плавающие» усредненные профили СМИЛ свидетельствовали о выраженном стрессе и дезадаптации личности. Профиль СМИЛ пациентов с ПРА+Д, СФР+Д характеризовался превышением усредненных показателей (75Т) по шкалам «пессимистичности», «эмоциональной лабильности», «тревожности» и превышением (70Т) по шкалам «сверхконтроля», «индивидуалистичности», при этом показатели шкалы «пессимистичности» оказались выше других шкал невротической триады. Диссоциативные расстройства (ДКР, ПТСР) характеризовались достоверно более высокими показателями по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности», «импульсивности», «тревожности» и «индивидуалистичности», чем тревожные, соматоформные расстройства с депрессией (ПРА+Д, СФР+Д). Усредненный профиль СМИЛ пациентов с ДКР, ПТСР также характеризовался превышением усредненных показателей (80Т) по шкалам «сверхконтроля», «пессимистичности» и «тревожности», превышением (75Т) по шкалам «эмоциональной лабильности» и «индивидуалистичности».

Опросник соматизации SOMS включает список из 53 симптомов соматоформных расстройств. При проведении сравнительного анализа были исключены урогенитальные симптомы, которые имеют гендерные различия. Шкала

SOMS-2 позволяет оценить выраженность соматизации в течение 2 лет, шкала SOMS-7 – выраженность соматизации в течение недели накануне исследования. Также был проведен сравнительный анализ показателей частоты отдельных соматоформных симптомов в обследованных этнических группах. Результаты анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2
Показатели частоты отдельных соматоформных симптомов и шкал опросника соматизации SOMS в обследованных группах пациентов с ПСНГ

Показатель	Якуты (n=53)		Славяне (n=48)		p
	Mean	SD	Mean	SD	
SOMS-2	11,0	6,8	8,9	5,0	0,07
SOMS-7	21,2	9,3	19,1	8,5	
	n	%	n	%	
Болевые симптомы					
Головные боли	33	62 %	22	46 %	0,09
Боли в животе	27	51 %	19	40 %	
Боли в спине	35	66 %	27	56 %	
Боли в конечностях	31	58 %	21	44 %	
Боли, дискомфорт в груди	35	66 %	35	73 %	
Желудочно-кишечные симптомы					
Тошнота	29	55 %	23	48 %	
Метеоризм	26	49 %	22	46 %	
Изжога	16	30 %	17	35 %	
Снижение аппетита	27	51 %	24	50 %	
Неприятный вкус во рту	19	36 %	19	40 %	
Вегетативные симптомы					
Сильное сердцебиение	52	98 %	46	96 %	
Затруднения в дыхании	36	68 %	41	85 %	<0,05
Потливость	43	81 %	37	77 %	
Ощущение волн жара	46	87 %	39	81 %	
Сухость во рту	26	49 %	22	46 %	
Повышенная утомляемость	42	79 %	36	75 %	
Псевдоневрологические симптомы					
Головокружение	48	91 %	42	88 %	
Парестезии	33	62 %	31	65 %	
Снижение слуха	8	15 %	6	13 %	
Снижение остроты зрения или двоение	11	21 %	12	25 %	
Слабость в ногах	5	9 %	3	6 %	

В целом показатели соматизации оказались выше в якутской группе. При этом если различие показателей по шкале SOMS-7 в якутской и славянской группах не имело статистической достоверности (21,2±9,3 и 19,1±8,5), то различия показателей по шкале SOMS-2 (11,0±6,8 и 8,9±5,0) приближались к статистической значимости (p=0,07). Таким образом, с учетом длительности заболеваний в обследованной выборке (3,6±3,3 года) показатели шкал соматизации опросника SOMS могут свидетельствовать о большей выраженности соматизации у пациентов в якутской группе, чем в славянской группе в манифестный период психических расстройств с ПСНГ. В то же время при обращении в ЛПУ (период проведения исследования) уровень соматизации между этническими группами существенно не различался. Сравнительный анализ показал, что среди пациентов славянской национальности достоверно чаще (p<0,05) регистрировался такой симптом, как «затрудне-

ния в дыхании». Следует отметить большую частоту болевых симптомов («головные боли», «боли в животе, спине, конечностях») в якутской группе, чем в славянской, за исключением «боли, дискомфорта в груди». В зависимости от принадлежности к этническим группам значимых различий в распространенности остальных желудочно-кишечных, вегетативных и псевдоневрологических симптомов в период проведения исследования не выявлено.

Заключение. В данном исследовании не выявлены существенные различия в распространенности и феноменологии соматизированных нарушений в структуре пограничных состояний с ПСНГ в период обращения пациентов в ЛПУ среди представителей традиционных культур (якутский этнос) и «западной» (славянский этнос) Республики Саха (Якутия). Общая тенденция в клиническом выражении патологических состояний с ПСНГ, вероятно, отражает фактор аккультурации. В большинстве случаев ПСНГ в обеих этнических группах могут быть квалифицированы как панические и паникоподобные состояния в структуре ПР, ПРА и СФР. Гораздо реже ПСНГ являются выражением диссоциативных и конверсионных нарушений в рамках ДКР, ПТСР. Ассоциация тревожных, соматоформных расстройств с депрессией характеризуется большей выраженностью психопатологических нарушений. На уровне тенденции определено в зависимости от нозологической принадлежности, что среди представителей якутского этноса ПСНГ наблюдаются чаще в структуре ПТСР, а славянского – панического расстройства в сочетании с агорафобией и депрессией, при наличии более высокой частоты коморбидной гипертонической болезни. В то же время среди представителей якутского этноса выявлены более высокие показатели соматизации на этапе заболевания, предшествующем обращению в ЛПУ, а также распространенность болевых симптомов определенной локализации. У данной группы больных с ПСНГ также установлена низкая обращаемость за специализированной психиатрической помощью и более поздние сроки начала адекватной терапии. Выявленные особенности вполне согласуются с представлением о различиях в стилях атрибуции психических расстройств представителями «восточных» и «западных» культур. Полученные результаты следует учитывать при организации помощи пациентам с пограничными расстройствами с ПСНГ на территориях с полиэтничским, европейско-азиатским составом населения.

Л и т е р а т у р а

1. *Артемьев И. А.* Алкоголизм в полиэтнических субпопуляциях циркумполярной зоны северо-восточных регионов России // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (72). – С. 32–35.
2. *Рахмазова Л. Д., Семке А. В., Очирова И. Б.* Распространенность шизофрении в Бурятии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (72). – С. 18–20.
3. *Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадырғы И. О., Асланбекова Н. В.* Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
4. *Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И.* Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30–35.
5. *Семке В. Я., Бохан Н. А.* Транскультуральная аддиктология. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
6. *Semke V., Salevsky G., Bochan N.* Regionale Aspekte des Schutzes der Psychischen Gesundheit // Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie. – 60 Jahrgang, Sept. 1992. – Sonderheft 2. – S. 111–112.
7. *Bokhan N. A., Baturin E. V.* Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – V. 41, № 7. – P. 710–714.
8. *Bokhan N. A., Mandel A. I., Gusamov R. R.* Mental and behavioral disorders in substance use among adolescents under conditions of the far north // Alaska medicine. – 2006. – V. 49, № 2. – Suppl. – P. 251–254.
9. *Bokhan N. A., Mandel A. I., Stoyanova I. Ya., Mazurova L. V., Aslanbekova N. V., Ankudinova I. E. et al.* Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women // Journal of Psychology and Psychotherapy. – 2013. – Vol. 3. – Issue 5: 128. – P. 1-4. doi: 10.4172/2161-0487.1000128
10. *Shin S., Mathew T., Yanova G., Fitzmaurice G., Livchits V., Yanov S., Strelis A., Mishustin S., Bokhan N., Lastimoso Ch., Connery H., Hart J., Greenfield S.* Alcohol consumption among men and women with tuberculosis in Tomsk, Russia // Cent. Eur. J. Public Health. – 2010. – V. 18 (3). – P. 132–138.
11. *Kirmayer L. J.* Culture, affect and somatisation // Transcult. Psychiatr. Res. Rev. – 1984. – V. 21. – P. 159–188.
12. *Shen Y., Zhang M., Huang Y. et al.* Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China // Psychol. Med. – 2006. – V. 36. – P. 257–267.
13. *Cho M., Kim J., Jeon H. et al.* Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults // J. Nerv. Ment. Dis. – 2007. – V. 195. – P. 203–210.
14. *Kawakami N., Takeshima T., Ono Y. et al.* Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary findings from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003 // Psychiatry Clin. Neurosci. – 2005. – V. 59. – P. 441–452.
15. *Grant B., Hasin D., Stinson F. et al.* The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // J. Clin. Psychiatry – 2006. – V. 67. – P. 363–374.
16. *Wittchen H., Jacobi F.* Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies // Eur. Neuropsychopharm. – 2005. – V. 15. – P. 357–376.
17. *Lewis-Fernandez R., Hinton D. E., Laria A. J. et al.* Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V // Depress. Anxiety – 2010. – V. 27. – P. 212–229.
18. *Kleinman A.* Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China // Culture, Medicine and Psychiatry – 1982. – V. 6. – P. 117–190.
19. *Kleinman A.* Social origins of disease and distress: Depression, neurasthenia, and pain in modern China. – New Haven, CT : Yale University Press, 1986.
20. *Lipowski Z. J.* Somatization and depression // Psychosomatics – 1990. – V. 31. – P. 13–21.
21. *Kawanishi Y.* Somatization of Asians: An artifact of western medicalization? // Transcultural. Psychiatric Research Review – 1992. – V. 29. – P. 5–36.
22. *Kleinman A.* Depression, somatization, and the new cross-cultural psychiatry // Social Science & Medicine – 1977. – V. 11. – P. 3–10.
23. *Waza K., Graham A. V., Zyzanski S. J., Inoue K.* Comparison of symptoms in Japanese and American depressed primary care patients // Family Practice – 1999. – V. 16. – P. 528–533.
24. *Dion L. K.* Ethnolinguistic correlates of alexithymia: Toward a cultural perspective // Journal of Psychosomatic Research – 1996. – V. 41. – P. 531–539.
25. *Le H., Berenbaum H., Raghavan C.* Culture and alexithymia: Mean levels, correlates, and the role of parental socialization of emotions // Emotion – 2002. – V. 2. – P. 341–360.
26. *Escobar J. I., Rubio-Stipec M., Canino G., Karno M.* Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct: prevalence and epidemiological correlates in two large community samples // Journal of Nervous and Mental Disease – 1989. – V. 177. – P. 140–146.
27. *Gureje O., Simon G. E., Ustun T. B., Goldberg D. P.* Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care // American Journal of Psychiatry – 1997. – V. 154. – P. 989–995.

Транслитерация русских источников

1. *Артемьев И. А.* Алкоголизм в полиэтнических субпопуляциях циркумполярных зон северо-восточных регионов России // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (72). – С. 32–35.
2. *Рахмазова Л. Д., Семке А. В., Очирова И. Б.* Распространенность шизофрении в Бурятии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3 (72). – С. 18–20.
3. *Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадырғы И. О., Асланбекова Н. В.* Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, вып. 2. – С. 9–14.
4. *Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И.* Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30–35.
5. *Семке В. Я., Бохан Н. А.* Транскультуральная аддиктология. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.895.2:615.214
ББК Р645.090-52

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ

Алтынбеков К. С.*

ГККП «Центр психического здоровья»
050000, Алматы, Казахстан, ул. Каблукова, 117 А

Рассмотрены фармакоэкономические аспекты шизофрении. Описаны организационные подходы в обеспечении более эффективной терапии шизофрении. Сравниваются затраты на лечение шизофрении в разных странах. **Ключевые слова:** шизофрения, фармакотерапия, атипичные антипсихотические препараты, фармакоэкономический эффект, критерий «затраты-эффективность».

PHARMACOECONOMIC ASPECTS OF TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA. Alтынбеков К. С. Mental Health Center. 050000, Almaty, Kazakhstan, Kablukov's Street, 117 A. Pharmacoeconomic aspects of schizophrenia have been considered. Organizational approaches to providing a more effective treatment of schizophrenia have been described. Costs of treatment of schizophrenia in different countries are compared. **Key words:** schizophrenia, pharmacotherapy, atypical; antipsychotic medications, pharmacoeconomic effect, criterion «cost-efficacy».

Шизофрения является заболеванием, характеризующимся разнообразием клинических проявлений, которые могут явиться причиной трудностей, возникающих в выборе определенного антипсихотика, наиболее подходящего в терапии каждого конкретного случая. В настоящее время не существует препарата, который мог бы соответствовать потребностям всех пациентов [1], в результате чего на практике часто имеет место перевод с одного антипсихотика на другой [2]. С этих позиций, каждый новый антипсихотик может предоставлять дополнительные возможности в терапии определенных клинических случаев, в условиях, когда врачи ставят целью терапии пациентов с шизофренией не только купирование симптоматики, но и восстановление должного уровня социального функционирования, что требует, наряду с психосоциальными вмешательствами, длительной поддерживающей фармакологической терапии [3, 4].

Важным представляется и тот аспект, что шизофрения влечет серьезные финансовые издержки для больных, их родственников и экономики в целом. Это заболевание является наиболее дорогостоящим расстройством, реги-

стрируемым в психиатрических службах [2, 5]. Затраты на лечение шизофрении складываются из прямых расходов на лекарственные средства, госпитализацию и уход за больными, а также не прямых затрат вследствие снижения производительности труда, инвалидизации, потери трудоспособности и преждевременной смерти пациентов, вынужденного прекращения трудовой деятельности их родственниками ввиду необходимости ухаживать за болеющим членом семьи. Преобладающую роль в расходах на шизофрению составляют не прямые затраты [5]. Сохраняется необходимость в рациональной лекарственной терапии, которая позволит снизить общие затраты на лечение данного заболевания [2].

В условиях наличия большого выбора атипичных антипсихотических средств с сопоставимой эффективностью в последнее десятилетие произошло смещение научных приоритетов с вопросов разработки и внедрения новых технологий предоставления услуг, ориентированных, главным образом, на экономию издержек (минимизация затрат), к вопросам эффективности и оптимальности расходования средств (оценка по критерию затраты-эффективность) [1, 2].

Так как шизофрения является хроническим заболеванием и влияет на все аспекты жизнедеятельности пациентов, в терапии заболевания можно выделить три основные цели: 1) купирование симптоматики, 2) улучшение качества жизни и уровня функционирования, 3) обеспечение процесса выздоровления до максимально возможного уровня и формирование адаптации больных шизофренией [6]. Особое значение при лечении хронических психозов приобретает длительная противорецидивная (поддерживающая) антипсихотическая терапия, которая направлена на предотвращение развития новых приступов и замедление темпа прогрессирования заболевания, а также обеспечение максимально возможного уровня социального функционирования [3]. Усложнять лечебно-реабилитационную коррекцию пациентов могут дополнительные факторы, в частности коморбидные аддиктивные расстройства, которые вступают в неоднозначные соотношения и взаимовлияния с шизофреническими процессуальными нарушениями [7].

Обеспечение эффективного лечения больных шизофренией является, в том числе, и клинико-экономической задачей, требующей проведения сравнительных исследований экономической эффективности применения атипичных антипсихотиков с целью принятия решения о назначении терапии пациентам с шизофренией [2, 5, 8]. В случаях, когда вмешательствами с различной степенью эффективности преследуется одна и та же терапевтическая

* Алтынбеков Куаныш Сағатович, к.м.н., главный врач.
Телефон: +77017755513. kuanysh_altyn@mail.ru

цель, наиболее часто употребляемым анализом в экономических исследованиях является «анализ затраты-эффективность» (cost-effectiveness analysis) [1]. Анализ такого рода позволяет учесть и соотнести как расходы, так и эффективность терапии.

Прямые затраты на лечение пациентов с шизофренией в Великобритании составляют 1,6 %, в Германии – 1,3 %, во Франции и Нидерландах – 2 %, в США – 2,5 % от общего бюджета, выделенного на здравоохранение [9]. Однако медицинские или «прямые» затраты, включающие стоимость медикаментов, лечения в стационарных и внебольничных условиях, составляют лишь четверть от совокупных затрат. Основное же «бремя» шизофрении связано с социальными издержками. Больные шизофренией на протяжении многих лет продолжают быть нетрудоспособными [10]. Стоимость болезни шизофренией сравнима с потерями вследствие онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, входящих в число приоритетных направлений финансирования в здравоохранении [8]. Например, «стоимость» шизофрении в Великобритании составляет 2,6 миллиарда фунтов в год, в Канаде – 2,35 миллиарда в год. В России значительные стоимостные затраты на шизофрению составляют 4980 млн рублей в год или 0,2 % ВВП [5]. В развивающихся странах, где лечение больных в стационаре затруднено или недоступно, лечение обходится значительно дешевле, высокая стоимость антипсихотических препаратов второго поколения при оценке эффективности затрат может здесь играть более важную роль, чем в странах Западной Европы [11].

Атипичные нейролептики широко используются и занимают 90 % рынка в Соединенных Штатах [12], что делает их применение дорогим. В США до 70 % больных шизофренией лечатся атипичными нейролептиками, в Западной Европе – до 50 %, в РФ – не более 10 %. Замена атипичного антипсихотика в течение года встречается у 50 % больных, в том числе и на традиционные нейролептики. Критерием выбора атипичных препаратов является дифференцированное распределение медицинских резервов для эффективного лечения отдельных групп больных с особыми потребностями и ограничениями по сравнению с популяцией больных шизофренией в целом [12].

В настоящее время на мировом фармацевтическом рынке насчитывается 70 оригинальных (INN) антипсихотических препаратов, на основе которых созданы новые лекарственные средства (приблизительно 900 торговых марок) [12]. Отмечается обновление фармакологических групп нейролептиков в среднем на 13 %. В силу «экономических целей» часто происходит замена препаратов на генерические копии.

Заменяя оригинальные препараты генерическими, необходимо проводить сравнительные анализы, показывающие преимущество использования лекарственных средств, а именно превосходство в фармацевтической, фармакокинетической и терапевтической эквивалентности оригинальных и генерических препаратов.

Различия в терапевтической эффективности препаратов, содержащих одни и те же активные вещества, обусловлены изменением их биодоступности – количеством лекарственного вещества, попадающего в системный кровоток, и скоростью этого процесса. В связи с этим возникло такое понятие, как «биоэквивалентность». Два лекарственных препарата считаются биоэквивалентными, если они фармацевтически эквивалентны, имеют одинаковую биодоступность и после назначения в одинаковой молярной дозе обеспечивают должную эффективность и безопасность. В настоящее время оценку биоэквивалентности лекарственных средств считают одним из основных методов медико-биологического контроля качества генерических препаратов. Это в первую очередь относится к лекарственным средствам, применяющимся для лечения хронических заболеваний, многие из которых имеют тенденцию к рецидивированию. Ввиду этого современные рекомендации предусматривают, наряду с купирующей, осуществлять и длительную поддерживающую терапию. На практике нередко наблюдается ситуация, когда купирующая терапия, осуществляемая чаще всего в стационаре, проводится оригинальным лекарственным средством. В дальнейшем после выписки поддерживающая терапия продолжается уже генерическими копиями.

Многие исследования поддерживаются производителями атипичных антипсихотиков, которые заинтересованы в демонстрации эффективности затрат при лечении их препаратами, и поэтому возможна систематическая ошибка, связанная с отказом в публикации работ с отрицательными экономическими результатами. Это отражено в зарубежных обзорных исследованиях, где сравниваются антипсихотические препараты и указывается на возможность искажения информации в пользу современных препаратов. Известно, что спонсорская поддержка является одним из самых мощных факторов, определяющих эффективность терапии даже в условиях слепых рандомизированных исследований. Например, по данным зарубежных метаанализов [13, 14, 15], около 90 % результатов рандомизированных исследований выполнено в пользу спонсора.

Снижение продолжительности пребывания в стационаре резистентных пациентов и улучшение качества жизни больных шизофренией являются наиболее значительными экономиче-

скими выгодами в терапии. Частота рецидивов и регоспитализаций шизофрении зависит от комплаентности пациентов к лечению. Thieda et al. [16] отмечают прямую связь между комплаенсом и затратами на больных шизофренией. По мнению M. Knapp et al. [17], несоблюдение больными режима терапии увеличивает годовые расходы психиатрической службы в полтора раза. Наиболее частой причиной регоспитализации больных, применяющих традиционные нейролептики, являются проблемы некомплаентности, составляющие до 60 % [17]. Проблемы комплаенса в большинстве случаев обусловлены побочными эффектами нейролептиков, которые обладают, наряду с основным антипсихотическим действием, широким спектром лекарственно-индуцированных расстройств, включая метаболические, сердечно-сосудистые и экстрапирамидные нарушения [18].

Существенное снижение качества жизни пациентов диктует необходимость разработки персонализированного подхода к фармакотерапии и учета фармакологических и фармакогенетических механизмов развития побочных эффектов [19, 20, 21]. Фармакоэкономические исследования отражают преимущества использования атипичных антипсихотиков. Например, одним из наиболее часто назначаемых нейролептиков в различных странах является рисперидон, на его долю приходится не менее 25 % объёма потребления нейролептиков в психиатрических службах и 40–60 % в контингенте больных шизофренией [22, 23]. Если в Западной Европе и в США внедрение атипичных антипсихотиков носит «революционный характер», то этот процесс идёт гораздо более медленными темпами в Восточной Европе. В конце XX века рисперидон получали не более 3 % больных шизофренией [22]. Большое количество контролируемых рандомизированных клинических исследований, убедительных с позиции доказательной медицины, показывают эффективность атипичных антипсихотиков, сравнимую с традиционными нейролептиками, в отношении контроля над продуктивными шизофреническими симптомами [24, 25, 26]. Определённые преимущества современной генерации антипсихотиков отмечены в их способности оказывать влияние на негативные нарушения [27, 28].

Оценивая реальную эффективность затрат при лечении антипсихотическими препаратами, необходимо учитывать прямые и косвенные затраты, которые должны быть определены и привязаны к определённому периоду времени. Наибольшую часть прямых затрат составляют расходы на госпитализацию, реабилитацию или оказание помощи на дому [29, 30]. Косвенные затраты появляются, например, из-за неспособности получать доходы вследствие

болезни или инвалидности. Методы расчета затрат, по данным исследований Revicki [31], вносят в эту категорию затрат также и такие определяемые результаты, как потеря заработной платы родственников, ухаживающих за пациентом, или финансовая помощь социальных служб [8].

Во многих работах используются различные показатели исходов лечения. Некоторые авторы оценивают затраты на больничное обслуживание и связывают их с расходами на приобретение антипсихотических препаратов. Другие авторы определяют все прямые затраты. В работе Tunis [32] в анализ включались также преимущества, которые пациент получает от субъективного восприятия лечения (самооценка уровня здоровья и функционирования). Косвенные затраты, такие как нетрудоспособность и т. п., которые могут играть важную роль при шизофрении в связи с ранней манифестацией расстройства, не принимались во внимание ни в одном из упомянутых исследований. Поэтому эффективность затрат при лечении антипсихотическими препаратами второго поколения могла недооцениваться и, следовательно, могла быть более высокой, чем это отражено в публикациях.

В работе Hamilton и коллег, выполненной в США, отмечались более высокие прямые затраты при лечении оланзапином по сравнению с галоперидолом, однако различия не были статистически значимыми. При перенесении этих результатов в условия других систем здравоохранения, например в Германию, необходимо учитывать, что расчеты Hamilton основаны на стоимости одного дня пребывания в стационаре (599 долларов США). Однако в Германии эта стоимость составляет около 150–200 долларов США, что следует принять во внимание при анализе. Таким образом, учитывая, что стоимость одного дня госпитализации в Германии составляет приблизительно одну треть таковой в США, и если в расчетах только этот один ценовой фактор будет изменен, эффективность затрат при лечении галоперидолом оказалась более высокой по сравнению с оланзапином. Этот пример аргументирует заключение о том, что невозможно сделать достоверные выводы об эффективности затрат при лечении атипичными нейролептиками в условиях той или иной системы здравоохранения лишь на основании исследований, проведенных в США и в других зарубежных странах.

С этих позиций назрела острая необходимость провести фармакоэпидемиологический анализ рациональности назначений антипсихотических препаратов применительно к условиям Казахстанского стационара.

Организации пациентов, медицинские ассоциации и отдельные специалисты все настойчивее требуют снять ограничения на прописывание новых атипичных нейролептиков, более дорогостоящих по сравнению с традиционными нейролептиками. Они подчеркивают целесообразность всесторонней оценки экономической эффективности, а также обращают внимание на необходимость улучшения качества жизни пациентов.

Опубликованные работы [33, 34] доказывают эффективность затрат при лечении препаратами второго поколения, имеющими меньше неврологических побочных эффектов, улучшающими качество жизни, уменьшающими количество госпитализаций. Возможно с этой точки зрения Salimi, Jarskog, Lieberman [35] предлагают назначение пациентам с первым приступом заболевания лучше всего переносимое, наиболее эффективное лечение, т. е. атипичный нейролептик, рекомендуя длительно продолжать терапию. Учитывая значительные различия в стоимости традиционных и атипичных нейролептиков, необходимо проводить фармакоэкономические исследования, обосновывающие преимущества использования нейролептических препаратов по эффективности и безопасности.

Приведенные литературные данные отражают широкий спектр суждений исследователей о фармакотерапии шизофрении. Учитывая то, что пациенты с шизофренией – психически больные, это наиболее уязвимые больные, имеющие проблемы комплаенса, материальные и социальные проблемы. В реальной жизни это больные, которые ведут себя иначе вне стационара, ведь симптомы шизофрении могут включать и когнитивные расстройства, подозрительность и враждебность ко всем переменам, и в первую очередь к лечению заболевания. Показатели комплаентности, эффективности, переносимости, частота рецидивов и побочных эффектов являются основными клиническими параметрами в клинико-экономических исследованиях. Важной составной частью фармакотерапии является удовлетворенность больного лечением, улучшение его социальной адаптации, уменьшение количества госпитализаций, улучшение качества жизни пациентов шизофренией и ухаживающих за ними родственников.

Так как оптимизация фармакотерапии шизофрении позволяет сократить медицинские затраты, она имеет большое финансовое и клиническое значение для системы здравоохранения. Фармакоэкономические исследования следует проводить и в Казахстане, это связано с отличиями и особенностями в организации психиатрической помощи, стереотипами фармакотерапии, затратами на лекарственные средства и медицинские услуги.

Литература

1. Воробьев П. А., Аксентьева М. В., Юрьев А. С. и др. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи). – М. : Ньюдиамед, 2004. – 404 с.
2. Гурович И. Я., Любов Е. Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М. : Медпрактика, 2003. – 264 с.
3. Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н., Шмуклер А. Б. Психиатрическая помощь больным шизофренией : клиническое руководство. М. : Медпрактика-М, 2007. – 260 с.
4. Корнетова Е. Г., Семке А. В., Горбачевич Л. А., Перевезнюк А. Г. Роль психофармакотерапии в комплексном подходе к лечению шизофрении: взгляд через модель адаптогенеза // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 118–120.
5. Любов Е. Б. Фармакоэкономические исследования в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 1. – С. 89–96.
6. Семке А. В., Рахмазова Л. Д., Лобачева О. А., Иванова С. А., Гуткевич Е. В. Клинические и биологические факторы формирования адаптации больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 17–21.
7. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 24–31.
8. Revicki D. A. Cost effectiveness of the newer atypical antipsychotics: a review of the pharmacoeconomic research evidence // Curr. Opin. Investig. Drugs. – 2001. – Jan. – V. 2 (1). – P. 110–117.
9. Lindstrom E., Eberhard J., Fors M. B. et al. A pharmacoeconomic analysis of schizophrenia management in Sweden // Poster presented at the 14th European Congress of Psychiatry. – Nice, France, 2006.
10. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Рахмазова Л. Д., Иванова С. А., Счастливый Е. Д., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Корнетова Е. Г., Даниленко О. А. Биологические и клинико-социальные механизмы развития шизофрении (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 18–26.
11. Tandon R. Safety and tolerability: how do newer generation «atypical» antipsychotics compare? // Psychiatric Quarterly. – 2002. – Vol. 73, № 4. – P. 297–311.
12. Leucht S., Komossa K., Rummel-Kluge C. et al. A meta-analysis of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 2009. – Vol. 166, № 2. – P. 152–163.
13. Freemantle N., Eastaugh J. Using effectiveness studies for prescribing research, part 1 // J. Clin. Pharm. Ther. – 2002. – Oct. – V. 27 (5). – P. 383–389.
14. Freemantle N., Eastaugh J. Using effectiveness studies for prescribing research, part 2 // J. Clin. Pharm. Ther. – 2002. – Dec. – V. 27 (6). – P. 469–473.
15. Heres S., Hamann J., Kissling W., Leucht S. Attitudes of psychiatrists toward antipsychotic depot medication // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Dec. – Vol. 67 (12). – P. 1948–1953.
16. Thieda P., Beard S., Richter A., Kane J. An economic review of compliance with medication therapy in the treatment of schizophrenia // Psychiatr. Serv. – 2003. – Apr. – Vol. 54 (4). – P. 508–516.
17. Knapp M., Beecham J., McDaid D., Matosevic T., Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience // Health Soc. Care Community. 2011. – Mar. – Vol. 19 (2). – P. 113–125.
18. Tandon R., Nasrallah H. A., Keshavan M. S. Schizophrenia, «just the facts» 5. Treatment and prevention. Past, present, and future // Schizophr. Res. – 2010. – V. 122, № 1–3. – P. 1–23.

19. Иванова С. А., Федоренко О. Ю., Смирнова Л. П., Семке А. В. Поиск биомаркеров и разработка фармакогенетических подходов к персонализированной терапии больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1. – С. 12–16.
 20. Al Hadithy A. F., Ivanova S. A., Pechlivanoglou P. et al. Missense polymorphisms in three oxidative-stress enzymes (GSTP1, SOD2, and GPX1) and dyskinesias in Russian psychiatric inpatients from Siberia // Human Psychopharmacology – 2010. – V. 25, № 1. – P. 84–91.
 21. Ivanova S. A., Rudikov E. V., Fedorenko O. Y., Semke A. V., Loonen A. J. M., Pechlivanoglou P., Al Hadithy A. F. Y., Brouwers J. R. B. J., Wilffert B., Freidin M. B., Zhukova I. A., Alifirova V. M., Govorin N. V., Sorokina V. A. NMDA receptor genotypes associated with the vulnerability to develop dyskinesia // Translational Psychiatry. – 2012. – V. 2. – P. 67.
 22. Fleischhacker W. W. Second-generation antipsychotic long-acting injections: systematic review // Br. J. Psychiatry. Suppl. – 2009. – Nov. – Vol. 52. – P. 29–36.
 23. Möller H. J. Risperidone: a review // Expert. Opin. Pharmacother. – 2005. – May. – Vol. 6 (5). – P. 803–818.
 24. Murdoch D., Keating G. M. Sertindole. A review of its use in schizophrenia // CNS Drugs. – 2006. – Vol. 20, № 3. – P. 233–255.
 25. Daniel D. G., Wozniak P. J., Mack R. J. et al. Long-term efficacy and safety comparison of sertindole and haloperidol in the treatment of schizophrenia // Psychopharmacol. Bull. – 1998. – Vol. 34. – P. 61–69.
 26. Leucht S., Heres S., Kissling W., Davis J. M. Pharmacological treatment of schizophrenia. // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 2013. – May. – Vol. 81 (5). – P. 1–13.
 27. Hilger E., Kasper S. Atypical neuroleptics: new approaches to drug therapy of schizophrenic disorders // Wien Klin Wochenschr. – 2000. – Dec. 22. – Vol. 112 (24). – P. 1031–1038.
 28. Семке А. В., Ветлугина Т. П., Иванова С. А., Евсеев С. В., Кабанов С. О., Лобачева О. А. Терапия пациентов с резидуальной шизофренией атипичным нейролептиком сероквелем // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 168.
 29. Leucht S., Heres S., Kissling W., Davis J. M. Evidence-based pharmacotherapy of schizophrenia // Int. J. Neuropsychopharmacol. – 2011. – Mar. – Vol. 14 (2). – P. 269–284.
 30. Revicki D. A., Lenderking W. R. Methods and issues associated with the use of quality-adjusted life-years // Expert. Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res. – 2012. – Feb. – Vol. 12 (1). – P. 105–114.
 31. Revicki D. A. The new atypical antipsychotics: a review of pharmacoeconomic studies // Expert. Opin. Pharmacother. – 2000. – Jan. – Vol. 1 (2). – P. 249–260.
 32. Tunis S. L., Ascher-Svanum H., Stensland M., Kinon B. J. Assessing the value of antipsychotics for treating schizophrenia: the importance of evaluating and interpreting the clinical significance of individual service costs // Pharmacoeconomics. – 2004. – Vol. 22 (1). – P. 1–8.
 33. Hartling L., Abou-Setta A. M., Dursun S., Mousavi S. S., Pasichnyk D., Newton A. S. Antipsychotics in adults with schizophrenia: comparative effectiveness of first-generation versus second-generation medications: a systematic review and meta-analysis // Ann. Intern. Med. – 2012. – Oct. 2. – Vol. 157 (7). – P. 498–511.
 34. Stroup T. S., Alves W. M., Hamer R. M., Lieberman J. A. Clinical trials for antipsychotic drugs: design conventions, dilemmas and innovations // Nat. Rev. Drug. Discov. – 2006. – Feb. – Vol. 5 (2). – P. 133–146.
 35. Salimi K., Jarskog L. F., Lieberman J. A. Antipsychotic drugs for first-episode schizophrenia: a comparative review // CNS Drugs. – 2009. – Oct. – Vol. 23 (10). – P. 837–855.
- Транслитерация русских источников*
1. Vorobyev P. A., Aksenteva M. V., Yuryev A. S. i dr. Clinical-economic analysis (assessment, selection of medical technology and management of quality of medical help. – M.: Nyudiamed, 2004. – 404 s.
 2. Gurovich I. Ya., Lyubov E. B. Pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology in psychiatry. – M.: Medpraktika, 2003. – 264 s.
 3. Krasnov V. N., Gurovich I. Ya., Mosolov S. N., Shmukler A. B. Psychiatric help to schizophrenic patients: clinical manual. M.: Medpraktika-M, 2007. – 260 s.
 4. Kornetova E. G., Semke A. V., Gorbatshevich L. A., Pereveznyuk A. G. Role of psychopharmacotherapy in complex approach to treatment of schizophrenia; opinion through adaptogenesis model // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2006. – Prilozhenie (41). – S. 118–120.
 5. Lyubov E. B. Pharmacoeconomic investigations in psychiatry // Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya. – 1999. – T. 9, N 1. – S. 89–96.
 6. Semke A. V., Rakhmazova L. D., Lobacheva O. A., Ivanova S. A., Gutkevich E. V. Clinical and biological factors of formation of adaptation of patients with schizophrenia // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2006. – N 3. – S. 17–21.
 7. Krasilnikov G. T., Dresvyannikov V. L., Bokhan N. A. Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia // Narkologiya. – 2002. – N 6. – S. 24–31.
 10. Semke A. V., Vetlugina T. P., Rakhmazova L. D., Ivanova S. A., Schastnyy E. D., Fedorenko O. Yu., Lobacheva O. A., Gutkevich E. V., Kornetova E. G., Danilenko O. A. Biological and clinical-social mechanisms of development of schizophrenia (results of complex theme of research work of FSBI «MHRI» SB RAMSci, 2009–2012) // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2013. – N 4. – S. 18–26.
 19. Ivanova S. A., Fedorenko O. Yu., Sмирнова Л. П., Семке А. В. Search for biomarkers and development of pharmacogenetic approaches to personalized therapy of schizophrenic patients. // Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii. – 2013. – N 1. – S. 12–16.
 28. Semke A. V., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Evseev S. V., Kabanov S. O., Lobacheva O. A. Therapy of patients with residual schizophrenia with atypical neuroleptic seroquel // Psikiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2004. – T. 6, N 4. – S. 168.

НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ

І Российско-китайская научно-практическая конференция «Проблемы психиатрии и наркологии (этнокультурные аспекты)»

27-29 сентября 2013 в Харбине (Китай) при участии Харбинского медицинского университета (Народная Республика Китай), Дальневосточного государственного медицинского университета (Хабаровск, Россия) и Научно-исследовательского института психического здоровья СО РАМН (Томск, Россия) прошла конференция, посвященная актуальным проблемам психиатрии и наркологии. Присутствовали 16 участников из регионов Сибири и Дальнего Востока России (Томск, Барнаул, Хабаровск, Владивосток) и 250 специалистов из различных провинций КНР.

С приветствиями к участникам конференции обратились с китайской стороны: Ян Ваофенг, президент, член Китайской инженерной академии (Харбинский медицинский университет), Ху Цзянь, директор института психического здоровья (Харбинский медицинский университет) и с русской стороны: И. П. Логинов, заведующий кафедрой психиатрии и психологии Дальневосточного государственного медицинского университета (Хабаровск, Россия), С. А. Иванова, заместитель директора по НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Все выступающие отметили важность данного мероприятия в целях оптимизации научного сотрудничества между нашими странами.

Пленарное заседание было посвящено актуальным проблемам психиатрии и наркологии. Выступили ведущие ученые России и Китая: Ху Цзянь (Харбин) «Проблема алкоголизма в КНР», Н. А. Бохан (Томск) «Этнокультурные проблемы злоупотребления психоактивными веществами в восточном регионе России», Ксингуин Сяо (Харбин) «Суицидальное поведение психически больных: факторы риска, профилактика и лечение», Йонг Хи Пан (Харбин) «Психические расстройства в неврологической практике, классификация, клиника, профилактика», Гао Геджун (Харбин) «Независимые исследования в психиатрии».

Большой интерес у китайских учёных вызвали основные доклады с российской стороны: С. Ивановой (Томск) «Фармакогенетические исследования поздней дискинезии у пациентов с шизофренией в сибирской популяции европеоидов», И. Куприяновой (Томск) «Психиче-

ское здоровье подростков: кросс-культуральные исследования», И. Былима (Ставрополь) «Психотерапия как патогенетический метод лечения алкогольной зависимости», Н. Панюшкиной (Хабаровск) «Дезоморфиновые наркомании», И. Шереметьевой (Барнаул) «Клинико-динамические особенности экзогенно-органических заболеваний головного мозга людей с туберкулезом легких», О. Ткаченко (Хабаровск) «Влияние злоупотребления психоактивными веществами женщин во время беременности на развитие умственных отклонений у детей», Е. Солодкай (Хабаровск) «Самубийства у женщин с алкогольной зависимостью», В. Стригиной (Хабаровск) «Психосоматические расстройства, этнокультурный аспект».

В завершении конференции состоялся Круглый стол, посвященный психическому здоровью детей, где прошла плодотворная дискуссия, состоялась обмен научными взглядами и практическими методами. Участники конференции посетили кафедру психиатрии Харбинского медицинского института, детский реабилитационный центр и новую специализированную психиатрическую больницу.

Результатом данной конференции явилось заключение договора о совместных научных исследованиях между ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН и Харбинским медицинским университетом. В состав Исследовательского совета КНР по депрессиям включены учёные из России: член-корреспондент РАМН, профессор Н. А. Бохан (Томск), профессор С. А. Иванова (Томск), профессор И. Е. Куприянова (Томск), профессор И. П. Логинов (Хабаровск), профессор И. Г. Ульянов (Владивосток).

XVI Отчетная научная сессия ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН

8 октября 2013 г. в г. Томске состоялась XVI Отчетная научная сессия ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН – первая без нашего учителя академика РАМН В. Я. Семке, и потому более ответственная, чем обычно. География 111 участников конференции была весьма обширна, мероприятие собрало специалистов из Хакассии, Алтайского края, Тюмени, Сургута, Екатеринбурга, Новокузнецка, Кемерово, Новосибирска, Томской области, которые поделились опытом и проблемами в области охраны психического здоровья.

С приветствиями и поздравлениями к присутствующим обратился Председатель Президиума ТНЦ СО РАМН академик Р. С. Карпов, который отметил, что ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН остается ведущим научным учреждением, обеспечивающим выполнение комплексных задач изучения и охраны психического здоровья населения восточного региона России на основе развития междисциплинарного подхода к раннему выявлению, терапии, профилактике и прогнозированию социально значимых психических расстройств, достигнуты координация и концентрация научно-исследовательских усилий в регионе Сибири и Дальнего Востока для реализации долгосрочных комплексных тем научно-исследовательских работ по психиатрии и наркологии. Главный врач ОГБУЗ ТКПБ С. М. Андреев подчеркнул вклад ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН в поддержание здоровья региона и важность сотрудничества между учреждениями психиатрического профиля в обеспечении внедрения результатов фундаментальных исследований в области психиатрии и наркологии в практику и разработки новых комплексных методов лечения психических заболеваний с позиций научных основ организации специализированной психиатрической помощи. Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии д. м. н., профессор П. П. Балашов уделил внимание результатам работы специалистов ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, научно-учебно-практическому объединению в целом. Заведующая наркологическим диспансером Е. М. Редченкова отметила роль нашего института в преодолении тяжелой наркологической ситуации в Томске и Томской области, еще раз подчеркнув значимость сотрудничества и взаимопомощи.

Заслушав и обсудив выступления докладчиков, участники XVI Отчетной научной сессии, констатируют, что подведены основные итоги отчетного периода 2009-2012 гг., которые отражены в 26 монографиях, 5 атласах и руководствах (глав в руководствах), 21 сборнике науч-

ных трудов, 27 учебно-методических пособий и рекомендациях, 3 технологиях, 20 патентах. За этот период специалистами института опубликовано 367 статей в высокорейтинговых научных изданиях, в том числе в 25 зарубежных; 707 тезисов докладов на конференциях, съездах, совещаниях (136 международных и 571 российских). Индекс Хирша ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, согласно РИНЦ, на сегодняшний день равен 18. Импакт-фактор публикаций работников научной организации в Web of Science в 2011 г. составил 2,2, в 2012 г. – 3,5. Количество публикаций сотрудников института, размещенных в РИНЦ/Web of Science за период 2009—2012 гг. составило 370/61, число публикаций, цитирующих труды сотрудников института – 475/59 соответственно.

ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН как Федеральное государственное бюджетное учреждение имеет первую категорию и занимает лидирующие позиции в своей отрасли, представляя собой единственный по данному профилю научно-учебно-практический комплекс в восточном регионе России.

За отчетный период с 2009 по 2012 г. научные исследования в ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН велись в соответствии с утвержденными комплексными темами НИР в рамках «Программы фундаментальных научных исследований государственных академий наук на 2008-2012 гг.». Были завершены 4 комплексные темы НИР, все они были охраноспособны, фундаментальны, выполнялись в содружестве с другими институтами и при международном участии, что было подчеркнуто в итоговых докладах их ответственных исполнителей. Поддерживая высокий научный потенциал, атмосферу творческого взаимодействия и высокой ответственности за качество научных результатов в коллективе института, администрация ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН способствовала существенному приросту кадров высшей квалификации: сотрудниками института за отчетный период защищено 7 докторских и 16 кандидатских диссертаций.

С 2009 по 2012 г. сотрудники участвовали в выполнении 5 ФЦП, были получены 10 грантов РФФИ, 7 грантов РГНФ, 1 грант Президента Российской Федерации, 1 грант и диплом I степени Международного конкурса молодых ученых и специалистов Благотворительного Фонда «Молодой Гиппократ», грантами Регионального общественного Фонда содействия отечественной медицине были индивидуально отмечены 7 сотрудников, премии конкурсов различного уровня получили 7 человек. За счет привлечения дополнительных финансовых средств (ФЦП, гранты РГНФ, РФФИ, внебюджетные средства) проведена коренная модернизация инструментальной базы исследований.

Активно развивается международное научное сотрудничество, примером наиболее плодотворной реализации которого являются два действующих договора в кооперации с Гронингским университетом (Нидерланды): «Фармакогенотипы и вызванные лекарствами двигательные расстройства» и «Идентификация биологических маркеров депрессии». Международная Ассоциация этнопсихологов и этнопсихотерапевтов (МАЭЭ), созданная на базе Института, осуществляет взаимодействие с Всемирной психиатрической Ассоциацией и Всемирной Ассоциацией культуральной психиатрии, проводит симпозиумы в рамках международных конгрессов, способствуя укреплению позиции российской психиатрии на международном уровне.

Выполнение «Программы фундаментальных научных исследований государственных академий наук на 2008—2012 гг.» проходит в условиях существенной модернизации всей системы функционирования РАМН. Анализ итогов деятельности ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН за отчетный период свидетельствует, что основой достигнутых успехов явилась интеграция междисциплинарных научно-исследовательских усилий научных сотрудников и врачей института при творческом взаимодействии всех звеньев научных и клинических подразделений. Перспективы развития института, отраженные в «Программе развития ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН», связаны с укреплением сектора фундаментальных исследований за счет перераспределения имеющихся ресурсов на перспективных направлениях фундаментальных исследований; повышением результативности научной деятельности сотрудников института при выполнении Государственных заданий по науке и клинике, обеспечивающей увеличение показателей публикационной активности сотрудников и внедрение результатов в практику; созданием условий для творческой реализации научного потенциала молодых сотрудников через активизацию их участия в конкурсах на выполнение грантов; усовершенствованием подготовки научных кадров и расширением международного сотрудничества через участие сотрудников института, в том числе молодых специалистов, в работе профессиональных Ассоциаций.

Дневное заседание, проходившее под председательством профессоров Т. П. Ветлугиной, М. М. Аксенова и Е. Д. Счастливого, было насыщено разноплановыми сообщениями, отражающими многопрофильность ведущихся исследований. Значительный интерес аудитории вызвали фундаментальные доклады Т. И. Невидимовой, Е. И. Батухтиной, посвященные роли цитокинов в формировании опиоидной зависимости, а также Е. В. Гуткевич, доложившей

о семейной превенции психических расстройств, ее проблемах и возможностях. Различные направления в изучении непсихотических психических расстройств с учетом региональных факторов были отражены в докладах Г. Г. Симуткина (Томск), В. А. Рудницкого (Томск), А. Г. Бухна (Тюмень). В докладе А. П. Сиденковой (Екатеринбург) были представлены механизмы формирования некогнитивных расстройств при деменции. Новые результаты исследований, касающихся патогенеза пароксизмальных состояний и их фармакорезистентности, озвучила Т. В. Казенных (Томск). Учитывая высокие показатели напряженности наркологической ситуации, связанной с распространением тяжелых и ассоциированных форм алкоголизма и наркоманий, возрастающим удельным весом смертности, обусловленной употреблением алкоголя и наркотиков в структуре общей смертности населения, целый ряд докладов был посвящен данной проблематике – Д. В. Зяблинцев (Новокузнецк), С. И. Гусев (Кемерово), И. В. Воеводин (Томск). М. Г. Чухрова с соавторами (Новосибирск) представили интересные фрагменты своих исследований в рамках данного направления.

В рамках XVI Отчетной научной сессии ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН был проведен конкурс стендовых докладов, на котором было представлено 6 разноплановых сообщений молодых ученых, являющихся фрагментами их научной работы.

Значительный интерес вызвал Круглый стол, где были обсуждены актуальные проблемы организации психиатрической службы. Всеми выступающими были отмечены основные проблемы, стоящие перед психиатрической и наркологической службой в целом – возросший уровень пограничных нервно-психических расстройств, в том числе депрессий, аддиктивной зависимости, омоложение алкоголизма и наркоманий в РФ и по России.

С целью дальнейшего укрепления психического здоровья населения восточных регионов России и внедрения результатов научных исследований в практику участники XVI Отчетной научной сессии ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, приняли следующую *резолюцию*.

1. Основные итоги научной деятельности института за период 2009-2012 гг. отражают междисциплинарное расширение и интенсификацию фундаментальных научных исследований; следует продолжить фундаментальные и прикладные исследования психического здоровья населения, сделав акцент на приоритетности основных научных направлений института;

2. Принимая во внимание комплексный (междисциплинарный) характер проблемы, участники конференции полагают в качестве важ-

нейшей задачи научно-практическое обеспечение предпосылок к разработке научно обоснованных ресурсосберегающих психогигиенических мер, направленных на профилактику расстройств адаптации и факторов риска развития психосоматических заболеваний у лиц, находящихся в условиях хронического стресса, с целью повышения их качества жизни и социального функционирования; выявление клинико-биологических, социально-психологических и онтогенетических факторов полиморфизма и эффективности терапии аффективных расстройств; изучение патогенетических механизмов приспособительного поведения больных шизофренией с использованием нейрокогнитивных и социально-когнитивных методов с целью оптимизации диагностики, терапии и реабилитации пациентов; многоуровневый мониторинг психоактивных веществ, факторов риска формирования зависимости и агрессивного поведения аддиктов среди коренного населения Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера, предикторов эффективности программ психосоциального сопровождения зависимых лиц на этапах долгосрочной реабилитации; разработка неинвазивных терапевтических технологий при психических и наркологических расстройствах.

3. Во исполнение распоряжения Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2580-р «О стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г.» считать приоритетными развитие фундаментальных исследований в области трансляционной психиатрии, участие в конкурсах на получение грантов РФФИ, РГНФ, ФЦП и других фондов, активизировать представление результатов исследований в ведущие журналы, включенные в международные базы цитирования. В рамках научной медицинской платформы «Психиатрия и зависимости» определить направления развития клинической и биологической психиатрии и наркологии.

4. Одобрить комплексную деятельность специалистов ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН по формированию многоуровневой системы взаимодействия специализированных психиатрических, наркологических и социально-психологических служб реабилитации и социально-психологической поддержки больных психическими расстройствами на основе развития реабилитационных мероприятий и внедрения новых организационных форм для предупреждения ранней социальной дезадаптации больных. Психиатрическим и наркологическим организациям Сибирского региона рекомендуется в своей практической деятельности уделять особое внимание структурному анализу роста заболеваемости когорты населения территорий психическими расстройствами с опе-

режающим внедрением эффективных лечебных и реабилитационных программ.

5. Разработать и внедрить новые лечебно-профилактические реабилитационные стратегии, включающие в себя фармакологическое и психотерапевтическое лечение больных, страдающих психическими и наркологическими расстройствами, на основе дифференцированного поэтапного восстановления пациентов с применением инновационных медицинских технологий в лечении и реабилитации больных с учетом стандартов оказания специализированной помощи. Осуществлять выполнение реабилитационных программ на основе объединения усилий заинтересованных медицинских, образовательных и производственных учреждений и организаций; общественных формирований, включая сообщество больных и их родственников.

6. ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН осуществлять системную координацию научной деятельности лечебно-профилактических и образовательных учреждений региона Сибири и Дальнего Востока по охране психического здоровья населения; способствовать внедрению патентов и новых медицинских технологий психиатрического и наркологического сервиса. Считать перспективным расширение международных контактов и долгосрочных программ сотрудничества с ведущими учреждениями психиатрического профиля Европы и Азии. Продолжить транскультуральные исследования психического здоровья в рамках деятельности Международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов.

По материалам XVI Отчетной научной сессии выпущен журнал «Сибирский вестник психиатрии и наркологии», а также сборник «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии».

*Ученый секретарь ФГБУ «НИИПЗ»
СО РАМН к. м. н. Казенных Т. В.*

Российская научно-практическая конференция «Адаптация больных шизофренией»

Российская научно-практическая конференция «Адаптация больных шизофренией» состоялась в Томске 9 октября 2013 г. Организатором конференции выступило Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. Участниками конференции стали свыше 110 ученых и организаторов здравоохранения и образования, врачей психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, других специалистов из различных научно-исследовательских, вузовских организаций и учреждений практического здравоохранения регионов Сибири, Дальнего Востока и Центральной части России, Казахстана: Томска, Москвы, Санкт-Петербурга, Алматы, Красноярска, Кемерово, Барнаула, Новосибирска, Иркутска, Новокузнецка, Сургута, Омска, Челябинска, Тюмени, Оренбурга, Екатеринбурга, Твери, Саратова, Ростова-на-Дону.

Цель конференции – обсуждение актуальных вопросов эпидемиологии, патогенеза, феноменологии, клинической оценки, диагностики и реабилитации больных шизофреническими расстройствами; медико-социальных, семейных и экспериментально-психологических аспектов адаптации при шизофренических расстройствах; биологических, молекулярно-генетических, нейрофизиологических исследований; новых возможностей психофармакотерапии, оценки терапевтической резистентности при шизофрении, шизоаффективных и шизотипических расстройствах; предикторов формирования, клинической динамики, превенции, реабилитации, профилактики эндогенных психических заболеваний в различных возрастных группах; новых организационных форм оказания помощи больным шизофренией для обмена научными достижениями и практическим опытом с целью разработки стратегии исследований и выработки практических рекомендаций по сохранению психического здоровья в регионах Сибири и Дальнего Востока.

С приветственным словом и пожеланиями плодотворного освещения актуальных аспектов и приоритетных направлений исследований адаптации больных шизофренией к участникам конференции обратились: Н. А. Бохан, директор ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, член-корреспондент РАМН; С. А. Алтынбеков, директор Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ Республики Казахстан, главный психиатр-нарколог Республики Казахстан; Б. С. Положий, руководитель

отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского, д.м.н., профессор; Д. Е. Абрамов, внештатный психиатр Томской области, к.м.н.

На утреннем заседании с докладом «Адаптация больных шизофренией» выступил заместитель директора по научной и лечебной работе ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, д.м.н., профессор А. В. Семке (Томск). В своем выступлении автор изложил фундаментальные основы концепции адаптиогенеза при шизофрении, заложенные в научных работах профессора Г. В. Логвинович и развивающиеся в отделении эндогенных расстройств института. В докладе нашли отражение: системный подход в изучении приспособительного поведения больных шизофренией, позволивший получить приоритетные данные о функциональных нарушениях регуляции нейрональных калиевых каналов и глутаматных транспортеров мутантной киназы, ассоциированной с шизофренией; основные закономерности психонейромодуляции при шизофренических расстройствах и данные о сопряженности иммуномодулирующего и терапевтического эффектов классических и атипичных антипсихотических препаратов; новые данные о распространенности психических расстройств в семьях больных шизофренией; адаптация больных с истероформной симптоматикой и разной выраженностью негативных расстройств; психотерапевтические программы в рамках комплексной реабилитации при шизофрении. Доклад профессора, д. м. н. Б. С. Положего (Москва) посвящен актуальным проблемам исследований суицидального поведения у больных шизофренией, освещены теоретические и профилактические аспекты. «Исследованию практики назначения нейролептиков в стационаре при лечении шизофрении с применением «индикаторов качества» был посвящен доклад коллег из Казахстана – профессора С. А. Алтынбекова и к. м. н. К. С. Алтынбекова (Алматы). Большой интерес вызвал доклад доктора психологических наук, ведущего научного сотрудника ФГБУ «НЦПЗ» РАМН (Москва) М. В. Алфимовой «Базовые и социальные когнитивные феномены как промежуточные фенотипы для поиска молекулярно-генетических предикторов адаптации больных шизофрении». Автор убедительно и научно доказательно показано, что исследование полиморфных вариантов генов серотонинергической и дофаминергической систем дает возможность предположить ассоциации между повышенной стрессовой реакцией на остроту собственного состояния (шизофреническое расстройство) и влиянием возникшего дистресса на когнитивное функционирование. Профессор, д.м.н., заместитель директора по научной работе ФГБУ

«НИИПЗ» СО РАМН С. А. Иванова (Томск) доложила результаты «Фармакогенетических исследований поздней дискинезии при шизофрении: итоги и перспективы».

На дневном заседании выступили Л. Д. Рахмазова, профессор, д. м. н. (Томск) с докладом «Динамика и структура шизофрении в Сибири» с эпидемиологическими обобщениями результатов многолетних исследований. Профессор, д. м. н. А. А. Овчинников и Д. Н. Жданок (Новосибирск) рассказали о роли клинко-коммуникативных нарушений в социальной дезадаптации пациентов с параноидной шизофренией. Интересным стало сообщение профессора, д. м. н. О. А. Гильбурда (Сургут) «Шизофрения: «Королева психозов» или «черная кошка?»», где автор проанализировал основные мировые тренды генетических исследований шизофрении, а в заключении сделал спорный вывод о том, что «результаты современных высокотехнологических исследований генетической этиологии шизофрении не внушают психиатрам обоснованного оптимизма». Д. м. н. О. А. Лобачева (Томск) в своем докладе «Клинко-иммунологические предикторы эффективности антипсихотической терапии больных шизофренией» обосновала результаты и очертила перспективы применения современных клинко-биологических и математических методов при исследовании шизофренических расстройств. К. м. н. В. А. Сорокина (Кемерово) сделала сообщение на тему: «Качество жизни больных шизофренией, длительно получающих лечение атипичными нейролептиками». Оригинальным стало выступление к. м. н. В. В. Мадорского (Ростов-на-Дону) об основных принципах психотерапии больных шизофренией. Д. м. н. Е. В. Гуткевич (Томск) в своем докладе «Адаптационно-превентивный потенциал семей больных шизофренией» осветила актуальные направления исследования адаптации и превенции больных шизофренией и их родственников, сформулировав основные характеристики потенциала, такие как ресурсы, ограничения, мишени и механизмы воздействия, основанные на семейно-генетических принципах. К. м. н. Е. Г. Корнетова (Томск) рассказала о «Современных возможностях биологической терапии шизофрении с преобладанием негативных нарушений в отношении адаптации больных», а к. м. н. Л. П. Смирнова – о «Биохимических критериях ведущей негативной симптоматики у больных шизофренией». К. м. н. К. А. Натарева (Новосибирск) представила сообщение «Новосибирский Клубный дом как новая организационная форма помощи психически больным», где обосновала перспективность такой формы в амбулаторных условиях и биопсихосоциальный подход к реабилитации пациентов и их родственников.

Затем состоялась «Общая дискуссия» по актуальным вопросам, в ходе которого выступили А. В. Семке, Л. Д. Рахмазова, М. В. Алфимова, В. А. Сорокина, О. А. Гильбурд, В. В. Мадорский, Е. В. Гуткевич, С. А. Иванова, В. Н. Кузнецов, А. А. Овчинников, с заключительным словом к собравшимся обратился член-корреспондент РАМН Н. А. Бохан. Участники конференции отметили высочайший научный уровень конференции, комплексность, многогранность и междисциплинарность в изучении проблем шизофренических расстройств, системный подход и государственный уровень полученных результатов, перспективность дальнейших исследований.

В результате обсуждения была принята *резолуция*.

1. Принимая во внимание комплексный (биопсихосоциальный) характер проблемы реабилитации и адаптации больных шизофренией в регионе, участники конференции полагают в качестве важнейшей задачи научно-практическое обеспечение предпосылок к снижению роста негативных клинко-социальных последствий на основе научной разработки фундаментальных исследований клинко-патогенетических механизмов их развития, реализации многоуровневых психосоциальных программ, повышение эффективности которых предполагает дальнейший научный поиск и внедрение новейших технологий психофармакологического и психотерапевтического воздействия.

2. Одобрить комплексное взаимодействие ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН с ОГБУЗ «Томская клинко-психиатрическая больница» и кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России по формированию многоуровневой системы взаимодействия специализированных психиатрических и социально-психологических служб реабилитации и социально-психологической поддержки психически больных на основе развития биопсихосоциальной направленности мероприятий и внедрения новейших технологий для предупреждения ранней социальной дезадаптации больных и хронизации начальных форм шизофрении. Психиатрическим организациям Сибирского региона рекомендуется в своей практической деятельности уделять особое внимание структурному анализу роста клинко-социальных последствий шизофрении с опережающим внедрением эффективных реабилитационных программ.

3. Совершенствование и максимальную индивидуализацию реабилитационных стратегий, включающих в себя психофармакологическое и психотерапевтическое лечение лиц, страдающих шизофренией, на основе дифференцированного поэтапного восстановления пациентов

с применением лично-ориентированной индивидуальной, семейной и групповой психотерапии, социотерапии в комплексе с биологическими методами лечения. Осуществлять выполнение реабилитационных программ на основе объединения усилий заинтересованных медицинских, психологических, социальных и образовательных учреждений и организаций; общественных формирований.

4. ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», кафедре психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «СибГМУ» Минздрава России с участием других научных и практических учреждений региона Сибири продолжить выполнение долгосрочных исследований по вопросам научного поиска эффективных направлений комплексного биопсихосоциального подхода к реабилитации больных шизофренией; подготовить и организовать выпуск информационно-методических материалов для врачей по внедрению эффективных реабилитационных программ.

6. Обобщить опыт взаимодействия психиатрической службы с административными органами субъектов РФ и научно-образовательными объединениями с разработкой методических указаний о нормативной базе межведомственного планирования и многоуровневого ресурсообеспечения с решением вопроса льготного налогообложения предприятий социально-трудовой реабилитации психических больных.

7. Рекомендовать медицинским вузам, институтам последипломного образования, факультетам психологии классических университетов включить в учебные программы подготовки и повышения квалификации по психиатрии и медицинской психологии разделы по вопросам реабилитации больных шизофренией, обратить особое внимание на аспекты биопсихосоциального подхода.

8. Обратит внимание МЗ РФ, Минобразования РФ, администраций областей и краев Сибирского федерального округа на целесообразность при разработке государственных региональных программ профилактики и охраны здоровья населения предусматривать целевым блоком разделы комплексной реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами, оказывая организационную, информационно-аналитическую и материальную поддержку в работе по их выполнению.

Спонсорами конференции выступили ООО «Фермент», компания «Валента», фармацевтические фирмы «Лундбек», «Астра Зенека» и «Гедеон Рихтер», принявшие участие в выставке фармпрепаратов.

Е. В. Гуткевич, д.м.н., в. н. с. ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН

V региональная научно-практическая конференция «Клинические и биологические аспекты психокардиологии»

7 ноября 2013 г. в Кемерове прошла V региональная научно-практическая конференция «Клинические и биологические аспекты психокардиологии». Ее организаторами выступили: ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, ФГБУ «Научно-исследовательский институт кардиологии» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, РОО «Кемеровское областное общество психиатров».

В работе конференции приняли участие более 150 специалистов: психиатров, психотерапевтов, кардиологов, терапевтов, патологов, наркологов из Кемерова, Томска, Новосибирска, Екатеринбурга, Москвы.

С приветственным словом выступили директор ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН член-корр. РАМН, проф. Н. А. Бохан; зам. директора по науке ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН д.м.н., проф. Г. В. Артамонова; начальник департамента охраны здоровья населения Кемеровской области В. К. Цой; руководитель отделения реабилитации больных ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, главный кардиолог Томской области, проф. А. Н. Репин.

После открытия конференции началось выполнение научной части ее программы. На утреннем заседании с докладом, посвященным итогам пятилетнего сотрудничества кардиологов и психиатров в Томске, выступил проф. А. Н. Репин совместно с проф. Н. А. Боханом. В сообщении было обращено внимание на высокую распространенность коморбидных патологий: ИБС и депрессивных расстройств, поиск биологических маркеров коморбидности. Докладчиками отмечены высокая частота депрессий при инвазивных вмешательствах, генетические маркеры рефрактерности этих больных к проводимой антиагрегационной терапии, нормализация показателей вариабельности сердечного ритма на фоне терапии антидепрессантами. Сделан вывод, что для эффективного ведения пациентов в кардиологическом стационаре первостепенное значение приобретает необходимость межведомственной интеграции

кардиологов и психиатров с кооперацией усилий при реализации комплексных реабилитационных программ. Также отмечена необходимость междисциплинарного подхода к организации исследований коморбидных состояний с вовлечением в процесс кардиологов, психиатров, анестезиологов, хирургов, патофизиологов, врачей-лаборантов, лучевых диагностов и врачей других специальностей.

С большим вниманием был заслушан доклад д.м.н., проф. Н. Б. Лебедевой (Кемерово) в отношении механизмов неблагоприятного влияния тревожно-депрессивного синдрома на течение инфаркта миокарда. Проф. С. А. Иванова с соавторами (Томск) представила некоторые данные по исследованию нейрогуморальных факторов и полиморфизмов генов у пациентов с коморбидными депрессивными расстройствами и ИБС. К.м.н. В. А. Сорокина (Кемерово) доложила участникам конференции опыт, принципы и проблемы оказания психосоматической помощи жителям Кемеровской области. Проф. А. В. Семке (Томск) поднял вопросы кардиопатологии в клинике эндогенных расстройств. Живой отклик аудитории вызвал доклад д.м.н. В. Ф. Лебедевой (Томск), осветивший алгоритм специализированной помощи больным психическими расстройствами, ассоциированными с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях территориальной поликлиники. К.м.н. Д. Г. Платонов (Кемерово) представил спорные вопросы соматоформных проявлений аффективной патологии невротического уровня.

На конференции рассматривались актуальные вопросы современных подходов к распознаванию, ведению, терапии, реабилитации и организации помощи пациентам с коморбидными сердечно-сосудистыми, тревожно-депрессивными расстройствами, а также когнитивными нарушениями. Динамике когнитивной дисфункции при АКШ и ее коррекции были посвящены доклады томских исследователей: к.м.н. Е. В. Лебедевой и др. и И. А. Мандель и др. К.м.н. Шишнева Е. В. (Томск) рассказала о частоте и предикторах развития послеоперационного делирия у кардиохирургических пациентов. К.м.н. А. В. Максименко (Кемерово) представил вопросы психологической помощи при кардиохирургическом лечении детей.

Проф. К. Ю. Ретюнский (Екатеринбург) обобщил материалы исследований по проблеме «Клинические и биологические аспекты психокордиологии». Проф. Е. Д. Счастный (Томск) осветил проблемы психофармакотерапевтического влияния на органическую основу депрессивных и тревожных расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях. В докладе, посвященном исследованию психического статуса и его коррекции у больных с острым коронар-

ным синдромом, ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами, поделилась своим опытом проф. Т. М. Попонина (Томск). Д.м.н. Г. Г. Симуткин (Томск) изложил возможности антидепрессивной терапии при коморбидности аффективных и сердечно-сосудистых расстройств.

Интерес научной аудитории вызвало сообщение проф. В. Ю. Усова (Томск) об «Использовании МР-томографических и функциональных критериев в оценке головного мозга у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и депрессивными состояниями». Большой интерес представили сообщения проф. Н. Д. Букреевой (Москва), Е. Л. Фёдоровой (Новосибирск), А. И. Розина (Томск), А. С. Горохова (Томск).

Конференция закончилась заседанием круглого стола, дискуссией. Заседание провел директор ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН член-корр. РАМН, проф. Н. А. Бохан. В обсуждении приняли участие проф. Г. В. Артамонова, проф. А. Н. Репин, проф. А. М. Селедцов, проф. А. В. Семке, проф. С. А. Иванова, С. А. Макаров, к.м.н. В. А. Сорокина, главные врачи психиатрических учреждений Кемеровской области и другие участники конференции, которые отметили важность обсуждаемых тем и значимость конференции для улучшения качества помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и психическими расстройствами. Была акцентирована важность вновь открывшихся перспективных направлений сотрудничества (генетика, когнитивные расстройства, биопсихосоциальная реабилитация). В сообщениях выступавших много говорилось о традициях сотрудничества врачей-интернистов и психиатров, зарождении и развитии психокордиологии в России, выражалось желание шире привлекать к конференциям подобного рода практических врачей.

В заключение член-корр. РАМН, проф. Н. А. Бохан и главный кардиолог Томской области профессор А. Н. Репин подвели итоги работы, предложили объединить усилия практических врачей и научных сотрудников, заинтересованных в изучении вопросов коморбидности и реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и психическими расстройствами, продолжать развивать и сделать традиционными конференции по проблемам психокордиологии в Томске с расширением количества участников и рассматриваемых вопросов. Конференция завершилась обсуждением и единогласным принятием Резолюции по результатам совместной работы.

Спонсорами конференции выступили фармацевтические компании «Эвер Нерофарм», «Сервье», «Пфайзер», «ТЕВА», «ШТАДА Маркетинг», «Эгис», «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг», «Фармстан-

дарт», «ЭББОТ». Фармацевтические компании принимали участие в научной программе и выставке фармпрепаратов, изделий медицинского назначения, медицинской техники и инструментария.

В рамках конференции прошло очередное заседание Проблемной комиссии 55.12 «Основные психические заболевания и наркология» Научного Совета № 55 по медицинским проблемам Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера.

Принимая во внимание комплексный биопсихосоциальный характер проблемы профилактики, диагностики и реабилитации нарушений, связанных с высоким уровнем коморбидности сердечно-сосудистых заболеваний и тревожно-депрессивных расстройств, необходимость учета онтогенетического аспекта, участниками конференции была принята *резолуция*.

1. В системе организации медицинской помощи особое внимание обратить на целесообразность первичной профилактики психических и сердечно-сосудистых расстройств с широким участием психиатров, психотерапевтов, психологов, кардиологов, терапевтов и средств массовой информации.

2. Рекомендовать открытие специализированных психиатрических/психотерапевтических консультативных кабинетов в ведущих медицинских центрах, входящих в систему НИУ СО РАМН. Рекомендовать руководителям территориальных органов здравоохранения и главным врачам лечебно-профилактических учреждений шире внедрять в практику современные организационные формы оказания психиатрической и психотерапевтической помощи. Особое внимание уделять своевременной диагностике коморбидности сердечно-сосудистых и психических нарушений, вопросам реабилитации пациентов с сочетанными заболеваниями.

3. Продолжить фундаментальные исследования в отношении выявления значимых патогенетических механизмов, обуславливающих высокую частоту заболеваемости психических и сердечно-сосудистых расстройств, клинико-биологических предикторов прогноза и эффективности терапии в случае соответствующей коморбидности.

4. Научно-исследовательским учреждениям, в том числе кафедрам психиатрии и наркологии Сибирского региона, обратить пристальное внимание на исследования в области психокардиологии. С целью своевременного выявления психических нарушений у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, учреждениям, занимающимся последипломным обучением, шире проводить образовательные программы по психиатрии и психотерапии для врачей первичного звена, кардиологов, обеспечив их методическими материалами по экспресс-диагностике и алгоритмам терапии указанных расстройств. Психиатрам следует обратить внимание на коррекцию сердечно-сосудистых факторов риска у больных психическими расстройствами с учетом профиля кардиологической безопасности и взаимодействия лекарственных средств.

Совместно с руководством территориальных органов здравоохранения рассмотреть возможности внедрения современных технологий диагностики и коррекции тревожно-депрессивных расстройств в рамках проводимых мероприятий программы по совершенствованию медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

*Информацию подготовили проф.
А. Н. Репин, проф. Е. Д. Счастный*

ЮБИЛЕЙ



Цезарь Петрович Короленко
(род. 3 октября 1933)

Известный российский психиатр, психотерапевт, почётный профессор Новосибирского государственного медицинского университета, действительный член Нью-Йоркской академии наук, член секции транскультуральной психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации ВОЗ, член редколлегии журнала «Антропология и медицина» (Лондон), Заслуженный деятель науки Российской Федерации (2002). Является одним из основателей современной аддиктологии.

Редколлегия СВГН сердечно поздравляет юбиляра со знаменательной датой – 80-летием со дня рождения и желает ему здоровья, благополучия и дальнейших успехов в научной и общественной работе, в развитии современной российской аддиктологии.

Благодаря незаурядным и выдающимся способностям Цезарь Петрович снискал в профессиональной среде широкое международное признание. Несмотря на трудности и встречавшееся сопротивление, профессор Ц. П. Короленко всегда шел в профессиональном плане однажды избранным путем. Талант ученого-исследователя, упорство в продвижении к научным целям, уверенность в собственных силах, отличное знание своего дела, постоянное самосовершенствование, широкий научный кругозор стали залогом его успешной научной и практической карьеры. Подтверждением этому служат высокие звания: почетный профессор Новосибирского ГМУ, действительный член Нью-Йоркской академии наук, член секции транскультуральной психиатрии Всемирной психиатрической ассоциации ВОЗ, член редколлегии журнала «Антропология и медицина», Заслуженный деятель науки РФ.

Исследовательская карьера Ц. П. Короленко всегда опирается на тонкую научную интуицию, позволяющую определить круг наиболее актуальных проблем и на основе их изучения сделать обоснованные выводы.

Редколлегия СВГН

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПУБЛИКАЦИЙ В СВПН

Приняты на заседании редакционной коллегии
23 декабря 2004 г.
Дополнения и изменения от 30 октября 2013 г.

Журнал «Сибирский вестник психиатрии и наркологии» публикует оригинальные статьи и научные обзоры по актуальным вопросам медицинской науки и практики, информационные материалы о съездах, конференциях и симпозиумах.

Правила подготовлены в соответствии с требованиями ВАК для периодических изданий, включенных в Перечень ведущих рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук, с учетом рекомендаций Российского индекса научного цитирования (РИНЦ).

Для публикации статьи автору необходимо предоставить в редакцию следующие материалы и документы:

- направление от организации на фирменном бланке с полным и сокращенным названиями организации (на русском и английском языках) с печатью и подписью должностного лица, выдавшего документ (в 1 экз.)

- рукопись (или сканированный вариант) статьи с подписями всех авторов. Ставя свою подпись, каждый автор тем самым передает права на издание своей статьи Редакции. Электронный вариант статьи направляется в редакцию на электронном носителе информации или электронной почтой. Указывается автор, ответственный за переписку с редакцией, его адреса (почтовый и электронный), телефоны (рабочий и сотовый).

Редакционная коллегия «Сибирского вестника психиатрии и наркологии» обращает внимание авторов на необходимость соблюдать следующие правила при написании и оформлении статей для печати:

1. Заглавия статей должны соответствовать следующим требованиям: быть информативными; в них можно использовать только общепринятые сокращения; в переводе заглавий статей на английский язык не должно быть транслитераций с русского языка, кроме непереводаемых названий собственных имен, приборов и др. объектов, имеющих собственные названия; также не используется непереводаемый сленг, известный только русскоговорящим специалистам. Это также касается авторских резюме (аннотаций) и ключевых слов.

2. Фамилии авторов статей на английском языке представляются в одной из принятых международных систем транслитерации.

Буква	Транслит	Буква	Транслит	Буква	Транслит	Буква	Транслит
А	A	И	I	С	S	Ъ	"
Б	B	Й	Y	Т	T	Ы	Y
В	V	К	K	У	U	Ь	'
Г	G	Л	L	Ф	F	Э	E
Д	D	М	M	Х	Kh	Ю	Yu
Е	E	Н	N	Ц	Ts	Я	Ya
Ё	E	О	O	Ч	Ch		
Ж	Zh	П	P	Ш	Sh		
З	Z	Р	R	Щ	Shch		

3. В структуру статьи должны входить:

- название статьи,
- ФИО авторов,
- название учреждения, где выполнена работа,
- реферат (резюме),
- ключевые слова на русском и английском языках,
- введение (краткое),
- цель исследования,
- материал и методы исследования,
- результаты исследования и их обсуждение,
- выводы или заключение,
- список литературы.

Не допускаются обозначения в названиях статей: сообщение 1, 2 и т. д., часть 1, 2 и т. д.

4. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы. Каждая таблица снабжается заголовком и вставляется в текст после абзаца с первой ссылкой на нее.

5. Количество графического материала должно быть минимальным (не более 3 рисунков). Каждый рисунок должен иметь подпись (под рисунком), в которой дается объяснение всех его элементов. Для построения графиков и диаграмм следует использовать программу Microsoft Office Excel. Каждый рисунок вставляется в текст как объект Microsoft Office Excel.

6. Библиографические ссылки в тексте статьи следует давать в квадратных скобках в соответствии с нумерацией в списке литературы. Список литературы для оригинальной статьи – не менее 5 и не более 25 источников. Для научного обзора и обобщающих статей – не более 60 источников. Список литературы составляется в алфавитном порядке – сначала отечественные, затем зарубежные авторы.

Списки литературы представляются в двух вариантах: 1) в соответствии с ГОСТ Р 7.0.5 2008 (русскоязычный вариант вместе с зарубежными источниками); 2) вариант на латинице, повторяя список литературы к русскоязычной части, независимо от того, имеются или нет в нем иностранные источники.

7. Объем статьи (в программе Microsoft Office Word в одном файле) не должен превышать 10 страниц формата А4 (шрифт 12 Times New Roman, интервал – 1,5, поля: слева, справа, верх, низ – 2 см), включая таблицы, схемы, рисунки и список литературы. Публикация статьи более 10 страниц возможна при условии доплаты (каждая последующая страница оплачивается их расчета 1 страница – 350 рублей).

При предъявлении статьи необходимо сообщать индексы статьи (УДК, ББК) по таблицам Универсальной десятичной и Библиотечно-библиографической классификации, имеющимся в библиотеках медицинского (не общего) профиля.

К статье прилагается реферат (резюме) на русском и английском языках объемом 100-250 слов (по ГОСТ 7.9-95 – 850 знаков, не менее 10 строк) с кратким изложением предмета статьи и основных содержащихся в ней результатов. Реферат на английском языке должен в начале текста содержать заголовок (название) статьи, инициалы и фамилии авторов.

Необходимо наличие ключевых слов на русском и английском языках.

Обязательно указание места работы всех авторов (с полным ФИО), их должностей и контактной информации.

Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование статей.

В одном номере журнала может быть напечатана только одна статья автора (первого автора).

Журнал издается на средства авторов, подписчиков и спонсоров.

Плата с аспирантов (единственный автор) за публикацию статьи не взимается. Обязательное представление справки об обучении в аспирантуре, заверенной руководителем учреждения. Оригинал справки с печатью учреждения высылается по почте в адрес Редакции.

Представляя текст работы для публикации в журнале, автор гарантирует правильность всех сведений о себе, отсутствие плагиата и других форм неправомерного заимствования в рукописи произведения, надлежащее оформление всех заимствований текста, таблиц, схем, иллюстраций. Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений.

Редакция не несет ответственность за достоверность информации, приводимой авторами. Автор, направляя рукопись в Редакцию, принимает личную ответственность за оригинальность исследования, поручает Редакции обнародовать произведение посредством его опубликования в печати.

Плагиатом считается умышленное присвоение авторства чужого произведения науки, мысли, искусства или изобретения. Плагиат может быть нарушением авторско-правового законодательства и патентного законодательства и в качестве таковых может повлечь за собой юридическую ответственность Автора. Автор гарантирует наличие у него исключительных прав на использование переданного Редакции материала. В случае нарушения данной гарантии и предъявления в связи с этим претензий к Редакции Автор самостоятельно и за свой счет обязуется урегулировать все претензии. Редакция не несет ответственности перед третьими лицами за нарушение данных Автором гарантий.

Редакция оставляет за собой право направлять статьи на дополнительное рецензирование. В этом случае сроки публикации продлеваются. Материалы дополнительной экспертизы предъявляются автору.

Направление материалов в редакцию для публикации означает согласие автора с приведенными выше требованиями.

Авторское право

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

1) редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНИТИ, РИНЦ и Базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо

созданных Редакцией сайтах в сети интернет, в целях доступа к публикации любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;

2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, – Российская Федерация, страны СНГ, зарубежные страны;

3) автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети интернет;

4) редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;

5) автор гарантирует, что статья является оригинальным произведением и использование Редакцией предоставленного им авторского материала не нарушит прав третьих лиц;

6) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в журнале обязательна.

Рецензирование и редактирование

Все статьи, поступившие в редакцию, проходят независимое рецензирование. Авторам высылаются копии рецензий; оригиналы хранятся в редакции журнала и предоставляются по запросам экспертных советов ВАК РФ.

Если в рецензии имеется указание на необходимость исправления статьи, то она направляется автору на доработку. В этом случае датой поступления в редакцию считается дата возвращения доработанной статьи.

Статья, направленная автору на доработку, должна быть возвращена в исправленном виде в максимально короткие сроки. К переработанной рукописи необходимо приложить письмо от авторов, содержащее ответы на все замечания и поясняющее все изменения, сделанные в статье. Доработанная статья при необходимости повторно направляется на рецензирование. Статья, требующая доработки после рецензирования, снимается с рассмотрения, если она не возвращается авторами более 3 месяцев.

В случае несогласия с мнением рецензента автор статьи имеет право предоставить аргументированный ответ в редакцию журнала. По решению редколлегии статья может быть направлена на повторное рецензирование другому специалисту.

Редакция оставляет за собой право внесения редакторских изменений в рукопись, не искажающих её смысла (литературная и техническая правка).

Авторский гонорар не выплачивается.

Рукописи и электронные носители информации авторам не возвращаются.

Рукописи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются и не возвращаются. Редакция не принимает рукописи работ, опубликованных ранее в других изданиях. Редакция оставляет за собой право на научное и литературное редактирование статьи.

Корректуры авторам не высылаются, вся дальнейшая сверка проводится редакцией по авторскому оригиналу.

Публикация статьи. Оплата публикации

Решение о целесообразности публикации принимается Редколлегией на основании полученных от рецензентов экспертных оценок. Если вопрос решен положительно, автору высылаются Договор и реквизиты на оплату.

Публикации в журнале платные, стоимость публикации одной статьи – 3500 руб. включая НДС. Бесплатно публикуются только статьи аспирантов, если автор один и им предоставлена справка с места учебы. При поступлении оплаты статья включается в ближайший номер журнала и печатается в срок не более 6 месяцев. Экземпляр журнала автору не предоставляется.

Стоимость публикации увеличивается,

- если автору оказываются услуги по переводу с русского на английский язык метаданных статьи

(названия статьи, реферата, ключевых слов, списка литературы, данных об авторах), УДК и ББК – дополнительно до 500 рублей;

- при необходимости напечатать цветные иллюстрации к статье – дополнительно 2000 рублей (1 страница).

Статьи направлять в редакцию:

Адрес редакции: Томск, 634014, ул. Алеутская, 4, ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, Редакционно-издательская группа

E-mail: redo@mail.tomsknet.ru.

Телефон для справок: (3822) 72-43-97

Факс: (3822) 72-44-25

E-mail: redo@mail.tomsknet.ru

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ СВПН за 2013 г.*

Аболонин А. Ф. 3/45, 4/40
 Агарков А. А. 4/63
 Агаркова Л. А. 6/46
 Агеев Б. Г. 1/22
 Акименко М. А. 1/77
 Аксенов М. М. 1/22, 2/53, 4/11
 Алексеева Н. С. 3/28, 3/55
 Алиев О. И. 3/14
 Алимova Л. В. 5/48
 Алифирова В. М. 5/71
 Алтынбеков К. С. 6/74
 Анищенко А. М. 3/14
 Анкудинова И. Э. 3/36, 4/49, 4/60
 Артемьев И. А. 4/40
 Асланбекова Н. В. 3/45, 4/60, 4/73
 Бабин К. А. 3/9
 Бабушкина Т. А. 1/26
 Байков А. Н. 1/58
 Бакшт А. Е. 6/43
 Батухтина Е. И. 1/22
 Белобородова Е. В. 6/43
 Белобородова Э. И. 6/43
 Белокрылова М. Ф. 4/11
 Белякова И. А. 1/58
 Березовская М. А. 2/49
 Бецков А. С. 2/40, 4/73
 Богданов Е. А. 5/13
 Богомаз С. А. 6/54
 Бодагова Е. А. 1/82
 Бондарев В. Г. 3/75
 Бохан Н. А. 1/22, 1/7, 2/40, 2/73, 2/89, 4/26
 Бохан Т. Г. 1/97, 3/36, 3/69, 6/54
 Боярко Е. Г. 5/5
 Бражкина Е. А. 5/13
 Буйков В. А. 5/53, 5/58
 Бурдовицина Т. Г. 3/65
 Бурковская В. А. 6/43
 Бухна А. Г. 5/62
 Васильева В. О. 3/17
 Ветлугина Т. П. 1/22, 1/61, 1/66, 1/7, 4/11, 4/18, 4/40
 Виноградов Д. Б. 3/9
 Винокуров Е. В. 1/112, 6/68
 Витковский Ю. А. 6/5
 Воевода О. А. 5/77
 Воеводин И. В. 2/27
 Волков А. Н. 2/7
 Волчкова Т. Ф. 4/82
 Востриков В. М. 1/17
 Галеева К. В. 3/51
 Гильбурд О. А. 3/24
 Главинский Р. Н. 1/109
 Говорин Н. В. 1/82, 4/53, 6/5
 Голуб С. Н. 2/11
 Голубкова О. Я. 3/24
 Гончикова И. А. 3/65
 Горобец Л. Н. 1/46
 Гребенюк О. В. 2/78, 5/71
 Гуляева Н. В. 1/53
 Гуткевич Е. В. 4/18, 4/63, 6/33

Гычев А. В. 4/11
 Даниленко О. А. 4/18, 5/28
 Дашиева Б. А. 2/70, 4/63, 6/64
 Дементьева Л. А. 1/93
 Добрецов Г. Е. 1/26
 Доминова И. Н. 5/13
 Дресвянников В. Л. 5/77
 Друзь В. Ф. 5/48
 Дубницкая Э. Б. 3/17
 Дудкина О. В. 4/82
 Дупин А. М. 1/35
 Епанчинцева Е. М. 1/61
 Есин Д. О. 6/10
 Ефанова Т. С. 6/51
 Жданок Д. Н. 1/86
 Жигинас Н. В. 2/63
 Завьялова Н. Е. 3/75
 Задорожная О. В. 2/57
 Заливин А. А. 2/15
 Захаров Р. И. 6/51
 Зинчук М. С. 4/34, 5/28
 Зозуля С. А. 1/35
 Иванова С. А. 1/12, 1/30, 3/5, 3/65, 4/18, 4/40, 5/5, 5/83
 Идова Г. В. 1/43
 Искалиева Д. Р. 5/5
 Казенных В. В. 2/78
 Казенных Т. В. 2/78
 Каледа В. Г. 1/35
 Калинина В. В. 1/26
 Карауш И. С. 2/70, 4/63, 6/22
 Карпов А. М. 6/14
 Кашуба Э. А. 5/62
 Кибитов А. О. 1/38
 Климова Т. П. 1/26, 1/35
 Княжева М. А. 1/49
 Ковалева Т. А. 3/59, 6/41
 Козлов В. А. 1/49, 5/9
 Колмогорова В. В. 5/53, 5/58
 Корзун Д. Н. 4/68
 Корнетова Е. Г. 4/18
 Корнетова Е. Г. 5/44
 Корнилова С. В. 5/67
 Коробицина Т. В. 2/89
 Королев А. А. 6/59
 Костин А. К. 4/11
 Коцюбинский А. П. 1/77
 Красильников Г. Т. 1/102
 Кривулин Е. Н. 2/40, 3/33, 3/9, 4/49, 4/60, 4/73
 Кудренко А. С. 1/70
 Кузнецов В. Н. 2/94, 3/36, 3/69, 2/44
 Кулешова Е. О. 2/18
 Куприянова И. Е. 2/70, 3/51, 3/59, 4/63
 Кучаева А. В. 6/14
 Лазарева Н. А. 1/53
 Лебедева В. Ф. 2/70, 2/85, 6/33
 Лебедева Е. В. 5/18
 Левчук Л. А. 4/11
 Леонова О. Г. 2/85
 Литвинов А. В. 1/46
 Лобачева О. А. 1/66, 1/7, 4/18
 Логвинов С. В. 1/70
 Лукьянова Е. В. 4/26
 Лунен Антон Дж. М. 1/30
 Любичева Н. И. 3/41
 Макушкина О. А. 2/35
 Мандель А. И. 4/40
 Маркова Е. В. 1/49, 5/9
 Марута Н. А. 5/33
 Матросова М. И. 1/46
 Мелашенко Е. С. 5/13
 Мельников М. Е. 2/65
 Меркер В. 5/83
 Микилев Ф. Ф. 5/40, 5/44
 Мингазов А. Х. 3/33, 3/9, 4/49, 4/60
 Мисионжник Э. Ю. 1/26

* Напротив фамилии и инициалов авторов через знак (/) приведены: номер журнала, в котором опубликована статья указанного автора, и номер первой страницы статьи.

- Михневич Н. В. 5/9
 Можей О. И. 5/13
 Молочников В. О. 4/5
 Наумова Е. Л. 6/43
 Невидимова Т. И. 1/22, 1/7, 4/40, 5/18
 Незнанов Н. Г. 1/77
 Немцов А. В. 4/53
 Нечаева Т. О. 6/5
 Никитина В. Б. 1/61, 1/7, 4/11
 Никифорова О. Ю. 1/58
 Никифорова Т. В. 6/46
 Новожеева Т. П. 2/73, 6/43
 Овчинников А. А. 1/86
 Олейникова И. Н. 5/48
 Омельченко М. А. 1/35
 Онуфриев М. В. 1/53
 Орловская Д. Д. 1/17
 Панченко Л. Ф. 1/53
 Перегуд Д. И. 1/53
 Перегудов А. С. 1/26
 Перчаткина О. Э. 4/11, 5/33
 Петрова Н. Н. 4/78
 Пешковская А. Г. 3/69
 Платонов Д. Г. 1/90
 Плотникова Т. М. 3/14
 Погорелова Т. В. 4/63
 Позняк А. Л. 4/78
 Пономарев Ю. Н. 1/22, 1/58
 Попова Т. А. 3/65
 Потапова В. А. 2/31
 Приленский Б. Ю. 5/62
 Прокопьева В. Д. 4/40
 Раева Т. В. 6/18
 Рахмазова Л. Д. 4/18, 4/63, 5/18
 Розин А. И. 5/18
 Рудиков Е. В. 3/5
 Рудницкий В. А. 4/11, 6/27
 Рудченко С. А. 1/58
 Румянцев В. А. 2/35
 Салмина-Хвостова О. И. 3/28, 3/41, 3/55, 3/81
 Самаров Н. И. 5/13
 Сахаров А. В. 4/53
 Светлик М. В. 5/71
 Селедцов А. М. 2/7
 Семенихин Д. Г. 6/14
 Семин И. Р. 6/10
 Семке А. В. 1/12, 1/66, 2/49, 3/5, 3/65, 4/18, 4/34, 5/18, 5/28, 5/40, 5/44
 Семке В. Я. 1/61, 1/7, 1/70, 1/75, 1/97, 2/5, 2/63, 2/70, 2/73, 4/11
 Семке Г. В. 3/51
 Сидорчук С. Н. 4/78
 Симуткин Г. Г. 1/109, 1/22, 5/18
 Сиряченко Т. М. 1/35
 Ситчихин П. В. 2/22
 Скорородова Т. Ф. 4/63
 Смирнова Л. П. 1/12, 3/65
 Смолина Н. В. 1/26
 Собенников В. С. 1/112, 6/68
 Солонский А. В. 1/70, 4/63
 Сомова Н. В. 2/7
 Спивак С. В. 3/59, 6/41
 Старостина М. В. 5/9
 Степаничев М. Ю. 1/53
 Стоянова И. Я. 1/75, 4/63, 6/59
 Строганов А. Е. 2/18
 Счастный Е. Д. 4/18, 5/18
 Сырейщикова Т. И. 1/26
 Тальянова Т. И. 2/89
 Терехина О. Н. 1/97
 Ткаченко А. А. 4/68
 Токарев В. А. 1/26
 Токарева Е. Г. 2/65
 Тошаков С. В. 5/13
 Тошакова В. А. 5/5
 Узбеков М. Г. 1/26
 Ульянов И. Г. 2/11, 4/5
 Уранова Н. А. 1/17
 Усюкина М. В. 5/67
 Фаттахов Н. С. 3/65
 Федоренко О. Ю. 1/12, 3/5, 4/18, 5/5
 Федченко В. Ю. 5/33
 Филипенко М. Л. 1/22
 Филоненко А. Л. 1/75
 Фомушкина М. Г. 6/18
 Харитоненкова Е. Ю. 5/67
 Хасина М. А. 4/5
 Хасина М. Ю. 4/5
 Часовских А. В. 5/5
 Чейдо М. А. 1/43
 Чернышева К. Г. 4/63, 5/18
 Четвериков Д. В. 1/107
 Читлова В. В. 3/17
 Чуйкова К. И. 6/41, 3/59
 Чумаков Е. М. 4/78
 Шатрова Ю. М. 3/9
 Шахбази Т. А. 5/67
 Шахурова Н. И. 5/18
 Шевченко Т. И. 6/54
 Шепенев А. М. 5/18
 Шлафер М. И. 5/48
 Шубина О. С. 2/65
 Шукиль Л. В. 1/107
 Шушпанова Т. В. 2/73, 4/40
 Щигорева Ю. Г. 3/65
 Юркина Н. В. 2/40, 4/73
 Юсан Е. В. 2/53
 Яковлев А. А. 1/53

AUTHOR INDEX for 2013*

Abolonin A. F. 3/45, 4/40
 Agarkov A. A. 4/63
 Agarkova L. A. 6/46
 Ageev B. G. 1/22
 Akimenko M. A. 1/77
 Alekseeva N. S. 3/28, 3/55
 Aliev O. I. 3/14
 Alifirova V. M. 5/71
 Alimova L. V. 5/48
 Altynbekov K. S. 6/74
 Anishchenko A. M. 3/14
 Ankudinova I. E. 3/36, 4/49, 4/60
 Artemyev I. A. 4/40
 Aslanbekova N. V. 3/45, 4/60, 4/73
 Axenov M. M. 1/22, 2/53, 4/11
 Babin K. A. 3/9
 Babushkina T. A. 1/26
 Baksht A. E. 6/43
 Batukhtina E. I. 1/22
 Baykov A. N. 1/58
 Beloborodova E. I. 6/43
 Beloborodova E. V. 6/43
 Belokrylova M. F. 4/11
 Belyakova I. A. 1/58
 Berezovskaya M. A. 2/49
 Betskov A. S. 2/40, 4/73
 Bodagova E. A. 1/82
 Bogdanov E. A. 5/13
 Bogomaz S. A. 6/54
 Bokhan N. A. 1/22, 1/7, 2/40, 2/73, 2/89, 4/26
 Bokhan T. G. 1/97, 3/36, 3/69, 6/54
 Bondarev V. G. 3/75
 Boyarko E. G. 5/5
 Brazhkina E. A. 5/13
 Bukhna A. G. 5/62
 Burdovitsina T. G. 3/65
 Burkovskaya V. A. 6/43
 Buykov V. A. 5/53, 5/58
 Chasovskikh A. V. 5/5
 Chernysheva K. G. 4/63, 5/18
 Chetverikov D. V. 1/107
 Cheydo M. A. 1/43
 Chitlova V. V. 3/17
 Chumakov E. M. 4/78
 Chuykova K. I. 6/41, 3/59
 Danilenko O. A. 4/18, 5/28
 Dashieva B. A. 2/70, 4/63, 6/64
 Dementyeva L. A. 1/93
 Dobretsov G. E. 1/26
 Dominova I. N. 5/13
 Dresvyannikov V. L. 5/77
 Druz V. F. 5/48
 Dubnitskaya E. B. 3/17
 Dudkina O. V. 4/82
 Dupin A. M. 1/35
 Efanova T. S. 6/51
 Epanchintseva E. M. 1/61
 Esin D. O. 6/10
 Fattakhov N. S. 3/65
 Fedchenko V. Yu. 5/33
 Fedorenko O. Yu. 1/12, 3/5, 4/18, 5/5

Filipenko M. L. 1/22
 Filonenko A. L. 1/75
 Fomushkina M. G. 6/18
 Galeeva K. V. 3/51
 Gilburd O. A. 3/24
 Glavinsky R. N. 1/109
 Golub S. N. 2/11
 Golubkova O. Ya. 3/24
 Gonchikova I. A. 3/65
 Gorobets L. N. 1/46
 Govorin N. V. 1/82, 4/53, 6/5
 Grebenyuk O. V. 2/78, 5/71
 Gulyaeva N. V. 1/53
 Gutkevich E. V. 4/18, 4/63, 6/33
 Gychev A. V. 4/11
 Idova G. V. 1/43
 Iskalieva D. R. 5/5
 Ivanova S. A. 1/12, 1/30, 3/5, 3/65, 4/18, 4/40, 5/5, 5/83
 Kaleda V. G. 1/35
 Kalinina V. V. 1/26
 Karaush I. S. 2/70, 4/63, 6/22
 Karpov A. M. 6/14
 Kashuba E. A. 5/62
 Kazennykh T. V. 2/78
 Kazennykh V. V. 2/78
 Kharitonenkova E. Yu. 5/67
 Khasina M. A. 4/5
 Khasina M. Yu. 4/5
 Kibitov A. O. 1/38
 Klimova T. P. 1/26, 1/35
 Knyazheva M. A. 1/49
 Kolmogorova V. V. 5/53, 5/58
 Korzun D. N. 4/68
 Kornetova E. G. 4/18
 Kornetova E. G. 5/44
 Kornilova S. V. 5/67
 Korobitsina T. V. 2/89
 Korolev A. A. 6/59
 Kostin A. K. 4/11
 Kotsyubinsky A. P. 1/77
 Kovaleva T. A. 3/59, 6/41
 Kozlov V. A. 1/49, 5/9
 Krasielnikov G. T. 1/102
 Krivulin E. N. 2/40, 3/33, 3/9, 4/49, 4/60, 4/73
 Kuchaeva A. V. 6/14
 Kudrenko A. S. 1/70
 Kuleshova E. O. 2/18
 Kupriyanova I. E. 2/70, 3/51, 3/59, 4/63
 Kuznetsov V. N. 2/94, 3/36, 3/69, 2/44
 Lazareva N. A. 1/53
 Lebedeva E. V. 5/18
 Lebedeva V. F. 2/70, 2/85, 6/33
 Leonova O. G. 2/85
 Levchuk L. A. 4/11
 Litvinov A. V. 1/46
 Lobacheva O. A. 1/66, 1/7, 4/18
 Logvinov S. V. 1/70
 Loonen Anton J. M. 1/30
 Lukyanova E. V. 4/26
 Lyubicheva N. I. 3/41
 Maerker V. 5/83
 Makushkina O. A. 2/35
 Mandel A. I. 4/40
 Markova E. V. 1/49, 5/9
 Maruta N. A. 5/33
 Matrosova M. I. 1/46
 Melashchenko E. S. 5/13
 Melnikov M. E. 2/65
 Mikhnevich N. V. 5/9
 Mikilev F. F. 5/40, 5/44
 Mingazov A. Kh. 3/33, 3/9, 4/49, 4/60
 Misionzhnik E. Yu. 1/26
 Molochnikov V. O. 4/5
 Mozhey O. I. 5/13
 Naumova E. L. 6/43

* After last name and initials of the authors through sign (/) the following information has been introduced: no. of the journal where the article of the indicated author has been published and no. of the first page of the article.

- Nechaeva T. O. 6/5
 Nemtsov A. V. 4/53
 Nevidimova T. I. 1/22, 1/7, 4/40, 5/18
 Neznanov N. G. 1/77
 Nikiforova O. Yu. 1/58
 Nikiforova T. V. 6/46
 Nikitina V. B. 1/61, 1/7, 4/11
 Novozheeva T. P. 2/73, 6/43
 Oleynikova I. N. 5/48
 Omelchenko M. A. 1/35
 Onufriev M. V. 1/53
 Orlovskaya D. D. 1/17
 Ovchinnikov A. A. 1/86
 Panchenko L. F. 1/53
 Perchatkina O. E. 4/11, 5/33
 Peregud D. I. 1/53
 Peregudov A. S. 1/26
 Peshkovskaya A. G. 3/69
 Petrova N. N. 4/78
 Platonov D. G. 1/90
 Plotnikova T. M. 3/14
 Pogorelova T. V. 4/63
 Ponomarev Yu. N. 1/22, 1/58
 Popova T. A. 3/65
 Potapova V. A. 2/31
 Poznyak A. L. 4/78
 Prilensky B. Yu. 5/62
 Prokopieva V. D. 4/40
 Raeva T. V. 6/18
 Rakhmazova L. D. 4/18, 4/63, 5/18
 Rozin A. I. 5/18
 Rudchenko S. A. 1/58
 Rudikov E. V. 3/5
 Rudnitsky V. A. 4/11, 6/27
 Rumyantsev V. A. 2/35
 Sakharov A. V. 4/53
 Salmina-Khvostova O. I. 3/28, 3/41, 3/55, 3/81
 Samarov N. I. 5/13
 Schastnyy E. D. 4/18, 5/18
 Seledtsov A. M. 2/7
 Semenikhin D. G. 6/14
 Semin I. R. 6/10
 Semke A. V. 1/12, 1/66, 2/49, 3/5, 3/65, 4/18, 4/34, 5/18, 5/28, 5/40, 5/44
 Semke G. V. 3/51
 Semke V. Ya. 1/61, 1/7, 1/70, 1/75, 1/97, 2/5, 2/63, 2/70, 2/73, 4/11
 Shatrova Yu. M. 3/9
 Shakhbazi T. A. 5/67
 Shakhurova N. I. 5/18
 Shchigoreva Yu. G. 3/65
 Shepenev A. M. 5/18
 Shevchenko T. I. 6/54
 Shlafer M. I. 5/48
 Shubina O. S. 2/65
 Shukil L. V. 1/107
 Shushpanova T. V. 2/73, 4/40
 Sidorchuk S. N. 4/78
 Simutkin G. G. 1/109, 1/22, 5/18
 Siryachenko T. M. 1/35
 Sitchikhin P. V. 2/22
 Skorokhodova T. F. 4/63
 Smirnova L. P. 1/12, 3/65
 Smolina N. V. 1/26
 Sobennikov V. S. 1/112, 6/68
 Solonsky A. V. 1/70, 4/63
 Somova N. V. 2/7
 Spivak S. V. 3/59, 6/41
 Starostina M. V. 5/9
 Stepanichev M. Yu. 1/53
 Stoyanova I. Ya. 1/75, 4/63, 6/59
 Stroganov A. E. 2/18
 Svetlik M. V. 5/71
 Syreyschikova T. I. 1/26
 Taliyanova T. I. 2/89
 Terekhina O. N. 1/97
 Tkachenko A. A. 4/68
 Tokarev V. A. 1/26
 Tokareva E. G. 2/65
 Toshchakov S. V. 5/13
 Toshchakova V. A. 5/5
 Uliyanov I. G. 2/11, 4/5
 Uranova N. A. 1/17
 Usyukina M. V. 5/67
 Uzbekov M. G. 1/26
 Vasilyeva V. O. 3/17
 Vetlugina T. P. 1/22, 1/61, 1/66, 1/7, 4/11, 4/18, 4/40
 Vinogradov D. B. 3/9
 Vinokurov E. V. 1/112, 6/68
 Vitkovsky Yu. A. 6/5
 Voevoda O. A. 5/77
 Voevodin I. V. 2/27
 Volchkova T. F. 4/82
 Volkov A. N. 2/7
 Vostrikov V. M. 1/17
 Yakovlev A. A. 1/53
 Yurkina N. V. 2/40, 4/73
 Yusan E. V. 2/53
 Zadorozhnaya O. V. 2/57
 Zakharov R. I. 6/51
 Zalivin A. A. 2/15
 Zavyalova N. E. 3/75
 Zhdanok D. N. 1/86
 Zhiginas N. V. 2/63
 Zinchuk M. S. 4/34, 5/28
 Zozulya S. A. 1/35

**Научно-практический
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник
психиатрии и наркологии.
2013. № 6 (81).**

Оригинал-макет журнала 2013. № 6 (81) подготовлен
в ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН
выпускающим редактором И. А. Зеленской

**Подписано к печати 25.11.2013 г.
Формат 60x84_{1/8}. Печать офсетная.
Бумага мелованная. Гарнитура «Arial».
Печ. л. 12,0; усл. печ. л. 11,16; уч.-изд. л. 11,56.
Тираж 1000 экз. Заказ № 137386.
Цена договорная**

**Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1
Тел.: (3822)78-80-80, тел./факс: (3822)78-30-80
E-mail: mail@if.tomsk.ru**