

ISSN 1810-3111

# **СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**Биологические исследования**

**Клиническая психиатрия**

**Клиническая наркология**

**Детско-подростковая психиатрия**

**Пенитенциарная психиатрия**

**Психосоматика**

**Организация психиатрической помощи**

**Психофармакотерапия**

**Медицинские технологии**

**Психотерапия и медицинская психология**

**2015. № 4 (89).**

**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 5 . № 4 ( 8 9 ).

### Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научно-исследовательский институт психического здоровья» (Томск)

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

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

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

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

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

Журнал основан в 1996 г.

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете Российской Федерации по печати.

Свидетельство о регистрации № 017413 от 10 апреля 1998 г.

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

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

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

Редакция журнала:

И. о. ответственного секретаря к.м.н. **О. Э. Перчаткина**

Выпускающий редактор **И. А. Зеленская**

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

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

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

Web-сайт журнала: svpin.org

# SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

SCIENTIFIC-PRACTICAL  
REVIEWED JOURNAL  
2 0 1 5 . № 4 ( 8 9 ) .

## Founders:

Mental Health Research Institute (Tomsk)

## EDITORIAL BOARD

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

## EDITORIAL COUNCIL

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

The journal has been established in 1996.

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

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

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

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

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

### Editorial staff:

Responsible secretary Ph.D. **O. E. Perchatkina**

Issuing editor **I. A. Zelenskaya**

Editorial office: Tomsk, 634014, Aleutskaya Street, 4, Editorial-Publishing Group

Mental Health Research Institute

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

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

Website of journal: svpin.org

**СОДЕРЖАНИЕ**  
**БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

<b>Маркова Е. В., Княжева М. А., Шушпанова Т. В., Козлов В. А.</b> (Новосибирск, Томск) СТИМУЛЯЦИЯ ПАС-СИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК, ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНО ОБРАБОТАННЫХ ПСИХОАКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ .....	5
---	---

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ**

<b>Розина А. С., Семке А. В.</b> (Томск) ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ .....	10
<b>Алмадакова О. А., Ласовская Т. Ю., Зеленская В. В.</b> (Новосибирск) СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ» .....	13

**КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ**

<b>Бохан Н. А., Селиванов Г. Ю.</b> (Томск, Северск) КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАНАБИНОИДОВ (СПАЙСОВ) .....	18
<b>Сахаров А. В., Краузе Л. А.</b> (Чита) КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРИВЕННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ СТИМУЛЯТОРОВ .....	24
<b>Матвеева Н. П., Хоютанова Н. В., Афонская М. И., Тумусов П. С.</b> (Якутск) АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА И АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) В ЭТНОТЕРРИТОРИАЛЬНОМ АСПЕКТЕ .....	28
<b>Евсеев В. Д., Мандель А. И., Ляшенко Г. П.</b> (Томск) НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ .....	34

**ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ**

<b>Говорин Н. В., Бодагова Е. А., Арсаланова С. С.</b> (Чита) СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АГРЕССИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ .....	40
<b>Ахметзянова А. И., Никишина В. Б., Петраш Е. А.</b> (Казань, Курск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ АНТИЦИПАЦИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТАХ .....	46

**ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ**

<b>Яхимович Л. А., Макушкина О. А.</b> (Москва) ПРОБЛЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ИНФОРМАЦИОННО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД) .....	51
<b>Аболонин А. Ф., Назарова И. А., Стоянова И. Я., Гусев С. И.</b> (Томск, Кемерово) АГРЕССИЯ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ) .....	58

**ПСИХОСОМАТИКА**

<b>Хритинин Д. Ф., Новиков В. В.</b> (Москва, Рязань) ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....	67
<b>Лапанов П. С.</b> (Гомельская обл., Республика Беларусь) ВЛИЯНИЕ ЧУВСТВЕННОСТИ К ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СТРЕССАМ НА ЧЕРТЫ ХАРАКТЕРА У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ .....	71
<b>Никифорова Т. В., Агаркова Л. А., Бухарина И. Ю., Счастный Е. Д., Толмачев И. В.</b> (Томск) ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВРАЧЕЙ АКУШЕРСКОГО ПРОФИЛЯ В РАСПОЗНАВАНИИ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ .....	75

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

<b>Алтынбеков К. С., Семке А. В., Шахметов Б. А., Негай Н. А.</b> (Алматы, Томск) РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН .....	80
--	----

**ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ**

<b>Бобров А. С., Ковалева А. В.</b> (Иркутск) КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕНОМОРФНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ .....	83
<b>Куприянова И. Е., Кривоногова Т. С., Бабикова Ю. А., Шемякина Т. А.</b> (Томск) ВЛИЯНИЕ ТЕНОТЕНА ДЕТСКОГО НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ .....	90
<b>Шушпанова Т. В., Бохан Н. А., Мандель А. И., Новожеева Т. П., Солонский А. В., Семке А. В., Лебедева В. Ф., Казенных Т. В., Арбит Г. А., Филимонов В. Д., Маркова Е. В., Удут В. В.</b> (Томск, Новосибирск) ВЛИЯНИЕ ОРИГИНАЛЬНОГО АНТИКОНВУЛЬСАНТА ГАЛОДИФ НА УРОВНИ НЕЙРОАКТИВНЫХ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ – МАРКЕРОВ СТРЕССОРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ .....	96

**МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ**

<b>Соловьев А. Г., Киворкова А. Ю.</b> (Архангельск, Эссентуки) КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕН ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ .....	102
---	-----

**ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

<b>Лебедева Е. В., Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Рябова Л. М., Кудяков Л. А., Горшкова Л. В., Семке В. А.</b> (Томск) ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОНКОДИСПАНСЕРА .....	106
<b>Стоянова И. Я., Шушпанова Т. В., Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Терехина О. В., Чеканова М. О.</b> (Томск, Барнаул) ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПАРАСУИЦИДАЛЬНОСТИ (АНТИВИТАЛЬНОСТИ) И СНИЖЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ СТУДЕНТОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ .....	112

<b>C O N T E N T S</b>	
<b>BIOLOGICAL RESEARCH</b>	
<b>Markova E. V., Knyazheva M. A., Shushpanova T. V., Kozlov V. A.</b> (Novosibirsk, Tomsk) STIMULATION OF PASSIVE BEHAVIOR BY THE TRANSPLANTATION OF IMMUNE CELLS PRE-TREATED WITH PSYCHOACTIVE DRUG .....	5
<b>CLINICAL PSYCHIATRY</b>	
<b>Rozina A. S., Semke A. V.</b> (Tomsk) PERSONALIZED APPROACH TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER AT INPATIENT STAGE OF TREATMENT .....	10
<b>Almadakova O. A., Lasovskaya T. Yu., Zelenskaya V. V.</b> (Novosibirsk) BURNOUT SYNDROME AMONG MEDICAL INTERNS IN THE SPECIALTY "PEDIATRICS" .....	13
<b>CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY</b>	
<b>Bokhan N. A., Selivanov G. Yu.</b> (Tomsk, Seversk) CLINICAL TYPOLOGY OF PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN USERS OF SYNTHETIC CANNABINOIDS (SPICE) .....	18
<b>Sakharov A. V., Krause L. A.</b> (Chita) CLINICAL CASE OF INJECTING SYNTHETIC STIMULANTS .....	24
<b>Matveeva N. P., Khoyutanova N. V., Afonskaya M. I., Tumusov P. S.</b> (Yakutsk) THE ETHNO-TERRITORIAL ASPECTS OF ALCOHOLISM AND ALCOHOLIC PSYCHOSIS IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA) .....	28
<b>Evseyev V. D., Mandel A. I., Lyashenko G. P.</b> (Tomsk) NON-PHARMACOLOGICAL THERAPY OF SEXUAL DYSFUNCTIONS AND AFFECTIVE DISTURBANCES IN OPIOID ADDICTION .....	34
<b>CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY</b>	
<b>Govorin N. V., Bodagova E. A., Arsalanova S. S.</b> (Chita) SOCIAL-PSYCHOLOGICAL AND CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF AGGRESSIVENESS IN ADOLESCENTS .....	40
<b>Akhmetzyanova A. I., Nikishina V. B., Petrash E. A.</b> (Kazan, Kursk) PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF THE INTERRELATIONSHIP OF ANTICIPATION AND PROGNOSIS IN ADOLESCENCE AND EARLY ADULTHOOD .....	46
<b>PENAL PSYCHIATRY</b>	
<b>Yakhimovich L. A., Makushkina O. A.</b> (Moscow) PROBLEMS OF PROGNOSIS OF DANGEROUS BEHAVIOUR RISK IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA (INFORMATION AND STATISTICAL APPROACH).....	51
<b>Abolonin A. F., Nazarova I. A., Stoyanova I. Ya., Gusev S. I.</b> (Tomsk, Kemerovo) AGGRESSION AS A FACTOR OF EMERGENCE OF DELINQUENT BEHAVIOUR (GENDER ASPECT) .....	58
<b>PSYCHOSOMATICS</b>	
<b>Khritinin D. F., Novikov V. V.</b> (Moscow, Ryazan) FACTORS INFLUENCING TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH HIV-RELATED MENTAL DISORDERS .....	67
<b>Lapanov P. S.</b> (Gomel Region, Belarus) INFLUENCE OF SENSITIVITY TO EMOTIONAL STRESS ON CHARACTER TRAITS IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION .....	71
<b>Nikiforova T. V., Agarkova L. A., Bukharina I. Yu., Schastnyy E. D., Tolmachev I. V.</b> (Tomsk) DIAGNOSTIC EFFICIENCY OF OBSTETRICIANS IN RECOGNITION OF DEPRESSIVE DISORDER IN PREGNANT WOMEN WITH HISTORY OF MISCARRIAGE .....	75
<b>ORGANISATION OF MENTAL HEALTH CARE</b>	
<b>Altynbekov K. S., Semke A. V., Shakhmetov B. A., Negai N. A.</b> (Almaty, Tomsk) REGIONAL FEATURES OF PSYCHIATRIC CARE FOR POPULATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN .....	80
<b>PSYCHOPHARMACOTHERAPY</b>	
<b>Bobrov A. S., Kovaleva A. V.</b> (Irkutsk) CLINICAL-BIOLOGICAL PREDICTORS OF THERAPEUTIC RESPONSE IN PATIENTS WITH ENDOGENOMORPHIC DEPRESSION .....	83
<b>Kupriyanova I. E., Krivonogova T. S., Babikova Yu. A., Shemyakina T. A.</b> (Tomsk) INFLUENCE OF CHILDREN'S TENOTEN ON PSYCHOLOGICAL STATUS OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA .....	90
<b>Shushpanova T. V., Bokhan N. A., Mandel A. I., Novozheeva T. P., Solonsky A. V., Semke A. V., Lebedeva V. F., Kazennykh T. V., Arbit G. A., Filimonov V. D., Markova E. V., Udut V. V.</b> (Tomsk, Novosibirsk) THE INFLUENCE OF THE ORIGINAL ANTICONVULSANT GALODIF ON LEVELS OF NEUROACTIVE STEROID HORMONES – MARKERS OF STRESS SYSTEM IN PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION .....	96
<b>MEDICAL TECHNOLOGIES</b>	
<b>Solovyev A. G., Kivorkova A. Yu.</b> (Arkhangelsk, Yessentuki) CORRECTION OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE IN WIVES OF SERVICEMEN WITH USE OF BIOFEEDBACK .....	102
<b>PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY</b>	
<b>Lebedeva E. V., Schastnyy E. D., Simutkin G. G., Ryabova L. M., Kudyakov L. A., Gorshkova L. V., Semke V. A.</b> (Tomsk) ORGANISATION OF PSYCHOTHERAPEUTIC AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH MALIGNANT TUMORS UNDER CONDITIONS OF ONCOLOGIC DISPENSARY .....	106
<b>Stoyanova I. Ya., Shukhlova Yu. A., Sagalakova O. A., Truevtsev D. V., Terekhina O. V., Chekanova M. O.</b> (Tomsk, Barnaul) PERSONALITY RISK FACTORS OF PARASUICIDAL (ANTIVITAL) BEHAVIOUR AND DECREASE OF PSYCHOLOGICAL SAFETY OF STUDENTS IN EDUCATIONAL ENVIRONMENT .....	112

# БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК [(612.017.1:576.3):(615.37:615.214.2)]:159.929  
ББК 52.75

## СТИМУЛЯЦИЯ ПАССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИ- ЕЙ ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ КЛЕТОК, ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНО ОБРАБОТАННЫХ ПСИХОАКТИВ- НЫМ ПРЕПАРАТОМ

Маркова Е. В.<sup>\*1</sup>, Княжева М. А.<sup>1</sup>,  
Шушпанова Т. В.<sup>2</sup>, Козлов В. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> НИИ фундаментальной и клинической иммунологии  
630099, Новосибирск, ул. Ядринцевская, 14

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

В статье представлены результаты экспериментальных исследований, демонстрирующие возможность коррекции пассивного поведения трансплантацией иммунокомпетентных клеток, экстракорпорально обработанных психоактивным препаратом. Показано, что прекультивирование с кофеином спленоцитов мышей (СВАхС57В1/6)F1 с пассивным типом поведения модулирует функциональную активность клеток; последующая трансплантация этих клеток мышам с указанным типом поведения сопровождается стимуляцией их двигательной и исследовательской активности в «открытом поле», зависящей от использованной дозы препарата. Изменения параметров поведения регистрируются на фоне модуляции синтеза цитокинов в головном мозге животных-реципиентов. Обсуждаются возможные механизмы модулирующего поведения реципиентов влиянием обработанных кофеином трансплантированных иммунокомпетентных клеток. **Ключевые слова:** иммунокомпетентные клетки, кофеин, трансплантация, поведение, цитокины.

**STIMULATION OF PASSIVE BEHAVIOR BY THE TRANSPLANTATION OF IMMUNE CELLS PRE-TREATED WITH PSYCHOACTIVE DRUG.** Markova E. V.<sup>1</sup>, Knyazheva M. A.<sup>1</sup>, Shushpanova T. V.<sup>2</sup>, Kozlov V. A.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Basic and Clinical Immunology Research Institute. Yadrintsevskaya Street 14, 630099, Novosibirsk, Russian Federation. <sup>2</sup>Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. The article presents the results of experimental studies that demonstrate the possibility of correcting the passive behavior in animals by the transplantation of immune cells, treated with psychoactive drug. It was shown that cultivating with caffeine splenocytes of (CBAxС57В1/6)F1 mice with passive type of behavior modifies cell's functional activity; subsequent transplantation procedures of these cells into mice with the same type of the behavior is accompanied by

stimulation of the mice motor and exploratory activity in the «open field», depending on the dose of caffeine. Changes in behavior parameters are registered on the background of the modulation of cytokine synthesis in the brain of recipients. Possible mechanisms for the modulating effect of transplanted immune cells on recipient's behavior were discussed. **Keywords:** immune cells, caffeine, transplantation, behavior, cytokines.

**Введение.** Общность основных гомеостатических систем организма – иммунной и нервной – является хорошо известным фактом и подтверждается наличием у этих систем памяти, способности воспринимать и перерабатывать информацию, формировать ответ, а также существованием сетевых взаимоотношений и саморегуляции функций. Указанные системы обладают общим полем гуморальных факторов, которые используются ими как для реализации собственных функций, так и для взаимного регуляторного влияния. Так, установлено, что клетки нервной ткани вырабатывают общие с иммунокомпетентными клетками факторы, оказывающие влияние на иммунную систему. В свою очередь иммунокомпетентные клетки могут синтезировать и отвечать на большинство нейропептидов, продуцируемых нервными клетками. Пептидные лиганды, осуществляющие нейроиммунное взаимодействие, имеют общие для обеих систем рецепторы [1, 2]. Показана и нейротропная активность медиаторов иммунной системы: целый ряд цитокинов (интерлейкины, интерфероны и другие) обладают способностью регулировать функции центральной нервной системы, оказывая влияние на формирование памяти, определенного стереотипа поведения, равно как и на формирование эмоциональных реакций животных и человека [1–7].

Нами изучается афферентное звено нейроиммунных взаимодействий, механизмы ответа мозга на активацию иммунной системы, участие иммуногенных факторов и клеточных элементов иммунной системы в регуляции его физиологических функций, в частности поведенческих реакций.

Актуальность и степень разработанности проводимого исследования определяется как наличием широкого спектра невротоподобных, аффективно-личностных, когнитивных и поведенческих нарушений, возникающих при вторичных иммунодефицитах вследствие повторных и хронически действующих экологических и социальных стрессоров, так и в связи с довольно активным проведением в настоящее время различных иммунотерапевтических мероприятий, в том числе и клеточной терапии при различных формах патологии.

\* Маркова Евгения Валерьевна, д.м.н., заведующая лабораторией нейроиммунологии. Телефон: +79039346786, e-mail: evgeniya\_markova@mail.ru

Ранее нами было показано, что функциональная активность иммунной системы, в частности ее клеточных элементов, связана с уровнем ориентировочно-исследовательского поведения и была продемонстрирована способность иммунокомпетентных клеток с определенными функциональными характеристиками направленно изменять параметры поведения экспериментальных животных в «открытом поле» [8, 9, 10].

**Целью** настоящего исследования было изучение влияния трансплантации иммунокомпетентных клеток, функциональная активность которых была изменена предварительной экстракорпоральной обработкой кофеином, на параметры поведения и синтез цитокинов в головном мозге животных-реципиентов с пассивным типом поведения.

В медицинской практике кофеин (и кофеинбензоат натрия) применяют при различных заболеваниях, сопровождающихся угнетением функций центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, при отравлениях наркотиками и другими ядами, угнетающими ЦНС, при спазмах сосудов головного мозга, для повышения психической и физической работоспособности, для устранения сонливости. Вместе с тем кофеин вызывает ряд побочных эффектов, как со стороны нервной системы (возбуждение, тревогу, тремор, беспокойство, головную боль, головокружение, судороги, повышение мышечного тонуса, бессонницу), так и других систем организма. Довольно опасным побочным эффектом кофеина является формирование зависимости. Наличие множественных побочных эффектов, несомненно, ограничивает возможности использования препарата, что обуславливает поиск новых способов его применения, чем и объясняется актуальность настоящего исследования.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на экспериментальных животных, в частности на мышах-самцах (СВАхС57Bl/6)F1 в возрасте 3 месяцев. Средний вес экспериментальных животных составлял 18—20 граммов. Животных содержали в условиях лабораторного вивария в клетках, по 10 особей в каждой, не менее 2 недель до начала эксперимента на стандартной диете, при свободном доступе к воде и нормальном световом режиме. Исследования проводились в соответствии с принятыми Европейской конвенцией правилами по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и иных научных целей (Страсбург, 1986) и согласно правилам лабораторной практики (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.06.2003 № 267).

*Изучение поведения животных в тесте «открытое поле».* Ориентировочно-исследо-

вательское поведение животных оценивали в тесте «открытое поле» [11]. Для этого использовалась большая прямоугольная камера размером 100x100 см с пластмассовыми стенками высотой 40 см. Полком служил лист белого пластика, на который черной краской нанесена решётка, делящая поле на 100 (10x10 см) равных квадратов. Освещение проводилось бестеневой лампой мощностью 100 Вт, расположенной на высоте 100 см над центром поля. Животное помещалось в угол камеры, при этом регистрировалась его моторная и исследовательская активность в течение 5 минут с интервалом в 1 минуту. Для каждого животного подсчитывалось число пересеченных центральных и периферических квадратов, число вертикальных стоек (свободных и с опорой на стенку поля), суммарная горизонтальная и вертикальная двигательная активность. С целью определения степени эмоциональной реактивности регистрировалось число фекальных болюсов. Все эксперименты проводились в период времени с 10 до 14 часов.

В экспериментах использовались животные, характеризующиеся пассивным типом поведения в «открытом поле».

*Выделение, культивирование и трансплантация иммунокомпетентных клеток.* Животных забивали путем цервикальной дислокации; в стерильных условиях вскрывали брюшную полость, извлекали селезенки, очищали их от соединительной ткани и помещали во флаконы с охлажденной до 4°C средой 199 (ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор») в объеме 5 мл на селезенку. Выделенные селезенки измельчали на мельчайшие кусочки при помощи ножниц. Образовавшуюся в результате измельчения суспензию клеток осторожно ресуспендировали с помощью шприца, для того чтобы распались оставшиеся скопления клеток, центрифугировали 8 минут при 150 g. После удаления надосадочной жидкости находящиеся в осадке спленоциты ресуспендировали в среде RPMI-1640. Жизнеспособность клеток определяли при помощи окраски трипановым синим.

Клетки селезенки обрабатывали *in vitro* кофеином из расчета  $15 \times 10^6$  клеток на 10 мкг, 100 мкг, 500 мкг, 1000 мкг, 2000 мкг кофеина в присутствии 3 % FCS (Hyclone) в течение 25 минут. Затем, после 3-кратного отмывания, прекультивированные с кофеином спленоциты внутривенно вводили мышам-реципиентам в концентрации  $15 \times 10^6$  клеток в объеме 0,3 мл физиологического раствора на одно животное.

В контрольной группе животных подготовка и трансплантация иммунокомпетентных клеток проводились в аналогичных условиях эксперимента, за исключением того, что последние культивировались без присутствия кофеина.

**Определение цитокинов.** Количественное содержание цитокинов определяли в образцах культуральных супернатантов трансплантируемых клеток, а также в лизатах головного мозга животных-реципиентов. Для этого спленоциты культивировали в концентрации  $2 \times 10^6$  мл в объеме 2 мл в 24-луночных планшетах для иммунологических исследований (Linbro) в полной культуральной среде, содержащей RPMI-1640, 10 % инактивированной эмбриональной телячьей сыворотки (Hyclone), 2 мМ L-глутамин (ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор»), 10 мМ HEPES-буфера (Sigma) и 80 мкг/мл гентамицина («Синтез») при добавлении к части спленоцитов (для стимуляции продукции ИФН- $\gamma$ , ИЛ-4, и ИЛ-10) конканавалина А (Pharmacia) в концентрации 5 мкг/мл, а к части (для стимуляции продукции ФНО $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-6) липополисахарида *Escherichia coli* Serotype 055:B5 (Sigma) в концентрации 10 мкг/мл.

Клетки культивировали в течение 24 часов для исследования продукции ИЛ-1 $\beta$  и ФНО- $\alpha$ ; 48 часов для ИЛ-4 и ИЛ-6 и 72 часа для исследования продукции ИФН- $\gamma$ . По окончании периода культивирования клеточную суспензию собирали, клетки осаждали центрифугированием, а культуральный супернатант использовали для исследования.

Лизаты головного мозга животных получали путем гомогенизации тканей в среде RPMI-1640 (Биолот, Россия) с добавлением 0,1 % Triton X-100 (GERBU Biotechnik GmbH), с последующим центрифугированием в течение 3 минут при 10000 об/мин. Надосадочную жидкость использовали для исследования. Содержание цитокинов в исследуемых образцах оценивали методом ИФА (ELISA) с использованием специфических компонентов к цитокинам мыши производства фирмы «R&D Systems» (Великобритания). Принцип анализа «sandwich»-вариант твердофазного трехстадийного иммуноферментного анализа на планшетах (моноклональные антитела на подложке, конъюгат поликлональных антител с биотином) по технологии, разработанной в ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия) для определения цитокинов.

**Статистическая обработка результатов.** Результаты обрабатывались с применением парного критерия Манна-Уитни (компьютерная программа Statistica 6.0). Результаты представлены в виде  $M \pm SD$ . Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Трансплантация спленоцитов, экстракорпорально обработанных кофеином, сопровождалась неоднозначными изменениями параметров ориентировочно-исследовательского поведения мышей-реципиентов в «открытом поле», характер которых определялся используемой дозой препарата (табл. 1).

Таблица 1  
Параметры ориентировочно-исследовательского поведения животных-реципиентов с пассивным типом поведения после трансплантации иммунокомпетентных клеток, прекультивированных с кофеином ( $M \pm SD$ )

	Двигательная активность					
	Горизонтальная			Вертикальная		
	периферическая	центральная	суммарная	свободная	с опорой на стенку	суммарная
0	1,9 $\pm$ 2,8	0	0,9 $\pm$ 2,8	0	0,4 $\pm$ 0,7	0,4 $\pm$ 0,7
1	72,5 $\pm$ 89,1*	0,8 $\pm$ 2,8*	73,3 $\pm$ 88,6*	3,6 $\pm$ 4,9*	0,8 $\pm$ 1,9*	4,4 $\pm$ 6,1*
2	98,5 $\pm$ 126,0*	0,2 $\pm$ 0,6	93,9 $\pm$ 127,4*	0,3 $\pm$ 0,9	2,8 $\pm$ 3,1*	3,0 $\pm$ 3,1*
3	25,5 $\pm$ 26,6*	0	25,5 $\pm$ 26,6*	0,3 $\pm$ 1,2	0,7 $\pm$ 1,2	1,0 $\pm$ 2,1
4	6,2 $\pm$ 13,9	0	6,2 $\pm$ 13,9	0,5 $\pm$ 1,2	0	0,5 $\pm$ 1,2
5	0,8 $\pm$ 2,9	0	0,8 $\pm$ 2,9	0,1 $\pm$ 0,5	0,01 $\pm$ 0,2	0,16 $\pm$ 0,68

**Примечание.** В столбце 1 приведены группы животных-реципиентов: 0 – контроль; 1 – трансплантация спленоцитов, обработанных кофеином в концентрации 10 мкг на 1 животное; 2 – трансплантация спленоцитов, обработанных кофеином в концентрации 100 мкг на 1 животное; 3 – трансплантация спленоцитов, обработанных кофеином в концентрации 500 мкг на 1 животное; 4 – трансплантация спленоцитов, обработанных кофеином в концентрации 1000 мкг на 1 животное; 5 – трансплантация спленоцитов, обработанных кофеином в концентрации 2000 мкг на 1 животное. N=29-37 – число животных в каждой группе; \* –  $p < 0,05$  по сравнению с контрольной группой животных.

Стимуляция моторного и исследовательского компонентов поведения регистрировалась после трансплантации клеток, прекультивированных с кофеином в низких концентрациях (10 мкг, 100 мкг на мышь), о чем свидетельствует повышение параметров горизонтальной и вертикальной двигательной активности реципиентов в тесте «открытое поле». При трансплантации спленоцитов, обработанных кофеином в концентрации 500 мкг на мышь, наблюдалась достоверная стимуляция только моторного компонента поведения за счет повышения показателей периферической горизонтальной двигательной активности. Трансплантация спленоцитов, обработанных кофеином в концентрации 1000 мкг на 1 мышь и выше, вызвала у реципиентов дезорганизацию указанного поведения.

Учитывая полученные результаты, в дальнейших экспериментах для обработки трансплантируемых иммунокомпетентных клеток использовалась оптимальная концентрация кофеина, стимулирующая поведение мышей-реципиентов в «открытом поле», которая составляла 100 мкг на мышь.

При трансплантации иммунокомпетентных клеток, прекультивированных с кофеином в указанной концентрации, у мышей-реципиентов, наряду с повышением параметров ориентировочно-исследовательского поведения регистрировались определенные изменения уровня про-



воспалительных цитокинов в головном мозге – снижение содержания ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$  и ИНФ- $\gamma$  (табл. 2).

Таблица 2

**Содержание цитокинов (пг/мл) в лизатах головного мозга животных-реципиентов с пассивным типом поведения после трансплантации спленоцитов, прекультивированных с кофеином (M $\pm$ SD)**

Цитокины	Группа животных-реципиентов	
	Контрольная (n=15)	Опытная (n=21)
ФНО $\alpha$	792,6 $\pm$ 22,3	530,6 $\pm$ 13,3*
ИЛ-1 $\beta$	705,8 $\pm$ 55,5	591,5 $\pm$ 73,0*
ИЛ-6	108,39 $\pm$ 11,2	102,11 $\pm$ 10,5
ИЛ-4	182,69 $\pm$ 27,2	183,21 $\pm$ 21,3
ИНФ $\gamma$	425,5 $\pm$ 65,3	307,6 $\pm$ 65,2*
ИЛ-10	366,11 $\pm$ 38,6	345,40 $\pm$ 34,1

**Примечание.** Достоверность различий: \* –  $p < 0,05$  между контрольной и опытной группами животных.

При оценке функциональной активности спленоцитов, обработанных *in vitro* кофеином в концентрации 100 мкг на мышь, было установлено, что указанное воздействие модулирует продукцию клетками цитокинов. Так, наблюдалось достоверное повышение спонтанной (6,77 $\pm$ 0,4 пг/мл и 11,91 $\pm$ 1,3 пг/мл в супернатантах спленоцитов контрольной и опытной групп соответственно;  $p < 0,05$ ) и стимулированной ЛПС продукции ФНО $\alpha$  (10,28 $\pm$ 3,0 пг/мл и 17,14 $\pm$ 4,8 пг/мл в культуральных супернатантах спленоцитов контрольной и опытной групп соответственно;  $p < 0,05$ ); а также ИЛ-6 (2,08 $\pm$ 0,3 пг/мл и 4,90 $\pm$ 2,5 пг/мл в супернатантах спленоцитов контрольной и опытной групп соответственно;  $p < 0,05$ ).

Известно, что циркулирующие цитокины способны проникать через гематоэнцефалический барьер и модулировать когнитивные функции, воздействуя на нейроны, нейрональное проведение сигнала и активность нейромедиаторных систем головного мозга. [1, 2, 4, 12, 13]. Ранее в наших исследованиях было показано, что трансплантация спленоцитов с высокой продукцией ИЛ-6 сопровождается у сингенных мышей-реципиентов стимуляцией исследовательского компонента поведения посредством усиления экспрессии гена рецептора эритропоэтина в головном мозге [8, 14].

Обсуждается, что полученный эффект может быть также следствием стимулирующего влияния указанного цитокина на активность дофаминергической системы головного мозга [1, 4, 15], равно как и его способности индуцировать в мозге синтез антагонистов рецептора ИЛ-1 и растворимого рецептора ФНО – p55 [12]. Последнее может нивелировать супрессирующий эффект на поведение реципиентов ФНО $\alpha$ , продукция которого также повышена трансплантируемыми клетками. Существенное значение в модуляции параметров ориентировочно-исследовательского поведения животных после трансплантации спленоцитов, обрабо-

танных *in vitro* кофеином, имеет и выявленное в настоящем исследовании снижение в головном мозге реципиентов локального синтеза провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$  и ИНФ $\gamma$ , оказывающих депрессивные эффекты на поведенческие реакции [1, 2, 3, 5, 15, 16].

**Заключение.** Таким образом, в настоящем исследовании продемонстрировано модулирующее влияние трансплантации иммунокомпетентных клеток, обработанных экстракорпорально кофеином, на параметры поведения экспериментальных животных с пассивным типом поведения. Стимулирующий поведение реципиентов эффект, сопровождающийся снижением содержания ряда провоспалительных цитокинов в головном мозге, достигался при трансплантации иммунокомпетентных клеток, обработанных кофеином в низкой концентрации. Можно полагать, что в качестве триггерных факторов, приводящих к изменениям функциональной активности центральной нервной системы у животных-реципиентов, при этом выступают продуцируемые трансплантируемыми клетками цитокины. По всей видимости, головной мозг реагирует на изменение цитокинового профиля на периферии и отвечает на этот стимул модуляцией собственного локального синтеза цитокинов и активности нейромедиаторных систем, следствием чего и являются регистрируемые изменения параметров ориентировочно-исследовательского поведения.

#### Литература

1. Ader Robert. Psychoneuroimmunology. – University of Chicago Press, 2007. – V. 1. – 1269 p.
2. Dantzer R. Expression and action of cytokines in the brain: mechanisms and pathophysiological implications // Psychoneuroimmunology (4-th ed.) / ed. R. Ader. – San Diego (Ca): Elsevier Academic Press, 2007. – V. 1. – P. 271–280.
3. Dantzer R. Cytokine, Sickness Behavior, and Depression // Immunol. Allergy Clin. North. Am. – 2009. – V. 29 (2) – P. 247–264.
4. Hopkins S. J. Central nervous system recognition of peripheral inflammation: a neural, hormonal collaboration // Acta Biomed. – 2007. – V. 78, N. 1. – P. 231–247.
5. Siegel A., Zalzman S. S. The Neuroimmunological Basis of Behavior and Mental Disorders // Springer Science and Business Media. – LLC, 2009. – 438 p.
6. Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Невидимова Т. И., Иванова С. А., Бохан Н. А. Клиническая психонейроиммунология. – Томск: ООО Изд-во «РАСКО», 2003. – 300 с.
7. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
8. Маркова Е. В. Механизмы нейроиммунных взаимодействий в реализации поведенческих реакций. – Красноярск: Научно-инновационный центр, 2012. – 236 с.
9. Маркова Е. В., Абрамов В. В., Козлов В. А. Регуляция ориентировочно-исследовательского поведения у животных путем трансплантации иммунокомпетентных клеток // Успехи современной биологии. – 2009. – Т. 129, № 4. – С. 348–355.

10. Markova E. V., Knyazeva M. A., Kozlov V. A. Immune parameters in mice with aggressive and depressive-like behavior // Applied and Fundamental Studies. Proceedings of the 1st International Academic Conference. – St. Louis, USA: Publishing House «Science & Innovation Center», 2012. – С. 21—27.
  11. Bures J., Buresova O., Huston J. P. Techniques and Basic Experiments for the Study of Brain and Behavior, ed. 2, revised. – Amsterdam: Elsevier Science, 1991. – 399 p.
  12. Tilg H., Trehu E., Atkins M. B., Dinarello C. A., Mier J. W. Interleukin-6 (IL-6) as an anti-inflammatory cytokine: induction of circulating IL-1 receptor antagonist and soluble tumor necrosis factor receptor p55 // Blood. – 1994. – V. 83. – P. 113—118.
  13. Kaster M. P., Gadotti V. M., Calixto J. B., Santos A. R., Rodrigues A. L. Depressive-like behavior induced by tumor necrosis factor- $\alpha$  in mice // Neuropharmacology. – 2012. – V. 62, N. 1. – P. 419—426.
  14. Маркова Е. В., Абрамов В. В., Рябичева Т. Г., Козлов В. А. Влияние трансплантации лимфоидных клеток селезенки на функциональную активность иммунной и нервной систем у экспериментальных животных // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2009. – Т. 147, № 4. – С. 435—441.
  15. Zalcman S., Green-Johnson J. M., Murray L. et al. Cytokine-specific central monoamine alterations induced by interleukin-1, -2 and -6 // Brain Res. – 1994. – V. 643. – P. 40—49.
  16. Monji A. The neuroinflammation hypothesis of psychiatric disorders // Seishin Shinkeigaku Zasshi. – 2012. – V. 114, N. 2. – P. 124—133.
- Транслитерация русских источников**
6. Semke V.Ya., Vetlugina T.P., Nevidimova T.I., Ivanova S.A., Bokhan N.A. [Clinical psychoneuroimmunology]. Publishing House RASKO, Tomsk, 2003. 300 p. (In Russ.).
  7. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
  8. Markova E.V. [Mechanisms of neuroimmune interactions in realization of behavioural reactions]. Scientific-Innovative Center, Krasnoyarsk, 2012. 236 p. (In Russ.).
  9. Markova E.V., Abramov V.V., Kozlov V.A. [Regulation of orientation-seeking behaviour in animals with use of transplantation of immunocompetent cells]. *Uspehi sovremennoj biologii* [Successes of Modern Biology]. 2009; 129, 4: 348—355. (In Russ.).
  14. Markova E.V., Abramov V.V., Ryabicheva T.G., Kozlov V.A. [Effect of transplantation of splenic lymphoid cells on functional activity of the immune and nervous system in experimental animals]. *Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny* [Bulletin of Experimental Biology and Medicine]. 2009; 147, 4: 435—441. (In Russ.).

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИТРИЯ

УДК 616.895.8-039.07:616-003.96

ББК 56.145.5+53.43+53.52

## ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕ- СКИМ РАССТРОЙСТВОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ

Розина А. С., Семке А. В.\*

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

Данная статья выполнена в рамках технологии «Персонализированная терапия на основе оценки качества жизни и адаптационных возможностей у больных шизофренией и шизотипическим расстройством». Проведено исследование влияния показателей социальной адаптации на качество жизни в процессе реабилитации пациентов с шизотипическим расстройством на стационарном этапе. **Ключевые слова:** шизотипическое расстройство, качество жизни, социальная адаптация.

**PERSONALIZED APPROACH TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER AT INPATIENT STAGE OF TREATMENT. Rozina A. S., Semke A. V. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.** This article is done with in technology "Personalized therapy based on the assessment of quality of life and adaptive capacity in patients with schizophrenia and schizotypal disorder". The effect of indicators of social adaptation on the quality of life in the rehabilitation process of patients with schizotypal disorder at inpatient stage was investigated. **Keywords:** schizotypal disorder, quality of life, social adaptation.

**Введение.** В современных условиях развития медицины становится особенно актуальна разработка новых медицинских технологий для более эффективного лечения пациентов в стационарных условиях и раннего начала психосоциальной реабилитации с учетом коморбидных факторов и рисков развития побочных явлений при длительной психофармакотерапии [1—4]. Для пациентов с шизотипическим расстройством большую эффективность демонстрирует персонализированно подобранная терапия, опирающаяся на оценку показателей качества жизни

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

Розина Елена Сергеевна, к. м. н., врач-психиатр отд. эндогенных расстройств, тел. 8(3822)738775.

пациентов и особенностей их адаптации. Формирование реабилитационных программ основывается на тщательной оценке качества жизни и социальной адаптации данной категории пациентов при поступлении в стационар и на протяжении всего лечения [5—8]. Такой подход позволяет оптимизировать оказываемую помощь и укрепить комплаентность пациента.

**Материалы и методы.** На базе клиник НИИ психического здоровья проводилось исследование показателей качества жизни и адаптационных характеристик пациентов с шизотипическим расстройством (диагностированным в соответствии с критериями МКБ-10) в ходе стационарного этапа лечения. Всего было обследовано 102 пациента. Из них мужчины составили 49,0 %, женщины – 51,0 %. Возраст больных находился в диапазоне от 18 до 50 лет. Для каждого пациента из исследуемой группы был установлен профессиональный статус на момент обследования. Большую часть группы составили учащиеся – 31,4 %, квалифицированные рабочие – 19,6 %, неработающие – 17,7 %, неквалифицированные рабочие – 14,7 %, служащие – 12,7 %. Наименьшую группу составили творческие работники – 3,9 %. Следует отметить, что среди пациентов исследуемой группы не было инвалидов по психическому заболеванию. Группу неработающих и не являющихся учащимися составили лица, находящиеся на иждивении своих родственников, пользующиеся их поддержкой.

Оценка показателей качества жизни проводилась с помощью опросника ВОЗ Качество жизни-100, ядерный модуль. Уровень адаптации больных исследовался с помощью шкалы клинических и социальных уровней адаптации, в основу которой положена методика дифференцированной оценки адаптации больных шизофренией, разработанная в отделении эндогенных психозов НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН (Логвинович Г. В., 1985, 1987). Дополнительно к полученным цифровым данным был рассчитан показатель динамики качества жизни в ходе лечения по формуле:

$$\frac{\text{качество жизни после лечения}}{\text{качество жизни до лечения}}$$

Все полученные при клиническом исследовании цифровые данные были подвергнуты статистической обработке по стандартной методике (Лакин Г. Ф., 1990).

**Полученные данные и их обсуждение.** Мы рассмотрели влияние различных социальных факторов на динамику улучшения качества жизни в процессе реабилитации. Реабилитационный процесс на стационарном этапе предполагал фармакотерапию для купирования острых состояний и дальнейшей стабилизации состояния, психотерапию, социотерапию, образовательную работу с пациентом и его семьей.

Была изучена динамика показателей качества жизни в ходе лечения у пациентов различных профессиональных групп. Наиболее выраженная динамика показателей в ходе лечения отмечалась в группе квалифицированных рабочих ( $30,74 \pm 21,08$ ) ( $p < 0,05$ ). Группа неквалифицированных рабочих продемонстрировала наименьшую динамику оценки среди всех групп в психологической сфере ( $1,79 \pm 1,07$ ) ( $p < 0,05$ ). Полученные данные демонстрируют значимость сформированного на момент лечения профессионального статуса пациента для динамики субъективной оценки состояния пациентом, то есть именно пациенты, адаптированные профессионально, более полно реагируют на проводимые реабилитационные мероприятия в плане оценки качества жизни. В то же время отсутствие определенной профессии или трудоустроенности без учета профессиональных навыков затрудняет процесс выхода пациентов из психотравмирующей ситуации, которой является временная потеря работоспособности вследствие шизотипического расстройства.

Таблица 1  
Динамика оценки качества жизни у пациентов с шизотипическим расстройством в разных профессиональных группах

Сфера жизни	Профессиональная группа					
	Не работает, не учится	Учащийся	Рабочий		Служащий	Творческий работник
неквалифицированный			квалифицированный			
1	3,80± 2,39	4,54± 1,92	*1,53± 1,04	*7,68± 3,10	4,43± 3,00	6,28± 0,49
2	2,91± 1,67	4,49± 2,16	*1,79± 1,07	5,55± 3,23	3,35± 1,32	2,65± 0,97
3	2,74± 2,88	2,59± 2,01	2,53± 1,06	*5,75± 2,57	3,23± 2,22	2,38± 0,43
4	1,39± 1,35	2,65± 1,04	1,48± 1,27	4,11± 5,20	2,20± 1,56	0,17± 0,19
5	1,76± 1,51	1,77± 1,11	0,81± 1,07	2,39± 2,50	1,93± 1,09	0,47± 0,19
6	1,44± 2,09	2,59± 2,14	1,27± 0,88	5,25± 5,44	2,69± 1,60	1,75± 0,96
7	14,03± 8,73	18,63± 5,26	9,41± 3,88	*30,74± 21,08	17,84± 4,21	13,69± 0,72
8	3,28± 3,27	4,03± 3,00	2,47± 1,36	6,10± 4,06	4,85± 2,48	1,75± 0,96

**Примечание.** В первом столбце приведены следующие показатели: 1 – физическая сфера; 2 – психологическая сфера; 3 – уровень независимости; 4 – социальные взаимоотношения; 5 – окружающая среда; 6 – духовная сфера; 7 – суммарный балл; 8 – качество жизни и здоровье.

\* –  $p < 0,05$ .

Рассматривалась динамика качества жизни в ходе лечения в зависимости от типа адаптации пациентов с шизотипическим расстройством. В исследуемой группе было выявлено 3 типа адаптации из имеющихся 4: у 61 пациента (59,8 %) обнаружен интегративный тип адаптации, у 17 (16,7 %) – экстравертный тип, у 24 (23,5 %) – интравертный.

В группе пациентов с экстравертным типом адаптации отмечалась максимальная динамика по сферам независимости ( $5,31 \pm 3,63$ ), социальных взаимоотношений ( $5,05 \pm 5,15$ ), духовной ( $5,71 \pm 5,75$ ), а также динамика суммарной оценки ( $30,06 \pm 24,67$ ) и оценки качества жизни и здоровья в целом ( $6,53 \pm 4,81$ ) ( $p < 0,05$ ). Минимальная динамика среди всех групп была выявлена в группе пациентов с интравертным типом адаптации по сфере независимости ( $2,13 \pm 2,35$ ).

Таблица 2  
Динамика качества жизни у пациентов с шизотипическим расстройством при разных типах адаптации

Сфера жизни	Тип адаптации		
	интегративный	экстравертный	интравертный
Физическая сфера	4,50±2,46	5,80±4,88	4,16±2,07
Психологическая сфера	3,39±1,95	5,35±3,68	3,74±2,02
Уровень независимости	3,20±1,74	*5,31±3,63	*2,13±2,35
Социальные взаимоотношения	1,78±1,36	*5,05±5,15	2,05±1,62
Окружающая среда	1,41±0,95	2,85±2,76	1,70±1,50
Духовная сфера	2,16±1,73	*5,71±5,75	1,92±2,28
Суммарный балл	16,45±5,77	*30,06±24,67	15,70±7,42
Качество жизни и здоровье	3,66±2,39	*6,53±4,81	3,46±2,98

**Примечание.** \* –  $p < 0,05$ .

Похожая картина выявлена при анализе показателей качества жизни после лечения в этих группах. Максимальная удовлетворенность качеством жизни среди всех групп с различными типами адаптации была обнаружена в группе пациентов с экстравертным типом адаптации по сферам социальных взаимоотношений ( $15,84 \pm 2,06$ ) и духовной жизни ( $17,41 \pm 2,45$ ) ( $p < 0,05$ ). Наименьшая удовлетворенность своей независимостью ( $13,60 \pm 2,33$ ) была характерна для группы пациентов с интравертным типом адаптации. На этом основании констатировано, что пациенты с экстравертным типом адаптации более полно оценивают свою динамику и качества жизни после лечения.

Таблица 3  
Качество жизни у пациентов с шизотипическим расстройством после лечения с разными типами адаптации

Сфера жизни	Тип адаптации		
	интегративный	экстравертный	интравертный
Физическая сфера	15,49±2,16	15,50±2,44	14,99±1,67
Психологическая сфера	13,83±2,39	15,05±2,13	13,73±2,01
Уровень независимости	15,05±2,21	16,07±1,87	*13,60±2,33
Социальные взаимоотношения	13,48±1,82	*15,84±2,06	13,58±2,23
Окружающая среда	13,53±2,17	15,02±0,84	14,08±1,92
Духовная сфера	15,23±2,49	*17,41±2,45	15,25±2,23
Суммарный балл	86,60±10,54	*94,89±8,71	85,23±9,83
Качество жизни и здоровье	13,20±3,29	*15,88±2,03	14,13±2,79

**Примечание.** \* –  $p < 0,05$ .

Таким образом, проводимые исследования влияния показателей социальной адаптации на качество жизни в процессе реабилитации пациентов с шизотипическим расстройством подтверждают влияние особенностей социальной адаптации на эффективность реабилитационных программ на стационарном этапе лечения и диктуют персонализированные подходы при выборе данных программ. Критериями оценки эффективности реабилитационного процесса выступают не только клинические показатели, но и оценка качества жизни пациентов.

### Л и т е р а т у р а

1. Корнетова Е. Г., Семке А. В., Дмитриева Е. Г., Бородюк Ю. Н., Бойко А. С. Клинические и социальные факторы риска tardивной дискинезии у пациентов с шизофренией в процессе лечения антипсихотиками // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 32–39.
2. Корнетова Е. Г., Семке А. В. Современные вопросы и перспективы изучения шизофрении с ведущей негативной симптоматикой // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. – Т. 13, № 1. – С. 5–13.
3. Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бохан Н. А. Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – Т. 1, № 6. – С. 24–30.
4. Бородюк Ю. Н., Дмитриева Е. Г., Корнетова Е. Г., Лобачева О. А., Смирнова Л. П., Паршукова Д. А., Козлова С. М., Семке А. В. Особенности адаптации больных параноидной шизофренией при нейролептической терапии с риском развития метаболического синдрома (изменение показателей липидного обмена сыворотки крови) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2. – С. 86–97.
5. Нечаева А. С. Изменение показателей качества жизни в ходе терапии пациентов с шизотипическим расстройством с преобладанием в клинической картине сенесто-ипохондрической симптоматики // Охрана психического здоровья населения России. – Томск; Кемерово : Изд-во «Иван Фёдоров», 2009. – С. 177–180.
6. Нечаева А. С. Качество жизни пациентов с шизотипическим расстройством до и после лечения в психиатрическом стационаре // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты : материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Барнаул; Томск, 2009. – С. 168.
7. Нечаева А. С., Семке А. В. Качество жизни пациентов с шизотипическим расстройством с разной фазной психопатологической симптоматикой // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5 (56). – С. 41–44.
8. Нечаева А. С. Показатели качества жизни в формировании терапевтической стратегии у пациентов с шизотипическим расстройством с преобладанием сенесто-ипохондрической симптоматики // Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты : материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – Барнаул; Томск, 2009. – С. 168–170.

### Транслитерация русских источников

1. Kornetova E. G., Semke A. V., Dmitrieva E. G., Borodyuk Yu. N., Boyko A. S. [Clinical and social risk factors of tardive dyskinesia in patients with schizophrenia during antipsychotic treatment]. *Byulleten' sibirskoy meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2015; 14, 1: 32–39. (In Russ.).
2. Kornetova E. G., Semke A. V. [Contemporary issues and perspectives on the studying of schizophrenia with negative symptoms leading]. *Byulleten' sibirskoy meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2014; 13, 1: 5–13. (In Russ.).
3. Krasilnikov G.T., Dresvyannikov V.L., Bokhan N.A. [Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 1, 6: 24–30. (In Russ.).
4. Borodyuk Yu. N., Dmitrieva E. G., Kornetova E. G., Lobacheva O. A., Smirnova L. P., Parshukova D. A., Kozlova S. M., Semke A. V. [The adaptation features of patients suffering from paranoid schizophrenia and taking neuroleptics as medication with risk of development of the metabolic syndrome (with changed lipid metabolism indicators of blood serum)]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2015; 2: 86–97. (In Russ.).
5. Nechaeva A. S. [Change of indicators of quality of life in the course of therapy of patients with schizotypal disorder with predominance of cenesthopathic-hypochondriacal symptoms in clinical picture]. In: [Mental health care for population of Russia]. Publishing House "Ivan Fedorov", Tomsk, Kemerovo, 2009; 177–180. (In Russ.).
6. Nechaeva A. S. [Quality of life of patients with schizotypal disorder before and after treatment at the psychiatric hospital]. *Psikhicheskoe zdorov'e mladogo pokoleniya: regional'nyy, sotsial'no-demograficheskiy, preventivnyy aspekty : materialy mezhtseional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem* [Mental health of young generation: regional, social-demographic, preventive aspects : materials of interregional scientific-practical conference with international participation]. Barnaul, Tomsk, 2009; 168. (In Russ.).
7. Nechaeva A. S., Semke A. V. [Quality of life of patients with schizotypal disorder with different face psychopathologic symptoms]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5 (56): 41–44. (In Russ.).
8. Nechaeva A. S. [Indicators of quality of life in formation of therapeutic strategy in patients with schizotypal disorder with predominance of cenesthopathic-hypochondriacal symptoms]. *Psikhicheskoe zdorov'e mladogo pokoleniya: regional'nyy, sotsial'no-demograficheskiy, preventivnyy aspekty : materialy mezhtseional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem* [Mental health of young generation: regional, social-demographic, preventive aspects : materials of interregional scientific-practical conference with international participation]. Barnaul, Tomsk, 2009; 168–170. (In Russ.).

УДК 616.89:614.23+159.942

ББК 56.14-329+53.435

## СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ- ИНТЕРНОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»

Алмадакова О. А. \*, Ласовская Т. Ю.,  
Зеленская В. В.

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

**Целью исследования** является изучение СЭВ у врачей-интернов по специальности «Педиатрия». 23 врача-интерна заполнили опросник Маслач, шкалу Бека, опросник В. А. Ядова, шкалу Спилбергер-Ханина, тест В. П. Дворщенко, опросник Шмишека, PSM-25. **Результаты.** Распространенность СЭВ составляет 13,0 % случаев. Средние значения: ЭИ 18,4±76,14; ДП 8,0±3,73; РПД 32,8±5,32. Средние значения психологического стресса 79,0±3,17 балла. Средние значения депрессии 6,47±5,35 балла. Достоверного нарастания значений ни по одному из изученных параметров не выявлено. Лица, имеющие в начале прохождения интернатуры сформированные фазы СЭВ, отличаются достоверно более высоким уровнем личностной тревожности, дистимных черт, дистимического личностного расстройства. Корреляционный анализ показал высокий уровень связи между компонентами СЭВ и отдельными характеристиками испытуемых. **Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, синдром эмоционального выгорания врачей-интернов, психологический стресс, удовлетворенность работой, уровень депрессии, тревожность, расстройство личности, пограничное личностное расстройство, тревожное личностное расстройство, диссоциальное расстройство личности.

**BURNOUT SYNDROME AMONG MEDICAL INTERNS IN THE SPECIALTY "PEDIATRICS".** Almadakova O. A., Lasovskaya T. Y., Zelenskaya V. V. *Novosibirsk State Medical University. Red Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation.* **The aim of the study** is to investigate burnout syndrome among medical interns in the specialty "Pediatrics". 23 medical interns completed: Maslach Burnout Inventory, Beck scales, questionnaire by V. A. Yadova, State-Trait Anxiety Inventory, V. P. Dvorshchenko's test, Shmishkek's questionnaire and PSM-25. **Results.** Prevalence of burnout is 13,0 % of cases. Mean values: emotional exhaustion 18,4±76,14; depersonalization 8,0±3,73; personal accomplishment 32,8±5,32. The mean values of psychological distress: 79,0±3,17 points. The mean values of depression: 6,47±5,35 points. No significant accumulations on any of the studied parameters were found. Persons having at the beginning of internship phases of formed burnout syndrome differ significantly by higher levels of personal anxiety, dysthymic traits, and dysthymic personality disorder. Correlation analy-

sis showed the high level of association between the components of the burnout syndrome and the individual characteristics of the subjects. **Keywords:** emotional burnout syndrome, burnout residents, psychological stress, job satisfaction, rates of depression, personal anxiety, personality disorder, borderline personality disorder, anxiety personality disorder, dissocial personality disorder.

**Введение.** В своей работе педиатры сталкиваются с детьми, страдающими хроническими заболеваниями. Они должны взаимодействовать с их родителями, которые зачастую подвержены стрессу и находятся в утомленном состоянии в связи с заболеванием ребенка. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) может оказывать отрицательное влияние на качество дорогостоящих медицинских услуг и снижать эффективность государственной системы здравоохранения [5].

Согласно приводимым M. Vatra et al. (2014) данным, распространенность СЭВ у интернов-педиатров составляет 75 % случаев [1].

J. L. Pantaleoni et al. (2014) оценивали динамику симптомов СЭВ у резидентов-педиатров в течение 2 лет. Авторами показано достоверное нарастание показателей эмоционального истощения (ЭИ) от 15,8 до 24,5 балла; деперсонализации (ДП) от 4,5 до 9,2 балла и нарастание редуции профессиональных достижений (РПД) с 40,2 до 38,3 балла [4].

Серьезным стрессовым фактором для интернов-педиатров является ситуация, связанная со смертью пациента. J. R. Serwint et al. (2002) предполагают, что педиатры нуждаются в дополнительных обучающих семинарах, на которых должны обсуждаться вопросы, связанные со смертью пациентов. Формирование дополнительных практических навыков должно касаться нескольких основных тем: сообщение родителям о смерти ребенка, обсуждение возможности донорства органов, поддержка семьи после смерти ребенка и др. [6].

B. R. Doolittle et al. (2013) провели изучение копинг-стратегий у интернов-педиатров и определили их связь с симптомами СЭВ. Показано, что достоверно более низкие значения СЭВ зарегистрированы у интернов, использующих такие копинг-стратегии, как «принятие» и «придание позитивного смысла происходящему». Высокие значения СЭВ имели респонденты, использующие копинг-стратегии «отрицание» и «самоустранение» [2].

Актуальность исследования подтверждается тем, что в России работ по изучению СЭВ у интернов-педиатров не проводилось.

**Цель исследования.** Изучение СЭВ у врачей-интернов, обучающихся по специальности «Педиатрия».

В соответствии с целью определены задачи исследования.

\* Алмадакова Ольга Александровна – аспирант кафедры клинической психологии.

Тел.: 8(383)2269831. E-mail: almadakova@bk.ru

Ласовская Татьяна Юрьевна – к.м.н., доцент кафедры клинической психологии.

Тел.: 8(383)2285069. E-mail: Las121268@mail.ru

Зеленская Вера Викторовна – д.м.н., проф. кафедры педиатрии ФПК и ППВ.

Тел.: 8(383)2291083. E-mail: v.zelenskaya@mail.ru

1. Провести изучение структуры и динамики СЭВ у врачей-интернов при прохождении интернатуры по специальности «Педиатрия».

2. Изучить уровень психологического стресса и его динамику у врачей-интернов педиатров.

3. Оценить роль личностных факторов в формировании СЭВ.

4. Изучить уровень депрессии и удовлетворенности работой в динамике и их связь с симптомами СЭВ.

5. Провести корреляционный анализ компонентов СЭВ и изучаемых параметров.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 23 врача-интерна по специальности «Педиатрия», обучающихся в Новосибирском государственном медицинском университете; все женщины (средний возраст в исследовательской выборке составил  $25,0 \pm 5,0$  года).

Синдром эмоционального выгорания изучался с помощью опросника К. Маслач, С. Джексона в модификации Н. Водопьяновой. Уровень психологического стресса оценивался с помощью опросника PSM-25. Оценка депрессии проводилась с помощью шкалы Бека. Уровень удовлетворенности работой определяли с помощью опросника В. А. Ядова. Изучение личностных особенностей респондентов проводилось с помощью диагностического теста личностных расстройств В. П. Дворщенко, опросника Шмишека, шкалы тревоги Спилбергера-Ханина. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы Statistica 10. Опросник К. Маслач, опросник PSM-25, шкала Бека и опросник оценки удовлетворенности работой по В. А. Ядову заполнялись врачами-интернами педиатрами дважды (в начале прохождения интернатуры и при ее окончании).

**Результаты исследования.** На первом этапе исследования оценивались результаты, полученные по опроснику К. Маслач.

#### Результаты по опроснику К. Маслач

Распространенность высоких значений симптомов СЭВ у врачей-интернов по специальности «Педиатрия» на начальном этапе обучения составила: ЭИ – 21,74 % случаев (5 человек); ДП – 30,43 % случаев (7 человек); РПД – 21,74 % случаев (5 человек). Распространенность высоких, средних и низких значений показана в таблице 1.

Таблица 1

#### Распространенность симптомов СЭВ у врачей-интернов по специальности «Педиатрия» при первом и повторном исследовании

Значения	Симптомы СЭВ, %					
	Первое исследование			Второе исследование		
	ЭИ	ДП	РПД	ЭИ	ДП	РПД
Высокие	21,73	30,43	21,74	34,78	43,48	43,48
Средние	43,47	39,13	52,17	30,43	34,78	34,78
Низкие	34,78	30,43	26,08	34,78	21,74	21,74

Среди выборки врачей-интернов по специальности «Педиатрия» высокие значения по всем трем составляющим СЭВ имели 8,7 % врачей-интернов (2 человек). Сочетание высоких значений эмоционального истощения и деперсонализации отмечено в 4,34 % случаев (1 человек). Сочетание высоких значений эмоционального истощения и РПД имело место в 4,34 % случаев (1 человек). Сочетание РПД и деперсонализации наблюдалось в 4,34 % случаев (1 человек).

При окончании интернатуры распространенность высоких значений симптомов СЭВ у врачей-интернов по специальности «Педиатрия» составила: ЭИ – 34,78 % случаев (8 человек); ДП – 43,47 % случаев (10 человек); РПД – 43,47% случаев (10 человек). К моменту окончания интернатуры имели высокие значения по всем трем составляющим СЭВ 13,0 % интернов (3 человека). Сочетание высоких значений эмоционального истощения и деперсонализации было выявлено в 17,39 % случаев (4 человек). Сочетания высоких значений РПД и деперсонализации имели 8,69 % интернов (2 человека). Сочетания высоких значений эмоционального истощения и РПД имели 4,34 % (1 человек).

Таким образом, к моменту окончания интернатуры распространенность высоких значений РПД врачей-интернов по специальности «Педиатрия» нарастает в 2 раза.

Были определены средние значения СЭВ при первичном исследовании: ЭИ  $18,47 \pm 6,14$  балла; ДП  $8,0 \pm 3,73$  балла; РПД  $32,8 \pm 5,32$  балла. Достоверного нарастания уровня СЭВ при первичном и повторном исследованиях врачей-интернов по специальности «Педиатрия» в динамике не выявлено (ЭИ  $20,17 \pm 7,13$  балла; ДП  $9,60 \pm 3,92$  балла; РПД  $30,86 \pm 6,66$  балла).

#### Результаты изучения уровня психологического стресса по опроснику PSM-25

Распространенность высоких значений по опроснику PSM-25 при первичном исследовании врачей-интернов по специальности «Педиатрия» составила 8,7 % (2 человека), распространенность средних значений – 26,08 % (6 человек) и низких значений уровня психологического стресса – 65,21 % (15 человек).

При повторном исследовании распространенность высоких значений не изменилась, оставаясь на прежнем уровне – 8,7 % (2 человека), распространённость средних значений составила 13,04 % (3 человека) и распространённость низких значений психологического стресса – 78,26 % (18 человек).

Средние значения по опроснику PSM-25 составили  $79,0 \pm 30,17$  и  $75,83 \pm 23,30$  при повторном исследовании. Оценка динамики уровня стресса по опроснику PSM-25 не показала достоверного нарастания значений психологического стресса.

### Результаты изучения роли личностных факторов в формировании СЭВ

Для оценки роли личностных факторов в формировании СЭВ по результатам опросника К. Маслач все респонденты были разделены на две группы. В первую группу вошли интерны с высоким уровнем всех фаз СЭВ или с двумя сформированными фазами (4 человека). Во вторую группу были включены интерны, у которых отсутствовали высокие значения по методике К. Маслач либо имелась только одна сформированная фаза (16 человек).

Выявлены достоверные различия между этими двумя группами по трем личностным характеристикам: «Дистимные черты» (по опроснику Шмишека); «Дистимическое личностное расстройство» (опросник В. П. Дворщенко); «Личностная тревожность» (шкала Спилберга-Ханина) (табл. 2).

Таблица 2

#### Достоверность различий сравниваемых групп

Личностная характеристика	Уровень СЭВ		p≤
	высокий	низкий	
«Дистимные черты»	13,08±6,22	6,83±4,21	p≤,002 (Манна-Уитни)
«Дистимическое личностное расстройство»	2,5±1,0	1,4±0,9	p≤,003 (Вальда-Вольфовица)
«Личностная тревожность»	52,6±9,52	36,6±10,0	p≤,002 (Манна-Уитни)

Таким образом, интерны, поступившие на обучение со всеми или двумя сформированными фазами СЭВ, имеют достоверно высокий уровень дистимических черт и личностной тревожности

### Результаты изучения уровня депрессии по шкале Бека

Распространенность депрессии у врачей интернов при первичном и повторном исследовании представлена в таблице 3.

Таблица 3

#### Распространенность депрессии у врачей-интернов педиатров

Критерии уровня депрессии по шкале Бека		Распространенность депрессии	
		первичное исследование	повторное исследование
0—9 баллов	Отсутствие депрессивных симптомов	73,91 % случаев (17 человек)	69,56 % случаев (16 человек)
10—15 баллов	Легкая депрессия (субдепрессия)	21,73 % случаев (5 человек)	17,39 % случаев (4 человека)
16—19 баллов	Умеренная депрессия	0 %	8,69 % случаев (2 человека)
20—29 баллов	Выраженная депрессия (средней тяжести)	4,34 % случаев (1 человек)	4,34 % случаев (1 человек)
30—63 баллов	Тяжелая депрессия	0 %	0 %

Средние значения по шкале Бека у врачей-интернов педиатров при первичном исследовании составили 6,47±5,35 балла; при повторном исследовании – 6,82±5,80 балла. Достоверного нарастания уровня депрессии в динамике не

выявлено. Таким образом, нарастание показателей происходит за счет умеренной депрессии.

### Результаты изучения уровня оценки удовлетворенности работой у врачей-интернов педиатров

Качественный анализ при первичном исследовании показал, что не вполне удовлетворены работой и крайне не удовлетворены работой 34,78 % врачей-интернов педиатров (8 человек), набрав суммарно по опроснику «Удовлетворенности работой» (В. А. Ядова) 33—60 баллов (табл. 4). При повторном исследовании оказались не вполне удовлетворены работой и крайне не удовлетворены работой 26,08 % врачей-интернов (6 человек).

Определены средние значения показателей оценки удовлетворенности работой (по опроснику В. А. Ядова): при первичном исследовании – 30,48±8,70 балла, при повторном исследовании – 28,9±7,11 балла. Достоверных различий в динамике не выявлено.

Таблица 4

#### Распространенность удовлетворенности работой

Критерии оценки уровня удовлетворенности работой		Удовлетворенность работой	
		первичное исследование	повторное исследование
15—20 баллов	Вполне удовлетворен работой	8,7 % случаев (2 человека)	17,4 % случаев (4 человека)
21—32 баллов	Удовлетворен	56,5 % случаев (13 человек)	56,5 % случаев (13 человек)
33—44 баллов	Не вполне удовлетворен	30,4 % случаев (7 человек)	21,73 % случаев (5 человек)
45—60 баллов	Крайне не удовлетворен	4,34 % случаев (1 человек)	4,34 % случаев (1 человек)

### Результаты корреляционного анализа

Корреляционный анализ показал, что ЭИ имеет средний уровень связи с личностной тревожностью (0,47), реактивной тревожностью (0,38) и со шкалами опросника Шмишека: возбуждаемым типом (0,48), дистимным типом акцентуации характера (0,48).

Выявлен высокий уровень связи между ЭИ и уровнем психологического стресса у врачей-интернов по специальности «Педиатрия» (0,53).

Корреляционный анализ между ЭИ и уровнем депрессии показал средний уровень связи с параметрами личности (0,47) (рис. 1).

Корреляционный анализ ДП со шкалами диагностического теста личностных расстройств В. П. Дворщенко показал, что высокий уровень связи выявлен между ДП и шкалами: нарциссическое личностное расстройство (0,64), пограничное личностное расстройство (0,69), диссоциальное (антисоциальное) личностное расстройство (0,58), тревожное (избегающее, уклоняющееся) личностное расстройство (0,60), дистимическое личностное расстройство (0,60).

Также выявлен высокий уровень корреляции ДП с такими параметрами, как личностная тревожность (0,50), «удовлетворенность работой»



(0,76), со шкалами опросника Шмишека: застревающим типом акцентуации (0,55) и уровнем психологического стресса (0,52).

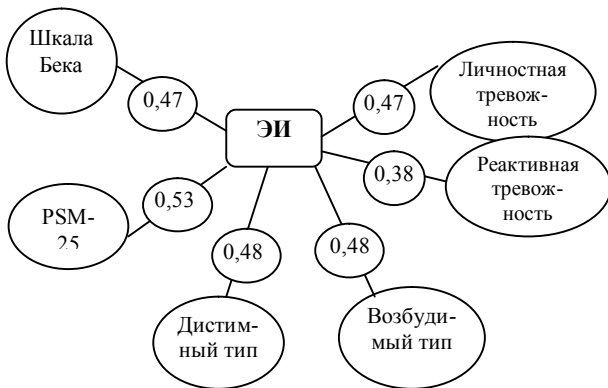


Рис. 1. Корреляционный анализ ЭИ с другими параметрами личности у врачей-интернов по специальности «Педиатрия»

Выявлен средний уровень связи ДП с реактивной тревожностью (0,42) (рис. 2).

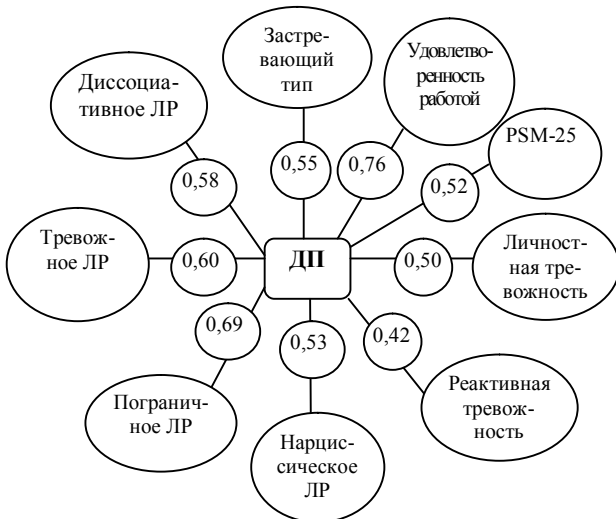


Рис. 2. Корреляционный анализ ДП с другими параметрами личности у врачей-интернов по специальности «Педиатрия»

Корреляционный анализ компонентов СЭВ со шкалами диагностического теста личностных расстройств по В. П. Дворщенко у врачей-интернов по специальности «Педиатрия» показал, что средний уровень корреляционной связи РПД выявлен с шизоидным личностным расстройством (0,33), шизотипическим личностным расстройством (0,34) и пограничным личностным расстройством (0,42).

Корреляционный анализ между показателями СЭВ и шкалами опросника Шмишека показал высокий уровень связи РПД с демонстративным типом акцентуации характера (0,55).

Корреляционный анализ показал, что компоненты СЭВ у врачей-интернов по специальности «Педиатрия» имеют высокую связь с личностными расстройствами.

Полученные данные согласуются с результатами исследований иностранных авторов [3].

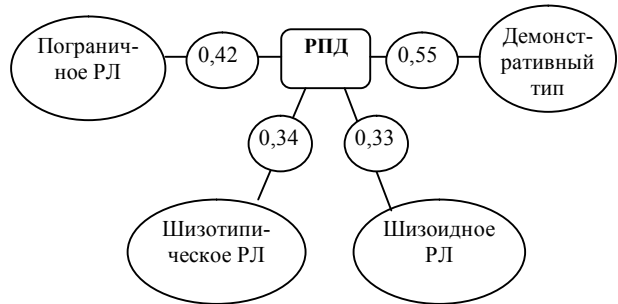


Рис. 3. Корреляционный анализ РПД с другими параметрами личности у врачей-интернов по специальности «Педиатрия»

**Заключение.** Распространенность СЭВ у врачей-интернов варьирует в пределах от 8,7 до 3,0 % случаев. Определены средние значения: ЭИ  $18,47 \pm 6,14$ ; ДП  $8,0 \pm 3,73$ ; РПД  $32,8 \pm 5,32$  балла. Определены средние значения по опросникам: PSM-25  $79,0 \pm 30,17$ ; по опроснику Ядова  $28,9 \pm 7,11$ . За период прохождения интернатуры достоверной динамики по этим параметрам не выявлено.

Показано, что лица с высоким уровнем всех фаз СЭВ или с двумя сформированными фазами имеют достоверно высокие показатели по личностным параметрам: по шкале «Дистимическое личностное расстройство» ( $p \leq 0,03$ ), шкале личностной тревожности ( $p \leq 0,02$ ). Достоверные различия выявлены по уровню выраженности дистимных черт по опроснику Шмишека ( $p \leq 0,02$ ).

При корреляционном анализе отдельных компонентов СЭВ было обнаружено, что ЭИ имеет высокий уровень связи с уровнем психологического стресса (0,53).

Корреляционный анализ ДП со шкалами диагностического теста личностных расстройств В. П. Дворщенко показал, что высокий уровень связи отмечался между ДП и следующими шкалами: нарциссическое личностное расстройство (0,64), пограничное личностное расстройство (0,69), диссоциальное (антисоциальное) личностное расстройство (0,58), тревожное (избегающее, уклоняющееся) личностное расстройство (0,60), дистимическое личностное расстройство (0,60).

Выявлен высокий уровень корреляции ДП с личностной тревожностью (0,50), «удовлетворенностью работой» (0,76), шкалами опросника Шмишека: застревающим типом акцентуации (0,55) и уровнем психологического стресса (0,52).

Корреляционный анализ между показателями СЭВ и шкалами опросника Шмишека показал высокий уровень связи РПД с демонстративным типом акцентуации характера (0,55).

**Л и т е р а т у р а**

1. *Batra M., Shugerman R. P., Whitlock K. B., Heather A., McPhillips A.* Longitudinal Study of Pediatric Resident Burnout // *Acad. Pediatr.* – 2014. – Aug. – Vol. 14 (4). – P. 6—7.
2. *Doolittle B. R., Windish D. M., Seelig C. B.* Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians // *J. Grad. Med. Educ.* – 2013. – Jun. – Vol. 5 (2). – P. 257—261.
3. *Maske U. E., Riedel-Heller S. G., Seiffert I., Jacobi F., Hapke U.* Prevalence and Comorbidity of Self-Reported Diagnosis of Burnout Syndrome in the General Population // *Psychiatr. Prax.* – 2015. – Jul. – P. 22.
4. *Pantaleoni J. L., Augustine E. M., Sourkes B. M., Bachragh L. K.* Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study // *Acad. Pediatr.* – 2014. – Mar.–Apr. – Vol. 14 (2). – P. 167—172.
5. *Reem A. Al-Youbi and Mohammed M.* Burnout Syndrome in Pediatric Practice // *Oman. Med. J.* – 2013. – Jul. – Vol. 28 (4). – P. 252—254.
6. *Serwint J. R., Rutherford L. E., Hutton N., Rowe P. C., Barker S., Adamo G.* «I learned that no death routine»: description of a death and bereavement seminar for pediatrics residents // *Acad. Med.* – 2002. – Apr. – Vol. 77 (4). – P. 287—284.

# КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89.8:613.83  
ББК 56.145.12+52.522

## КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОТРЕБИТЕ- ЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАНА- БИННОИДОВ (СПАЙСОВ)

Бохан Н. А.<sup>\*1,2</sup>, Селиванов Г. Ю.<sup>2,3</sup>

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

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

<sup>3</sup> ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России,  
психиатрическое отделение  
636070, г. Северск Томской обл., ул. Мира, 4

В статье приводятся данные, описывающие клинику психотических состояний, вызванных употреблением синтетических каннабиноидов («спайса»), приведших к госпитализации в психиатрическое отделение, а также результаты психологического тестирования, отражающие личностные изменения, наблюдаемые у пациентов в условиях стационара. Указаны варианты психофармакологического лечения описываемых психотических состояний, вызванных употреблением синтетических каннабиноидов. Установлено, что употребление может как инициировать переходящие психотические эпизоды (острая интоксикация с делирием, резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу флэшбэка, абстинентное состояние с делирием, психотическое состояние преимущественно галлюцинаторное), так и служить предрасполагающим фактором развития параноидной шизофрении, непрерывного типа течения. Употребление синтетических каннабиноидов приводит к заострению шизоидных, параноидных и психопатических черт личности, что подтверждается данными психологического исследования пациентов. Выделены 4 варианта течения опьянения, вызванного употреблением «спайса»: делириозоподобный, шизофреноподобный, с преобладанием слуховых псевдогаллюцинаций, с преобладанием бредовой симптоматики. Единовременное употребление «спайса» и алкоголя вызывает симптомы по типу артериальной гипотензии. Больных, употребляющих синтетические каннабиноиды, следует относить к разделу F12 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением каннабиноидов» (в соответствии МКБ-10), с указанием «синтетические каннабиноиды/спайс». **Ключевые слова:** синтетические каннабиноиды, «спайс», клиничко-психологическая характеристика, зависимость от синтетических каннабиноидов, шизофрения.

\* Бохан Николай Александрович, д.м.н., проф., член-корр. РАН, директор НИИ психического здоровья, руководитель отд. аддиктивных состояний. 8(3822)724015. bna909@gmail.com

CLINICAL TYPOLOGY OF PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS IN USERS OF SYNTHETIC CANNABINOIDS (SPICE). Bokhan N. A.<sup>1,2</sup>, Selivanov G. Yu.<sup>2,3</sup>. <sup>1</sup>Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. <sup>2</sup>Siberian State Medical University. Moskowski Tract 2, 634050, Tomsk, Russian Federation. <sup>3</sup>Federal State Budgetary Institution "Siberian Federal Scientific Clinical Center of Federal Medico-Biological Agency", Psychiatric Department. Mira Street 4, 636070, Seversk, Tomsk Region, Russian Federation. The article presents the data describing the clinic of psychotic states caused by use of synthetic cannabinoids ("spice"), leading to hospitalization to the psychiatric ward, and the results of psychological testing, showing personality changes, we observe in patients in the hospital. Options of psychopharmacotherapy of described psychotic states caused by use of synthetic cannabinoids are shown. It was found that use can trigger transient psychotic episodes (acute intoxication with delirium, residual and long-term psychotic states similar to flashback, withdrawal state with delirium, psychotic states, predominantly hallucinatory) and can serve as a predisposing factor for development of paranoid schizophrenia, continuous type. The use of synthetic cannabinoids ("Spice") leads to exacerbated schizoid, paranoid and psychopathic personality traits, what was confirmed by psychological examination of patients. We identified four types of the course of intoxication caused by the use of "spice": delirium-like, schizophrenia-like, with predominance of hearing pseudo/hallucinations, with predominance of delusional symptoms. One-time use of "spice" and alcohol causes symptoms similar to arterial hypotension. Patients who use synthetic cannabinoids, should be attributed to section F12 "Mental and behavioral disorders due to use of cannabinoids" (according to ICD-10), with indication "synthetic cannabinoids/spice". **Keywords:** synthetic cannabinoids, «spice», clinic-psychological characteristics, dependence on synthetic cannabinoids, schizophrenia.

**Введение.** Современная наркологическая ситуация по-прежнему сохраняет напряженный характер и характеризуется ростом коморбидных состояний, изменением структуры потребления, расширением спектра психоактивных веществ [1, 2]. Проблема психического здоровья лиц, употребляющих «дизайнерские» наркотики или «спайс», обретших свою популярность в России и странах Европы примерно в 2008 г., привлекает все большее внимание специалистов различных областей в психиатрии, наркологии и психотерапии [10]. Это обусловлено тем, что с 2009 г. в России так же стали отмечаться случаи злоупотребления, а позже и синдрома зависимости от синтетических каннабиноидов [2, 3]. Помимо того, актуальность исследования связана с тем, что в российских источниках имеется недостаточно клинических и психологических данных о зависимости от синтетических каннабиноидов. Курительные смеси на основе синтетических каннабиноидов долгое время были легальными, в последующем их химическая формула многократно изменялась [11]. Изначально представлявшие как «легальный аналог марихуаны», они свободно продавались, поскольку не были внесены в перечень наркотических веществ. Среди молодежи распространялась информация, что они легальны и безвредны (хотя опаснее конопли во много раз) [3].

Уже доказанным является не только тот факт, что употребление растительных каннабиноидов может инициировать преходящие психотические эпизоды, но и служить предрасполагающим фактором развития длительной параноидной формы шизофрении [15, 16], к чему, вероятно, могут привести и синтетические каннабиноиды, в наиболее короткие сроки. При систематическом приеме каннабиноидов различного происхождения некоторые ученые отмечают у больных выраженные нарушения памяти, развитие «амотивационного синдрома» в виде вялости, безразличия к родственникам, к своему здоровью, работе, у них резко снижается круг интересов, который в основном направлен на «добывание» наркотического препарата. Также они высказывают предположение, что при употреблении в течение 2—3 лет возникает снижение когнитивных функций, которое, в свою очередь, может трансформироваться в расстройство личности [9]. До недавнего времени больные, злоупотребляющие «спайсом», не попадали в поле зрения наркологов, и лишь последние 6 лет они начали госпитализироваться с «непонятными психозами». По данным исследования, проведенного российскими учеными, за период с 2011 по 2015 г. в мире в незаконном обороте наркотиков впервые выявлены несколько десятков синтетических каннабиноидов [4, 5, 8].

По данным Томского областного наркологического диспансера, в 2013 г. 341 пациент (35 % от общего количества пролеченных наркологических больных) был пролечен в ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» (ОГБУЗ ТКПБ) с диагнозом «Острое психотическое состояние, вызванное употреблением синтетических психостимуляторов наркотического действия». Треть из этих пациентов – 122 человека (12,5 % от общего числа пролеченных наркологических больных) были пролечены от психозов, развившихся вследствие употребления синтетических каннабиноидов («спайс»).

Для сравнения: в 2012 г. доля наркологических пациентов, пролеченных в ОГБУЗ ТКПБ по поводу употребления синтетических наркотиков, составила всего 6,27 % от общего числа наркологических пациентов. Кроме того, если в 2012 г. потребление синтетических наркотиков фиксировалось только в самых крупных городах области – Томске и Северске, то за 2013 г. 392 пациента были выявлены уже в наркологических стационарах Томской области, из них 45,1 % лечились с диагнозом «Острое психотическое состояние, вызванное употреблением синтетических психостимуляторов наркотического действия (синтетические наркотики)» [6].

В Северске первичная заболеваемость зависимостью от «спайса» (по обращаемости) составила в 2014 г. 1 на 10 тысяч жителей го-

рода, а общая заболеваемость – 4 на 10 тысяч жителей к 2014 г. Больные зависимостью от «спайса» составляют 5 % от числа всех больных, поступивших в 2014 г. в психиатрическое отделение Северска. Горожане, страдающие зависимостью от «спайса», составляют 23,6 % от числа всех страдающих различными видами зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), включая зависимость от алкоголя.

**Цель исследования:** классифицировать и описать психотические состояния, возникающие после употребления «спайса»; определить личностные изменения и вероятные последствия употребления, наблюдаемые у пациентов в условиях стационара.

**Материал и методы исследования.** Комплексное клинико-психологическое исследование проведено с участием 101 больного с зависимостью от «спайса», выявленных за второе полугодие 2014 г. и первое полугодие 2015 г. в условиях стационара психиатрического отделения ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России (г. Северск Томской области). Все пациенты состоят на наркологическом учете. Среди них 93 мужчины и 8 женщин в возрасте от 18 до 53 лет (средний возраст 27,8±7,6 года). По семейному положению в выборке преобладали холостые (58,42 % – 59), второе место занимали состоящие в браке (34,65 % – 35), последнее место занимали разведенные (6,93 % – 7), вдовцов не было. В зависимости от уровня образования выборка разделилась следующим образом: преобладающее положение заняли пациенты со средним образованием (47,52 % – 48), далее следовали больные со средним специальным образованием (37,62 % – 38) и неоконченным высшим образованием (7,92 % – 8); менее всего было пациентов с высшим образованием (6,94 % – 7). По профессиональной занятости выявлено следующее распределение: 39,60 % (40) – неработающие, 35,64 % (36) – лица с временными/сезонными заработками, 24,76 % (25) – имеющие постоянное место работы.

**Критериями включения** в группу исследования были: 1) диагноз зависимости от ПАВ, установленный согласно критериям МКБ-10; 2) наследственность больного неотягощена психопатологическими состояниями; 3) добровольное согласие на исследование; 4) достоверные результаты по Миннесотскому многофазному личностному опроснику (MMPI).

Для достижения поставленной цели использованы следующие методы и подходы: сбор анамнестических данных, клинико-психопатологическое исследование и экспериментально-психологическое тестирование (исследование эмоционально-волевой сферы и личностных особенностей) с помощью Миннесотского многофазного личностного опросника (MMPI) с последующей его интерпретацией посредством

стандартизированного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ) [7].

Статистическая обработка результатов проведена с помощью программы R для Windows. Оценку нормальности распределения полученных результатов проводили с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Достоверность различий между выборками оценивали с помощью Т-критерия Стьюдента при уровне статистической значимости  $p < 0,05$ . Данные представлены в виде среднего арифметического ( $M$ ) и ошибки среднего арифметического ( $m$ ).

**Результаты исследования и их обсуждение.** В результате исследования пациенты были разделены на 5 групп по соответствующим нозологиям, диагностируемым в ходе госпитализации: первая группа – острая интоксикация с делирием (F1x.03), в которую вошло 15,84 % (16) пациентов; вторая группа – резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу «флэшбэка» (F1x.70), в которую вошло 8,92 % (9) пациентов; третья группа – абстинентное состояние с делирием (F1x.4), в которую включено 31,68 % (32) пациентов; четвертая группа – психотическое состояние преимущественно галлюцинаторное (F1x.52), к ней отнесли 29,70 % (30) пациентов; пятая группа – параноидная шизофрения (F20.0xx), в которую вошло 13,86 % (14) пациентов.

Современные исследователи отмечают, что острые проявления воздействия синтетических каннабиноидов сходны с эффектами при употреблении каннабиса. При систематическом приеме синтетических веществ также формируются «традиционные» синдромы толерантности, психической зависимости, абстинентный синдром [12, 13, 14, 17, 18], что позволяет отнести данную патологию в соответствии с рубрификацией Международной классификации болезней 10-го пересмотра к разделу F12 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением каннабиноидов». Мы считаем важным добавить в диагнозе указание «(с употреблением синтетических каннабиноидов/спайса)», как заболевание вызванное приемом ПАВ, приведшее к госпитализации, дабы не ввести в заблуждение последующих врачей, осуществляющих курацию данного пациента.

По характеру опьянения, вызванного употреблением «спайса», больные разделены на следующие группы: делириозоподобное опьянение – 42,57 % (43), шизофреноподобное опьянение – 27,72 % (28), с преобладанием слуховых псевдогаллюцинаций – 21,78 % (22), с преобладанием бредовой симптоматики – 7,93 % (8).

Выявлены отличительные особенности каждой обнаруженной в ходе исследования нозологической категории.

Так, **острая интоксикация с делирием** (F12.03) у больных первой группы характеризовалась дереализацией, метаморфопсиями, различными зрительными галлюцинациями, как правило, угрожающего характера, на фоне которых формировались неструктурированные бредовые построения персекуторного характера. При всем этом больные были ориентированы в календарной дате и ситуации, но хотя и сообщали, где они находятся, в то же время сомневались в своем представлении. Внимание их было рассеянным, неустойчивым, наблюдались расстройства мышления в виде тахифрени, ментизмов, нередко переходящих в со скальзывания и крайне редко доходящих до элементов шизофазии. Личность больных этой группы характеризуется своеобразием мотивов поведения и высказываний, импульсивностью, затруднением социализации, снижением продуктивности, независимым «бунтарским» поведением, неприемлемостью к ситуациям с повышенной дисциплинарной требовательностью, независимо от уровня интеллекта. Так же характеризуется плохой, неустойчивой социальной адаптацией в связи с «неровным», агрессивным поведением и антисоциальными тенденциями или асоциальными позициями. Переживания таких больных аффективно насыщены. Нередко возникают идеи отношения. Их можно охарактеризовать как психопатов из круга неустойчивых. Вышеуказанные личностные характеристики были подтверждены посредством профиля MMPI (4,6,8/-3,5,7,9), характеризующего эту группу больных (табл. 1; рис. 1). Состояние их купировалось после внутримышечного введения нейролептика и транквилизатора, через 1—2 часа. В последующем пациентам проводилась дезинтоксикационная терапия с транквилизаторами.

**Резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу «флэшбэка»** (F12.70), у пациентов второй группы возникали после спонтанного прекращения употребления. Обычно через 1,5—2 месяца воздержания от наркотизации. Состояния характеризовались невербальными и вербальными псевдогаллюцинациями, неструктурированными бредовыми построениями отношения и персекуторного характера, формальными расстройствами мышления в виде непоследовательности, резонерства, паралогий, ментизмов с элементами со скальзывания, а также с частичными нарушениями ориентировки в календарной дате. Личность таких больных характеризуется причудливостью психических переживаний, болезненным слабоумием, трудностью социальной адаптации, склонностью к внешнеобвиняемым реакциям, «застреванием» на негативных переживаниях. Пережитый опыт ничему не обучает этих личностей. Межличностные отношения организуются и

выстраиваются ими на базе некорректируемых концепций. Идеи часто носят бредовый, сверхценный характер. Вышеуказанные личностные характеристики подтверждены посредством профиля ММРІ (4,6,8/-3,5,7,9), характеризующего эту группу больных (табл. 1; рис. 1). Состояние купировалось после внутримышечного введения нейролептика и транквилизатора, в последующем проводилась дезинтоксикационная терапия с транквилизаторами и пероральным назначением нейролептиков, все патологические симптомы окончательно редуцировались в течение 4 суток.

**Абстинентное состояние с делирием (F12.4)** у больных третьей группы возникало на 3—4-й день после прекращения приема. В его структуре ведущим был абстинентный синдром, к нему присоединялась инсомния. В дальнейшем нарастала тревога, планомерно переходящая в синдром делирия (в отличие от алкогольного, возникающий в любое время суток). В структуру его входят дезориентированность в календарном времени и в местонахождении, зрительные и вербальные галлюцинации угрожающего, комментирующего характера, неструктурированные бредовые построения персекуторного характера, отвлекаемость, рассеянность внимания, бради- и тахифрения на фоне выраженного психомоторного возбуждения. Личность пациентов этой группы характеризуется неспособностью правильно организовать и контролировать свои контакты. Такие больные непредсказуемы, неожиданны в поступках. В результате недоразумений, неспособности четко осознавать социальную норму и за счёт своеобразного подхода к ситуации эти личности могут совершать асоциальные поступки. У них нарушена социальная адаптация. Установки их эгоцентричны. Наблюдается избыточный критицизм в отношении мнения окружающих. Вышеуказанные личностные характеристики подтверждает профиль ММРІ (4,6,8/-3,5,7,9), характеризующий эту группу больных (табл. 1; рис. 1). Состояние купировалось через 4—6 дней, после парентерального назначения нейролептиков и транквилизаторов однократно, с последующей дезинтоксикационной терапией с транквилизаторами.

**Психотическое состояние преимущественно галлюцинаторное (F12.52)** у пациентов четвертой группы возникало схоже с вышеописанным, как правило, через 3—4 дня воздержания от употребления ПАВ, в любое время суток, первоначально возникла инсомния, далее развивалась тревога, в последующем переходящая в вербальные галлюцинации различного характера, на фоне которых возникали неструктурированные бредовые построения отношения, персекуторного характера и расстройства мышления в виде брадифрении. Личность больных с данным заболеванием характеризу-

ется плохой, неустойчивой социальной адаптацией, нарушением адекватного эмоционального реагирования, инфантильностью установок. Поступки таких личностей непрогнозируемые. В отношениях с людьми они амбивалентны, что проявляется то в чрезмерном дружелюбии к окружающим, то в неоправданной враждебности. Вышеуказанные личностные характеристики подтверждает профиль ММРІ (4,6,8/-3,5,7,9), характеризующий эту группу больных (табл. 1; рис. 1.). Состояния купировались после аналогичных назначений, в течение 3—4 суток.

Таблица 1  
Показатели теста ММРІ у больных с зависимостью от синтетических каннабиноидов («спайса»)

Шкала ММРІ	Группы исследования (Диагнозы по МКБ 10)				
	F1x.03 (16)	F1x.70 (9)	F1x.4 (32)	F1x.52 (30)	F20.0xx (14)
Показатели шкал ММРІ (Т-баллы) M±m					
1. Hs	58,18±1,14	55,67±2,20	55,63±1,75	62,83±2,86	66,36±5,09
2. De	64,81±2,84	65,67±2,68	58,19±1,26	57,20±2,46	68,71±4,31
3. Hy	56,56±0,89	52,00±2,65	55,19±1,20	57,07±2,17	59,79±3,28
4. Pd	76,87±1,58	74,33±1,30	83,13±1,70	76,03±1,99	75,64±2,17
5. Mf	49,06±2,65	49,67±0,16	55,81±1,09	52,70±1,22	53,07±1,95
6. Pa	74,31±1,02	77,67±0,60	79,44±0,90	71,63±2,20	84,07±3,73
7. Pt	59,38±1,11	49,33±1,45	57,56±1,76	62,30±1,60	69,42±4,07
8. Sch	72,63±1,57	81,67±2,20	85,13±1,49	80,70±2,78	88,71±4,40
9. Ma	52,69±2,59	55,33±0,17	63,13±1,95	61,07±2,57	69,43±3,83
0. Si	60,69±1,22	56,67±4,10	57,03±0,98	53,50±1,30	56,43±2,37

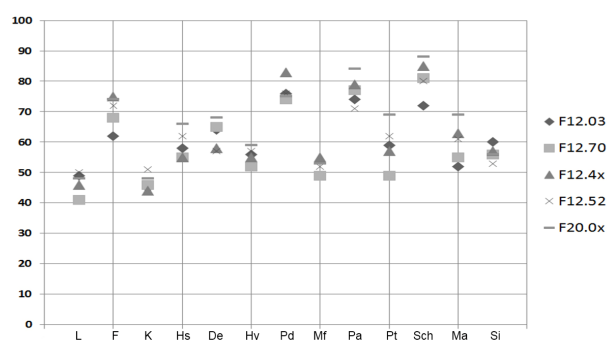


Рис. 1. Результаты теста ММРІ по исследуемым группам заболеваний у больных с зависимостью от синтетических каннабиноидов («спайса»)

**Дебют параноидной шизофрении (F20.0xx)** у больных пятой группы, как представляется нам, был последствием «каталитического» воздействия синтетических каннабиноидов («спайс»), ввиду того, что наследственность респондентов не была отягощена психотическими состояниями и эпизодами наркотизации. В дебюте состояние характеризовалось синдромом Кандинского-Клерамбо, вклю-

чающим в себя слуховые псевдогаллюцинации императивного, комментирующего характера, зрительные галлюцинации, психические и моторные автоматизмы, выраженные парафренические бредовые построения (мессиянства, одержимости, сверхспособностей, персекуторного характера), расстройства мышления в виде резонерства, паралогий, амбивалентности, символизма, тахифрени, преходящей в ментизмы, доходящие до соскальзываний, на фоне эмоциональной лабильности. Течение заболевания носило непрерывный характер, ремиссии были краткосрочны, от 1 до 3 месяцев. Нередко больные продолжали употреблять «спайс», что вновь провоцировало продуктивную симптоматику, приводящую к госпитализации в психиатрическое отделение. Личность больных с данной нозологией характеризуется внутренней напряженностью, хронически существующим чувством душевного дискомфорта, выраженными трудностями в интерперсональных отношениях, повышенной активностью, своеобразием психических переживаний, высказываний и модуса поведения. Помимо того, в их поведении наблюдаются агрессивные тенденции. Контакт с реальностью у таких личностей утрачен. Идеи зачастую носят бредовый, сверхценный характер. Вышеуказанные личностные характеристики подтверждает профиль ММРП (4,6,8/3,5,7,9), характеризующий эту группу больных (табл. 1; рис. 1). В схеме лечения использовались типичные и атипичные нейролептики (азалептин, рисполепт), нейролептики пролонгированного действия (клопиксол-депо, галоперидол-деканоат, сенорм, модитен-депо).

**Заключение.** Проведенное исследование лиц, страдающих зависимостью от употребления синтетических каннабиноидов («спайса»), выявило следующее.

Употребление может как инициировать преходящие психотические эпизоды (острая интоксикация с делирием, резидуальные и отсроченные психотические состояния по типу «флэш-бэка», абстинентное состояние с делирием, психотическое состояние преимущественно галлюцинаторное), так и служить предрасполагающим фактором развития параноидной шизофрении, непрерывного типа течения.

Употребление синтетических каннабиноидов («спайс») приводит к «заострению» шизоидных, параноидных и психопатических черт личности, которые характеризуются трудностью социальной адаптации, утратой контакта с реальностью, своеобразием восприятия и модуса поведения, потерей продуктивности, тревожностью и вспышками агрессивности, их внутренние побуждения вытекают из сверхценных идей, поступки непрогнозируемы, а пережитый опыт не обучает, что подтверждается данными психологического исследования.

С клинических позиций оправдано выделение как минимум четырех вариантов течения опьянения, вызванного употреблением «спайса»: делириозоподобного, шизофреноподобного, с преобладанием слуховых псевдогаллюцинаций, с преобладанием бредовой симптоматики. Представляется целесообразным вынести для обсуждения клиницистов вопрос о возможности дополнительного использования уточняющего указания «синтетические каннабиноиды/спайс» при отнесения больных, употребляющих синтетические каннабиноиды, к разделу МКБ-10 F12 «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением каннабиноидов».

### Литература

1. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
2. Бохан Н. А., Благоев Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
3. Бохан Н. А., Кривулина О. Е., Кривулин Е. Н. Клинико-динамические особенности зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1 (82). – С. 36–39.
4. Головки А. И., Головки С. И., Леонтьева Л. В., Баринов В. А., Башарин В. А., Бонитенко Е. Ю., Иванов М. Б. Биологическая активность синтетических каннабиноидов, впервые выявленных в незаконном обороте за период 2011–2013 гг. // Наркология. – 2013. – № 10. – С. 73–84.
5. Головки А. И. и др. Дизайнерские наркотики. Классификация, механизмы токсичности // Наркология. – 2015. – № 8. – С. 69–85.
6. Редченкова Е. М., Буторин И. Ю. Распространенность наркологических расстройств Томской области: методическое пособие, рекомендуемое для специалистов, работающих в сфере профилактики наркологических заболеваний. – Томск, 2014. – С. 8–21, 28–35, 48–60.
7. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ): практическое руководство к традиционному и компьютерному вариантам теста. – М.: Боргес, 2009. – 256 с.
8. Софронов Г. А., Головки А. И., Баринов В. А., Башарин В. А., Бонитенко Е. Ю., Иванов М. Б. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы // Наркология. – 2012. – № 10. – С. 97–110.
9. Чухловина М. Л. Когнитивные нарушения у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Вып. 6. – С. 83–85.
10. Шагиахметов Ф. Ш., Шамакина И. Ю. «Дизайнерские» наркотики: стимуляторы и эйфоретики // Вопросы наркологии. – 2015. – № 1. – С. 117–135.

11. Fernandez-Ruiz J., Moreno-Martet M., Rodriguez-Cueto C., Palomo-Garo C., Gomez-Carias M., Valdeolivas S., Guaza C., Romero J., Guzman M., Mechoulam R., Ramos J. A. Prospects for cannabinoid therapies in basal ganglia disorders // *British Journal of Pharmacology*. – 2011. – Vol. 163, № 7. – P. 1365–1378.
12. Huffman J. W., Thompson A. L. S., Wiley J. L., Martin B. R. Synthesis and pharmacology of 1-Deoxy Analogs of CP-47,497 and CP-55,940 // *Bioorganic & Medicinal Chemistry* – 2008. – Vol. 16 (1). – P. 322–335.
13. Justinova Z., Panillio L. V., Goldberg S. R. Drug addiction // *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. – 2009. – Vol. 1. – P. 309–3468.
14. Little P. J., Compton D. R., Mechoulam R., Martin B. R. Stereochemical effects of 11-OH-delta 8-THC-dimethylheptyl in mice and dogs // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. – 1989. – Vol. 32, № 3. – P. 661–666
15. Mechoulam R., Feigenbaum J. J., Lander N., Segal M., Jorbe T. U., Hiltunen A. J., Consroe P. Enantiomeric cannabinoids: stereospecificity of psychotropic activity // *Experientia*. – 1988. – Vol. 44, № 9. – P. 762–764.
16. Muller H., Sperling W., Kohrmann M., Huttner H. B., Kornhuber J., Maler J. M. The synthetic cannabinoid Spice as a trigger for an acute exacerbation of cannabis induced recurrent psychotic episodes // *Schizophrenia Research*. – 2010. – Vol. 118, № 1. –3. – P. 309–310.
17. Van der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of Spice // *Schizophrenia Research*. – 2011. – Vol. 130, № 1–3. – P. 285–286.
18. Wiley J. L., Compton D. R., Dai D. et al. Structure-activity relationships of indole- and pyrrole-derived cannabinoids // *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. – 1998. – Vol. 285 (3). – P. 995–1004.
7. Sobchik L.N. [Standardized multi-factor method of the investigation of the personality (SMIP): practical guide to traditional and computer variants of the test]. Borges, Moscow, 2009; 256 p. (In Russ.).
8. Sofronov G.A., Golovko A.I., Barinov V.A., Basharin V.A., Bonitenko E.Yu., Ivanov M.B. [Synthetic cannabinoids. State of the problem]. *Narkologija* [Narcology]. 2012; 10: 97–110. (In Russ.).
9. Chukhlovina M.L. [Cognitive impairments in psychoactive drug addicts]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni C. C. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2015; 6: 83–85. (In Russ.).
10. Shagiakhmetov F.Sh., Shamakina I.Yu. ["Designer" drugs: stimulants and euphorics]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2015; 1: 117–135. (In Russ.).

#### Транслитерация русских источников

1. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (In Russ.).
2. Bokhan N.A., Blagov L.N., Kurgak D.I. [Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of the double diagnosis]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012; 112, 5-2: 17–24. (In Russ.).
3. Bokhan N.A., Krivulina O.E., Krivulin E.N. [Clinical-dynamic traits of synthetic cannabinoid dependence in adolescents]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 1(82): 36–39. (In Russ.).
4. Golovko A.I., Golovko S.I., Leontieva L.V., Barinov V.A., Basharin V.A., Bonitenko E.Yu., Ivanov M.B. [Biological activity of synthetic cannabinoids first time identified in illegal drug trafficking for the period of 2011–2013]. *Narkologija* [Narcology]. 2013; 10: 73–84. (In Russ.).
5. Golovko A.I. et al. [Designer drugs. Classification, mechanisms of toxicity]. *Narkologija* [Narcology]. 2015; 8: 69–85. (In Russ.).
6. Redchenkova E.M., Butorin I.Yu. [Prevalence of narcological disorders in the Tomsk Region: guidance manual recommended for specialists working in the area of prevention of narcological diseases]. Tomsk, 2014; 8–21, 28–35, 48–60. (In Russ.).



УДК 616.89-008.441.13  
ББК 56.145.12+52.522.2

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНУТРИ- ВЕННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ СИН- ТЕТИЧЕСКИХ СТИМУЛЯТОРОВ

Сахаров А. В.<sup>\*1</sup>, Краузе Л. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Читинская ГМА Минздрава России  
672090, г. Чита, ул. Горького, 39-а

<sup>2</sup> ГУЗ Краевой наркологический диспансер  
Забайкальского края  
672000, г. Чита, ул. Верхоленская, 1

В России в последние годы наметилась серьезная тенденция изменения наркологической ситуации, связанная с ростом потребления дизайнерских наркотиков. Типичными представителями этой группы веществ являются синтетические стимуляторы, один из которых – метилendioхипировалерон (МДПВ). При этом все более широкое распространение принимают случаи парентерального использования данного наркотика. В связи с этим описан клинический случай формирования психической и физической зависимости от метилendioхипировалерона, используемого внутривенно. Отмечены эффекты интоксикации данным веществом, быстрый рост толерантности и высокая прогрессивность развития зависимости. **Ключевые слова:** клинический случай, метилendioхипировалерон, МДПВ, «соль», синтетические стимуляторы.

**CLINICAL CASE OF INJECTING SYNTHETIC STIMULANTS. Sakharov A. V.<sup>1</sup>, Krause L. A.<sup>2</sup>** <sup>1</sup> Chita State Medical Academy. Gorky Street 39-a, 672090, Chita, Russian Federation. <sup>2</sup> Regional Narcological Dispensary. Verkholenskaya Street 1, 672000, Chita, Russian Federation. In Russia in recent years there has been a serious trend of change of drug abuse situation associated with increased use of synthetic drugs. Typical representatives of this group of substances are synthetic stimulants, one of which is methylenedioхипyrovalerone (MDPV). Currently, cases of parenteral use of this substance are widely prevalent. In this regard, a case of forming the mental and physical dependence on methylenedioхипyrovalerone used intravenously has been described. Effects of intoxication with the substance, the rapid increase in tolerance and high progressive development of addiction have been noted. **Keywords:** clinical case, methylenedioхипyrovalerone, MDPV, "salt", synthetic stimulants.

В настоящее время как во всём мире, так и в России наблюдается не только высокая распространенность потребления психоактивных веществ, но и отмечается изменение структуры используемых средств [1, 7, 10—14]. Основные тенденции заключаются в следующем: регистрируется отчетливое снижение потребления алкоголя и применения препаратов опийной группы [2, 3]; сохраняется высокий уровень использования производных конопли

(при этом имеются региональные и этнотерриториальные особенности) [11, 12]; наметилась тенденция к замене классических наркотиков синтетическими (в первую очередь синтетическими каннабиноидами и стимуляторами) [4, 6]; рост популярности среди молодежи использования ненаркотических лекарственных препаратов в заведомо высоких дозировках с целью получения того или иного эффекта ввиду их доступности [5, 8, 9]. Примером таких препаратов являются холинолитики, некоторые транквилизаторы, ГАМК-агонисты, миорелаксанты (например, тропикамид, триган-Д, цикломед, баклофен, прегабалин – Лирика). Еще одной особенностью последних лет стал небывалый рост интоксикационных и абстинентных психозов у потребителей психоактивных веществ, как наркотических, так и ненаркотических [7—9].

Со всеми перечисленными тенденциями стали сталкиваться врачи психиатры и наркологи Забайкальского края, что послужило предметом описания клинических особенностей формирования зависимости и психотических расстройств у пациентов, обращающихся за медицинской помощью после потребления «новых» ПАВ [8, 9]. При этом в 2014—2015 гг. мы начали наблюдать еще одну особенность изменения наркологической ситуации – рост числа случаев парентерального использования синтетических стимуляторов, так называемых солей как молодыми людьми, так и наркоманами с большим стажем употребления опиатов в анамнезе (хотя ранее ведущим способом их использования было курение, реже прием перорально или интраназально). В результате, стали все чаще встречаться интоксикационные психозы, передозировки и абстинентные состояния у данной категории лиц. Поэтому можно с уверенностью говорить о росте нового вида парентерального использования наркотиков. В специализированной литературе последних лет нам не встретилось подробного описания данных случаев. В этой связи интерес представляет клинический случай пациента с зависимостью от метилendioхипировалерона (МДПВ; 3,4-methylenedioхипyro-valerone; MDPV), сформированной при внутривенном его употреблении.

**Клинический случай.** Пациент, 28 лет, неработающий житель Читы, был госпитализирован в августе 2015 г. в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» Забайкальского края в сопровождении сотрудников полиции.

**Анамнез жизни.** Житель Забайкальского края. Наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом отца. Был единственным ребенком в полной семье, от первого брака обоих родителей. Беременность матери протекала без особенностей, роды в срок без осложнений. Развивался удовлетворительно, говорить и ходить начал вовремя. Детский сад посещал.

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

Краузе Лилия Андреевна, врач психиатр-нарколог отделения № 2. Тел.: 89644601305. E-mail: alurien@mail.ru

Характер отношений с родителями уточнить не может, так как отец был неоднократно судим, долго находился в местах лишения свободы. После освобождения был убит. Воспитывался матерью и её сожителем, у которых были «непростые» отношения. Когда пациенту было 10 лет, сожитель убил мать, после чего опекуном пациента стала родная тетя, которая «воспитывала строго». Отношения с ней расценивает в целом как хорошие. В школу пошел с 7 лет, учился плохо, многие предметы давались тяжело. При этом и сам не хотел учиться, пропускал занятия, были побеги из дома. Дублировал 3-й и 5-й классы. Со слов пациента, благодаря тете окончил 9 классов и сразу же поступил в профессиональное училище, в котором прошел программу 11 классов и получил специальности слесаря и электрика. Имел много друзей. Служил в армии. В дальнейшем работал разнорабочим, грузчиком, сварщиком, установщиком окон. С ноября 2014 г. нигде не работает, что объясняет потреблением наркотиков. 4 года жил в гражданском браке, детей нет. С 2014 г. вновь живет с тетей, которая «переживает за него, пытается устроить на работу». Чем занимался с ноября 2014 г. и откуда берет деньги на проживание – сообщать отказывается. Известно, что подозревается в хранении и распространении синтетических наркотиков, в настоящее время находится под следствием. Снохождение, сноговорение, энурез отрицает. Черепно-мозговых травм не было. Жару, духоту переносит хорошо. Из хронических заболеваний отмечает хронический вирусный гепатит С.

Курит сигареты с 12 лет по настоящее время, до 1 пачки в день. Алкогольные напитки начал употреблять с 15 лет. Выпивал, со слов, очень редко до 19 лет, преимущественно пиво. После возвращения со службы из армии употребление стало носить эпизодический характер в компаниях друзей до 1 раз в месяц, предпочитал водку, максимальная доза составляла до 250—300 мл за вечер, ее прием вызывал кратковременную эйфорию; на следующий день состояние было удовлетворительным. В последний год спиртные напитки не употреблял вообще, дату последнего употребления не помнит. Признаков зависимости не выявлено.

В 17 лет попробовал азалептин, предложили друзья, ощущения не понравились, как «придавило», дальнейшее употребление отрицает. В 20 лет (2006 г.) один раз попробовал героин внутривенно. Точную дозу и ощущения описать затрудняется. Со слов понравилось, но употреблять дальше побоялся. В 25 лет (2011 г.) пробовал однократно дезоморфин, кустарно приготовленный из таблеток коделака. Свои ощущения описать отказывается. Не стал употреблять дальше, так как «близкий друг умер от этого наркотика».

В 26 лет (2012 г.) попробовал курить гашиш в компании друзей. При первом же употреблении испытал чувство «расслабления, затем повышение настроения, прилив сил». Курил производные конопли на протяжении 1,5 лет систематически, до нескольких раз в месяц, папиросу выкуривали на нескольких человек; ощущения оставались такими же. Признаков зависимости не выявлено. Последнее употребление гашиша в начале 2015 г.

В 27 лет (сентябрь 2014 г.) пробовал прегаблин (Лирика), принял сразу 4 таблетки, испытал чувство расслабления, сонливость. Ощущения не понравились, дальнейшее употребление отрицает.

*Анамнез заболевания.* В 27 лет (летом 2014 г.) впервые попробовал курить синтетический наркотик «соль», предложил друг. Доза была «маленькой». Первые ощущения сразу понравились: испытывал чувство радости, «прилив сил, сексуальное возбуждение», «хотелось говорить, двигаться». При этом отмечал усиленное сердцебиение, сухость во рту, небольшое головокружение. Такие переживания длились несколько часов. Последовавшую ночь не спал, наутро резко снизилось настроение и пропал аппетит, не мог «ничего делать». Со слов, состояние нормализовалось только через сутки.

Второй раз принял «соль» в сентябре 2014 г. уже внутривенно в компании друга. Испытал сразу очень интенсивные ощущения, появился «какой-то привкус во рту – спирта и гари», сильное сердцебиение, «стало хорошо», потом возникло «сильное возбуждение». Переживания были аналогичны таковым, как при курении, но оказались существенно сильнее, а длились меньше – всего около 30 минут. Третий раз употребил данный наркотик в тот же день снова внутривенно: развел порошок «водой из-под крана и ввел в вену». Не спал ночь совсем. На следующие сутки «появилась депрессия, какие-то страхи», постепенно («за пару дней») состояние нормализовалось. В дальнейшем до ноября 2014 г. прием отрицает, так как не мог найти наркотик.

С ноября 2014 г. возобновил наркотизацию, она сразу приняла систематический ежедневный характер до 4 раз в сутки внутривенно. Такая частота сохранялась до момента обращения за медицинской помощью, что было возможно ввиду получения пациентом доступа к поставкам «солей» и их распространению через интернет. Ощущения при использовании данного наркотика оставались такими же, но для их поддержания потребовалось увеличивать дозу: в результате толерантная доза возросла примерно в 3—4 раза за 6 месяцев. Описывает сильную «тягу» к наркотическому препарату, попыток отказа самостоятельно не предпринимал.

Было несколько кратковременных эпизодов вынужденного воздержания от данного психоактивного вещества, в результате нарушался сон, было «очень плохо, мучила депрессия», возникало непреодолимое желание «уколоться», интенсивный страх, «ощущение, что кто-то находится рядом». При этом «как бы не чувствовал сердце», немного «трясло», испытывал головокружение. За весь период употребления метилendioксипировалерона серьезно похудел, на сколько килограммов, уточнить затрудняется.

Последнее употребление за 2 дня до поступления. Был задержан по подозрению в хранении и распространении синтетических наркотиков, доставлен из изолятора временного содержания в сопровождении сотрудников полиции ввиду ухудшения состояния: постоянно лежал, жаловался, что «в животе все переворачивается, останавливается сердце». Обратился за наркологической помощью впервые, получено согласие на лечение.

При поступлении был неопрятен. Внешне несколько заторможен, крайне астенизирован, старался постоянно лечь на кушетку. Движения замедленные. Сознание ясное. Ориентирован верно, в полном объеме. На вопросы отвечал тихим голосом, медленно, после паузы. Многие данные анамнеза не раскрывал в полном объеме, ответы носили односложный и формальный характер. Мышление было замедлено по темпу, внимание неустойчивое. Расстройства восприятия отсутствовали. Суицидальные, бредовые идеи не высказывал. Интеллект соответствовал возрасту и полученному образованию, при этом суждения несколько примитивные. Был сосредоточен на состоянии своего здоровья. Не скрывал желание употребить «соль». Эмоционально был маловыразителен, мимика бедная; фон настроения снижен. Неврологически отмечался горизонтальный нистагм, с поддерживкой стоял в позе Ромберга, координационные пробы выполнял с существенной интенцией. Соматическое состояние расценено как удовлетворительное.

Были назначены инфузионная терапия, витаминотерапия, транквилизаторы. В отделении первую ночь не спал, был астенизирован, большую часть времени лежал на кровати. Жаловался на «некоторую тревожность», «неприятные ощущения в теле», которые прояснить был не в состоянии. За 4 дня стационарного лечения состояние значительно улучшилось, сон нормализовался, настроение улучшилось. Сохранялась только незначительная астеническая симптоматика. За время наблюдения режим не нарушал, лечение принимал, влечение к психоактивным веществам отрицал. Сожалел о приеме наркотиков.

Был выписан в удовлетворительном состоянии в сопровождении сотрудников полиции для продолжения следственных действий. Рекомендовано наблюдение у нарколога, включение в реабилитационные программы.

**Результаты анализов.** ОАК, ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови при поступлении: АЛТ 265 Ед/л, АСТ 150 Ед/л, ГГТП 196 Ед/л. RW, ВИЧ – отрицательные. ФЛГ – без патологии. Моча на ХТИ – обнаружен метилendioксипировалерон. ЭКГ при поступлении: ритм синусовый.

Терапевт: Токсический гепатит. ХОБЛ, смешанный вариант, средней степени тяжести. Невролог: Энцефалопатия токсического генеза. Окулист: Патологии не обнаружено.

Таким образом, на основании использованных анамнестических и клинических методов обследования был выставлен диагноз: Синдром зависимости от стимуляторов (метилendioксипировалерон), II стадия. Синдром отмены неосложненный (F15.302). Употребление каннабиноидов с вредными последствиями (F12.1).

**Анализ клинического случая.** Наследственность пациента отягощена алкоголизмом отца. Беременность, роды и раннее развитие без особенностей. Воспитывался в неблагополучной семье в условиях безнадзорности, что, как можно предполагать, в дальнейшем повлияло на формирование личности пациента.

Несмотря на отсутствие ярко выраженных личностных особенностей, тем не менее обращает на себя внимание раннее формирование поискового поведения: курение с 12 лет, сразу систематически; пробы алкоголя и его эпизодическое употребление с 15 лет; пробы различных лекарственных препаратов, обладающих психоактивными свойствами, с 17 до 27 лет; пробы опиатов с 20 лет; систематическое употребление каннабиноидов с 26 лет. Во всех случаях предложение делали «друзья», такая подержанность пациента влиянием извне свидетельствует о преобладании в структуре его характера неустойчивых черт [5]. Невысокий образовательный уровень пациента связан с преобладанием субмиссивной и гедонистической мотиваций потребления психоактивных веществ (в исследованиях, проведенных среди учащихся и студентов, ведущее значение установлено для атарактической мотивации, не актуальной в данном случае) [5].

В настоящее время курит, эпизодически употребляет спиртные напитки, систематически употребляет производные конопли, иногда принимает прегабалин.

Особенностью описываемого клинического случая является формирование у пациента синдрома зависимости от синтетического наркотика метилendioксипировалерона («соль»),

который относится к группе стимуляторов, причём путем введения был парентеральный.

При формировании заболевания четко прослеживается быстрое формирование патологического влечения к данному ПАВ ввиду выраженного стимулирующего эффекта, который был субъективно приятен пациенту. Употребление наркотика практически сразу приняло систематический характер. Хотя первый прием осуществлялся путем курения, в дальнейшем доминирующим способом употребления стал внутривенный, который сопровождался более существенной эйфорией при меньшей ее продолжительности.

Клиническая картина интоксикации метилendioксипировалероном при внутривенном использовании представлена отчетливым психостимулирующим эффектом: идеаторным и моторным ускорением, повышением влечений, снижением потребности во сне и вегетативными проявлениями (т. е. изменения в психической сфере носили маниакальный характер).

Следует обратить внимание на динамику толерантности, которая кратно выросла за достаточно небольшой период употребления. Уже с установлением систематического приема отмечено быстрое формирование не только психической, но и физической зависимости. Абстинентный синдром был представлен как психическими проявлениями в виде выраженной астении, упорной бессонницы, тревоги, депрессивных проявлений и выраженного влечения к препарату, отдельных психосенсорных расстройств; так и неврологическими симптомами – тремор, нистагм, грубые нарушения выполнения координационных проб. Кроме того, за период потребления МДПВ пациент существенно похудел.

Обращает на себя внимание высокая прогрессивность формирования зависимости от метилendioксипировалерона. За медицинской помощью пациент обратился для купирования абстинентных расстройств. Подходы к терапии были традиционными – использованы инфузионная терапия, витаминотерапия, транквилизаторы. Учитывая наличие неблагоприятных личностных характеристик, раннего приобщения к потреблению разных психоактивных веществ, высокую прогрессивность зависимости от синтетического наркотика и его внутривенное введение, полное воздержание от приема ПАВ представляется сомнительным.

Таким образом, представленный клинический пример отражает имеющиеся тенденции распространения в нашей стране парентерального использования синтетических стимуляторов, которые могут привести к возникновению целого комплекса негативных последствий.

## Литература

1. Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опиоидной наркоманией. – Республика Казахстан, Павлодар: Изд-во РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», 2005. – 287 с.
2. 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 больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
4. Бохан Н. А., Воеводин И. В., Асланбекова Н. В. Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности ее отражения в программах по психопрофилактике // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – Т. 114, вып. 5–2. – С. 29–32.
5. Воеводин И. В., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Белокрылов И. И., Назарова И. А. Структура, динамика и психологические характеристики мотивировок употребления психоактивных веществ у учащихся высших и средних учебных заведений // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 37–42.
6. Еловиков С. Н. О клинических случаях злоупотребления мефедронам и метилendioксипировалероном // Наркология. – 2010. – № 9. – С. 99–100.
7. Менделевич В. Д. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы // Наркология. – 2014. – № 7. – С. 93–100.
8. Сахаров А. В., Озорнин А. С., Говорин Н. В. Клинический случай синдрома отмены баклофена с делирием // Вопросы наркологии. – 2014. – № 6. – С. 36–43.
9. Сахаров А. В., Барышева О. В., Говорин Н. В. Клинический случай синдрома отмены при зависимости от дицикловерина // Наркология. – 2015. – № 3. – С. 41–45.
10. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
11. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
12. 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.
13. 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.
14. Karila L., Megarbane B., Cottencin O., Lejoyeux M. Synthetic Cathinones: A New Public Health Problem // Curr Neuropharmacol. – 2015. – № 13. – P. 12–20.

## Транслитерация русских источников

1. Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A. [Early prevention and neoabilitation of patients with opioid addiction]. Publishing House of “Republican Scientific-Practical Center of Medico-Social Problems of Drug Addiction”, Republic of Kazakhstan, Pavlodar, 2005. 287 p. (In Russ.).

2. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2009. 510 p. (In Russ.).
3. Bokhan N.A., Blagov L.N., Kurgak D.I. [Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of the double diagnosis]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012; 112, 5-2: 17—24. (In Russ.).
4. Bokhan N.A., Voevodin I.V., Aslanbekova N.V. [The dynamics of addictions in students and possibilities of reflecting it in psychorehabilitative programs]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 5—2: 29—32. (In Russ.).
5. Voevodin I.V., Bokhan N.A., Abolonin A.F., Belokrylov I.I., Nazarova I.A. [Structure, dynamics, and psychological characteristics of substance use motivation among the students of high and secondary school]. *Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V. M. Bekhtereva* [V. M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014; 4: 37—42. (In Russ.).
6. Elovikov S.N. [On clinical cases of mephedron and methylenedioxypyrovalerone abuse]. *Narkologija* [Narcology]. 2010; 9: 99—100. (In Russ.).
7. Mendelevich V.D. [Psychotic disorders due to drug use: current state of the problem]. *Narkologija* [Narcology]. 2014; 7: 93—100. (In Russ.).
8. Sakharov A.V., Ozornin A.S., Govorin N.V. [Clinical case of syndrome of baclofen discontinuation with delirium]. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2014; 6: 36—43. (In Russ.).
9. Sakharov A.V., Barysheva O.V., Govorin N.V. [Clinical case of withdrawal syndrome in dependence on dicycloverine]. *Narkologija* [Narcology]. 2015; 3: 41—45. (In Russ.).
10. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Personological analysis in the context of addictive states' systematic]. *Narkologija* [Narcology]. 2006; 1: 60—66. (In Russ.).
11. Semke V.Ya., Bokhan N.A. [Transcultural addictology]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2008. 588 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.13-02(571.56)

ББК 56.145.11+51.1 (2Рос),09

## АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА И АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ) В ЭТНОТЕРРИТОРИАЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Матвеева Н. П.<sup>\*1</sup>, Хоютанова Н. В.<sup>2</sup>,  
Афонская М. И.<sup>2</sup>, Тумусов П. С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБНУ Якутский научный центр  
комплексных медицинских проблем  
677010, Якутск, Сергеляхское шоссе, 4

<sup>2</sup> ГБУ РС (Я) Якутский республиканский  
наркологический диспансер  
Якутск, ул. Автодорожная, 38

На основе статистических материалов проанализирована динамика показателей распространенности алкоголизма и алкогольных психозов в районах Республики Саха (Якутия) за 1991—2014 гг. Проведен анализ распространенности алкоголизма и алкогольных психозов по социально-территориальным зонам Республики Саха (Якутия). Анализ официальных статистических данных свидетельствует о сложившейся неблагоприятной ситуации распространенности алкоголизма и алкогольных психозов в смешанной и арктических зонах РС (Я), которая требует принятия незамедлительных мер по усилению контроля за соблюдением временных ограничений и качеством реализуемой алкогольной продукции, проведению эффективных мероприятий по раннему выявлению наркологической патологии на территориях вышеуказанных районов. **Ключевые слова:** алкоголизм, алкогольные психозы, распространенность, эпидемиология, коренное население, Республика Саха (Якутия), социально-территориальные зоны.

**THE ETHNO-TERRITORIAL ASPECTS OF ALCOHOLISM AND ALCOHOLIC PSYCHOSIS IN THE REPUBLIC OF SAKHA (YAKUTIA).** Matveeva N. P.<sup>1</sup>, Hoyutanova N. V.<sup>1,3</sup>, Aphonskaya M. I.<sup>3</sup>, Tumusov P. S.<sup>3</sup> <sup>1</sup> Yakut Scientific Center of complex medical problems, Yakutsk. *Sergelyakhskoe Highway 4, 677010, Yakutsk, the Republic of Sakha (Yakutia), Russian Federation.* <sup>2</sup> Yakut National Drug Centre, Yakutsk. *Avtodorozhnaya Street 38, Yakutsk, the Republic of Sakha (Yakutia), Russian Federation.* On the basis of statistical data analyzed the dynamics of prevalence of alcoholism and alcoholic psychosis in the areas of the Republic of Sakha (Yakutia) for the 1991—2014 yrs. Results. The prevalence of alcoholism and alcoholic psychosis of social and territorial zones of the Republic of Sakha (Yakutia). An analysis of official statistics shows the current unfavorable situation, the prevalence of alcoholism and alcoholic psychosis mixed and arctic regions of Sakha (Ya-

\* Матвеева Нюргаяна Петровна, к.м.н., зав. лаб. ОЭХНИЗ. Тел. (4112)321981, E-mail: nyusakha@mail.ru

Тумусов Петр Сыроевич, главный врач ГБУ РС(Я) «ЯРНД», тел. (4112)431033

Хоютанова Надежда Васильевна, м.н.с. ОЭХНИЗ, тел. (411-2)321981, E-mail: ysc@sakha.ru

Афонская Мария Ивановна, врач психиатр-нарколог высшей категории, зав. III отделением ГБУ РС(Я) «ЯРНД», заслуженный врач РС(Я), тел. (4112)431033.

kutia), which requires the adoption of urgent measures to strengthen the monitoring of compliance with time limits and quality sold alcoholic beverages, effective interventions for early detection of drug pathology in the territories of the above-mentioned areas. **Keywords:** alcoholism, alcoholic psychosis, the incidence, epidemiology, indigenous peoples, the Sakha Republic (Yakutia), social and territorial zones.

**Актуальность.** Этнотерриториальные проблемы алкоголизма являются важным компонентом современной наркологической ситуации, основные тренды которой за прошедшие два десятилетия указывают на трансформацию и количественный рост ряда ее параметров [12, 13, 22]. Это, прежде всего, рост женского алкоголизма как часть проблемы гендерного наркотизма в целом [2, 17, 18], рост удельного веса больных с выраженной коморбидной психиатрической и соматоневрологической патологией [3—5, 24], рост делинквентного и криминального поведения среди зависимых, расширение границ и агрессивный характер аддиктивной субкультуры [19, 21]

Показатели распространенности наркологической патологии в разных регионах широко варьируют, так как на статистическую отчетность влияют различные факторы: социально-демографические характеристики населения, социально-экономические условия, доступность помощи, ее ресурсное обеспечение [1]. В этой связи в полиэтнических популяциях циркумплярной зоны изучение алкогольной аддикции аборигенного населения требует иных дополнительных методических приемов с учетом социокультуральных особенностей, традиций коренного населения [10]. При этом необходимо учитывать особенности клинической картины аддикций, которые весьма разнообразны в различных этнических субпопуляциях и на протяжении многих лет являются предметом междисциплинарных клинических и биологических исследований специалистов [1, 6, 15, 17, 23].

Согласно результатам многолетних исследований [2, 13], накопление наркологических больных в каждом субъекте РФ происходит в рамках, специфичных именно для конкретной территории, для которых характерны типичные, устойчивые к случайным факторам тенденции распространения наркологической патологии в населении.

С точки зрения транскультуральной аддиктологии изучены исторические аспекты развития и этнические, этнокультуральные процессы в Горном Алтае, Северном Кавказе, Монголии. Описаны особенности прогрессивности алкоголизма в зависимости от биологических, конституционально-морфологических, социокультуральных и личностных факторов. Выявлены наиболее значимые положительные корреляции с возрастом начала заболевания фор-

мирования абстинентного синдрома, первого лечения, а также с возрастом на момент обследования для больных с поздним началом систематического употребления алкоголя [13]. Сроки формирования абстинентного синдрома у лиц, начавших употреблять спиртные напитки после приезда в исследуемый регион, свидетельствовали о большей прогрессивности, чем у «больных-старожилов».

Данный факт подтверждают результаты исследователей [8, 11]: сроки становления основных симптомов алкоголизма у лиц, начавших употреблять спиртное с приездом в северный регион, укорачиваются по сравнению с таковым в средней полосе России. Выявлено, что из регистра социальных факторов, характеризующих степень адаптации больного в обществе, существенная роль принадлежала семейной и профессиональной стабильности [20].

По клинико-динамическим параметрам гетерогенности алкогольной зависимости среди жителей Республики Тыва выявлено, что тувинцы достоверно позже русских начинают употреблять алкоголь систематически, но тип течения алкоголизма у них приобретает высокопрогрессивный характер [9, 13]. Установленные особенности формирования алкогольной зависимости среди этнических групп населения отражают клиническую актуальность комплексного обследования с целью разработки новой концептуальной модели для повышения эффективности терапии и профилактики зависимости с расширением этнически компетентных границ реабилитационного воздействия.

Таким образом, распространенность наркологических расстройств формируется под совокупным влиянием множества длительно и противоположно действующих факторов, в том числе этнотерриториальных. При этом нельзя не отметить необходимость разработки этноспецифических критериев напряженности наркологической ситуации, характерных только для данной территории.

**Цель исследования.** Анализ распространенности алкоголизма и алкогольных психозов в этнотерриториальном контексте в Республике Саха (Якутия).

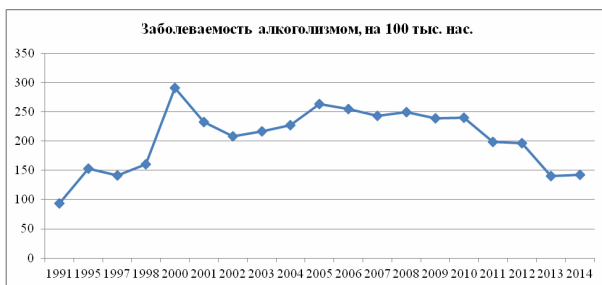
**Материал и методы.** Для изучения показателей распространенности алкоголизма и алкогольных психозов по каждой району Якутии использовались официальные статистические данные, предоставленные Территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Республике Саха (Якутия), а также данные официальной статистической отчетности ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский наркологический диспансер». Был избран период с 2001 по 2014 г., отражающий динамику распространенности первичной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами

в 13-летнем разрезе от начала нового столетия. Помимо того, изучен период с 1995 по 2014 г., представляющий динамику болезненности алкоголизмом и алкогольными психозами в 19-летнем периоде.

Динамика показателей распространенности алкоголизма и алкогольных психозов приведена в соответствии с социально-территориальными зонами РС (Я) [16]: 1) промышленная зона (Алданский, Ленский, Мирнинский, Нерюнгринский, Оймяконский) – с преимущественным проживанием пришлого населения; 2) смешанная зона (Верхнеколымский, Верхоянский, Кобяйский, Олекминский, Томпонский, Усть-Майский, Хангаласский) – пришлое и коренное население; 3) сельская зона (Амгинский, Верхневилуйский, Вилюйский, Горный, Мегино-Кангаласский, Намский, Нюрбинский, Сунтарский, Таттинский, Усть-Алданский, Чурапчинский) – с 95-процентным проживанием якутов; 4) арктическая зона (Абыйский, Аллайховский, Анабарский, Булунский, Жиганский, Момский, Нижнеколымский, Оленекский, Среднеколымский, Усть-Янский, Эвено-Бытантайский) – с проживанием коренных малочисленных народов Севера.

По данным переписи населения 2010 г., численность населения РС (Я) составила 958 528 человек, в том числе 353 649 русские, 670 чукчи, 21 008 эвенки, 15 071 эвены, 1 281 юкагиры, 466 492 якуты. Динамика показателей болезненности алкоголизмом и алкогольными психозами приведена в зависимости от принадлежности к социально-территориальным зонам РС (Я): промышленная зона с преимущественным проживанием пришлого населения; смешанная зона – с проживанием пришлого и коренного населения; сельская зона – населена в 95 % случаев якутами; арктическая зона – в основном с проживанием коренных малочисленных народов Севера.

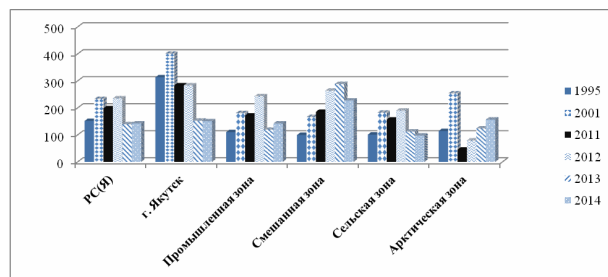
**Результаты.** В 1991—2014 гг. первичная заболеваемость алкоголизмом населения РС (Я) снизилась на 6,1 % (рис. 1), по отдельным социально-территориальным зонам в диапазоне от 3,3 до 51,9 % и выросла от 22,6 до 56,1 %.



**Рис. 1.** Первичная заболеваемость алкоголизмом населения РС (Я) в 1991—2014 гг.

В 2014 г. внутри республики наибольший показатель отмечался в смешанной зоне, достигнув 227,7 на 100 тысяч населения, что превышало на 37,2 % среднереспубликанские значения, наименьший показатель зарегистрирован в сельской зоне (97,9 на 100 тысяч населения) (рис. 2).

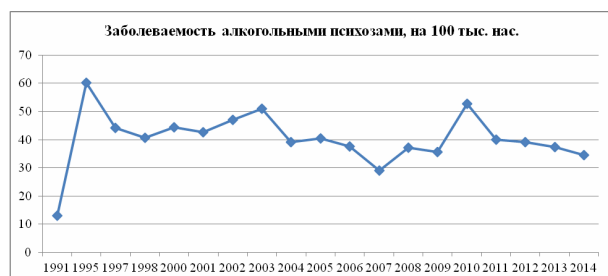
При сравнении представленных официальных данных за 1995—2014 гг. в Якутске и сельской зоне отмечается снижение показателя первичной заболеваемости алкоголизмом на 51,9 и 3,3 % соответственно. В остальных зонах (промышленной, арктической и смешанной) отмечается рост данного показателя (на 22,6, 26,9 и 56,1 % соответственно). В смешанной зоне показатель первичной заболеваемости алкоголизмом повысился в 2 раза (1995 г. – 99,9, 2014 г. – 227,7 на 100 тысяч населения). Необходимо отметить, что в арктической зоне начиная с 2011 г. наблюдается непрерывный рост данного показателя, превышающий уровень 1995 г. и среднереспубликанские значения 2014 г. (1995 г. – 114,5; 2011 г. – 45,7; 2014 г. – 156,8 на 100 тысяч населения) (рис. 2).



**Рис. 2.** Заболеваемость алкоголизмом в социально-территориальных зонах РС (Я) на 100 тысяч населения

**Примечание.** \* – 2014 г. – Данные ЛПУ МЗ РС (Я).

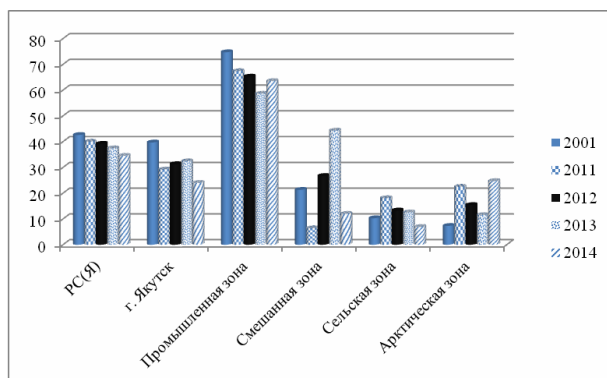
Анализ статистических показателей наркологической службы Якутии выявил неоднородность показателя первичной заболеваемости алкогольными психозами в социально-территориальных зонах республики. В целом по республике отмечается снижение показателя первичной заболеваемости алкогольными психозами (рис. 3).



**Рис. 3.** Заболеваемость алкогольными психозами в РС (Я) на 100 тысяч населения

Проведенный анализ первичной заболеваемости алкогольными психозами социально-территориальных зон республики позволил выявить иную картину распространенности данной патологии. Заболеваемость алкогольными психозами с 2001 по 2014 г. снизилась следующим образом: на 19 % по республике (2001 г. – 42,6 и 34,5 на 100 тысяч населения), на 39,5 % в Якутске (2001 г. – 39,7, 2014 г. – 24,0 на 100 тысяч населения), на 15 % в промышленной зоне (2001 г. – 74,72, 2014 г. – 63,5 на 100 тысяч населения), на 43,7 % в смешанной зоне (2001 г. – 21,3, 2014 г. – 12,0 на 100 тысяч населения), на 32,9 % в сельской зоне (2001 г. – 10,3, 2014 г. – 6,9 на 100 тысяч населения).

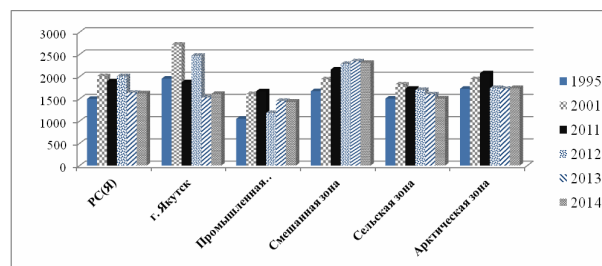
Трехкратный рост показателя первичной заболеваемости алкогольными психозами наблюдается в арктической зоне (2001 г. – 7,3, 2014 г. – 24,7 на 100 тысяч населения). При этом резкие колебания показателей заболеваемости алкогольными психозами в смешанной и арктической зонах свидетельствуют о гипердиагностике данных состояний, или же, напротив, об отсутствии диагностики интоксикационных психозов вследствие употребления иных психоактивных веществ. Следует также отметить, что в промышленной и арктической зонах в 2014 г. по сравнению с 2013 г. прослеживается тенденция роста первичной заболеваемости алкогольными психозами (рис. 4).



**Рис. 4.** Заболеваемость алкогольными психозами в социально-территориальных зонах РС (Я) на 100 тысяч населения

Характерная высокая частота алкогольных психозов в промышленных районах с преимущественным проживанием славян и низкая их частота в сельских районах республики, описанная в предыдущих работах [10, 11], сохраняется по настоящее время (63,5 и 6,9 на 100 тысяч населения соответственно). Таким образом, необходимо заключить, что показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами в якутскоязычной зоне республики не является маркером алкогольной ситуации.

Анализ болезненности алкоголизмом в период с 1995 по 2014 г. отмечает ее повышение на 7,6 % на территории всей республики (1995 г. – 1500,67; 2001 г. – 2010,0, 2014 г. – 1624,9 на 100 тысяч населения). Рост на 26,8 и 30,8 % зарегистрирован в промышленной (1995 г. – 1052,43, 2001 г. – 1607,36, 2014 г. – 1437,6 на 100 тысяч населения) и смешанной зонах, причем в последнем случае с наиболее высоким значением среди всех зон (1995 г. – 1703,38, 2001 г. – 1989,7, 2014 г. – 2462,02 на 100 тысяч населения). В сельской и арктической зонах данный показатель не изменился. Снижение показателей болезненности алкоголизмом на 17,6 % наблюдается в Якутске (1995 г. – 1955,39, 2001 г. – 2718,3, 2014 г. – 1612,2 на 100 тысяч населения). При этом в 1995 г. наивысшие показатели отмечены по Якутску – 1955,39 на 100 тысяч населения (для сравнения: в РС (Я) в 1995 г. – 1500,67 на 100 тысяч населения), наименьшие показатели – в промышленной зоне (1052,43 на 100 тысяч населения). В 2014 г. самые высокие показатели болезненности алкоголизмом наблюдались в смешанной зоне – 2462,02 на 100 тысяч населения, что на 34 % выше среднереспубликанского значения, наименьшие – в промышленной зоне (1437,62 на 100 тысяч населения) (рис. 5).

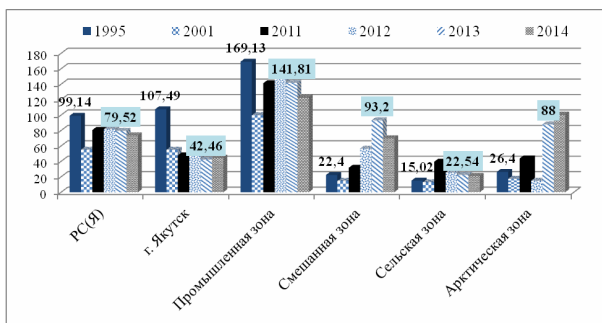


**Рис. 5.** Болезненность алкоголизмом в социально-территориальных зонах РС (Я) на 100 тысяч населения

Болезненность алкогольными психозами в РС (Я) в 2014 г. по сравнению с 1995 г. сократилась на 25,6 %, составляя 73,7 и 99,14 на 100 тысяч населения соответственно. И напротив, повысилась на 25 % по сравнению с 2001 г. При распределении по этнотерриториальным зонам выявлено, что в смешанной зоне данный показатель увеличился в 3 раза (1995 г. – 27,1; 2001 г. – 16,1; 2014 г. – 80,26). В сельской зоне также отмечается рост болезненности алкогольными психозами (1995 г. – 15,02; 2001 г. – 12,92; 2014 г. – 21,11 на 100 тысяч населения). Незначительный рост на 1,6 % наблюдается в арктической зоне (1995 г. – 91,49; 2001 г. – 16,54; 2014 г. – 93,01 на 100 тысяч населения). Двукратное снижение данного показателя наблюдалось в Якутске (1995 г. – 107,49; 2001 г. – 55,0;



2014 г. – 44,9 на 100 тысяч населения). В промышленной зоне зафиксировано снижение на 27,3 % (1995 г. – 169,13; 2001 г. – 99,84; 2014 г. – 122,94 на 100 тысяч населения). При этом стоит отметить, что в арктической зоне болезненность алкогольными психозами имеет резкие колебания и неуклонный рост – в 2012 г. в течение года выросла в 6 раз. Наибольший уровень болезненности алкогольными психозами в 1995 г. наблюдался в промышленной зоне (169,13 на 100 тысяч населения), опережая почти в 2 раза среднереспубликанское значение, а наименьшее значение данного показателя зарегистрировано в сельской зоне (15,02 на 100 тысяч населения). В 2014 г. уровень болезненности алкогольными психозами в промышленной зоне в 1,7 раза превышал среднереспубликанское значение, достигнув 122,94 на 100 тысяч населения. Наименьшее значение данного показателя в 2014 г. обнаружено в сельской зоне (21,1 на 100 тысяч населения) (рис. 6).



**Рис. 6.** Болезненность алкогольными психозами в социально-территориальных зонах РС (Я) на 100 тысяч населения

**Заключение.** В 2014 г. показатели первичной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в целом по Республике Саха (Якутия) снизились. Наибольший показатель заболеваемости алкоголизмом зарегистрирован в смешанной зоне, наименьший показатель – в сельской. В арктической зоне отмечается рост обоих показателей. В промышленной зоне показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами в 2 раза превышает среднереспубликанское значение.

Показатели болезненности алкоголизмом и алкогольными психозами в последние годы по республике имеет тенденцию роста. Наибольшее значение показателя болезненности алкоголизмом зарегистрирован в смешанной зоне, в этой же зоне отмечается трехкратный рост показателя болезненности алкогольными психозами. Уровень болезненности алкогольными психозами в промышленной зоне заметно снижается, но в 2014 г. в 1,7 раза превышает среднереспубликанское значение.

Таким образом, анализ официальных статистических данных свидетельствует о сложившейся неблагоприятной ситуации распространенности алкоголизма и алкогольных психозов в смешанной и арктических зонах РС (Я), которая требует принятия незамедлительных мер по усилению контроля за соблюдением временных ограничений и качеством реализуемой алкогольной продукции, проведению эффективных мероприятий по раннему выявлению наркологической патологии на территориях вышеуказанных районов. В смешанной зоне рекомендуется повышение эффективности лечебно-диагностических мероприятий с введением реабилитационных процессов и введение особого контроля за качеством оказания специализированной наркологической помощи и принятию мер по подготовке кадров и повышению их квалификации. Следует отметить, что сохранение высокого уровня болезненности алкоголизмом и алкогольными психозами в данной зоне может быть связано с отсутствием реабилитационных кабинетов и центров для наркологических больных.

Приведенные данные роста болезненности алкогольными психозами свидетельствуют о необходимости усиления контроля за качеством ввозимой алкогольной продукции в арктической и смешанной зонах, совершенствования лечебно-диагностических методов данного состояния врачами психиатрами-наркологами на местах с обязательной дифференциацией синтоксикационными психозами вследствие злоупотребления наркотическими средствами. Для достижения достоверных результатов диагностики и прослеживания распространенности наркоманий рекомендуется развертывание сети межрайонных химико-токсикологических лабораторий в промышленных зонах северных территорий.

### 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. – С. 32–35.
2. *Артемьев И. А., Бохан Н. А., Мандель А. И., Галажинский Э. В.* Распространенность гашишизма в Сибири в этническом и территориальном аспектах // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2014. – № 9. – С. 61–65.
3. *Бохан Н. А.* Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1996. – 46 с.
4. *Бохан Н. А., Семке В. Я.* Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
5. *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 им. С. С. Корсакова.* – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.

6. Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадырғы И. О., Асланбекова Н. В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, вып. 2. Алкоголизм. – С. 9–14.
7. Бохан Н. А., Анкудинова И. Э., Мандель А. И. Коморбидные формы алкоголизма у женщин. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2014. – 186 с.
8. Короленко Ц. П., Бочкарева Н. Л. Особенности клиники и течения острых алкогольных психозов на Крайнем Севере // Особенности некоторых экзогенных интоксикаций в условиях Севера. – Новосибирск: Наука, 1982. – С. 62–73.
9. Мандель А. И., Иванова С. А., Бохан Н. А., Бадырғы И. О. Факторы риска формирования психотического алкоголизма в зависимости от этнокультуральных особенностей больных: пособие для врачей. – Томск: «Иван Федоров», 2014. – 40 с.
10. Матвеева Н. П. Распространенность, факторы риска и клиническая динамика алкоголизма и алкогольных психозов среди коренного населения Республики Саха (Якутия) (этнокультуральный, реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 2010. – 25 с.
11. Меркер В., Иванова С. А. Этнокультуральные исследования психического здоровья Сибири: 15 лет международной ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевт // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 5 (80). – С. 83–86.
12. Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К. Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 157 с.
13. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
14. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
15. Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Невидимова Т. И., Иванова С. А., Бохан Н. А. Клиническая психонейроиммунология. – Томск: ООО Изд-во «РАСКО», 2003. – 300 с.
16. Тырылгин М. А. Проблемы охраны здоровья населения Крайнего Севера: на примере региона Якутия. – Новосибирск: Наука, 2008. – С. 23–27.
17. Хоютанова Н. В., Матвеева Н. П., Бохан Н. А., Иванова С. А., Кривошапкина З. Н., Иготти Е. А. Клинико-динамические особенности формирования и течения алкоголизма у женщин в зависимости от климатогеографических условий проживания на территории РС (Я) // Якутский медицинский журнал. – 2015. – № 1 (49). – С. 14–18.
18. 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.
19. 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. – P. 251–254.
20. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation: Monograph. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.
21. Bokhan N. A., Gusev S. I. Remissions of drug addicts under conditions of penal isolation: current research in Siberia. In: Antisocial behavior: etiology, genetic and environmental influences and clinical management / Ed.: Justine H. Gallo. – New York, USA: Nova Science Publishers Inc., 2014. – P. 133–139.
22. Krasnov V., Bokhan N. Russia and Central Asia: Russian Federation // Routledge Handbook of Psychiatry in Asia | Eds.: Dinesh Bhugra, Samson Tse, Roger Ng, Nori Takei. – Routledge, New York, 2015. – P. 18–27.
23. Savchenko M., Bokhan N., Plotnikov E. Analysis of alcohol dependence in indigenous peoples in Northern Siberia // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. – 2015. – V. 3. – P. 14–20.
24. 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.

### Транслитерация русских источников

1. Artemyev I.A. [Alcoholism in poly-ethnic subpopulations of circumpolar zone of North-East regions of Russia]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3: 32–35. (In Russ.).
2. Artemyev I.A., Bokhan N.A., Mandel A.I., Galazhinsky E.V. [Ethno-territorial prevalence of hashishism in some Siberian areas]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 9: 61–65. (In Russ.).
3. Bokhan N.A. [Clinical-pathodynamic patterns and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 1996. 46 p. (In Russ.).
4. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2009. 510 p. (In Russ.).
5. Bokhan N.A., Blagov L.N., Kurgak D.I. [Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of the double diagnosis]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012; 112, 5-2: 17–24. (In Russ.).
6. Bokhan N.A., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G., Badyrgy I.O., Aslanbekova N.V. [Ethnoterritorial heterogeneity of alcohol dependence formation in the native population of Siberia]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2013; 113, 6-2: 9–14. (In Russ.).
7. Bokhan N.A., Ankudinova I.E., Mandel A.I. [Comorbid forms of alcoholism in women]. Publishing House Ivan Fedorov, 2014. 186 p. (In Russ.).
8. Korolenko C.P., Bochkareva N.L. [Features of clinic and course of acute alcoholic psychoses in Far North]. In: [Features of exogenous intoxication under conditions of the North]. Nauka, Novosibirsk, 1982; 62–73. (In Russ.).
9. Mandel A.I., Ivanova S.A., Bokhan N.A., Badyrgy I.O. [Risk factors of formation of psychotic alcoholism depending on ethnocultural features of patients: guide for doctors]. Publishing House "Ivan Fedorov", 2014. 40 p. (In Russ.).
10. Matveeva N.P. [Prevalence, risk factors and clinical dynamic of alcoholism and alcoholic psychoses among aboriginal population of the Republic of Sakha (Yakutia) (ethnocultural, rehabilitative aspects)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 2010. 25 p. (In Russ.).

11. Maerker V., Ivanova S.A. [Ethnocultural investigations of mental health in Siberia: 15 years of the International Association of Ethnopsychologists and Ethnopsychotherapists]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 5(80): 84—87. (In Russ.).
12. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Galaktionov O.K. [Sketches of ethnopsychology and ethnopsychotherapy]. V.Ya. Semke, ed. Publishing House of Tomsk University, 1999. 157 p. (In Russ.).
13. Semke V.Ya., Bokhan N.A. [Transcultural addictology]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2008. 588 p. (In Russ.).
14. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Personological analysis within the context of addictive states systematics]. *Narkologija* [Narcology]. 2006; 1: 60—66. (In Russ.).
15. Semke V.Ya., Vetlugina T.P., Nevidimova T.I., Ivanova S.A., Bokhan N.A. [Clinical psychoneuroimmunology]. Publishing House RASKO, Tomsk, 2003. 300 p. (In Russ.).
16. Tyrylgina M.A. [Problems of health care of population of the Far North: example of region of Yakutia]. Nauka, Novosibirsk, 2008; 23—27. (In Russ.).
17. Khoyutanova N.V., Matveeva N.P., Bokhan N.A., Ivanova S.A., Krivoschapkina Z.N., Igotti E.A. [Clinical-dynamic characteristic of formation and course of alcoholism at women depending on climatic-geographic living conditions in the territory of the Republic of Sakha (Yakutia)]. *Jakutskij medicinskij zhurnal* [Yakut Medical Journal]. 2015; 1 (49): 14—18. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.13.:616.895:615  
ББК 56.145.12+56.14-324+57.059+53.541

## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ И АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ

Евсеев В. Д.\* , Мандель А. И.,  
Ляшенко Г. П.

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

Проведено исследование эффективности курса аудиовизуально-вибротактильной стимуляции (АВВС) в комплексной терапии постабстинентных расстройств у больных опиоидной наркоманией (F11.2). С помощью шкал количественной оценки структуры и динамики патологического влечения к наркотикам, СФМ «Сексуальная формула мужская», HDRS, HARS, ASIS и CGI-I доказана терапевтическая чувствительность к АВВС, проявляющаяся в дезактуализации патологического влечения к наркотику, редукции аффективных, поведенческих и сексуальных нарушений, а также нивелировании компонентов синдрома ангедонии. **Ключевые слова:** опиоидная наркомания, сексуальные дисфункции, патологическое влечение к наркотику, аудиовизуально-вибротактильная стимуляция.

**NON-PHARMACOLOGICAL THERAPY OF SEXUAL DYSFUNCTIONS AND AFFECTIVE DISTURBANCES IN OPIOID ADDICTION. Evseyev V. D., Mandel A. I., Lyashenko G. P. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.** The study of efficiency of audio-visual-vibrotactile stimulation (AVVS) in complex therapy of post-withdrawal disorders in patients with opioid addiction (F11.2) has been carried out. With use of scales of quantitative assessment of structure and dynamics of drug craving, "Male Sexual Formula" (MSF), HDRS, HARS, ASIS and CGI-I the therapeutic sensitivity to AVVS has been proven that manifests as disactualization of drug craving, reduction of affective, behavioural and sexual disturbances as well as leveling of components of anhedonia syndrome. **Keywords:** opioid addiction, sexual dysfunctions, drug craving, audio-visual-vibrotactile stimulation.

**Введение.** Отличительной особенностью складывающейся наркологической ситуации является накопление зависимых гендерно-разнородных больных в относительно молодом возрасте с коморбидными психическими и нейровисцеральными расстройствами [4—7, 16—18, 21], реализация которых имеет системные психонейроиммунологические механизмы [19] и определяет дифференцированный характер терапевтических стратегий, с расширением спектра числе немедикаментозных методов, в том числе на основе биофизических факторов [9].

\* Евсеев Вячеслав Дмитриевич, врач психиатр-нарколог  
ОГБУЗ «Томский областной наркологический диспансер»,  
заочный аспирант НИИ психического здоровья.

Мандель Анна Исаевна, д.м.н., проф., в.н.с. отделения  
аддиктивных состояний; тел. : (3822)531814; E-mail: anna-  
mandel@mail.ru

В практике современной медицины для повышения результативности терапии применяются методы стимуляции сенсорных анализаторов, в том числе комплексной светозвуковой стимуляции [24, 24]. Вариантом активации сенсорных каналов является технология аудиовизуально-вибротактильной стимуляции – АВВС [15, 16, 21]. Использование АВВС обладает широким спектром влияния на организм человека, изменяя его состояние путём воздействия на центральные регуляторные механизмы, что позволяет нормализовать аффективные и психо-вегетативные нарушения у пациентов с наркологическими расстройствами [1, 3]. Исследованиями показано, что наряду с аффективными и поведенческими нарушениями, синдромом вегетативной дисфункции в клинической картине постабстинентного периода при наркологических расстройствах присутствуют сексологические дисфункциональные паттерны, обусловленные действием ПАВ и требующие обязательной коррекции у большинства больных с целью повышения эффективности терапии и формирования ремиссии [8, 13].

В контексте изложенного **целью** исследования явилось изучение клинической эффективности аудиовизуально-вибротактильной стимуляции (АВВС) в терапии сексуальных дисфункций и аффективных нарушений в период постабстинентных состояний при опиоидной наркомании.

**Материал и методы исследования.** Основную группу исследования (ОГ) сформировали 35 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 34 лет (их средний возраст составил  $28,2 \pm 5,6$  года), поступивших в состоянии абстинентного синдрома на лечение в условиях стационара в отделение аддиктивных состояний НИИ психического здоровья. У всех пациентов была диагностирована вторая стадия зависимости от опиоидов (F11.212). Возраст начала заболевания в среднем составлял  $18,5 \pm 3,5$  года. Стаж наркотизации больных на момент исследования варьировал от 4 месяцев до 15 лет (составляя в среднем  $7,9 \pm 4,9$  года). У всех больных выявлены расстройства половой сферы (средний балл по шкале СФМ составил  $18,4 \pm 4,1$  при норме 30). Всем пациентам после информированного согласия, проведения традиционными методами терапии основных проявлений абстинентного синдрома осуществлён комплекс из 14 процедур аудиовизуально-вибротактильной стимуляции.

В группу сравнения (ГС) вошли 20 больных, соответствующих пациентам основной группе по таким параметрам, как пол, возраст ( $19,5 \pm 6,1$  года), стадия (вторая) и длительность заболевания ( $7,3 \pm 3,9$  года), которым АВВС не проводилась.

Аппаратным средством для АВВС использован основанный на запатентованной технологии комплекс «Sensorium» [2]. В ходе сеанса больной располагался на специализированном кресле в полугоризонтальном положении, зрительную и слуховую стимуляцию осуществляли с помощью специализированных светодиодных очков и наушников, вибротактильную стимуляцию – с помощью вмонтированного в кресло генератора вибрации. Процедуры АВВС проводились по 20 минут 1 раз в день – всего 14 процедур на курс с сочетанием различных частот и эффектов [12].

Клинический анализ эффективности применения АВВС в комплексной терапии сексуальных дисфункций и аффективных расстройств в постабстинентный период при опиоидной наркомании включал использование комплекса «Объективных» количественных и качественных методик, а также шкал «самооценки» (табл. 1).

Таблица 1  
Частоты и эффекты аудиовизуально-вибротактильной стимуляции

Дельта-ритм	0,1-3 Гц	Глубокий сон, усиление иммунитета, гипноз
Тета-ритм	3-8 Гц	Глубокая релаксация, улучшение памяти, концентрация внимания, творчество, гипнотическое состояние
Альфа-ритм	8-12 Гц	Легкая релаксация, «сверхобучаемость», позитивные мысли

Динамику сексуальных дисфункций до и после воздействия АВВС оценивали алгоритмами СФМ – Сексуальная формула мужская [11], а также клинико-психопатологическим методом, который предполагает оценку не только клинической картины опиоидной зависимости, но и жалобы больного относительно дезадаптивного полового функционирования. В результате клинического интервьюирования активно выявлялись симптомы расстройств половой сферы.

Психопатологическую структуру синдрома патологического влечения к наркотику (аффективные, идеаторные, поведенческие, диссомнические расстройства) анализировали с помощью Шкалы количественной оценки структуры и динамики патологического влечения к наркотикам у больных героиновой наркоманией [13]. Динамику аффективных нарушений в процессе АВВС оценивали шкалами тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS). Кроме того, использована шкала самооценки CGI-I, а именно её критерии общей эффективности лечения – «значительное улучшение» и «выраженное улучшение», а также проведена оценка динамики выраженности ангедонии на основе «Шкалы выраженности синдрома ангедонии» (ASIS).

Показатели оценочных шкал патологического влечения к наркотикам, HDRS, HARS, ASIS регистрировали на 4 визитах: при поступлении больных до начала терапии абстинентного син-

дрома (визит № 1), на 7-й день терапии (купирование его основных проявлений) перед первой процедурой АВВС (визит № 2), после 7-й и 14-й процедур АВВС (визиты № 3 и № 4). Показатели шкалы СФМ регистрировали трижды: при поступлении, после 7-й и 14-й процедур стимуляции.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки данных STATISTICA 6.0.

**Результаты исследования.** При анализе структуры и динамики патологического влечения к наркотикам в процессе воздействия АВВС отмечается отчетливая редукция аффективных нарушений – клинически снижается уровень депрессивных и тревожных проявлений, уменьшаются дисфория и эмоциональная лабильность. Эта картина отражается при анализе шкалы: при поступлении уровень аффективных проявлений у пациентов составляет  $10,1 \pm 1,9$  балла в основной группе и  $10,5 \pm 1,5$  балла в группе сравнения. После купирования острых проявлений опиоидного абстинентного синдрома (визит № 2) – соответственно  $7,5 \pm 1,2$  и  $7,1 \pm 1,5$  балла. После 7 сеансов АВВС (визит № 3) определяется снижение выраженности аффективного компонента в основной группе до  $5,6 \pm 1,5$  балла и в группе сравнения до  $6,6 \pm 1,2$  балла. После воздействия 14 сеансов АВВС отмечается дезактуализация уровня аффективных проявлений: в основной группе до  $3,5 \pm 0,2$  балла, в группе сравнения до  $5,0 \pm 0,7$  балла (табл. 2).

Таблица 2

**Оценка структуры и динамики патологического влечения к наркотикам (ПВН) в баллах (Винникова М. А., 2004)**

Компонент и признаки ПВН	Визиты							
	№ 1		№ 2		№ 3		№ 4	
	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС
Аффективный, в т. ч. соматовегетативный	$10,1 \pm 1,9$	$10,5 \pm 1,5$	$7,5 \pm 1,2$	$7,1 \pm 1,5$	<b><math>5,6 \pm 1,5^*</math></b>	$6,6 \pm 1,2$	<b><math>3,5 \pm 0,2^*</math></b>	$5,0 \pm 0,7$
Идеаторный	$2,9 \pm 0,33$	$2,9 \pm 0,25$	$2,3 \pm 0,25$	$2,2 \pm 0,35$	<b><math>1,4 \pm 0,17^*</math></b>	$1,7 \pm 0,25$	<b><math>0,6 \pm 0,18</math></b>	$0,9 \pm 0,15$
Поведенческий	$2,8 \pm 1,1$	$2,9 \pm 0,25$	$2,4 \pm 0,4$	$2,3 \pm 0,6$	<b><math>1,3 \pm 0,62^*</math></b>	$1,6 \pm 0,55$	<b><math>0,7 \pm 0,17</math></b>	$1 \pm 0,3$
Диссомния	$2,9 \pm 0,5$	$2,8 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,2$	$2 \pm 0,16$	<b><math>1,5 \pm 0,1^*</math></b>	$1,7 \pm 0,38$	<b><math>0,8 \pm 0,15</math></b>	$1,2 \pm 0,2$
Установка на лечение	$4,2 \pm 0,4$	$4,5 \pm 0,25$	$3,6 \pm 0,2$	$3,5 \pm 0,3$	<b><math>2,7 \pm 0,12</math></b>	$3 \pm 0,14$	<b><math>2,1 \pm 0,15</math></b>	$2,8 \pm 0,25$
Критика сновидения								
Общий балл	$22,9 \pm 0,84$	$23,6 \pm 0,51$	$17,9 \pm 0,45$	$17,1 \pm 0,58$	<b><math>12,5 \pm 0,49^*</math></b>	$14,6 \pm 0,51$	<b><math>7,7 \pm 0,17^*</math></b>	$10,9 \pm 0,32$

**Примечание.** \* – Достоверные различия между группами (при  $p < 0,05$ ).

Положительная динамика коррекции отмечается и в выраженности мыслей и желаний у больных употребить наркотик, что находит отражение в структуре шкалы патологического влечения к наркотикам в идеаторном компонен-

те. Изменение проявлений компонента на протяжении всего периода исследования представило следующую динамику. На момент поступления (визит № 1) выраженность идеаторного компонента составляла в обеих группах соответственно  $2,9 \pm 0,33$  и  $2,9 \pm 0,25$  балла. После купирования синдрома отмены –  $2,3 \pm 0,25$  и  $2,2 \pm 0,35$  балла. После 7 сеансов АВВС (визит № 3) наблюдалось снижение выраженности идеаторных проявлений в основной группе до  $1,4 \pm 0,17$  балла, в группе сравнения до  $1,7 \pm 0,25$  балла. На заключительном этапе регистрации параметров шкалы произошло достоверное снижение выраженности идеаторного компонента в основной группе до  $0,6 \pm 0,18$  балла, в группе сравнения до  $0,9 \pm 0,15$  балла.

Структура и динамика поведенческого компонента патологического влечения к наркотикам, клинически проявляющегося в агрессии, негативизме, возбуждении, двигательной ажитации и других элементах в зависимости от личностных особенностей пациента, изменилась следующим образом. При поступлении в обеих группах поведенческий компонент составлял  $2,8 \pm 1,1$  и  $2,9 \pm 0,25$  балла соответственно; на второй точке регистрации (визит № 2) –  $2,4 \pm 0,4$  балла в основной группе пациентов и  $2,3 \pm 0,6$  балла в группе сравнения. После первой регистрации параметров в ходе воздействия стимуляции (визит № 3) –  $1,3 \pm 0,62$  и  $1,6 \pm 0,55$  балла соответственно в обеих исследуемых группах. После 14 процедур АВВС также регистрировалось достоверное снижение выраженности поведенческого компонента – в основной группе до  $0,7 \pm 0,17$  балла, в группе сравнения до  $1,0 \pm 0,3$  балла ( $p < 0,05$ ).

Тенденция снижения показателей отмечалась также при диссомнических нарушениях и так называемых малых критериях шкалы – установке на лечение, критике к своему состоянию, сновидениях на тему употребления наркотиков и соматовегетативных проявлениях. Общие итоги шкалы в результате анализа патологического влечения к наркотикам демонстрируют достоверное снижение всех показателей в результате воздействия АВВС –  $12,5 \pm 0,49$  и  $14,6 \pm 0,51$  балла в обеих группах соответственно во время визита № 3 и  $7,7 \pm 0,17$  на фоне  $10,9 \pm 0,32$  в группе сравнения на заключительном этапе (табл. 2).

Для анализа клинической динамики депрессивных и тревожных проявлений в структуре постабстинентных аффективных расстройств при применении аппаратного метода АВВС использованы шкалы депрессии (HDRS) и тревоги (HARS) Гамильтона.

Показано, что на момент поступления выраженность депрессии по шкале HDRS достигала  $18,5 \pm 1,5$  балла в основной группе и  $18,3 \pm 1,1$  балла в группе сравнения. После купирования

острых проявлений синдрома отмены опиоидов до начала применения стимуляции –  $16,4 \pm 1,5$  и  $15,7 \pm 1,2$  балла соответственно. После прохождения 7 сеансов АВВС наблюдалось снижение выраженности депрессивных проявлений в основной группе до  $12,4 \pm 0,3$  балла, при этом в группе сравнения, которая не подвергалась воздействию АВВС, – до  $14,2 \pm 0,3$  балла. На момент окончания курса АВВС после 14 проведённых процедур зафиксировано достоверное снижение выраженности депрессии: в основной группе до  $6,9 \pm 1,7$  балла, в группе без АВВС до  $10,8 \pm 0,9$  балла (рис. 1).

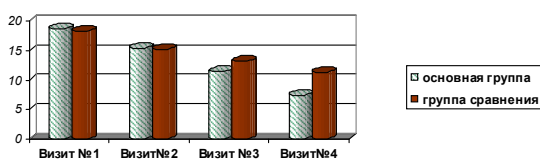


Рис. 1. Динамика депрессивных проявлений у пациентов с воздействием АВВС (Шкала HDRS)

Анализ выраженности тревоги (шкала HARS) в структуре аффективных расстройств постабстинентного периода при применении АВВС показал, что при поступлении выраженность тревоги достигала  $22,7 \pm 1,1$  балла в основной группе и  $22,3 \pm 1,7$  балла в группе сравнения. После терапии абстинентных проявлений –  $19,1 \pm 1,0$  и  $18,9 \pm 0,2$  балла соответственно. После проведения 5 процедур наблюдалось снижение выраженности тревоги в основной группе до  $17,3 \pm 0,9$  балла, в группе сравнения до  $18,3 \pm 0,3$  балла. По окончании процедур АВВС определялось дальнейшее снижение проявлений тревоги: в основной группе до  $9,5 \pm 0,5$  балла, в группе сравнения до  $16,1 \pm 0,3$  балла (рис. 2).

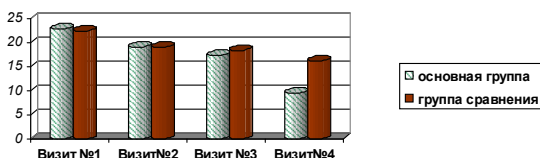


Рис. 2. Динамика тревожных проявлений у пациентов с воздействием АВВС (Шкала HARS)

В рамках диагностики и оценки сферы полового функционирования больных опиоидной наркоманией использован универсальный алгоритм СФМ (Сексуальная формула мужская) [8], позволяющий осуществить количественную и качественную оценку копулятивных расстройств у пациентов.

До начала воздействия стимуляции у всех пациентов после купирования острых проявлений абстиненции выявлены дисфункции половой сферы (средний балл по шкале СФМ составил  $18,4 \pm 4,1$  при норме 30). В обследованной клинической выборке пациентов определены три нозологических варианта дисфункций: замедленная эякуляция и анэякуляторный синдром – 34 %; снижение или отсутствие либидо – 52 %; отсутствие генитальной реакции (эректильная дисфункция) – 14 %.

После 7 сеансов АВВС наблюдалось снижение выраженности проявлений в основной группе (повышение показателей СФМ до  $22,4 \pm 0,2$ ), при этом в группе сравнения, которая не подвергалась воздействию АВВС, – лишь до  $19,2 \pm 0,3$  балла. На момент окончания курса АВВС после 14 проведённых сеансов зафиксировано достоверное уменьшение симптоматики половых дисфункций и повышение профиля СФМ: в основной группе до  $23,5 \pm 1,7$  балла; в группе без АВВС до  $20,5 \pm 0,9$  балла (рис. 3).

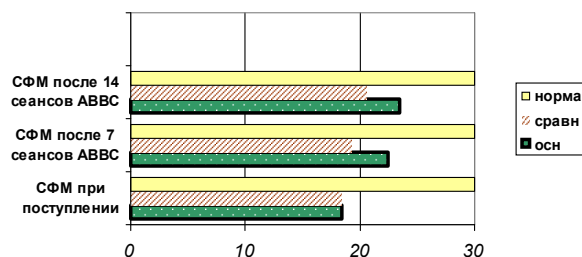


Рис. 3. Динамика сексуальной гиподисфункции на фоне воздействия АВВС по шкале «Сексуальная формула мужская» (СФМ)

В результате клинического интервьюирования пациенты отмечали повышение сексуального влечения, повышение самооценки, улучшение качества сексуальной жизни в период становления ремиссии при опиоидной наркомании, что может послужить одним из позитивных факторов для формирования длительного светлого промежутка.

Синдром ангедонии формирует неблагоприятный аффективный фон, что может послужить основой для возникновения рецидива патологического влечения к ПАВ в постабстинентный период и прерывания ремиссии [3, 7]. В результате анализа шкалы ASIS определено, что выраженность синдрома ангедонии снижается при использовании в терапии АВВС. На момент поступления (визит № 1) выраженность ангедонии достигала  $67,3 \pm 3,1$  балла в основной группе,  $66,2 \pm 4,3$  балла в группе сравнения. Во второй точке регистрации (визит № 2) показатели выраженности ангедонии в обеих группах составили соответственно  $52,2 \pm 2,5$  и  $51,1 \pm 3,7$  балла.

После проведения 7 сеансов АВВС наблюдалось достоверное снижение выраженности синдрома ангедонии: в основной группе до  $24,5 \pm 2,5$  балла; в группе сравнения до  $36,2 \pm 2,7$  балла ( $p < 0,05$ ). В конце терапевтического курса стимуляции (визит № 4) достоверно положительная динамика ангедонии отмечалась в основной группе –  $15,4 \pm 0,7$  балла; в группе сравнения –  $28,3 \pm 1,6$  балла ( $p < 0,05$ ) (рис. 4).

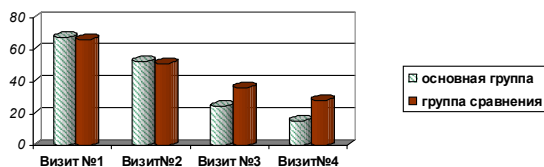


Рис. 4. Динамика проявлений синдрома ангедонии у больных опиоидной наркоманией в результате воздействия АВВС (по шкале ASIS)

В результате анализа динамики общего улучшения клинической картины больных опиоидной наркоманией в постабстинентный период при применении в качестве терапевтического инструмента АВВС у пациентов основной группы и группы сравнения по шкале CGI-I по итогам терапии зафиксированы достоверно лучшие результаты в основной группе больных, чем в группе сравнения. После купирования абстинентного синдрома (визит № 2) –  $3,57 \pm 0,6$  и  $3,35 \pm 0,2$  балла; спустя 7 сеансов стимуляции (визит № 3) –  $2,8 \pm 0,4$  и  $3,0 \pm 0,2$  балла, по завершении АВВС (визит № 4) –  $1,5 \pm 0,12$  и  $2,5 \pm 1,4$  балла соответственно ( $p < 0,05$ ) (рис. 5).

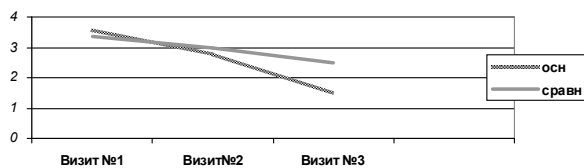


Рис. 5. Динамика улучшения клинической картины опиоидной наркомании по шкале самооценки CGI-I

**Заключение.** Метод аудиовизуально-вибротактильной стимуляции продемонстрировал себя универсальным немедикаментозным терапевтическим инструментом, значительно расширяющим возможности традиционной комплексной терапии в постабстинентный период при опиоидной наркомании. АВВС оказывает позитивное влияние на такие сложные синдромальные паттерны постабстиненции и периода становления ремиссии, как патологическое влечение к наркотику с аффективными, идеаторными, поведенческими и диссомническими проявлениями, на составляющие компоненты

синдрома ангедонии, а также показывает себя эффективным немедикаментозным методом в отношении редукции сексуальных нарушений. Использование АВВС в рамках терапевтических алгоритмов помощи наркологическим пациентам возможно не только в условиях стационара, но и в амбулаторном режиме в комплексе реабилитационных мероприятий в период становления ремиссии.

#### Литература

1. Афтанас Л. И., Бохан Н. А., Мандель А. И., Аболонин А. Ф., Анкудинова И. Э., Кургак Д. И. Эффективность аудиовизуально-вибротактильной стимуляции для коррекции психоvegetативных нарушений при женском алкоголизме на этапе формирования ремиссии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012 – N 4. – С. 47–53.
2. Афтанас Л. И., Байдужа В. П., Гришук И. В., Морозова Н. Б., Новопашина А. В., Труфакин В. А. Способ немедикаментозной коррекции психоэмоционального, нейрогормонального и иммунного статусов человека. Патент РФ 2314132. 10.01.2008.
3. Афтанас Л. И., Бохан Н. А., Воронов А. И., Закамалдин А. С., Савотина Л. Н. Особенности субъективного восприятия и переживания эмоциональной информации у пациентов с героиновой зависимостью в состоянии длительной ремиссии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2002. – № 4. – С. 49–51.
4. Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1996. – 46 с.
5. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
6. Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неадаптация больных опиоидной наркоманией. – Республика Казахстан, Павлодар: Изд-во РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», 2005. – 287 с.
7. Бохан Н. А., Благоев Л. Н., Кургак Д. И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
8. Бохан Н. А., Евсеев В. Д., Мандель А. И. Сексуальные дисфункции в клинике опиоидной наркомании // Наркология. – 2012. – № 9. – С. 61–64.
9. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
10. Бурлака О. П., Бохан Н. А., Ульянов И. Г. Качество жизни больных алкоголизмом с коморбидными половыми дисфункциями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 31–35.
11. Васильченко Г. С. Общая сексопатология. – М.: Медицина, 1977. – 486 с.
12. Голуб Я. В., Жиров В. М. Медико-психологические аспекты применения светозвуковой стимуляции и биологически обратной связи. – СПб.: Изд-во «КЭРИ», 2007. – 93 с.
13. Евсеев В. Д., Мандель А. И., Бохан Н. А. Алгоритм диагностики расстройств половой сферы у больных опиоидной наркоманией // Современные технологии психиатр. и нарколог. сервиса / под науч. ред. В. Я. Семке. – Томск, 2011. – Т. 4. – С. 40–42.

14. Макаров С. В. Оценка уровня здоровья и его коррекция методами аудиовизуальной стимуляции и нейробиоуправления при наркотически зависимых: дис. ... к.м.н. – Томск, 2005. – 118 с.
  15. Морозова Н. Б., Шурлыгина А. В., Робинсон М. В., Мельникова Е. В., Пантелеева Н. Г., Труфакин В. А., Афтанас Л. И. Управление психонейроиммунным статусом с помощью психотерапии и психофизиологических нейротехнологий у пациентов с психосоматическими расстройствами // Бюллетень сибирской медицины. Приложение 1. Тезисы докладов V Сибирского физиологического съезда. – 2005. Т. 4. – С. 8.
  16. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
  17. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
  18. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30–35.
  19. Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Невидимова Т. И., Иванова С. А., Бохан Н. А. Клиническая психонейроиммунология. – Томск: ООО Изд-во «РАСКО», 2003. – 300 с.
  20. Шаров Р. А., Козлова И. Ю. Влияние курсового применения аудиовизуальной стимуляции на некоторые характеристики функционального состояния организма // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2007. – Приложение 3 (19).
  21. 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.
  22. Siever D. The rediscovery of audio-visual entrainment technology // Comptronic devices limited. 1997-2000. – Edmonton; Alberta; Canada. – 132 p.
  23. Sztajzel J. Heart rate variability: a noninvasive electrocardiographic method to measure the autonomic nervous system // Swiss. Med. Wkly. – 2004. – Vol. 134. – P. 514–522.
  6. Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A. [Early prevention and neoabilitation of patients with opioid addiction]. Publishing House of “Republican Scientific-Practical Center of Medico-Social Problems of Drug Addiction”, Republic of Kazakhstan, Pavlodar, 2005. 287 p. (In Russ.).
  7. Bokhan N.A., Blagov L.N., Kurgak D.I. [Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of the double diagnosis]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012; 112, 5-2: 17–24. (In Russ.).
  8. Bokhan N.A., Evseyev V.D., Mandel A.I. [Sexual dysfunctions in clinic of opioid addiction]. *Narkologija* [Narcology]. 2012; 9: 61–64. (In Russ.).
  9. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2009. 510 p. (In Russ.).
  10. Burlaka O.P., Bokhan N.A., Ulyanov I.G. [Comparative estimation of quality of a life of patients with sexual dysfunctions at an alcoholism]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 3: 31–35. (In Russ.).
  11. Vasil'chenko G.S. [General sexual pathology]. Medicina, Moscow, 1977. 486 p. (In Russ.).
  12. Golub Ya.V., Zhiron V.M. [Medico-psychological aspects of use of light and sound stimulation and biofeedback]. Publishing House “KERI”, Saint Petersburg, 2007. 93 p. (In Russ.).
  13. Evseyev V.D., Mandel A.I., Bokhan N.A. [Algorithm of diagnosis of sexual sphere disorders in patients with opioid addiction]. In: [Modern technologies of psychiatric and addictological service]. V.Ya. Semke, ed. Tomsk, 2011; 4: 40–42. (In Russ.).
  14. Makarov S.V. [Assessment of level of health and its correction with methods of audio-visual stimulation and neurobiomanagement in drug-related states]. *Dis. ... k.m.n.* [Ph.D. thesis]. Tomsk, 2005. 118 p. (In Russ.).
  15. Morozova N.B., Shusrygina A.V., Robinson M.V., Mel'nikova E.V., Pantelieva N.G., Trufakin V.A., Aftanas L.I. [Management of psychoneuroimmune status with use of psychotherapy and psychophysiological neurotechnologies in patients with psychosomatic disorders]. *Bulleten' sibirskoj mediciny. Prilozhenie 1. Tezisy dokladov V Sibirskogo fiziologicheskogo s#ezda* [Bulletin of Siberian Medicine. Supplement 1. Abstracts of presentations of the Vth Siberian Physiological Meeting]. 2005; 4: 8. (In Russ.).
  16. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Personological analysis in the context of addictive states' systematic]. *Narkologija* [Narcology]. 2006; 1: 60–66. (In Russ.).
  17. Semke V.Ya., Bokhan N.A. [Transcultural addictology]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2008. 588 p. (In Russ.).
  18. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Clinical-dynamic approach to addictions' systematics]. *Narkologija* [Narcology]. 2005; 4, 12: 30–35. (In Russ.).
  19. Semke V.Ya., Vetlugina T.P., Nevidimova T.I., Ivanova S.A., Bokhan N.A. [Clinical psychoneuroimmunology]. Publishing House RASKO, Tomsk, 2003. 300 p. (In Russ.).
  20. Sharov R.A., Kozlova I.Yu. [Effect of use of audiovisual stimulation on some characteristics of functional state of the organism]. *Vestnik Rossijskoj Voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of Russian Military-Medical Academy]. 2007; Suppl. 3 (19). (In Russ.).
- Транслитерация русских источников**
1. Aftanas L.I., Bokhan N.A., Mandel A.I., Aboloni A.F., Ankudinova I.E., Kurgak D.I. [Efficacy of audio-visual-vibrotactile stimulation for correction of psychovegetative disturbances in female alcoholism at the stage of formation of remission]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 4: 47–53. (In Russ.).
  2. Aftanas L.I., Baiduzha V.P., Grishchuk I.V., Morozova N.B., Novopashina A.V., Trufakin V.A. [Method of non-pharmacological correction of human psychoemotional, neurohormonal and immune statuses]. Patent of the Russian Federation 2314132 of 01/10/2008. (In Russ.).
  3. Aftanas L.I., Bokhan N.A., Voronov A.I., Zakamaldin A.S., Savotina L.N. [Peculiarities of perception and experience of emotion in opiate abstinent drug users]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2002; 4: 49–51. (In Russ.).
  4. Bokhan N.A. [Clinical-pathodynamic patterns and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 1996. 46 p. (In Russ.).
  5. Bokhan N.A. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial association of problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 2: 31–37. (In Russ.).



# ДЕТСКО- ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.444.9-053.6

ББК 56.14-325+56.43+53.435

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АГРЕССИВНОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Говорин Н. В.<sup>\*</sup>, Бодагова Е. А.,  
Арсаланова С. С.

ГБОУ ВПО Читинская ГМА Минздрава России  
672090, Чита, ул. Горького, 39-а

В данной работе представлены социально-средовые факторы агрессивности у несовершеннолетних, совершивших общественно опасные деяния. Проанализированы 285 заключений судебно-психиатрических экспертиз по Забайкальскому краю за 2009–2013 гг. по делам несовершеннолетних, совершивших акты криминальной агрессии (архив ГКУЗ КПБ им. В. Х. Кандинского). Обсуждаются результаты эпидемиологических исследований об употреблении психоактивных веществ, агрессивном и криминальном поведении учащихся среднепрофессионального учреждения Читы, а также результаты сплошного обследования подростков, находящихся в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа в Забайкальском крае. С помощью психометрических и проективных методик определены основные личностные особенности несовершеннолетних и уровень их агрессии. **Ключевые слова:** подростки, агрессивное поведение.

**SOCIAL-PSYCHOLOGICAL AND CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF AGGRESSIVENESS IN ADOLESCENTS.** Govorin N. V., Bodagova E. A., Arsalanova S. S. Chita State Medical Academy of Ministry of Healthcare of Russian Federation. Gorky Street 39-a, 672090, Chita, Russian Federation. The present study considers social-environmental factors of aggressiveness in juveniles who have committed socially dangerous acts. 285 forensic psychiatric reports in Trans-Baikal Territory between 2009 and 2013 (archive of V. Kh. Kandinsky Clinical Psychiatric Hospital) were analyzed. The results of epidemiological

<sup>\*</sup> Говорин Николай Васильевич, заслуженный врач РФ, д. м. н., проф., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Телефон : 8(3022)355300. E-mail: Govorin-Nik@yandex.ru

Бодагова Екатерина Александровна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Телефоны: 8(3022)355300, 320534. E-mail: bodagova.ea@yandex.ru

Арсаланова Светлана Сергеевна, врач-ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Телефон: 89143588786. E-mail: sveta\_ars@bk.ru

studies on substance use, aggressive and criminal behavior of students of secondary vocational institution of Chita as well as results of mass observation of adolescents at special child care institution of closed type in the Trans-Baikal Territory are discussed. With the use of psychometric and projective techniques main personality traits of juveniles and level of their aggression were identified. **Keywords:** juveniles, behavior aggression.

В сложившейся социально-экономической ситуации проблема преступности несовершеннолетних стоит наиболее остро. Многие исследователи обращают внимание на ослабление роли семьи и девальвацию морально-нравственных норм, что неизбежно приводит к криминализации населения и росту общественно опасных действий, совершаемых подростками [6, 10, 13, 16–19]. Несмотря на то что за последние 5 лет общероссийский показатель уровня преступности среди несовершеннолетних существенно снизился, в целом ситуация среди преступности несовершеннолетних остается крайне напряженной. Забайкальский край традиционно находится в тройке лидеров среди субъектов с наибольшим удельным весом преступлений, совершенных непосредственно несовершеннолетними или при их соучастии. Так, в 2013 г. и 2014 г. край занял первое место по числу расследованных преступлений, совершенных подростками [19]. Важно иметь в виду, что подростковый возраст сопровождается значительными изменениями во всех сферах психической деятельности. К особенностям подростковой и детской психики относятся несформированность и мозаичность личностных структур, определяющих тип реагирования и своеобразии последствий различных социальных воздействий с нарушением социализации и социальной дезадаптации личности. Раннее проявление агрессии, сопровождающееся криминальными поступками, может оказаться предвестником формирования и собственно манифестацией наиболее тяжелых форм психической и наркологической патологии [4, 7, 8, 11-15].

В связи с этим изучение социально-средовых и клинико-психопатологических особенностей подростков, совершивших общественно опасные деяния, является важным аспектом для формирования мер превентивного характера, направленных на предупреждение развития агрессивных тенденций у несовершеннолетних.

**Целью** настоящего исследования стало определение уровня агрессии несовершеннолетних, а также определение основных клинико-психопатологических особенностей подростков, совершивших общественно опасные деяния, установление роли наследственных, микросоциальных и макросоциально-средовых, психопатологических факторов в возникновении и динамике агрессивного поведения.

**Материалы и методы.** Нами был проведен анализ 285 заключений судебно-психиатрических экспертиз по Забайкальскому краю за 2009–2013 гг. по делам несовершеннолетних, совершивших акты криминальной агрессии (архив ГКУЗ КПБ им. В. Х. Кандинского). Подэкспертным инкриминировали правонарушения по следующим статьям Уголовного кодекса РФ: ст. 105 (убийство или умышленное причинение смерти), ст. 111 (умышленное нанесение тяжкого вреда здоровью), ст. 131, 132 (изнасилование и насильственные действия сексуального характера), ст. 161, 162 (грабеж, разбойное нападение с целью хищения чужого имущества), ст. 116 (нанесение побоев), ст. 115, 112 (умышленное причинение легкого вреда и вреда средней тяжести), ст. 119 (угроза убийством).

На втором этапе было обследовано 80 учащихся Забайкальского многопрофильного техникума Читы, из них 45 % девочек (n=36) и 55 % мальчиков (n=44) в возрасте от 15 до 18 лет, (средний возраст  $16,2 \pm 0,7$  года). Обследование проводилось с помощью специально разработанной «Индивидуальной карты», включающей биографические данные, вопросы по употреблению психоактивных веществ, агрессивному и криминальному поведению. Также с целью диагностики агрессивного поведения подростков был использован опросник Басса-Дарки.

Третий этап исследования заключался в обследовании 48 подростков в возрасте от 11 до 16 лет, находящихся в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа в Забайкальском крае. В данном учреждении находятся несовершеннолетние, совершившие неоднократные преступления, начиная от краж до агрессивно-насильственных общественно опасных деяний, таких как причинение тяжкого вреда здоровью, изнасилования, убийства, при этом не достигшие возраста уголовной ответственности на момент совершения деликта. Сроки пребывания в учреждении составляли от 1 года до 3 лет. Исследование данной группы также проводилось с помощью «Индивидуальной карты», содержащей биографические данные, сведения из медицинской документации и личных дел подростков. Психометрическое обследование проводилось при помощи ряда методик. Так, с целью диагностики агрессивного поведения подростков были использованы опросник Басса-Дарки и проективные психодиагностические методики «Тест Руки» и «Несуществующее животное». При оценке личностных особенностей использовался патохарактерологический диагностический опросник (ПДО).

Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи стандартного пакета программ «Statistica 6.0 for Windows» с применением непараметрического критерия оценки досто-

верности различий сравниваемых показателей – критерий хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ).

**Результаты и обсуждение.** При анализе 285 заключений судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в период с 2009 по 2013 г., по делам несовершеннолетних, совершивших акты криминальной агрессии (архив ГКУЗ КПБ им. В. Х. Кандинского), выявлено, что среди подэкспертных было 8 % девочек (n=23), 92 % мальчиков (n=263).

По анамнестическим сведениям, содержащимся в актах судебно-психиатрических экспертиз, 56 % (n=160) подростков имеют наследственную отягощенность злоупотреблением алкоголем родителей или близких родственников. Данные показатели могут свидетельствовать о том, что высокий процент детей алкоголиков среди несовершеннолетних преступников объясняется алкоголизмом родителя, наносящим вред зародышевым клеткам и, соответственно, приводящим к рождению неполноценного потомства, или психопатической наследственной предрасположенностью, которая у родителя послужила основой для развития алкоголизма. С другой стороны, можно сказать, что лишенный нормального воспитания подросток не имеет положительных образов для подражания и лишен должного родительского контроля, что в результате повышает риск развития преступных наклонностей [5, 6, 9, 13]. Также выявлен довольно высокий показатель наследственной отягощенности по суициду среди родственников подэкспертных – 8,8 % (n=25). Небольшой процент обследованных подростков имеет отягощенную наследственность по шизофрении – 0,7 % (n=2), умственной отсталости – 0,7 % (n=2), эпилепсии – 0,7 % (n=2) и расстройству личности – 0,4 % (n=1).

При оценке социально-бытовых особенностей семей, в которых воспитывались подэкспертные подростки, обращают на себя внимание низкий уровень материального состояния, а также недостаточный надзор со стороны родителей. Так, выявлено, что 69 % (n=197) семей считались малообеспеченными и имели низкий социальный статус, а 49 % (n=139) семей имели 3 и более детей. Более половины подростков (57 % – n=164) воспитывались в условиях гипопеки, у 14,7 % (n=42) подростков было гармоничное воспитание, 14,5 % (n=41) воспитывались в детском доме, 6 % (n=17) являлись безнадзорными, в отношении 7,3 % (n=21) нет данных о воспитании. При анализе социального статуса семьи у 11,2 % (n=32) подэкспертных родители привлекались к уголовной ответственности и у 5,6 % (n=16) sibсы имели судимость. Многими исследователями отмечается влияние роли семьи на формирование агрессивного поведения [1, 2, 6, 13].

Таким образом, семейная дезадаптация, дисгармоничное воспитание, низкий социальный статус семьи, отсутствие положительных образов для подражания, безусловно, служит важным аспектом формирования агрессивных тенденций и противоправного поведения.

Преобладающее число подростков недостаточно справлялись с социальной ролью учащегося и отличались малой заинтересованностью в учебе. Так, 76,5 % имели низкую успеваемость в школе, 89,5 % проявляли безразличное отношение к обучению. Практически треть обследуемых дублировали классы (27,4 %). Эти данные свидетельствуют о трудностях организации систематической учебной деятельности этих детей, недостаточной сформированности у них познавательной мотивации, что приводит к нарушениям дисциплины, конфликтам с учителями и сверстниками, тем самым усугубляя дезадаптацию подростков.

У каждого третьего подростка по анамнестическим данным имелись расстройства поведения до совершения деликта. Среди них преобладали бродяжничество и праздный образ жизни (78 % – n=222), неуправляемость (48 % – n=137). 38 % (n=107) подростков ранее привлекались к уголовной ответственности. Большинство подростков к моменту совершения деликта пробовали алкоголь, чуть менее половины обследуемых (41 % – n=117) систематически употребляли алкоголь. У трети подростков отмечается употребление наркотиков, в большинстве случаев это были каннабиноиды и пары летучих растворителей. Следует обратить внимание на то, что практически треть обследуемых имели в прошлом суицидальные попытки (28 % – n=81). Обращает на себя внимание тот факт, что 62,5 % подэкспертных на момент совершения деликта находились в состоянии алкогольного опьянения. Это подтверждает важную роль алкогольного фактора в формировании криминальной агрессии. Около половины актов преступлений носили групповой характер [3].

Среди подростков, совершивших акты криминальной агрессии, обвинялись по статьям: 33 % – ст. 105 УК РФ (убийство или умышленное причинение смерти), 23 % подростков – по ст. 111 (умышленное нанесение тяжкого вреда здоровью). Довольно высокий процент подэкспертных (21 %) были обвиняемыми по ст. 131, 132 УК РФ (изнасилование и насильственные действия сексуального характера). 18 % преступлений было совершено с целью материальной выгоды, а именно ст. 161 УК РФ (грабеж), ст. 162 УК РФ (разбойное нападение с целью хищения чужого имущества). Незначительное число подэкспертных обвинялись по ст. 116 УК РФ (нанесение побоев), ст. 115, 112 УК РФ (умышленное причинение легкого вреда

и вреда средней тяжести), ст. 119 УК РФ (угроза убийством).

Среди мотивов криминальной агрессии у несовершеннолетних основными являлись неприязнь на бытовой почве (44,6 %), материальная выгода (28,4 %) и удовлетворение половых потребностей (17,9 %). Имеются различия в отношении мотивов агрессии среди мальчиков и девочек. У девочек в 2 раза чаще основным мотивом являлась неприязнь на бытовой почве (p=0,002). Мальчики в свою очередь чаще, чем девочки, совершали правонарушения с целью материальной выгоды, а преступления с целью удовлетворения половой потребности совершались только мальчиками (p=0,02) (табл. 1).

В ходе проведения судебно-психиатрической экспертизы из 285 человек, совершивших правонарушения, сравнительно небольшой процент (4,6 % – n=13) несовершеннолетних были признаны невменяемыми, 3,5 % (n=10) направлены на дообследование в условиях стационара, 91,9 % (n=262) обследуемых признаны вменяемыми и способными отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Среди лиц, признанными невменяемыми, 4 человека (30,7 %) имели диагноз умственная отсталость (F70.1; F70.08; F71.1). Диагноз шизофрении (F20.0; F21.0) был выставлен 3 подросткам (23,1 %); диагноз расстройства личности и поведения органической этиологии (F07.0; F07.08) также был выставлен 3 подросткам (23,1 %); специфическое расстройство личности (F60.8) диагностировано у 2 подростков (15,4 %), расстройство психологического развития (F88) – у 1 несовершеннолетнего (7,7 %). В контингенте лиц, признанных вменяемыми, у 20,2 % не обнаружено какой-либо психической патологии, тогда как у 79,8 % имелись психические расстройства.

Таблица 1

**Гендерные особенности мотивов криминальной агрессии подростков**

Основной мотив	Мальчики	Девочки
Неприязнь на бытовой почве	41 %	83 %***
Материальная выгода	30 %**	9 %
Половая потребность	20 %	-
Хулиганство	7 %	-
Месть	7 %	4 %
Защитная реакция	6 %	4 %
Самоутверждение	3 %	-
Ревность	0,8 %	-

**Примечание.** Статистическая значимость различий между группами обозначена: \* – p≤0,05; \*\* – p≤0,01; \*\*\* – p≤0,001.

Среди подростков, признанными вменяемыми, у 107 человек (51,2 %) диагностировали «расстройство личности», а именно эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3) (n=60); другие специфические расстройства личности (F60.8) (n=38); диссоциальное расстройство личности (F60.2) (n=6); смешан-

ные и другие расстройства личности (F61) (n=2); шизоидное расстройство личности (F60.1) (n=1). Органическое расстройство личности выявлено у 36,8 % обследуемых, умственная отсталость – у 9,6 %, другие психические расстройства – у 2,4 %, включая расстройства, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни (Z73.0) и расстройства психологического развития (F84.0) (табл. 2).

Т а б л и ц а 2  
Основные психопатологические расстройства у подростков, совершивших акты криминальной агрессии

Диагноз лиц, признанных вменяемыми	%	Диагноз лиц, признанных невменяемыми	%
Специфическое расстройство личности (F60.1, F60.2, F60.3, F60.8, F61)	51,2 %	Умственная отсталость (F70.1; F71)	30,7 %
Органическое расстройство личности (F07)	36,8 %	Органическое расстройство личности (F07.0)	23,1 %
Умственная отсталость (F70)	9,6 %	Шизофрения и шизотипическое расстройство (F20.0; F21.0)	23,1 %
Другие диагнозы (Z73.0, F84.0)	2,4 %	Специфическое расстройство личности (F60.8)	15,4 %
		Расстройство психического развития F88	7,7 %

На втором этапе при обследовании учащихся Забайкальского многопрофильного техникума Читы было выявлено, что в полных семьях проживают 55 % (n=44) подростков, 35 % (n=28) проживают только с матерями, 10 % (n=8) – в семьях с опекунами. Почти половина подростков (43,8 %) отмечали жестокое воспитание в семье: у 27,3 % были физические наказания, 16,3 % отметили проявления вербальной агрессии со стороны родителей. При этом в 26,3 % случаев агрессивное поведение отмечалось со стороны обоих родителей. У 10 % подростков в семье присутствовало безразличное к ним отношение. Выявлено, что большая часть респондентов (76,3 %) употребляют алкогольные напитки, при этом возраст начала употребления чаще приходится на 13–14 лет. Каждый второй подросток курит (58,7 %), а каждый третий подросток (32,6 %) хотя бы раз в жизни пробовал наркотики (главным образом каннабиноиды). Почти половина обследованных (42,5 %) имели приводы в милицию по причине гетероагрессии, из них 18,7 % привлекались к уголовной ответственности, в основном это были мальчики (p=0,01). Также подростки отмечали и другие негативные социальные последствия агрессивного поведения (далее они приведены в порядке убывания): ухудшение взаимоотношений с близкими, учителями, друзьями; порицание со стороны преподавателей; исключение из учебного заведения; выселение из общежития.

В качестве «пускового фактора» гетероагрессии респонденты указывали социально-психологические и личностно-психологические причины: чаще других отмечали обиду (30 %), самозащиту (22,5 %), ревность (21,3 %), конфликт на бытовой почве (17,5 %) и алкогольное опьянение (13,7 %). При этом из всех причин лишь обида не имела гендерных особенностей, остальные преобладали у мальчиков. Из форм проявления агрессии подростки чаще всего отмечали оскорбления других людей (70 %) и нанесение телесных повреждений (36,3 %). После агрессивной эмоциональной реакции респонденты наиболее часто отмечали у себя чувство вины (35 %), раскаяние (20 %), страх (15 %) и жалость к пострадавшим (14 %).

Согласно психометрическому опроснику Басса-Дарки, высокий индекс агрессивности выявлен у каждого пятого подростка (у 11,3 % мальчиков и 7,5 % девочек). При этом у всех респондентов преобладала вербальная агрессия, а индекс враждебности обнаружен у каждого второго (у 27,5 % мальчиков и 20 % девочек). Помимо гетероагрессии, 11,3 % подростков указывали на наличие аутоагрессивного поведения (суицидальные попытки в анамнезе).

В ходе обследования несовершеннолетних правонарушителей, находящихся в специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа, были получены следующие данные. Среди обследованных подростков было 96 % мальчиков (n=46) и 4 % девочек (n=2). Подавляющему большинству подростков, находившихся в данном учреждении закрытого типа, неоднократно инкриминировали кражи (ст. 158) – 77 %. На втором месте были грабежи (ст. 161) – 41,6 %; на третьем месте находились побои (ст. 116) – 37,5 %, на четвертом месте – умышленное уничтожение имущества (ст. 167) – 27 %. Подростков, совершивших агрессивно-насильственные общественно опасные деяния (причинение тяжкого вреда здоровью, изнасилования, убийства), на момент обследования в учреждении не было.

Обнаружено, что более половины обследуемых (58 % – n=28) имеют наследственную отягощенность по алкоголизму одного или обоих родителей, 4 % (n=2) – по наркомании, также у 4 % (n=2) подростков имелись случаи суицида в семье. У 25 % (n=12) подростков родители были лишены или ограничены в родительских правах, треть подростков (35 % – n=17) воспитывались в неполной семье, у 6 % (n=3) воспитанием занимались опекуны. 19 % воспитанников имели полную семью и у 15 % (n=7) подростков не было сведений о составе семьи. Каждый второй подросток (58 % – n=29) воспитывался в малообеспеченной семье, треть семей (29 % – n=14) являлись многодетными.

В соответствии с данными медицинской документации у 42 % (n=20) подростков имеются задержки психического развития (F80—83), у 25 % (n=12) – органические легкие когнитивные расстройства (F06.7), у 10 % (n=5) – органическое непсихотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями, у 8 % (n=4) подростков – социализированное расстройство поведения (F91.2), у 4 % (n=2) – смешанное расстройство поведения и эмоций (F92), а 10 % (n=5) подростков не имели диагноза по психическому расстройству.

При исследовании личностных особенностей по ПДО выявлено, что около половины обследуемых (42 % – n=20) не обнаруживают отчетливых признаков личностных расстройств. Лишь только 19 % (n=9) подростков имеют эпиптоидный тип акцентуации, 8 % (n=4) – неустойчивый тип, 6 % – гипертимный тип, 6 % – психастенический тип, 2 % – шизоидный тип акцентуации, 12,5 % (n=6) имели смешанный тип акцентуации. Помимо того, по данным ПДО обнаружено, что у 27 % (n=13) подростков имеется риск алкоголизации, 56,5 % (n=27) подростков обнаруживают тенденцию к употреблению ПАВ. Склонность к реакции эмансипации выявлена у 45,5 % (n=22) подростков.

При исследовании уровня агрессии при помощи методики Басса-Дарки высокий уровень индекса агрессивности (ИА) определяется лишь у 10 % испытуемых (n=5) за счет таких показателей, как «вербальная агрессия», «физическая агрессия» и «раздражительность». Примерно у половины воспитанников (48 % – n=23) индекс агрессивности был низким, у 42 % (n=20) обследуемых этот показатель находился в пределах нормы. Индекс враждебности (ИВ) в 85 % (n=41) случаев также находился в пределах нормы, только 15 % (n=7) подростков имели высокий показатель ИВ за счет таких показателей, как «обида» и «подозрительность».

С помощью проективной методики «Тест Рук» получены следующие результаты. При расчете количественного показателя открытого агрессивного поведения (An) выявлено, что у большинства подростков (62 % – n=30) данный коэффициент был ниже нормативного показателя. У 21 % (n=10) воспитанников отмечается нормативный коэффициент; у 17 % (n=8) испытуемых определяется надпороговый коэффициент открытого агрессивного поведения, т. е. агрессивность явно обнаруживается как тенденция или реальность поведения. Среди категорий ответов значительно преобладали ответы, относящиеся к категории «Коммуникативность» – 25 %, также часто встречались ответы, относящиеся к категориям «Активность» – 22 % (ответы, в которых рука проявляет тенденцию к действию, завершение которого не требует присутствия другого человека) и «Ди-

рективность» – 11 % (эта категория включает ответы, в которых рука воспринимается как доминирующая, находится в ситуации превосходства, руководящая).

Анализ рисуночного теста «Несуществующее животное» показал, что подавляющее большинство испытуемых (92 % – n=44) обнаруживают низкий уровень агрессивности. Среди них преобладали такие тенденции, как боязнь агрессии, неуверенность в себе, страх и низкая самооценка. Всего у 8 % (n=4) подростков уровень агрессивности достигает средних показателей, причем агрессия в таком случае носит защитно-ответный характер и лишь у 1 испытуемого определена склонность к спонтанной агрессии. Высокий уровень агрессии не был выявлен ни у одного подростка.

Следует отметить, что подавляющее большинство подростков, находившихся в специальном учреждении закрытого типа, воспитывались в семьях с низким социальным уровнем и в условиях гипоопеки и безнадзорности. При этом более чем у половины обследуемых родители злоупотребляли алкоголем.

Согласно проведенному исследованию с помощью психометрических методик выявлено, что 42 % подростков не имеют явных признаков личностных расстройств. В целом следует отметить у испытуемых низкие показатели агрессивности, что подтверждается результатами сразу нескольких психодиагностических методик по выявлению агрессии. Психологическое состояние подростков на момент обследования также не соответствовало их личностному портрету, описанному по результатам психолого-медико-педагогической комиссии, а также в личных делах воспитанников, где большая часть подростков имела такие характеристики, как повышенная возбудимость, неуправляемость, немотивированная жестокость и агрессивность. Вероятно, данные особенности связаны с тем, что меры воспитательно-обучающего характера в «школе» на самом деле могут приводить к психологической коррекции поведения подростков.

**Заключение.** Таким образом, подводя итоги проведенного трехэтапного исследования, следует обратить внимание на социально-средовые особенности подростков, совершивших общественно опасные деяния, к которым относятся такие, как гипоопека, низкий социальный статус семьи, сложные материальные условия, а также злоупотребление алкоголем родителей. В свою очередь делинквентное поведение обследованных можно рассматривать во многом как спровоцированное неблагоприятными средовыми (микросоциальными) факторами: алкоголизм родителей, безнадзорность, социально-педагогическая запущенность подростков.

Обращают на себя внимание такие факторы, как ранний возраст начала употребления алкоголя, высокая распространенность употребления табака и ПАВ в контингенте подростков, агрессивное поведение которых приводит к неблагоприятным социальным последствиям и почти у половины из них к правонарушениям и преступлениям.

Полученные данные убедительно свидетельствуют, что в профилактике криминальной агрессии среди несовершеннолетних важное место должны занимать мероприятия по ранней диагностике и своевременной терапии непсихотических психических расстройств у детей и подростков, а также комплексные меры по борьбе с пьянством и алкоголизмом среди населения, в том числе ранняя профилактика потребления психоактивных веществ у детей и подростков.

#### Л и т е р а т у р а

1. Барсуков А. В. Влияние типов семейного воспитания на формирование самооотношения у подростков с асоциальным поведением. – Новгород, 2007. – 203 с.
2. Воробьева К. А. Влияние особенностей родительно-детских отношений на генезис агрессивных установок личности у подростков из полных и неполных семей // Известия Пензенского педагогического университета им. В. Г. Белинского. – 2012. – № 28.
3. Говорин Н. В., Сахаров А. В., Гаймоленко А. С. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии. – Чита : Иван Федоров, 2009. – 184 с.
4. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. и др. Криминальное агрессивное поведение подростков // Агрессия и психическое здоровье. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2010. – С. 111—142.
5. Жмуров Д. В. Криминальная агрессия несовершеннолетних : дис. ... канд. юрид. наук. – Иркутск, 2009. – 162 с.
6. Иванов М. В. Сравнительные характеристики подростково-правонарушителей (клинические, социальные и психологические аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2009. – 26 с.
7. Куприянова И. Е., Семке В. Я., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Психическое здоровье детей с особыми образовательными потребностями. – Томск, 2011. – 203 с.
8. Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 36—40.
9. Лелеков В. А., Кошелева Е. В. Влияние семьи на преступность несовершеннолетних // Социологические исследования. – 2006. – № 1. – С. 103—113.
10. Макушкин Е. В., Федина М. А. Феномен гомцидомании в подростковом возрасте // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – М., 2000. – № 38. – С. 56—67.
11. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60—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. Ошевский Д. С. Психическое развитие у подростков с психическими расстройствами, совершивших агрессивно-насильственные правонарушения (психологический аспект) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2006. – 23 с.
14. Саркисова И. А., Макушкин Е. В. Агрессивное поведение у несовершеннолетних с началом формирования в детско-подростковом возрасте // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 141.
15. Bailey S. Editorial: Juvenile homicide // Criminal Behavior and Mental Health. – 2000. – V. 10. – P. 149—154.
16. 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.
17. Bokhan N. A., Gusev S. I. Remissions of drug addicts under conditions of penal isolation: current research in Siberia. In: Antisocial behavior: etiology, genetic and environmental influences and clinical management / Ed.: Justine H. Gallo. – New York, USA: Nova Science Publishers Inc., 2014. – P. 133—139.
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. Информация сайта портала правовой статистики. – <http://crimestat.ru>. – Дата последнего обращения: 15.05.2015.

#### Транслитерация русских источников

1. Barsukov A.V. [Influence of types of familial upbringing on formation of self-attitude in adolescents with asocial behavior]. Novgorod, 2007. 203 p. (In Russ.).
2. Vorobyeva K.A. [Child-parent relationship features influence on the genesis of aggressive personality attitudes in teenagers from complete and incomplete families]. *Izvestija Penzenskogo pedagogicheskogo universiteta im. V. G. Belinskogo* [Proceedings of V.G. Belinsky Pedagogical University]. 2012; 28. (In Russ.).
3. Govorin N.V., Sakharov A.V., Gaymolenko A.S. [Alcohol factor in criminal aggression and auto-aggression]. Publishing House "Ivan Fedorov", Chita, 2009. 184 p. (In Russ.).
4. Guryeva V.A., Makushkin E.V. et al. [Criminal aggressive behavior of adolescents]. In: [Aggression and Mental Health]. Juridicheskij centr Press, Saint Petersburg, 2010; 111—142. (In Russ.).
5. Zhmurov D.V. [Criminal aggression of juveniles]. *Dis. ... kand. jurid. nauk* [Abstract of thesis of candidate of legal sciences]. Irkutsk, 2009. 162 p. (In Russ.).
6. Ivanov M.V. [Comparative characteristics of adolescents-delinquents (clinical, social and psychological aspects)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 2009. 26 p. (In Russ.).
7. Kupriyanova I.E., Semke V.Ya., Dashieva B.A., Karaush I.S. [Mental health of children with special educational needs]. Tomsk, 2011. 203 p. (In Russ.).
8. 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]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2012; 3: 36—40. (In Russ.).
9. Lelekov V.A., Kosheleva E.V. [Influence of family on juvenile delinquency]. *Sociologicheskie issledovanija* [Sociological investigations]. 2006; 1: 103—113. (In Russ.).

10. Makushkin E.V., Fedina M.A. [Phenomenon of homicide mania at adolescent age]. *Praktika sudebno-psihiatricheskoj jekspertizy* [Practice of Forensic-Psychiatric Examination]. 2000; 38: 56—67. (In Russ.).
11. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Personological analysis within the context of addictive states systematics]. *Narkologija* [Narcology]. 2006; 1: 60—66. (In Russ.).
12. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Clinical-dynamic approach to addiction systematics]. *Narkologija* [Narcology]. 2005; 4, 12: 30—35. (In Russ.).
13. Oshevsky D.S. [Mental development in adolescents with mental disorders who committed aggressive-violent offences (psychological aspect)]. *Avtoref. dis. ... k.p.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2006. 23 p. (In Russ.).
14. Sarkisova I.A., Makushkin E.V. [Aggressive behaviour in juveniles with onset of formation in childhood-adolescence]. *Materialy XIII s#ezda psihiatrov Rossii* [Materials of the XIIIth Meeting of psychiatrists of Russia]. Moscow, 2000; 141. (In Russ.).
19. Information of site of portal of legal statistics. <http://crimestat.ru>. Date of last access: 05/15/2015. (In Russ.).

УДК 159.937+316.624

ББК 57.33+88.48

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ АНТИЦИПАЦИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТАХ

Ахметзянова А. И.<sup>\*1</sup>, Никишина В. Б.<sup>2</sup>, Петраш Е. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Казанский (Приволжский) федеральный университет

42008, Казань, ул. Кремлевская, 18

<sup>2</sup> Курский ГМУ Минздрава России

305041, Курск, ул. К. Маркса 3

В статье представлены результаты изучения психологических механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах. Полученные данные указывают на то, что онтогенетической особенностью подросткового и юношеского возрастов является сформированность антиципационной состоятельности. Антиципационно-прогностические процессы в подростковом возрасте характеризуются взаимосвязью антиципационной состоятельности с прогностической глубиной и гибкостью. В юношеском возрасте выявлена взаимосвязь антиципационной состоятельности с прогностической глубиной, осознанностью, гибкостью, перспективностью и доказательностью. Степень выраженности и направленность взаимосвязей прогностических параметров и антиципационной состоятельности указывают на факт согласованности антиципационно-прогностической системы в юношеском возрасте. **Ключевые слова:** антиципация, прогнозирование, психологические механизмы, онтогенетическое развитие.

**PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF THE RELATIONSHIP OF ANTICIPATION AND PREDICTION IN ADOLESCENCE AND EARLY ADULTHOOD.** Akhmetzyanova A. I., Nikishina V. B., Petrash E. A.<sup>1</sup> Kazan (Volga region) Federal University. 18, Kremlevskaya St., Kazan, 420008, Republic of Tatarstan, Russian Federation. <sup>2</sup> Kursk State Medical University. Russian Federation, 305041, Kursk, Karl Marx St. 3.

The article presents the results of a study of psychological mechanisms of the relationship of anticipation and forecasting in adolescence and early adulthood. Obtained data indicate that the ontogenetic aspect of adolescence and youth is maturity of anticipational consistency. Anticipational forecasting processes in adolescence are characterized by the interrelation between anticipational consistency and predictive depth and flexibility. In adolescence there is an interrelation between anticipational consistency and predictive depth, awareness, flexibility, perspective and conclusiveness. The degree of severity and direction of the relationship between prognostic parameters and anticipational consistency point to the coherence of anticipational-forecasting system in adolescence. **Keywords:** anticipation, prediction, psychological mechanisms, ontogenetic development.

\* Ахметзянова Анна Ивановна, к.п.н., доцент. 8(987)2904623, [Anna.Ahmetzyanova@kpfu.ru](mailto:Anna.Ahmetzyanova@kpfu.ru)

Никишина Вера Борисовна, д.п.н., профессор. 89102177373, [vbnikishina@mail.ru](mailto:vbnikishina@mail.ru)

Петраш Екатерина Анатольевна, к.п.н., доцент. +74712588132, [vbnikishina@mail.ru](mailto:vbnikishina@mail.ru)

Актуальность проблемы изучения психологических механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования связана с острой необходимостью объяснения психологического содержания нарушения процесса социализации в подростковом и юношеском возрастах.

В традиционном плане антиципационно-прогностическую активность человека в психологии изучают в рамках двух методологических подходов – первый, как способ представления возможных результатов действий до его осуществления (В. Вундт); второй подход, как содержание «опережающего отражения» (П. К. Анохин).

Концептуализируя свои рассуждения в рамках теории «опережающего отражения» и культурно-исторической теории (Л. С. Выготский, П. К. Анохин, А. Р. Лурия), мы исходили из понимания того, что гностическая и моторная активность человека регулируется антиципационно-прогностическими процессами, которые, в свою очередь, имеют сложную нейропсихологическую и психическую природу. Кроме того, мы руководствовались пониманием того, что в норме в подростковом и юношеском возрастах система регуляции антиципационно-прогностическими процессами полностью сложилась. Процессы прогнозирования основаны на вероятностной структуре прошлого опыта и информации о наличной ситуации. Предшествующий опыт и внешняя ситуация выступают в качестве основания выдвижения гипотез о предстоящем будущем. В соответствии с прогнозированием осуществляется подготовка к соответствующим действиям (И. М. Фейгенберг).

Ставя и решая задачи изучения психологических механизмов антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах, возникает, как минимум, необходимость определения онтогенетических закономерностей их реализации, что предполагает изучение нормы антиципационной активности и исследование базового нейропсихологического и психического уровней регуляции антиципации и прогнозирования. Система регуляции взаимосвязи антиципации и прогнозирования представлена двумя уровнями организации: нейропсихологическим и психическим уровнями регуляции. Нейропсихологический уровень представлен особенностями функциональной мозговой организации процессов антиципации и прогнозирования, а также ассоциативными механизмами, обеспечивающими взаимосвязь предшествующего опыта (являющегося основанием процесса антиципации) и функций прогнозирования. Психический уровень регуляции взаимосвязи антиципации и прогнозирования реализуется через механизмы произвольной (диссоциативные механизмы) и произвольной (осознанная саморегуляция поведения) регуляции.

Диссоциативные механизмы обеспечивают дифференциацию прошлого опыта и антиципационно-прогностических процессов. Система осознанной саморегуляции поведения представляет собой системный многоуровневый процесс психической активности человека по выдвижению целей и управлению их достижением; включает в себя операциональный уровень (планирование целей, моделирование условий, программирование, корректирование активности и ее результатов) и регуляторно-личностный уровень (самостоятельность, гибкость) (Моросанова В. И., 2010). Процессы осознанной саморегуляции поведения обеспечивают произвольный уровень регуляции процессов прогнозирования (рис. 1).

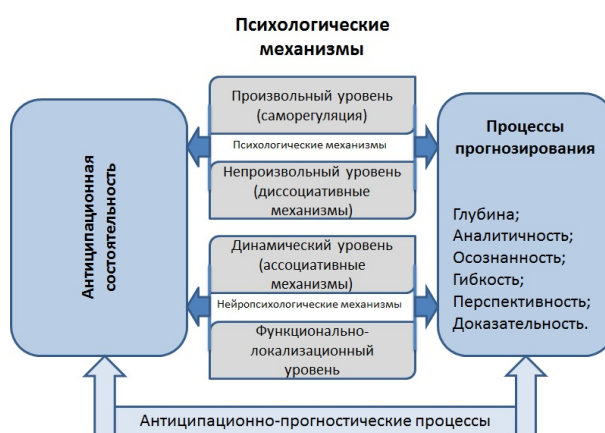


Рис. 1. Концептуальная модель исследования психологических механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах

**Цель исследования:** изучение психологических механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах.

**Объект исследования:** взаимосвязь антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах.

**Предмет исследования:** структура организации психологических механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах.

Исследование осуществлялось на базах общеобразовательных (СОШ № 27 г. Курска, СОШ № 6 г. Курска, МБОУ СОШ № 33 г. Казани, МБОУ СОШ № 10 г. Казани) и высших учебных заведений: ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет (КГМУ), Курский институт социального образования (КИСО) (филиал РГСУ), Казанский федеральный университет.

Общий объем выборки составил 318 человек, из них 162 подростка (75 мальчиков, 87 девочек) в возрасте 11—15 лет; 156 испытуемых юношеского возраста (72 юноши и 84 девушки) в возрасте 18—21 год.



Психодиагностическая база исследования представлена следующими методиками: «Тест антиципационной состоятельности» (В. Д. Менделевич); методика-тест «Способность к прогнозированию» (Л. А. Регуш), ассоциативный эксперимент (модификация В. Б. Никишиной), шкала диссоциации DES (в адаптации Н. В. Тарабриной); опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В. И. Моросанова).

Выбор нейропсихологических проб осуществляли по критерию локализации и функциональному основанию: схематизированный рисунок без деталей; дорожный тест Мопеу; игнорирование левой, правой половины поля зрения.

Статистическая обработка осуществлялась с использованием методов количественной и качественной обработки данных: показатели средних тенденций (среднее значение, стандартное отклонение), методы корреляционной статистики (г-критерий ранговой корреляции Спирмена), методы многомерной статистики (факторный анализ с varimax-вращением).

Формируя программу статистического анализа психологических механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования, по правилу транзитивности (если А связано с В, а В связано с С, то А связано с С) и критерию структурно-уровневой организации психики, был осуществлен анализ по нижеприведенной схеме. На первом этапе проведена оценка выраженности антиципации и параметров прогнозирования, а также их взаимосвязи в подростковом и юношеском возрастах. Задачей второго этапа является исследование механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах на нейропсихологическом уровне через оценку взаимосвязей антиципации с нейропсихологическими пробами и временем ассоциативных реакций. На третьем этапе осуществлялось исследование механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования на психическом уровне через процедуру факторизации и оценку взаимосвязей антиципации с уровнем диссоциации и процессами осознанной саморегуляции поведения в подростковом и юношеском возрастах.

У 83,4 % подростков и 91,1 % юношей установлена антиципационная состоятельность (в абсолютных показателях прогностическая компетентность устанавливается, если показатели превышают 241 балл) [6]. Средние значения у юношей составили  $254,71 \pm 7,6$ ; у подростков –  $246,12 \pm 3,4$ . Изучение взаимосвязи антиципационных особенностей и прогностических параметров, а также нейропсихологических и психологических механизмов данной взаимосвязи осуществлялось на выборке испытуемых подросткового и юношеского возрастов с антиципационной состоятельностью.

Оценка взаимосвязи антиципации и параметров прогнозирования осуществлялась методом корреляционного анализа (табл. 1).

Таблица 1  
Коэффициенты корреляции антиципации и параметров прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах (г-критерий Спирмена,  $p \leq 0,05$ )

Параметр	Антиципация	
	Подростковый возраст	Юношеский возраст
Глубина	0,32*	0,41*
Аналитичность	0,22	0,22
Осознанность	0,16	0,43*
Гибкость	0,38*	0,64*
Перспективность	0,24	0,57*
Доказательность	0,19	0,51*

Примечание. \* – Значимость взаимосвязи.

Антиципационная состоятельность в подростковом возрасте значимо взаимосвязана с глубиной и гибкостью прогнозирования. В юношеском возрасте число значимых взаимосвязей антиципационной состоятельности и параметров прогнозирования увеличивается: выявлены значимые прямо пропорциональные взаимосвязи антиципационной состоятельности и прогностической глубины, осознанности, гибкости, перспективности и доказательности. Полученные данные указывают на недостаточность антиципационно-прогностических процессов в подростковом возрасте, что связано с онтогенетическими закономерностями формирования системы произвольной регуляции.

Исследование нейропсихологического уровня механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах осуществлялось через оценку взаимосвязей антиципации с нейропсихологическими пробами, характеризующими функциональную направленность процессов лобной, теменной и затылочной организации, и временем ассоциативных реакций, рассматриваемых как динамический показатель нейропсихологических механизмов.

В результате исследования взаимосвязи антиципационной состоятельности с нейропсихологическими пробами выявлены как в подростковом, так и в юношеском возрасте прямо пропорциональные взаимосвязи между уровнем антиципационной состоятельности и функциональной направленностью процессов мозговой организации (табл. 2).

В соответствии с правилом транзитивности в подростковом возрасте антиципационно-прогностическая глубина обеспечивается функциональной направленностью лобных и теменно-затылочных отделов коры головного мозга; прогностическая гибкость обеспечивается функциональной направленностью процессов теменной и затылочной организации. Рассматривая время ассоциативных реакций как динамический показатель нейропсихологических механизмов антиципации и прогнозирования,

выявлено значимое увеличение времени ассоциативных реакций у юношей по сравнению с подростками ( $p=0,008$ ), что связано с возрастными особенностями данных онтогенетических этапов. Подростковый возраст характеризуется импульсивностью не только ассоциативных реакций, но и поведения, обусловленных возрастной несформированностью механизмов произвольной регуляции и контроля.

**Т а б л и ц а 2**  
**Коэффициенты корреляции антиципации с нейropsychологическими пробами и ассоциативными реакциями в подростковом и юношеском возрастах (г-критерий Спирмена,  $p \leq 0,05$ )**

Параметр	Антиципация	
	Подростковый возраст	Юношеский возраст
Функциональная направленность процессов лобной организации	0,54*	0,73*
Функциональная направленность процессов теменной организации	0,71*	0,62*
Функциональная направленность процессов затылочной организации	0,64*	0,57*
Время ассоциативных реакций	0,59*	0,68*

**Примечание.** \* – Значимость взаимосвязи.

Психологические механизмы взаимосвязи антиципационно-прогностических процессов реализуются на произвольном (через уровень психической диссоциации) и произвольном (через процессы осознанной саморегуляции поведения) уровнях.

В подростковом возрасте выявлены значимо более высокие показатели уровня диссоциации по сравнению с юношеским возрастом ( $p=0,007$ ), что проявляется в ослаблении внутренней связи, последовательности и согласованности психических процессов, являющихся результатом разрыва ассоциативных связей. Выявлена значимая обратно пропорциональная взаимосвязь уровня диссоциации и антиципационной состоятельности как в подростковом, так и в юношеском возрасте (табл. 3).

**Т а б л и ц а 3**  
**Коэффициенты корреляции антиципации с уровнем диссоциации и процессами осознанной саморегуляции поведения в подростковом и юношеском возрастах (г-критерий Спирмена,  $p \leq 0,05$ )**

Параметр	Антиципация	
	Подростковый возраст	Юношеский возраст
Уровень диссоциации	-0,47*	-0,54*
Планирование	0,31	0,62*
Прогнозирование	0,34	0,74*
Моделирование	0,27	0,40
Оценивание результатов	0,42*	0,54*
Самостоятельность	0,14	0,52*
Гибкость	0,57*	0,19
Общий уровень саморегуляции	0,42*	0,51*

**Примечание.** \* – Значимость взаимосвязи.

На произвольном уровне в подростковом возрасте взаимосвязь антиципации и прогнозирования обеспечивается процессами оценивания результатов, гибкостью и общим уровнем осознанной саморегуляции поведения, на что

указывают значимые прямо пропорциональные взаимосвязи между обозначенными параметрами. В юношеском возрасте антиципационно-прогностические процессы обеспечиваются на произвольном уровне через планирование, прогнозирование, оценивание результатов и общий уровень осознанной саморегуляции поведения, что подтверждается на статистическом уровне значимыми прямо пропорциональными взаимосвязями антиципационной состоятельности и параметров саморегуляции в юношеском возрасте.

Онтогенетической особенностью подросткового и юношеского возрастов является сформированность антиципационной состоятельности (83,4 % подростков и 91,1 % юношей). Антиципационно-прогностические процессы в подростковом возрасте характеризуются взаимосвязью антиципационной состоятельности с прогностической глубиной и гибкостью. На нейropsychологическом уровне обеспечиваются высокой динамичностью и функционально-локализационной направленностью процессов теменно-затылочной локализации. Непроизвольный уровень психологических механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования подростков обеспечивается высоким уровнем диссоциации; на произвольном уровне данная взаимосвязь обеспечивается гибкостью и оцениванием результатов.

В юношеском возрасте выявлена взаимосвязь антиципационной состоятельности с прогностической глубиной, осознанностью, гибкостью, перспективностью и доказательностью. Степень выраженности и направленность взаимосвязей прогностических параметров и антиципационной состоятельности указывают на факт согласованности антиципационно-прогностической системы в юношеском возрасте. Антиципационно-прогностические процессы в юношеском возрасте обеспечиваются функционально-локализационной направленностью процессов теменно-затылочной и лобной локализации при снижении динамического показателя (показатель времени ассоциативных реакций), что связано с онтогенетическими особенностями морфофункционального созревания коры больших полушарий головного мозга. Взаимосвязь антиципации и прогнозирования на произвольном уровне в юношеском возрасте обеспечивается низким уровнем диссоциации, проявляющемся в дифференциации процессов прогнозирования; на произвольном уровне – высоким общим уровнем осознанной саморегуляции поведения через регуляторные процессы планирования, прогнозирования, оценивания результатов и самостоятельность.

Известно, что трудности в построении прогнозов относительно поступков окружающих часто выступают как одна из предпосылок социальной дезадаптации в подростковом и юно-

шеском возрастах. Если же условия, повлекшие дезадаптацию, продолжают действовать, в результате возможно возникновение как стойкого девиантного поведения, так и пограничных психических расстройств. Результаты проведенного исследования имеют существенное значение для медицинской психологии и психиатрии, так как знание психологических механизмов взаимосвязи антиципации и прогнозирования в подростковом и юношеском возрастах позволяет своевременно выявлять риски возникновения пограничных психических расстройств, девиантного поведения, столь высокие у подростков и юношей, своевременно проводить реабилитационные и профилактические мероприятия, снизить потери от социально значимых заболеваний.

Работа выполнена на базе Казанского (Приволжского) федерального университета, Курского государственного медицинского университета.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Ахметзянова А. И.* Теоретический анализ представлений о развитии антиципирующей функции психического отражения // Социальные и гуманитарные науки. – 2015. – № 3. – С. 233–249.
2. *Ахметзянова А. И.* Сравнительный анализ показателей антиципационной состоятельности у детей с общим недоразвитием речи и с нормативным речевым развитием // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2013. – Т. XLV, вып. 1. – С. 49–53.
3. *Akhmetzyanova A. I.* The Specifics of Anticipatory Consistency in Children with Speech Pathology // Middle East Journal of Scientific Research. – 2013. – V. 16 (7). – P. 927–993.
4. *Akhmetzyanova A. I.* Spatial and temporal elements of anticipation consistency of children with general speech retardation // American Journal of Applied Sciences. – 2014. – V. 11 (7). – P. 1031–1035.
5. *Ахметзянова А. И.* Особенности антиципационной деятельности при общем недоразвитии речи у детей старшего дошкольного возраста : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. – Казань, 2004 – 20 с.
6. *Максименко С. Д., Максименко К. С., Никишина В. Б., Петраш Е. А., Кузнецова А. А.* Ассоциативно-диссоциативные механизмы временной перспективы личности при алкогольной зависимости // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 1. – С. 85–91.
7. *Менделевич В. Д.* Антиципационные механизмы невротогенеза // Психологический журнал. – 1996. – № 4. – С. 107–115.
8. *Менделевич В. Д.* Тест антиципационной состоятельности (прогностической компетентности) – экспериментально-психологическая методика для оценки готовности к невротическим расстройствам // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 35–40.
9. *Солобутина М. М.* Взаимосвязь антиципационных способностей в речевой деятельности с выраженностью дистресса в норме и при невротических расстройствах : дис. ... канд. психолог. наук. – Казань, 2009. – 182 с.

#### Транслитерация русских источников

1. *Akhmetzyanova A. I.* [Theoretical analysis of concepts of anticipatory function of mental reflection development]. *Social'nye i gumanitarnye nauki* [Social and Human Sciences]. 2015; 3: 233-249. (In Russ.).
2. *Akhmetzyanova A. I.* [Comparative analysis of anticipatory consistency of children with general speech underdevelopment and normative speech development]. *Nevrologicheskij vestnik. Zhurnal im. V. M. Behtereva* [Neurological Bulletin. V.M. Bekhterev Journal]. 2013; XLV, 1: 49–53. (In Russ.).
5. *Akhmetzyanova A. I.* [Features of anticipatory activity under general underdevelopment of speech in pre-school children]. *Avtoref. dis. ... kand. psiholog. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Kazan, 2004. 20 p. (In Russ.).
6. *Maximenko S.D., Maximenko K.S., Nikishina V.B., Petrash E.A., Kuznetsova A.A.* [Associative-dissociative mechanisms of personality time perspective in alcohol dependence]. *Kurskij nauchno-prakticheskij vestnik "Chelovek i ego zdorov'e"* [Kursk Scientific-Practical Bulletin "People & Health"]. 2014; 1: 85–91. (In Russ.).
7. *Mendelevich V.D.* [Anticipatory mechanisms of neurosis' origin]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 1996; 4: 107–115. (In Russ.).
8. *Mendelevich V.D.* [Test of anticipatory competence (prognostic competence) – experimental-psychological technique for evaluation of readiness to neurotic disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2003; 1: 35-40. (In Russ.).
9. *Solobutina M.M.* [Interrelationship of anticipatory abilities in speech activity with severity of distress in norm and in neurotic disorders]. *Dis. ... kand. psiholog. nauk* [PhD thesis]. Kazan, 2009. 182 p. (In Russ.).

# ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.8

ББК 56.145.51+56.148

## ПРОБЛЕМЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ИНФОРМАЦИОННО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД)

Яхимович Л. А., Макушкина О. А.\*

ФГБУ Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России  
119992, Москва, Кропоткинский пер., 23

В работе представлены результаты работы по оценке риска опасного поведения больных шизофренией в течение первого года после отмены принудительного лечения. В качестве прогностических факторов использовались признаки, включающие клинико-психопатологические и социально-демографические характеристики пациентов, особенности их взаимоотношений с окружающими и поведения. Определена информативность каждого учтенного признака и прогностический коэффициент уровней этих признаков в отношении риска совершения опасных действий. К критериям, имеющим большое прогностическое значение при оценке риска опасного поведения, отнесены: кратность совершенных опасных деяний; уровень образования больного; семейно-бытовая ситуация; употребление алкоголя; трудовая занятость; длительность заболевания и психопатологический синдром в период совершения опасного деяния с учетом прогрессивности болезненного процесса, глубины изменений личности, курбельности больного; продолжительность периода дезорганизованного поведения, нарушений режима во время пребывания на принудительном лечении; регулярность посещения участкового психиатра, комплаентность. По мнению авторов, использование этих критериев позволяет получить представление о степени потенциальной общественной опасности конкретного больного, сформировать эффективные индивидуальные программы реабилитации, предложить меры комплексной профилактики состояний дезадаптации и совершения опасных действий. В перспективе можно рекомендовать применение выделенных критериев при разработке инструментов оценки риска опасного поведения психически больных. **Ключевые слова:** больные шизофренией; опасные действия; оценка риска; факторы риска; прогностический коэффициент; профилактика общественно опасного поведения.

\* Яхимович Л. А. – к.м.н., с.н.с. отдела судебно-психиатрической профилактики.

Макушкина Оксана Анатольевна – д.м.н., руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики; e-mail: makushkina@serbsky.ru

PROBLEMS OF PROGNOSIS OF DANGEROUS BEHAVIOUR RISK IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA (INFORMATION AND STATISTICAL APPROACH). Yakhimovich L. A., Makushkina O. A. V. P. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of Ministry of Healthcare of Russian Federation. *Kropotkinsky Lane 23, 119992, Moscow, Russian Federation.* The results of assessment work of risk of dangerous behaviour in schizophrenic patients during the first year after cancellation of compulsory treatment are presented. As predictive factors, signs including clinical-psychopathological and socio-demographic characteristics of patients, features of their interrelations with others and behaviour were used. Informativeness of each documented sign and prognostic factor of levels of these of these attributes in relation to risk of committing dangerous acts was identified. The criteria that are of great prognostic value in assessing the risk of dangerous activity include: multiplicity of committed dangerous acts; level of education of the patient; family and household situation; alcohol use; employment status; length of the disease and psychopathological syndrome during committing a dangerous act with progression of the disease process, depth of personality changes, curability of the patient; length of the period of disorganized behaviour, misconduct under compulsory treatment; regularity of visits to the district psychiatrist, compliance. According to the authors, their use allows you to get an idea of the extent of the potential public danger of a particular patient, to form effective individual programs of rehabilitation, measures for the integrated prevention of maladjustment states and committing dangerous acts. In future, we can recommend the use of criteria identified in the development of tools to assess the risk of dangerous behaviour of mentally ill persons. **Keywords:** schizophrenia; dangerous acts; risk assessment; risk factors; prognostic factor; prevention of socially dangerous behaviour. **Authors:** Yakhimovich L. A. – Ph.D., senior researcher of the Department of Forensic Psychiatric Prevention of V.P. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of Ministry of Healthcare of Russian Federation. Makushkina O. A. – M.D., Head of the Department of Forensic Psychiatric Prevention of V.P. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of Ministry of Healthcare of Russian Federation; e-mail: makushkina@serbsky.ru

**Введение.** Прогностический аспект совершения общественно опасных действий (ООД) лицами, страдающими психическими расстройствами, относится к наиболее актуальным направлениям в психиатрии с учетом его социального значения, но в то же время наименее разработанным. Исследователи по-разному относятся к самой возможности такого прогнозирования – от полного нигилизма до осторожного оптимизма. Часть из них акцентируют внимание на отсутствии надежных клинических критериев, позволяющих с приемлемой степенью точности предвидеть опасное поведение больных в будущем. Другие, признавая явную недостаточность одних лишь клинических предикторов, предлагают использовать для прогноза наряду с ними факторы, характеризующие общий и криминальный анамнез больных, их социальный статус, личностные характеристики, отношение к алкоголю и т. д.

Представление об опасности психически больных исторически основано не столько на частоте опасных поступков, сколько на их непредсказуемости с точки зрения здравого смысла. Анализ психиатрической литературы позволяет считать, что психически больные совершают опасные деяния с частотой, сопоставимой с преступлениями психически здоровых лиц (17, 12, 22, 13). Однако проблема не может быть сведена к чисто количественному сходству и различию между теми и другими. Суть ее состоит в разном генезе преступлений психически здоровых лиц и ООД психически больных, а также в различном характере совершаемых ими деяний. Наиболее наглядно эти различия проявляются в существенном преобладании у невменяемых агрессивных ООД, направленных против жизни и здоровья других лиц, по сравнению с вменяемыми, которые чаще совершают разного рода корыстные преступления. Главное же отличие опасных деяний, совершаемых лицами с тяжелыми психическими расстройствами, состоит в отсутствии у них достаточно обоснованной и понятной социально-психологической мотивации. Хотя роль ситуационных и личностных факторов в генезе их противоправного поведения хорошо изучена и не подлежит сомнению (9, 10), наличие психопатологического расстройства настолько искажает их психологическую переработку, что способность к объективной оценке реальной ситуации и к осознанному руководству своими действиями становится невозможной. Именно этим обстоятельством обусловлено законодательное введение в разных странах категории невменяемости, неприменение к этим лицам понятия вины и, соответственно, каких бы то ни было форм уголовной ответственности, а также использование только медицинских мер для защиты общества от их опасного поведения.

Поскольку вопрос о применении или неприменении принудительных мер медицинского характера связан с потенциальной общественной опасностью лица, становится актуальной проблема объективизации наличия или отсутствия этого признака, его характера и степени выраженности для своевременного принятия мер по профилактике общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами. В зарубежной литературе описаны три различных подхода, с помощью которых может вырабатываться такой прогноз в отношении правонарушителей (31, 25, 32, 33).

*Интуитивный подход.* Им пользуются судьи, которые на основании своих теоретических познаний и субъективного опыта должны достаточно быстро решить, какое наказание или освобождение от наказания представляется оправданным в зависимости от деликта и особенностей личности правонарушителя.

*Статистический подход.* Основан на эмпирических исследованиях, выявивших такие факторы, которые статистически коррелируют с высокой рецидивностью или рассматриваются экспертами как ее индикаторы.

*Клинический подход.* С его использованием на основе тщательного клинико-психопатологического и анамнестического исследования, включая анамнез заболевания и делинквентности, производится экстраполяция из прошлого через настоящую ситуацию в будущее.

Судебными психиатрами предпочтение отдавалось так называемому клиническому криминальному прогнозу, который на первый план выводит сочетание индивидуального прогностического опыта специалиста и тщательного клинического, патопсихологического обследования (30, 26, 29, 27).

Начиная с 70-х гг. способность психиатров вырабатывать криминальный прогноз критически пересматривается. При этом исследователи ссылались, прежде всего, на катамнестические исследования, указывая, что при формировании прогноза психиатры в 3 раза чаще ошибались, чем оказывались правы (1, 24). Были предприняты попытки прояснить связь между насилием и психиатрическим диагнозом, психопатологическими нарушениями, иными факторами. На основании этих исследований и разработанного при их проведении инструментария улучшено качество прогнозирования риска опасного поведения. При этом прогностические методики, ориентированные на имеющие статистическую достоверность факторы риска, позволяют не только надежно оценивать отдельные переменные, но и подвергать их комплексному анализу, чтобы получить прогностическую модель.

Н. Недопил в своих работах (19, 20, 30, 31, 32) описывает 3 различных концепции оценки риска опасного поведения. Согласно *идеографической концепции* в основу оценки положена привычная (наработанная) форма поведения индивида, склонная к повторению. В соответствии с *нотетической концепцией* эмпирические знания, полученные в большом числе исследований, применяются к отдельному случаю. Этот подход лежит в основе применяемого сегодня прогностического инструментария, основанного на эмпирических исследованиях. Но и этой концепции одной все же часто оказывается недостаточно, и она едва ли делает возможным точный индивидуальный прогноз.

*Концепция ведущей гипотезы* основана на разработке индивидуальной гипотезы генеза деликта. При этом необходимо установить специфические факторы риска, которые лежат в основе гипотезы. Ценную помощь в этом оказывает прогностический инструментарий.

Затем следует проверить, продолжают ли сохраняться факторы риска у данного больного, насколько они актуальны, а при необходимости определить, насколько они компенсированы протективными факторами. При этом выработка прогноза становится процессом, который позволяет применить эмпирические знания к отдельному случаю, что является необходимым, к примеру, при решении вопроса об отмене принудительных мер медицинского характера.

В большом числе публикаций указывается, что такого рода методики позволяют достичь большей точности в прогнозе криминального рецидива, чем клинический метод, при условии их применения профессионалами. В последние годы было выделено большое число критериев, которые должны улучшить прогностическую оценку опасного поведения. При этом клинический опыт и эмпирические исследования позволяют получить по меньшей мере сравнимые предикторы в широком диапазоне, которые взаимно дополняют друг друга. Почти во всех методиках преобладают анамнестические и объективно устанавливаемые иные (неклинические) данные (24, 35, 34, 28).

Одним из перспективных средств оценки риска специалисты считают шкалу HCR-20 (Historical Clinical Risk Management), разработанную Кристофером Вебстером и его коллегами (5). Прогностическая сила этой шкалы базируется на трех главных группах факторов: биографические («исторические», анамнестические) факторы, или факторы, относящиеся к прошлому; клинические факторы – факторы текущего состояния и факторы будущего риска. К числу значимых биографических отнесено «агрессивное поведение в прошлом», которое является одним из самых сильных предикторов склонности к насилию в будущем. Еще одним биографическим или H-признаком (от слова «history») является молодой возраст во время совершения первого эпизода насилия. Другими словами, чем в более юном возрасте человек совершил первый акт агрессии, тем с большей вероятностью этот стереотип агрессивного поведения будет проявляться в будущем. Проблемы адаптации в раннем возрасте, проявляющиеся дома, в школе или в обществе, – еще один прогностический H-признак. К числу иных H-признаков в HSR-20 относятся неустойчивость межличностных отношений; отсутствие постоянного места работы; проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами; наличие расстройства личности; нарушение режима при прежних госпитализациях и др.

К клиническим или C-признакам (от слова «clinical») относятся: негативные установки (антиобщественная направленность поведения, враждебность, открытая агрессия), нарушение

критических способностей, импульсивность, активная симптоматика серьезного психического заболевания и отрицательное отношение к лечению. Симптомы психической болезни, к которым относятся аффективно насыщенные бредовые идеи, садистские фантазии и мысли об убийстве и самоубийстве, представляются в прогнозе агрессивного поведения особенно значимыми. Факторы будущего риска или R-переменные (от слова «risk») связаны с обстоятельствами, в которых испытуемый будет жить в дальнейшем, осуществимостью его планов, наличием поддержки со стороны родственников и близких людей. Результаты большого числа исследований свидетельствуют о том, что жилищная и материальная обеспеченность является значимым протективным фактором, а люди, лишенные этих основ, более склонны к совершению насильственных преступлений, чем те, кто может удовлетворять эти потребности и не беспокоиться о завтрашнем дне. Примером R-признаков является также психогенная травматизация – стресс.

Специалисты, которые оценивали объективность оценки риска насилия при использовании методики HCR-20, установили, что самыми надежными при предсказании агрессивного поведения в будущем являются биографические и клинические признаки. По мнению ряда исследователей, методика HCR-20 остается на стадии совершенствования, и прежде чем она получит более широкое признание как достоверный инструмент оценки потенциальной опасности больных потребуются продолжительные исследования, конечная цель которых – повышение валидности клинической оценки риска опасного поведения и получение необходимой информации для оптимизации деятельности психиатрической службы и правоохранительных органов в данном направлении (1).

Со стороны отечественных ученых также неоднократно предпринимались попытки оценки потенциальной опасности психически больных (23, 8, 18, 7, 11, 21, 8, 2, 3, 4, 14, 15, 16 и др.). При этом предлагалось исходить из ряда клинических и социально-психологических признаков, характеризующих того или иного пациента. Имелись в виду, в частности, данные анамнеза о направленности социальной (анти-социальной) активности пациента, уровне его социально-трудовой адаптации (дезадаптации), его личностных особенностях, а также ряде клинико-динамических проявлений заболевания. Самостоятельное значение придавалось характеру совершенного ООД, особенно клиническим проявлениям заболевания. Комплексный анализ этих данных предлагалось свести к определению и количественной оценке двух показателей: вероятности и тяжести ожидаемого повторного деяния (11, 21).

Одна из предложенных методик основывалась на оценке потенциальной опасности психически больного по пятибалльной шкале с последующим принятием решения о выборе принудительной меры медицинского характера, продлении ее применения или отмене.

В настоящее время с определенной долей условности все факторы, значимые в генезе опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами, традиционно делят на две группы: клиничко-психопатологические и социально-психологические. Они довольно подробно описаны в специальной литературе, преимущественно сотрудниками ФМИЦПН им. В. П. Сербского, и вошли также в ряд методических и нормативных документов Минздрава России.

Однако для отечественной психиатрии сохраняет актуальность проблема определения риска опасного поведения психически больных с комплексным применением клинического и статистического подходов, количественных критериев оценки.

В качестве одной из попыток использования статистического подхода (6) к ее решению приводим результаты работы, в задачу которой входило изучение риска опасного поведения больных шизофренией в течение первого года после отмены принудительного лечения и выписки из стационара. При этом под опасным поведением в рамках исследования понимались рецидив ООД или госпитализация в психиатрическую больницу (ПБ) по причине социальной опасности вследствие обострения психоза, алкоголизации, асоциального поведения, различного рода конфликтов и т. п.

**Результаты исследования.** Объектом исследования являлись 93 больных шизофренией, выписанных из психиатрической больницы после отмены принудительного лечения.

В качестве прогностических критериев использовались 56 признаков, включающих клиничко-психопатологические и социально-демографические характеристики пациентов, особенности их взаимоотношений с окружающими в различных ситуациях (в больнице, в семье и т. д.), а также особенности поведения в период пребывания на принудительном лечении. Эти признаки фиксировались на момент начала заболевания, при постановке на диспансерный учет, совершении ООД, при поступлении и в период пребывания на принудительном лечении. Принимались во внимание кратность ООД, его направленность и характер. Во время принудительного лечения выделялся период дезорганизованного поведения пациентов, условно обозначенный как «декомпенсация», и период упорядоченного поведения – «компенсация».

При катamnестическом обследовании учитывалось состояние больного при ухудшении состояния, стационаровании в психиатрическую больницу в течение года после принудительного лечения, на период совершения повторного ООД, а в случае отсутствия всего перечисленного – к концу катamnестического наблюдения.

Основную часть изучаемого контингента составили больные шизофренией трудоспособного возраста. Показано, что наиболее распространенными были вялотекущая (62,6 %) , прогрессирующая (13,4 %) или шубообразная (24,0 %) формы шизофренического процесса. Большая часть (62,0 %) исследованных до госпитализации на принудительное лечение злоупотребляли алкоголем или употребляли наркотические средства, 60,0 % – в прошлом уже совершали правонарушения.

Весь контингент больных был разделен на две группы. К первой группе (52 человека) были отнесены лица, у которых в течение первого года после отмены принудительного лечения возникла декомпенсация состояния, проявившаяся в повторном совершении ООД (20 человек), обострении продуктивной симптоматики, возобновлении алкоголизации или наркотизации, возникновении семейно-бытовых конфликтов, послуживших причиной стационарования в психиатрическую больницу (32 человека). Во вторую группу вошел 41 больной, у которых в течение года после выписки из психиатрической больницы не было отмечено проявлений ухудшения состояния и признаков общественной опасности.

С помощью неоднородной последовательной статистической процедуры распознавания были изучены информативность каждого учетного признака и прогностический коэффициент уровней этих признаков в отношении риска опасного поведения больных после отмены принудительного лечения. Эти показатели сведены в прогностическую таблицу, содержащую 20 наиболее информативных признаков.

Уровень каждого из них получил определенный прогностический коэффициент в виде целого числа со знаком «плюс» (благоприятный прогноз) или «минус» (неблагоприятный прогноз). Признаки располагались в таблице в порядке убывающей информативности, как только алгебраическая сумма достигала прогностического порога (+13 или -13 при  $p < 0,05$  и +20 или -20 при  $p < 0,01$ ), процедура завершалась. Невозможность достижения прогностического порога при анализе всех учетных признаков расценивалась как свидетельство неопределенности прогноза.

В процессе исследования получено следующее распределение учетных признаков по их информативности.

Первое место по значимости при оценке риска опасного поведения занимал такой признак, как «длительность периода декомпенсации в период пребывания на принудительном лечении» (информативность данного признака равна 3,9). Под декомпенсацией во время нахождения в психиатрической больнице мы понимали не только дезорганизацию поведения больных, обусловленную психотической симптоматикой, но и наблюдавшиеся в состоянии ремиссии нарушения больничного режима, конфликты с пациентами и медицинским персоналом, употребление алкоголя или психоактивных веществ, участие в группировках психопатизированных больных, совершение побегов, суицидальных попыток, отказы от трудотерапии.

При анализе этого признака с учетом уровня значимости наибольшая положительная величина прогностического коэффициента (ПК), соответствовавшая благоприятному прогнозу, отмечалась при продолжительности периода декомпенсации менее 3 месяцев за время нахождения на принудительном лечении (ПК +6). Наименее благоприятный прогноз был характерен для тех больных шизофренией, у которых во время стационарного лечения в психиатрической больнице декомпенсация длилась более 12 месяцев (ПК -5).

Второе место по информативности занимал признак, обозначенный нами как «психопатологический синдром в период совершения ООД». В соответствии с полученными нами данными оказалось, что самый благоприятный прогноз в отношении риска рецидива опасного поведения имели сверхценные и паранойяльные синдромы (ПК +9), затем следовали аффективные (ПК +3), невротоподобные (ПК +2) и острые галлюцинаторно-бредовые расстройства (ПК +2).

Прогностический коэффициент со знаком «минус», свидетельствующий о неблагоприятном прогнозе, был установлен при хронических галлюцинаторно-бредовых синдромах (ПК -7). Психопатоподобные проявления традиционно относятся к наиболее криминогенным большинством психиатров. По результатам настоящего исследования по величине прогностического коэффициента как неблагоприятные они занимали третье место (ПК -2).

Подобное распределение психопатологических синдромов в соответствии с их информативностью в отношении оценки риска опасного поведения определяется комплексом условий, среди которых важную роль играет взаимное влияние тесно связанных клинических особенностей, таких, например, как прогрессивность болезненного процесса, глубина изменений личности, курабельность и т. п.

Большинство исследователей в данной области отмечают, что риск опасного поведения в ближайшее после выписки из стационара время наиболее высок у больных с малокурабельными состояниями. Кроме того, нельзя исключить опосредованного влияния социально-психологических и ситуационно-средовых факторов. Это подтверждается полученными нами данными о том, что информативность признаков и их прогностический коэффициент в период совершения ООД в начале принудительного лечения и после выписки из больницы имели различные значения.

Третье место по информативности занимал социальный фактор, обозначенный нами как «трудова занятость». Величина его прогностического коэффициента изменялась в диапазоне от -5 (не работал) и -1 (неквалифицированный физический труд) до +4 (неквалифицированный умственный труд) и +9 (квалифицированный и творческий труд).

Из остальных факторов наибольшее значение в прогностическом отношении имела «длительность заболевания к моменту совершения ООД». Ее увеличение сопровождалось ростом вероятности рецидива опасного поведения: при давности заболевания до 4 лет ПК составлял +2; от 5 до 9 лет – ПК +1; от 10 до 14 лет – ПК +6; от 15 до 19 лет – ПК был равен 0, от 20 до 24 лет – ПК -7, более 25 лет – ПК-6.

Из группы признаков, характеризующих риск непосредственно повторного совершения ООД больными шизофренией после прекращения принудительного лечения, наибольшая информативность была свойственна кратности опасных деяний. Чем больше правонарушений совершил больной в прошлом, тем вероятнее был рецидив ООД после отмены принудительного лечения. Величина ПК от +3 при однократном ООД изменялась до -3 при втором правонарушении и до -5 при третьем и последующих правонарушениях.

Среди социальных факторов информативным был уровень образования больного: крайние величины ПК имели значение от -6 (вспомогательная школа) до +5 (высшее образование).

Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования сведений о регулярности посещения больным участкового психиатра как информативного прогностического признака при оценке риска совершения повторного ООД. При эпизодических визитах к психиатру ПК составлял -8, при регулярных и добровольных визитах ПК был равен +2.

Анализ семейно-бытовой ситуации показал, что положительное значение для прогноза имеет проживание в собственной семье (ПК+5), худший прогноз был связан с одиночеством больного (ПК -2).



Употребления алкоголя в анамнезе также оказывает существенное влияние на адаптацию больного после выписки из психиатрической больницы. ПК меняется в прямой зависимости от характера алкоголизации: при хроническом алкоголизме ПК равен -3, при бытовом пьянстве ПК -1, при эпизодическом употреблении ПК +1, при полном отказе от спиртного ПК составляет +3.

**Заключение.** Таким образом, проведенный математико-статистический анализ подтверждает концепцию взаимодействия клинко-психопатологических, личностных и ситуационно-средовых факторов в генезе опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

В результате исследования выявлены наиболее значимые из факторов риска, доля их влияния оценена в баллах. К критериям, имеющим большое прогностическое значение при оценке риска опасного поведения у больных шизофренией, отнесены: кратность совершенных опасных деяний; уровень образования больного; семейно-бытовая ситуация; употребление алкоголя; трудовая занятость; длительность заболевания и психопатологический синдром в период совершения ООД с учетом прогредиентности болезненного процесса, глубины изменений личности, курабельности больного; продолжительность периода дезорганизованного поведения, нарушений режима во время пребывания на принудительном лечении; регулярность посещения участкового психиатра, комплаентность.

Использование прогностических критериев позволяет получить представление о степени потенциальной общественной опасности конкретного больного, сформировать эффективные программы реабилитации, разработать меры комплексной профилактики состояний дезадаптации и совершения опасных действий. В перспективе можно рекомендовать применение подобных прогностических таблиц для составления индивидуализированных программ профилактики общественно опасных действий, а также использование выделенных критериев при разработке инструментов оценки риска опасного поведения психически больных.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Бартол К.* Психология криминального поведения. – СПб.; М., 2004. – 352 с.
2. *Булыгина В. Г. и др.* Патопсихологические факторы риска внутрибольничной агрессии различных категорий больных : методические рекомендации. – М., 2012. – 20 с.
3. *Булыгина В. Г., Макушкина О. А., Белякова М. Ю.* Нарушения социальной апперцепции как факторы риска совершения повторных ООД у лиц с психическими расстройствами (часть 1) // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 4. – С. 4–10.
4. *Булыгина В. Г., Макушкина О. А., Белякова М. Ю.* Нарушения социальной апперцепции как факторы риска совершения повторных ООД у лиц с психическими расстройствами (часть 2) // Российский психиатрический журнал. – 2014. – № 5. – С. 4–9.
5. *Вебстер К., Даглас К., Изв Д., Харт С.* HCR-20. Оценка риска насилия. Версия 2. – Вильнюс, 2009. – 94 с.
6. *Гублер Е. В.* Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – М., 1978. – 294 с.
7. *Денисов М. Ф.* О возможности прогнозирования риска повторных ООД психически больных // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. – М., 1994. – С. 42–45.
8. *Иванова А. А.* Амбулаторное принудительное лечение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (клинико-социальный и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 2007. – 24 с.
9. *Кондратьев Ф. В.* Общественно-опасные действия психически больных (анализ формирования опасных тенденций и причин их формирования) // Первый съезд психиатров социалистических стран. – М., 1987. – С. 381–357.
10. *Кондратьев Ф. В.* Особенности самосознания больных шизофренией (к проблеме мотивации агрессивного поведения психически больных) // Агрессия и психические расстройства. – М., 2006. – Т. 1. – С. 80–104.
11. *Котов В. П., Мальцева М. М.* Диагностика потенциальной общественной опасности // Функциональный диагноз в судебной психиатрии. – М., 2001. – Глава 8. – С. 148–166.
12. *Котов В. П., Мальцева М. М.* Предупреждение опасных действий лиц с психической патологией // Руководство по судебной психиатрии. – М., 2004. – Ч. 5. – С. 428–507.
13. *Котов В. П., Мальцева М. М., Макушкина О. А., Голланд В. Б.* Опасные действия психически больных в сопоставлении с данными криминальной статистики // Психическое здоровье – фактор социальной стабильности и гармоничного развития общества : материалы 5-го Нац. конгр. по соц. и клин. психиатрии / под ред. З. И. Кекелидзе. – М., 2013. – С. 81.
14. *Кузнецов Д. А.* Критерии назначения и отмены стационарного принудительного лечения больным шизофренией и органическими психическими расстройствами : автореф. дис. ... к.м.н. – М., 2013. – 18 с.
15. *Макушкина О. А., Анисимова Т. Г., Макушкин Е. В.* Проблема оценки риска опасности лиц, страдающих психическими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Вып. 11. – С. 65–69.
16. *Макушкина О. А., Симбирцев А. А.* Характеристики и предикторы повторного опасного поведения больных с тяжелыми психическими расстройствами // Психическое здоровье. – 2014. – № 14 (102). – С. 26–32.
17. *Мальцева М. М., Котов В. П.* Опасные действия психически больных. – М., 1995. – 256 с.
18. *Наку А. А.* Динамика в системе факторов риска опасного поведения больных шизофренией : автореф. дис. ... к.м.н. – М., 1988. – 24 с.
19. *Недопил Н.* Основания для заключения о вменяемости // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 2, № 1. – С. 42–47.

20. Недопил Н. Амбулаторное судебно-психиатрическое лечение // Судебная психиатрия. – Штутгарт, 2007. – Гл. 5, 16.
21. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: руководство для врачей / под ред. В. П. Котова. – М.: ГНЦ ССП им. В. П. Сербского, 2006. – 345 с.
22. Шостакович Б. В. Криминогенность при психических расстройствах и проблемы предупреждения опасных действий // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 15–18.
23. Шумаков В. М., Соколова Е. М., Свириновский Я. Е. Клинические критерии общественной опасности больных шизофренией: методические рекомендации. – М., 1979. – 23 с.
24. Monahan J., Steadman H. J., Robbins P. C., Appelbaum P., Banks S., Grisso T., Heilbrun K., Mulvey E. P., Roth L., Silver E. An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders // Psychiatr. Serv. – 2005.
25. Boetticher A., Dittmann V., Nedopil N., Nowara S., Wolf T. Zum richtigen Umgang mit Prognose Instrumenten durch psychiatrische und psychologische Sachverständige und Gerichte // Neue Zeitschrift für Strafrecht. – 2009. – Bd. 9.
26. Lykouras L., Douzenis A. The dangerousness of schizophrenia // Psychiatriki. – 2011. – Vol. 22 (2). – P. 107–108.
27. MCGauley G., Ferris S., Marin-Avellan L., Fonagy P. The Index Offence Representation Scales; a predictive clinical tool in the management of dangerous, violent patients with personality disorder? // Crim. Behav. Ment. Health. – 2013. – Vol. 23 (4). – P. 274–289.
28. Muscionico M., Eytan A. From perceived dangerousness to the dangerous individual: clinical challenges and vision of society // Rev. Med. Suisse. – 2014. – Vol. 10 (442). – P. 1705–1706.
29. Jorm A. F., Reavley N. J., Ross A. M. Belief in the dangerousness of people with mental disorders: a review // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2012. – Vol. 46 (11). – P. 1029–1045.
30. Nedopil N. Die Bedeutung von Persönlichkeitsstörungen für die Prognose Künftiger Delinquenz // Monatschrift Kriminologie und Strafrechtsreform. – 1997. – P. 79–92.
31. Nedopil N. Prognosen in der Forensischen Psychiatrie // Ein Handbuch für die Praxis. – 2005. – P. 16.
32. Nedopil N. Crime and violence among mental patients // Amer. J. Psychiat. – 2008. – Vol. 3, № 2. – P. 142–149.
33. Stadland C., Nedopil N. Psychiatric disorders and the prognosis for criminal recidivism // Der Nervenarzt. – 2005.
34. Côté G. et al. Risk Assessment Instruments in Clinical Practice // Can. J. Psychiatry. – 2012. – Vol. 57, № 4. – P. 238–244.
35. Recupero P. R. et al. Restraint and Seclusion in Psychiatric Treatment Settings: Regulation, Case Law, and Risk Management // J. Am. Acad. Psychiatry Law. – 2011. – Vol. 39, № 4. – P. 465–476.
4. Bulygina V.G., Makushkina O.A., Belyakova M.Yu. [Social apperception disturbance as a risk factor for committing recurrent SDA in persons with psychic disorders (part 2)]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2014; 5: 4–9. (In Russ.).
5. Webster C., Douglas K., Eaves D., Hart S. [HCR-20 Assessing risk for violence. Version 2]. Vilnius, 2009. 94 p. (In Russ.).
6. Gubler E.V. [Computational approaches of analysis and recognition of pathological processes]. Moscow, 1978. 294 p. (In Russ.).
7. Denisov M.F. [About possibility of prognosis of risk of repeated SDA of mentally ill persons. Problems of forensic-psychiatric prevention]. Moscow, 1994; 42–45. (In Russ.).
8. Ivanova A.A. [Outpatient compulsory treatment of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders (clinical-social and rehabilitative aspects)]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 2007. 24 p. (In Russ.).
9. Kondratyev F.V. [Socially dangerous acts of mentally ill persons (analysis of formation of dangerous tendencies and causes of their formation)]. *Pervyj s#ezd psichiatrov socialisticheskijh stran* [The First Meeting of Psychiatrists of the Socialist Countries]. Moscow, 1987; 381–357. (In Russ.).
10. Kondratyev V.F. [Traits of self-consciousness of schizophrenic patients (to the problem of motivation of aggressive behaviour of mentally ill persons)]. In: [Aggression and mental disorders]. Moscow, 2006; 1: 80–104. (In Russ.).
11. Kotov V.P., Maltseva M.M. [Diagnosis of potential public danger]. In: [Functional diagnosis in forensic psychiatry]. Moscow, 2001; 8: 148–166. (In Russ.).
12. Kotov V.P., Maltseva M.M. [Prevention of dangerous acts of persons with mental pathology]. In: [Handbook of Forensic Psychiatry]. Moscow, 2004; 5: 428–507. (In Russ.).
13. Kotov V.P., Maltseva M.M., Makushkina O.A., Golland V.B. [Dangerous acts of mentally ill persons compared with data on criminal statistics]. *Psihicheskoe zdorov'e – faktor social'noj stabil'nosti i garmonichnogo razvitiija obshhestva : materialy 5-go Nac. kongr. po soc. i klin. psihiatrii / pod red. Z. I. Kekelidze* [Mental health – factor of social stability and harmonious development of the society: materials of the 5<sup>th</sup> National Congress of Social and Clinical Psychiatry, Z.I. Kekelidze, ed.]. 2013; 81. (In Russ.).
14. Kuznetsov D.A. [Criteria of assignment and cancellation of inpatient compulsory treatment of patients with schizophrenia and organic mental disorders]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2013. 18 p. (In Russ.).
15. Makushkina O.A., Anisimova T.G., Makushkin E.V. [Problems of risk assessment of dangerous actions in people with mental disorders]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 11: 65–69. (In Russ.).
16. Makushkina O.A., Simbirtsev A.A. [Characteristics and predictors of repeated dangerous behaviours in patients with severe mental disorders]. *Psihicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014; 11(102): 26–32. (In Russ.).
17. Maltseva M.M., Kotov V.P. [Dangerous acts of mentally ill persons]. Moscow, 1995. 256 p. (In Russ.).
18. Naku A.A. [Dynamics in system of risk factors of dangerous behavior of schizophrenic patients]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1988. 24 p. (In Russ.).

#### Транслитерация русских источников

1. Bartol K. [Psychology of criminal behavior]. Saint Petersburg; Moscow, 2004. 352 p. (In Russ.).
2. Bulygina V.G. et al. [Pathopsychological risk factors of intramural aggression of various categories of patients: guidelines]. Moscow, 2012. 20 p. (In Russ.).
3. Bulygina V.G., Makushkina O.A., Belyakova M.Yu. [Social apperception disturbance as a risk factor for committing recurrent SDA in persons with psychic disorders (part 1)]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2014; 4: 4–10. (In Russ.).

19. Nedopil N. [Reasons conclusion about mental capacity]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 1992; 2, 1: 42—47. (In Russ.).
20. Nedopil N. [Outpatient forensic-psychiatric treatment]. *Sudebnaja psihiatrija* [Forensic Psychiatry]. Stuttgart, 2007; 5, 16. (In Russ.).
21. [Compulsory treatment in psychiatric hospital: Handbook for doctors]. V.P. Kotov, ed. V.P. Serbsky SSC FSP, Moscow, 2006. 345 p. (In Russ.).
22. Shostakovich B.V. [Criminalization of psychiatric disorders and problems of prevention of dangerous offences]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2006; 2: 15—18. (In Russ.).
23. Shumakov V.M., Sokolova E.M., Svirinovsky Ya.E. [Clinical criteria of public danger of schizophrenic patients: guidelines]. Moscow, 1979. 23 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008.444.9:616.89-008.441.13-053.2  
ББК 56.14-325+88.48

## АГРЕССИЯ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)

Аболонин А. Ф.<sup>\*1</sup>, Назарова И. А.<sup>1</sup>,  
Стоянова И. Я.<sup>1</sup>, Гусев С. И.<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Кемеровский государственный институт культуры  
650029, Кемерово, ул. Ворошилова, 17

Обследовано 155 юношей и 110 девушек подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, отбывающих наказание в воспитательных колониях. Выявлено, что подростки мужского пола осуждены за преступления против жизни и здоровья в 34,6 % случаев, а девушки – только в 25,5 %. Юноши раньше вовлекаются в употребление психоактивных веществ, чем девушки. Уровень агрессии, выявляемый вербальными и невербальными методами, у девушек был выше, чем у юношей. Выявлено, что враждебные и агрессивные реакции у подростков способствуют вовлечению их в наркотизацию. Вместе с тем юноши продемонстрировали больший резерв ролевых вариантов, высокий потенциал приспособляемости, активное использование коммуникации для самоутверждения и достижения своих целей, низкий уровень привязанности и формализацию межличностных контактов. Проведённое исследование позволило выявить гендерные особенности несовершеннолетних правонарушителей, влияющие на структуру агрессивного поведения, позволяющие расширить понимание механизмов агрессивного поведения. Выявленные особенности должны учитываться при проведении воспитательной и реабилитационной работы с данными категориями осуждённых. **Ключевые слова:** несовершеннолетние правонарушители, преступность, делинквентное поведение, аддиктивное поведение, гендерные особенности, психоактивные вещества, злоупотребление, агрессивное поведение.

**AGGRESSION AS A FACTOR OF EMERGENCE OF DELINQUENT BEHAVIOUR (GENDER ASPECT). Abolonin A. F., Nazarova I. A., Stoyanova I. Ya., Gusev S. I. Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.** 155 male and 110 female adolescents with substance abuse who serve their sentence at juvenile correctional facility were examined. It was revealed that male adolescents were convicted for crimes against life in 34,6 % of cases, but female adolescents – only in 25,5 %. Male adolescents are involved in substance use earlier than female adolescents. Level of aggression revealed with use of verbal and non-verbal methods in female adolescents is higher than in male adolescents. It was revealed that hostile and

<sup>\*</sup> Аболонин Алексей Фёдорович – к.м.н., с.н.с. отд. аддиктивных состояний. Тел.: (382)444780, redo@mail.tomsknet.ru  
Назарова Ирина Анатольевна – м.н.с. отд. аддиктивных состояний. Тел.: (3822)444780, redo@mail.tomsknet.ru  
Стоянова И. Я., д.п.н., проф, рук. группы медицинской психологии. Тел.: (3822)721979, redo@mail.tomsknet.ru  
Гусев Сергей Иванович, д.м.н., профессор кафедры социальной педагогики, guss59@mail.ru

aggressive reactions in adolescents contribute to their involvement in narcotization. At the same time, male adolescents demonstrated major reserve of role variants, high potential of adjustability, and active use of communication for self-assertion and achievement of their aims, low level of attachment and formalization of interpersonal contacts. Carried out study allowed revealing the gender traits of juvenile offenders which influence on structure of aggressive behavior and allow widening the understanding of mechanisms of aggressive behavior. Revealed traits should be taken into account during conducting the educational and rehabilitative work with these categories of convicts. **Keywords:** juvenile offenders, delinquency, delinquent behaviour, addictive behaviour, gender traits, psychoactive substances, abuse, aggressive behaviour.

В подростковом возрасте главным становится стремление реализовать свои потенциалы с поиском опоры во внешней поддержке. Так, осуществляя самостоятельные выборы, воплощая свои ценности, у подростка «происходит переход из режима развития в режим саморазвития» [10]. Ребенок все меньше зависит от ситуативных смыслов и стоящих за ними актуальных потребностей. Таким образом, осуществляется переход к ценностному сознанию, за которым стоит ценностный мир, человек начинает управлять своим образом жизни, становится ответственным за реализацию открывающихся ему возможностей [3]. Поэтому нарастающие общественные противоречия сразу же сказываются на усилении роста негативных явлений в подростковой среде, провоцирующих девиантное поведение личности, ее деградацию [12]. Исследование Е. Р. Чернобродова [18] свидетельствует о том, что детерминантой противоправного поведения несовершеннолетних являются допустимость применения в семье физической и вербальной агрессии, гиперопеки; наличие у родителей «эмоциональной тупости».

С. Н. Дубининым [8] выделены три основных фактора становления агрессивных форм поведения: семья; взаимоотношения со сверстниками; средства массовой информации, прежде всего кино и телевидение. Если семейные отношения или общение со сверстниками подкрепляют эту агрессию, она становится привычкой (Бандура А., 1999). Восприятие агрессивности окружающих зависит от восприятия собственной агрессивности: чем выше субъекты оценивают свою агрессивность, тем выше они оценивают агрессивность других и наоборот [9]. Сравнение агрессивности не отбывающих наказания людьми и заключенных свидетельствуют об агрессивности последних [19, 20, 21].

Е. А. Петренко, Р. А. Петренко [15], говоря о наиболее существенных различиях в агрессивности юношей и девушек подростков, отмечают, что агрессивное поведение гораздо чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. У девушек по сравнению с юношами наблюдаются достоверно более высокие показатели де-

монстративности, психической активности и ниже показатель «боязнь физических недостатков». Девушки в большей степени озабочены своим здоровьем, при этом более склонны к самовыражению. У представителей мужского пола в агрессивном поведении определяющим является форма агрессии, в большей мере выражающаяся в прямой физической агрессии. У подростков женского пола в агрессивном поведении определяющим является вид агрессии, который в большей степени выражен в косвенной вербальной агрессии. Общими чертами для девушек и юношей, по данным исследования, являются фрустрированность, неудовлетворенность собственным местом в ближайшем социальном окружении; эмоциональная грубость, враждебность против сверстников и окружающих взрослых, повышенная тревожность, страх перед широкими социальными контактами; эгоцентризм, ригидность, неумение находить выход из трудных ситуаций.

В последнее десятилетие произошел рост насильственных преступлений, совершаемых на семейно-бытовой почве, корыстных и экономических преступлений, совершаемых женщинами [11]. В целом, как показывает анализ, более 60 % женщин отбывают наказания за корыстные преступления, а основную долю их составляют кражи личного имущества (около 40 %). Растет и число осужденных к длительным срокам лишения свободы женщин (8–10 лет) [14, 21].

В исследовании девочек с девиантным поведением в качестве основы внутреннего ролевого конфликта обсуждаются проблемы принятия гендерных ролей [7, 20]. Выделены два типа связанных с этим проблем: конфликт половой идентичности с доминированием маскулинности; псевдомаскулинность как средство привлечения к себе внимания и идентификации с девиантной группой. Маскулинность особенно свойственна девочкам с агрессивным поведением. Для делинквентных девочек характерны раннее наступление пубертата и ранняя половая жизнь. В то же время раннее начало половой жизни связывается с патохарактерологическим формированием личности, психопатиями и алкоголизмом [3,4].

Специфическую проблему представляет собой формирование у девочек с девиантным поведением зависимостей и злоупотребления ПАВ [22]. В структуре потребления ПАВ отмечается феминизация наркотизма [2, 16, 17]. Злоупотребление наркотиками и токсичными веществами приводит у подростков к кардинальному переструктурированию мотивов [1], что в первую очередь проявляется снижением значимости субмиссивной и возрастанием атактической мотивации [6]. Агрессивным девочкам свойствен общий низкий уровень морально-нравственного развития личности.

**Целью** настоящего исследования стало изучение характеристик агрессивности юношей и девушек, страдающих зависимостью от ПАВ, находящихся в воспитательных колониях для несовершеннолетних правонарушителей.

**Объект и методы исследования.** Экспериментально-психологическим методом обследовано 155 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 19 лет (средний возраст составил  $17,1 \pm 0,9$  года), находившихся в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей, и 110 воспитанниц женской воспитательной колонии (средний возраст  $17 \pm 0,73$  года). В выборку подростков включали на основании наличия у них зависимости или указания на злоупотребление ПАВ в анамнезе и определенного уровня интеллекта, необходимого для выполнения заданий. Систематизация данных проводилась при помощи Карты стандартизованного описания больного (Семке В. Я., Мандель А. И., Бохан Н. А., Жукова И. А., Гусев С. И., Аболонин А. Ф., Снигирева Г. Я., Трифонов О. И., 2004).

Преступления, совершенные юношами, соответствовали следующим статьям: 34,67 % были осуждены за преступления против жизни и здоровья; 56,66 % – за преступления против собственности; 4,67 % – за преступления, связанные с ПАВ. У юношей присутствуют статьи против половой неприкосновенности и половой свободы личности в 4 % случаев. Совершенные подростками-девушками преступления распределились следующим образом: преступления против собственности (58,18 %); преступления против жизни и здоровья (25,45 %); преступления, связанные с ПАВ (14,55 %). При сравнении с помощью  $\chi^2$ -квadrата Пирсона правонарушений, совершенных юношами и девушками, было выявлено, что юноши значимо чаще совершают преступления против жизни и здоровья, а девушки значимо чаще совершают преступления против собственности.

Анализ анамнестических данных выявил, что 13,34 % юношей и 36,36 % девушек выросли вне семьи. Помимо того, юноши в отличие от девушек достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) воспитывались в условиях гиперопеки, гипоопеки и в условиях с завышенными требованиями. У девушек достоверно доминировал бессистемный подход к воспитанию ( $p < 0,05$ ). В целом выявлен низкий социально-экономический, образовательный статус семей несовершеннолетних преступников, как собственно и самих испытуемых. Учитывая данные литературных источников о влиянии алкоголизации и наркотизации на формирование не только агрессивного поведения, но и суицидального, выявлено, что девушки чаще совершали суицидальные попытки (61,8 %), чем юноши (25,42 %). Основной способ суицида у девушек – самопорезы (27,3 %), у юношей – самоповреждение (12,71 %).

У находящихся в местах лишения свободы отмечается особое отношение к психологическому обследованию. В данной ситуации проективные методы работы являются основными. Их использование позволяет получить достоверную информацию (Назарова И. А., Аболонин А. Ф., Стоянова И. Я., Бохан Т. Г., 2014). Исходя из этого одним из диагностических методов исследования стал «Hand-test» (Псядло Э. М., Вигдорчик М. И., 1998). Hand-test – это проективная методика исследования личности, предназначенная для диагностики действенных прототипных тенденций и предсказания возможности открытого агрессивного поведения. Методика была впервые опубликована Б. Брикленным, З. Пиотровским, Э. Вагнером в 1961 г. Кроме того, применяли опросник Басса-Дарки в адаптации А. К. Осницкого (Buss A. H., Durkee A., 1957). Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов математической статистики с привлечением компьютерных программ

**Результаты исследования.** Корреляционный анализ клинического обследования подростков выявил следующую структуру употребления психоактивных веществ. Первые пробы ПАВ у юношей начинались в более раннем возрасте, чем у девушек ( $p = 0,004$ ). 17 % подростков-юношей попробовали ПАВ в возрасте до 10 лет, у девушек данный показатель составляет 1,8 % случаев. Такая ситуация сохраняется до достижения подростками 10-летнего возраста (15,3 % юношей и 2,1 % девушек употребили ПАВ). Начиная с 11 лет девушки более активно начинают пробовать психоактивные вещества. Так, в этом возрасте впервые употребили ПАВ 13 % юношей и 12,6 % обследованных девушек. Предпочтения в выборе ПАВ были различны: девушки предпочитали алкоголь ( $p = 0,0001$ ) и чаще прибегали к комбинированному потреблению ( $p = 0,0001$ ). Причиной первого употребления наркотика у юношей в отличие от девушек явилось давление со стороны окружающих (выбор осуществлялся по чужой инициативе) ( $p = 0,02$ ), у девушек решающим фактором была относительная доступность данного наркотика ( $p = 0,0017$ ). У юношей достоверно чаще отмечались постинтоксикационные явления ( $p = 0,0001$ ). Продолжительность потребления ПАВ у юношей имела более длительный период ( $p = 0,000001$ ). У девушек выявлена склонность к более динамичному потреблению наркотических средств по сравнению с юношами ( $p = 0,000000$ ). В состоянии абстиненции у юношей в отличие от девушек были более выражены тревожная ( $p = 0,026123$ ) и дисфорическая ( $p = 0,0001$ ) составляющие и в целом абстинентный синдром ( $p = 0,0004$ ). Обнаружено, что у юношей раньше сформировался синдром отмены ( $p < 0,0001$ ). При сравнении физиологических параметров

у юношей и девушек было выявлено, что юноши имели более высокие ростовые показатели ( $p=0,0001$ ). По показателям веса значимых различий не выявлено.

При исследовании причин первого потребления ПАВ 63,64 % девушек и 71,17 % юношей основным мотивом потребления считают потребность испытать новые ощущения (так называемый мотив по типу экспериментирования). При дальнейшем потреблении ПАВ основным мотивом у 77,11 % юношей и 63,64 % девушек становится гедонистический (стремление получить удовольствие). Сдерживающие факторы перед первым употреблением отсутствовали у 76,36 % девушек и 72,03 % юношей, лишь 18,18 % девушек и 15,25 % юношей испытывали опасения перед первым потреблением за свое здоровье.

Для выявления поведенческих проявлений различных форм агрессивного поведения и враждебных реакций нами был проведен анализ данных теста Басса-Дарки. У юношей получены высокие показатели по шкалам «физическая агрессия» (использование физической силы против другого лица), «подозрительность» (убеждение в том, что окружающие хотят принести вред), «вербальная агрессия» (вербальное выражение негативных чувств), «чувство вины» (выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести). У девушек обнаружены высокие показатели по шкалам «физическая агрессия», «обида» (зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия), «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины», а также высокие суммарные индексы «враждебности» и «агрессивности».

Сравнение показателей агрессии девушек и юношей показало значимые расхождения ( $p<0,01$  и более) по следующим формам агрессивных реакций: физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражительность, обида, подозрительность, вербальная агрессия, чувство вины, индекс враждебности. Необходимо отметить, что данные шкалы у девушек значимо превышают параметры юношей. Отсутствовали достоверные различия между группами девушек и юношей по параметру негативизм, т.е. оппозиционной манере поведения (от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов). Соответственно у девушек зарегистрированы более высокие суммарные значения по индексу враждебности (интегральный показатель, отражающий степень недоверия к окружающим) и индексу агрессивности (интегральный показатель, отражающий уровень активных проявлений агрессии (табл. 1).

Т а б л и ц а 1  
Сравнительный анализ оценочных шкал опросника Басса-Дарки несовершеннолетних правонарушителей

Шкала	Средние значения		p
	юноши	девушки	
Физическая агрессия	5,9±1,5	6,7±2,4	0,019
Косвенная агрессия	4,4±1,6	5,5±1,7	0,000
Раздражительность	5,7±2	6,83±2,4	0,006
Негативизм	2,6±1,3	2,90±1,3	0,188
Обида	2,6±1,5	5,54±1,8	0,000
Подозрительность	6,1±1,9	8,15±1,8	0,000
Вербальная агрессия	7,6±2	8,59±2	0,012
Чувство вины	5,6±2,2	6,80±1,5	0,003
Индекс враждебности	8,6±2,8	13,7±2,95	0,0001
Индекс агрессивности	23,6±5,3	27,6±5,5	0,0167

Таким образом, проведенный анализ показал высокий уровень агрессивных и враждебных реакций в клинической выборке несовершеннолетних, при этом показатели у девушек оказались значимо выше, чем у юношей. На следующем этапе нами был проведен корреляционный анализ клинических характеристик потребления ПАВ и форм агрессивных и враждебных реакций, выявленных с помощью теста Басса-Дарки. У юношей были получены следующие результаты. Шкала теста «обида», которая характеризуется завистью и ненавистью к окружающим, имеет взаимосвязь с видом наркотического средства, который потребляли юноши ( $r=-0,189$ ), и с причиной выбора того или иного наркотика ( $r=0,227$ ). Мотивация потребления имела взаимосвязь с суммарным показателем шкал, т.е. с враждебностью ( $r=0,24$ ). Характер опьянения коррелировал с подозрительностью ( $r=0,203$ ). Продолжительность потребления ПАВ имела корреляцию с физической ( $r=-0,186$ ) и косвенной ( $r=-0,21$ ) агрессией. При наличии выраженной дисфорической составляющей в состоянии абстиненции была выявлена взаимосвязь с косвенной агрессией ( $r=0,208672$ ). Выраженность признаков абстиненции была взаимосвязана с косвенной агрессией и раздражительностью ( $r=0,273680$ ,  $r=0,228656$ ). Обнаружена взаимосвязь между давностью формирования синдрома отмены с физической и косвенной агрессией, а также с чувством вины ( $r=-0,200559$ ;  $r=-0,208468$ ;  $r=-0,284979$ ). Такой параметр, как длительность синдрома отмены, обнаружил взаимосвязь с раздражительностью ( $r=0,192514$ ). При анализе физических характеристик юношей и шкал Басса-Дарки выявлены взаимосвязи между весом пациентов и шкалами «обида», «враждебность» ( $r=-0,197221$ ;  $r=-0,198692$ ). Таким образом, чувство обиды и гнев у юношей предопределяют выбор наркотического средства. В дальнейшем потребление ПАВ провоцирует у юношей внутреннюю и внешнюю агрессивность, которая проявлялась у юношей вне зависимости от того, продолжал ли он потреблять ПАВ или нет.

При проведении корреляционного анализа между клиническими показателями и тестом Басса-Дарки у девушек, находящихся в условиях лишения свободы, выявлены следующие взаимосвязи. Начальная доза ПАВ имела взаимосвязь со всеми шкалами теста: физическая агрессия ( $r=0,455666$ ), косвенная агрессия ( $r=0,570115$ ), раздражительность ( $r=0,542003$ ), негативизм ( $r=0,44$ ), обида ( $r=0,5170$ , подозрительность ( $r=0,445$ ), вербальная агрессия ( $r=0,437$ ), чувство вины ( $r=0,5440$ ), враждебность ( $r=0,498$ ), агрессивность ( $r=0,4667$ ). Частота потребления наркотика у девушек так же коррелировала со всеми шкалами теста: физической агрессией ( $r=0,45$ ), косвенной агрессией ( $r=0,57$ ), раздражительностью ( $r=0,5$ ), негативизмом ( $r=0,44$ ), обидой ( $r=0,51$ ), подозрительностью ( $r=0,4$ ), вербальной агрессией ( $r=0,43$ ), чувством вины ( $r=0,543581$ ), враждебностью ( $r=0,5$ ), агрессивностью ( $r=0,46$ ). Преобладание в состоянии абстиненции депрессивного компонента обнаружило взаимосвязь с обидой и чувством вины ( $r=0,28$ ;  $r=0,32$ ). Преобладание тревоги во время абстиненции коррелирует с чувством вины ( $r=0,29$ ). Выявлена взаимосвязь между таким физическим параметром, как рост, и шкалой подозрительности ( $r=0,27$ ). Из полученных данных можно сделать предположение, что для девушек при вхождении в аддикцию агрессивность является пусковым механизмом приема ПАВ. При этом чем выше враждебность и агрессивность, тем интенсивней и в большем объеме девушки нуждались в наркотике.

В процессе обследования испытуемых просили оценить самим свой уровень конфликтности по трем шкалам: высокий, средний и низкий уровни. 43,33 % юношей-правонарушителей оценивают себя как людей со средним уровнем конфликтности, 30 % – как людей с низкой конфликтности, которые скорее стремятся избежать конфликтных ситуаций, 26,6 % испытуемых отметили у себя высокий уровень агрессивности и вспыльчивости. Девушки оценивали себя как имеющих высокий уровень конфликтности в 41,8 % случаев. 38,2 % девушек считали, что имеют средний уровень конфликтности. 20,0 % девушек полагали, что имеют низкий уровень конфликтности. На основании полученных данных можно сделать вывод, что девушки статистически достоверно ( $p=0,0248$ ) чаще, чем юноши, считают себя конфликтнее, что совпадает и с экспериментально-диагностическими данными.

Учитывая, что при использовании вербальных методик испытуемые часто искажают результаты исследования, пытаясь сгладить и замаскировать свои реакции подходящими ответами, нами был проведен «тест Руки», относящийся к проективным методам и позво-

ляющий оценить действенные агрессивные прототипные тенденции. Исследование базовых агрессивных тенденций тестом Руки (Hand-test) показало, что в структуре межличностных ответов, которые характеризуют отношения между людьми, у девушек и юношей преобладают ответы агрессивной направленности, которые авторы данной методики расценивают «социально негативным» образом, так как они показывают, что права других не принимаются во внимание, что их игнорируют или атакуют. Показатель агрессии составил у юношей  $2,61\pm 1,8$ , у девушек  $2,58\pm 0,9$ . Так же в данных группах обнаружено низкое значение ответов привязанности, что свидетельствует о том, что данная категория испытуемых имеет низкую способность к теплым, доверительным отношениям. Это положение подтверждается и методикой Басса-Дарки, направленной на изучение агрессии. Помимо того, немалый вклад в суммарное значение межличностных ответов у юношей вносят ответы в сфере общения, а у девушек в сфере управления (стремление владеть другими и предпочтение иерархической системы, в которой является руководителем). Достоверные различия наблюдались по категории общения, суммарная оценка ответов у юношей – 2,78, у девушек – 1,79 ( $p<0,001$ ) (рис. 1). В рассматриваемом сочетании категория «Общение» характерна для индивидуумов, которые используют обмен информацией в качестве основного средства осуществления различных задач и для которых общение является средством самоутверждения и показателем развитости социальных контактов.



Рис. 1. Структура показателей теста Руки несовершеннолетних правонарушителей

Примечание. Достоверность различий: \* –  $p<0,005$ ; \*\* –  $p<0,001$ .

В структуре средовых ответов особых отклонений от средней выборки не обнаружено. Это доминирование ответов активности, затем следуют ответы приобретения и незначительное количество ответов, свидетельствующих о пассивности. Однако при сравнении результатов девушек и юношей выявлено, что показатели активности у юношей ( $4,88\pm 2,7$ ) достоверно выше, чем у девушек ( $3,33\pm 2,4$ ) ( $p<0,005$ ).

Такое распределение свидетельствует о том, что юноши более активно взаимодействуют с окружающей средой, чем девушки. Значение показателя активности показывает количество вкладываемых психических затрат в материальное достижение, при этом фактическая физическая активность играет второстепенную роль. Этот параметр отражает те реакции, когда цель будет достигнута любой ценой и исход определен.

При анализе оценок плохой приспособляемости у юношей и девушек установлено, что основной вклад вносят ответы напряжения, которые, как правило, дают люди с высоким уровнем личностной тревоги и лица, которые подвлияют актуальные действенные тенденции.

Вместе с тем проведенный анализ показал значимые различия по суммарным оценкам теста. Юноши давали так называемые средовые ответы чаще ( $7,39 \pm 3,3$ ), чем девушки ( $5,45 \pm 2,7$ ) ( $p < 0,005$ ). Под средовыми ответами подразумевается не межличностное взаимодействие, а скорее направленность на достижение конкретных целей.

Кроме того, выявлено достоверно большее ( $p < 0,001$ ) общее количество ответов у юношей ( $19,33 \pm 2,3$ ), чем у девушек ( $15,88 \pm 4,3$ ). Большое число общих ответов указывает на большой резерв ролевых вариантов, из которых можно выбирать, следовательно, большой потенциал приспособляемости.

Показатель вероятности враждебных действий был выше у девушек ( $1,03 \pm 2,7$ ), чем у юношей ( $0,28 \pm 1,3$ ), хотя различия между группами и не достигали достоверного уровня. Далее был произведен анализ клинических характеристик юношей, находящихся в колонии для несовершеннолетних преступников, и результатов теста «Руки», на основании которого выявлены следующие взаимосвязи. Выбор наркотика коррелировал с ответами агрессивной направленности, которые, в свою очередь, свидетельствуют о склонности испытуемых к приключениям, упрямстве, плохой переносимости однообразия ( $r = -0,217086$ ). Сдерживающие факторы приема ПАВ (испытуемые оценивали, были ли таковые факторы или отсутствовали) коррелировали с патологическим поведением ( $r = 0,191692$ ); ритм введения ПАВ взаимосвязан с ответами, отражающими ощущение собственной увечности ( $r = -0,210606$ ); тревожная составляющая в состоянии абстиненции – с ответами приобретения ( $r = 0,222628$ ). Возраст формирования синдрома абстиненции имеет взаимосвязи с ответами демонстративности, неудовлетворенности и ухода ( $r = 0,211514$ ;  $r = -0,227905$ ;  $r = -0,210746$ ). Давность появления синдрома отмены взаимосвязана с ответами управления ( $r = 0,218162$ ). Длительность синдрома отмены – с количеством неудавшихся

ответов, суммарным значением патологических ответов ( $r = 0,218162$ ;  $r = -0,218916$ ). Рост испытуемых коррелировал с числом патологических ответов и ответами, отражающие состояние пассивности ( $r = 0,201377$ ;  $r = -0,183592$ ). Вес юношей коррелировал с ответами приобретения и состоянием пассивности ( $r = -0,182439$ ;  $r = 0,193407$ ). Таким образом, проведенный анализ позволил выявить, что авантюрные черты личности помогали юношам определить вид употребляемого наркотика, уровень степени патологии восприятия ослабил критику к наркотическим средствам при первом потреблении, длительное потребление способствовало формированию манипулятивного поведения и усиливало демонстративные черты личности.

При проведении корреляционного анализа основных клинических показателей несовершеннолетних девушек, находящихся в условиях пенитенциарной системы, и показателей по тесту «Рука» были получены следующие результаты. Вид ПАВ имеет зависимость с категорией межличностных ответов ( $r = -0,388011$ ). Количество ПАВ при первом употреблении связано с ответами привязанности и плохой приспособляемости ( $r = 0,387765$ ;  $r = 0,434938$ ). Причины первого потребления взаимосвязаны с ответами общения и межличностной категорией ( $r = -0,492594$ ;  $r = -0,361236$ ). Выявлена взаимосвязь причины выбора определенного наркотика и ответами ухода, плохой приспособляемости, напряжения и межличностной категорией ( $r = 0,359884$ ;  $r = -0,430293$ ;  $r = -0,401907$ ;  $r = -0,361236$ ). Соответствие ожидания наркотического опьянения взаимосвязано с ответами, отражающими зависимость от кого-либо ( $r = 0,476800$ ). Выраженность постинтоксикационных явлений связана с ответами зависимости, активности и суммарными оценками плохой приспособляемости и общим количеством ответов ( $r = 0,368596$ ;  $r = 0,381602$ ;  $r = 0,393060$ ;  $0,436859$ ). Продолжительность потребления связана с ответами активности и средовыми ответами ( $r = 0,381261$ ;  $r = 0,3914$ ). Смена наркотических средств на более тяжелые имеет взаимосвязь с ответами приобретения ( $r = -0,400503$ ). Преобладание депрессивного компонента в состоянии абстиненции обнаружилось взаимосвязь с агрессивными и межличностными ответами ( $r = -0,477128$ ;  $r = -0,462770$ ). Преобладание тревожного компонента в состоянии отмены – с ответами приобретения, описательными ответами и ответами ухода ( $r = -0,394810$ ;  $r = -0,462770$ ;  $r = 0,449717$ ). Преобладание в состоянии отмены дисфории имело взаимосвязь с ответами пассивности ( $r = -0,476979$ ); общей выраженности абстиненции – с ответами пассивности ( $r = -0,361154$ ). Возраст формирования синдрома отмены – с агрессивными ответами ( $r = -0,351593$ ). Сомати-



ческие и аффективные проявления во время абстиненции обнаружили взаимосвязь с агрессивными ответами ( $r=-0,404350$ ;  $r=-0,414187$ ). Длительность постабстинентного состояния – с ответами зависимости ( $r=-0,437078$ ). На основании проведенного анализа можно предположить, что на выбор наркотика у девушек большую роль играет внешнее окружение, чувства личной привязанности способствуют продолжению наркотизации и получению удовольствия от наркотика. Отказ от наркотика провоцировал состояние бездействия, пассивности и приводил к внутреннему напряжению.

#### **Обсуждение полученных результатов.**

Анализ клинико-социальных характеристик несовершеннолетних правонарушителей – потребителей ПАВ, отбывающих наказание в воспитательных колониях, показало, что находящиеся в местах лишения свободы девушки менее склонны совершать связанные с насилием преступления, больше подвержены влиянию окружения, чаще воспитывались в условиях детского дома, чаще совершали суицидальные попытки, нуждались в систематизированных требованиях. При этом юноши чаще использовали физическую силу в совершении преступлений, чаще воспитывались в аддиктивных семьях, в которых были предоставлены сами себе, раньше знакомились с ПАВ. В свою очередь необходимо отметить, что у обследуемого контингента в анамнезе выявляются отсутствие учебной и трудовой мотивации, отсутствие критики к ПАВ, что способствовало приобщению к делинквентному образу жизни. Проведенный анализ позволил выявить, что в отличие от девушек юноши раньше начинали употреблять ПАВ, соответственно у них раньше формировался абстинентный синдром, наркотизация у них имела более длительный период, в состоянии абстиненции наблюдалась более выраженная клиническая картина. Девушки по сравнению с юношами чаще предпочитали комбинированное потребление ПАВ. Внутреннее напряжение юношей и склонность к рискованному поведению играли ведущую роль при выборе наркотика. Длительное потребление ПАВ у юношей способствовало повышению уровня физической агрессии и склонности к манипулятивному поведению. Чем дольше подросток не употребляет ПАВ, тем выше становился уровень его раздражительности. У девушек проведенный анализ позволил выявить, что повышенная агрессивность, относительная доступность наркотика, ближайшее окружение влияют на начало потребления ПАВ. Количество ПАВ и интенсивность его приема напрямую зависят от того эмоционального состояния, в котором находились девушки. В частности повышенная враждебность и агрессивность способствуют более интенсивному приему наркотика в боль-

ших количествах. Для девушек большую роль в начале, при продолжении и отказе от ПАВ имеет значимое окружение, а также отношение окружающих как к ней, так и к факту наркотизации. В состоянии абстиненции с выраженным депрессивным компонентом у девушек возникают чувство вины и тревога, а при выраженной тревожной симптоматике только чувство вины.

Проведенное исследование позволило выявить у девушек и юношей с зависимостью от ПАВ, находящихся в воспитательной колонии, высокий уровень агрессии, непосредственно проявляющейся в поведении в виде словесной ругани, подозрительности по отношению к окружающим. В процессе исследования в данных группах выявлено повышенное чувство вины, скорее связанное с инфантильным раскаянием, выражающимся в непонимании того, как совершенное когда-то в прошлом могло привести к подобному результату. Уровень агрессивности и враждебности у девушек оказался достоверно выше, чем у юношей, что свидетельствует о личностной трансформации, когда девочки демонстрируют агрессивное поведение, традиционно относимое к маскулинному. Вместе с тем юноши показали большой резерв ролевых вариантов, высокий потенциал приспособляемости, активное использование коммуникации для самоутверждения и достижения своих целей, низкий уровень привязанности и формализацию межличностных контактов. Девушки хуже приспосабливались к условиям воспитательной колонии, имели высокие показатели агрессивности, в межличностных контактах строят отношения по типу управления или подчинения. Опираясь на полученные результаты, можно предположить, что находящиеся в колонии для несовершеннолетних девушки воспринимают себя физически и психически незащищенными. В поведении девиантных подростков наблюдается отчетливо выраженный гендерный «перекосяк», когда девочки культивируют формы и способы агрессивного поведения, традиционно относимого к маскулинному.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить гендерные особенности личности несовершеннолетних правонарушителей, влияющие на структуру агрессивного поведения, позволяющие расширить понимание определяющих реализацию агрессивного поведения механизмов. Выявленные особенности должны учитываться при проведении воспитательной и реабилитационной работы с данными категориями осужденных. Учитывая, что в последнее время наблюдается появление новых наркотических веществ, быстро вызывающих значительные и стойкие расстройства психической деятельности, продолжение исследований в данном направлении долгое время будет востребованным.

## Л и т е р а т у р а

1. *Аболонин А. Ф., Назарова И. А., Асланбекова Н. В.* Личностные особенности несовершеннолетних правонарушителей, страдающих различными формами зависимости от психоактивных веществ (гендерный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1 (82). – С. 22–28.
2. *Бохан Н. А.* Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
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 им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, вып. 2. – С. 17–24.
4. *Бохан Н. А., Семке В. Я.* Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
5. *Бохан Т. Г.* Проблема стресса в психологии: трансперспективный анализ. – Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 152 с.
6. *Воеводин И. В., Бохан Н. А., Аболонин А. Ф., Белокрылов И. И., Назарова И. А.* Структура, динамика и психологические характеристики мотивировок употребления психоактивных веществ у учащихся высших и средних учебных заведений // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 37–42.
7. *Гомонов Н. Д.* Генезис и особенности криминальной агрессии женщин // Вестник МГТУ. – 2006. – Т. 9, № 1. – С. 148–153.
8. *Дубинин С. Н.* Агрессия как стратегия адаптации девиантных подростков // Среднее профессиональное образование. – 2009. – № 4. – С. 41–44.
9. *Жарновецкая Н. Ю.* Возрастно-половые особенности восприятия школьниками агрессивности одноклассников // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. – 2006. – № 20.
10. *Ключко В. Е.* Многомерный мир человека как сущность онтогенеза // Сибирский психологический журнал. – 1998. – Вып. 8–9. – С. 4–10.
11. *Кузьминых А. А., Енцолопов С. Н.* Бытующие представления о мужской и женской агрессии // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 5. – С. 70–80.
12. *Леонова И. В.* Девиантное поведение виктимных детей, его причины и особенности (начало) // ЗПУ. – 2008. – № 3. – С. 210–214.
13. *Назарова И. А., Аболонин А. Ф., Стоянова И. Я., Бохан Т. Г.* Проективные и опросниковые методы в контексте исследования подростков, находящихся в пенитенциарных условиях // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 3 (84). – С. 59–64.
14. *Осипян Н. Б.* К вопросу об особенностях женской преступности [Электронный ресурс] // Психология и право. – 2011. – № 2.
15. *Петренко Е. А., Петренко Р. А.* Проблема гендерных проявлений агрессии в подростковой среде // Труды Ростовского государственного университета путей сообщения. – 2014. – № 1. – С. 116–120.
16. *Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И.* Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30–35.
17. *Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И.* Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60–66.
18. *Чернобродов Е. Р.* О психологических механизмах противоправного поведения несовершеннолетних // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2007. – № 3. – С. 45–47.
19. *Awopetu G. Ronke, Igbo I.* Happiness An Assessment of Aggressive Behaviour between Prison Inmates and Non-Prison Inmates in Makurdi Metropolis, Nigeria / Procedia // Social and Behavioral Sciences. – 2015. – Vol. 190. – P. 502–509.
20. *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.
21. *Bokhan N. A., Gusev S. I.* Remissions of drug addicts under conditions of penal isolation: current research in Siberia. In: Antisocial behavior: etiology, genetic and environmental influences and clinical management / Ed.: Justine H. Gallo. – New York, USA: Nova Science Publishers Inc., 2014. – P. 133. –139.
22. *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.

## Транслитерация русских источников

1. *Abolonin A.F., Nazarova I.A., Aslanbekova N.V.* [Personality traits of juvenile delinquents suffering from different forms of substance dependence (gender aspect)]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 1(82): 22–28. (In Russ.).
2. *Bokhan N.A.* [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial association of problems]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 2: 31–37. (In Russ.).
3. *Bokhan N.A., Blagov L.N., Kurgak D.I.* [Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of the double diagnosis]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012; 112, 5-2: 17–24. (In Russ.).
4. *Bokhan N.A., Semke V.Ya.* [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2009. 510 p. (In Russ.).
5. *Bokhan T.G.* [Problem of stress in psychology: transpective analysis]. Publishing House "Ivan Fedorov", Tomsk, 2008. 152 p. (In Russ.).
6. *Voevodin I.V., Bokhan N.A., Abolonin A.F., Belokrylov I.I., Nazarova I.A.* [Structure, dynamics, and psychological characteristics of substance use motivation among the students of high and secondary school]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014; 4: 37–42. (In Russ.).
7. *Gomonov N.D.* [Genesis and traits of criminal aggression of women]. *Vestnik MGTU* [MSTU Bulletin]. 2006; 9, 1: 148–153. (In Russ.).
8. *Dubinina S.N.* [Aggression as a strategy of deviant teenagers' adaptation]. *Srednee professional'noe obrazovaniye* [Secondary Professional Education]. 2009; 4: 41–44. (In Russ.).
9. *Zharovetskaya N.Yu.* [Age-sex traits of perception of aggressiveness of classmates by schoolchildren]. *Izvestija RGPU im. A. I. Gercena* [Proceedings of A.I. Gertsen Russian State Pedagogical University]. 2006; 20. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/vozrastno-polovye-osobennosti-vozpriyatiya-shkolnikami-agressivnosti-odnoklassnikov> (In Russ.).

10. Klochko V.E. [Multidimensional world of the individual as essence of ontogeny]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. 1998; 8—9: 4—10. (In Russ.).
11. Kuz'minykh A.A., Enikolopov S.N. [Existing ideas about male and female aggression]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovaniye* [Psychological Science and Education]. 2011; 5: 70—80. (In Russ.).
12. Leonova I.V. [Deviant behaviour of victim children, its causes and features (beginning)]. *Znanie. Ponimanie. Umenie*. [Knowledge. Understanding. Expertise]. 2008; 3: 210—214. (In Russ.).
13. Nazarova I.A., Abolonin A.F., Stoyanova I.Ya., Bokhan T.G. [Projective and questionnaire methods in context of investigation of adolescents under penal conditions]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2014; 3(84): 59—64. (In Russ.).
14. Osipyay N.B. [To issue about features of female delinquency]. *Psihologija i pravo* [Psychology and Law]. 2011; 2: URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n2/40888.shtml> (In Russ.).
15. Petrenko E.A., Petrenko R.A. [Problem of gender manifestations of aggression in adolescent environment]. *Trudy Rostovskogo gosudarstvennogo universiteta putej soobshhenija* [Works of Rostov State University of Lines of Communication]. 2014; 1: 116—120. (In Russ.).
16. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Clinical-dynamic approach to addiction systematics]. *Narkologija* [Narcology]. 2005; 4, 12: 30—35. (In Russ.).
17. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Personological analysis within the context of addictive states systematics]. *Narkologija* [Narcology]. 2006; 1: 60—66. (In Russ.).
18. Chernobrodov E.R. [About psychological mechanisms of offensive behavior in juveniles]. *Psihopedagogika v pravoohranitel'nyh organah* [Psycho-pedagogics in Law Enforcement Organs]. 2007; 3: 45—47. (In Russ.).

# ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.89-008:616.9-07-08-084

ББК 56.145.44+53.43+53.435

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Хритинин Д. Ф.<sup>1\*</sup>, Новиков В. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

<sup>2</sup> ФПДО ГБОУ ВПО Рязанский ГМУ

им. акад. И. П. Павлова Минздрава России

390026, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

В статье рассматриваются факторы, влияющие на приверженность лечению, наблюдающиеся у больных ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами. Выявлено, что на приверженность лечению влияют комплекс факторов, связанных с развитием ВИЧ-инфекции, преморбидными личностными, семейными, поведенческими особенностями больных, уровнем их образования и профессиональной включенности. **Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, психические расстройства, приверженность лечению.

**FACTORS INFLUENCING TREATMENT ADHERENCE IN PATIENTS WITH HIV-RELATED MENTAL DISORDERS.** Khritinin D. F.<sup>1</sup>, Novikov V. V.<sup>2</sup> <sup>1</sup>I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of Ministry of Healthcare of Russian Federation. Trubetskaya Street 8, Building 2, 119991, Moscow, Russian Federation. <sup>2</sup>I. P. Pavlov Ryazan State Medical University of Ministry of Healthcare of Russian Federation. Vysokovol'tnaya Street 9, 390026, Ryazan, Russian Federation. This article considers factors influencing adherence to treatment observed in patients with HIV-related mental disorders. It was revealed that treatment adherence is influenced by the complex of factors associated with the development of HIV infection, premorbid personality, family, behavioral traits of patients, their level of education and professional involvement. **Keywords:** HIV-infection, mental disorders, premorbid personality, adherence to treatment.

**Актуальность исследования.** Известно, что в настоящее время характер ВИЧ-инфекции значительно изменился. Введение в практику антиретровирусной терапии, в том числе высокоактивной, позволило придать ей характер хронического, медикаментозно управляемого заболевания, со сроком жизни, сопоставимым с таковым при прочих хронических заболеваниях [2].

\* Хритинин Дмитрий Федорович – член-корр. РАН, проф. кафедры психиатрии и медицинской психологии, д.м.н.

Новиков Владимир Владимирович – доцент кафедры психиатрии и психотерапии, к.м.н. Телефон: 89109024594, 8(4912)339946. E-mail: novlad2006@yandex.ru

Академиком Н. А. Беляковым в соавторстве с сотрудниками (2012) было сформулировано следующее понимание задачи лечения ВИЧ-инфицированных в настоящее время: «Если мы не в состоянии избавить больного от ВИЧ, необходимо сохранить его психическое и соматическое здоровье на длительное время» [3, С. 4]. Решение этой актуальной задачи невозможно достигнуть без улучшения показателей приверженности больных лечению, поскольку терапия ВИЧ-инфекции не только сопровождается длительным приемом антиретровирусных препаратов (АРВП), но и требует строгого соблюдения режима их приема и предписаний врача по лекарственному режиму и диете, ведения здорового образа жизни [1]. Следует добавить, что приверженность, в свою очередь, прямо влияет на результаты лечения [4].

Одной из категорий ВИЧ-инфицированных слабо приверженных лечению являются пациенты с психическими расстройствами, обусловленными ВИЧ-инфекцией [7]. Так И. М. Улюкин в своей работе отмечает, что «показатели, характеризующие реактивность организма, тесно связаны с показателями психической адаптации (определяющими психическое здоровье больного) и взаимно влияют друг на друга. Снижение в динамике ВИЧ-инфекции реактивности организма больных приводит к ухудшению функционирования в психической сфере» [10], а «Расстройство психического здоровья при ВИЧ-инфекции наступает с ранних стадий болезни и усиливается по мере ее прогрессирования» [4, С. 13], что диктует необходимость изучения факторов, снижающих приверженность лечению у данной категории больных.

**Материал исследования.** Проведено исследование 250 ВИЧ-инфицированных пациентов с верифицированными в ходе динамического наблюдения психическими расстройствами, обусловленными ВИЧ-инфекцией. Средний возраст пациентов на момент обследования составлял 30,6±6,3 года (у мужчин в среднем 33,4±5,5 года, у женщин 25,1±3,6 года). Соотношение мужчин и женщин составляло примерно 2:1 (66,4 % – 166 мужчин и 33,6 % – 84 женщины).

**Цель исследования** – изучение клинико-динамических особенностей психических расстройств при ВИЧ-инфекции и выявление факторов, влияющих на приверженность больных к лечению.

**Методы исследования.** В качестве основного метода исследования был избран клинический (клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, соматоклинический). Дополнительными методами выступали лабораторно-инструментальный и экспериментально-психологический. Оценка приверженности осуществлялась путем интеграции данных, полученных методами исследования.

**Обсуждение результатов.** Вся исследованная когорта ВИЧ-инфицированных по синдромальной завершенности психических нарушений была разделена на две основные группы. Первая группа – пациенты с синдромально-завершенными психическими расстройствами, имеющими четко очерченные клинические проявления, находящие отражение в клинической картине расстройств психической деятельности и ярко выявляющиеся в процессе психиатрического интервью (78,4 % – 196 человек). Вторая группа – пациенты с субклиническими или пре-клиническими психическими нарушениями, выявляемыми в процессе психиатрического обследования и экспериментально-психологических методик, находящимися на стадии синдромологического формирования (21,6 % – 54 человека).

Группа пациентов с пре- и субклиническими расстройствами (54 человека) в 59,3 % случаев (всего 32 человека, из них 20 с невротическими, 12 с «органическими») была представлена отдельными нозологическими единицами без коморбидных психических расстройств. Имеющаяся в 40,7 % случаев коморбидная патология включала следующие комбинации: у 9 человек – сочетание расстройств адаптации (F43.x) и легких органических расстройств (6 – F06.6; 3 – F06.7), 7 человек – неврастения (F48.0) и расстройства личности (2 – F60.31; 5 – F60.7), пограничное расстройство личности (F60.31) с «неврозом ожидания» (F41.8 – 2) и обсессивно-компульсивным расстройством (F42.0 – 4). В целом данная группа характеризовалась как относительно благоприятная по имеющимся преморбидным особенностям (отсутствие опыта инъекционного употребления ПАВ, ЧМТ) с удовлетворительным клиническим прогнозом.

Группа пациентов с синдромально завершенными психическими расстройствами имела коморбидную психическую патологию в 100 % случаев.

У ВИЧ-позитивных в целом (совокупность пациентов из обеих групп) достоверно преобладали коморбидные психические расстройства (86,8 %), что объясняется множественным характером этиологических факторов – как нозогенных, так и соматогенных, а также негативным действием ПАВ, преморбидными особенностями лиц, имеющих опыт инъекционного употребления наркотиков.

Систематизация имеющихся психических расстройств, сопряженных с ВИЧ-инфекцией, позволила объединить их в сочетающиеся клинические группы. К первой группе были отнесены заболевания психогенно-реактивного генеза (71,6 %), включающие в себя невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства и реактивный параноид.

Во вторую группу вошли экзогенно-органические психические нарушения (84,4 %),

представляющие собой органические психические расстройства, в том числе в их динамическом развитии в ВИЧ-деменцию и ВИЧ-делирий.

Третья группа объединяла патологические состояния аномально-личностного характера, проявляющиеся в виде расстройств зрелой личности (76,4 %), динамика которых предполагает коморбидность с органическим расстройством личности.

Корреляционный анализ показал сильную взаимную зависимость расстройств психогенно-реактивной, экзогенно-органической и аномально-личностной клинической групп на всем периоде развития ВИЧ-инфекции. Так, выявлена корреляция F40—F48 с F00—F09 ( $r=-0,8$ ), F40—F48 с F60—F69 ( $r=-0,7$ ), F60—F69 с F00—F09 ( $r=0,7$ ).

Состав пациентов, получавших терапию активно или пассивно-эпизодически (103 человека, 41,2 %), по стадиям ВИЧ-инфекции представлен в таблице 1.

Таблица 1  
ВИЧ-инфицированные пациенты с психическими расстройствами, получавшие терапию

Все-го	Активно или пассивно-эпизодически получающие лечение, психокоррекцию, и социальную реабилитацию		Виды терапии								
			ЭТ		ПФТ		ПТ		ПК		
			абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
1	51	39	76,5	1	1,9	28	54,9	31	60,8	39	76,5
2	86	25	29,1	1	1,2	12	13,9	22	25,6	25	29,1
3	62	21	33,9	14	22,6	16	25,8	17	27,4	21	33,9
4	47	14	29,8	12	25,5	12	25,5	12	25,5	14	29,8
5	4	4	100	4*	100	0	0	0	0	0	0
6	250	103	41,2	32	12,8	68	27,2	82	32,8	99	39,6

**Примечание.** \* – Исключительно пассивно-эпизодически. В первом столбце приведены стадии ВИЧ-инфекции: 1 – стадия 2А, 2Б, 2В; 2 – стадия 3; 3 – стадия 4А; 4 – стадия 4Б; 5 – стадия 4В; 6 – всего. ЭТ – этиотропная терапия; ПФТ – психофармакотерапия; ПТ – психотерапевтические интервенции; ПК – психокоррекционные и социально-реабилитационные воздействия.

Как видно из таблицы 1, больные, активно или пассивно-эпизодически получающие терапию (этиотропную, психофармакотерапию, психотерапию), психокоррекцию и социальную реабилитацию, составили 41,2 %. При этом приверженных лечению было выявлено 10,4 %, а оставшиеся 147 пациентов (58,8 %) были абсолютно не привержены терапии.

Все пациенты с ВИЧ-обусловленными психическими расстройствами, участвующие в нашем исследовании, по степени приверженности, были разделены на три группы.

Группу 1 составили приверженные лечению пациенты (26 человек, 10,4 %), проявляющие активный интерес к терапии и высокую комплаентность.

В группу 2 вошли не приверженные лечению пациенты (147 человек, 58,8 %), нонкомплаентные, уже после первой разъяснительной беседы с врачом отказывающиеся от помощи и/или избегающие ее (самостоятельно прерывали лечение, пропускали назначенные встречи без объяснения причин).

К группе 3 были отнесены пациенты «серой зоны», «псевдоприверженные», выполняющие назначения пассивно и/или эпизодически (77 человек, 30,8 %), с неустойчивой комплаентностью, выполняющие назначения «по необходимости», под влиянием внешнего контроля (нахождение в стационаре, вмешательство родственников и т. п.) и с легкостью отказывающиеся от сотрудничества с врачом.

Нами были выделены факторы, способствующие приверженности лечению у ВИЧ-инфицированных пациентов с психическими расстройствами (табл. 2).

Как показано в таблице 2, группа приверженных лечению (26 человек, 10,4 %), из которых 61,5 % пациентов находились на стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции, характеризовалась ( $p < 0,05$ ) более высоким уровнем образования, отсутствием психопатологически отягощенной наследственности, была социально и профессионально благополучна. Среди них зафиксировано 6 пациентов (23,1 % против 53,2 % «псевдоприверженных» и 100 % не приверженных лечению) исключительно с астеническим вариантом психоорганического синдрома. Преобладание среди приверженных лечению лиц на начальных стадиях ВИЧ-инфекции обусловлено, во-первых, тем обстоятельством, что ВИЧ-обусловленный психоорганический синдром у благополучных по компонентам «органической» отягощенности в связи со злоупотреблением ПАВ (7,7 % против 88,3 % «псевдоприверженных» и 96,6 % не приверженных лечению) развивается медленнее; во-вторых связано с гипернозогнозией, переживаниями по поводу своего будущего, о чем свидетельствуют высокие показатели тревожного (27,5 %) и ипохондрического (19,6 %) типов отношения к болезни.

В противоположность ( $p < 0,05$ ) им больные из группы не приверженных лечению (147 человек, 58,8 %) в 50,3 % случаев находились на стадии вторичных заболеваний, 91,8 % имели коморбидную соматическую патологию. Психоорганический синдром наблюдался у всех пациентов, в 54,4 % случаев это были тяжелые формы (эксплозивный, эйфорический или апатический ПОС), обуславливающие анозогнозию и отказ от лечения. Асоциальность в виде поведенческих расстройств детско-подросткового возраста (96,6 % против 79,2 % «псевдоприверженных» и 19,2 % приверженных лечению) и высокого процента деликтов (63,9 % против 22,1 % «псевдоприверженных» и 0 % приверженных) также

являлась фактором, снижающим комплаентность пациентов. Низкий образовательный (98 % имели среднее или среднеспециальное образование) и низкий профессиональный уровень (не работают в 90,5 % случаев), дезадаптивная «родительская» семья (94,6 %) – все эти факторы достоверно превышали соответствующие показатели в прочих группах, что делало мало-пригодными такие адаптационные ресурсы, как семья и профессиональное сообщество.

Таблица 2  
Факторы, определяющие приверженность лечению у ВИЧ-инфицированных с психическими расстройствами

Фактор	Приверженность лечению					
	Приверженные (n=26)		Не приверженные (n=147)		Псевдоприверженные (n=77)	
	абс	%	абс	%	абс	%
<b>Стадия ВИЧ-инфекции</b>						
Первичных проявлений (стадии 2 А, 2Б, 2В) (n=51)	16	61,5	6	4,1	29	37,7
Субклиническая (стадия 3) (n=86)	4	15,4	67	45,6	15	19,5
Вторичных заболеваний (стадии 4 А, 4Б, 4В) (n=113)	6	23,1	74	50,3	33	42,9
Вторичные и сопутствующие заболевания (n=183)	6	23,1	135	91,8	42	54,5
Наличие ПОС (n=194)	6	23,1	147	100	41	53,2
Астенический (n=114)	6	23,1	67	45,6	41	53,2
Эксплозивный (n=51)	0	0	51	34,7	0	0
Эйфорический (n=23)	0	0	23	15,6	0	0
Апатический (n=6)	0	0	6	4,1	0	0
<b>Выявленные анамнестические данные</b>						
Психопатологически отягощенная наследственность (n=149)	0	0	101	68,7	48	62,3
Данные о наследственности не известны (не знает, затрудняется ответить, отказывается от ответа) (n=51)	0	0	46	31,3	5	6,5
Злоупотребление ПАВ в анамнезе (n=212)	2	7,7	142	96,6	68	88,3
Расстройства поведения и патохарактерологические реакции в анамнезе (n=208)	5	19,2	142	96,6	61	79,2
«Криминальный» анамнез (n=111)	0	0	94	63,9	17	22,1
Дезадаптивная родительская семья (n=202)	5	19,2	139	94,6	58	75,3
Данные о стиле воспитания в родительской семье не известны (n=32)	0	0	32	21,8	0	0
Состоит или ранее состоял в браке (в том числе в гражданском браке) (n=70)	7	26,9	39	26,5	24	31,2
Никогда не состоял в браке (в том числе в гражданском браке) (n=180)	19	73,1	108	73,5	53	68,8
Высшее (в том числе незаконченное) образование (n=29)	18	69,2	3	2	8	10,4
Среднее или среднеспециальное образование (n=221)	8	30,8	144	98	69	89,6
Работает (учится) (n=91)	26	100	14	9,5	51	66,2
Безработный (не учится) (n=159)	0	0	133	90,5	26	33,8

При этом если роль адаптивной, гармоничной родительской семьи как средства поддержки больного в его стремлении к лечению не вызвала сомнений, то достоверных различий, связанных с семейным положением, не наблюдалось, а ВИЧ-инфицированные идентифицировали себя как одиноких, никогда не состоявших в браке, что также отражает своеобразное «стремление к свободе» и связано со склонностью к «рискованному поведению».

С другой стороны, группирование ВИЧ-инфицированных и высокая степень доверия «друзьям по несчастью» делают весьма успешной консультацию по принципу «равный – равному», что особенно необходимо в работе с пациентами из третьей группы.

Группа «псевдоприверженных» лечению (77 человек, 30,8 %) в серьезной степени социально дезадаптирована: из них в анамнезе злоупотребляли ПАВ 88,3 %, имели расстройства поведения и патохарактерологические реакции 79,2 %, совершили правонарушения 22,1 %, воспитывались в дезадаптивной родительской семье 75,3 %. Следствием этого является недостаточная, неустойчивая установка, направленная на сохранение здоровья, однако приведенные характеристики были достоверно ниже ( $p < 0,05$ ) таковых у не приверженных лечению. Не наблюдалось различий в показателях психопатологической наследственной отягощенности, нахождения на стадии 4 (стадии 4А, 4Б, 4В) ВИЧ-инфекции (при меньшей распространенности сопутствующих и вторичных заболеваний в совокупности) и наличия астенического варианта психоорганического синдрома.

Таким образом, можно выделить комплекс факторов, снижающих приверженность лечению у больных с ВИЧ-ассоциированными психическими расстройствами: 1) связанные с заболеванием – стадия ВИЧ-инфекции, выраженность психоорганического синдрома; 2) связанные с преморбидными личностными, семейными и поведенческими особенностями больных, уровнем их образования и профессиональной включенности.

Воздействие на эти факторы должно быть комплексным, включающим своевременное и адекватное этиотропное, патогенетическое и компенсаторное (в том числе комплаент-терапию) лечение, поскольку подчас эффективность психологических интервенций напрямую связана с фармакологическим успехом [3]. Необходимо учитывать и то, что «прогрессирование ВИЧ-инфекции до стадии вторичных заболеваний ухудшает социальные характеристики больных» [8], нестабильность которых сама по себе снижает приверженность пациентов лечению [11, 12]. Особое внимание следует уделить наркологическому лечению, поскольку наркопотребление само по себе выступает как

фактор неприверженности [5, 6], а также в соответствии с нашими данными способствует быстрому формированию тяжелых форм психоорганического синдрома.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Беляева В. В., Кравченко А. В.* Приверженность высокоактивной противоретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции // ШАГИ профессионал. – 2010. – № 6. – С. 12–21.
2. *Беляков Н. А., Трофимова Т. Н., Рассохин В. В.* Диагностика и механизмы поражения центральной нервной системы при ВИЧ-инфекции // Медицинский академический журнал. – 2012. – Т. 12, № 2. – С. 56–67.
3. *Беляков Н. А., Медведев С. В., Трофимова Т. Н.* Механизмы поражения мозга при ВИЧ-инфекции // Доклады РАМН. – 2012. – № 9. – С. 4–12.
4. *Беляков Н. А., Левина О. С., Рыбников В. Ю.* Формирование приверженности к лечению у больных с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2013. – Т. 5, № 1. – С. 7–33.
5. *Булеков И. С.* Наркопотребление как главный элемент неприверженности ВААРТ. Можно ли сформировать приверженность у активного наркопотребителя // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2011. – Т. 3, № 4. – С. 20–24.
6. *Булеков И. С., Самарина А. В.* Особенности ведения ВИЧ-инфицированных беременных женщин, зависимых от психоактивных веществ // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – Т. 4, № 1. – С. 32–41.
7. ВИЧ и психическое здоровье / под ред. Н. А. Белякова, В. В. Рассохина // Медицинский тематический архив. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. – 142 с.
8. *Ларин А. Б., Тюков Ю. А.* Медико-социальные аспекты формирования приверженности к лечению инфицированных ВИЧ на разных стадиях развития заболевания // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». – 2011. – № 39. – С. 77–79.
9. *Беляков Н. А., Медведев С. В., Трофимова Т. Н. и др.* Механизмы поражения головного мозга при ВИЧ-инфекции // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – № 9. – С. 4–12.
10. *Улюкин И. М.* Особенности психической адаптации больных ВИЧ-инфекцией молодого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 22 с.
11. *Murphy D. A., Roberts K. J., Hoffman D. et al.* Barriers and successful strategies to antiretroviral adherence among HIV-infected monolingual Spanish speaking patients // AIDS Care. – 2003. – V. 15, № 2. – P. 217–230.
12. *Samet J. H., Libman H., Steger K. et al.* Compliance with zidovudine therapy in patients infected with HIV-1: A cross-sectional study in a municipal hospital clinic // American Journal of Medicine. – 1992. – Vol. 92. – P. 495–501.

#### Транслитерация русских источников

1. *Belyaeva V.V., Kravchenko A.V.* [Adherence to highly active anti-retroviral therapy in HIV-infection]. *SHAGI professional* [Steps Professional]. 2010; 6: 12–21. (In Russ.).
2. *Belyakov N.A., Trofimova T.N., Rassokhin V.V.* [Diagnostics and mechanisms of the damage of the central nervous system in HIV-infection]. *Medicinskij akademicheskij zhurnal* [Medical Academic Journal]. 2012; 12, 2: 56–67. (In Russ.).

3. Belyakov N.A., Medvedev S.V., Trofimova T.N. [Mechanisms of cerebral damage in patients with HIV-infection]. *Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk* [Bulletin of Russian Academy of Medical Sciences]. 2012; 9: 4—12. (In Russ.).
4. Belyakov N.A., Levina O.S., Rybnikov V.Yu. [Promoting of commitment to therapy among HIV patients]. *VICH-infekcija i immunosupressii* [HIV-infection and Immunosuppressions]. 2013; 5, 1: 7—33. (In Russ.).
5. Bulekov I.S. [Drug use as a main element the poor HAART. Is it possible to form commitment have active drug users]. *VICH-infekcija i immunosupressii* [HIV-infection and Immunosuppressions]. 2011; 3, 4: 20—24. (In Russ.).
6. Bulekov I.S., Samarina A.V. [Specificities of care provision to HIV-infected pregnant drug-abusing women]. *VICH-infekcija i immunosupressii* [HIV-infection and Immunosuppressions]. 2012; 4, 1: 32—41. (In Russ.).
7. [HIV and mental health]. In: [Medical thematic archive]. Belyakov N.A., ed. Baltic Medical Educational Center, Saint Petersburg, 2013. 142 p. (In Russ.).
8. Larin A.B., Tyukov Yu.A. [Medical and social aspects of the formation of adherence to HIV treatment at different stages of the disease]. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Serija "Obrazovanie, zdravoohranenie, fizicheskaja kul'tura"* [Bulletin of South-Ural State University. Series "Education, Healthcare, Physical Culture"]. 2011; 39: 77—79. (In Russ.).
9. Belyakov N.A., Medvedev S.V., Trofimova T.N. et al. [Mechanisms of cerebral damage in patients with HIV-infection]. *Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk* [Bulletin of Russian Academy of Medical Sciences]. 2012; 9: 4—12. (In Russ.).
10. Ulyukin I.M. [Features of mental adaptation of young HIV-infected patients]. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk [Abstract of PhD thesis]. Saint Petersburg, 2000. 22 p. (In Russ.).

УДК 616.12-008.331.1:159.9  
ББК 56.145.41+53.433.7+53.435+53.573

## ВЛИЯНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СТРЕССАМ НА ЧЕРТЫ ХАРАКТЕРА У ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Лапанов П. С.\*

УЗ «Речицкая центральная районная больница»  
247529, Гомельская обл., Республика Беларусь

На базе кардиологического отделения было обследовано 36 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией с помощью оригинальной нагрузочной психоэмоциональной пробы в сочетании с личностным тестом «Индекс жизненного стиля». Было установлено, что если у пациентов с артериальной гипертензией эмоциональный стресс оказывает значимое влияние на вегетативный баланс, сдвигая его в область симпатикотонии, то в их характере наблюдается акцентуация таких черт, как принятие и радость. Такое поведение является адаптивным, так как позволяет избежать положительных отрицательных эмоций, провоцирующих подъем артериального давления и развитие гипертонического криза. **Ключевые слова:** артериальная гипертензия, психодрама, вариабельность сердечного ритма, механизмы психологических защит, нагрузочная проба.

**INFLUENCE OF SENSITIVITY TO EMOTIONAL STRESS ON CHARACTER TRAITS IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION.** Lapanov P. S. *Rechitsa Central District Hospital. 247529, Gomel Region, Belarus.* On the basis of the cardiology unit we examined 36 patients with essential hypertension using the original psycho-emotional load tests in conjunction with the personality test "Life Style Index". It was found that if in patients with hypertension emotional stress has significant effect on vegetative balance, shifting it to sympathicotonia, so in their character traits accentuation such as acceptance and joy are observed. This behavior is adaptive, since it allows avoiding the negative and positive emotions, provoking increase in blood pressure and development of hypertensive crisis. **Keywords:** hypertension, psychodrama, cardiac rhythm variation, psychological defenses, exercise tolerance test.

**Введение.** Известно, что личностная предрасположенность является одним из факторов развития эссенциальной артериальной гипертензии (далее АГ). Общепринято выделять два предрасполагающих типа личности: тип А и тип Д. Тип личности А был предложен в 1974 году М. Фридманом (M. Friedman) и Р. Розенманом (R. Rosenman) и характеризуется чувством нехватки времени и свободно плавающим враждебностью [1]. Для личностей типа Д характерны мрачный взгляд на жизнь, печаль, эмоцио-

\* Лапанов Павел Сергеевич, аспирант Гомельского государственного медицинского университета, врач-психиатр-нарколог УЗ «Речицкая ЦРБ», +375447877570, pavellapanov@gmail.com



нальная отгороженность на фоне опасений о том, как другие на них реагируют [2]. Такие индивиды склонны переживать сильные отрицательные эмоции и блокировать эти эмоции в социально значимых ситуациях из-за страха отказа или неодобрения [3].

Характер связан с эмоциями посредством механизмов психологических защит (МПЗ) – устойчивых автоматических стереотипов восприятия, мышления и поведения индивида, направленных на снижение внутренней тревоги и самообман. Чем более напряжен МПЗ, тем чаще в поведении человека проявляется связанная с ним эмоция и тем более акцентуирована соответствующая черта характера. Например, напряжение МПЗ «замещение» проявляется склонностью в поведении к гневу, а в характере такого человека доминируют раздражительность, критичность, саркастичность [4].

Существует множество теорий о происхождении эмоций и их роли в индивидуальном и видовом выживании организмов. Распространёнными считаются дифференциальная (мотивационная) теория Изарда (1993) [5], фрустрационная теория эмоций (Л. Фестингер, Э. Клаппаред), когнитивистская теория (М. Арнольд, Р. Лазарус, С. Шехтер). Согласно психоэволюционной теории (Р. Плутчик, Р. Келлерман), весь спектр эмоций укладывается в трёхмерную коническую модель, в которой выделяют 4 пары базовых эмоций и их переходные формы [4].

Согласно современной теории реактивности, модулированной наследственностью и окружением, повышенная реактивность сердечно-сосудистой системы формируется при эмоциональных стрессовых воздействиях, генетической предрасположенности, а также под воздействием внешних неблагоприятных факторов [6]. Развитие артериальной гипертензии сопряжено с усилением адренергической реактивности ВНС, ассоциирующимся с так называемым ригидным ритмом сердца (увеличение величины и вариабельности кардиоинтервалов) [7, 8].

Начальные стадии АГ характеризуются вегетативным дисбалансом [9], имеющим две разновидности: при одновременном усилении симпатического и парасимпатического влияния нарушения вегетативной регуляции весьма умеренны, а при отсутствии взаимокompенсирующего взаимодействия – манифестные [10]. У 50 % больных артериальной гипертензией первой стадии определяется гиперкинетический тип кровообращения, симпатикотония – у 48 % пациентов, парасимпатикотония встречалась у 29 %. [11].

В настоящем исследовании проверяется гипотеза о том, что у пациентов, у которых влияние эмоциональной нагрузки на вегетативную

реактивность значительное, наблюдается не только прямое влияние психологических факторов на клинику АГ, но и обратное влияние клиники АГ на личностные особенности.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе учреждения здравоохранения «Речицкая центральная районная больница» (Гомельская область Республики Беларусь) в отделении кардиологии с августа 2014 по февраль 2015 г. Всего было обследовано 36 пациентов с АГ в сочетании с другой сердечно-сосудистой патологией.

В ходе эксперимента с пациентами проведена оригинальная нагрузочная психоэмоциональная проба, основанная на вызове у пациента эмоционального ответа определённого типа и интенсивности в ходе клинической ролевой игры (далее игры). Одновременно с игрой проведена фиксация параметров АД, ЧСС и вегетативного баланса с помощью тонометра и аппарата холтеровского мониторирования в покое и на пике эмоционального возбуждения.

С пациентами последовательно проигрывались 4 психодраматические сцены, направленные на вызов эмоций гнева, страха, печали, радости с 5-минутными интервалами отдыха между ними. Темы для игры брались из прошлого опыта пациента или придумывались на основе их субъективных ценностей (здоровье, близкие люди, работа). В игре пациент представлял самого себя, а врач брал на себя роль значимого для пациента человека или виновника какой-либо конфликтной ситуации.

Степень напряжения механизмов психологических защит оценивалась нами с помощью теста «Индекс жизненного стиля» под редакцией Л. И. Вассермана – адаптированного варианта теста «Life Style Index», созданного Р. Плутчиком, Р. Келлерманом и Г. Контом [12].

**Результаты и их обсуждение.** По результатам пробы пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, у которых не выявлена корреляция между эмоциональным напряжением и индексом вегетативной реактивности, их оказалось 15 человек. Вторую группу составили пациенты с достоверно выявленной корреляцией между выше обозначенными параметрами, всего 21 человек.

Ниже приводится сравнение двух групп между собой по следующим признакам: возраст, пол, место жительства, степень и стадия артериальной гипертензии.

В таблице 1 показаны средние значения переменной «возраст». Распределение пациентов по возрасту является непрерывным, признак количественный, группы сравнения независимы, стандартные отклонения сравнимы, поэтому применение парного t-критерия Стьюдента оправдано.

Таблица 1  
Параметры распределения возраста  
пациентов в целом и в группах сравнения

Возраст	Ср. знач.	Станд. откл.	Мин.	Макс.
Всего	47,5	16,5	19	73
Группа 1	39,6	14,6	19	60
Группа 2	53,1	15,7	19	73

Двусторонний критерий Стьюдента со степенью свободы  $df=34$  составил  $t=-2,633$ , что соответствует вероятности различий двух групп  $p=0,013$ . Различие является достоверным для уровня значимости  $\alpha < 0,05$ .

В таблице 2 показано сравнение двух групп по полу. На основании значений переменных «пол» в двух группах сравнения составлена таблица сопряжения  $2 \times 2$  с числом степеней свободы  $(C-1)(R-1) df=1$ . Ожидаемое число в любой из клеток больше 5, применение критерия  $\chi^2$  вполне правомерно. Учитывая, что размерность матрицы составляет  $2 \times 2$ , критерий  $\chi^2$  рассчитан с поправкой Йетса.

Таблица 2  
Таблица сопряжения переменной  
«Пол» для групп сравнения

Группа	Женщины		Мужчины		Всего
	Набл.	Ожид.	Набл.	Ожид.	
Группа 1	3	5,42	12	9,58	15
Группа 2	10	7,58	11	13,42	21
Всего	13		23		36

Критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса составил  $\chi^2=1,82$ , вероятность отличия по полу в двух группах не значима и равняется  $p=0,1773$ .

Аналогичным образом составлена таблица сопряжения числа сельских и городских жителей в двух группах сравнения. Ожидаемое значение в одной клетке меньше 5, поэтому использован точный критерий Фишера. Данные по месту проживания указаны в таблице 3.

Таблица 3  
Таблица сопряжения переменной  
«Место проживания» для групп сравнения

Группа	Город		Село		Всего
	Набл.	Ожид.	Набл.	Ожид.	
Группа 1	11	11,25	4	3,75	15
Группа 2	16	15,75	5	5,25	21
Всего	27		9		36

Односторонний вариант точного критерия Фишера даёт вероятность различия двух групп сравнения  $p=0,5725$ . Вероятность является статистически незначимой, в применении двустороннего варианта критерия нет необходимости.

Таблица 4  
Частоты встречаемости признака  
«Степень АГ» в целом и в группах сравнения

АГ степень	Всего (n=36)		Группа 1 (n=15)		Группа 2 (n=21)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет АГ	1	2,78	1	6,67	0	0,00
I степень	8	22,22	5	33,33	3	14,29
II степень	21	58,33	8	53,33	13	61,90
III степень	6	16,67	1	6,67	5	23,81

В таблицах 4 и 5 приведены абсолютные и относительные значения параметров, характеризующих АГ: степень и риск.

Показано, что большинство пациентов в обеих группах страдали АГ II степени, в группе 1 было сравнительно больше пациентов без АГ и с АГ I степени, а в группе 2 было сравнительно больше пациентов с АГ III степени.

Таблица 5  
Частоты встречаемости признака  
«Риск АГ» в целом и в группах сравнения

АГ риск	Всего (n=36)		Группа 1 (n=15)		Группа 2 (n=21)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
0	4	11,11	3	20,00	1	4,76
2	6	16,67	3	20,00	3	14,29
3	13	36,11	2	13,33	11	52,38
4	13	36,11	7	46,67	6	28,57

Обнаружено, что в обеих группах преобладали пациенты с высокими рисками АГ.

Переменные «Степень АГ» и «Риск АГ» являются порядковыми, со значениями признака более 3, группы сравнения независимы, применение U-критерия Манна-Уитни оправдано. Одна из групп сравнения больше 20, поэтому различие групп оценивается по скорректированному критерию Z. В таблице 6 приведены результаты сравнения двух групп между собой по признакам степень и риск АГ.

Таблица 6  
U-тест Манна-Уитни для переменных  
«Степень АГ» и «Риск АГ» в группах сравнения

Переменная	Суммарный ранг	Критерии						
		Группа 1	Группа 2	U	Z	$p_{уров}$	$Z_{корр}$	$p_{уров}$
Степень АГ	222,0	444,0	102,0	-1,765	0,078	-1,990	0,047	0,077
Риск АГ	274,0	392,0	154,0	-0,096	0,923	-0,101	0,919	0,924

Для переменной «Степень АГ» критерий  $U_{[15,21]}=102,0$ ,  $Z_{корр}=-1,990$ , вероятность различия  $p=0,047$ , что является достоверным для уровня значимости  $\alpha < 0,05$ .

Для переменной «Риск АГ» критерий  $U_{[15,21]}=154,0$ ,  $Z_{корр}=-0,101$ , вероятность различия  $p=0,919$ , различия статистически недостоверны.

Для оценки различий напряжений психологических защит между группами и нормативными значениями нами был использован парный t-критерий сравнения Стьюдента. В качестве норматива взяты данные российской адаптации теста Life Style Index под редакцией Л. И. Вассермана [12]. Проведен анализ 3 групп сравнения с поправкой Бонферони для  $S/2$  возможных сравнений, с уровнем значимости, равным  $\alpha'=1/3\alpha$ .

В таблице 7 приведены параметры распределения и результаты сравнения пациентов группы 1 с нормативными значениями.

Таблица 7  
t-Критерий сравнения степени напряжения психологических защит пациентов группы 1 с нормативными значениями, степень свободы  $df=153$ , уровень значимости  $\alpha' < 0,017$

Психологическая защита	Норматив		Группа 1		t-критерий	
	Moda	Sd.dev	Moda	Moda	t	p
Отрицание	4,5	2,96	5,87	2,61	1,898	0,060
Вытеснение	4	2,97	2,93	2,28	1,665	0,098
Регрессия	4,7	2,96	4,13	2,88	0,723	0,471
Компенсация	3,1	2,13	3,60	1,35	1,273	0,205
Проекция	8,2	3,55	7,87	3,87	0,319	0,750
Замещение	3,8	2,96	3,33	3,66	0,478	0,634
Интеллектуализация	5,9	2,6	6,87	1,85	1,841	0,068
Реактивное образование	3,1	2,13	3,20	1,97	0,185	0,853

Статистически значимых различий для уровня значимости  $\alpha < 0,05$  ни по одной переменной выявлено не было. Показатели напряжённости психологических защит группы 1 не отличаются от нормативных значений.

В таблице 8 приведены параметры распределения и результаты сравнения пациентов группы 2 с нормативными значениями.

Таблица 8  
t-Критерий сравнения степени напряжения психологических защит пациентов группы 2 с нормативными значениями, степень свободы  $df=159$ , уровень значимости  $\alpha' < 0,003$

Психологическая защита	Норматив		Группа 2		t-критерий	
	Moda	Sd.dev	Moda	Sd.dev	t	p
Отрицание	4,5	2,96	7,24	2,12	4,551	<b>0,000</b>
Вытеснение	4	2,97	4,43	1,91	0,774	0,440
Регрессия	4,7	2,96	5,62	2,27	1,443	0,151
Компенсация	3,1	2,13	3,19	1,66	0,194	0,846
Проекция	8,2	3,55	8,19	2,77	0,012	0,990
Замещение	3,8	2,96	3,29	2,39	0,772	0,441
Интеллектуализация	5,9	2,6	6,76	1,79	1,687	0,094
Реактивное образование	3,1	2,13	5,52	2,46	3,669	<b>0,000</b>

Было выявлено  $\alpha < 0,01$  значимое различие переменных «Отрицание» и «Реактивное образование». Показатели напряжённости психологических защит «Отрицание» и «Реактивное образование» группы 2 достоверно отличаются от нормативных значений.

В таблице 9 приведены параметры распределения и результаты сравнения пациентов групп 1 и 2 между собой.

Таблица 9  
t-Критерий сравнения степени напряжения психологических защит пациентов групп 1 и 2 между собой, степень свободы  $df=34$ , уровень значимости  $\alpha' < 0,003$

Психологическая защита	Группа 1		Группа 2		t-критерий	
	Moda	Sd.dev	Moda	Sd.dev	t	p
Отрицание	5,87	2,61	7,24	2,12	1,676	0,103
Вытеснение	2,93	2,28	4,43	1,91	2,071	0,046
Регрессия	4,13	2,88	5,62	2,27	1,665	0,105
Компенсация	3,60	1,35	3,19	1,66	0,813	0,422
Проекция	7,87	3,87	8,19	2,77	0,277	0,783
Замещение	3,33	3,66	3,29	2,39	0,044	0,965
Интеллектуализация	6,87	1,85	6,76	1,79	0,170	0,866
Реактивное образование	3,20	1,97	5,52	2,46	3,140	<b>0,003</b>

Было выявлено  $\alpha < 0,01$  значимое различие переменной «Реактивное образование». Показатели напряжённости психологической защиты «Реактивное образование» группы 1 и группы 2 достоверно различались между собой.

**Выводы.** У пациентов с положительной нагрузочной психоэмоциональной пробой было выявлено достоверное различие напряжённости МПЗ «реактивное образование», «отрицание», отвечающих за предрасположенность к переживанию эмоций радости и приятия соответственно по сравнению с нормативными показателями. Пациенты с отрицательной нагрузочной психоэмоциональной пробой не имели различия с нормативными показателями напряжённости МПЗ. Пациенты с положительными и отрицательными результатами пробы достоверно отличались между собой по напряжённости МПЗ «реактивное образование».

Таким образом, если у пациентов с АГ эмоциональный стресс оказывает значимое влияние на вегетативный баланс, сдвигая его в область симпатикотонии, то в их характере наблюдается акцентуация таких черт, как приятие и радость. Такое поведение является адаптивным, так как позволяет избегать положительных отрицательных эмоций, провоцирующих подъём АД и развитие гипертонического криза.

#### Литература

1. *Ai I. et al.* Type A behavior and risk of coronary heart disease: The JPHC Study // International Journal of Epidemiology. – 2008. – № 37. – P. 1395–1405.
2. *Spindler H. et al.* Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with a type D personality: cross-validation of the Type D Scale (DS14) // International Journal of Behavioral Medicine. – 2009. – № 16 (2). – P. 98–107.
3. *McMammersteeg P., Kupper N., Denollet J.* Type D personality is associated with increased metabolic syndrome prevalence and an unhealthy lifestyle in a cross-sectional Dutch community sample // BMC Public Health. – 2010. – № 10. – P. 714–725.
4. *Plutchik R.* A psychoevolutionary theory of emotion // Emotions in the practice of psychotherapy: clinical implications of affect theories. – Washington, DC, 2000. – Ch. 4. – P. 59–79.
5. *Strongman K. T.* Specific emotions theory // The psychology of emotion: from everyday life to theory. – 5<sup>th</sup> ed. – Chichester, West Sussex, UK, 2003. – Ch. 8. – P. 131–151.
6. *Light K. C.* Hypertension and the reactivity hypothesis: the next generation // Psychosomatic Medicine. – 2001. – № 63. – P. 744–746.
7. *Королев И. Б. и др.* Некоторые аспекты вегетативной дисфункции при экспериментальной артериальной гипертензии у крыс // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 18–20.
8. *Schächinger H. et al.* Cardiovascular indices of peripheral and central sympathetic activation // Psychosomatic Medicine. – 2001. – № 63. – P. 788–796.
9. *Никитина Н. Н. и др.* Артериальная гипертензия у молодых: эффективность симпатолитической терапии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – № 2. – С. 43–47.

10. Кушнир С. М. и др. Спектральные характеристики variability ритма сердца в диагностике нарушений вегетативной регуляции у подростков // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2007. – № 3 (55). – С. 90—91.
  11. Яковлева Л. М. и др. Особенности психоvegetативного статуса у пациентов с начальными проявлениями артериальной гипертензии и возможности его коррекции // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – Т. 3. – С. 106—109.
  12. Вассерман Л. И. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: Пособие для психологов и врачей / под общ. ред. Л. И. Вассермана. – СПб. : Типография СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. – 54 с.
- Транслитерация русских источников**
7. Korolev I.B. et al. [Vegetative dysfunction in case of experimental arterial hypertension in rats]. *Tihookeanskij medicinskij zhurnal* [Pacific Medical Journal]. 2010; 1: 18—20. (In Russ.).
  9. Nikitina N.N. et al. [Arterial hypertension in young people: efficacy of sympatholytic therapy]. *Racional'naja farmakoterapija v kardiologii* [Rational Pharmacotherapy in Cardiology]. 2007; 2: 43—47. (In Russ.).
  10. Kushnir S.M. et al. [Spectral characteristics of variability of cardiac rate in diagnostics of vegetative regulation break in adolescents]. *Bjulleten' VSNC SO RAMN* [Bulletin of East-Siberian Scientific Center of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences]. 2007; 3(55): 90—91. (In Russ.).
  11. Yakovleva L.M. et al. [Changes of the psychovegetative status at the patients with initial forms of arterial hypertension and possibility of its correction]. *Vestnik Rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of Russian Military-Medical Academy]. 2009; 3: 106—109. (In Russ.).
  12. Wassermann L.I. et al. [Psychological diagnostics of Life Style Index: Guide for psychologists and doctors]. L.I. Wassermann, ed. Printing Establishment of V.M. Bekhterev PNRI, Saint Petersburg, 2005. 54 p. (In Russ.).

УДК 616.895.4:618.3

ББК 56.14-324+56.145.4+53.4

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВРАЧЕЙ АКУШЕРСКОГО ПРОФИЛЯ В РАСПОЗНАВАНИИ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

Никифорова Т. В.<sup>1\*</sup>, Агаркова Л. А.<sup>1</sup>,  
Бухарина И. Ю.<sup>1</sup>, Счастный Е. Д.<sup>2</sup>,  
Толмачев И. В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии  
634063, Томск, ул. С. Лазо, 5

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

<sup>3</sup> ГБОУ ВПО Сибирский ГМУ Минздрава России  
634050, Томск, Московский тракт, 2

На основе анализа двух проведенных исследований диагностики депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе врачами сферы психического здоровья в одном исследовании, врачами акушерами-гинекологами в другом исследовании показана достаточно высокая эффективность в выявлении аффективной патологии врачами акушерского профиля. Для диагностики депрессивного расстройства акушерами-гинекологами использованы программа для ЭВМ «Прогнозирование развития депрессии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе» и диагностические критерии МКБ-10. **Ключевые слова:** депрессивные расстройства, женщины с потерей плода в анамнезе, социальные, психопатологические, акушерские факторы риска, программа для ЭВМ «Прогнозирование развития депрессии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе».

**DIAGNOSTIC EFFICIENCY OF OBSTETRICIANS IN RECOGNITION OF DEPRESSIVE DISORDER IN PREGNANT WOMEN WITH HISTORY OF MISCARRIAGE.** Nikiforova T.V.<sup>1</sup>, Agarkova L.A.<sup>1</sup>, Bukharina I.Yu.<sup>1</sup>, Schastnyy E.D.<sup>2</sup>, Tolmachev I.V.<sup>3</sup> **Obstetrics, Gynecology and Perinatology Research Institute. S. Lazo Street 5, 634063, Tomsk, Russian Federation.** <sup>2</sup> **Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.** <sup>3</sup> **Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of Russian Federation. Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation.** Based on analysis of two carried out studies of diagnostics of depressive disorder in pregnant women with history of miscarriage by mental health professionals in one study and obstetricians-gynecologists in another one it was shown that obstetricians are highly effective in recognition of affective pathology. For diagnostics of depressive disorder obstetri-

\* Никифорова Татьяна Владимировна, врач-психотерапевт. Телефоны: (83822)661949, 89138003016. tanvlad116@yandex.ru

Агаркова Любовь Аглымовна, проф., д.м.н., директор НИИАГП. e-mail: roddom4@mail.tomsknet.ru

Счастный Евгений Дмитриевич, проф., д.м.н., зав. отд. аффективных состояний, schastnyy@mail.tomsknet.ru redo@mail.tomsknet.ru

cians-gynecologists used program for PC "Prognosis of development of depression in pregnant women with history of miscarriage" and diagnostic criteria of ICD-10. **Key-words:** depressive disorders, women with history of miscarriage, social, psychopathological, obstetric risk factors, program for PC "Prognosis of development of depression in pregnant women with history of miscarriage".

**Введение.** Эпидемиологические данные свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных расстройств у беременных женщин. Депрессивные расстройства во время беременности встречаются по данным разных авторов от 10 до 20 % [3, 10, 11, 15]. В некоторых исследованиях частота развития депрессии во время беременности имеет значение от 33 до 37 %, что может быть связано как с опросом беременных женщин в более позднем сроке, а именно в 33—35 недель беременности [12], так и с применением специально разработанных скрининговых шкал для выявления депрессивных расстройств в условиях женской консультации [13]. Женщины, у которых в течение жизни наблюдались высокий уровень и частота негативных событий в связи с родами или беременностью, были в большей степени подвержены возникновению депрессий. Имеются данные о повышенном риске появления депрессивного расстройства после потери плода [14]. Несмотря на то что женщины с привычным невынашиванием беременности характеризуются низким уровнем настроения, сексуальной удовлетворенности, повышенным уровнем тревожности [7], акушеры, наблюдая изменения настроения у беременных, предпочитают не вмешиваться в течение эмоциональных расстройств [1, 6]. Кроме того, слабая распознаваемость депрессивного расстройства врачами-акушерами не позволяет выделять психопатологический конструкт депрессивного состояния у беременных женщин с проблемой потери плода в анамнезе, а специализированный психотерапевтический прием психотерапевта не может охватить всех пациентов, находящихся на учете по беременности. Поэтому важным является поиск новых диагностических подходов, учитывающих конституциональные особенности и качество жизни пациентов [8, 9], достаточно лаконичных, не фиксирующихся на содержательной стороне переживаний пациентов.

**Целью** настоящего исследования явилось сравнение диагностической эффективности врачей акушеров-гинекологов, использующих программу для ЭВМ «Прогнозирование развития депрессии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе» и критерии МКБ-10 при выявлении депрессивного расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе, с диагностической результативностью, основанной на применении сплошного анкетирования и клинического интервью, с применением диагно-

стических критериев МКБ-10 врачами сферы психического здоровья.

**Материал и методы исследования.** В двух исследованиях, проведенных на базе ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии», ФГБНУ «НИИ психического здоровья» г. Томска, выполнено прогнозирование и выявление депрессивного расстройства во время беременности у женщин с потерей плода в анамнезе.

В первом исследовании, проводимом специалистами сферы психического здоровья, участвовали 350 беременных женщин в возрасте 18—38 лет, перенесших от 1 до 4 потерь плода во время предыдущих беременностей, срок гестации соответствовал 16—20 неделям. Для выявления психических расстройств у женщин с потерей плода в анамнезе был использован опросник Спитзера. После выявления симптомов расстройства настроения уточнялась психическая патология при помощи структурированного интервью в соответствии с критериями МКБ-10.

Второе исследование, в котором участвовали 70 беременных женщин с потерей плода в анамнезе, проводилось врачами акушерами-гинекологами на основе созданной по результатам первого исследования программы для ЭВМ «Прогнозирование развития депрессии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе», а также применения критериев МКБ-10.

Пациентки двух проводимых исследований были сопоставимы по возрасту, паритету беременности, семейному положению, количеству эпизодов потери плода в анамнезе. Пациентки различались по срокам гестации. В первом исследовании срок беременности соответствовал 16—20 неделям беременности, во втором исследовании срок гестации составил 6—12 недель.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Проведенное исследование специалистами сферы психического здоровья позволило по данным сплошного анкетирования, выполненного среди 350 пациентов с потерей плода в анамнезе, выявить 154 (44,0 %) психически здоровых беременных женщин и 192 (54,86 %) беременных с симптомами расстройства настроения. Далее в соответствии с критериями МКБ-10 среди женщин, имеющих симптомы расстройства настроения, выявлено 89 пациенток (25,4 %) с депрессивным расстройством. Среди этих пациенток депрессивный эпизод (F32) наблюдался у 40 беременных женщин (44,9 %). Рекуррентное депрессивное расстройство (F33) выявлено у 49 пациенток (55,1 %). Депрессивный эпизод легкой степени встретился у 65,3 %, умеренно выраженный эпизод – у 34,7 %.

Далее определены факторы риска развития депрессивного расстройства, представленные ниже в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

**Частота встречаемости признаков у беременных женщин при депрессивном расстройстве и в группе психически здоровых**

Признак	Депрессивное расстройство (n=89)	Психически здоровые (n=37)	Достоверность различий	Доверительный интервал относительного риска	Относительный риск
<b>Психопатологические факторы</b>					
Парасуицид	(n=25) 28,1 %	(n=2) 5,4 %	0,04	1,31–20,83	5,19
Гармоничные личности	(n=4) 4,5 %	(n=13) 35,1 %	0,006	0,04–0,37	0,13
Гипертимные личности из группы циклоидов	(n=3) 7,3 %	(n=4) 30,8 %	0,02	0,01–0,65	0,08
<b>Социальные факторы</b>					
<b>Образование</b>					
Высшее, неоконченное высшее	(n=56) 62,9 %	(n=13) 35,1 %	0,007	1,12–2,85	1,79
Среднее, среднеспециальное	37,1 %	64,9 %	0,007	0,40–0,82	0,57
<b>Занятость на работе</b>					
Полная	(n=69) 74,2 %	(n=12) 32,4 %	0,001	1,48–3,86	2,39
Частичная, домохозяйки	(n=20) 25,8 %	(n=25) 67,6 %	0,001	0,21–0,52	0,33
<b>Удовлетворенность браком</b>					
Низкая	(n=24) 26,9 %	(n=2) 6,5 %	0,04	1,24–20,04	4,98
Достаточная	73,1 %	93,5 %	0,04	0,67–0,89	0,77
<b>Поддержка близких</b>					
Низкая	(n=29) 32,6 %	(n=2) 5,4 %	0,001	1,52–23,98	6,03
Хорошая	67,4	94,6	0,001	0,61–0,84	0,71
Средние и катастрофические стрессоры	(n=9) 10,2 %	(n=1) 1,1 %	0,06	0,49–28,49	3,74
<b>Акушерские факторы</b>					
Паритет беременности	4,6±2,6	3,5±1,9	0,04		
Количество выкидышей	88,8 %	70,3 %	0,03	1,01–1,58	1,26
<b>Временной фактор</b>					
До 1,5 лет	(n=46) 63,9 %	(n=5) 13,5 %	0,0001	2,05–10,88	4,73
2,5 года и более	(n=9) 12,5 %	(n=24) 64,9 %	0,0001	0,10–0,35	0,19
Первичная дисменорея	62,9 %	32,4 %	0,004	1,19–3,17	1,94

На основе проведенного исследования была создана программа для ЭВМ «Прогнозирование развития депрессии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе». Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2015610769, зарегистрированное в Реестре программ для ЭВМ 16.01.2015 [5].

Предложенная программа представляла собой автоматизированную систему расчета вероятности развития депрессии во время бере-

менности у женщин с потерей плода в анамнезе и позволяла на основе набора качественных параметров рассчитывать риск развития или неразвития депрессии. Программа рекомендована для поддержки принятия решений лечащего врача и характеризовалась нетрудоёмкостью, не требовала специального обучения медицинского персонала, отличалась мобильностью, поскольку могла быть установлена на мобильном устройстве.

Таким образом, первое исследование проводилось специалистами сферы психического здоровья в три этапа. Первый этап представлял собой сплошное анкетирование с целью выявления пациенток с психическими расстройствами. На втором этапе проводили уточнение психиатрического диагноза и выявление пациенток с депрессивными расстройствами. Третий этап включал анализ факторов риска и создание программы для ЭВМ «Прогнозирование развития депрессии у беременных женщин с потерей плода в анамнезе».

Проводя второе исследование, мы значительно упростили диагностический поиск, предлагая врачам акушерам-гинекологам при сборе анамнеза выявлять факторы риска развития депрессивного расстройства, использованные для создания программы ЭВМ. В свою очередь при фиксировании факторов риска следует оценивать психическое состояние, применяя критерии МКБ-10 для депрессивного эпизода.

Проведенное второе исследование с участием врачей акушеров-гинекологов с использованием описанного выше алгоритма позволило среди 70 пациенток с потерей плода в анамнезе выявить депрессивное расстройство у 22 пациенток (31,4 %). Среди всех депрессивных пациенток (n=22) легкий депрессивный эпизод, выявленный врачами акушерами-гинекологами, наблюдался у 3 беременных женщин (13,6 %), депрессивный эпизод умеренной степени выраженности – у 19 пациенток (86,4 %).

Психотерапевтом были осмотрены данные пациентки (n=22) и уточнен их психический статус. В 3 случаях (4,3 %), отнесенных акушерами к легкому депрессивному эпизоду, была выявлена кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20). У 19 пациенток, действительно, подтвердилось депрессивное расстройство, что составило 27,1 %. Среди них рекуррентное депрессивное расстройство (F33) выявлено в 47,4 % случаев (n=9), депрессивный эпизод (F32) – в 52,6 % (n=10). Была также уточнена степень тяжести депрессивного эпизода. Депрессивный эпизод легкой степени имел место у 73,7 % (n=14) невынашивающих женщин, умеренно выраженный эпизод – у 26,3 % (n=5) беременных женщин с потерей плода в анамнезе.

**Выводы.** Таким образом, диагностический предложенный нами вариант, основанный на принципе выявления социальных, психопатологических и акушерских факторов, а в последующем на применении клинических критериев депрессивного эпизода в соответствии с МКБ-10, показал достаточно высокую эффективность и гораздо меньшие временные затраты при выявлении аффективной патологии. По итогам второго исследования, проводимого врачами акушерами-гинекологами, выявлено 31,4 % депрессий среди женщин с потерей плода в анамнезе. При повторной оценке психического статуса пациенток врачом-психотерапевтом депрессивных расстройств оказалось 27,1 %.

По итогам представленного материала, данные второго исследования являются сопоставимыми с данными ранее проведенного первого исследования, позволившего выявить депрессивное расстройство у беременных женщин с потерей плода в анамнезе в 25,4 % случаев. Однако проведенное исследование также выявило, что использование диагностического алгоритма с применением критериев МКБ-10 все же является затруднительным для врачей акушеров-гинекологов, прежде всего разделением степени тяжести депрессивного эпизода и выделением рубрик. В рубрику F32.0 попали пациентки с кратковременной депрессивной реакцией, обусловленной расстройством адаптации (F43.20), которых оказалось 4,3 % (n=3). Несмотря на подобные неточности, в целом данный диагностический прием, осуществляемый акушерами-гинекологами, оказался достаточно чувствительным методом. Такой подход позволяет акушерам в момент постановки женщин на учет по беременности диагностировать у них депрессивное расстройство, что делает возможным наблюдать и лечить пациенток на более ранней стадии развития. Проведенное исследование также показало, что депрессивное расстройство утяжеляется пропорционально сроку гестации. При диагностике депрессивного расстройства во втором исследовании на более раннем сроке (6—12 недель беременности) мы наблюдали большее число пациенток с легкой степенью тяжести (73,7 %), умеренно выраженная депрессия встретилась в 26,5 % случаев. Первое исследование, проводимое в срок 16—20 недель беременности, показало увеличение умеренно выраженных форм (34,7 %) и снижение депрессивных состояний легкой степени (65,3 %).

Проведенное исследование позволяет своевременно выявлять депрессивные расстройства, способствуя наилучшей тактике ведения пациенток данной категории с выработкой своевременных терапевтических стратегий, предполагающих применение рациональных

и когнитивных психотерапевтических методов психотерапии, рекомендованных во время беременности [2, 4].

#### Литература

1. Зуев В. М., Портнова О. С. Психологическое сопровождение при диагностике и лечении бесплодия и привычного невынашивания беременности // *Мать и дитя* : материалы XII Всероссийского научного форума. – М., 2011, – С. 307—308.
2. Казенных Т. В., Семке В. Я. Психотерапевтическая коррекция в системе комплексной терапии больных эпилепсией // *Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.* – 2006. – № 1. – С. 90—95.
3. Краснов В. Н. Образовательная программа по депрессивным расстройствам. Депрессия и соматические заболевания / под ред. В. Н. Краснова. – М., 2010. – Т. 2. – 171 с.
4. МакМаллин Р. Практикум по когнитивной терапии: пер. с англ. – СПб. : Речь, 2001. – 560 с.
5. Никифорова Т. В., Азаркова Л. А., Толмачев И. В., Бухарина И. Ю. Прогнозирование развития депрессии у беременных с потерей плода в анамнезе. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2015610769. Дата государственной регистрации в Реестре программ для ЭВМ 16 января 2015 г.
6. Сливак Л. И., Щеглова И. Ю., Сливак Д. Л. Нервно-психические расстройства при беременности и в родах. – СПб., 1998. – 195 с.
7. Спиридонова Н. В., Буданова М. В., Мелкадзе Е. В. Психозомоциональное состояние женщин при аномальном течении беременности // *Мать и дитя* : материалы XII Всероссийского научного форума. – М., 2011. – С. 197.
8. Счастный Е. Д. Клинические особенности монополярной эндогенной депрессии в зависимости от конституционально-морфологического типа : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1994. – 26 с.
9. Суrowцева А. К., Счастный Е. Д. Особенности субъективной оценки качества жизни пациентов с аффективными расстройствами с различным риском суицидального поведения // *Суицидология.* – 2014. – Т. 5, № 4. – С. 52—57.
10. Breedlove G., Fryzelka D. Depression screening during pregnancy // *J. Midwifery Womens Health.* – 2011. – Vol. 56. – P 18—25.
11. Crowley S. K., Youngstedt S. D. Efficacy of light therapy for perinatal depression: a review // *Journal of Physiological Anthropology.* – 2012. – Vol. 31. – P. 15. – doi:10.1186/1880-6805-31-15.
12. Gausia K., Fisher C., Ali M., Oosthuizen J. Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study // *Women Ment. Health.* – 2009. – Vol. 12. – P. 351—358.
13. Lee A. M., Lam S. K., Lau S. M., Chong C. S., Chui H. W., Fong D. Y. Prevalence, course, risk factors for antenatal anxiety and depression // *J. Obstet. Gynaecol.* – 2007. – Vol. 110. – P. 1102—1112.
14. Rubertsson C., Wickberg B., Gustavsson P., Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample // *Arch. Womens Ment. Health.* – 2005. – Vol. 8. – P. 97—104.
15. Sit D., Wisner K. L. Decision making for postpartum depression treatment // *Psychiatr. Ann.* – 2005. – Vol. 35. – P. 577—585.

**Транслитерация русских источников**

1. Zuyev V.M., Portnova O.S. [Psychological support during diagnostics and treatment of infertility and habitual non-carrying of pregnancy]. *Mat' i ditja : materialy XII Vserossijskogo nauchnogo foruma* [Mother and Child: materials of the XIIth Russian Scientific Forum]. Moscow, 2011; 307—308. (In Russ.).
2. Kazennykh T.V., Semke V.Ya. [Psychotherapeutic correction in the system of complex therapy of epileptic patients]. *Bjulleten' Sibirskogo otdelenija Rossijskoj akademii medicinskih nauk* [Bulletin of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences]. 2006; 1: 90—95. (In Russ.).
3. Krasnov V.N. [Educational program on depressive disorders. Depression and physical diseases]. V.N. Krasnov, ed. Moscow, 2010; 2. 171 p. (In Russ.).
4. McMullin R. [Practical training session on cognitive therapy]. Transl. from Engl. Rech', Saint Petersburg, 2001. 560 p. (In Russ.).
5. Nikiforova T.V., Agarkova L.A., Tolmachev I.V., Bukharina I.Yu. [Prognosis of development of depression in pregnant women with history of miscarriage]. Certificate about state registration of program for PC no. 2015610769. Date of state registration in Registry of programs for PC 01/16/2015. (In Russ.).
6. Spivak L.I., Shcheglova I.Yu., Spivak D.L. [Neuropsychiatric disorders in pregnancy and childbirth]. Saint Petersburg, 1998. 195 p. (In Russ.).
7. Spiridonova N.V., Budanova M.V., Melkadze E.V. [Psychoemotional state of women in abnormal course of pregnancy]. *Mat' i ditja : materialy XII Vserossijskogo nauchnogo foruma* [Mother and Child: materials of the XIIth Russian Scientific Forum]. Moscow, 2011; 197. (In Russ.).
8. Schastnyy E.D. [Clinical features of unipolar endogenous depression depending on constitutional-morphological type]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 1994. 26 p. (In Russ.).
9. Surovtseva A.K., Schastnyy E.D. [Features of self-reported of life of patients with affective disorders under different risk for suicidal behavior]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2014; 5, 4: 52—57. (In Russ.).



# ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕ- СКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.89-008-083(574)

ББК 56.14+51.1(2Рос)

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Алтынбеков К. С.<sup>\*1</sup>, Семке А. В.<sup>2</sup>,  
Шахметов Б. А.<sup>3</sup>, Негай Н. А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ГККП «Центр психического здоровья»  
050000, Алматы, Казахстан, ул. Каблукова, 117/а

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

<sup>3</sup> КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова  
050012, Алматы, ул. Толе, 88

<sup>4</sup> Республиканский научно-практический  
центр психиатрии, психотерапии и наркологии  
050012, Алматы, Амангельды ул., 88

В статье рассматриваются организация психиатрической службы и региональные особенности состояния психического здоровья населения Республики Казахстан. Выявлено значительное снижение числа детских и подростковых психиатров в республиканских учреждениях. Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами более всего снизилась в Алматы. **Ключевые слова:** шизофрения, первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, региональные особенности.

**REGIONAL FEATURES OF PSYCHIATRIC CARE FOR POPULATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN.** Altynbekov K. S.<sup>1</sup>, Semke A. V.<sup>2</sup>, Shakhmetov B. A.<sup>3</sup>, Negai N. A.<sup>4</sup> <sup>1</sup>Mental Health Center. Kablukov Street 117/a, 050000, Almaty, Kazakhstan. **Mental Health Research Institute.** Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. <sup>3</sup> S. D. Asfendiyarov KazNMU. Tole Street 88, 050012, Almaty, Kazakhstan. <sup>4</sup> **Republican Scientific-Practical Center of Psychiatry, Psychotherapy and Addiction Psychiatry.** Amangeldy Street 88, 050012, Almaty, Kazakhstan. In this article the author presents organization of mental health services and regional characteristics of mental health of the population of the Republic of Ka-

\* Алтынбеков Куаныш Сагатович, к.м.н., главный врач. РПБ, Алматы Тел.: +77017755513. kuanysh\_aityn@mail.ru  
Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., проф., зам. директора по клинической работе, руководитель отд. эндогенных расстройств. Телефон: 8(382-2)724379. E-mail: asemke@mail.ru

Шахметов Белгибай Амангельдиевич, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии  
Негай Николай Анатольевич, к.м.н., заместитель директора по научной и клинической работе РГП на ПХВ

zakhstan. There was a significant reduction in child and adolescent psychiatrists in the republican institutions. The primary incidence of mental and behavioral disorders has decreased most of all in Almaty. **Keywords:** schizophrenia, primary incidence.

Шизофрения занимает ведущее место среди психических расстройств в связи с высокой распространенностью, хроническим течением, коморбидностью с аддиктивными расстройствами, различными подходами к ремиссии [4, 5]. По данным И. Я. Гуровича и др. [1], в Российской Федерации число пациентов, находящихся в психиатрических больницах более 1 года, составляет 23,1 %, т. е. почти 1/4 коек «блокирована» указанным контингентом. В связи с этим И. Я. Гурович и др. [2] выделяют различные группы больных, длительное время находящихся в стационаре, которые требуют специального анализа с изучением социальной компетентности больных для определения возможности независимого проживания, сохранения социальных связей и перевода их во внебольничные условия для дальнейшей интеграции в общество.

К основным причинам «оседания» пациентов в психиатрическом стационаре относится неблагополучный социальный статус, в первую очередь одиночество и утрата социальных связей (в подавляющем числе случаев), а также отсутствие жилья и документов (более чем в половине случаев). Преобладание негативной симптоматики, ипохондрического синдрома в структуре болезненных проявлений оказывают существенное влияние на качество жизни пациентов и могут являться predisponирующими факторами длительной госпитализации, развития госпитализма [3, 6]. При этом только у 1/3 пациентов повторные длительные госпитализации были обусловлены клиническими причинами, в остальных случаях основанием для длительного пребывания в стационаре являлись именно социальные факторы (29 %) либо имела место их комбинация с клинико-психопатологическими проявлениями (38 %). К числу наиболее значимых социальных факторов, препятствующим выписке больных, нами были отнесены: утрата навыков независимого проживания и социального взаимодействия, семейная дезадаптация, неблагоприятное социальное окружение, бедность социальной сети, алкоголизация больных, их стигматизация, негативное отношение к ним со стороны окружающих.

**Целью** исследования являлась оценка организации психиатрической службы и региональных особенностей состояния психического здоровья населения Республики Казахстан (РК).

В связи с целью исследования изучены основные показатели психического здоровья населения РК в период с 2008 по 2013 г.

**Таблица 1**  
**Количество психиатров, включая**  
**детских и подростковых**

Область, город	2008	2009	2010	2011	2012	2013
РК	872	858	833	699	732	746
Акмолинская	27	39	39	33	33	35
Актюбинская	43	38	39	37	51	37
Алматинская	46	24	25	38	39	45
Атырауская	14	15	14	13	14	16
В-Казахстанская	91	124	107	68	83	94
Жамбылская	26	28	30	18	28	27
З-Казахстанская	39	36	36	30	30	33
Карагандинская	91	92	84	82	78	79
Кызылординская	40	33	33	29	23	29
Костанайская	56	56	56	45	43	45
Мангистауская	13	11	9	11	16	15
Павлодарская	56	51	50	54	52	51
С-Казахстанская	28	26	25	27	26	27
Ю-Казахстанская	71	69	75	63	70	78
г. Алматы	64	70	70	45	44	47
г. Астана	48	56	50	34	39	41
Республиканские учр.	119	90	91	72	63	47
В том числе РПБСТИН	31	30	33	30	28	25
РГКП РНПЦППН	60	60	58	42	35	22

Материал исследования включал анализ данных официальной ведомственной статистической отчетности за период с 2008 по 2013 г.

В таблице 1 приведено число психиатров, включая детских и подростковых, по Республике Казахстан в целом и по областям в частности.

На 01.01.2010 г. в республике функционировало 35 психиатрических организаций. Из них 14 больниц на 5090 коек (5050 коек – в 2009 г.), в том числе 2 республиканские организации – Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии (далее – РНПЦППН), Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением (далее – РПБСТИН) и 21 диспансер на 4570 коек (4645 коек – в 2008 г.). На начало 2014 г. в Республике Казахстан функционировало 29 психиатрических организаций (33 в 2012 г.). Число психиатрических больниц осталось на уровне 2012 г. и составило 14 на 5095 коек (в 2012 г. – 14 на 5040 коек). Количество детских и подростковых психиатров с 2008 по 2013 г. в целом по республике уменьшилось с 872 до 746 специалистов (на 14,4 %), особенно это коснулось республиканских учреждений – их число сократилось со 119 до 47 (60,5 %) (табл. 1).

В таблице 2 отражена первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, исключая психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ. За анализируемый период с 2008 по 2013 г. произошло снижение первичной заболеваемости с 24217 до 15415 случаев (63,7 %). Наиболее значительное изменение показателей отмечалось в Алматы – с 5542 до 1346 (75,7 %), наименьшее изменение в Атырауской области, где прирост первичной заболеваемости составил 44,1 %.

**Таблица 2**  
**Первичная заболеваемость психическими и по-**  
**веденческими расстройствами (без психических**  
**и поведенческих расстройств вследствие**  
**употребления психоактивных веществ)**

Область, город	2008	2009	2010	2011	2012	2013
РК	24217	19783	19951	18936	17079	15415
Акмолинская	760	783	733	666	607	515
Актюбинская	563	493	493	506	498	455
Алматинская	598	651	780	691	658	672
Атырауская	170	256	371	377	371	369
В-Казахстанская	1890	1804	2153	1972	1481	1506
Жамбылская	1254	1136	1131	806	748	628
З-Казахстанская	976	1005	872	852	810	662
Карагандинская	2584	2597	2541	2334	2170	2033
Кызылординская	1213	1090	1067	1055	1007	892
Костанайская	1869	1756	1725	1619	1569	1466
Мангистауская	405	424	408	434	382	358
Павлодарская	1191	1230	1097	1152	976	595
С-Казахстанская	994	881	802	769	704	680
Ю-Казахстанская	3135	2854	3157	3063	2522	2438
г. Алматы	5542	1922	1888	1919	1802	1346
г. Астана	1073	901	733	721	774	800

В Республике Казахстан за 6 анализируемых лет первичная заболеваемость шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами снизилась на 21,4 % (2008 г. – 2393 случая; 2013 г. – 1881). Наибольшее изменение первичной заболеваемости эндогенными заболеваниями шизофренического спектра произошло в Южно-Казахстанской области, с 235 в 2008 г. до 149 в 2013 г. И наоборот, в Астане произошло увеличение первичной заболеваемости данными расстройствами за исследуемый промежуток времени со 123 до 187 случаев (52 %) (табл. 3).

**Таблица 3**  
**Первичная заболеваемость шизофренией,**  
**шизотипическими и бредовыми расстройствами**

Область, город	2008	2009	2010	2011	2012	2013
РК	2393	2211	2243	2087	1784	1881
Акмолинская	88	91	81	71	59	88
Актюбинская	101	113	128	130	134	82
Алматинская	156	170	183	164	128	119
Атырауская	39	56	64	54	34	49
В-Казахстанская	230	210	255	234	204	221
Жамбылская	164	132	126	103	102	88
З-Казахстанская	94	71	82	39	62	57
Карагандинская	167	173	151	151	153	149
Кызылординская	87	71	75	75	57	66
Костанайская	142	128	132	121	112	129
Мангистауская	70	75	48	81	83	87
Павлодарская	168	162	137	140	118	166
С-Казахстанская	94	96	65	60	63	60
Ю-Казахстанская	435	325	366	328	198	184
г. Алматы	235	214	221	188	144	149
г. Астана	123	124	129	148	133	187

Таким образом, с 2008 по 2013 г., несмотря на снижение общего количества психиатров в Республике Казахстан, наблюдается снижение первичной заболеваемости на 63,7 %. При этом первичная заболеваемость шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами снизилась на 21,4 %.

### Л и т е р а т у р а

1. *Гурович И. Я., Сальникова Л. И.* Динамика состояния психиатрической помощи за пятилетие: противоречивость тенденций // XV Съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2010. – С. 39—40.
2. *Гурович И. Я.* Психиатрия с опорой на общество и многоаспектность проблемы совершенствования психиатрической помощи // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты : материалы Российской конференции (Москва, 5—7 октября 2004 г.). – М. : Медпрактика-М, 2004. – С. 46—48.
3. *Корнетова Е. Г., Семке А. В.* Современные вопросы и перспективы изучения шизофрении с ведущей негативной симптоматикой // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. – Т. 13, № 1. – С. 5—13.
4. *Коцюбинский А. П.* Ремиссии при шизофрении: Категориальный и дименсиональный подходы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2015. – № 3. – С. 3—8.
5. *Красильников Г. Т., Дресвянников В. Л., Бокхан Н. А.* Коморбидные аддиктивные расстройства у больных шизофренией // Наркология. – 2002. – Т. 1, № 6. – С. 24—30.
6. *Семке А. В., Микилев Ф. Ф.* Клинико-социальные характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 40—43.

### Транслитерация русских источников

1. *Gurovich I.Ya., Sal'nikova L.I.* [Dynamic of state of psychiatric care for five years: inconsistency of tendencies]. *XV S#ezd psihiatrov Rossii: materialy s#ezda* [XV Meeting of Psychiatrists of Russia: materials of Meeting]. Moscow, 2010: 39—40. (In Russ.).
2. *Gurovich I.Ya.* [Psychiatry with support of society and many-aspect problem of improvement of mental health care]. *Sovremennye tendencii organizacii psihiatricheskoj pomoshhi klinicheskie i social'nye aspekty: materialy Rossijskoj konferencii (Moskva, 5—7 oktjabrja 2004 g.)* [Modern tendencies of organisation of mental health care: clinical and social aspects: materials of Russian Conference (Moscow, 5-7 October, 2004)]. Medpraktika-M, Moscow, 2004: 46—48. (In Russ.).
3. *Kornetova E.G., Semke A.V.* [Contemporary issues and perspectives on the studying of schizophrenia with negative symptoms leading]. *Bjulleten' sibirskoj mediciny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2014; 13, 1: 5—13. (In Russ.).
4. *Kotsyubinsky A.P.* [Remissions in schizophrenia: Categorical and dimensional approach]. *Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii* [Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2015; 3: 3—8. (In Russ.).
5. *Krasilnikov G.T., Dresvyannikov V.L., Bokhan N.A.* [Comorbid addictive disorders in patients with schizophrenia]. *Narkologija* [Narcology]. 2002; 1, 6: 24—30. (In Russ.).
6. *Semke A.V., Mikilev F.F.* [Clinical and social characteristics of patients with schizophrenia spectrum disorders with severe hypochondriac symptoms]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2013; 5(80): 40—43. (In Russ.).

# ПСИХОФАРМАКО- ТЕРАПИЯ

УДК 616.895.4-085  
ББК 56.145.6+52.817.10.5

## КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕ- СКОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ЭН- ДОГЕНОМОРФНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Бобров А. С.\* , Ковалева А. В.

ГБОУ ДПО Иркутская ГМА ПДО Минздрава России  
664079, Иркутск, микрорайон Юбилейный, д. 100

Изучены пациенты (n=53) с эндогенной депрессией. Выделены две группы пациентов с положительным терапевтическим ответом на монотерапию антидепрессантами различной химической структуры (n=37) и комбинированную терапию антидепрессантами в сочетании с атипичным антипсихотиком (n=16). Определены клинико-биологические предикторы эффективности монотерапии и комбинированного варианта терапии эндогенной депрессии, в том числе в аспекте преморбидного формально-динамического уровня индивидуальности (темперамент). **Ключевые слова:** эндогенная депрессия, темперамент, предикторы эффективности.

**CLINICAL-BIOLOGICAL PREDICTORS OF THERAPEUTIC RESPONSE IN PATIENTS WITH ENDOGENOMORPHIC DEPRESSION. Bobrov A. S., Kovaleva A. V. Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Healthcare of Russian Federation. Jubilee Microdistrict 100, 664079, Irkutsk, Russian Federation.** Patients (n=53) with endogenomorphic depression were studied. Two groups with a positive therapeutic response to monotherapy with antidepressants with different chemical structures (n=37) and combination therapy with an antidepressant in combination with an atypical antipsychotic (n=16) were distinguished. Clinical-biological predictors of the efficiency of monotherapy and combined therapy of endogenomorphic depression, also in the aspect of premorbid formal-dynamic level of personality (temperament) were identified. **Keywords:** endogenomorphic depression, temperament, predictors of efficiency.

**Введение.** В современной отечественной и зарубежной литературе выделяются два вида депрессий в зависимости от аутохтонного (непровоцированного) и стресспровоцированного возникновения. Стресспровоцированная депрессия получила название эндогенной депрессии [12, 15, 31], депрессия с аутохтонным возникновением известна под названием эндогенной депрессии. Преципитирующим фактором в формировании эндогенной де-

прессии выступает стрессовое событие (психическая травма, нозогения и другие неблагоприятные воздействия) при соучастии конституционального предрасположения [15, 21].

Современные исследования свидетельствуют о биопсихосоциальной природе депрессии (диатез-стрессовая модель). Согласно этой многофакторной модели, биологическая уязвимость проявляется в болезни только при условии воздействия стрессоров – неблагоприятных психологических и социально-психологических факторов с участием конституциональных преморбидных особенностей [21, 22]. В качестве «почвы», на которую воздействует стресс-фактор, рассматриваются акцентуации черт характера в виде шизоидных, психастенических, гипертимных, астенических и тормозимых черт, аффективно-лабильных особенностей; консерватизма и ригидности личностных черт; черт тревожно-боязливой и обсессивно-компульсивного типов, избегающего поведения, перфекционизма [6, 9, 11, 13, 20]. Выявлен существенный вклад в клинические особенности монополярной депрессии конституционально-морфологического типа больного [16].

Сформулировано положение о механизме коморбидности между типом преморбидной акцентуации личности и собственно депрессии с акцентом на выборе терапевтической тактики [10]. В исследованиях последнего времени фиксируется влияние личностных дисфункций на более раннюю манифестацию депрессии, большую тяжесть симптоматики, более частые рецидивы, эффективность лечения и вероятность его преждевременного прерывания [7]. Установлена связь длительности лечения и его эффективности с личностными характеристиками пациента [8].

Оценка личности и симптомов, оппозиционных личности, разнообразия клинического полиморфизма депрессии является задачей комплексной психиатрии и медицинской психологии. Другими словами, обязывает к персоналогическому подходу в изучении патологического процесса, открывает возможности поиска новых подходов к психологическому сопровождению лечебно-диагностического процесса для этой сложной категории пациентов [18].

В недавнем отечественном обзоре зарубежной литературы был выделен ряд негативных позиций, свойственных коморбидности аффективного расстройства (АР) и расстройств личности (РЛ) [19]. К примеру, в случае БДР (большого депрессивного расстройства или Major depressive disorder<sup>1</sup>).

\* Бобров Александр Сергеевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии, e-mail: bobrov\_irkutsk@rambler.ru

<sup>1</sup> Понятие БДР по DSM-IV соотносится с умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (с единичным или рекуррентным течением) по МКБ-10 [19]

Следствием такой коморбидности являются более ранняя манифестация АР, большое число суицидальных попыток, более тяжелая симптоматика, увеличение рекуррентности, более худший прогноз, снижение эффективности как медикаментозной терапии, так и психотерапии, а также уменьшение комплаенса и сокращение сроков наступления рецидива. Наиболее сильную ассоциацию с большим депрессивным расстройством (БДР) обнаруживают избегающее и зависимое РЛ. В противоположность монополярным пациентам у больных биполярным аффективным расстройством (БАР) из коморбидных РЛ отмечено преобладание обсессивно-компульсивного, пограничного и нарциссического вариантов РЛ. Среди возможных механизмов неблагоприятного влияния на течение БАР в случае коморбидности с РЛ может быть повышенная уязвимость к стрессу.

По данным зарубежной литературы считается, что на течение депрессивного расстройства, эффективность психофармакотерапии, формирование ремиссии и ее качество, прогноз заболевания влияют следующие факторы: преморбидные особенности личности, конституционально-морфологические особенности индивида, воздействие психогений, а также структура депрессивной триады, модальность гипотимии, наличие/отсутствие коморбидных расстройств [26, 27]. Установлено, что позитивная и негативная аффективность, являющиеся биологической основой темперамента, могут влиять на ответ антидепрессивной терапии и самостоятельно вносить вклад в выздоровление [25]. В последние годы зарубежные исследования в основном касались связи темперамента с циклотимией, биполярными расстройствами, суицидальным поведением. В то же время редкими являются исследования, посвященные связи между темпераментом и депрессивными расстройствами [30]. При этом наибольшие ограничения в проведении этих исследований касались дефицита документации по этой теме (анкета по оценке темперамента – TEMPS-A; инвентарь темперамента и характера – TCI, по Cloninger), а также сложности разграничения (точная оценка) между темпераментом и проявлениями актуального депрессивного расстройства.

В исследованиях темперамента и депрессии используется набор наследственно обусловленных черт темперамента «высокого» порядка по С. R. Cloninger (1986): «склонность к поиску новизны», «избегание вреда» и «зависимость от вознаграждений» (цит. по 7). Так, больных с депрессией в сравнении с группой лиц без какой-либо психической патологии отличает высокий уровень избегания вреда (боязливость, застенчивость, утомляемость, тревожность).

Высокие уровни избегания вреда и низкая самооценка (входит в качестве одной из характеристик в содержание черт личности – «зависимость от вознаграждения») оцениваются как сильные предикторы подростковой депрессии [33]. Психотические депрессивные эпизоды значимо связаны с личностной чертой «поиск новизны» (склонность к исследовательскому поведению в среде, активное избегание монотонии и импульсивности) [28]. Больные с единичной и рекуррентной депрессией обнаруживают по сравнению с контролем (здоровые лица) высокие значения личностных особенностей в форме «избегания вреда» (потенциальный индикатор для последующей депрессии). В то же время эти различия при сравнении с пациентами с другими психическими расстройствами были небольшими.

Одни из первых отечественных публикаций на тему о темпераменте у больных эндогенной депрессией относятся к 90-м годам XX столетия [2, 3]. Развитие исследований по этой теме нашло продолжение в публикации работ в первые годы текущего столетия [5]. Высказано предположение, что оценка преморбидной личности с учетом концепции двухаспектности психики (формальная и содержательная ее стороны) позволит наметить пути исследования взаимоотношения эндогенной депрессии с базовыми биологически детерминированными формально-динамическими свойствами личности (темперамент).

Дальнейшие исследования по проблеме «Темперамент и депрессия» требуют уточнения значения личностно значимого психогенного фактора в генезе единичного и рекуррентного течения монополярной депрессии. По-прежнему актуальным остается вопрос о выделении клинических и клинко-биологических предикторов полноты терапевтического ответа не только в зависимости от структуры депрессии, но и преморбидных особенностей (в данном случае темперамента).

**Цель исследования.** Выделение клинко-биологических предикторов положительного ответа на монотерапию и сочетанный вариант терапии эндогенноморфной депрессии в зависимости от клинической структуры депрессии и преморбидного формально-динамического уровня индивидуальности (темперамент) пациента.

**Материал и методы исследования.** Проведено обследование 53 больных с непсихотическим единичным и рекуррентным депрессивным эпизодом (ДЭ) по МКБ-10 в рамках рубрики «Аффективные расстройства настроения» (F3). Во всех случаях манифесту депрессии предшествовало стрессовое событие (эндогенноморфная депрессия).

Исследование проведено в отделениях пограничных состояний, дневного стационара на базе ОГКУЗ «Иркутской областной клинической психиатрической больницы № 1» и ОГУЗ «Иркутского областного психоневрологического диспансера». Исследование открытое, неконтролируемое, с получением согласия больного на проводимую терапию и разрешения комитета по этике ИГМАПО. Оценка эффективности терапии осуществлялась по шкале депрессии Гамильтона HDRS (21 пункт).

Распределение больных по полу: 49 женщин (92,5 %), 4 мужчин (7,5 %). Средний возраст манифестного проявления депрессивного расстройства  $39,9 \pm 11,5$  года; средний возраст на момент исследования  $47 \pm 10,2$  года. В определении типа депрессии учитывалось наличие гипотимии (в том числе её тоскливый оттенок) и ассоциированного с депрессией диагностически очерченного генерализованного тревожного расстройства. В оценке личностного значения стресс-фактора, предшествующего формированию депрессии, использовано содержание понятий «Утрата», «Угроза» и «Вызов» [9]. Исследование темперамента проведено после выхода пациента из депрессии под влиянием адекватной состоянию (тяжести, типа депрессии) психофармакотерапии в сочетании с рациональной психотерапией в целях совладания с актуальной психотравмирующей ситуацией (биопсихосоциальный подход в терапии). Оценка темперамента осуществлялась с помощью отечественного опросника формально-динамических свойств индивидуальности, предусмотренного для взрослых [17].

В большинстве наблюдений формированию эндогенной депрессии предшествовало одно стрессовое событие ( $n=36$ , 67,9 %/53), реже отмечались два стрессора ( $n=15$ , 28,3 %/53), в единичных наблюдениях имели место 3 и более стрессовых события ( $n=2$ , 3,8 %/53). Частота и содержание личностного значения стрессового фактора, предшествующего эндогенной депрессии, показаны в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

**Частота и содержание личностного значения стрессового фактора, предшествующего возникновению депрессии (n=72)**

Частота и содержание стрессора	абс.	%
Утрата, в том числе:	<b>31</b>	<b>43,1</b>
близкого человека	18	58,1
материального благополучия	9	29,1
опоры в жизни	2	6,4
социального статуса	2	6,4
Угроза, в том числе:	<b>21</b>	<b>29,1</b>
физического насилия	1	4,7
потери социального статуса	3	14,3
собственному/семейному благополучию	2	9,5
собственному здоровью/жизни	8	38,1
здоровью значимых лиц	7	33,4
Вызов, в том числе:	<b>20</b>	<b>27,8</b>
Отвержение	20	100

Субъективное восприятие стрессового события в виде «Утраты» ( $n=31$ , 43,1 %) в большинстве случаев ( $n=18$ , 58,1 %) было представлено смертью супруга от тяжелого соматического заболевания; гибелью ребенка в результате дорожно-транспортного происшествия или трагической гибели взрослой дочери; внезапной смертью мужа или взрослого сына от острой сердечно-сосудистой недостаточности. У значительно меньшего числа больных ( $n=9$ , 29,1 %) имела место утрата прежнего материального благополучия в результате ликвидации индивидуального предприятия; сокращения с высокооплачиваемой работы; утраты бытового благополучия после раздела имущества в результате развода ( $n=2$ , 6,4 %); потери социального статуса и материального благополучия в связи с увольнением с престижной работы ( $n=2$ , 6,4 %). Стрессовое событие с содержанием «Угроза» ( $n=21$ , 29,2 %) включало в себя угрозу собственному здоровью вследствие поздней диагностики серьезного соматического заболевания ( $n=8$ , 38,1 %), а также угрозу здоровью значимых лиц ( $n=7$ , 33,4 %). К личной значимости стрессового фактора в виде «Вызова» ( $n=20$ , 27,8 %) отнесены отвержение матери сыном, жены мужем, страдающими наркотической или алкогольной зависимостью; матери несовершеннолетней дочерью с планами вступления в гражданский брак; высокопрофессионального сотрудника новым малокомпетентным руководителем; отвержение жены мужем в связи с отсутствием материальной и бытовой помощи в семье; отказ в принятии, по мнению больного, «справедливого» приговора в ходе судебного разбирательства.

В большинстве наблюдений ( $n=34$ , 64,2 %) диагностирован рекуррентный тип течения, реже зафиксирован единичный депрессивный эпизод ( $n=19$ , 35,8 %). В случае рекуррентного течения депрессии последующие депрессивные эпизоды имели стресспровоцированный механизм возникновения. Среди всей изученной группы больных в 28,3 % случаев ( $n=15$ ) выявлено хронифицированное течение с длительностью актуальной депрессии 2 года и более.

Приведем распределение изученной группы больных по типу депрессии: у большей части больных диагностирован тревожный тип депрессии ( $n=27$ , 50,9 %), реже имели место тосливо-тревожный ( $n=13$ , 24,6 %) и тоскливый ( $n=9$ , 16,9 %) типы депрессии, в единичных наблюдениях ( $n=4$ , 7,6 %) отмечалась так называемая обезглавленная депрессия – гипотимия без тоскливого оттенка с коморбидными субдиагностическими проявлениями ГТР. По степени тяжести актуальной депрессии в соответствии с критериями МКБ-10 больные распределились следующим образом: в значительной части на-

блюдений установлена тяжелая степень ДЭ (n=26, 49,1 %), промежуточная между умеренной и тяжелой степенью тяжести ДЭ отмечалась у 14 больных (26,4 %), умеренная тяжесть ДЭ в 12 наблюдениях (22,6 %), легкая степень тяжести ДЭ определялась в 1 наблюдении (n=1, 1,9 %). Большинству больных изученной группы был свойствен нетипичный суточный ритм (n=37, 69,8 %) в виде отсутствия каких-либо колебаний в степени выраженности болезненного состояния (n=19); ухудшения состояния в вечернее время (n=13), «седловидного» варианта суточного ритма (n=5); типичный суточный ритм выявлен у меньшего числа больных (n=16, 30,2 %).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов подсчета средних величин и пакета программ Statistica 6.1 (StatSoft); сравнение частот с помощью точного критерия Фишера и критерия  $\chi^2$  с поправкой Йетса. Критическое значение уровня значимости принималось равным 0,05.

**Результаты исследования.** Все больные закончили курс стационарного лечения. К респондерам (редукция суммарного балла по шкале HDRS на 50 % и более к долечевному уровню) были отнесены 38 человек (71,7 %), к ремиттерам (редукция стартового суммарного балла по шкале HDRS до 7 и менее баллов) – 15 человек (28,3 %). Монотерапия антидепрессантами различной химической структуры проведена большинству больных (n=37, 69,8 %), комбинированная терапия антидепрессантом в сочетании с атипичным антипсихотиком – 16 больным (30,2 %). В последующем изложении данные клинические группы обозначены как 1-я и 2-я.

Среди больных 1-й группы (n=37) 9 (24,3 %) получали монотерапию трициклическими антидепрессантами (амитриптилин, кломипрамин, имипрамин), 7 (18,9 %) – селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (сертралин, пароксетин, эсциталопрам, флувоксамин), 21 (56,8 %) – мелатонинергическим антидепрессантом (агомелатин). На начальном этапе монотерапия антидепрессантами в целях уменьшения тревоги и коррекции диссомнических нарушений сочеталась с коротким курсом (не более 2 недель) транквилизаторов (диазепам, алпразолам). Во 2-ю группу включены больные эндогенной депрессией (n=16, 30,2 %) с комбинированной терапией антидепрессантами различной химической структуры в сочетании с атипичным антипсихотиком (кветиапин). Из антидепрессантов использованы ТЦА (кломипрамин, имипрамин) (n=5, 31,3 %), представители СИОЗС (сертралин, эсциталопрам, флувоксамин) (n=10, 62,5 %), в единичном случае (6,2 %) применяли агомелатин.

В литературе отмечена эффективность монотерапии сероквелем как в качестве одного препарата, так и в составе комбинированной терапии депрессии вне рамок шизофрении [4]. Имеются рекомендации к использованию кветиапина в качестве средства аугментации при отсутствии положительного терапевтического ответа от предшествующей антидепрессивной терапии [1]. На протяжении всего исследования психофармакотерапия сочеталась с адекватной состоянию больных рациональной психофармакотерапией, направленной на совладание с актуальной психотравмирующей ситуацией.

Проведен сравнительный анализ клинико-биологических предикторов терапевтического ответа на монотерапию и комбинированную терапию. Полнота терапевтического ответа в степени ремиссии достоверно чаще достигнута у больных 1-й клинической группы (n=17, 45,9 % против n=2, 12,5 %; p=0,03). Больные, получавшие монотерапию, имели статистически значимо больший удельный вес в структуре актуальной депрессии такого дополнительного депрессивного симптома (из перечня «а-ж» по МКБ-10), как «сниженная самооценка и чувство уверенности в себе», в сравнении с пациентами с комбинированным вариантом терапии (удельный вес равен 0,17 против 0,07, p=0,05). Среди больных 1-й клинической группы с положительным терапевтическим ответом на монотерапию антидепрессантами выявлена достоверно большая частота коморбидного депрессии диагностически очерченного генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по DSM-IV (1994) в сравнении со 2-й клинической группой (n=33, 89,2 % против n=10, 62,5 %; p=0,05). В структуре ГТР отмечена высокая представленность нарушения сна (n=32, 96,9 %); расстройства концентрации внимания или памяти (n=29, 87,9 %); раздражительности (n=27, 81,8%); повышенной утомляемости (n=26, 78,8 %); в меньшей степени мышечного напряжения (n=16, 48,5 %) и беспокойства (n=10, 30,3 %).

В структуре актуальной депрессии у больных 2-й группы в сравнении с больными 1-й группы выявлен статистически значимо больший удельный вес симптома «Идеи или действия по самоповреждению или суициду» (удельный вес равен 0,16 против 0,07;  $\chi^2=3,84$ , p=0,000). Среди проявлений ГТР (по DSM-IV) достоверно чаще отмечен симптом «мышечное напряжение» (n=4, 12,1 % против n=5, 50 %; p=0,03). Статистически значимым из различных проявлений вегетативной тревоги (по DSM-III-R, 1987) оказался больший удельный вес головокружения (удельный вес равен 0,23 против 0,09;  $\chi^2=3,89$ , p=0,05) и затруднений при глотании или «кома» в горле (удельный вес равен 0,17 против 0,05;  $\chi^2=4,0$ , p=0,05).

Среди больных с эндогенной депрессией, получавших монотерапию антидепрессантами, выявлены 7 типов темперамента в соответствии с квалификацией В. М. Русалова (2004). Статистически значимо наиболее распространенным типом темперамента среди больных 1-й и 2-й клинических групп оказался сангвинико-холерический или смешанный высоко активный тип темперамента ( $n=13$ , 35,1 %,  $p=0,03$  и  $n=9$ , 56,3,  $p=0,02$ ) по сравнению с меланхолико-холерическим ( $n=7$ , 18,9 %;  $n=2$ , 12,5 %); неопределенным (общесмешанным) ( $n=6$ , 16,2 %;  $n=1$ , 6,3 %), сангвиническим ( $n=4$ , 10,8 %;  $n=0$ ), меланхолическим ( $n=3$ , 8,1 %;  $n=1$ , 6,3 %), холерическим ( $n=2$ , 5,4 %;  $n=2$ , 12,5 %); сангвинико-флегматичным ( $n=2$ , 5,4 %;  $n=1$ , 6,3 %).

Данное обстоятельство как бы противоречит существующему в литературе мнению о том, что депрессивный темперамент выступает как рудимент очерченных депрессивных фаз [14] или мнению о том, что пациентам с монополярной депрессией свойствен «*typus melancholicus*» (Tellenbach H., 1961) [цит. по: 19]. В то же время в работах прошлых лет, по данным других авторов, к одной из витальных предпосылок к возникновению эндогенной депрессии относят *hyperactive style of living and working* [34]. Этот стиль жизни и работы включает раннее по возрасту начало трудовой деятельности, постоянную занятость делом и склонность выполнять свои обязанности согласно высоким стандартам своей профессии, стремление сочетать различные виды работы или занятости. Другими словами можно сказать гипертимный стиль жизни и работы. Девиализация, как наиболее специфическая особенность эндогенной депрессии, резко контрастирует с такими преморбидными особенностями, как жизнерадостность, обращенность к миру и людям, оптимистичность, разносторонность интересов, стремление расширить свои знания и улучшить материальное положение семьи [24].

Очевидно, также следует учитывать, что результаты тестовых исследований личности в период депрессивного эпизода и спустя год после выздоровления при одной и той же инструкции при выполнении тестов имеют существенные различия [29]. Таким образом, применительно к результатам оценки темперамента у изученной группы больных эндогенной депрессией в виде значительной частоты сангвинико-холерического типа темперамента, возможно, речь идет о своеобразной «биполярности» в виде обращения от преморбидного темперамента к эпизоду «противоположной» полярности аффекта, что представляет собой фундаментальный аспект дезрегуляции, характеризующий биполярное расстройство [23].

При сангвинико-холерическом типе темперамента отмечаются высокие значения эргичности, пластичности, скорости в психомоторной, интеллектуальной, коммуникативной сферах поведения, показатели общей эмоциональности в пределах нормы. Наряду с определением типа темперамента, психопатологический анализ преморбидных особенностей личности у большинства пациентов ( $n=35$ , 66,04 %) выявил преморбидную акцентуацию по аффективному типу. В противоположность больным 1-й группы во 2-й группе преморбидная акцентуация личности по аффективному типу достоверно чаще представлена депрессивным вариантом ( $n=9$ , 56,3 % против  $n=7$ , 18,9 %;  $p=0,02$ ). И напротив, у больных 1-й группы в сравнении со 2-й группой достоверно чаще выявляли гипертимический тип преморбидной акцентуации ( $n=17$ , 45,9 % против  $n=2$ , 12,5 %;  $p=0,03$ ). У лиц с депрессивным вариантом преморбидной акцентуации в обеих клинических группах тревога носила адресный характер и возникала в разные возрастные периоды в ответ на конкретные обстоятельства жизни.

К примеру, это была эпизодическая форма психопатологического диатеза в виде заикания в дошкольном и раннем школьном периодах с чувством тревоги, скованностью во время устного ответа («все будут меня слушать, много народа»). У молодой женщины в период беременности возникали тревожные опасения за ее течение и состояние здоровья будущего ребенка. Ещё в одном случае это было расстройство адаптации по типу тревожно-субдепрессивной реакции в ответ на переходящую неблагоприятную семейную ситуацию. Либо это были тревожные переживания за состояние здоровья малолетних детей («не заболели бы, не упали бы, не сломали бы себе что-нибудь»). В остальных сферах своей жизнедеятельности эти лица отличались активностью, общительностью, коммуникабельностью. Успешно обучались в школе и вузе, проявляли способности к математике или гуманитарным предметам; активно участвовали во внеклассных мероприятиях. Охотно занимались в спортивных секциях по легкой атлетике и лыжам, участвовали в школьных и межшкольных соревнованиях, занимали призовые места. Увлекались вокалом, рисованием, дополнительно занимались в изобразительной студии. В зрелом возрасте стремились к получению высшего или среднего профессионального образования, т. е. обнаруживали гипертимические особенности личности. Вполне зрелый возраст пациентов к моменту исследования ( $47 \pm 10,2$  года), скрупулезное изучение анамнеза позволило исключить наличие в прошлом проявлений гипоманиакального состояния, в том числе спровоцированного предшествующей антидепрессивной терапией.



**Заключение.** Среди больных депрессией, спровоцированной личностно значимым психотравмирующим фактором (эндогенноморфная депрессия) выделены 2 различных группы в соответствии с терапевтической тактикой: монотерапия антидепрессантами различных классов (ТЦА, СИОЗС, агомелатин) и терапия антидепрессантами (ТЦА, СИОЗС, агомелатин) в комбинации с атипичным антипсихотиком (сероквель). В обеих клинических группах достигнут положительный терапевтический эффект (респондеры, реже ремиттеры).

Клиническими предикторами положительного ответа на монотерапию антидепрессантами в сравнении с комбинированной терапией были статистически значимый больший удельный вес в структуре актуальной депрессии симптома «сниженной самооценки и чувства уверенности в себе» (из перечня «а-ж» рубрики F32 МКБ-10); достоверно большая частота ассоциированной с депрессией перманентной тревоги в виде ГТР. Среди больных с комбинированной терапией достоверно чаще в сравнении с группой пациентов, получавших монотерапию, в структуре актуальной депрессии отмечено наличие идей или действий по самоповреждению или суициду. В проявлениях ГТР ведущим был симптом мышечного напряжения, при вегетативной тревоге преобладали жалобы на головокружение и затруднение при глотании.

Исследование типа темперамента по классификации В. М. Русалова (2004) выявило достоверно большое число в обеих клинических группах лиц с сангвинико-холерическим или смешанным высоко активным типом темперамента, однако с представленностью в ряде случаев астенического радикала, проявляющегося в анамнезе тревожными реакциями в ответ на адресные психотравмирующие ситуации. Именно в этой группе больных с эндогенноморфной депрессией оказалось эффективным проведение комбинированной терапии антидепрессантами в сочетании с атипичным антипсихотиком (кветиапин).

#### Л и т е р а т у р а

1. Алфимов П. В., Костюкова Е. Г., Мосолов С. Н. Современные методы преодоления терапевтической резистентности при рекуррентной депрессии // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина в клинической практике) / под ред. С. Н. Мосолова – М. : «Социально-политическая мысль», 2012. – С. 438–473.
2. Бобров А. С. К формально-динамическим преморбидным особенностям личности (темперамент) у больных с поздним манифестом эндогенной депрессии // Эндогенная депрессия (клиника, патогенез) : тез. докл. науч. конф. – Иркутск, 1992. – С. 20–22.
3. Бобров А. С., Ворсина О. П. К особенностям темперамента у больных с поздним манифестом эндогенной депрессии // Актуальные проблемы клинической медицины. – Иркутск : РИО ИГИУВа, 1994. – С. 94–98.
4. Бобров А. С., Линчук А. Д., Павлова О. Н. и др. Эффективность сероквеля при лечении шизофрении и аффективных расстройств // Психическое здоровье и безопасность в обществе : научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 2004. – С. 14–15.
5. Бобров А. С., Магонова Е. Г. Депрессия, связанная со стрессом в амбулаторной психиатрической практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Вып. 7. – С. 9–15.
6. Вельтищев Д. Ю., Ковалевская О. Б., Серавина О. Ф. Стресс и модус предрасположения в патогенезе расстройств депрессивного спектра // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 2. – С. 34–37.
7. Гараян Н. Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 1. – С. 79–89.
8. Гараян Н. Г., Юдеева Т. Ю., Васильева М. В. Личностные установки больных депрессией как контртерапевтические факторы лечебного процесса // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клин. и соц. асп. : тез. докл. – М. : Медпрактика, 2004. – С. 137.
9. Головизнина О. Л. Клинико-психологическая дифференциация больных психогенными (непсихотическими) депрессиями // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 4. – С. 4–8.
10. Дубницкая Э. Б., Андриющенко А. В. Выбор психофармакотерапии депрессии в свете коморбидных соотношений // Человек и лекарство : сборник тезисов VIII конгресса. – М., 1991. – С. 91.
11. Зорин В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенных ситуаций затяжные депрессивные состояния // Журн. неврологии и психиатрии. – 1996. – Вып. 6. – С. 23–27.
12. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. – М. : Практическая медицина, 2011. – 432 с.
13. Корнетов Н. А. Психогенная депрессия (клиника, патогенез). – Томск : Изд-во ТГУ, 1993. – 240 с.
14. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. – М. : Лаборатория знаний, 2012. – 498 с.
15. Психические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАМН А. Б. Смулевича. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 720 с.
16. Счастный Е. Д. Клинические особенности монополярной эндогенной депрессии в зависимости от конституционально-морфологического типа : автореф. дис. ... к.м.н. – Томск, 1994. – 26 с.
17. Русалов В. М. Формально-динамические свойства индивидуальности человека (темперамент) : метод. пособие. – М. : ИП РАН, 2004. – 136 с.
18. Семке В. Я. Клиническая персонология. – М. : Академический Проект, 2001. – 476 с.
19. Смуткин Г. Г., Яковлева А. Л., Бохан Н. А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – № 2. – С. 92–98.
20. Смулевич А. Б., Ротштейн В. Г. Психогенные заболевания. – М., 2001. – 38 с.
21. Холмогорова А. Б., Гараян Н. Б. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 94–102.
22. Корнетов Н. А., Ветлугина Т. П., Языков К. Г., Счастный Е. Д., Иванова С. А., Смуткин Г. Г. Распространенность и клиничко-конституциональные закономерности клинического полиморфизма депрессивных расстройств и суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – № 4. – С. 19.

23. Akiskal H. S. Developmental pathways to bipolarity: are juvenile-onset depressions pre-bipolar? // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1995. – № 34. – P. 754—763.
  24. Alsen V. Das Körnsyndrom der endogenen Depression // Der Nervenarzt. – 1961. – № 32. – P. 470—473.
  25. Soskin D. P. et al. Antidepressant effects on emotional temperament: toward a biobehavioral research paradigm for major depressive disorder // CNS Neurosci Ther. – 2012. – V. 18 (6). – P. 441—451.
  26. Bartolomucci A., Leopardi R. Stress and Depression. Preclinical Research and Clinical Implications // PLoS ONE. – 2009. – V. 4, № 1. – P. 4265.
  27. Baune B. Conceptual Challenges of a Tentative Model of Stress Induced Depression // PLoS ONE. – 2009. – V. 4, № 1. – P. 4266.
  28. Ekinci O., Albayrak Y., Ekinci A. E. Temperament and character in euthymic major depressive disorder patients: the effect of previous suicide attempts and psychotic mood episodes // Psychiatry Investig. – 2012. – V. 9, № 2. – P. 119—126.
  29. Hirschfeld P. M. A., Klerman G. L., Tracie Shea M. Personality // Handbook of affective disorders / edited by E. S. Paykel. – Churchill Livingstone, 1992. – P. 185—194.
  30. Gois C., Akiskal H., Akiskal K., Figueira M. L. The relationship between temperament, diabetes and depression // J. Affect. Disord. – 2012. – № 142. – P. 67—71.
  31. Klein D. F. Endogenomorphic Depression: A Conceptual and Terminological Revision // Arch. Gen. Psychiatry. – 1974. – № 31. – P. 447—454.
  32. Tellenbach H. Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik. – Heidelberg, New York, Berlin : Springer Verlag, 1961. – 280 S.
  33. Kitamura T. et al. Temperament and Character Domains of Personality and Depression 2012 // Depression Research and Treatment. – 2012. – V. 2012. – P. 2.
  34. Van Houdenhove B. Prevalence and psychodynamic interpretation of premorbid hyperactivity in patients with chronic pain // Psychother. psychosom. – 1986. – P. 195—200.
- Транслитерация русских источников**
1. Affimov P.V., Kostyukova E.G., Mosolov S.N. [Modern methods of overcoming the therapeutic resistance in recurrent depression]. In: [Biological methods of therapy of mental disorders (evidence based medicine in clinical practice)]. S.N. Mosolov, ed. Publishing House «Social-Political Thought», Moscow, 2012; 438—473. (In Russ.).
  2. Bobrov A.S. [To formal-dynamic premorbid traits of the personality (temperament) in patients with late manifestation of endogenous depression]. *Jendogennaja depressija (klinika, patogenez) : tez. dokl. nauch. konf.* [Endogenous depression (clinic, pathogenesis): abstracts of presentations of the scientific conference]. Irkutsk, 1992; 20—22. (In Russ.).
  3. Bobrov A.S., Vorsina O.P. [To traits of temperament in patients with late manifestation of endogenous depression]. In: [Relevant problems of clinical medicine]. RIO IGIUV, Irkutsk, 1994; 94—98. (In Russ.).
  4. Bobrov A.S., Linchuk A.D., Pavlova O.N. et al. [Efficiency of seroquel in treatment of schizophrenia and affective disorders]. *Psihicheskoe zdorov'e i bezopasnost' v obshchestve : nauchnye materialy Pervogo nacional'nogo kongressa po social'noj psihiatrii* [Mental health and security in the society: scientific materials of the First national congress of social psychiatry]. Moscow, 2004; 14—15. (In Russ.).
  5. Bobrov A.S., Magonova E.G. [Stress-related depression in outpatient psychiatric practice]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2010; 7: 9—15. (In Russ.).
  6. Velitshchev D.Yu., Kovalevskaya O.B., Seravina O.F. [Stress and modus of predisposition in the pathogenesis of depressive spectrum disorders]. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine* [Mental disorders in general medicine]. 2008; 2: 34—37. (In Russ.).
  7. Garanyan N.G. [Depression and personality: review of foreign investigations. Part 1]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2009; 1: 79—89. (In Russ.).
  8. Garanyan N.G., Yudeeva T.Yu., Vasilyeva M.V. [Personal attitudes of patients with depression as contra-therapeutic factors of therapeutic process]. *Sovremennye tendencii organizacii psichiatricheskoy pomoshhi: klin. i soc. asp. : tez. dokl.* [Modern tendencies of organization of mental health care: clinical and social aspects: abstracts of presentations]. Medpraktika, Moscow, 2004; 137. (In Russ.).
  9. Goloviznina O.L. [Clinical-psychological differentiation of patients with psychogenic (non-psychotic) depressions]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2004; 4: 4—8. (In Russ.).
  10. Dubnitskaya E.B., Andryushchenko A.V. [Choice of psychopharmacotherapy of depression within comorbid interrelations]. *Chelovek i lekarstvo : sbornik tezisov VIII kongressa* [Man and drug: book of abstracts of the VIII<sup>th</sup> Congress]. Moscow, 1991; 91. (In Russ.).
  11. Zorin V.Yu. [Prolonged depressive states being formed under conditions of stressogenic situations]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1996; 6: 23—27. (In Russ.).
  12. Krasnov V.N. [Affective spectrum disorders]. Practical Medicine, Moscow, 2011. 432 p. (In Russ.).
  13. Kornetov N.A. [Psychogenic depression (clinic, pathogenesis)]. Publishing House of Tomsk State University, Tomsk, 1993. 240 p. (In Russ.).
  14. Kraepelin E. [Introduction into psychiatric clinic]. Laboratory of Knowledge, Moscow, 2012. 498 p. (In Russ.).
  15. [Mental disorders in clinical practice]. A.B. Smulevich, ed. MEDpress-inform, Moscow, 2011. 720 p. (In Russ.).
  16. Schastnyy E.D. [Clinical features of unipolar endogenous depression depending on constitutional-morphological type]. *Avtoref. dis. ... k.m.n.* [Abstract of Ph.D. thesis]. Tomsk, 1994. 26 p. (In Russ.).
  17. Rusalov V.M. [Formal-dynamic properties of human individuality (temperament): guideline]. IP RAN, Moscow, 2004. 136 p. (In Russ.).
  18. Semke V.Ya. [Clinical personology]. Academic Project, Moscow, 2001. 476 p. (In Russ.).
  19. Simutkin G.G., Yakovleva A.L., Bokhan N.A. [Comorbidity of affective and personality disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014; 2: 92—98. (In Russ.).
  20. Smulevich A.B., Rotstein V.G. [Psychogenic diseases]. Moscow, 2001. 38 p. (In Russ.).
  21. Kholmogorova A.B., Garanyan N.B. [Multi-factor model of depressive, anxiety and somatoform disorders]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 1998; 1: 94—102. (In Russ.).
  22. Kornetov N.A., Veltugina T.P., Yazykov K.G., Schastnyy E.D., Ivanova S.A., Simutkin G.G. [Prevalence and clinical-constitutional patterns of clinical polymorphism of depressive disorders and suicidal behavior]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 1999; 4: 19. (In Russ.).

УДК 616.248-085:615.851-053.2  
ББК 57.336.14+57.334.12+52.817.10.5

## ВЛИЯНИЕ ТЕНОТЕНА ДЕТСКОГО НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Куприянова И. Е.<sup>\*1</sup>, Кривоногова Т. С.<sup>2</sup>,  
Бабикина Ю. А.<sup>2</sup>, Шемякина Т. А.<sup>2</sup>

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

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

Бронхиальная астма является актуальной медицинской и социально-экономической проблемой. Сопутствующая психическая дисфункция ассоциируется с тяжелым и нестабильным течением заболеваний, снижением качества жизни и плохой приверженностью соматическому лечению. Выполнена оценка влияния тенотена детского на психологический статус детей, страдающих бронхиальной астмой. Проведено сравнительное рандомизированное исследование результатов лечения 150 детей с бронхиальной астмой, 7—12 лет, которые получали только базисную терапию (2-я контрольная группа, n=50), а также базисную терапию в сочетании с физическими методами (1-я контрольная группа, n=50) и базисную терапию с физическими методами и курсовым приемом тенотена детского (основная группа, n=50). Тенотен детский назначали по 1 таблетке 3 раза в день сублингвально, в течение 3 месяцев, 2 курса. Показано, что включение тенотена детского в комплексную терапию бронхиальной астмы предотвращает развитие психосоматических расстройств, о чем свидетельствуют полученные результаты в виде достоверно позитивной динамики вегетативного гомеостаза, психического состояния (достоверное снижение уровня тревоги) и качества жизни детей основной группы в сравнении с детьми других обследуемых групп. **Ключевые слова:** дети, тенотен детский, психологический статус, психосоматические расстройства, бронхиальная астма.

**INFLUENCE OF CHILDREN'S TENOTEN ON PSYCHOLOGICAL STATUS OF CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA.** Kupriyanova I. E.<sup>1</sup>, Krivonogova T. S.<sup>2</sup>, Babikova Yu. A.<sup>2</sup>, Shemyakina T. A.<sup>2</sup> <sup>1</sup> *Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.* Bronchial asthma is a relevant medical and socio-economic problem. Co-occurring mental dysfunction is associated with severe and unstable course of diseases, reduction in quality of life and poor adherence to somatic treatment. The purpose of the study was to evaluate the impact of the children's tenoten on the psychological status of children suffering from asthma. Materials and methods: A comparative randomized study of treatment outcomes of 150 children with asthma, aged 7—12, who received only basic therapy (the second control group, n=50), basic therapy in combination with physical methods (the first control group, n=50), and basic therapy with physical methods and course intake of children's tenoten (study group, n=50) was undertaken. Children's tenoten was prescribed 1 tablet 3 times a day sublingually, within 3 months, 2 courses. Results and discussion: The inclusion of child-

ren's tenoten in the treatment of bronchial asthma prevents the development of psychosomatic disorders, as evidenced by the results obtained in the form of reliably positive dynamics of vegetative homeostasis, mental state (reliable decrease in anxiety level) and the quality of life of children of the main group in comparison with other children from examined groups. **Keywords:** children, children's tenoten, psychological status, psychosomatic disorders, bronchial asthma.

Бронхиальная астма является актуальной медицинской и социально-экономической проблемой. Данное хроническое заболевание характеризуется значительной распространенностью и повсеместно продолжающимся ростом [1—3]. Так, по данным ВОЗ [4], в настоящее время от астмы страдает около 235 млн человек в мире. Согласно последним аналитическим исследованиям, при существующем темпе урбанизации уже к 2025 г. прогностический прирост БА составит дополнительно 100—150 млн человек [5].

Особую озабоченность вызывает БА в педиатрической практике, поскольку является самой распространенной хронической болезнью среди детей, затрагивая до 30 % детского населения [4, 6—8]. По данным Федеральной службы государственной статистики, общее число больных БА детей и подростков на сегодняшний день в России составило уже более 350 тысяч [9]. У 50 % детей симптомы развиваются примерно к 2 годам и в целом до 80 % больных заболевают бронхиальной астмой к школьному возрасту [10]. Отмечается более ранний дебют с тенденцией к тяжелому течению и неблагоприятному прогнозу [1—6]. Бронхиальная астма часто становится причиной инвалидности у детей [11].

Бронхиальная астма является классическим примером многофакторной обусловленности болезни, при которой взаимодействуют многочисленные соматические и психические факторы. Эмоциональные факторы вряд ли сами по себе могут создать достаточные условия для развития болезни, но у биологически предрасположенного к ней человека они могут привести в действие астматический процесс [12].

В настоящее время идет активный поиск новых медикаментозных и немедикаментозных средств, направленных на стимуляцию защитных и приспособительных реакций организма, способствующих повышению эффективности базисной терапии и уменьшению медикаментозной нагрузки. Исследователями изучаются переносимость и эффективность их использования у детей с БА на этапе реабилитации [13, 14, 15].

Одним из таких средств является тенотен детский. Уже доказана его эффективность в комплексной терапии и реабилитации различных психосоматических расстройств, полиэтиологических заболеваний, случаев возникновения феномена взаимоотношения.

\* Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., профессор.  
Телефон: (8-382-2)723209. E-mail: irinakupr@rambler.ru

Например, при наличии патогенетических связей между БА и заболеваниями ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, в частности у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями и артериальной гипертензией (АГ), тенотен эффективно используется при язвенной болезни желудка [16], заболеваниях толстой кишки [17], заболеваниях сердечно-сосудистой системы, в частности при нарушениях ритма сердца различной этиологии [18], вегетососудистой дистонии [19,20], а также в стоматологической практике (при хроническом генерализованном пародонтите) [21].

Согласно результатам ряда исследований [22, 23, 24], у пациентов с БА часто наблюдаются тревожные и депрессивные расстройства. Сопутствующая психическая дисфункция ассоциируется с тяжелым и нестабильным течением заболевания, снижением качества жизни и плохой приверженностью соматическому лечению [8, 9, 10, 11, 25].

Давно известны теории о роли ГАМК-рецепторного комплекса в патогенезе тревожных состояний. Также важным представляется изучение участия мозгоспецифического белка S-100 в возникновении тревожных расстройств. Белок S-100 участвует в реализации базовых функций нейронных систем, таких как генерация и проведение нервного импульса, протекание синаптических процессов (пластическая перестройка), регуляция энергетического метаболизма клеток ЦНС, пролиферация и дифференцировка нейронов и глии [26]. Принципиально новым направлением регуляторного воздействия на эту мишень – синдром тревоги – является использование антител в сверхмалых дозах. В серии экспериментальных исследований было выявлено, что антитела в сверхмалых дозах, обработанные по технологии, заимствованной из гомеопатии, обладают широким спектром психотропной активности, в том числе и противотревожной (анксиолитической). Определено их модулирующее влияние на нейрохимические процессы в головном мозге, препятствующие развитию невротических и невротозоподобных состояний.

На основе этих экспериментов компанией «Матери Медика» разработан препарат тенотен, содержащий сверхмалые дозы аффинно очищенных антител к мозгоспецифическому белку S-100 в смеси гомеопатических разведений С12, С30 и С200, для лечения широкого круга тревожных состояний и невротических расстройств [26].

Разносторонние аспекты проблемы тревоги и депрессии, её влияния на восприятие болезни пациентом, определения связи между основным заболеванием и состоянием психики приобретают все большую актуальность при БА [16].

**Цель исследования** – оценить влияние препарата тенотен детский на психологический статус детей, страдающих БА.

**Объект и методы.** Рандомизированное клиническое исследование детей проводилось на базе ЛОЦ «Здоровая мама – Крепкий малыш» (г. Томск), Сиб КБ ФГБУЗ КДП (г. Северск) и ОГАУЗ «Томская районная больница» (г. Томск, с. Тимирязевское). Диагноз БА устанавливался согласно рекомендациям ВОЗ (Глобальная стратегия лечения и профилактики БА (GINA), пересмотр 2011 г.) [27].

В исследовании участвовали 150 детей 7–12 лет с верифицированным диагнозом БА, легкой и средней степени тяжести. Исследуемые дети были разделены на три равные по количеству группы, в зависимости от метода проводимой терапии: основную, 1-ю контрольную и 2-ю контрольную.

В основную группу (n=50) вошли дети, получающие базисную терапию в сочетании с физическими методами и курсовым приемом препарата тенотен детский по 1 таблетке 3 раза в день сублингвально, независимо от приема пищи. В течение 3 месяцев дети получали двухкурсовую терапию тенотеном с перерывом 3 месяца, курс приема для одного ребенка составил 270 таблеток. Дети в 1-й контрольной группе получали базисную терапию в сочетании с физическими методами (n=50). Дети 2-й контрольной группы получали только базисную терапию бронхиальной астмы (n=50). Продолжительность наблюдения во всех группах составила 9 месяцев, исследуемые показатели оценивали перед началом исследования, через 3, 6 и 9 месяцев после начала лечения.

Критерии включения в исследование: возраст детей 7–12 лет; БА легкой и средней степени тяжести; наличие информированного согласия родителей.

Критерии исключения: возраст детей младше 7 и старше 12 лет; БА интермиттирующая и тяжелой степени тяжести; сопутствующие заболевания; отсутствие информированного согласия родителей; индивидуальная непереносимость препарата тенотен детский.

В динамике всем обследованным проводился клинический осмотр с оценкой контроля БА, вегетативной регуляции, психологических особенностей и оценкой качества жизни детей. В индивидуальной карте больного указывали клинические симптомы БА, их динамику, а также критерии переносимости препарата.

Уровень контроля БА оценивался с помощью теста Childhood Asthma Control Questionnaire (С-АСТ), основанного на анкетировании обследуемых детей. Для выявления признаков вегетативных изменений использовался опросник А. М. Вейна [28].

Для определения личностной и ситуативной тревожности применяли тест, разработанный Ч. Д. Спилбергером в адаптации Ю. Л. Ханина [29]. Оценка качества жизни проводилась с помощью официальной русскоязычной версии Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ)[30].

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета прикладных программ «Statsoft Statistica 10.0» с использованием непараметрического W-критерия Вилкоксона и рангового дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса (H-критерий). Все различия считались значимыми при доверительной вероятности 95 % и больше ( $p < 0,05$ ).

**Результаты и их обсуждение.** С целью исключения влияния факторов, которые могли дать ложные результаты, рандомизированные группы сравнивались по ряду признаков. При изучении половых и возрастных признаков детей с бронхиальной астмой статистически значимых различий между исследуемыми группами не установлено. Результаты сравнения по клиническим дыхательным симптомам так же статистически значимых различий между группами не показали.

При определении уровня контроля БА отмечено, что в основной группе на первом визите подавляющее число больных было с частично контролируемой бронхиальной астмой. На втором визите после лечения препаратом тенотен детская разница между различными уровнями контроля бронхиальной астмы начинала выравниваться – 40 % и 60 % ( $p < 0,01$ ). Через 6 месяцев после начала лечения количество детей с контролируемой бронхиальной астмой составило 48 %. В остальных случаях наблюдения – частичный контроль заболевания. Количество детей с контролируемой бронхиальной астмой через 9 месяцев достоверно увеличилось ( $p < 0,05$ ). Так, в 1-й контрольной группе в динамике от второго до четвертого визита число детей с контролируемой бронхиальной астмой статистически повысилось ( $p < 0,05$ ). При обследовании детей 2-й контрольной группы уровень контроля бронхиальной астмы становился эффективнее, тем не менее статистически значимых различий не установлено.

Показатель адекватности процессов вегетативной регуляции у детей, страдающих бронхиальной астмой, подтверждает статистически значимое улучшение деятельности вегетативной нервной системы в основной группе. Это объясняется уменьшением общего показателя признаков вегетативных изменений с учетом шкалы А. М. Вейна в динамике на фоне лечения бронхиальной астмы (табл. 1, рис. 1). Уменьшение вегетативного показателя зарегистрировано в пределах 90 %.

Таблица 1  
Результаты изменения показателя вегетативной нервной системы у больных в зависимости от клинической группы (M±m)

Клиническая группа	Показатель вегетативной нервной системы, баллы			
	1-й визит	2-й визит	3-й визит	4-й визит
Основная	22,4±1,1	16,2±0,8*	13,4±0,5**	11,2±0,1***
1-я контрольная	19,6±1,2	18,1±1,3	16,5±1,1^	15,2±0,9^^
2-я контрольная	21,3±1,1	20,6±2,3	20,1±2,5	19,7±1,8

**Примечание.** Достоверность различий: \* – различия между 1-м и 2-м визитами значимы при  $p < 0,005$ ; \*\* – различия между 1-м и 3-м визитами значимы при  $p < 0,001$ ; \*\*\* – различия между 1-м и 4-м визитами значимы при  $p < 0,0001$ ; ^ – различия между 1-м и 3-м визитами значимы при  $p < 0,005$ ; ^^ – различия между 1-м и 4-м визитами значимы при  $p < 0,001$ .

У больных детей из 1-й контрольной группы прослеживалась динамика изменения признаков вегетативных изменений, значительно уступала таковой в основной группе (табл. 1, рис. 1). Статистически значимые различия получены только при обследовании детей через 6 месяцев от начала лечения, т. е. во время третьего визита. Максимальное уменьшение общего вегетативного показателя отмечалось по завершении обследования и составило 46 %.

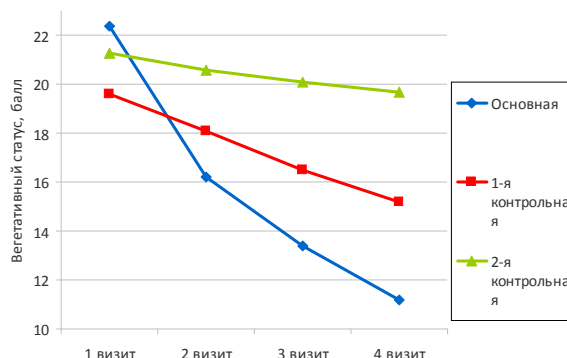


Рис. 1. Динамика изменения вегетативной нервной системы в зависимости от клинической группы

У детей 2-й контрольной группы статистически значимых изменений показателя вегетативной нервной системы не установлено ни на одном из этапов обследования больных (табл. 1, рис. 1).

При изучении личностной и ситуационной тревожности выявлено, что показатели личностной и ситуационной тревожности больных бронхиальной астмой детей тесно коррелировали между собой (рис. 2).

В основной группе отмечено статистически значимое уменьшение личностной тревожности в процессе лечения детей тенотеном (табл. 2, рис. 3).

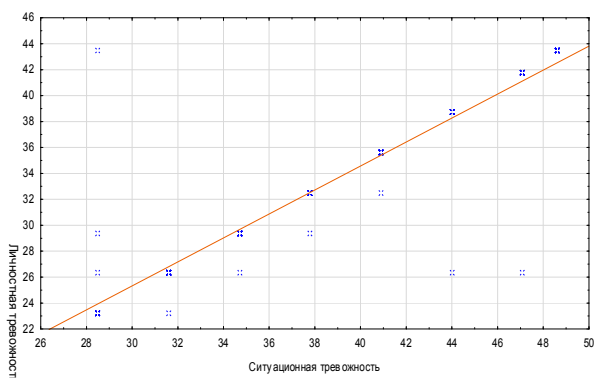


Рис. 2. Корреляционная зависимость между различными видами тревожности

Таблица 2  
Результаты изменения показателя  
личностной тревожности в зависимости  
от клинической группы (M±m)

Клиническая группа	Показатель личностной тревожности, баллы			
	1-й визит	2-й визит	3-й визит	4-й визит
Основная	48,6± 3,2	41,3± 2,1*	34,7± 2,4**	28,5± 1,9***
1-я контрольная	44,2± 2,7	40,5± 2,9	37,2± 1,5^	33,1± 2,2^^
2-я контрольная	41,7± 2,2	39,5± 2,7	38,5± 2,5	35,6± 1,9»

Примечание. Достоверность различий: \* – различия между 1-м и 2-м визитами значимы при  $p < 0,01$ ; \*\* – различия между 1-м и 3-м визитами значимы при  $p < 0,001$ ; \*\*\* – различия между 1-м и 4-м визитами значимы при  $p < 0,0005$ ; ^ – различия между 1-м и 3-м визитами значимы при  $p < 0,01$ ; ^^ – различия между 1-м и 4-м визитами значимы при  $p < 0,005$ ; » – различия между 1-м и 4-м визитами значимы при  $p < 0,01$ .

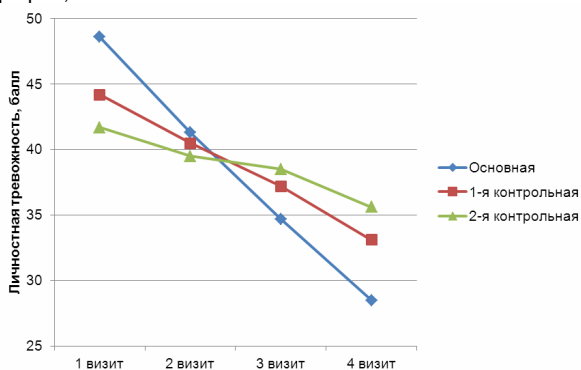


Рис. 3. Динамика изменения личностной тревожности в зависимости от клинической группы

Через 3 месяца после терапии показатель личностной тревожности в основной группе снизился на 17 %, через 6 месяцев лечения – на 29 %, через 9 месяцев – на 41 %. Что же касается больных 1-й контрольной группы, то после 3 месяцев лечения показатель личностной тревожности уменьшился на 10 %, после 6 месяцев лечения – на 16 %, а после 9 месяцев – на 25 %. Во 2-й контрольной группе процент снижения личностной тревожности составил 6 %, 8 %, 15 % соответственно спустя 3, 6 и 9 месяцев лечения бронхиальной астмы. Снижение ситуаци-

онной тревожности в основной группе было аналогичным личностной тревожности, т. е. статистически значимым (табл. 3).

Таблица 3  
Результаты изменения показателя  
ситуационной тревожности в зависимости  
от клинической группы (M±m)

Клиническая группа	Показатель ситуационной тревожности, баллы			
	1-й визит	2-й визит	3-й визит	4-й визит
Основная	38,2± 2,8	32,3± 1,5*	29,5± 2,2**	23,2± 1,6***
1-я контрольная	41,3± 3,1	38,5± 2,2	33,2± 1,7^	28,1± 1,8^^
2-я контрольная	43,5± 2,5	41,5± 1,7	37,2± 1,5	34,5± 3,2

Примечание. Достоверность различий: \* – различия между 1-м и 2-м визитами значимы при  $p < 0,01$ ; \*\* – различия между 1-м и 3-м визитами значимы при  $p < 0,001$ ; \*\*\* – различия между 1-м и 4-м визитами значимы при  $p < 0,0005$ ; ^ – различия между 1-м и 3-м визитами значимы при  $p < 0,01$ ; ^^ – различия между 1-м и 4-м визитами значимы при  $p < 0,005$ .

При изучении качества жизни установлено, что в основной группе, где в сочетании с базисной терапией, физической и психологической коррекцией использовался препарат тенотен детский, уже на момент второго визита наблюдалось улучшение качества жизни (табл. 4, рис. 4). Так, показатель двигательной сферы увеличился на 10 %, симптоматики заболевания – на 7 %, эмоциональной сферы – на 9 %, качества жизни – на 7 %. Во время третьего визита отмечено, что показатель двигательной сферы увеличился на 17 %, симптоматики заболевания – на 14 %, эмоциональной сферы – на 17 %, качества жизни – на 18 %. Во время последнего, четвертого визита выявлено увеличение показателя двигательной сферы на 24 %, симптоматики заболевания – на 19 %, эмоциональной сферы – на 21 %, качества жизни – на 27 %.

Таблица 4  
Результаты изменения показателя общего качества  
жизни в зависимости от клинической группы (M±m)

Клиническая группа	Показатель качества жизни (PAQLQ), баллы			
	1-й визит	2-й визит	3-й визит	4-й визит
Основная	4,8± 0,1	5,0± 0,1*	5,4± 0,2**	5,8± 0,2***
1-я контрольная	4,6± 0,2	4,9± 0,1	5,1± 0,2^	5,3± 0,1^^
2-я контрольная	4,5± 0,3	4,8± 0,3	5,0± 0,4	5,0± 0,5

Примечание. Достоверность различий: \* – различия между 1-м и 2-м визитами значимы при  $p < 0,01$ ; \*\* – различия между 1-м и 3-м визитами значимы при  $p < 0,001$ ; \*\*\* – различия между 1-м и 4-м визитами значимы при  $p < 0,0005$ ; ^ – различия между 1-м и 3-м визитами значимы при  $p < 0,01$ ; ^^ – различия между 1-м и 4-м визитами значимы при  $p < 0,005$ .

В 1-й контрольной группе на фоне базисной терапии в сочетании с физической и психологической коррекцией через 3 месяца лечения достоверных различий по компонентам качества жизни PAQLQ относительно первого визита не отмечено (табл. 4, рис. 4).

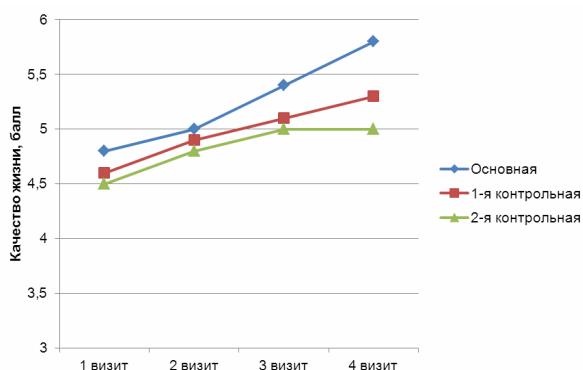


Рис. 4. Динамика изменения показателя качества жизни в зависимости от клинической группы

Достоверные различия отмечены лишь через 6 месяцев от начала лечения больных детей с бронхиальной астмой. Так, показатель двигательной сферы увеличился на 21 %, симптоматики заболевания – на 12 %, эмоциональной сферы – на 13 %, качества жизни – на 17 %. Во время последнего, четвертого визита выявлено увеличение показателя двигательной сферы на 23 %, симптоматики заболевания – на 18 %, эмоциональной сферы – на 18 %, качества жизни – на 17 %. Таким образом, по завершении обследования дети 1-й контрольной группы были сопоставимы с детьми основной группы по показателю двигательной сферы и симптоматике заболевания, зато уступали по эмоциональной сфере и общему показателю качества жизни.

Во 2-й контрольной группе достоверные различия между этапами обследования детей отмечены лишь по симптоматике заболевания (PAQLQ). Так, через 6 месяцев от начала лечения бронхиальной астмы симптомы заболевания уменьшились на 32 %, что почти в 2 раза больше, чем в других группах исследования. По завершении терапии достоверных различий по симптоматике заболевания не отмечено.

Таким образом, лечение детей с бронхиальной астмой должно включать кроме базисной терапии мероприятия, направленные на нормализацию психологического состояния детей, от которых в большей степени зависит успех терапии. Базисное лечение бронхиальной астмы обращено на устранение воспаления, не оказывая значительного влияния на психологическое состояние детей. Сочетание базисной терапии бронхиальной астмы с физическими и психологическими методами коррекции способствует нормализации деятельности вегетативной нервной системы, повышению качества жизни и психологического статуса детей, но динамика этих изменения не достоверна. Отмечено, что клинический эффект лечения бронхиальной астмы максимален при использовании терапевтической схемы, включающей прием лекарственного препарата тенотен детский.

**Заключение.** Дети, страдающие БА, имеют ряд индивидуально-психологических особенностей, с учетом которых можно улучшить их адаптационные возможности. Включение препарата тенотен детский в стандартную терапию БА приводит к уменьшению выраженности клинической симптоматики, улучшению психологического состояния детей (достоверное снижение уровня тревоги), качества жизни и стабилизации течения заболевания. Отсутствие побочных явлений на фоне терапии подтверждает безопасность препарата.

#### Л и т е р а т у р а

1. Геппе Н. А., Ревякина В. А. Аллергия у детей. – М.: Династия, 2002. – 120 с.
2. Емельянов А. В., Счетчикова О. С. Механизмы развития и современная концепция лечения бронхиальной астмы // Российский аллергологический журнал. – 2007. – № 4. – С. 9–17.
3. Эльканова А. Х. Клинико-функциональные особенности бронхиальной астмы у детей с грибковой сенсibilизацией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ставрополь, 2013. – 24 с.
4. Информационный бюллетень №307, Май 2011 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/ru>
5. Masoli M., Fabian D., Holt S., Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA dissemination committee report // Allergy. – 2004. – Vol. 59. – P. 469–478.
6. Лусс Л. В., Арипова Т. У., Ильина Н. И., Лысикова И. В. Распространенность симптомов бронхиальной астмы (результаты программы ISAAC) // Астма. – 2000. – Т. 1, № 1. – С. 52–59.
7. Kim H., Mazza J. Asthma // Allergy Asthma Clin. Immunol. – 2011. – № 10 (1). – P. 7.
8. Nekam K. Эпидемиология аллергических заболеваний в Центральной и Восточной Европе // Астма. – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 43–44.
9. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики». – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Оригинал-макет, 2012. – 184 с.
10. Геппе Н. А., Курчакова Т. В., Быданова Т. А. Влияние интервальной гипоксической тренировки на качество жизни детей с бронхиальной астмой // Медицинская помощь. – 2003. – № 3. – С. 29–33.
11. Маркелова Т. Н. Особенности цитокинового профиля, фармакотерапии и показателей качества жизни у детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой: автореф. дис. ... к.м.н. – Самара, 2011. – 24 с.
12. Клиническая психиатрия / пер. с англ., перераб. и доп. / гл. ред. Т. Б. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 512 с.
13. Голикова Е. М. Комплексная реабилитация детей 7–8 лет с бронхиальной астмой в период адаптации к школе: автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 2009. – 24 с.
14. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Семке В. А., Дашиева Б. А. Терапевтическая эффективность препарата «Тенотен» в амбулаторной психиатрической практике // Качество жизни. Медицина. – 2006. – № 1. – С. 2–6.
15. Дашиева Б. А., Карауш И. С., Куприянова И. Е. Тревога у детей с ограниченными возможностями здоровья и ее коррекция препаратом тенотен // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6. – С. 88–91.

16. Решетова Т. В., Жигалова Т. Н., Герасимова А. В., Петренко В. А. Лечение сопутствующих тревожных расстройств у больных с заболеваниями толстой кишки // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2013. – № 34. – С. 25–29.
  17. Цуканов В. В., Куперштейн Е. Ю., Шарыпова В. Н. Эффективность применения противотревожного препарата тенотен в составе комплексной терапии у пациентов с *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Поликлиника. – 2008. – № 2. – С. 106–107.
  18. Ромасенко Л. В., Недоступ А. В., Артюхова М. Г., Пархоменко И. М. Применение препарата Тенотен при лечении невротических расстройств у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 2. – С. 81–84.
  19. Кондюрина Е. Г. и др. Профилактика и коррекция вегетативных нарушений у детей // Лечащий врач. – 2010. – С. 1–3.
  20. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков: вопросы диагностики, лечения, диспансеризации : метод. рекомендации / сост. М. Ю. Галактионова. – М. : МЕДпресс-информ, 2015. – 48 с.
  21. Подойникова М. Н. Комплексная диагностика и терапия хронического генерализованного пародонтита : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007. – 43 с.
  22. Голубев Н. А. Оптимизация фармакотерапии бронхиальной астмы у больных с аффективными расстройствами : автореф. дис. ... к.м.н. – Волгоград, 2011. – 36 с.
  23. Бердникова Л. В. Качество жизни и тревожно-депрессивные расстройства у больных бронхиальной астмой в сочетании с артериальной гипертензией : автореф. дис. ... к.м.н. – Нижний Новгород, 2012. – 27 с.
  24. Goodwin R. D., Eaton W. W. Asthma and the risk of panic attacks among adults in the community // Psychol. Med. – 2003. – Vol. 33, № 5. – P. 879–885.
  25. Шестакова Н. В., Мокшина М. В., Загоскина Н. В., Самойленко Е. В. Противотревожный препарат Тенотен в комплексной терапии бронхиальной астмы и ХОБЛ // Вестник семейной медицины. – 2013. – № 4. – С. 34–36.
  26. Сергеева С. А. Тенотен: новое в терапии тревоги у больных с соматическими заболеваниями // Поликлиника. – 2006. – № 2. – С. 88–89.
  27. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 г.) / под ред. А. С. Белевского. – М. : Российское респираторное общество, 2012. – 108 с.
  28. Вегетативные расстройства / под ред. А. М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.
  29. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности. – 2-е изд., испр. и перераб. – СПб. : Питер, 2005. – 509 с.
  30. Juniper E. F., Guayat C. H., Feeny D. H. Measuring quality of life in children with asthma // Qual. Res. – 1996. – Vol. 5. – P. 35–46.
- Транслитерация русских источников**
1. Geppе N.A., Revyakina V.A. [Allergy in children]. Di-nastija, Moscow, 2002. 120 p. (In Russ.).
  2. Emelyanov A.V., Schetchikova O.S. [Mechanisms of asthma and modern concept of its treatment (review)]. *Rossiiskij allergologicheskij zhurnal* [Russian Allergology Journal]. 2007; 4: 9–17. (In Russ.).
  3. El'kanova A.Kh. [Clinical-functional features of bronchial asthma in children with mycotic sensitization]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Stavropol, 2013. 24 p. (In Russ.).
  4. [Information Bulletin] no. 307, May, 2011 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/ru/> (In Russ.).
  6. Luss, L.V., Aripova T.U., Il'ina N.I., Lysikova I.V. [Prevalence of symptoms of bronchial asthma (results of the ISAAC program)]. *Astma* [Asthma]. 2000; 1, 1: 52–59. (In Russ.).
  9. [National program "Bronchial asthma in children. Strategy of therapy and prevention"]. 4<sup>th</sup> ed., rewritten and updated. Original-maket, 2012. 184 p. (In Russ.).
  10. Geppе N.A., Kurchakova T.V., Bydanova T.A. [Effects of interval hypoxic training on quality of life in children with bronchial asthma]. *Medicinskaja pomoshh'* [Medical Care]. 2003; 3: 29–33. (In Russ.).
  11. Markelova T.N. [Features of cytokine profile, pharmacotherapy and indicators of quality of life in preschool children with bronchial asthma]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Samara, 2011. 24 p. (In Russ.).
  12. [Clinical psychiatry]. Transl. From Engl., rewritten and updated. T.B. Dmitrieva, ed. GEOTAR MEDICINA, 1999. 512 p. (In Russ.).
  13. Golikova E.M. [Complex rehabilitation of children aged 7-8 years with bronchial asthma in the period of adaptation to school]. *Avtoref. dis. ... ped. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Moscow, 2009. 24 p. (In Russ.).
  14. Semke V.Ya., Kupriyanova I.E., Semke V.A., Dashieva B.A. [Therapeutic efficiency of drug Tenoten in outpatient psychiatric practice]. *Kachestvo zhizni. Medicina* [Quality of Life. Medicine]. 2006; 1: 2–6. (In Russ.).
  15. Dashieva B.A., Karaush I.S., Kupriyanova I.E. [Anxiety in children with disabilities and its correction with preparation tenoten]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2010; 6: 88–91. (In Russ.).
  16. Reshetova T.V., Zhigalova T.N., Gerasimova A.V., Petrenko V.A. [Treatment of associated anxiety disorders in patients with colon diseases]. *Gastrojenterologija Sankt-Peterburga* [Gastroenterology of Saint-Petersburg]. 2013; 3-4: 25–29. (In Russ.).
  17. Tsukanov V.V., Kuperstein E.Yu., Sharypova V.N. [Efficiency of use of anti-anxiety drug tenoten within complex therapy in patients with *Helicobacter pylori*-related duodenal ulcer]. *Poliklinika* [Primary Care Unit]. 2008; 2: 106–107. (In Russ.).
  18. Romasenko L.V., Nedostup A.V., Artyukhova M.G., Parkhomenko I.M. [Application of Tenoten in the treatment of neurotic disorders in cardiovascular patients]. *Rossiiskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2007; 2: 81–84. (In Russ.).
  19. Kondyurina E.G. et al. [Prevention and correction of vegetative disturbances in children]. *Lechashhij vrach* [Attending Physician]. 2010; 6: 1–3. (In Russ.).
  20. [Vegetative dysfunction syndrome in children and adolescents: issues of diagnostics, therapy, and clinical examination: guidelines]. Compiled by M.Yu. Galaktionov. MEDpress-inform, Moscow, 2015. 48 p. (In Russ.).



21. *Podoynikova M.N.* [Complex diagnostics and therapy of chronic generalized periodontitis]. *Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk* [Abstract of MD thesis]. Moscow, 2007. 43 p. (In Russ.).
22. *Golubev N.A.* [Optimization of pharmacotherapy of bronchial asthma in patients with affective disorders]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Volgograd, 2011. 36 p. (In Russ.).
23. *Berdnikova L.V.* [Quality of life and anxiety-depressive disorders in patients with bronchial asthma combined with arterial hypertension]. *Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Abstract of PhD thesis]. Nizhny Novgorod, 2012. 27 p. (In Russ.).
25. *Shestakova N.V., Mokshina M.V., Zagoskina N.V., Samoilenko E.V.* [Anti-anxiety drug Tenoten in complex therapy of bronchial asthma and chronic obstructive lung disease]. *Vestnik semejnoj mediciny* [Bulletin of Family Medicine]. 2013; 4: 34–36. (In Russ.).
26. *Sergeeva S.A.* [Tenoten: novelty in the therapy of anxiety in patients with physical diseases]. *Poliklinika* [Primary Care Unit]. 2006; 2: 88–89. (In Russ.).
27. [Global strategy of therapy and prevention of bronchial asthma (revision in 2011)]. A.S. Belevsky, ed. Russian Respiratory Society, Moscow, 2012. 108 p. (In Russ.).
28. [Vegetative disorders]. A.M. Vein, ed. Medical Information Agency, Moscow, 2003. 752 p. (In Russ.).
29. *Eliseev O.P.* [Tutorial on psychology of the personality]. 2<sup>nd</sup> ed., corrected and rewritten. Piter, Saint-Petersburg, 2005. 509 p. (In Russ.).

УДК 616.89-008.441.13:615.357  
ББК 56.145.11+52.817.10.5

## **ВЛИЯНИЕ ОРИГИНАЛЬНОГО АНТИКОНВУЛЬСАНТА ГАЛОДИФ НА УРОВНИ НЕЙРОАКТИВНЫХ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ – МАРКЕРОВ СТРЕССОРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ**

**Шушпанова Т. В.<sup>\*1</sup>, Бохан Н. А.<sup>1</sup>,  
Мандель А. И.<sup>1</sup>, Новожеева Т. П.<sup>1</sup>,  
Солонский А. В.<sup>1</sup>, Семке А. В.<sup>1</sup>,  
Лебедева В. Ф.<sup>1</sup>, Казенных Т. В.<sup>1</sup>,  
Арбит Г. А.<sup>3</sup>, Филимонов В. Д.<sup>3</sup>,  
Маркова Е. В.<sup>4</sup>, Удут В. В.<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup> НИИ фармакологии и регенеративной медицины  
им. Е. Д. Гольдберга  
634028, Томск, пр. Ленина, 3

<sup>3</sup> Институт физики высоких технологий  
Национального исследовательского  
Томского политехнического университета  
634050, Томск, пр. Ленина, 2а

<sup>4</sup> НИИ фундаментальной и клинической иммунологии  
630099, Новосибирск, ул. Ядринцевская, 14

Исследовано влияние оригинального антиконвульсанта галодиф на уровни нейроактивных стероидных гормонов – маркеров стрессорной системы в сыворотке крови у пациентов с алкогольной аддикцией. Значение индекса соотношения уровней гормонов кортизол/ДГЭА у больных алкоголизмом при абстинентном состоянии значительно снижается на фоне проведения курсовой терапии галодифом. Повышение уровня ДГЭА на фоне терапии галодифом свидетельствует о стимуляции синтеза ДГЭА, оказывающей антиглюкокортикоидный эффект на фоне повышенного уровня кортизола. ДГЭА и ДГЭА-С обладают сильным антиглюкокортикоидным и нейропротективным действием на мозг и способны защитить нейроны от индуцированной глюкокортикоидами нейротоксичности. Отношение кортизол/ДГЭА имеет особое значение, так как антиглюкокортикоидные эффекты ДГЭА приводят к снижению тревоги и депрессии у людей. Повышение уровня ДГЭА может повысить общую ГАМК-ергическую проводимость и является положительным прогностическим ответом на терапию антиконвульсантом галодиф. **Ключевые слова:** алкоголь, алкоголизм, нейроактивные стероиды, адренокортикотропный гормон, кортизол, дегидроэпиандростерон, дегидроэпиандростерон-сульфат, антиконвульсант.

<sup>\*</sup> Шушпанова Тамара Владимировна, к.м.н., в.н.с. лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии. Тел.: (3822)72-32-09, e-mail: shush59@mail.ru, redo@mail.tomsknet.ru

Бохан Николай Александрович, д.м.н., проф., член-корр. РАН, руководитель отд. аддитивных состояний, директор. Тел.: (3822)72-40-15, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Мандель Анна Исаевна, д.м.н., проф., в.н.с. отд. аддитивных состояний. Тел.: (3822)44-47-80, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

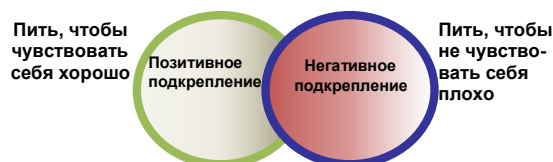
**THE INFLUENCE OF THE ORIGINAL ANTICONVULSANT GALODIF ON LEVELS OF NEUROACTIVE STEROID HORMONES – MARKERS OF STRESS SYSTEM IN PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION.** Shushpanova T. V.<sup>1</sup>, Bokhan N. A.<sup>1</sup>, Mandel A. I.<sup>1</sup>, Novozheeva T. P.<sup>1</sup>, Solonskii A. V.<sup>1</sup>, Semke A. V.<sup>1</sup>, Lebedeva V. F.<sup>1</sup>, Kazennykh T. V.<sup>1</sup>, Arbit G. A.<sup>3</sup>, Filimonov V. D.<sup>3</sup>, Markova E. V.<sup>4</sup>, Udut V. V.<sup>2</sup> <sup>1</sup> Mental Health Research Institute. Aleutskaya 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. <sup>2</sup> E.D. Goldberg Pharmacology and Regenerative Medicine Research Institute. Lenin Avenue 3, 634028, Tomsk, Russian Federation. <sup>3</sup> Institute of High Technology Physics of National Research Tomsk Polytechnic University. Lenin Avenue 2a, 634050, Tomsk, Russian Federation. <sup>4</sup> Basic and Clinical Immunology Research Institute. Yadrintsevskaya Street 14, 630099, Novosibirsk, Russian Federation. The article presents results of the study of influence of the original anticonvulsant galodif on levels of neuroactive steroids – markers of stress system in blood serum of patients with alcohol addiction. Increasing the ratio of the index levels of the hormone cortisol/DHEA in patients with alcoholism during abstinence significantly reduced against the background of course therapy with galodif. Increasing DHEA against the background of therapy with galodif shows stimulation of the synthesis of DHEA, providing antiglucocorticoid effect against the background of high levels of cortisol. DHEA and DHEA-S have a strong antiglucocorticoid and neuroprotective effect on the brain and can protect neurons from neurotoxicity induced by glucocorticoids. The ratio of cortisol/DHEA is of particular importance as the anti-glucocorticoid effects of DHEA lead to a decrease in anxiety and depression in humans. Increasing DHEA may increase the overall GABAergic conductivity and is a positive predictor of response to therapy with the anticonvulsant galodif. **Keywords:** alcohol, alcoholism, neuroactive steroids, adrenocorticotrophic hormone (ACTH), cortisol, dehydroepiandrosterone (DHEA), dehydroepiandrosterone-sulfate (DHEA-S); anticonvulsant.

**Введение.** Одной из проблем в лечении алкоголизма является необходимость формирования новых подходов к профилактике и лечению этого расстройства, поиск эффективных фармакологических средств коррекции, действующих на молекулярные мишени влияния алкоголя в мозге, способных корригировать последствия алкогольной интоксикации и зависимости и препятствовать их развитию. Согласно МКБ-10, основными критериями алкогольной зависимости являются: сильное или непреодолимое желание употребить алкоголь и физиологическое состояние отмены при прекращении приема или снижении дозы алкоголя – алкогольный абстинентный синдром (ААС).

Алкогольное поведение определяется позитивным и негативным подкреплением, при этом вклад каждого из этих процессов совершенно различен у разных людей и может изменяться в соответствии со стадией развития зависимости и вкладом коморбидных факторов. Существуют две основные причины продолжать потреблять алкоголь: позитивное и негативное подкрепление (рис. 1) [1–6].

Изменение в стрессорных системах мозга, повышение чувствительности к стрессорным воздействиям является важнейшим механиз-

мом в развитии аддикции и формировании рецидивов употребления алкоголя в период абстиненции у пациентов с алкогольной зависимостью. Поведенческие эффекты этанола могут укрепляться через позитивные (вызывающие удовольствие, активирующие) или негативные (снимающие тревогу, редуцирующие стресс) поддерживающие механизмы [1–3; 6, 7].



**Рис. 1.** Позитивное и негативное подкрепление как причины продолжающегося потребления алкоголя

Одна из теорий развития алкоголизма предполагает сдвиг в общей возбудимости мозга как результат снижения процессов торможения. Нарушение баланса возбуждения и торможения в мозге может лежать в основе высокой степени риска формирования алкоголизма. У пациентов с алкогольной зависимостью отмечают повышенную возбудимость, импульсивность, экстравагантность и другие расстройства, связанные с этими процессами. Нарушение процессов торможения и поведенческих реакций, связанных с повышенной чувствительностью к стрессу у больного алкоголизмом, может провоцировать патологическое влечение – «тягу» к алкоголю и управлять ею.

Алкоголь обладает выраженными анксиолитическими свойствами, в связи с этой способностью его употребление является формой самолечения при возникновении тревоги и развитии тревожного состояния [7–10]. Существует «эпилептогенная концепция» возникновения немотивированного пароксизмально-компульсивного влечения к алкоголю. ГАМК-стимулирующее действие препаратов, усиливающее процессы торможения в мозге, эффективно для купирования симптомов тревожности и депрессии, снижения раздражительности и агрессивности, редукции симптомов абстинентного синдрома и патологического влечения к алкоголю [1, 3, 11].

Вопросы эффективности профилактики и лечения алкоголизма тесно связаны с изучением изменений нейрохимии и нейрофармакологии мозга, лежащих в основе механизмов формирования предпочтения к алкоголю, развития толерантности и синдрома отмены. Злоупотребление алкоголем вызывает нейроадаптивные изменения бензодиазепиновых рецепторов (БДР), модулирующих ГАМК<sub>A</sub>-рецепторы и поддерживающих алкогольную аддикцию [9, 10, 12, 13].

Ранее в наших работах было показано, что введение мета-хлор-бензгидрилмочевины (га-

лодифа) крысам при экспериментальном алкоголизме повышает аффинность БДР в коре головного мозга, что приводит к повышению нейромедиации ГАМК в мозге этих животных и вызывает снижение потребления алкоголя [8, 14]. В большей степени галодиф оказывал эффект на БДР «периферического типа» – митохондриальные рецепторы, лимитирующие перенос холестерина и синтез нейроактивных стероидных гормонов в митохондриях, модулирующих функцию ГАМК<sub>A</sub>Р, преимущественно локализованных в глиальных клетках в мозге.

Нарушенный гомеостаз нейроактивных стероидов (НС) может быть фактором риска для развития психических заболеваний и, наоборот, психофармакологические препараты, модулирующие активность НС, могут вызывать клинические эффекты посредством их влияния на равновесие НС. Изучение эффектов лекарственных препаратов, обладающих модуляторным действием на метаболизм мозга, включая нейростероидогенез, может дать новое понимание основных закономерностей формирования алкогольной мотивации и зависимости, разработать новые подходы к лечению этого заболевания.

В работе исследовались уровни «нейроактивных» стероидных гормонов: кортизола, адренкортикотропного гормона (АКТГ), дегидроэпиандростерона (ДГЭА) и его сульфатированной формы – дегидроэпиандростерона-сульфата (ДГЭА-С) в сыворотке крови у больных алкоголизмом мужчин и у здоровых добровольцев до лечения и на фоне терапии галодифом, показавшим положительную динамику в выраженности патологического влечения к этанолу.

**Материал и методы.** В исследование было включено 68 больных алкоголизмом мужчин в возрасте от 24 до 53 лет (средний возраст составил  $38,3 \pm 8,9$  года), проживающих в Томске. Группу сравнения составили 23 здоровых добровольца, стандартизированных к основной группе по возрасту ( $36,50 \pm 9,51$  года), не предъявлявших на момент исследования никаких жалоб и признанных здоровыми по стандартному набору клинико-лабораторных тестов.

Больные находились на лечении в отделении аддиктивных состояний НИИ психического здоровья с диагнозами в соответствии с рубриками МКБ-10: «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, синдром зависимости» (F10.232) и «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, состояние отмены» (F10.302). Тип течения алкоголизма у обследуемых больных носил среднепрогредиентный характер. Больные с иными психическими и эндокринными расстройствами, а также употребляющие препараты, которые могли изменить уровни стероидных гормонов, в исследова-

ние не включались. У всех обследованных больных отсутствовали диагностированные заболевания печени. Больные, имеющие в анамнезе сведения о коморбидной соматоневрологической патологии, характеризовались выраженным компульсивным (пароксизмальным) влечением к алкоголю, аффективной психопатологической симптоматикой с дистимическими и дисфорическими проявлениями. Исследование влияния терапии с использованием антиконвульсанта галодиф на уровне НС проводили на фоне назначения галодифа в рекомендуемой дозе 300 мг/сут (по 100 мг 3 раза в день) в течение курса терапии длительностью 21 день.

Для определения концентрации нейроактивных стероидных гормонов кровь для исследования забирали у обследуемых лиц (пациентов и здоровых добровольцев) утром натощак. Пациенты были проинформированы о проведении запланированных исследований и дали согласие. Собранные образцы сыворотки крови замораживали и хранили до анализа при температуре  $-70^{\circ}\text{C}$  в морозильной камере. Для определения уровней АКТГ, кортизола, ДГЭА, ДГЭА-С были использованы соответствующие наборы для иммуноферментного анализа (ИФА) фирмы Bio-Rad (Германия) с использованием многофункционального анализатора «Victor» (Priborg Oy, Финляндия) в качестве ИФА-анализатора. Принцип метода универсален. Уровни гормонов во всех исследуемых группах были измерены одновременно. Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартного программного обеспечения «Statistika 8.0» для «Windows». Проведение исследования было одобрено Этическим комитетом НИИ психического здоровья.

**Результаты и обсуждение.** Исследование уровней кортизола и АКТГ выявило их повышенные значения у больных алкоголизмом по сравнению с контрольной группой здоровых добровольцев (рис. 2). Повышенное содержание кортизола характерно для состояний дистресса и депрессивных расстройств в структуре абстинентных состояний, связанных с дефицитом ГАМК. При аффективных расстройствах и при алкоголизме происходит нарушение механизма отрицательной обратной связи, по которому выделяющийся из надпочечников кортизол тормозит продукцию КРФ, в результате чего содержание КРФ, АКТГ и кортизола аномально увеличивается. Повышение базового уровня кортизола может быть из-за аномалий функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси у больных алкоголизмом; эти нарушения, возможно, связаны с нарушениями в нейромедиаторных системах (дофаминергической, глутаматергической, ГАМК) и модуляторной бензодиазепиновой рецепторной системе, участвующих в регуляции ГГН-оси.

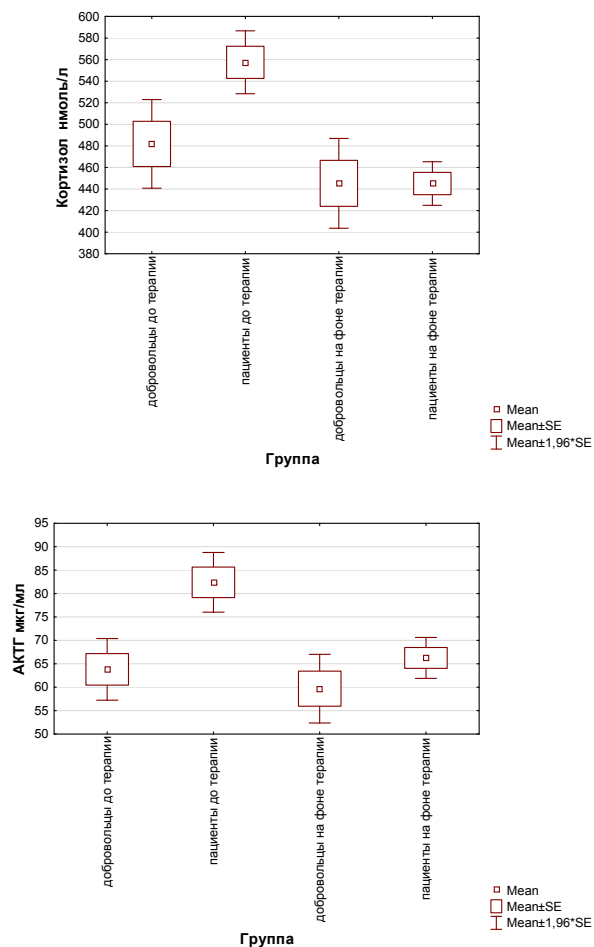


Рис. 2. Статистический анализ уровней кортизола и адреноркортикостерона в сыворотке крови у больных алкоголизмом и добровольцев до и после терапии галодифом

Роль кортизола может быть обусловлена опосредованным действием его метаболитов на ГАМК<sub>A</sub>-рецепторы. Метаболиты кортизола имеют антагонистическое действие на ГАМК<sub>A</sub>-рецепторы. ГАМК-ергические интернейроны являются основным компонентом кортико-лимбической системы, обеспечивая регуляцию ингибиторной и возбуждающей модуляции в корковых и гиппокампальных цепях, и вносят вклад в регуляцию колебательных ритмов, обработку дискриминационной информации и сенсорной информации в кортико-лимбической системе [15, 16].

Стрессовые реакции внутри дисфункциональной системы могут привести к дисбалансу стероидных гормонов. Это, в свою очередь, может вызвать чрезмерное воздействие глюкокортикоидов к соответствующим нейроадаптивным изменениям в разных областях головного мозга. Алкоголь и гормоны стресса вызывают нейроадаптивные изменения в мозге, которые могут способствовать функционально измененному состоянию нейроэндокринной системы и повышенной склонности к возникновению рецидивов, что, в конечном счете, может привести к развитию зависимости.

Выявленное нами значительное снижение уровней ДГЭА и ДГЭА-С (рис. 3) у больных алкоголизмом, скорее всего, является результатом хронического воздействия алкоголя и абстинентного состояния у этих больных.

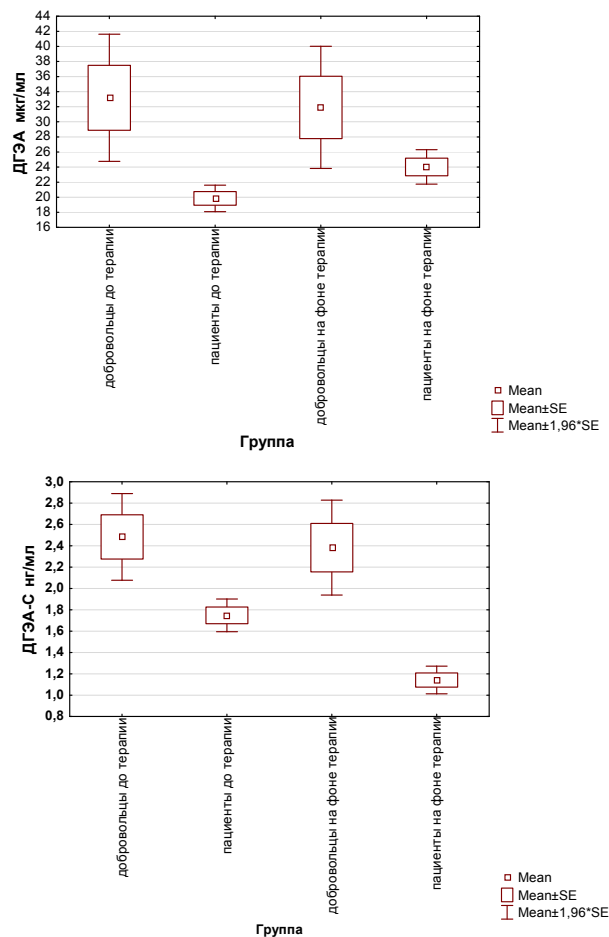


Рис. 3. Статистический анализ уровней ДГЭА и ДГЭА-С в сыворотке крови у больных алкоголизмом и добровольцев до и после терапии галодифом

ДГЭА обладает большой чувствительностью к повышению уровня АКТГ по сравнению с кортизолом. ДГЭА имеет выраженные психотропные эффекты – улучшение памяти, антидепрессивное, анксиолитическое и антиагрессивное действие.

Уменьшение уровня ДГЭА-С у больных алкоголизмом на фоне проводимой терапии галодифом свидетельствует о снижении пула ДГЭА-С в связи с переходом его в более активную несulfатированную форму, имеющую большие показатели липофильности и проницаемости через гематоэнцефалический барьер. ДГЭА и ДГЭА-С обладают сильным антиглюкокортикоидным и нейропротективным воздействием на мозг и способны защитить нейроны от индуцированной глюкокортикоидами нейротоксичности.

Отношение кортизол/ДГЭА имеет особое значение, так как антиглюкокортикоидные эффекты ДГЭА приводят к снижению тревоги и депрессии у людей. Повышение уровня ДГЭА – модулятора ГАМК<sub>A</sub>-рецептора – может повысить общую ГАМК-ергическую проводимость. Снижение повышенного уровня кортизола и соотношения кортизол/ДГЭА, повышение уровня ДГЭА обуславливают положительный прогностический ответ на терапию галодифом.

Повышение значений индекса соотношения кортизол/ДГЭА (табл. 1) у больных алкоголизмом при абстинентном состоянии значительно снижается на фоне проведения курсовой терапии галодифом; но не достигает значения индекса в контрольной группе у здоровых добровольцев. Увеличение уровня ДГЭА на фоне терапии галодифом свидетельствует о стимуляции синтеза ДГЭА и оказывает антиглюкокортикоидный эффект на фоне повышенного уровня кортизола.

Таблица 1

**Соотношение уровней кортизол/ДГЭА в сыворотке крови у больных алкоголизмом и здоровых добровольцев до и после проведения терапии галодифом**

Группа	Кортизол/ДГЭА
Добровольцы до терапии	14,52
Добровольцы на фоне терапии	13,95
Пациенты до терапии	28,07
Пациенты на фоне терапии	18,53

Современные данные исследований в области нейрофармакологии подчеркивают значение НС в регуляции ингибиторной нейротрансмиссии в мозге. Значительная роль отводится нейростероидам в осуществлении новых подходов в терапии трудноизлечимых больных с неврологическими и психическими расстройствами, включая депрессию, шизофрению, алкоголизм, рассеянный склероз и другие нейродегенеративные расстройства. Это может быть связано как с их способностью регулировать ингибиторную нейротрансмиссию в мозге, так и с функцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и гипоталамо-гипофизарно-гонадальной оси, формирования миелина, процессов воспаления и др.

НС являются эндогенными нейромодуляторами, которые могут синтезироваться *de novo* в мозге, так же как и в надпочечниках и гонадах [7, 15]. Известны ингибиторные НС с потенцирующим позитивным ГАМК<sub>A</sub>-модуляторным эффектом и возбуждающие НС со слабым ГАМК<sub>A</sub>-рецепторным антагонистическим действием. Среди этих соединений известны метаболиты прогестерона, деоксикортикостерона, дегидроэпиандростерона (ДГЭА) и тестостерона, усиливающие ГАМК-ергическую нейротрансмиссию и вызывающие анксиолитическое, противосудорожное и седативное действие [15–17].

Согласно нейробиологическим исследованиям, стресс и награда рассматриваются как два основных механизма, участвующих в модуляции гомеостаза в организме, перекрываются в цепи кортико-лимбической системы, которые могут быть нарушены из-за хронического стресса и злоупотребления психоактивными веществами, включая алкоголь. Стресс модулируется, в первую очередь, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системой, конечным продуктом которой является кортизол [18]. Стрессорная система мозга позволяет быстро реагировать на изменения гомеостаза и окружающей среды, но физиологический механизм, который позволяет формировать быстрый и устойчивый ответ на любое воздействие или изменение внутренней среды организма, становится двигателем в развитии патологии, если не достаточно времени и не доступны ресурсы для прекращения действия данного ответа.

**Заключение.** Нарушенный гомеостаз нейроактивных стероидов может быть фактором риска для развития психических заболеваний и нейроактивных стероидов алкоголизма. Психофармакологические препараты, модулирующие активность нейростероидов, могут оказывать клинические эффекты посредством их влияния на равновесие НС. Способность НС снижать активацию ГГН-оси может играть существенную роль в возвращении к нормальному гомеостазу. Этот физиологический эффект является критичным для психического здоровья человека при нарушении его регуляции, связанным с различными психическими расстройствами, включая депрессию, посттравматический стресс, дисфорическое состояние у женщин, связанное с овуляторным циклом, а также алкогольную аддикцию и алкогольный абстинентный синдром.

Система «КРФ – АКТГ – кортизол», обладающая высокой чувствительностью к острому и хроническому воздействию алкоголя, является важной нейромедиаторной системой стресса и тревоги, влияет на баланс нейроактивных стероидов, оказывая выраженное анксиолитическое и анксиогенное действие, имеющая влияние на ГАМК<sub>A</sub>-рецепторную систему мозга, регулирующую, в свою очередь, нейростероидами, представляет важную мишень для поиска новых психофармакологических средств «точечного действия», имеющих антиалкогольную направленность. Лечение с использованием препаратов, модулирующих концентрации этих соединений, может способствовать процессам нейрогенеза, повышать нейрональную выживаемость, процессы миелинизации, улучшать память, снижать нейротоксичность, что особенно важно при токсическом воздействии, связанном со злоупотреблением алкоголя.

Галодиф влияет на уровень нейроактивных стероидов у больных алкоголизмом, оказывающих модулирующее действие на БДР и ГАМК<sub>A</sub>-рецепторный комплекс, что в результате снижает компульсивное влечение к алкоголю. НС являются мишенями для галодифа в терапии компульсивного влечения к алкоголю и алкогольной зависимости, причем это может быть связано с его действием на эмоциогенные зоны мозга – лимбические структуры, что особенно важно, поскольку именно в них локализуется очаг эпилептиформной активности, которая является основой патологического влечения к алкоголю у больных с алкогольной аддикцией.

#### Л и т е р а т у р а

1. Бохан Н. А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 1996. – 46 с.
2. Бохан Н. А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. – 2002. – № 2. – С. 31–37.
3. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 510 с.
4. Шабанов П. Д., Лебедев А. А. Нейрохимические механизмы прилежащего ядра, реализующие подкрепляющие эффекты самостимуляции латерального гипоталамуса // Медицинский академический журнал. – 2012. – Т. 12, № 2. – С. 68–76.
5. Guerri C., Pascual M. Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence // Alcohol. – 2010. – Vol. 44. – P. 15–26.
6. Heilig M., Thorsell A., Sommer W. H. et al. Translating the neuroscience of alcoholism into clinical treatments: from blocking the buzz to curing the blues // Neurosci. Biobehav. Rev. – 2010. – Vol. 35. – P. 334–344.
7. Lu Y. L., Richardson H. N. Alcohol, stress hormones, and the prefrontal cortex: a proposed pathway to the dark side of addiction // Neuroscience. – 2014. – Vol. 277. – P. 139–151.
8. Шушпанова Т. В., Семке В. Я., Солонский А. В., Бохан Н. А., Удут В. В. Бензодиазепиновая рецепторная система мозга человека и крысы в развитии алкогольной аддикции // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – № 5. – С. 50–54.
9. Hulin M. W., Amato R. J., Winsauer P. J. GABAA receptor modulation during adolescence alters adult ethanol intake and preference in rats // Alcohol Clin. Exp. Res. – 2012. – Vol. 36 (2). – P. 223–233.
10. Lovinger D. M., Roberto M. Synaptic effects induced by alcohol // Curr. Top. Behav. Neurosci. – 2013. – Vol. 13. – P. 31–86.
11. Шушпанова Т. В., Семке В. Я., Бохан Н. А., Новожеева Т. П., Солонский А. В., Лебедева В. Ф., Худoley В. Н. Реабилитация больных алкоголизмом с использованием галодифа // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 100–104.
12. Shushpanova T. V., Solonskii A. V. Synaptogenesis and the formation of benzodiazepine receptors in the human brain in conditions of prenatal alcoholization // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2013. – Vol. 43, № 4. – P. 423–430.
13. Shushpanova T. V. Influence of maternal alcoholism on the brain benzodiazepine receptor development in human's embryo and fetus during ontogenesis // Journal of Alcoholism & Drug Dependence. – 2014. – Vol. 2. – P. 176. doi: 10.4172/2329-6488.1000176.
14. Шушпанова Т. В., Солонский А. В., Новожеева Т. П., Удут В. В. Влияние антиконвульсанта мета-хлорбензгидрилмочевины (м-хБГМ) на бензодиазепиновую рецепторную систему мозга крыс при экспериментальном алкоголизме // Бюллетень эксперим. биологии и медицины. – 2013. – Т. 156, № 12. – С. 779–786.
15. Vendruscolo L. F., Estey D., Goodell V. et al. Glucocorticoid receptor antagonism decreases alcohol seeking in alcohol-dependent individuals // J. Clin. Invest. – 2015. – Vol. 125 (8). – P. 3193–3197.
16. Funk C. K., O'Dell L. E., Crawford E. F., Koob G. F. Corticotropin-releasing factor within the central nucleus of the amygdala mediates enhanced ethanol self-administration in withdrawn, ethanol-dependent rats // Journal of Neuroscience. – 2006. – Vol. 26. – P. 11324–11332.
17. Shushpanova T. V., Semke V. Ya., Bokhan N. A. Clinical-biological peculiarities and efficacy of therapy in alcoholic patients of different ethnic groups in Siberia // World Cultural Psychiatry Research Review. – 2015. – Vol. 10 (2). – P. 93–99.
18. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Лобачева О. А., Неvidимова Т. И., Стоянова И. Я. Система иммунитета и психологическая защита в механизмах психоэмоционального стресса. – Ижевск: Изд-во «Книгоград», 2014. – 124 с.

#### Транслитерация русских источников

1. Bokhan N.A. [Clinical-pathodynamic patterns and therapy of alcoholism with comorbid exogenous-organic brain impairment]. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [Abstract of MD thesis]. Tomsk, 1996. 46 p. (In Russ.).
2. Bokhan N.A. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial association of problems]. Narkologija [Narcology]. 2002; 2: 31–37. (In Russ.).
3. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in addiction psychiatry]. Publishing House of Tomsk University, Tomsk, 2009. 510 p. (In Russ.).
4. Shabanov P.D., Lebedev A.A. [Neurochemical mechanisms of the nucleus accumbens realizing the reinforcing effects of self-stimulation of the lateral hypothalamus]. Medicinskij Akademicheskij zhurnal [Medical Academic Journal]. 2012; 12, 2: 68–76. (In Russ.).
8. Shushpanova T.V., Semke V.Ya., Solonsky A.V., Bokhan N.A., Udut V.V. [Brain benzodiazepine receptors in humans and rats with alcohol addiction]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014; 5: 50–54. (In Russ.).
11. Shushpanova T.V., Semke V.Ya., Bokhan N.A., Novozheeva T.P., Solonsky A.V., Lebedeva V.F., Khudoley V.N. [Rehabilitation of alcoholic patients with use of Galodif]. Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009; 5: 100–104. (In Russ.).
14. Shushpanova T.V., Solonsky A.V., Novozheeva T.P., Udut V.V. [Influence of anticonvulsant meta-chlorbenzhydylurea (m-cBHU) on the benzodiazepine receptor system of rat brain in alcoholism in vitro]. Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny [Bulletin of Experimental Biology and Medicine]. 2013; 156, 12: 779–786. (In Russ.).
18. Nikitina V.B., Vetlugina T.P., Lobacheva O.A., Nevidimova T.I., Stoyanova I.Ya. [System of the immunity and psychological defense in mechanisms of psychoemotional stress]. Publishing House KnigoGrad, Izhevsk, 2014. 124 p. (In Russ.).

# МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 612.821:159.924-055.2

ББК 56.14-329+53.571

## КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕН ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

Соловьев А. Г.<sup>\*1</sup>, Киворкова А. Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО Северный ГМУ Минздрава России  
163000, Архангельск, Троицкий проспект, 51

<sup>2</sup> ФГКУ Санаторий «Ессентуки»  
357600, Ессентуки, ул. Фрунзе, 7

Психоэмоциональная лабильность жен военнослужащих порождается множеством факторов специфики воинской службы мужа, что может приводить к нарастающей конфликтности взаимоотношений и снижению удовлетворенности семейной жизнью. В работе представлена динамическая оценка эффективности психокоррекционных мероприятий для жен военнослужащих, находящихся в условиях перманентной внутрисемейной стрессовой ситуации, на основе применения биологической обратной связи. Выявлена активизация механизмов саморегулируемого поведения, психологической самоадаптации, включающей сложные когнитивные и эмоциональные принципы обеспечения целенаправленных действий в стрессовой ситуации, направленной на восстановление саморегуляции эмоций и повышение стрессоустойчивости. **Ключевые слова:** жены военнослужащих, внутрисемейная стрессовая ситуация, биологическая обратная связь, медико-психологическая реабилитация.

### CORRECTION OF PSYCHO-EMOTIONAL STATE IN WIVES OF SERVICEMEN WITH USE OF BIOFEEDBACK.

<sup>1</sup> Soloviev A. G., <sup>2</sup> Kivorkova A. Y. <sup>1</sup> Northern State Medical University. Troitsky Avenue 51, 163000, Arkhangelsk, Russian Federation. <sup>2</sup> Sanatorium "Yessentuki". Frunze Street 7, 357600, Yessentuki, Russian Federation. Psycho-emotional lability of wives of servicemen is generated by many factors such as specifics of military service of their husbands, which can lead to escalation of proneness to conflict in interrelations, and as a consequence, to lower satisfaction with family life. The article presents the efficiency of correctional biofeedback treatment of wives of servicemen who are in stressful family situation. The activation of mechanisms of self-regulatory behavior, psychological adaptation, including complex cognitive and emotional principles to ensure purposeful actions in the stressful situation directed at the restoration of self-regulation of emotions and heightening of stress-resistance was revealed. **Keywords:** wives of servicemen, biofeedback, medico-psychological rehabilitation, stressful family situation.

\* Соловьев Андрей Горгоньевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии, e-mail: ASoloviev1@yandex.ru

Киворкова Александра Юрьевна – к.б.н., медицинский психолог, e-mail: Sandra077@yandex.ru

**Введение.** Повышенный интерес исследователей к изучению взаимовлияния специфики воинской службы и психологического климата семей военнослужащих обусловило появление нового научного направления, связанного с анализом психологических особенностей членов семей военнослужащих и рассматривающего разработку и внедрение программ их психологической адаптации к стрессовым ситуациям, связанным с особенностями военной службы [8]. При этом учитываются не только интересы и потребности разных категорий семей, что определяет содержание психологической работы в армейском микросоциуме, но и сложный внутренний мир каждой отдельно взятой семьи, ее состояние и свойства, а также адаптационные нарушения у военнослужащих [1, 2, 3].

Жены военнослужащих, находясь вне зоны боевых действий, пребывают в состоянии стресса из-за переживаний о судьбе близких, что деструктивно воздействует на психологические характеристики их личности [10]. Перед командировкой мужа жена военнослужащего подвержена широкому спектру эмоций, включающих печаль, беспомощность, плач, беспокойство, депрессию, отчаяние, чувство вины, низкую самооценку, гнев, нетерпимость к детям, опасения, связанные с верностью мужа [12]. Жена военнослужащего, командированного в зону боевых действий, испытывает одиночество, утрату эмоциональной поддержки, тяготы «двойных» обязанностей – не только за себя, но и за отсутствующего главу семьи, трудности в общении с детьми, финансовые ограничения, а также стресс, связанный с перераспределением семейных ролей. Нередко ситуация складывается так, что вернувшийся из командировки военнослужащий вместо душевного комфорта и доверительности общения с членами семьи вынужден сам участвовать в оказании им психологической помощи. Наряду со значительными психологическими проблемами, такими, например, как тревога и нарушения взаимоотношений, у жен военнослужащих могут возникнуть и сопутствующие нарушения соматического здоровья, способствующие распространности психосоматической патологии и снижающие качество жизни [6].

На всех этапах психолого-коррекционной работы важно, чтобы женщины применяли поведенческие стратегии, направленные на уменьшение или сведение к минимуму стресс-факторов и способствующие сохранению здоровья и благополучия членов семьи [4]. Одним из перспективных направлений психокоррекционной работы рассматривается возможность применения интерактивных технологий, включая метод биологической обратной связи (БОС).

Психофизиологическая регуляция с помощью БОС принимает участие во всех функциях человеческого организма, начиная от самых элементарных биохимических реакций и заканчивая крайне сложными видами деятельности человека [9]. Это особый вид обучения, обеспечивающий произвольную регуляцию многих физиологических показателей – частоты сердечных сокращений, электрического сопротивления и температуры кожи, степени напряжения мышц, особенностей дыхания, биоэлектрической активности мозга. С помощью технологий биоуправления удается достичь понимания пациентом интегративной связи между физиологическими реакциями человека, его мыслями, эмоциями, представлениями, с возможностью чувствовать свое тело, обретать способность к тонкой дифференцировке соматических ощущений эмоциональных реакций [11, 7].

**Целью исследования** явилась динамическая оценка эффективности психокоррекционных мероприятий, проведенных женам военнослужащих, находящихся в социально-стрессовой ситуации, с применением биологической обратной связи.

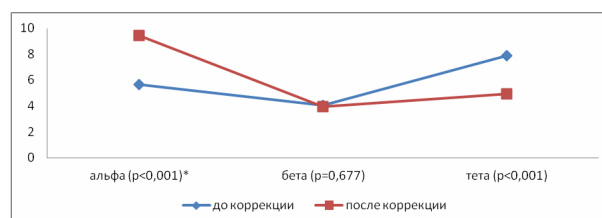
**Материалы и методы исследования.** Нами проведены мероприятия по медико-психологической реабилитации 149 лицам женского пола в возрасте от 22 до 48 лет (средний возраст составил  $39,5 \pm 5,4$  года) – женам военнослужащих, профессиональная деятельность которых связана с командировками в регионы со сложной оперативной обстановкой Южного и Северо-Кавказского федеральных округов. Восстановительные мероприятия проводились на санаторном этапе медико-психологической реабилитации (МПП). Все женщины обратились за помощью в связи с нарушениями эмоционального состояния. На момент первичного осмотра у пациенток преобладали жалобы на немотивированные колебания настроения, плохой сон с частыми пробуждениями, слезливость, безотчетные опасения, тревожность, вспыльчивость, раздражительность, конфликтность.

Для динамической оценки параметров цветового теста М. Люшера применялся аппаратно-программный психодиагностический комплекс (АППДК) «Мультипсихометр» (сертификат соответствия № РОСС RU. СП25.Н00010), позволивший вычислить показатели работоспособности (Р), усталости (У), тревоги (Т), суммарного отклонения от аутогенной нормы (ОАН), эксцентричности (Эк), концентричности (Кц), вегетативного коэффициента (ВК), автономности (Ав), гетерономности (Гр). Методика способствовала выявлению не только осознанного, субъективного отношения испытуемого к цветовым эталонам, но также неосознанных реакций на них [2].

Программа психологической коррекции личностных, психологических переживаний основывалась на принципах кататимно-имажинативной психотерапии (символдрама) с применением мотивов «Ручей», «Гора», «Автостоп» [5]. В реабилитационную программу нами также были включены групповой гетеротренинг и релаксационный тренинг с использованием технологии биологической обратной связи (БОС). Упражнения по выработке навыков релаксации способствовали изменению ряда психологических характеристик, свидетельствующих о снижении напряжения, выраженном в разной степени. Обучение женщин релаксационному БОС-тренингу проводилось с использованием приемов аутогенной тренировки, элементов визуализации, прогрессивной мышечной релаксации, дыхательных упражнений. Программно-аппаратный комплекс «БОСЛАБ» был использован для мониторингования психофизиологических параметров, а также предоставления данных о нервно-мышечной и автономной активности в форме бинарных, аналоговых, слуховых и визуальных сигналов БОС. Комплекс обеспечивал регистрацию, обработку, визуализацию и сохранение в базе данных физиологических сигналов в реальном режиме времени.

**Результаты и обсуждение.** Аномальные личностные и поведенческие реакции жен военнослужащих до проведения коррекционных сеансов характеризовались комплексом психологических параметров в виде тревожных, вегетативных расстройств, высокого уровня нейротизма. Кроме того, на психологическом уровне отрицательные явления, связанные с экстремальными условиями служебной деятельности мужей, выражались в общей дезорганизации поведения, неадекватных реакциях на резкие неожиданные раздражители, снижении работоспособности.

У жен военнослужащих с выработанным в процессе коррекционных сеансов биологической обратной связи навыком произвольного увеличения альфа-ритма наблюдался положительный терапевтический эффект со снижением частоты депрессивных состояний и уровня тревожности (рис. 1).

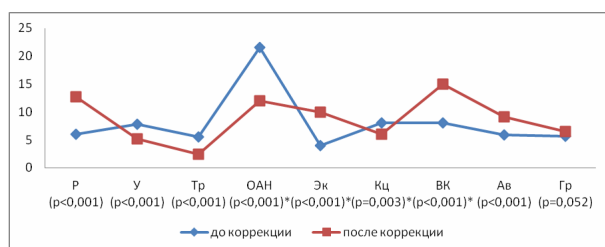


**Рис. 1.** Изменение амплитуды отфильтрованных сигналов ритмов электроэнцефалограммы жен военнослужащих в динамике психокоррекции



Отмеченное в ходе медико-психологической реабилитации увеличение амплитуды альфа-ритма также свидетельствовало о снижении уровня личностной тревожности. При анализе отфильтрованных ЭЭГ-параметров отмечалось значимое повышение базового уровня амплитуды альфа-ритма и снижение тета-активности у женщин, свидетельствующее о повышении устойчивости к стрессу, развитии навыков глубокой психической релаксации. Одновременно с описанными изменениями альфа-тета соотношения изменялось и психоэмоциональное состояние – исчезали симптомы депрессии и тревоги, улучшалось качество ночного сна.

Динамическая оценка эффективности медико-психологической реабилитации после проведения реабилитационных мероприятий по тесту Люшера осуществлялась при помощи компьютерной обработки результатов тестирования на АППДК «Мультипсихометр» (рис. 2).



**Рис. 2.** Критериально значимые показатели по тесту Люшера в процессе проведения медико-психологической реабилитации жен военнослужащих

**Примечание.** Значение р рассчитывали с помощью парного критерия Стьюдента (данные представлены в виде средней арифметической); \* – р рассчитывали с помощью парного критерия Вилкоксона (данные представлены в виде медианы).

Оценка основывалась на критериях, включающих уменьшение показателей «усталость», «тревожность», «стандартное отклонение от аутогенной нормы», увеличение показателя «работоспособность» и вегетативного коэффициента. Ассоциативное выявление психофизиологического состояния жен военнослужащих после коррекционных сеансов по показателю вегетативного коэффициента теста Люшера соответствовало доминированию симпатического отдела вегетативной нервной системы, что отражает оптимальную мобилизацию физических и психических ресурсов, установку на активное действие.

Оценка результатов теста Люшера выявила стабилизацию психоэмоционального состояния жен военнослужащих после реабилитационных мероприятий, что отразилось на приближении предпочитаемой цветовой гаммы к аутогенной норме. Одновременно с изменениями показателя вегетативного коэффициента улучшалось и психологическое состояние женщин – отмечалось преобладание положительных эмоций,

что в ряде наблюдений даже сопровождалось проявлениями гипертимного характера, нивелировались симптомы невротического состояния и тревоги.

**Заключение.** Применение комплексного подхода к объективизации психологических и психофизиологических изменений состояния жен военнослужащих, находящихся в социально-стрессовой ситуации, свидетельствовало о наличии значительных позитивных изменений в процессе медико-психологической реабилитации с исчезновением симптомов депрессии и тревоги. Выявлена положительная динамика отфильтрованных ЭЭГ-параметров, характеризующаяся повышением базового уровня амплитуды альфа-ритма и снижением тета-активности. Отмечено наличие благоприятных сдвигов параметров теста Люшера – рост работоспособности с одновременным снижением усталости и тревожности. Использование биоадаптивного управления способствовало активизации механизмов саморегулируемого поведения, психологической самоадаптации, включающей сложные когнитивные и эмоциональные принципы обеспечения целенаправленных действий в стрессовой ситуации; применение БОС приводило к восстановлению саморегуляции эмоций и повышению устойчивости к стрессу.

#### Л и т е р а т у р а

1. Дмитриева Т. Б., Василевский Г. В., Фастовцов Г. А. Транзиторные психотические состояния у комбатантов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (судебно-психиатрический аспект) // Рос. психиатр. журнал. – 2003. – № 3. – С. 38–42.
2. Дубровский Д. И. Психические явления и мозг. – М.: Наука, 1971. – 386 с.
3. 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. 49–53.
4. Киворкова А. Ю., Соловьев А. Г., Боев И. В., Лекомцева О. В. Медико-психологическая реабилитация жен военнослужащих в условиях внутрисемейной стрессовой ситуации // Психическое здоровье. – 2014. – № 10. – С. 58–61.
5. Лёйнер Х. Кататимное переживание образов / пер. с нем. Я. Л. Обухова. – М.: Эйдос, 1996.
6. Новикова И. А., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 7–11.
7. Святогор И. А., Моховикова И. А. Нейрофизиологические, психологические и клинические аспекты биоуправления потенциалами мозга у больных с дезадаптационными расстройствами // Биоуправление-4: теория и практика. – Новосибирск, 2002. – С. 44–50.
8. Соловьев С. С. Российские офицеры – опора государства или источник нестабильности? (Размышления по поводу динамики уровня жизни семей офицеров) // Социологические исследования. – 1997. – № 5. – С. 26–34.

9. Тауб Э., Скул П. Д. Некоторые методологические соображения по поводу температурной биологической обратной связи // Биоуправление-2 : теория и практика. – Новосибирск, 1998. – С. 33—37.
  10. Туринцева Е. А. Психологическая адаптационная ниша семьи военнослужащего: женский взгляд // Культура и взрыв: социальные смыслы в трансформирующемся обществе : материалы II Всероссийской научной интернет-конференции. – Иркутск, 2010. – С. 195—201.
  11. Шубина О. С. Биоуправление в лечении и диагностике дистимических расстройств (предикторы эффективности) // Биоуправление-2 : теория и практика. – Новосибирск, 1998. – С. 111—121.
  12. McNulty P. A. F. Reported stressors and health care needs of active duty Navy personnel during three phases of deployment in support of the war in Iraq // *Military Medicine*. – 2005. – Vol. 170, № 2. – P.530—535.
- Транслитерация русских источников**
1. Dmitrieva T.B., Vasilevsky G.V., Fastovstov G.A. [Transient psychotic states in combatants suffering from post-traumatic stress disorder (forensic-psychiatric aspect)]. *Rossiiskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2003; 3: 38—42. (In Russ.).
  2. Dubrovsky D.I. [Mental phenomena and brain]. Nauka, Moscow, 1971. 386 p. (In Russ.).
  3. Glumova I.V., Khvostova O.I., Schastnyy E.D. [Medico-psychological and social-psychological conditions, factors and mechanisms of formation of adjustment disorders in workers of special purpose police force]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004; 2: 49—53. (In Russ.).
  4. Kivorkova A.Yu., Soloviev A.G., Boyev I.V., Lekomtseva O.V. [Medico-psychological rehabilitation of wives of servicemen under conditions of stressful family situation]. *Psichicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014; 10: 58—61. (In Russ.).
  5. Leuner H. [Catathymic image experience]. Ya.L. Obukhov, transl. Jejdos, Moscow, 1996. (In Russ.).
  6. Novikova I.A., Sidorov P.I., Soloviev A.G. [Quality of life in psychosomatic diseases]. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny* [Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine]. 2002; 5: 7—11. (In Russ.).
  7. Svyatogor I.A., Mokhovikova I.A. [Neurophysiologic, psychological and clinical aspects of biofeedback of potentials of the brain in patients with disadaptive disorders]. In: [Biofeedback-4: theory and practice]. Novosibirsk, 2002; 44—50. (In Russ.).
  8. Soloviev S.S. [Russian officers-the base of the state or a source of instability? Contemplations on the dynamic of the standard of living of officers' families]. *Sociologicheskie issledovanija* [Sociological investigations]. 1997; 5: 26—34. (In Russ.).
  9. Taub E., Skul P.D. [Some methodological considerations regarding temperature biofeedback]. In: [Biofeedback-2: theory and practice]. Novosibirsk, 1998; 33—37. (In Russ.).
  10. Turintseva E.A. [Psychological adaptive niche of family of a serviceman: female point of view]. *Kul'tura i vzryv : social'nye smysly v transformirujushemsja obshchestve : materialy II Vserossiiskoj nauch. internet-konferencii* [Culture and outburst: social meanings in the transforming society: materials of the IInd Russian Scientific Internet-Conference]. Irkutsk, 2010; 195—201. (In Russ.).
  11. Shubina O.S. [Biofeedback in treatment and diagnostics of dysthymic disorders (predictors of efficiency)]. In: [Biofeedback-2: theory and practice]. Novosibirsk, 1998; 111—121. (In Russ.).

# ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851:616-006-039.07

ББК 56.145.46+53.574.5

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ОНКОДИСПАНСЕРА

Лебедева Е. В.<sup>1,2</sup>, Счастный Е. Д.<sup>1</sup>,  
Симуткин Г. Г.<sup>1</sup>, Рябова Л. М.<sup>2</sup>,  
Кудяков Л. А.<sup>2</sup>, Горшкова Л. В.<sup>1,2</sup>,  
Семке В. А.<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> ОГАУЗ Томский областной онкодиспансер  
634050, Томск, пр. Ленина, 115

В ходе обследования больных амбулаторно-поликлинического отделения онкодиспансера выявлены их ожидания с целью определения целевых групп, организации психотерапии и социально-психологической поддержки. Выделены целевые группы: 1) впервые обратившиеся за онкологической помощью; 2) получающие специфическую терапию; 3) пациенты со злокачественными новообразованиями (ЗНО) III—IV стадий; 4) пациенты с тревожно-депрессивными расстройствами; 5) родственники больных. Психотерапевтическая помощь больным с онкозаболеваниями оказывалась в индивидуальной (психиатрическое консультирование, психотерапия, психообразование, социально-психологическое сопровождение, психофармакотерапия) и групповой (открытая психотерапевтическая группа, групповое консультирование, семейная психотерапия) формах работы. Указанные формы работы реализованы в рамках гуманистического, когнитивно-поведенческого направлений психотерапии. В процессе лечения и реабилитации пациента с онкозаболеванием максимальный положительный эффект достигался в условиях работы междисциплинарной команды, в том числе с участием специалиста службы психического здоровья, привлечением самих пациентов, их родственников и других заинтересованных лиц (волонтеров). **Ключевые слова:** психотерапия, медико-психологическая коррекция, социально-психологическая помощь, онкологические заболевания.

<sup>\*</sup> Лебедева Елена Владимировна, к.м.н., с.н.с. отделения аффективных состояний. Телефон: (83822)723824.

Счастный Евгений Дмитриевич, проф., д.м.н., зав. отд. аффективных состояний, schastnyy@mail.tomsknet.ru

ORGANISATION OF PSYCHOTHERAPEUTIC AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH MALIGNANT TUMORS UNDER CONDITIONS OF ONCOLOGIC DISPENSARY. Lebedeva E. V.<sup>1,2</sup>, Schastnyy E. D.<sup>1</sup>, Simutkin G. G.<sup>1</sup>, Ryabova L. M.<sup>2</sup>, Kudyakov L. A.<sup>2</sup>, Gorshkova L. V.<sup>1,2</sup>, Semke V. A.<sup>1</sup> <sup>1</sup> Mental Health Research Institute. Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. <sup>2</sup> Tomsk Regional Oncologic Dispensary. Lenin Avenue 115, 634050, Tomsk, Russian Federation. During examination of patients of outpatient-polyclinic unit of the oncologic dispensary their expectations were revealed for the purpose of identification of target groups, organisation of psychotherapy and social-psychological support. The target groups were distinguished: 1) persons seeking for oncologic care for the first time; 2) persons receiving specific therapy; 3) patients with stage III-IV malignant tumors (MT); 4) patients with anxiety-depressive disorders; 5) relatives of patients. Psychotherapeutic care for patients with cancer diseases was rendered in individual (psychiatric counseling, psychotherapy, psychoeducation, social-psychological support, psychopharmacotherapy) and group forms of work (open psychotherapeutic group, group counseling, and family psychotherapy). These forms of work are realised within humanistic, cognitive-behavioural directions of psychotherapy. In the process of treatment and rehabilitation of patient with cancer disease the maximum positive effect was achieved under conditions of work of interdisciplinary team including participation of a specialist of mental health service, involvement of patients, their relatives and other interested persons (volunteers). **Keywords:** psychotherapy, medico-psychological correction, social-psychological care, cancer diseases.

**Введение.** Ежегодно во всём мире миллионы людей умирают от онкологических заболеваний. В Томской области в 2014 г. смертность от злокачественных новообразований (ЗНО) составила 17,2 %, а заболеваемость – 429,4 на 100000 населения (1). Известие о наличии имеющегося онкологического заболевания становится тяжелейшей психологической травмой для больного. Необходимость обращения в специализированное медицинское учреждение, прохождение длительного, а нередко и болезненного обследования и лечения, трудности в общении с близкими и другими окружающими людьми, недостаток информации становятся для большинства больных препятствием на пути к восстановлению здоровья. Диагноз «рак» у людей четко ассоциируется с неотвратимым «приговором» на скорую мучительную смерть. Страх смерти, боли и беспомощности, разрушение привычной картины мира и планов на будущее, возможность наступления инвалидности, утраты социального статуса и трудоспособности – все эти факторы имеют огромное влияние на психологическое состояние пациента, могут вызвать дистресс и тяжелую депрессию у любого человека. Онкологическое заболевание часто связано с изменением привычного образа жизни, нарушением или потерей устоявшихся социальных связей, ощущением нестабильности, что зачастую приводит к повышению психологической напряженности, к тяжелым психическим расстройствам (Семке В. Я., Куприянова И. Е.,

Потапкина Е. В. и др., 2011), изменениям личности и суицидам.

Учитывая вышеизложенное, необходимо отметить, что проблема психотерапевтической и социально-психологической помощи больным с онкологической патологией является крайне актуальной в современной медицинской практике. Социально-психологическая реабилитация может значительно улучшить качество жизни больных ЗНО, усилить включение пациентов в лечебно-реабилитационный процесс через приверженность больных рекомендациям онкологов и усиление мотивации борьбы за здоровье (Семке В. Я, Чойнзонов Е. Л., Куприянова И. Е. и др., 2008). В распоряжении специалистов службы психического здоровья (психиатр, психотерапевт, психолог и социальный работник), работающих с данной категорией пациентов, имеется очень широкий выбор форм и методов работы (Дубский С. В., Куприянова И. Е., Чойнзонов Е. Л. и др., 2008), но всегда остаются открытыми вопросы о целевых группах, начале и окончании вмешательства, сроках оказываемой поддержки, комбинации методик в разных условиях работы.

**Цель исследования.** Определение основных целевых групп пациентов и запросов на помощь с целью разработки оптимальной социально-психологической программы реабилитации пациентов с ЗНО и членов их семей в условиях Томского областного онкодиспансера (ТООД).

**Материал и методы.** Всего обследовано 140 больных, обратившихся к психотерапевту ТООД в течение года. В обследованной выборке преобладали женщины – 85 % (n=119), мужчины составили 15 % (n=21). Медиана возраста у женщин составила 55 лет (43–63), у мужчин – 64 года (61–68). Проведено 411 консультаций, из них 140 первичных и 271 повторных.

В ходе исследования использовались клинико-психопатологический и клинико-динамический методы. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ Statistica 8.0. Для оценки параметрических данных при отсутствии нормального распределения признаков использовался критерий Манна-Уитни и критерий Вилкоксона (данные представлялись в виде «медианы и верхнего и нижнего квартилей», статистически значимым считался уровень  $p < 0,05$ ), хи-квадрат – для оценки частот.

**Результаты и обсуждение.** В зависимости от диагностической рубрики психического расстройства распределение пациентов было представлено следующим образом.

**Невротические и связанные со стрессом расстройства (F4)** – 39,3 % (n=55) – наиболее представленная группа пациентов. В клинической картине у таких больных преобладали симптомы острой реакции на стресс и рас-

стройства адаптации. Это пациенты, которые впервые обратились к онкологам в связи с выявленным ЗНО, а также лица с рецидивом ЗНО после длительной ремиссии или излечения. В первую очередь они нуждались в эмпатии, эмоциональной поддержке, информировании о возможных эффективных вмешательствах.

**Аффективные расстройства (F3)** – 51 чел. (36,4 %) заняли второе место по частоте выявления, особенно у пациентов, прошедших первый этап терапии онкологического заболевания (оперативную, лучевую или химиотерапию). Из них на пациентов с впервые возникшим депрессивным эпизодом пришлось 43,9 % (n=25), однако широко представленным оказалось и рекуррентное депрессивное расстройство – 24,5 % (n=14). У 29,8 % (n=17) пациентов выявлялась дистимия; биполярное аффективное расстройство диагностировано у 1 больного (1,8 %). Эта группа пациентов в первую очередь нуждалась в психофармакологическом вмешательстве.

**Органические расстройства (F0)** – 17,9 % (n=25) развивались или усугублялись после проведенной химио- и лучевой терапии у больных старшей возрастной группы. Такие пациенты нуждались в уменьшении выраженности астенической и алгической симптоматики, когнитивных нарушений.

**Субклинические проявления и консультирование в связи с психологическими проблемами** (консультирование неуточненное) (Z71.9) составили 6,3 % (n=9). Это были родственники пациентов, которые нуждались в эмоциональной поддержке, информировании о возможных успешных вмешательствах, особенностях общения и взаимодействия с больным родственником.

Пациенты с выявленными психическими расстройствами (n=131) были распределены по тяжести психического состояния по шкале глобальной клинической оценки (CGI): пограничное состояние – 8,4 % (n=11), слабо выраженные психические нарушения – 25,2 % (n=33), умеренно выраженные психические нарушения – 53,4 % (n=70), значительно выраженные психические нарушения – 13,0 % (n=17).

По ведущему клиническому синдрому пациенты с психическими расстройствами распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1  
Распределение пациентов по клиническому синдрому

Синдром	абс.	%
Астенический	11	8,4
Тревожно-фобический	27	20,5
Тревожно-депрессивный	69	52,7
Дисфорический	14	10,7
Психоорганический	9	6,9
Галлюцинаторно-бредовый	1	0,8

Кроме того, изучено распределение пациентов в зависимости от онкологического диагноза. Первичные обращения без уточненного диагноза (10 % – n=14) наблюдались в связи с мастопатией (4,3 % – n=6), ЗНО молочной железы (27,9 % – n=39), ЗНО матки (12,9 % – n=18), ЗНО предстательной железы (5,7 % – n=8), ЗНО других локализаций (19,3 % – n=27), родственники пациентов (20,0 % – n=28). Наиболее часто за психотерапевтической помощью обращались пациентки с ЗНО молочной железы, а также родственники больных, что может определять формирование психотерапевтических групп пациентов по принципу единого органа поражения или родственников больных.

Из проконсультированных психотерапевтом впервые обратились к онкологам 47,9 % (n=67), уже наблюдались и получали химио- или лучевую терапию 37,1 % (n=52), рецидив ЗНО выявлен у 7,1 % (n=10) и 7,9 % (n=11) пациентов без ЗНО.

83 пациента (59,3 %) однократно посетили психотерапевта. Это были пациенты с острыми аффективно-шоковыми реакциями на факт обнаружения злокачественного новообразования, которые в последующем активно обследовались и включались в терапию и реабилитацию. Также однократно обращались лица без мотивации на получение помощи (в том числе и психотерапевтической) по настоятельной рекомендации онкологов, затрудняющихся с их включением в лечебно-реабилитационные программы. Эти пациенты нуждались в признании их права на отказ от помощи и были проинформированы о возможности продолжения терапии при их согласии и о рисках невмешательства (неконтролируемое прогрессирование ЗНО).

Чуть менее половины (40,7 % – n=57) пациентов обращались к психотерапевту повторно. При использовании только индивидуальной формы работы значительная часть желающих получить психотерапевтическую помощь пациентов с ЗНО не имела бы такой возможности.

Из 112 пациентов с онкозаболеваниями 40,2 % пациентов (n=45) «не хотели знать» стадию своего заболевания. Преимущественно это были лица со средним и среднеспециальным образованием, пассивно выполнявшие назначения врачей-онкологов, но не интересовавшиеся результатами вмешательств. У 36,6 % (n=41) пациентов стадия заболевания еще не была определена, поскольку они первично обратились для обследования, 3,6 % (n=4) имели I стадию ЗНО, II стадию – 9,8 % пациентов (n=11), III–IV стадии – 9,8 % больных (n=11). В 80 % случаев (n=112) психотерапевтическая работа осуществлялась только с пациентом, в 20 % (n=28) за помощью обращались члены семьи пациентов.

Таким образом, лечебно-реабилитационная стратегия в Томском областном онкологическом диспансере была следующей: охватить психотерапевтической и социально-психологической поддержкой максимальное количество пациентов. Были выделены основные целевые группы и определены их запросы на виды помощи.

Во-первых, помощь пациентам, впервые обратившимся к онкологам, должна быть направлена на отреагирование и принятие факта выявления ЗНО, необходимо убедить пациента поверить в эффективность лечения (проводимого в лечебном учреждении) и способность своего организма сопротивляться заболеванию. Особенно важно, чтобы участники групп изменили собственные взгляды на самих себя (или восприятие тех проблем, с которыми они столкнулись, узнав о заболевании): больные должны поверить в собственные силы, знать, что они могут разрешить все свои проблемы более эффективно, получить навыки управления стрессом и использовать их в дальнейшем. В подобной помощи нуждались и пациенты с рецидивом ЗНО. Психотерапевтом использовалась индивидуальная форма работы (консультирование, эмоциональная поддержка, информирование).

Во-вторых, пациенты, справившиеся с шоком и начавшие специфическую терапию, выражали потребность в информации об оптимальных способах подготовки к химиотерапии, лучевой терапии, возможности уменьшения побочных эффектов терапии, способах восстановления после оперативного лечения, а также нуждались в помощи при выстраивании своей жизни, устранении проблем в общении с родными и близкими, окружающими их людьми, медицинским персоналом. После индивидуальной консультации пациенты приглашались для групповой психотерапии или групповой консультации (в перспективе – Школа для пациентов с ЗНО). Пациенты с аффективными расстройствами нуждались в психотерапии (антидепрессивной, нормотимической терапии), в том числе в условиях специализированного стационара, участия в психообразовании, а впоследствии и включении в психотерапевтическую группу и группы самопомощи.

В-третьих, помощь больным с III–IV стадиями ЗНО. В отношении этих пациентов акцент делался на купировании хронического болевого синдрома. Для этого в схему комплексной терапии включались современные антидепрессанты с противоболевым действием и антиконвульсанты-нормотимики (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты). Наряду с улучшением настроения, уменьшением тревоги у пациентов отмечалось облегчение боли. Учитывая, что боль при онкологическом заболевании часто имеет ярко выраженный психоэмоцио-

нальный компонент, важнейшее значение для успешного болеутоления имеет психотерапия, в том числе семейная.

В-четвертых, члены семьи пациентов также нуждались в психотерапевтической помощи и социально-психологической поддержке, чтобы лучше взаимодействовать с членом семьи, страдающим ЗНО и организовать поддерживающее окружение.

С учетом основных выявленных целевых групп и запроса нами разработана программа психотерапевтической помощи и социально-психологической поддержки пациентам с ЗНО и членам их семей в условиях онкодиспансера.

Психотерапевтическая помощь пациентам с онкозаболеваниями оказывалась в индивидуальной или групповой форме с реализацией в рамках гуманистического, когнитивно-поведенческого направлений психотерапии (Бек А., 1996; Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., 1996; Бек А., Раш А., Шо Б. и др., 2003).

Основной целью экзистенциально-гуманистической терапии (Ялом И., 2004, 2014) является помощь клиентам в понимании внутреннего конфликта с «данностями» существования: смертью, свободой, изоляцией, бессмысленностью. Собственно терапия представляет собой попытку анализа ответа на экзистенциальные вопросы жизни и пересмотр некоторых из ответов таким образом, чтобы почувствовать себя значимым и способным в своей жизни на нечто большее через поощрение открытости своему опыту, уверенность и право выбора (чтобы сделать жизнь более аутентичной и реализованной). Инструментом в работе являются особые терапевтические отношения, а не методики или техники.

Когнитивно-поведенческая (или когнитивно-бихевиоральная, КБТ) терапия – проверенный и эффективный вид лечения целого ряда психических расстройств, особенно для терапии аффективных и тревожных расстройств. КБТ использует комбинацию поведенческих и когнитивных техник при лечении симптомов пациента. Терапия фокусируется на обучении пациента контролю над симптомами, коррекции ошибочного стиля мышления и, таким образом, на управлении своим расстройством. Одной из мишеней когнитивно-поведенческой терапии является работа с «мифами», связанными с онкозаболеваниями: «незаметность» для пациентов и врачей; «страшный диагноз – приговор» к мучительной смерти; «смертельное» заболевание, не поддающееся лечению; лечение «калечащими» методами; невозможность справиться с болью. Работа с негативными мыслями и ошибочным мышлением осуществляется по схеме А-В-С. В идеальном варианте на заключительном этапе лечения пациенты должны уметь использовать стратегии, которым их нау-

чили, для того чтобы управлять любыми проблемами, могущими появиться в будущем или в случае рецидива заболевания. Содержание КБТ может быть определено в соответствии с конкретными симптомами и продолжительностью терапии. Когнитивно-поведенческие подходы предполагают обучение методам самопомощи, ведению дневников самонаблюдения.

Также использовались психо- и онкообразовательные направления (информирование пациента об основных симптомах заболевания, методах терапии, способах контроля над симптомами). Информация предоставлялась на соответствующем пациенту уровне и включала сведения о том, каковы типичные проявления этого расстройства, симптомы, осложнения или другие проблемы, каковы причины, отдаленные последствия, какие существуют виды лечения и каковы аргументы «за» и «против» каждого из видов терапии. Разрабатывались и использовались готовые памятки и брошюры для больных, собран банк интернет-ресурсов с соответствующей информацией (Проект Содействие).

В основу предложенной модели положены психотерапевтические принципы К. Роджерса (2002): принятие, тепло, эмпатия, искренность. В работе акцентируется внимание на важности гармоничной связи и рабочих взаимоотношениях с пациентом и его семьей.

Вот лишь некоторые из основных применяемых методов.

*Социально-психологическое сопровождение* как пролонгированная поддержка, эмоционально-психологический контакт с пациентом (в том числе и членами семьи), дающий постоянное ощущение, что человек не одинок, предоставляющий возможность поделиться страхами, получить отклик, принятие, понимание.

Консультация (индивидуально и в группе) – ситуация, когда психотерапевт выбирает инструменты диалога с больным, помогая ему определить свою проблему и решить ее, результатом должно являться изменение в понимании человеком своей ситуации и самостоятельный выбор способов решения проблемы. Темы для обсуждения: «Правильное питание при ЗНО», «Как подготовиться к химиотерапии», «Как облегчить самочувствие после химиотерапии», «Как подготовиться к лучевой терапии», «Какие нагрузки возможны после операции», «Как общаться с врачами-онкологами».

*Открытая психотерапевтическая группа для пациентов и родственников.* В работе группы принимали участие женщины в возрасте 25–75 лет по 4–8 человек. Встречи проходили с регулярностью 1 раз в неделю в течение 1,5 часов на протяжении года. Состав женщин в группе менялся каждые 3–4 месяца. 4 человека посещали практически все встречи. Они активно приглашались психотерапевтом, по-

сколькo уже справились с депрессивными переживаниями, связанными с ЗНО, отрегулировали свои социальные функции и являлись моделью поведения и источником надежды для других пациентов. Они имели опыт разных видов терапии ЗНО, излечились или находились в ремиссии. Они обладали достаточно высоким уровнем синтонности, проявляли способность к сопереживанию и сформировали позитивный взгляд на происходящие в их жизни события. Эти пациентки показали способность оказывать помощь и поддержку другим участникам группы: помогали в уходе за пациенткой с IV стадией заболевания (одной из участниц группы), обменивались домашними заготовками овощей и рецептами, обучали вязанию и другим видам рукоделия, организовывали совместные выходы в театр, прогулки по городу, участвовали в цигун-занятиях. Они стали инициаторами группы самопомощи и активными участниками Томской региональной общественной организации онкобольных, членов их семей и специалистов (ТРОО «Вместе»).

Оказываемое вмешательство реализовывалось пошагово: 1) начало психотерапевтического воздействия с момента первого контакта с пациентом; 2) информирование пациента об основных симптомах, возможных причинах состояния, стандартах и подходах к лечению, особенностях реагирования на заболевание, специфических методах терапии, подготовке к лечению основного заболевания; 3) работа над принятием факта расстройства; 4) работа со страхом смерти/боли/беспомощности; 5) постановка проблемы, определение конкретных целей достижения, выделение задач, выявление приоритетов, источников поддержки; 6) выбор терапевтической тактики, разделение ответственности за эффективность вмешательства; 7) выработка навыков контроля над симптомами (работа с негативными мыслями и чувствами: обидой, виной, раздражением и т. д., которые препятствуют участию в программах реабилитации и восстановления); 8) расширение круга интересов, социальных контактов, значимых ценностей; 9) предотвращение рецидива.

В онкологическом диспансере психотерапевтом при работе с больными применялись 6 основных психотерапевтических техник и приёмов, их краткое описание приведено ниже.

*Дифференцировка мыслей, ощущений, чувств.* Данная техника направлена на преодоление алекситимии, которая мешает справляться с болезнью и эффективно лечиться.

*Психотерапия обиды, вины и других негативных чувств* (работа с негативными мыслями (АВС-схема, когнитивно-поведенческий подход).

*Работа со страхом смерти* как одно из основных направлений с больными ЗНО.

*«Субъективный смысл болезни»* – ассоциативная методика, направленная на анализ переживаний пациента, связанных с ситуацией болезни, выявлением и рефлексией «вторичной» выгоды, коррекцию «проблемного» смысла болезни.

*Методика «Благодарность»:* участникам группы предлагалось написать письмо благодарности конкретному человеку в их жизни (около 10 минут). Затем участники зачитывали свои письма друг другу в парах, делились возникшими мыслями, чувствами, дополняли записи, которые затем вслух зачитывали в группе. Упражнение считалось законченным, когда каждый из участников зачитал письмо благодарности адресату.

*Жизненные перспективы* – когнитивно-бихевиоральная методика с элементами нейролингвистического программирования, направленная на планирование будущего. Пациенту предлагалось поставить 2 цели («планы минимум»: на ближайшее будущее – 1 неделю, на 1 месяц; «планы максимум»: на далекое будущее – на 1 год и далее), осознать их и начать двигаться к их достижению уже в процессе текущей сессии.

Другим важным направлением в работе являлась интеграция пациента в общество через социально-культурную реабилитацию, при этом предусматривалась индивидуальная (консультирование) либо групповая форма работы (посещение культурно-массовых мероприятий – выставок, концертов, кино, музеев); а также направление в центры социальной поддержки населения.

Данная часть работы относится к функциональным обязанностям социального работника. Лица с различными видами ЗНО зачастую утрачивали связи с друзьями, коллегами, соседями, замыкались в себе. Круг их общения ограничивался единичными родственниками и одним-двумя специалистами, оказывающими помощь. Пациенты чувствовали себя одинокими и покинутыми. Поэтому после тщательного изучения истории жизни пациента определялась тактика расширения социальных контактов: возрождение прежних связей или формирование новых. Данная задача решалась с помощью формирования групп самопомощи, что стало возможно уже на этапе консультирования и психотерапии. Во время индивидуальной и групповой работы с пациентами выяснялось их желание организовать свою жизнь: заняться лечебной физкультурой (группа плавания, группа цигун), разрешить себе развлечения (посещение кинотеатров, выставок и лекций в городских библиотеках и Домах культуры). На данном этапе работы важным аспектом является

привлечение других заинтересованных лиц, желающих оказывать поддержку пациентам с ЗНО: волонтерами могут быть организаторы культурно-массовых мероприятий, например, клубные работники, библиотекари, тренеры, студенты, педагоги дополнительного образования и т. д. Приветствовалось оказание поддержки другим пациентам.

Часть пациентов в процессе реабилитации присоединилась к участию в работе общественной организации. Так, на базе ТООД начинающая с 1998 г. функционирует Томская региональная общественная организация инвалидов и онкологических больных (ТРОО «Вместе»). Миссией организации является содействие физическому и психологическому оздоровлению детей и взрослых с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями, формирование здорового духовно-нравственного и физического образа жизни семей как необходимого условия предупреждения тяжелых психосоматических заболеваний и разрушения семьи. Определены основные направления деятельности общественной организации «Вместе»: формирование положительной мотивации семьи к выздоровлению детей и взрослых с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями; формирование целесообразных действий и участия семьи в процессе лечения и восстановления здоровья, а также предупреждения рецидива заболеваний; осуществление социальных, психологических, педагогических и физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни семей и повышение качества их жизни.

Таким образом, в условиях онкодиспансера была организована психотерапевтическая помощь и социально-психологическая поддержка пациентов со злокачественными новообразованиями силами специалистов, пациентов, их родственников и волонтеров.

**Выводы.** Определены основные целевые группы пациентов и их запросы на виды помощи: 1) пациенты с невротическими и связанными со стрессом расстройствами (обычно это впервые обратившиеся к онкологам с потребностью в поддержке, вере в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию). С данной группой пациентов возможна только индивидуальная форма работы (эмоциональная поддержка, консультирование, информирование); 2) пациенты с аффективными расстройствами (и больные с III—IV стадиями ЗНО) в первую очередь нуждались в психофармакотерапии для снижения тревожно-депрессивных симптомов, боли и риска суицидального поведения. Также оптимально-эффективными формами работы являются социально-психологическое сопровожде-

ние, семейная психотерапия; 3) пациенты, справившиеся с шоком и получающие специфическую терапию, с потребностью в информации об оптимальных способах подготовки к терапии, возможности уменьшения побочных эффектов лечения, способах более полного восстановления, планировании будущей жизни, решении проблем в общении. Предпочтительны групповая психотерапия, групповое консультирование, социально-культурная реабилитация; 4) члены семей пациентов с потребностью в поддержке, информировании. Эффективными и экономически обоснованными методами работы могут быть групповая психотерапия, групповое консультирование.

Для указанных выше целевых групп с учетом их ожиданий и запросов в условиях онкодиспансера разработана программа психотерапевтической помощи и социально-психологической поддержки больных с ЗНО и членов их семей. Психотерапевтическая помощь пациентам с онкозаболеваниями оказывалась в индивидуальной (психиатрическое консультирование, психотерапия, психообразование, социально-психологическое сопровождение, психофармакотерапия) и групповой (открытая психотерапевтическая группа, групповое консультирование, семейная психотерапия) формах работы. Указанные выше формы реализованы в рамках гуманистического, когнитивно-поведенческого направлений психотерапии. В процессе лечения и реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями максимальный положительный эффект достигается в условиях работы междисциплинарной команды, в которую входят специалисты, обладающие необходимыми профессиональными знаниями, опытом и навыками работы (в том числе специалисты службы психического здоровья), при условии обязательного привлечения самих пациентов, их родственников и других заинтересованных лиц (волонтеров).

#### Л и т е р а т у р а

1. Здравоохранение Томской области в 2014 году // Статистический сборник. – Томск, 2015. – 70 с.
2. Семке В. Я., Куприянова И. Е., Потапкина Е. В., Семке В. А., Коломиец С. А. Нервно-психические расстройства при различных онкологических заболеваниях (психотерапевтическая и психофармакологическая коррекция) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4 (67). – С. 84–86.
3. Семке В. Я., Чойзонев Е. Л., Куприянова И. Е., Балацкая Л. Н. Развитие сибирской психоонкологии. – Томск, 2008. – 198 с.
4. Дубский С. В., Куприянова И. Е., Чойзонев Е. Л., Балацкая Л. Н. Психологическая реабилитация и оценка качества жизни больных раком щитовидной железы // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 4 (28). – С. 17–21.
5. Проект СО-действие: помощь онкологическим больным. – М., 2015.



6. Бек А. Когнитивная терапия депрессий // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – № 3. – С. 69–92.
7. Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели // Московский психотерапевтический журнал. – 1996. – № 3. – С. 112–140.
8. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
9. Ялом И. Вглядываясь в солнце: жизнь без страха смерти / пер с англ. А. Петренко. – М.: Эксмо, 2014. – 352 с.
10. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия / пер. с англ. Т. Рожковой, Ю. Овчинниковой, Г. Пимочкиной. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2002. – 512 с.
11. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / пер. с англ. Т. С. Драбкиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 2004. – 576 с.

#### Транслитерация русских источников

1. [Healthcare of the Tomsk Region in 2014]. In: [Statistical digest]. Tomsk, 2015. 70 p. (In Russ.).
2. Semke V.Ya., Kupriyanova I.E., Potapkina E.V., Semke V.A., Kolomiets S.A. [Neuropsychiatric mental disorders in various oncological diseases, psychotherapeutic and psychopharmacological correction]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 4(67): 84–86. (In Russ.).
3. Semke V.Ya., Choinzonov E.L., Kupriyanova I.E., Balatskaya L.N. [Development of Siberian psychooncology]. Tomsk, 2008. 198 p. (In Russ.).
4. Dubsky S.V., Kupriyanova I.E., Choinzonov E.L., Balatskaya L.N. [Psychological rehabilitation and life quality assessment for patients with thyroid cancer]. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal* [Siberian Oncological Journal]. 2008; 4(28): 17–21. (In Russ.).
5. [Project CO-action: help to oncological patients]. Moscow, 2015. (In Russ.).
6. Beck A. [Cognitive therapy of depressions]. *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal]. 1996; 3: 69–92. (In Russ.).
7. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B. [Integrative psychotherapy of anxiety and depressive disorders based on cognitive model]. *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal]. 1996; 3: 112–140. (In Russ.).
8. Beck A., Rash A., Sho B., Emery G. [Cognitive therapy of depression]. Piter, Saint-Petersburg, 2003. 304 p. (In Russ.).
9. Yalom I. [Staring at the sun: overcoming the terror of death]. Transl. from Engl. By A. Petренко. Eksmo, Moscow, 2014. 352 p. (In Russ.).
10. Rodgers K. [Client-centered psychotherapy]. Transl. from Engl. By T. Rozhkova, Yu. Ovchinnikova, G. Pimochkina. April Press, Eksmo-Press, Moscow, 2002. 512 p. (In Russ.).
11. Yalom I. [Existential psychotherapy]. Transl. from Engl. by T.S. Drabkina. Independent Firm „Klass”, Moscow, 2004. 576 p. (In Russ.).

УДК 159.9:616.89-008.441.44-057.875  
ББК 53.435+53.57+56.14.322

## ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПАРАСУИЦИДАЛЬНО- СТИ (АНТИВИТАЛЬНОСТИ) И СНИЖЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕ- СКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ СТУ- ДЕНТОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Стоянова И. Я.<sup>\*1,2</sup>, Шухлова Ю. А.<sup>1</sup>,  
Сагалакова О. А.<sup>3</sup>, Труевцев Д. В.<sup>3</sup>,  
Терехина О. В.<sup>1</sup>, Чеканова М. О.<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup> Алтайский государственный университет  
656049, Барнаул, пр. Ленина, 61

Базисные убеждения студентов в образовательной среде рассматриваются как личностные факторы риска формирования антивитаальной и парасуицидальной направленности. Дано определение антивитаальной направленности личности. Выборка исследования – 49 студентов 17–19 лет. Методы психодиагностики: анкета «Психологическая диагностика безопасности образовательной среды» (Баева И. А., 2002), опросник социальной тревоги и социофобии (Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., 2014), опросник «Ранние неадаптивные схемы» (Янг Дж., 1999). Статистическая обработка данных на основе факторного анализа в программе SPSS 22.0. Выявлены факторы риска парасуицидальной и антивитаальной направленности студентов в образовательной среде. Установлено, что избыточная социальная тревога, обусловленная образовательной ситуацией, во многом определяется личностными проявлениями, включая базисные убеждения. С помощью факторного анализа конкретизированы психологические характеристики, являющиеся факторами риска антивитаального поведения студентов. **Ключевые слова:** образовательная среда, студенты, факторы риска, психологическая безопасность, парасуицидальная, антивитаальная направленность, базисные убеждения.

\* Стоянова Ирина Яковлевна, д.п.н., проф. каф. психотерапии и психол. консультирования факультета психологии, с.н.с. отд. пограничных состояний. 89138212511.

Сагалакова Ольга Анатольевна, к.п.н., доцент каф. клинической психологии факультета психологии и педагогики. +79069451680; olgasagalakova@mail.ru

Труевцев Дмитрий Владимирович, к.п.н., доцент, зав. каф. клинической психологии факультета психологии и педагогики, +79609571279, truevtsev@gmail.com

Шухлова Юлия Александровна, аспирант факультета психологии, ushuh@yandex.ru; 89234136296.

Терехина Ольга Владимировна – аспирант факультета психологии, лаборант каф. психотерапии и психологического консультирования и психотерапии факультета психологии; doterekhina@mail.ru; 89234053573.

Чеканова Мария Александровна – студентка 3-го курса факультета психологии.

**PERSONALITY RISK FACTORS OF PARASUICIDAL (ANTIVITAL) BEHAVIOUR AND DECREASE OF PSYCHOLOGICAL SAFETY OF STUDENTS IN EDUCATIONAL ENVIRONMENT.** Stoyanova I. Ya.<sup>1,2</sup>, Shukhlova Yu. A.<sup>1</sup>, Sagalakova O. A.<sup>3</sup>, Truevtsev D. V.<sup>3</sup>, Terekhina O. V.<sup>1</sup>, Chekanova M. O.<sup>1,1</sup> **Mental Health Research Institute.** Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation. <sup>2</sup> **National Research Tomsk State University.** Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russian Federation. <sup>3</sup> **Altay State University.** Lenin Avenue 61, 656049, Barnaul, Russian Federation. Basic beliefs of students in the educational environment are considered as personality risk factors of formation of antivital and parasuicidal directedness. Definition of antivital directedness of the personality was given. Research sample included 49 students aged 17—19 years. Methods of psychodiagnostics: questionnaire "Psychological diagnostics of safety of educational environment" (Bayeva I.A., 2002), questionnaire of social anxiety and sociophobia (Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., 2014), questionnaire "Early Maladaptive Schemas" (Yang J., 1999). Statistical processing of data was carried out based on factor analysis in program SPSS 22.0. Risk factors of parasuicidal and antivital directedness of students in educational environment were revealed. It was identified that excessive social anxiety conditioned by educational situation is determined mainly by personality manifestations including basic beliefs. With use of factor analysis psychological characteristics being risk factors of antivital behaviour of students were specified. **Keywords:** educational environment, students, risk factors, psychological safety, parasuicidal, antivital directedness, basic beliefs.

*Исследование проведено при поддержке гранта РГНФ № 15-16-22017 а(р).*

**Введение.** В настоящее время сохраняется проблема антивитальной и парасуицидальной направленности молодых людей как реакция на неблагоприятные средовые условия [10, 22—25]. Это положение в полной мере относится и к студенческой популяции. Многочисленные исследования подтверждают наличие факторов риска искажений личностного развития, нарушений психического здоровья и личностной идентичности, а также склонности к суицидальному, аддиктивному и парасуицидальному поведению у студентов, связанных с образовательной средой [4, 9, 11, 16—20]. В связи с этим современные исследователи чаще обращаются к изучению проявлений антивитальности и парасуицидальности в образовательной среде [14, 15].

Психологическое содержание термина «антивитальность» впервые рассмотрено Б. В. Зейгарник (1986) на примере анорексии у девушек как описание «целенаправленного голодания». Здесь антивитальность представлена как осознанное желание противодействовать обычным жизненным потребностям. Автор отмечает, что когда личность находится в таком состоянии, то появляется «нарушение подконтрольности поведения, нарушение критической оценки собственных поступков». Показано, что антивитальное поведение способно превратиться в мотив, который носит доминирующий характер и становится первостепенной задачей в жизни личности, все остальное уходит на задний план [6, 7].

Г. А. Амбрумова с соавторами создает целостное определение антивитальной направленности. Это негативные переживания и размышления об отрицании жизни, а также деятельность, направленная против жизни, против биологических (витальных) потребностей. Исследователь выделяет три ступени антивитальных переживаний [8]: 1) пассивные суицидальные мысли, которые сопровождаются фантазиями о своей смерти, самопроизвольная активность: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»; 2) суицидальные замыслы, своеобразная форма репетиции, представление о том, как можно это реализовать, фантазии по поводу места, плана своих действий; 3) суицидальные намерения, возможность из внутреннего переживания запустить это в действие с подключением волевого компонента.

Г. А. Амбрумова так же обращает внимание на то, что длительность такого процесса может носить минутный или приобретать хронический характер, когда индивид в состоянии аффекта продумывает скрупулёзно все свои действия и стремится их реализовать, либо «вынашивает» в себе план действий, изменяя каждодневно нюансы своего замысла.

В представленных определениях отечественных ученых отмечается сходство психологического содержания понятий антивитальности и парасуицидальности.

М. П. Голуб-Бережная (2010) представляет философско-культурологическую интерпретацию понятий «витальная и авитальная активность». Автором предложено определение авитальной активности как формы ухода (выхода) из отчужденного бытия, как неизбежный результат выбора [5].

Наши представления об антивитальном переживании и представления о парасуицидальности рассматриваются как нулевой цикл в формировании суицидального поведения, когда отчетливое намерение еще не сформировано, а антивитальные действия еще не предприняты. Пока это лишь мыслительный процесс, который необходимо вовремя выявить и предотвратить возможную суицидальную активность, если психотравмирующая ситуация будет сохраняться «давящий» эффект [12, 26].

Рассматривая возрастные характеристики как факторы риска парасуицидальной направленности, исследователи отмечают, что юношеский возраст крайне нестабилен в плане становления зрелой личностной идентификации и аддиктивной поисковой активности [3, 16-19, 23, 24]. Обращается внимание и на значимость изучения базисных убеждений, которые способствуют формированию психологической безопасности личности. Из-за неадекватного формирования базисных убеждений, которые закладываются в детстве, могут быть предпосылки к развитию

низкой психологической безопасности [2]. Однако из-за различных проблем, возникающих в образовательной среде, у молодых людей может сформироваться «уязвимость перед оцениванием» как потенциальной угрозы социальному престижу. Опасаясь обнаружить свою несостоятельность, не будучи уверенным в своих коммуникативных способностях и умении совладать с любыми оценочными аспектами, вызванными образовательной ситуацией, студенты могут предпочесть социальную изоляцию и избегание ситуаций, вызывающих тревогу [13, 21].

Таким образом, изучение психологических факторов риска, способствующих формированию антивитальной и парасуицидальной направленности у студентов в образовательной среде, является актуальной задачей медицинской психологии.

В представленном сообщении целью исследования является выявление психологических характеристик как факторов риска, способствующих формированию парасуицидальной направленности и снижению психологической безопасности у студентов.

**Выборка и методы исследования.** В исследовании приняли участие 49 студентов Томского государственного университета в возрасте от 17 до 19 лет, из них 33 юноши и 16 девушек. В качестве методов психодиагностики использованы: анкета «Психологическая диагностика безопасности образовательной среды» (Баева И. А., 2002) [1], опросник социальной тревоги и социофобии (Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., 2014) [8], опросник «Ранние неадаптивные схемы» (Янг Дж., 1999) [13]. Статистическая обработка данных с применением факторного анализа осуществлена в программе SPSS 22.0.

Анкета «Психологическая диагностика безопасности образовательной среды» направлена на определение уровня значимых для студентов в образовательном процессе показателей, включая защищенность, уважение, инициативу.

Опросник социальной тревоги и социофобии предназначен для выявления доминирующего типа социальной тревоги и стратегий совладания в ситуации оценивания, а также склонности к дезадаптации, редукции самореализации.

В представлении Дж. Янга, ранние неадаптивные схемы – это закрепленные когнитивные структуры, возникшие в детстве как следствие дисфункционального отношения со значимыми другими [13]. Опросник включает шкалы заброшенности, недоверия, социальной изоляции, ущербности, несостоятельности, зависимости, чрезмерной близости, подчинения, жертвенности, альтруизма, подавления эмоций, чрезмерной критичности, превосходства, самодисциплины, признания, негативизма, латентного пессимизма.

**Результаты и обсуждение.** Полученные данные заносились в электронную базу и обрабатывались с помощью факторного анализа (метод главных компонент, поворот факторов – Varimax normalized). В результате выявлено 6 факторов риска, включающих характеристики проявлений антивитальности и парасуицидальности в структуре личности студентов, проявляющихся в образовательной среде (табл. 1).

Таблица 1

**Факторный анализ показателей антивитальности у студентов**

Фактор 1. Избыточная интровертированность	
Сдержанность в выражении эмоций (0,908), избегание контактов (0,877), тревога при инициативе (0,846), социальная тревога быть в центре внимания (0,812), преодоление тревоги (0,741), чрезмерная критичность (0,705)	Для этой группы студентов характерно избегание реальной ситуации в образовательной среде социальной реальности. Ощущение психологической безопасности формируется в одиночестве, вдали от окружающего мира. Выражена избыточная ориентация на сохранение самооценки
Фактор 2. Подавление эмоций	
Негативизм (0,835), подавление эмоций (0,658), жертвенность (0,613), социальная изоляция (0,576), уважение преподавателей (0,545)	Выражено стремление быть исполнительным, соответствовать социальным нормам, свои потребности отводить на второй план, при этом формируются негативные эмоции, обусловленные неудовлетворительным к ним отношением значимых других. Аффективные проявления подавляются
Фактор 3. Относительная адаптированность	
Свободная точка зрения (0,902), способность высказать свою точку зрения (0,862), личные проблемы (0,701), социальная тревога и социофобия (0,508)	Склонность к свободному самовыражению, чувство социальной поддержки, возможность высказать свое мнение независимо от ситуации, стремление к сохранению близкого окружения для комфорта и безопасности
Фактор 4. Избыточная сдержанность	
Превосходство (0,955), ущербность (0,846), самодисциплина (0,743)	Чувство превосходства, склонность быть сдержанными в любой ситуации, стремление лишней раз не показывать свои эмоции
Фактор 5. Альтруизм как способ психологической защиты	
Скрытый пессимизм (0,880), альтруизм (0,762), чрезмерная близость (0,542)	Стремление окружить себя «безопасными» людьми, казаться позитивными. Выражены альтруистические тенденции как способ сохранения самооценки
Фактор 6. Недоверчивость	
Защищенность (0,794), недоверие (0,659), настроение (0,570)	Выражены недоверчивость, зависимость от настроения

Результаты исследования свидетельствуют о сходстве и отличительных проявлениях в психологических характеристиках студентов, определяющих риски проявления парасуицидальных тенденций и антивитальности. Так, факторы 1 и 2 схожи по своей структуре, но их главное отличие состоит в том, что фактор 1 характеризует избыточную закрытость, невоз-

возможность выражения эмоций и переживаний в обществе. Показатели фактора 2 свидетельствуют о накоплении негативных эмоций, которые способствуют формированию иррациональных убеждений. Показатели фактора 3 указывают на адаптированность и комфортность в образовательной ситуации студентов, на способность взаимодействовать с преподавателями и сокурсниками. Проблемной зоной и фактором риска здесь является социальная тревога, связанная с самопрезентацией. Фактор 4 свидетельствует о нестабильности и противоположности в отношении себя и других. Подобная склонность к крайностям, которая может проявляться в чувстве собственного превосходства либо в подчеркивании собственной ущербности, также является фактором риска формирования антивитаальных тенденций. Фактор 5 отражает риски формирования зависимых отношений и пессимизм. Фактор 6 свидетельствует об избыточной ориентации на безопасность в связи с выраженной недоверчивостью как фактором риска.

**Заключение.** Таким образом, результаты проведенного исследования выявляют факторы риска парасуицидальной и антивитаальной направленности студентов в образовательной среде. Установлено, что избыточная социальная тревога, обусловленная образовательной ситуацией, во многом определяется личностными проявлениями, включая базисные убеждения. С помощью факторного анализа конкретизированы психологические характеристики, являющиеся факторами риска антивитаального поведения студентов. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости создания программ психологического сопровождения студентов как способов профилактики антивитаальной и парасуицидальной направленности в образовательной среде.

#### Л и т е р а т у р а

1. Баева И. А. Психологическая безопасность образовательной среды: теоретические основы и технологии создания : дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2002.
2. Богомаз С. А., Рубанова А. Л., Шухлова Ю. А. Позитивная система базисных убеждений как фундамент развития личностной зрелости у студентов-первокурсников // Медицинская психология в России. – 2014. – № 2 (25). – URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_2\\_25/nomer/nomer13.php](http://mprj.ru/archiv_global/2014_2_25/nomer/nomer13.php) Дата обращения: 06.10.2015.
3. Бохан Т. Г. Возрастные и социально-психологические характеристики копинг-стратегий в период юношества и ранней взрослости // Сибирский психологический журнал. – 2002. – № 16—17. – С. 35.
4. Бохан Т. Г., Твердохлебова Н. В. Проблемы становления идентичности у подростков и юношей при формировании пивного алкоголизма // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2012. – № 6. – С. 126—130.
5. Голуб-Бережная М. П. Витальная и антивитаальная активности человека как формы выхода из отчужденного бытия // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 7. Философия. – 2010. – № 2 (12). – С. 183—186.
6. Зейгарник Б. В. Патопсихология : учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – 3-е изд., стереотип. – М. : Академия, 2005.
7. Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности. – М., 1980.
8. Ковалев В. В., Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. – М. : Минздрав РСФСР, Московский НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980.
9. Красик Е. Д., Положий Б. С., Крюков Е. А. Нервно-психические заболевания у студентов. – Томск, 1982. – 79 с.
10. Кузнецов М. А., Диамидова Н. Ю. Специфика реагирования на эмоциональный стресс у студентов с разными уровнями эмоциональной креативности. – [http://www.nbu.gov.ua/PORTAL/Soc\\_Gum/VKhnru\\_psyhol/2010\\_35/10.html](http://www.nbu.gov.ua/PORTAL/Soc_Gum/VKhnru_psyhol/2010_35/10.html)
11. Никитина В. Б., Ветлугина Т. П., Лобачева О. А., Невидимова Т. И., Стоянова И. Я. Система иммунитета и психологическая защита в механизмах психоэмоционального стресса. – Ижевск : Изд-во «КнигоГрад», 2014. – 124 с.
12. Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Сагалаков А. М. Моделирование структурными уравнениями нарушение когнитивной регуляции аффекта в ситуациях оценивания при антивитаальной направленности поведения // Universum: Психология и образование. – 2014. – № 12 (11). – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/modelirovanie-strukturnymi-uravneniyami-narusheniy-kognitivnoy-regulyatsii-affekta-v-situatsiyah-otsenivaniya-pri-antivitalnoy>. – Дата обращения: 06.10.2015.
13. Сагалакова О. А., Стоянова И. Я., Труевцев Д. В. Социальная тревога – маркер антивитаального поведения в подростковом и юношеском возрасте // Клиническая и медицинская психология: исследование, обучение, практика. – 2014. – N 4 (6). – URL: [http://www.medpsy.ru/climp/2014\\_4\\_6/article01.php](http://www.medpsy.ru/climp/2014_4_6/article01.php). – Дата обращения: 06.10.2015.
14. Сагалакова О. А., Стоянова И. Я. Когнитивно-перцептивная избирательность и регуляция социальной тревоги в ситуациях оценивания // Известия Алтайского гос. ун-та. – 2015. – № 3—1 (87). – С. 75—80.
15. Бохан Н. А., Стоянова И. Я., Счастный Е. Д., Королев А. А. Патопсихологические характеристики пациентов с двойным диагнозом в контексте суицидального поведения // Суицидология. – 2014. – Т. 5, № 2 (15). – С. 55—59.
16. Сахаров А. В., Говорин Н. В., Тарасова О. А., Плюснина О. Б. Некоторые клинические и социально-психологические характеристики студентов, совершивших суицидальные попытки // Суицидология. – 2014. – № 1 (14). – С. 51—56.
17. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Клинико-динамический подход к систематике аддикций // Наркология. – 2005. – Т. 4, № 12. – С. 30—35.
18. Семке В. Я., Бохан Н. А. Транскультуральная аддиктология. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008. – 588 с.
19. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. – 2006. – № 1. – С. 60—66.

20. 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.
  21. Труевцев Д. В. Ранние неадаптивные схемы при депрессии разной степени тяжести. – URL: <http://www.psy-expert.ru/publ/19-1-0-39>. – Дата обращения: 06. 10. 2015.
  22. Трунов Д. Г. К вопросу об этапах суицидальной активности // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2012. – № 3 (11). – С. 133—139.
  23. Bokhan N. A., Baturin E. V. Gender heteronomy of the formation of heroin addiction in adolescents // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2011. – Vol. 41, № 7. – P. 710—714.
  24. 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.
  25. Risk of Suicide. – URL: <https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Related-Conditions/Suicide>. – Дата обращения: 06.10.2015.
  26. Young J. E., Brown G. Young Schema Questionnaire / Inj. E. Young // Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. – Sarasota, FL : Professional Resource Press, 1999. – P. 63—76.
- Транслитерация русских источников**
1. Bayeva I.A. [Psychological safety of educational environment: theoretic bases and technologies of creation]. *Dis. ... d-ra psihol. nauk* [Thesis of Doctor of Psychology]. Saint-Petersburg, 2002. (In Russ.).
  2. Bogomaz S.A., Rubanova A.L., Shukhlova Yu.A. [Positive system of basic beliefs as a basis of development of personality maturity in first year students]. *Medicinskaja psihologija v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2014; 2(25): URL:[http://mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_2\\_25/nomer13.php](http://mprj.ru/archiv_global/2014_2_25/nomer13.php) Accessed date: 10/06/2015. (In Russ.).
  3. Bokhan T.G. [Age and social-psychological characteristics of coping-strategies in the period of youth and early adulthood]. *Sibirskij psihologicheskij zhurnal* [Siberian Psychological Journal]. 2002; 16—17: 35. (In Russ.).
  4. Bokhan T.G., Tverdokhlebova N.V. [Problems of coming-to-be of identity during formation of beer addiction in adolescents]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]. 2012; 6: 126—130. (In Russ.).
  5. Golub-Berezhnaya M.P. [Vital and antivital human activities as forms of way out from aloof being]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija 7. Filosofija* [Volgograd State University Bulletin. Series 7. Philosophy]. 2010; 2(12): 183—186. (In Russ.).
  6. Zeygarnik B.V. [Pathopsychology: guide for students of high schools]. 3<sup>rd</sup> edition, stereotyped. Academy, Moscow, 2005.
  7. Zeygarnik B.V., Bratus' B.S. [Sketches on psychology of abnormal development of the personality]. Moscow, 1980. (In Russ.).
  8. Kovalev V.V., Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. [Diagnostics of suicidal behaviour: guidelines]. Ministry of Healthcare of RSFSR, Moscow Psychiatry Research Institute, Moscow, 1980. (In Russ.).
  9. Krasik E.D., Polozhy B.S., Kryukov E.A. [Neuropsychiatric diseases in students]. Tomsk, 1982. 79 p. (In Russ.).
  10. Kuznetsov M.A., Diamidova N.Yu. [Specifics of response to emotional stress in students with different levels of emotional creativity]. [http://www.nbuv.gov.ua/PORTAL/Soc\\_Gum/VKhnpu\\_psykhol/2010\\_35/10.html](http://www.nbuv.gov.ua/PORTAL/Soc_Gum/VKhnpu_psykhol/2010_35/10.html) (In Russ.).
  11. Nikitina V.B., Vetlugina T.P., Lobacheva O.A., Nevidimova T.I., Stoyanova I.Ya. [System of the immunity and psychological defense in mechanisms of psychoemotional stress]. Publishing House KnigoGrad, 2014. 124 p. (In Russ.).
  12. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Sagalakov A.M. [Modeling with structural equations of disturbance of affect cognitive regulation in situations of assessment under antivital directedness of behaviour]. *Universum: Psychology and education*. 2014; 12(11): URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/modelirovanie-strukturnymi-uravneniyami-naruseniy-kognitivnoy-regulyatsii-afekta-v-situatsiyah-otsenivaniya-pri-antivitalnoy>. Accessed date: 10/06/2015. (In Russ.).
  13. Sagalakova O.A., Stoyanova I.Ya., Truevtsev D.V. [Social anxiety – marker of antivital behaviour in adolescence and youth]. *Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: issledovaniya, obuchenie, praktika* [Clinical and Medical Psychology: Research, Training, Practice]. 2014; 4(6): URL: [http://www.medpsy.ru/climp/2014\\_4\\_6/article\\_01.php](http://www.medpsy.ru/climp/2014_4_6/article_01.php). Accessed date: 10/06/2015. (In Russ.).
  14. Sagalakova O.A., Stoyanova I.Ya. [Cognitive-perceptive selectivity and regulation of social anxiety in situations of assessment]. *Izvestija Altajskogo gos. un-ta* [Proceedings of Altay State University]. 2015; 3—1(87): 75—80. (In Russ.).
  15. Bokhan N.A., Stoyanova I.Ya., Schastnyy E.D., Korolev A.A. [Pathopsychological characteristics of patients with dual diagnosis in the context of suicidal behavior]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2014; 5, 2(15): 55—59. (In Russ.).
  16. Sakharov A.V., Govorin N.V., Tarasova O.A., Plyusnina O.B. [Clinical and socio-psychological characteristics of students, committed a suicide attempts]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2014; 1(14): 51—56. (In Russ.).
  17. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Clinical-dynamic approach to addictions' systematic]. *Narkologija* [Narcology]. 2005; 4, 12: 30—35. (In Russ.).
  18. Semke V.Ya., Bokhan N.A. [Transcultural addictology]. Publishing House of Tomsk University, 2008. 588 p. (In Russ.).
  19. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. [Personological analysis in the context of addictive states' systematic]. *Narkologija* [Narcology]. 2006; 1: 60—66. (In Russ.).
  20. 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]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2006; 3: 22—25. (In Russ.).
  21. Truevtsev D.V. [Early maladaptive schemas in depression of different degree of severity]. URL:<http://www.psy-expert.ru/publ/19-1-0-39>. Accessed date: 10/06/2015. (In Russ.).
  22. Trunov D.G. [About stages of suicidal activity]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofija. Psihologija. Sociologija* [Perm' University Bulletin. Philosophy. Psychology. Sociology]. 2012; 3(11): 133—139. (In Russ.).

**АВТОРСКИЙ  
УКАЗАТЕЛЬ  
СВПН за 2015 г.\***

Аболонин А. Ф. 3/53, 4/58  
 Абушаева М. О. 2/5  
 Агаркова Л. А. 4/75  
 Аклеев А. В. 2/81  
 Аксенов М. М. 1/43, 2/92, 3/9  
 Алмадакова О. А. 4/13  
 Алтынбеков К. С. 4/80  
 Анкудинова И. Э. 1/67, 1/74, 2/28  
 Арбит Г. А. 4/96  
 Арсаланова С. С. 4/40  
 Артемьев И. А. 2/38, 3/53  
 Артемьева М. С. 3/83  
 Афонская М. И. 2/31, 4/28  
 Ахметзянова А. И. 4/46  
 Бабикова Ю. А. 1/88, 4/90  
 Баранов И. В. 2/5  
 Батухтина Е. И. 2/5, 3/53  
 Белокрылов И. И. 3/111  
 Белокрылова М. Ф. 3/9  
 Бобров А. С. 4/83  
 Богушевская Ю. В. 3/32  
 Бодагова Е. А. 4/40  
 Борисова В. И. 2/31  
 Бородюк Ю. Н. 2/86  
 Бохан Н. А. 1/14, 1/43, 1/51, 2/5, 3/9,  
 3/68, 3/117, 4/18, 4/96  
 Бохан Т. Г. 1/67, 1/83, 2/97  
 Бочкарева И. Ю. 2/28  
 Буртовая Е. Ю. 2/81  
 Буторин Г. Г. 3/71  
 Буторина Н. Е. 3/71  
 Бухарина И. Ю. 4/75  
 Бухаров В. Г. 2/56  
 Ван Ксиджин 3/76  
 Ветлугина Т. П. 3/9, 3/107  
 Вишневская Е. Е. 2/61  
 Воеводин И. В. 1/14, 2/75, 3/53, 3/111  
 Галажинская О. Н. 1/67  
 Гарганеева Н. П. 2/92  
 Герасименко Е. В. 2/103  
 Герасимова Я. В. 1/62  
 Гильбурд О. А. 3/68  
 Говорин Н. В. 1/62, 4/40  
 Голощапов С. И. 1/43

Гончарова Е. М. 1/9  
 Горшкова Л. В. 4/106  
 Гранкина И. В. 1/21, 2/52  
 Гребенюк О. В. 1/43, 3/117  
 Гусев С. И. 4/58  
 Гуткевич Е. В. 1/93  
 Гычев А. В. 3/9  
 Дашиева Б. А. 3/9  
 Джан Же 3/76  
 Дмитриева Е. Г. 2/86  
 Дроздовский Ю. В. 2/48, 3/36  
 Евсеев В. Д. 4/34  
 Епанчинцева Е. М. 2/92  
 Епимахова Е. В. 3/53  
 Ефанова Т. С. 1/31  
 Забежинская И. Д. 3/99  
 Задорожная О. В. 1/34  
 Заливин А. А. 3/36  
 Зарубина Н. Г. 3/63  
 Зеленская В. В. 4/13  
 Зорохович И. И. 3/63  
 Зыкова А. С. 1/5  
 Иванова А. А. 2/92  
 Иванова С. А. 3/25  
 Игнатова Т. В. 2/103  
 Иокст Т. А. 3/107  
 Исмаилова С. Ф. 1/5  
 Казенных Т. В. 3/117, 4/96  
 Калинина Н. В. 3/71  
 Карась С. И. 2/103  
 Карауш И. С. 3/9  
 Каткова М. Н. 2/97  
 Кибардина А. С. 1/43  
 Киворкова А. Ю. 4/102  
 Кирина Ю. Ю. 2/43, 3/63  
 Клембовская Е. В. 3/99  
 Княжева М. А. 4/5  
 Ковалева А. В. 4/83  
 Кожевников В. Н. 3/107  
 Кожевникова Т. А. 3/107  
 Козлов В. А. 4/5  
 Козлова С. М. 2/86  
 Колмакова И. А. 2/97  
 Коломыцев Д. Ю. 2/48  
 Кормилина О. М. 1/56  
 Корнетова Е. Г. 2/86, 3/19, 3/44  
 Костарев В. В. 3/107  
 Костин А. К. 1/43, 2/92  
 Кочеткова Е. Н. 1/83  
 Кочурин А. Г. 3/92  
 Красильников Г. Т. 2/14  
 Краснятова Ю. А. 2/5  
 Краузе Л. А. 4/24  
 Кривоногова Т. С. 1/88, 4/90  
 Кудяков Л. А. 4/106  
 Кузнецов В. Н. 1/67  
 Кулешова Е. О. 3/40

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

- Куприянова И. Е. 1/88, 3/9, 4/90  
 Куфтяк Е. В. 1/74  
 Лазукова А. Г. 3/83  
 Лапанов П. С. 4/71  
 Ласовская Т. Ю. 4/13  
 Лебедева В. Ф. 4/96  
 Лебедева Е. В. 2/5, 3/25, 4/106  
 Левчук Л. А. 3/25  
 Лещенко Л. В. 2/19  
 Лиу Юлю 3/76  
 Лобачева О. А. 2/86, 3/19  
 Логинов И. П. 3/76  
 Лопатин А. А. 2/43, 3/63  
 Лосенков И. С. 3/25  
 Лукьянова Е. В. 3/9  
 Лунина П. С. 3/99  
 Люлина И. Л. 3/63  
 Ляшенко Г. П. 4/34  
 Максимов Д. Е. 2/103  
 Макушкин Е. В. 3/99  
 Макушкина О. А. 4/51  
 Малинина Е. В. 2/65  
 Малыгин Я. В. 1/5  
 Мандель А. И. 3/53, 4/34, 4/96  
 Маркова Е. В. 4/5, 4/96  
 Матвеева Н. П. 2/31, 4/28  
 Микилев Ф. Ф. 3/19, 3/44  
 Мингазов А. Х. 1/74, 2/28  
 Мозговая Е. В. 2/61  
 Муслимова Э. Ф. 3/25  
 Назарова И. А. 3/111, 4/58  
 Невидимова Т. И. 2/5, 3/53  
 Негай Н. А. 4/80  
 Никитина В. Б. 1/43, 3/9  
 Никифорова Т. В. 4/75  
 Никишина В. Б. 4/46  
 Новиков А. П. 3/68  
 Новиков В. В. 1/27, 2/10, 3/80, 4/67  
 Новожеева Т. П. 4/96  
 Овчинников А. А. 1/56, 3/92  
 Паршин А. Н. 2/71  
 Паршукова Д. А. 2/86  
 Патрикеева О. Н. 1/56  
 Перчаткина О. Э. 3/9  
 Петраш Е. А. 4/46  
 Петрова Н. Н. 2/61  
 Пивень Б. Н. 2/19  
 Пирогова А. В. 2/65  
 Плохих А. С. 3/32  
 Погосов А. В. 3/32  
 Потапова В. А. 1/18  
 Прокопьева В. Д. 3/5, 3/53  
 Прокопьева М. Л. 3/48  
 Рахмазова Л. Д. 3/19, 3/68  
 Редченкова Е. М. 2/5  
 Розина А. С. 4/10  
 Ротова И. А. 1/31  
 Рудницкий В. А. 1/43, 2/92, 3/9  
 Рябова Л. М. 4/106  
 Савочкина Д. Н. 2/5  
 Савченко М. Е. 1/51  
 Сагалакова О. А. 4/112  
 Самохин Д. В. 1/9, 2/71  
 Сахаров А. В. 1/62, 4/24  
 Селедцов А. М. 2/43, 3/63  
 Селиванов Г. Ю. 4/18  
 Семин И. Р. 2/56  
 Семке А. В. 2/86, 3/19, 3/44, 4/10, 4/80, 4/96  
 Семке В. А. 4/106  
 Сергиенко Т. Т. 3/25  
 Симуткин Г. Г. 3/25, 4/106  
 Смирнова Л. П. 2/86, 3/9, 3/19  
 Собенников В. С. 3/48  
 Соловьев А. Г. 4/102  
 Солодкая Е. В. 3/76  
 Солонский А. В. 3/53, 4/96  
 Старинская Е. О. 2/103  
 Стоянова И. Я. 2/92, 2/97, 3/107, 4/58, 4/112  
 Стреминский С. Ю. 2/23  
 Строганов А. Е. 2/23, 3/40  
 Султанова А. Н. 3/92  
 Сульдин А. М. 1/51  
 Счастный Е. Д. 1/43, 3/25, 4/75, 4/106  
 Терехина О. В. 4/112  
 Толмачев И. В. 4/75  
 Тошакоева В. А. 3/53  
 Труевцев Д. В. 4/112  
 Тумусов П. С. 4/28  
 Удут В. В. 4/96  
 Федоренко О. Ю. 3/19  
 Филимонов В. Д. 4/96  
 Хоютанова Н. В. 2/31, 4/28  
 Хритинин Д. Ф. 1/9, 1/27, 2/10, 2/71, 3/80, 4/67  
 Царицынский Д. В. 2/103  
 Цыбульская Е. В. 2/92  
 Цыганков Б. Д. 1/5, 3/83  
 Чеканова М. О. 4/112  
 Чжан Сунпэй 3/76  
 Шахметов Б. А. 4/80  
 Шемякина Т. А. 1/88, 4/90  
 Шуклин Р. А. 1/83  
 Шухлова Ю. А. 4/112  
 Шушпанова Т. В. 3/53, 4/5, 4/96  
 Щигорева Ю. Г. 3/19  
 Ю Фенгуй 3/76  
 Яковлева А. Л. 1/39, 3/25  
 Ян Луинг 3/76  
 Ярыгина Е. Г. 3/5  
 Яхимович Л. А. 4/51

**AUTHOR  
INDEX  
SHPAP 2015\***

- Abolonin A. F. 3/53, 4/58  
 Abushaeva M. O. 2/5  
 Afonskaya M. I. 2/31, 4/28  
 Agarkova L. A. 4/75  
 Akhmetzyanova A. I. 4/46  
 Akleev A. V. 2/81  
 Almadakova O. A. 4/13  
 Altynbekov K. S. 4/80  
 Ankudinova I. E. 1/67, 1/74, 2/28  
 Arbit G. A. 4/96  
 Arsalanova S. S. 4/40  
 Artemyev I. A. 2/38, 3/53  
 Artemyeva M. S. 3/83  
 Axenov M. M. 1/43, 2/92, 3/9  
 Babikova Yu. A. 1/88, 4/90  
 Baranov I. V. 2/5  
 Batukhtina E. I. 2/5, 3/53  
 Belokrylov I. I. 3/111  
 Belokrylova M. F. 3/9  
 Bobrov A. S. 4/83  
 Bochkareva I. Yu. 2/28  
 Bodagova E. A. 4/40  
 Bogushevskaya Yu. V. 3/32  
 Bokhan N. A. 1/14, 1/43, 1/51, 2/5, 3/9,  
 3/68, 3/117, 4/18, 4/96  
 Bokhan T. G. 1/67, 1/83, 2/97  
 Borisova V. I. 2/31  
 Borodyuk Yu. N. 2/86  
 Bukharina I. Yu. 4/75  
 Bukharov V. G. 2/56  
 Burtovaya E. Yu. 2/81  
 Butorin G. G. 3/71  
 Butorina N. E. 3/71  
 Chekanova M. O. 4/112  
 Wang Xijin Ван Ксиджин 3/76  
 Galazhinskaya O. N. 1/67  
 Garganeeva N. P. 2/92  
 Gerasimenko E. V. 2/103  
 Gerasimova Ya. V. 1/62  
 Gilburd O. A. 3/68  
 Goloshchapov S. I. 1/43  
 Goncharova E. M. 1/9  
 Gorshkova L. V. 4/106  
 Govorin N. V. 1/62, 4/40  
 Grankina I. V. 1/21, 2/52  
 Grebenyuk O. V. 1/43, 3/117  
 Gusev S. I. 4/58  
 Gutkevich E. V. 1/93  
 Gychev A. V. 3/9  
 Dashieva B. A. 3/9  
 Dmitrieva E. G. 2/86  
 Drozdovsky Yu. V. 2/48, 3/36  
 Efanova T. S. 1/31  
 Epanchintseva E. M. 2/92  
 Epimakhova E. V. 3/53  
 Evseyev V. D. 4/34  
 Fedorenko O. Yu. 3/19  
 Filimonov V. D. 4/96  
 Ignatova T. V. 2/103  
 Ioxt T. A. 3/107  
 Ismailova S. F. 1/5  
 Ivanova A. A. 2/92  
 Ivanova S. A. 3/25  
 Jiang Zhe 3/76  
 Kalinina N. V. 3/71  
 Karas' S. I. 2/103  
 Karaush I. S. 3/9  
 Katkova M. N. 2/97  
 Kazennykh T. V. 3/117, 4/96  
 Khoyutanova N. V. 2/31, 4/28  
 Khritinin D. F. 1/9, 1/27, 2/10, 2/71, 3/80, 4/67  
 Kibardina A. S. 1/43  
 Kirina Yu. Yu. 2/43, 3/63  
 Kivorkova A. Yu. 4/102  
 Klembovskaya E. V. 3/99  
 Knyazheva M. A. 4/5  
 Kochetkova E. N. 1/83  
 Kochurin A. G. 3/92  
 Kolmakova I. A. 2/97  
 Kolomytsev D. Yu. 2/48  
 Kormilina O. M. 1/56  
 Kornetova E. G. 2/86, 3/19, 3/44  
 Kostarev V. V. 3/107  
 Kostin A. K. 1/43, 2/92  
 Kovaleva A. V. 4/83  
 Kozhevnikov V. N. 3/107  
 Kozhevnikova T. A. 3/107  
 Kozlov V. A. 4/5  
 Kozlova S. M. 2/86  
 Krasilnikov G. T. 2/14  
 Krasnyatova Yu. A. 2/5  
 Krause L. A. 4/24  
 Krivonogova T. S. 1/88, 4/90  
 Kudyakov L. A. 4/106  
 Kuftyak E. V. 1/74  
 Kuleshova E. O. 3/40  
 Kupriyanova I. E. 1/88, 3/9, 4/90  
 Kuznetsov V. N. 1/67  
 Lapanov P. S. 4/71  
 Lasovskaya T. Yu. 4/13  
 Lazukova A. G. 3/83  
 Lebedeva E. V. 2/5, 3/25, 4/106

\* After surname and initials of authors by means of sign  
 (/) number of issue where the article of the author is published and number of the first page of the article are given.



- Lebedeva V. F. 4/96  
 Leshchenko L. V. 2/19  
 Levchuk L. A. 3/25  
 Liu Yulu 3/76  
 Lobacheva O. A. 2/86, 3/19  
 Loginov I. P. 3/76  
 Lopatin A. A. 2/43, 3/63  
 Losenkov I. S. 3/25  
 Lukiyanova E. V. 3/9  
 Lunina P. S. 3/99  
 Lyashenko G. P. 4/34  
 Lyulina I. L. 3/63  
 Makushkin E. V. 3/99  
 Makushkina O. A. 4/51  
 Malinina E. V. 2/65  
 Malygin Ya. V. 1/5  
 Mandel A. I. 3/53, 4/34, 4/96  
 Markova E. V. 4/5, 4/96  
 Matveeva N. P. 2/31, 4/28  
 Maximov D. E. 2/103  
 Mikilev F. F. 3/19, 3/44  
 Mingazov A. Kh. 1/74, 2/28  
 Mozgovaya E. V. 2/61  
 Muslimova E. F. 3/25  
 Nazarova I. A. 3/111, 4/58  
 Negai N. A. 4/80  
 Nevidimova T. I. 2/5, 3/53  
 Nikiforova T. V. 4/75  
 Nikishina V. B. 4/46  
 Nikitina V. B. 1/43, 3/9  
 Novikov A. P. 3/68  
 Novikov V. V. 1/27, 2/10, 3/80, 4/67  
 Novozheeva T. P. 4/96  
 Ovchinnikov A. A. 1/56, 3/92  
 Parshin A. N. 2/71  
 Parshukova D. A. 2/86  
 Patrikeeva O. N. 1/56  
 Perchatkina O. E. 3/9  
 Petrash E. A. 4/46  
 Petrova N. N. 2/61  
 Pirogova A. V. 2/65  
 Piven B. N. 2/19  
 Plokhikh A. S. 3/32  
 Pogosov A. V. 3/32  
 Potapova V. A. 1/18  
 Prokopieva V. D. 3/5, 3/53  
 Prokopyeva M. L. 3/48  
 Rakhmazova L. D. 3/19, 3/68  
 Redchenkova E. M. 2/5  
 Rotova I. A. 1/31  
 Rozina A. S. 4/10  
 Rudnitsky V. A. 1/43, 2/92, 3/9  
 Ryabova L. M. 4/106  
 Sagalakova O. A. 4/112  
 Sakharov A. V. 1/62, 4/24  
 Samokhin D. V. 1/9, 2/71  
 Savchenko M. E. 1/51  
 Savochkina D. N. 2/5  
 Schastnyy E. D. 1/43, 3/25, 4/75, 4/106  
 Seledtsov A. M. 2/43, 3/63  
 Selivanov G. Yu. 4/18  
 Semin I. R. 2/56  
 Semke A. V. 2/86, 3/19, 3/44, 4/10, 4/80, 4/96  
 Semke V. A. 4/106  
 Sergienko T. T. 3/25  
 Shakhmetov B. A. 4/80  
 Shchigoreva Yu. G. 3/19  
 Shemyakina T. A. 1/88, 4/90  
 Shukhlova Yu. A. 4/112  
 Shuklin R. A. 1/83  
 Shushpanova T. V. 3/53, 4/5, 4/96  
 Simutkin G. G. 3/25, 4/106  
 Smirnova L. P. 2/86, 3/9, 3/19  
 Sobennikov V. S. 3/48  
 Solodkaya E. V. 3/76  
 Solonsky A. V. 3/53, 4/96  
 Solovyev A. G. 4/102  
 Starinskaya E. O. 2/103  
 Stoyanova I. Ya. 2/92, 2/97, 3/107, 4/58, 4/112  
 Streminsky S. Yu. 2/23  
 Stroganov A. E. 2/23, 3/40  
 Suldin A. M. 1/51  
 Sultanova A. N. 3/92  
 Terekhina O. V. 4/112  
 Tolmachev I. V. 4/75  
 Toshchakova V. A. 3/53  
 Truevtsev D. V. 4/112  
 Tsaritsynsky D. V. 2/103  
 Tsybul'skaya E. V. 2/92  
 Tsygankov B. D. 1/5, 3/83  
 Tumusov P. S. 4/28  
 Udut V. V. 4/96  
 Vetlugina T. P. 3/9, 3/107  
 Vishnevskaya E. E. 2/61  
 Voevodin I. V. 1/14, 2/75, 3/53, 3/111  
 Yakhimovich L. A. 4/51  
 Yakovleva A. L. 1/39, 3/25  
 Yang Liying 3/76  
 Yarygina E. G. 3/5  
 Yu Fengyu 3/76  
 Zabezhinskaya I. D. 3/99  
 Zadorozhnaya O. V. 1/34  
 Zalivin A. A. 3/36  
 Zarubina N. G. 3/63  
 Zelenskaya V. V. 4/13  
 Zhang Congpei 3/76  
 Zorokhovich I. I. 3/63  
 Zykova A. S. 1/5

**Научно-практический  
рецензируемый журнал**

**Сибирский вестник  
психиатрии и наркологии.  
2015. № 4 (89).**

Оригинал-макет СВГН. 2015. № 4 (89) подготовлен  
в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении  
«Научно-исследовательский институт психического здоровья» (Томск)  
выпускающим редактором И. А. Зеленской

---

**Подписано к печати 07.12.2015 г.  
Формат 60x84<sub>1/8</sub>. Печать офсетная.  
Бумага мелованная. Гарнитура «Arial».  
Печ. л. 29,5; усл. печ. л. 27,44; уч.-изд. л. 27,05.  
Тираж 1000 экз. Заказ № 15510.  
Цена договорная**

---

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

**Индекс подписки**  
**66013**