

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 1810-3111 (Print)

ISSN 2587-6716 (Online)

СВПН

**СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY
AND ADDICTION PSYCHIATRY**

SHRAP

Биологические исследования

Клиническая психиатрия

Клиническая наркология

Детско-подростковая психиатрия

Психосоматика

Психотерапия и медицинская психология

Лекции. Обзоры

Психофармакотерапия

Юбилеи

2017. № 4 (97)

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2017. № 4 (97)

Учредитель и издатель:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»

Научно-исследовательский институт психического здоровья (НИИ психического здоровья)

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

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

Томск, Россия
Новосибирск, Россия
Томск, Россия
Томск, Россия
Москва, Россия
Москва, Россия
Москва, Россия
Томск, Россия
Томск, Россия
С-Петербург, Россия
Томск, Россия
Москва, Россия
Москва, Россия
Москва, Россия
Томск, Россия
Москва, Россия
Москва, Россия
Москва, Россия
Москва, Россия

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

Алматы, Казахстан
Томск, Россия
Томск, Россия
Мексика
Москва, Россия
США
Новосибирск, Россия
Калининград, Россия
Новосибирск, Россия
Германия
Нидерланды
Харьков, Украина
Казань, Татарстан
Москва, Россия
Новосибирск, Россия
С-Петербург, Россия
Барнаул, Россия
Швейцария
Кемерово, Россия
Томск, Россия
Красноярск, Россия
Москва, Россия
Владивосток, Россия
Китай
Монголия

Журнал основан в 1996 г. Зарегистрирован в Государственном комитете Российской Федерации по печати. Свидетельство о регистрации № 017413 от 10 апреля 1998 г. Свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № 77-13364 от 19 августа 2002 г. выдано Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук. Включен в базу данных «Российский индекс научного цитирования».

Индекс по каталогу «Роспечать» 66013

Редакция журнала:

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

Выпускающий редактор И.А. Зеленская

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

Телефон/факс: (382-2)-72-44-25. Телефоны: (382-2)-72-35-16, (382-2)-72-43-79. E-mail: mental@tnimz.ru

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

Web-сайт журнала: svpin.org

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

Подписано в печать 11.12.2017 г. Формат 60x84_{1/8}. Печать офсетная.

Бумага мелованная. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 12,75; усл.-печ. л. 11,86; уч.-изд. л. 12,93. Тираж 500 экз. Заказ № 17764.

Цена договорная. Дата выхода в свет 25.12.2017

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

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

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

Scientific-practical journal

Four issues per year

2017. No. 4 (97)

Founder and publisher:

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

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

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

EDITORIAL BOARD

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

Tomsk, Russia
Novosibirsk, Russia
Tomsk, Russia
Tomsk, Russia
Moscow, Russia
Moscow, Russia
Moscow, Russia
Tomsk, Russia
Tomsk, Russia
S-Petersburg, Russia
Tomsk, Russia
Moscow, Russia
Moscow, Russia
Tomsk, Russia
Moscow, Russia
Moscow, Russia
Moscow, Russia
Moscow, Russia

EDITORIAL COUNCIL

Prof. S.A. Altynbekov
MD I.A. Artemyev
MD M.F. Belokrylova
Prof. S. Villaseñor-Bayardo
Prof. N.V. Govorin
Prof. P. Johnson
Prof. V.L. Dresvyannikov
Prof. G.V. Zalevsky
Prof. C.P. Korolenko
Prof. F. Lang
Prof. A. Loonen
Prof. N.A. Maruta
Prof. V.D. Mendelevich
Prof. P.V. Morozov
Prof. A.A. Ovchinnikov
Prof. Yu.V. Popov
Prof. M.I. Rybalko
Prof. N. Sartorius
Prof. A.M. Seledtsov
Prof. I.Ya. Stoyanova
Prof. A.A. Sumarokov
Prof. M.G. Uzbekov
Prof. I.G. Ulyanov
Prof. Hu Jian
Prof. L. Erdenebayar

Almaty, Kazakhstan
Tomsk, Russia
Tomsk, Russia
Mexico
Moscow, Russia
USA
Novosibirsk, Russia
Kaliningrad, Russia
Novosibirsk, Russia
Germany
Netherlands
Kharkov, Ukraine
Kazan, Tatarstan
Moscow, Russia
Novosibirsk, Russia
S-Petersburg, Russia
Barnaul, Russia
Switzerland
Kemerovo, Russia
Tomsk, Russia
Krasnoyarsk, Russia
Moscow, Russia
Vladivostok, Russia
China
Mongolia

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

Index according to catalogue “Rospechat” 66013

Editorial staff:

Responsible secretary PhD O.E. Perchatkina

Production editor I.A. Zelenskaya

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

Tel./fax: + 7 (382-2)-72-44-25. Tel.: + 7 (382-2)-72-35-16, + 7 (382-2)-72-43-79. E-mail: mental@tnimz.ru

Website of the Institute: tomskinstitutemental-health.ru

Website of the journal: svpin.org

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

Signed to press 11.12.2017. Format 60x84_{1/8}. Offset printing.

Coated paper. Font “Times New Roman”.

Printer's sheets 12,75; conventional printer's sheets 11,86; published sheets 12,93. Circulation 500 copies. Order no 17764.

Negotiated price. Date of publication 25.12.2017

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полтавская Е.Г., Савочкина Д.Н. (Томск) Ассоциация полиморфного варианта rs 6746030 гена SCN9A с болевой чувствительностью у лиц с аддитивными расстройствами	5
Потапов А.В., Герасимов А.В., Варакута Е.Ю., Солонский А.В., Свердева Ю.О., Аникина Е.Ю., Мустафина Л.Р., Шушпанова Т.В., Логвинов С.В. (Томск) Реакция нейронов зрительного анализатора на комбинированное воздействие рентгеновских лучей и яркого света	10
Попова Н.П., Егорова В.Е., Дуткин М.П., Полтавская Е.Г., Пожидаев И.В., Хоютанова Н.В., Османова Д.З. (Якутск, Томск) Полиморфизмы генов серотонинового рецептора HTR2A, триптофанпирролазы TDO2, уровень серотонина и психологические особенности при алкоголизме у коренных жителей Республики Саха (Якутия)	15

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Погосов А.В., Богущевская Ю.В. (Курск) Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью	22
Деменова А.А., Ретюнский К.Ю. (Екатеринбург) Психопатологическая дифференциация деперсонализационных расстройств при эндогенной депрессии	31

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Новиков А.П., Рахмазова Л.Д., Гильбурд О.А. (Томск, Сургут) Эпидемиология алкогольной зависимости в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре	38
---	----

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Раева Т.В., Фомушкина М.Г. (Тюмень) Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения	44
Винокуров Е.В., Собенников В.С., Рычкова Л.В., Погодина А.В., Храмова Е.Е., Долгих О.А. (Иркутск) Психические расстройства у девушек-подростков с нарушением менструального цикла – пациенток педиатрического гинекологического стационара	49
Альбицкая Ж.В. (Нижний Новгород) Проблемы ранней инвалидности и социальной адаптации у детей с психическими расстройствами	57

ПСИХОСОМАТИКА

Катерная Ю.Е. (Нижний Новгород) Особенности психического здоровья подростков с отягощенностью соматической патологией у родственников	62
---	----

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Овчинников А.А., Султанова А.Н., Ячников С.В., Трошина А.С., Сычева Т.Ю. (Новосибирск) Особенности базисных убеждений и механизмов психологических защит у наркозависимых	68
---	----

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. (Томск) Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы)	74
Петров А.А., Черняк Н.Б. (Иркутск) Зависимость от компьютерных онлайн-игр как подтип интернет-аддикции (литературный обзор)	82

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Янов С.А., Филинюк О.В., Янова Г.В., Буйнова Л.Н., Колоколова О.В., Кабанец Н.Н. (Томск) Эффективность противопоэтической терапии у больных туберкулезом легких с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя	88
---	----

ЮБИЛЕИ	95
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ СВПН ЗА 2017 Г.	100

BIOLOGICAL RESEARCH

Poltavskaya E.G., Savochnikina D.N. (Tomsk) Association of polymorphic variant rs 6746030 of the gene scn9a with pain sensitivity in persons with addictive disorders	5
Potapov A.V., Gerasimov A.V., Varakuta E.Yu., Solonsky A.V., Sverdeva Y.O., Anikina E.Yu., Mustafina L.R., Shushpanova T.V., Logvinov S.V. (Tomsk) Reaction of neurons of inner layers of the retina on combined influence of ionizing radiation and bright light	10
Popova N.P., Toshchakova V.A., Yegorova V.E., Dutkin M.P., Poltavskaya E.G., Pozhidaev I.V., Khoyutanova N.V., Osmanova D.Z. (Yakutsk, Tomsk) Polymorphisms of the genes of the serotonin receptor HTR2A, of tryptophan pyrrolase TDO2, the level of serotonin and psychological traits in the natives with alcoholism of the Republic of Sakha (Yakutia)	15

CLINICAL PSYCHIATRY

Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. (Kursk) Clinical, personality-psychological and sociodemographic factors hindering patients with somatization disorders from seeking specialized care	22
Demeneva A.A., Retyunsky K.Yu. (Yekaterinburg) Psychopathological differentiation of depersonalization disorders in the endogenous depression	31

CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

Novikov A.P., Rakhmazova L.D., Gilburd O.A. (Tomsk, Surgut) Epidemiology of alcohol dependence in the Khanty- Mansi Autonomous Area – Yugra	38
--	----

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

Raeva T.V., Fomushkina M.G. (Tyumen) Clinical-psychopathological and clinical-psychological features of volition regulation in adolescents with disorders of behavior	44
Vinokurov E.V., Sobennikov V.S., Rychkova L.V., Pogodina A.V., Khramova E.E., Dolgikh O.A. (Irkutsk) Mental health problems among adolescent inpatients with menstrual cycle irregularity	49
Albitskaya Zh.V. (Nizhniy Novgorod) The problem of early disability and social adaptation in children with various mental disorders	57

PSYCHOSOMATICS

Katernaya J.E. (Nizhniy Novgorod) Mental health of the adolescents whose relatives had the somatic pathology ...	62
---	----

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Yaichnikov S.V., Troshina A.S., Sycheva T.Yu. (Novosibirsk) Features of world assumptions and mechanisms of psychological defense in drug addicts	68
--	----

LECTURES. REVIEWS

Brel' E.Yu., Stoyanova I.Ya. (Tomsk) Phenomenon of alexithymia in clinical-psychological studies (literature review)	74
Petrov A.A., Chernyak N.B. (Irkutsk) Dependence on computer online games as a subtype of internet addiction ...	82

PSYCHOPHARMACOTHERAPY

Yanov S.A., Filinyuk O.V., Yanova G.V., Buinova L.N., Kolokolova O.V., Kabanets N.N. (Tomsk) Efficiency of antialcohol therapy in patients with pulmonary tuberculosis and alcohol use disorders	88
---	----

JUBILEES	95
-----------------------	----

AUTHOR INDEX OF SHPAP FOR 2017	100
---	-----

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89:612.825.5:616-009.624

Для цитирования: Полтавская Е.Г., Савочкина Д.Н. Ассоциация полиморфного варианта rs 6746030 гена SCN9A с болевой чувствительностью у лиц с аддиктивными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 5–9. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-5-9](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-5-9)

Ассоциация полиморфного варианта rs 6746030 гена SCN9A с болевой чувствительностью у лиц с аддиктивными расстройствами

Полтавская Е.Г., Савочкина Д.Н.

Научно-исследовательский институт психического здоровья

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук

Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Исследование посвящено изучению взаимосвязи полиморфного варианта гена SCN9A (rs 6746030) с параметрами ноцицепции при формировании аддиктивных расстройств. **Материалы и методы.** Обследовано 129 лиц: 50 пациентов с зависимостью от психоактивных веществ, 29 лиц из группы риска, 50 человек из контрольной группы. Пороги болевой чувствительности и переносимость боли определялись с помощью запатентованного нами метода тензоалгометрии. Генотипирование полиморфного варианта rs 6746030 гена SCN9A проводили методом ПЦР в реальном времени с использованием конкурирующих TaqMan-зондов. **Результаты.** Было показано, что в группе женщин, зависимых от ПАВ, с генотипом AG rs 6746030 гена SCN9A обнаружена тенденция к возрастанию эмоционального восприятия верхнего болевого порога по сравнению с носителями генотипа GG (5,5 (4,5–6,5) и 6,0 (4,0–7,0), усл. ед., приведены Me (25%Q–75%Q); $p=0,086$). Генотип AG rs 6746030 гена SCN9A и мутантный вариант аллеля A вносят вклад в формирование аддиктивной патологии на этапах формирования зависимости от ПАВ среди лиц женского пола. **Заключение.** Полученные результаты позволяют предположить, что полиморфный вариант rs 6746030 гена SCN9A может вносить вклад в субъективное восприятие болевых ощущений на разных этапах формирования аддиктивной патологии, связанных с изменением показателей болевой чувствительности

Ключевые слова: ген SCN9A, ноцицепция, аддиктивные расстройства.

ВВЕДЕНИЕ. В настоящее время установленным фактом является наличие генетически детерминированных механизмов биологической предрасположенности к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) и развитию синдрома зависимости [1, 2, 3, 4]. В клинической практике измерение болевой чувствительности актуально для оценки алгических синдромов разного генеза и могут быть использованы для оценки течения психических расстройств. Индивидуальные различия болевой ответа используются в качестве инструмента исследования ноцицептивных механизмов и рассматриваются как основа для персонализированного подхода к боли [5, 6]. Особого внимания заслуживают изменения болевой чувствительности при формировании аддиктивного поведения. Длительное употребление опиоидов приводит к повышению болевой чувствительности – возникновению опиоидно-индуцированной гипералгезии [7].

Все больше данных свидетельствует о том, что генетические факторы вносят значительный вклад в индивидуальные различия болевой чувствительности [8]. Натриевый канал NaV1.7, кодируемый геном SCN9A, преимущественно экспрессируется в ноцицептивных первичных сенсорных нейронах, где он усиливает деполяризацию [9, 10]. Было показано, что полиморфизм rs 6746030 гена SCN9A, который характеризуется аминокислотной заменой R1150W, может влиять на болевую чувствительность, изменяя

потенциал покоя в NaV1.7 [11]. Мутации в гене SCN9A связывали с синдромами как сниженного, так и повышенного восприятия боли [12]. Генотипирование SCN9A в нескольких исследованиях при хронических болевых состояниях, показало, что при рассмотрении групп с аналогичными клиническими проявлениями, но с различным уровнем боли, выявляется связь между полиморфизмом rs 6746030 и восприятием боли [13, 14]. С изменением болевого порога была выявлена ассоциация аллеля A полиморфизма rs 6746030 [13]. Таким образом, актуальным является поиск предикторов аддиктивных расстройств, включающих молекулярно-генетические и ноцицептивные характеристики.

Цель исследования – изучение ассоциации полиморфизма rs 6746030 гена SCN9A с параметрами болевой чувствительности и его роли при формировании психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследование проведено у 129 испытуемых обоего пола (средний возраст 23,4±6,4 года). Обследованные были разделены на группы: 1) лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (наркологические пациенты) (n=50) (26 мужчин и 24 женщины), 2) условно здоровые лица (контрольная группа) (n=50) (32 мужчины и 18 женщин), 3) лица,

эпизодически и случайно употребляющие психоактивные вещества, согласно классификации Э.Е. Бехтеля (группа риска) (n=29) (14 мужчин и 15 женщин).

Исследование проводилось на базе отделения аддиктивных состояний клиники, лабораторий клинической психонейроиммунологии и нейробиологии, молекулярной генетики и биохимии НИИ психического здоровья г. Томска.

Контрольную группу составили студенты средних специальных и высших учебных заведений.

При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинкской декларации ВМА.

Клиническая верификация осуществлялась психиатрами-наркологами в соответствии с МКБ-10, диагноз квалифицировался как «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ» (шифр F1): употребление с вредными последствиями (F1x.1) и синдром зависимости (F1x.2). Среди диагнозов, выставленных по МКБ-10, у 80% пациентов наблюдались психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением опиоидов (F11.1, F11.2).

Критериями включения больных в группу обследованных явились верифицированный диагноз, письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании, возраст 14–29 лет.

Критериями исключения явились эндогенные психические расстройства и умственная отсталость, неврологическая патология, соматические расстройства в стадии обострения.

Для группы риска и контрольной группы критериями включения были письменное информированное согласие добровольца на участие в исследовании, возраст, сопоставимый с возрастом в группе пациентов. Критериями исключения были наличие психических расстройств, неврологической патологии, соматических расстройств в стадии обострения.

Пороги болевой чувствительности и переносимость боли определялись с помощью запатентованного нами метода тензоалгометрии (ТАМ), который позволяет оценить пороги болевой чувствительности – минимальное болевое ощущение, которое субъект в состоянии распознать (нижний болевой порог) (БН), а также порог переносимости боли (верхний болевой порог) (БВ) [15]. Результаты тензоалгометрии оценивались в условных единицах (усл. ед.). Для оценки эмоционального отношения к боли использована визуально-аналоговая шкала [16]. Генотипирование полиморфного варианта гена SCN9A (rs 6746030) проводили методом ПЦР в реальном времени на амплификаторе Step One Plus TM Real-Time PCR System (Applied Biosystems, США) с использованием наборов TaqMan Validated SNP Genotyping Assay (Applied Biosystems, США).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы SPSS 21.0 с использованием непараметрических методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования были получены данные о распределении частот генотипов и аллелей rs 6746030 гена SCN9A в сравниваемых группах (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Группа	Генотип			Аллель		Критерий Фишера p-value
	GG (n=99)	AG (n=28)	AA (n=2)	G	A	
Контрольная	39 78,0%	10 20,0%	1 2,0%	88 88,0%	12 12,0%	5,114 p=0,210
Группа риска	26 89,7%	3 10,3%	0 0%	55 94,8%	3 5,2%	
Наркологические пациенты	34 68,0%	15 30,0%	1 2,0%	83 83,0%	17 17,0%	

По данным международного проекта НарМар, частоты аллелей А и G полиморфного варианта rs 6746030 в европейских популяциях составляют 13% и 87% соответственно и не отличаются от полученных в проведенном исследовании частот аллелей в группе здоровых лиц.

При анализе частот генотипов и аллелей гена SCN9A (rs 6746030) в сравниваемых группах не было обнаружено статистически значимых различий (p=0,210).

Следующим этапом исследования было сравнение частот генотипов и аллелей исследуемого локуса в выборке с учетом половой принадлежности обследуемых – в группах мужчин и женщин, разделенных на подгруппы по тому же принципу: 1) группа лиц, зависимых от ПАВ, 2) группа лиц, эпизодически употребляющих ПАВ, 3) условно здоровые лица. В группе мужчин распределение частот генотипов и аллелей rs 6746030 гена SCN9A статистически значимо не различалось (p=0,898).

Среди обследованных женщин не оказалось лиц с генотипом AA по локусу rs 6746030, поэтому сравнение проводилось с изучением только двух аллельных вариантов: гомозиготный генотип GG и гетерозиготный генотип GA. При сравнении частот генотипов и аллелей полиморфного варианта rs 6746030 гена SCN9A в группе женщин обнаружены достоверные различия на уровне значимости p=0,034 (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Группа	Генотип		Аллель		Критерий Фишера p-value
	GG	AG	G	A	
Контрольная	20 83,3%	4 16,7%	44 91,7%	4 8,3%	6,786 p=0,034* p ₁₋₂ =0,631 p ₁₋₃ =0,858 p ₂₋₃ =0,063
Группа риска	14 93,3%	1 6,7%	29 96,7%	1 3,3%	
Наркологические пациенты	10 55,6%	8 44,4%	28 77,8%	8 22,2%	

П р и м е ч а н и е. * – Уровень значимости p-value < 0,05; p₁₋₂, p₁₋₃, p₂₋₃ – уровни значимости p-value при попарных сравнениях с поправкой Бенджамина–Хочберга.

При дальнейшем попарном сравнении генотипов выявлены различия на уровне статистической тенденции ($p=0,063$) между женщинами, эпизодически употребляющими ПАВ, и зависимых от них. Так, в группе зависимых от ПАВ женщин выявлено 44,4% носителей гетерозиготного генотипа AG и 55,6% гомозиготного генотипа GG. В группе лиц с эпизодическим употреблением ПАВ эти частоты составляли 6,7% и 93,3% соответственно.

При попарном сравнении частот аллелей исследуемого локуса с применением поправки Бенджамина–Хочберга выявлено различие на уровне статистической тенденции ($p=0,09$) между группой женщин, зависимых от ПАВ, и группой женщин, эпизодически употребляющих ПАВ. В группе зависимых от ПАВ аллель А встречается чаще, чем в группе лиц с эпизодическим употреблением.

Необходимо отметить, что частота минорного аллеля А в группе зависимых от ПАВ женщин составляет 22,2%, что почти в 2 раза выше популяционной частоты для европейских популяций. В то же время в группах здоровых лиц и лиц с эпизодическим употреблением ПАВ частота аллеля А rs 6746030 гена SCN9A ниже популяционной.

Следующим этапом исследования было изучение ассоциации полиморфизма rs 6746030 гена SCN9A с параметрами болевой чувствительности при формировании аддиктивной патологии. Показатели болевой чувствительности оценивались среди мужчин и женщин в сравниваемых группах в зависимости от носительства различных генотипов по полиморфному варианту rs 6746030 гена SCN9A.

На данном этапе исследования влияния различных генотипов полиморфного варианта rs 6746030 гена SCN9A на эмоциональное восприятие болевых порогов у лиц мужского пола в сравниваемых группах не выявлено.

Было показано, что именно носители генотипа AG rs 6746030 гена SCN9A женского пола, зависимые от ПАВ, характеризуются повышением верхнего болевого порога (сниженная чувствительность), сочетающимся с положительной эмоциональной оценкой восприятия болевых ощущений.

Так, для носителей гетерозиготного аллеля AG rs 6746030 гена SCN9A эмоциональная оценка верхнего болевого порога составила 5,5 (4,5–6,5) усл. ед., а для носителей гомозиготного аллеля GG – 6,0 (4,0–7,0) усл. ед. ($\chi^2=2,946$, $p=0,086$). Значение верхнего болевого порога у носителей гетерозиготного аллеля AG составило 15,0 (10,5–16,0) усл. ед. и для носителей гомозиготного аллеля GG 11,5 (7,5–15,0) усл. ед. соответственно ($\chi^2=1,572$, $p=0,210$). Приведены значения Me (25%Q–75%Q).

Исходя из полученных данных, можно предположить, что минорный аллель А, по литературным данным связанный с нечувствительностью к боли [17, 18] и представленный в гетерозиготном генотипе AG, может вносить вклад в субъективное восприятие болевых ощущений у женщин с зависимостью от ПАВ, снижая чувствительность к боли.

В группе здоровых женщин с генотипом AG rs 6746030 гена SCN9A, напротив, были получены достоверные различия эмоционального восприятия боли, сочетающиеся с повышенной чувствительностью (снижение нижнего болевого порога). Так, для носителей гетерозиготного аллеля AG rs 6746030 гена SCN9A эмоциональная оценка нижнего болевого порога составила 1,0 (1,0–1,5) усл. ед., а для носителей гомозиготного аллеля GG – 2,0 (2,0–3,75) усл. ед. ($\chi^2=4,537$, $p=0,033$). Значение нижнего болевого порога у носителей гетерозиготного аллеля AG составило 3,5 (1,5–8,0) усл. ед. и для носителей гомозиготного аллеля GG – 6,5 (4,5–9,0) усл. ед. соответственно ($\chi^2=1,454$, $p=0,228$). Приведены значения Me (25%Q–75%Q).

Ген SCN9A принадлежит к семейству генов, модулирующих работу натриевых каналов, которые переносят положительно заряженные атомы натрия (ионы натрия) в клетки и играют ключевую роль в способности клетки генерировать и передавать электрические сигналы. Ген SCN9A регулирует работу альфа-субъединицы натриевого канала NaV1.7. Натриевые NaV1.7 каналы находятся в нервных клетках – ноцицепторах, которые передают болевые сигналы. Полиморфный вариант rs 6746030 гена SCN9A представляет из себя несинонимичную мутацию в кодирующей части гена. Вероятно, наличие мутантного аллеля А по данному локусу в генотипе может приводить к нарушению работы натриевых каналов NaV1.7 и, как следствие, изменять болевую чувствительность [18, 13].

Полученные результаты позволяют предположить, что полиморфный вариант rs 6746030 гена SCN9A может вносить вклад в субъективное восприятие как нижнего болевого порога, так и верхнего, что делает данный локус более интересным и актуальным для исследования показателей ноцицепции на разных этапах формирования аддиктивной патологии, связанных с изменением показателей болевой чувствительности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам исследования было показано, что в группе женщин, зависимых от ПАВ, с генотипом AG rs 6746030 гена SCN9A выявлена тенденция к более положительному эмоциональному восприятию повышенного верхнего болевого порога по сравнению с носителями генотипа GG (5,5 (4,5–6,5) и 6,0 (4,0–7,0), усл. ед. Приведены значения Me (25%Q–75%Q); $p=0,086$). Генотип AG rs 6746030 гена SCN9A и мутантный вариант аллеля А вносят вклад в формирование аддиктивной патологии на этапах формирования зависимости от ПАВ среди лиц женского пола.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено при поддержке РФФИ (проект № 17-36-01113).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета НИИ психического здоровья № 99 от 17 апреля 2017. Дело № 99/13.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохина И.П., Кибитов А.О., Шамакина И.Ю. Генетика зависимости от психоактивных веществ. Наркология. Национальное руководство. М.: Гэотар-Медиа, 2008: 52–84.
2. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009: 510.
3. Иванова С.А., Ветлугина Т.П., Бохан Н.А., Эпштейн О.И. Иммунобиология аддитивных расстройств: механизмы психонейроиммунотуляции. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2002; 1: 50–57.
4. Семке В.Я., Мельникова Т.Н., Бохан Н.А. Нейробиологические механизмы алкоголизма. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2002; 102 (8): 61–66.
5. Fillingim R.B. Individual differences in pain responses. *Curr Rheumatol Rep*. 2005; 7 (5): 342–347.
6. Fillingim R.B. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain*. 2017; 158 (1): 11–18.
7. Савочкина Д.Н., Невидимова Т.И., Батухтина Е.И., Бохан Н.А. Сравнительная характеристика болевой и обонятельной чувствительности у лиц с аффективными и аддитивными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 2 (87): 5–9.
8. Fillingim R.B., Wallace M.R., Herbstman D.M., Ribeiro-Dasilva M., Staud R. Genetic contributions to pain: a review of findings in humans. *Oral Dis*. 2008; 14 (8): 673–682.
9. Toledo-Aral J.J., Moss B.L., He Z.J., Koszowski A.G., Whisenand T., Levinson S.R., Wolf J.J., Silos-Santiago I., Halegoua S., Mandel G. Identification of PN1, a predominant voltage-dependent sodium channel expressed principally in peripheral neurons. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1997; 94 (4): 1527–1532.
10. Djouhri L., Newton R., Levinson S.R., Berry C.M., Caruthers B., Lawson S.N. Sensory and electrophysiological properties of guinea-pig sensory neurones expressing Nav 1.7 (PN1) Na⁺ channel alpha subunit protein. *J Physiol*. 2003; 546 (2): 565–576.
11. Estacion M.A., Harty T.P., Choi J.S., Tyrrell L., Dib-Hajj C.D., Waxman C.G. Sodium channel gene SCN9A polymorphism that increases nociceptor excitability. *Ann Neurol*. 2009; 66 (6): 862–866.
12. Reeder J.E., Byler T.K., Foster D.C., Landas S.K., Okafor H., Stearns G., Wood R.W., Zhang Y., Mayer R.D. Polymorphism in the SCN9A voltage-gated sodium channel gene associated with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Urology*. 2013; 81 (1): 210.
13. Reimann F., Cox J.J., Belfer I., Diatchenko L., Zaykin D.V., McHale D.P., Drenth J.P., Dai F. Pain perception is altered by a nucleotide polymorphism in SCN9A. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2010; 107 (11): 5148–5153.
14. Duan G., Guo S., Zhang Y., Ying Y., Huang P., Wang Q., Zhang L., Zhang X. The effect of SCN9A variation on basal pain sensitivity in the general population: an experimental study in young women. *Pain*. 2015; 16 (10): 971–980.
15. Невидимова Т.И., Бохан Н.А., Коконова (Савочкина) Д.Н. Способ количественной оценки индивидуальных болевых порогов. Патент № 2342063 РФ, Опубл. 27.12.2008., Бюллетень № 36.
16. Collins S.L., Moore R.A., McQuay H.J. The Visual Analogue Pain Intensity Scale: What Is Moderate Pain in Millimetres? *Pain*. 1997; 72: 95–97.
17. Cox J.J., Reimann F., Nicholas A.K., Thornton G., Roberts E., Springell K., Karbani G., Jafri H. An SCN9A channelopathy causes congenital inability to experience pain. *Nature*. 2006; 444(7121): 894–898.
18. Cox J.J., Sheynin J., Shorer Z., Reimann F., Nicholas A.K., Zubovic L., Baralle M., Parvari R. Congenital insensitivity to pain: novel SCN9A missense and in-frame deletion mutations. *Hum Mutat*. 2010; 31 (9): 1670–1686.

Поступила в редакцию 25.10.2017

Утверждена к печати 30.10.2017

Полтавская Евгения Григорьевна, м.н.с. лаборатории молекулярной генетики и биохимии.

Савочкина Дарья Николаевна, к.м.н., м.н.с. лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии.

✉ Савочкина Дарья Николаевна, kokodasha@yandex.ru

УДК 616.89:612.825.5:616-009.624

For citation: Poltavskaya E.G., Savochkina D.N. Association of polymorphic variant rs 6746030 of the gene SCN9A with pain sensitivity in persons with addictive disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 5–9. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-5-9](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-5-9)

Association of polymorphic variant rs 6746030 of the gene scn9a with pain sensitivity in persons with addictive disorders

Poltavskaya E.G., Savochkina D.N.

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

ABSTRACT

The study was devoted to investigation of interrelationship between polymorphic variant of the gene SCN9A (rs 6746030) and nociception parameters during formation of addictive disorders. **Materials.** 129 persons were examined: 50 patients with dependence on psychoactive substances (PAS), 29 persons from risk group, and 50 persons from control group. **Methods.** Thresholds of pain sensitivity and pain tolerance were identified with use of tensoalgometry method patented by us. Genotyping of polymorphic variant rs 6746030 of the gene SCN9A was performed by PCR method in real time with use of the competing TaqMan probes. **Results.** It was shown that in the group of women dependent on PAS, with the genotype AG rs 6746030 of the gene SCN9A, the tendency to increase in emotional perception of the upper pain threshold in comparison with carriers of GG genotype (5,5 (4,5–6,5) and 6,0 (4,0–7,0), conventional units p=0,086) was found. The genotype AG rs 6746030 of the gene SCN9A and mutant variant of the allele A made a contribution to formation of addictive pathology at the stages of formation of dependence on PAS among females. **Conclusion.** The findings allowed assuming that the polymorphic variant rs 6746030 of the gene SCN9A could make a contribution to subjective perception of pain at different stages of formation of addictive pathology connected with change of indices of pain sensitivity.

Keywords: gene SCN9A, nociception, addictive disorders.**REFERENCES**

- Anokhina I.P., Kibitov A.O., Shamakina I.Yu. Genetika zavisimosti ot psihoaktivnykh veshchestv. Narkologiya. Nacional'noe rukovodstvo [Genetics of substance dependence. Narcology. National Handbook]. M.: Geotar-Media, 2008: 52–84 (in Russian).
- Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (in Russian).
- Ivanova S.A., Vetlugina T.P., Bokhan N.A., Epstain O.I. Immunobiology of addictive disorders: mechanisms of psychoneuroimmunomodulation. Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2002; 1: 50–57. (in Russian).
- Semke V.Ya., Melnikova T.N., Bokhan N.A. [Neurobiological mechanisms of alcoholism]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2002; 102, 8: 61–66. (in Russian).
- Fillingim R.B. Individual differences in pain responses. *Curr Rheumatol Rep.* 2005; 7(5): 342–347.
- Fillingim R.B. Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal. *Pain.* 2017; 158 (1): 11–18.
- Savochkina D.N., Nevidimova T.I., Batukhtina E.I., Bokhan N.A. i dr. Sravnitel'naya harakteristika bolevoj i obonyatel'noj chuvstvitel'nosti u lic s affektivnymi i additivnymi rasstrojstvami [Comparative characterization of nociceptive and olfactory sensitivity in persons with affective and addictive disorders]. Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2015; 2 (87): 5–9 (in Russian).
- Fillingim R.B., Wallace M.R., Herbstman D.M., Ribeiro-Dasilva M., Staud R. Genetic contributions to pain: a review of findings in humans. *Oral Dis.* 2008; 14 (8): 673–682.
- Toledo-Aral J.J., Moss B.L., He Z.J., Koszowski A.G., Whisenand T., Levinson S.R., Wolf J.J., Silos-Santiago I., Halegoua S., Mandel G. Identification of PN1, a predominant voltage-dependent sodium channel expressed principally in peripheral neurons. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1997; 94 (4): 1527–1532.
- Djoughri L., Newton R., Levinson S.R., Berry C.M., Caruthers B., Lawson S.N. Sensory and electrophysiological properties of guinea-pig sensory neurones expressing Nav 1.7 (PN1) Na⁺ channel alpha subunit protein. *J Physiol.* 2003; 546(2): 565–576.
- Estacion M.A., Harty T.P., Choi J.S., Tyrrell L., Dib-Hajj C.D., Waxman C.G. Sodium channel gene SCN9A polymorphism that increases nociceptor excitability. *Ann Neurol.* 2009; 66 (6): 862–866.
- Reeder J.E., Byler T.K., Foster D.C., Landas S.K., Okafor H., Stearns G., Wood R.W., Zhang Y., Mayer R.D. Polymorphism in the SCN9A voltage-gated sodium channel gene associated with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Urology.* 2013; 81 (1): 210.
- Reimann F., Cox J.J., Belfer I., Diatchenko L., Zaykin D.V., McHale D.P., Drenth J.P., Dai F. Pain perception is altered by a nucleotide polymorphism in SCN9A. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2010; 107 (11): 5148–5153.
- Duan G., Guo S., Zhang Y., Ying Y., Huang P., Wang Q., Zhang L., Zhang X. The effect of SCN9A variation on basal pain sensitivity in the general population: an experimental study in young women. *Pain.* 2015; 16 (10): 971–980.
- Nevidimova T.I., Bokhan N.A., Kokonova (Savochkina) D.N. Sposob kolichestvennoj ocenki individual'nykh bolevykh porogov. Patent no. 2342063 RF, Opubl. 27.12.2008., Byul. No. 36 (in Russian).
- Collins S.L., Moore R.A., McQuay H.J. The Visual Analogue Pain Intensity Scale: What Is Moderate Pain in Millimetres? *Pain.* 1997; 72: 95–97.
- Cox J.J., Reimann F., Nicholas A.K., Thornton G., Roberts E., Springell K., Karbani G., Jafri H. An SCN9A channelopathy causes congenital inability to experience pain. *Nature.* 2006; 444(7121): 894–898.
- Cox J.J., Sheynin J., Shorer Z., Reimann F., Nicholas A.K., Zubovic L., Baralle M., Parvari R. Congenital insensitivity to pain: novel SCN9A missense and in-frame deletion mutations. *Hum Mutat.* 2010; 31 (9): 1670–1686.

Received October 25 2017

Accepted October 30 2017

Poltavskaya Evgenia G., junior researcher of Molecular Genetics and Biochemistry Laboratory, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Savochkina Dariya N., PhD, junior researcher of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology Laboratory, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.



Savochkina Dariya N., kokodasha@yandex.ru

УДК 617.735:616-001.28:616-001.14/15

Для цитирования: Потапов А.В., Герасимов А.В., Варакута Е.Ю., Солонский А.В., Свердева Ю.О., Аникина Е.Ю., Мустафина Л.Р., Шушпанова Т.В., Логвинов С.В. Реакция нейронов зрительного анализатора на комбинированное воздействие рентгеновских лучей и яркого света. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 10–14. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-10-14](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-10-14)

Реакция нейронов зрительного анализатора на комбинированное воздействие рентгеновских лучей и яркого света

Потапов А.В.¹, Герасимов А.В.¹, Варакута Е.Ю.¹, Солонский А.В.¹, Свердева Ю.О.¹, Аникина Е.Ю.¹, Мустафина Л.Р.¹, Шушпанова Т.В.², Логвинов С.В.¹

¹ Сибирский государственный медицинский университет
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

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

РЕЗЮМЕ

Цель – установить характер модифицирующего влияния яркого света на повреждения нейронов внутреннего ядерного и ганглионарного слоев сетчатки, вызываемые ионизирующей радиацией. В работе изучены структурные изменения нейронов внутреннего ядерного и ганглионарного слоев сетчатки у белых беспородных крыс-самцов (n=60) при комбинированном воздействии ионизирующей радиации в дозах 5, 10, 15 Гр и света (3500 лк, 48 ч). **Результаты.** Исследование показало, что реакции нейронов внутреннего ядерного и ганглионарного слоев после рентгеновского и комбинированного воздействий носят дозовую зависимость, в основном проявляются вакуолизацией и деструкцией органелл и наиболее выражены после комбинированного воздействия ионизирующей радиации в дозе 15 Гр и света (3500 лк, 48 ч). Анализ изменений содержания гиперхромных нейронов внутреннего ядерного и ганглионарного слоев показал, что после окончания воздействия ионизирующей радиации в дозах 10, 15 Гр количество гиперхромных клеток значительно превышает контрольные значения (p<0,05). После окончания комбинированного облучения ионизирующей радиации в дозах 10, 15 Гр и высокоинтенсивного света происходит снижение данного показателя, что свидетельствует о срыве компенсаторно-приспособительных механизмов с увеличением дозы облучения и усилением процессов деструкции.

Ключевые слова: ассоциативные, мультиполярные нейроны, свет, рентгеновское излучение.

ВВЕДЕНИЕ

В век научно-технического прогресса человек подвергается воздействию естественных и искусственных источников световой энергии с самой различной спектральной характеристикой и чрезвычайно обширным диапазоном интенсивности [1, 2, 3]. Метод фототерапии в настоящее время используется при нарушениях циркадного ритма эндогенной или экзогенной природы, депрессиях, болезни Альцгеймера, при нарушении сна у пожилых людей [4, 5, 6, 7, 8].

Эффекты воздействия ионизирующей радиации на человека формируются за счет природных, медицинских и техногенных источников ионизирующего излучения [9, 10]. Поражение органа зрения ярким светом и ионизирующей радиацией возможно в случае крупных аварий на предприятиях атомной энергетики. Примером являются аварии на АЭС Три-Майл-Айленд (США), Чернобыльской АЭС (СССР) и АЭС «Фукусима» (Япония), когда радиоактивному загрязнению подверглись обширные территории разных стран [11, 12, 13, 14, 15].

Цель исследования – установить характер модифицирующего влияния яркого света на повреждение нейронов внутреннего ядерного и ганглионарного слоев сетчатки, вызываемые ионизирующей радиацией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эксперименты проведены на 60 беспородных половозрелых белых крысах обоего пола массой 180–200 граммов. В первой, второй и третьей сериях опытов (n=15) животных подвергали тотальному воздействию рентгеновского излучения в дозах 5, 10, 15 грей (Гр) с помощью аппарата РУМ-17 (мощность дозы 0,5 Гр/мин, напряжение 200 кВ, сила тока 15 мА, фильтр 0,5 мм Си, фокусное расстояние 60 см). Животных четвертой, пятой и шестой групп (n=15) подвергали комбинированному воздействию ионизирующей радиации (5, 10, 15 Гр) и равномерному световому облучению люминесцентными лампами ЛБ-40 (3500 лк, 48 ч) с интервалом в 1 час.

Для облучения светом использовали специальную установку из прямоугольных рефлекторов с вмонтированными в них лампами. Количество животных на каждую экспериментальную точку составляет 5.

В качестве контроля (n=30) использовали intactных крыс, содержащихся в условиях искусственного светового режима (12 ч день, 12 ч ночь) с интенсивностью дневного освещения 25 лк. Опыты были проведены с соблюдением принципов гуманности, изложенных в Директивах Европейского Сообщества (86/609/ЕС), и одобрены Этическим комитетом Сибирского государственного медицинского университета.

Взятие материала осуществляли после умерщвления животных декапитацией сразу после окончания экспериментальных воздействий. Центральные участки задней стенки глаза фиксировали в 2,5% глутаральдегиде на какодилатном буфере (РН 7,4), постфиксировали в 1% растворе четырехокси осмия и заливали в эпон. Ультратонкие срезы контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца, просматривали в электронном микроскопе JEM-100 СХ-II. На полутонких срезах, окрашенных толудиновым синим, вычисляли процент гиперхромных и пикноморфных нейронов внутреннего ядерного и ганглионарного слоев на 200 клеток. Подсчет производили в окулярной рамке на площади 900 мкм² при увеличении 10×90. Для оценки достоверности различий при сравнении средних величин использовали критерий Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После окончания воздействия ионизирующей радиации в дозах 5 и 10 Гр в амакринных и горизонтальных нейронах наблюдается отек митохондрий и цистерн эндоплазматического ретикулума. Перикарионы значительной доли ассоциативных нейроцитов внутреннего ядерного слоя после окончания воздействия ионизирующей радиации в дозе 10 Гр характеризуются уменьшением объема, вакуолизацией, деструктивными нарушениями подавляющего большинства органелл. Ядра в подобных клетках содержат диффузно распыленные хроматиновые гранулы и характеризуются наличием одного, изредка двух ядрышек умеренной величины. После окончания воздействия ионизирующей радиации в дозе 15 Гр изменения большей части ассоциативных нейронов внутреннего ядерного слоя проявляются центральным и периферическим хроматолизом и уменьшением объема ядра. Измененные подобным образом нейроны имеют округлую форму. Горизонтальные, биполярные и амакринные нейроны весьма часто вакуолизованы, содержат в перикарионах и отростках мембранные комплексы.

В биполярных и амакринных нейронах внутреннего ядерного слоя после окончания комбинированного воздействия ионизирующей радиации в дозах 5 и 10 Гр и высокоинтенсивного света наблюдаются отек и деструкция органелл, появление крупных вакуолей и мультивезикулярных телец. Встречаются ассоциативные нейроны, перикарионы которых содержат мембранные комплексы, а электронная плотность цито- и кариоплазмы повышена. После окончания комбинированного воздействия ионизирующей радиации в дозе 15 Гр и высокоинтенсивного света в ассоциативных нейронах внутреннего ядерного слоя преобладают хроматолитические изменения разной выраженности, деструкция органелл, вакуолизация ядрышка или его отсутствие, что, по-видимому, отражает снижение метаболизма и функции, вплоть до истощения и последующей гибели клетки.

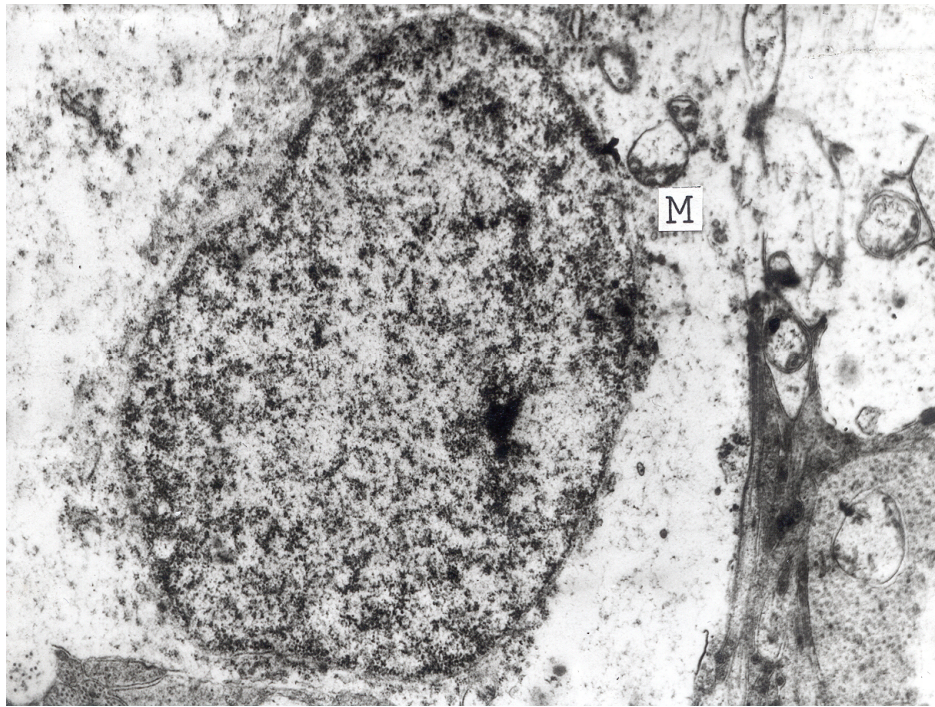
Структурные реакции мультиполярных нейронов ганглионарного слоя после рентгеновского облучения в дозах 5, 10, 15 Гр в основном характеризуются изменением содержания субстанции Ниссля в перикарионах нервных клеток. Гранулярная эндоплазматическая сеть данных нейронов часто утрачивает часть своих рибосом и фрагментируется, а из её цистерн образуются вакуоли различных размеров. В части нейроцитов, напротив, наблюдается активация репаративных процессов, к которым относится увеличение объема ядрышка, числа рибосом и элементов гранулярной сети в перинуклеарной области.

При комбинированных воздействиях в клетках наблюдается дальнейшее разрушение рибосом и мембран, приводящее к более выраженному нарушению белоксинтезирующей функции. В цитоплазме подавляющего числа клеток содержатся крупные вакуоли, мембранные комплексы и миелиноподобные тельца. Некоторые ганглионарные нейроны характеризуются деформацией ядер, уменьшением размеров ядрышек и снижением содержания в них гранулярного компонента. В таких случаях изменения сопровождались отеком клетки и другими деструктивными явлениями (рис. 1).

Анализ содержания гиперхромных нейронов ганглионарного слоя показывает, что их число в серии с рентгеновским облучением в дозе 5 Гр достоверно не отличается от значений контроля. После окончания комбинированного облучения ионизирующей радиации в дозе 5 Гр и света количество гиперхромных нейронов ганглионарного слоя превышает контрольные значения в 10 раз ($p < 0,05$) (рис. 2).

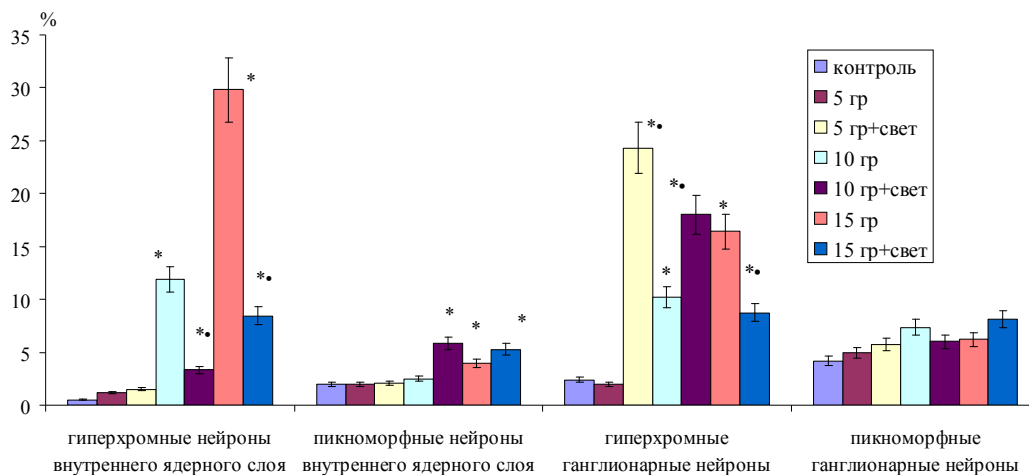
После окончания комбинированного воздействия (10 Гр, 3500 лк) содержание гиперхромных нейронов ганглионарного слоя оказалось в 1,7 раза больше, а при комбинации ионизирующей радиации и высокоинтенсивного света (15 Гр, 3500 лк) в 2 раза меньше, чем в сериях с одним рентгеновским воздействием. Увеличение содержания гиперхромных клеток после окончания воздействия ионизирующей радиации в дозах 10, 15 Гр и комбинированного облучения (10 Гр, 3500 лк), по-видимому, свидетельствует об активации репаративных процессов в данных сериях. Содержание пикноморфных ганглионарных нейронов в данных сериях эксперимента достоверно не отличается от такового в контроле.

Таким образом, изменения нейронов внутреннего ядерного и ганглионарного слоев, обнаруженные при воздействии высоких доз ионизирующей радиации, и их комбинации со светом носят дозовую зависимость и в основном проявляются хроматолизом различной степени выраженности и увеличением содержания гиперхромных клеток, более характерным для комбинированного воздействия.



Р и с у н о к 1. Тотальный хроматолиз и отек митохондрий в мультиполярном нейроне ганглионарного слоя после комбинированного облучения (5 Гр + 3500 лк, 2 суток)

П р и м е ч а н и е. М – митохондрии. Увеличение 7200.



Р и с у н о к 2. Содержание гиперхромных и пикноморфных нейронов внутреннего ядерного и ганглионарных слоев после окончания рентгеновского и комбинированного воздействий

П р и м е ч а н и е. Статистически достоверные отличия $p < 0,05$ при сравнении: * – различных облучений с контролем; • — комбинированного и рентгеновского воздействий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изменения нейронов внутреннего ядерного и ганглионарного слоев при воздействии высоких доз ионизирующей радиации (5, 10, 15 Гр) и их комбинации со светом (3500 лк, 48 ч) проявляются хроматолитическими изменениями, вакуолизацией и деструкцией органелл.

Необходимо отметить, что после окончания комбинированного воздействия ионизирующей радиации и света в ассоциативных нейронах внутреннего ядерного слоя увеличивается число свободных рибосом и ядрышек, что указывает на усиление репа-

рации в этот срок эксперимента. Активация репарационных процессов является закономерной структурно-адаптационной реакцией, приводящей к ускоренному обновлению структур, которые, приобретая новые качественные свойства, становятся более адаптированными к действующему фактору. Возможно, изучаемые воздействия усиливают функциональную активность части ассоциативных и ганглионарных нейронов внутренних слоев сетчатки и приводят к активной мобилизации имеющихся в ней ультраструктур, следствием чего является увеличение числа гиперхромных клеток. Резкое

снижение данного показателя при комбинированных облучениях говорит о срыве компенсаторно-приспособительных механизмов с увеличением дозы облучения и усилением процессов деструкции. Появление пикноморфных ассоциативных нейронов внутреннего ядерного слоя после комбинированного облучения ионизирующей радиации в дозе 15 Гр и света соответствует деструктивным изменениям в нейросенсорных клетках и активации данных процессов во внутренних слоях сетчатки.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ № 3 от 06.04.2007).

ЛИТЕРАТУРА

1. Contín M.A., Benedetto M.M., Quinteros-Quintana M.L., Guido M.E. Light pollution: the possible consequences of excessive illumination on retina. *Eye (Lond)*. 2016; 30 (2): 255–263.
2. Mangan M.S., Arici C., Atalay E., et al. Four Cases of Pediatric Photokeratitis Present to the Emergency Department After Watching the Same Theater Show. *Turk. J. Ophthalmol*. 2015; 45 (5): 226–228.
3. Sayman Muslubas I., Hocaoglu M., Arf S., et al. Macular Burns from Nonmedical Lasers. *Turk. J. Ophthalmol*. 2016; 46 (3): 138–143.
4. Симуткин Г.Г. Особые паттерны течения аффективных расстройств. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2010: 416.
5. Симуткин Г.Г., Счастливый Е.Д., Якутенок Л.П., Кудрякова Т.А., Потапкина Е.В., Рогозина Т.А. Изучение клинической эффек-

6. тивности комбинированного применения флуоксетина и светотерапии при депрессивных расстройствах. Тезисы докладов XII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2005: 546.
7. Rutten S., Vriend C., Smit J.H., et al. A double-blind randomized controlled trial to assess the effect of bright light therapy on depression in patients with Parkinson's disease. *BMC Psychiatry*. 2016; 6: 355–364.
8. Montagnon F. Phototherapie et psychiatrie. *Rev. fr. psychiat. et psychol. med*. 2001; 5 (51): 23–25.
9. Szabo Z. Light therapy increases visual contrast sensitivity in seasonal affective disorder. *Psychiatry Research*. 2004; 126 (1): 15–21.
10. Gale R.P. Medical and policy considerations for nuclear and radiation accidents, incidents and terrorism. *Curr Opin Hematol*. 2017; 24 (6): 496–501.
11. Melo D.R., Miller D.L., Chang L., et al. Organ Doses From Diagnostic Medical Radiography-Trends Over Eight Decades (1930 to 2010). *Health Phys*. 2016; 111 (3): 235–255.
12. Babenko T.F., Fedirko P.A., Dorichevska R.Y., et al. The risk of macular degeneration development in persons antenatally irradiated as a result of Chernobyl NPP accident. *Probl. Radiac. Med Radiobiol*. 2016; 21: 172–177.
13. Mikhailovskaya L.N., Molchanova I.V., Pozolotina V.N., Zhuravlev Y.N., et al. Radioactive contamination of the soil-plant cover t certain locations of Primorsky Krai, Sakhalin Island and Kamchatka Peninsula: Assessment of the Fukushima fallout. *J. Environ. Radioact*. 2017; 172: 1–9.
14. Sugita M.M., Miyakawa M. Perspective on the nuclear power plant accident caused by the great east Japan earthquake and tsunami: health impairment risks due to pollution by radioactive materials from the damaged plant as recognized by experts and by the general population and role of the experts. *Nihon Eiseigaku Zasshi*. 2012; 67 (4): 514–523.
15. Hasegawa A., Tanigawa K., Ohtsuru A., et al. Health effects of radiation and other health problems in the aftermath of nuclear accidents, with an emphasis on Fukushima. *Lancet*. 2015; 386 (9992): 479–488.
16. Han Y.Y., Youk A.O., Sasser H., Talbott E.O. Cancer incidence among residents of the Three Mile Island accident area: 1982–1995. *Environ Res*. 2011; 111 (8): 1230–1235.

Поступила в редакцию 6.10.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Потапов Александр Валерьевич, д.м.н., проф. кафедры гистологии, эмбриологии и цитологии.

Герасимов Александр Владимирович, д.м.н., проф. кафедры гистологии, эмбриологии и цитологии.

Солонский Анатолий Владимирович, д.м.н., в.н.с. лаборатории психонейроиммунологии и нейробиологии.

Мустафина Лилия Рамильевна, д.м.н., проф. кафедры гистологии, эмбриологии и цитологии.

Шушпанова Тамара Владимировна, к.м.н., в.н.с. лаборатории психонейроиммунологии и нейробиологии.

Свердева Юлия Олеговна, аспирант каф. гистологии, эмбриологии и цитологии.

Варакута Елена Юрьевна, д.м.н., зав. каф. нормальной анатомии человека с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии.

Аникина Елена Юрьевна, к.м.н., ассистент каф. нормальной анатомии человека с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии.

Логвинов Сергей Валентинович, д.м.н., зав. каф. гистологии, эмбриологии и цитологии.

✉ Потапов Александр Валерьевич, potalex@mail.ru

УДК 617.735:616-001.28:616-001.14/15

For citation: Potapov A.V., Gerasimov A.V., Varakuta E.Yu., Solonsky A.V., Sverdeva Y.O., Anikina E.Yu., Mustafina L.R., Shushpanova T.V., Logvinov S.V. Reaction of neurons of inner layers of the retina on combined influence of ionizing radiation and bright light. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 10–14. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-10-14](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-10-14)

Reaction of neurons of inner layers of the retina on combined influence of ionizing radiation and bright light

Potapov A.V.¹, Gerasimov A.V.¹, Varakuta E.Yu.¹, Solonsky A.V.², Sverdeva Y.O.¹, Anikina E.Yu.¹, Mustafina L.R.¹, Shushpanova T.V.², Logvinov S.V.¹

¹ Siberian State Medical University
Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation

² Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Objectives. Structural changes of the inner nuclear and ganglion cell layers of the retina in white mongrel male rats (n = 60) were studied with the combined effects of ionizing radiation at a dose of 5, 10, 15 Gr and light (3500 Lux, 48 h). **Results.** The study showed that the reactions of neurons of the inner nuclear and ganglionic layers after the X-ray and combined layers depended on the dose, such changes as vacuolization and destruction of organelles occurred and are most pronounced when combined with ionizing radiation at a dose of 15 Gr and light. An analysis of the number of hyperchromic neurons of the internal nuclear and ganglionic layers showed that after the end of exposure to ionizing radiation at doses of 10, 15 Gr, the amount of hyperchromic cells was much larger than the control values (p < 0.05). After the end of the combined irradiation of ionizing radiation at a dose of 10, 15 Gr and high-intensity light, this index decreased, that indicated the failure of compensatory and adaptive mechanisms with an increase in the radiation dose and the intensification of the destruction processes.

Keywords: protein oxidative modification, lipid peroxidation, blood plasma, antialcohol therapy, alcoholism.

REFERENCES

- Contín M.A., Benedetto M.M., Quinteros-Quintana M.L., Guido M.E. Light pollution: the possible consequences of excessive illumination on retina. *Eye (Lond)*. 2016; 30 (2): 255–263.
- Mangan M.S., Arıcı C., Atalay E., et al. Four Cases of Pediatric Photokeratitis Present to the Emergency Department After Watching the Same Theater Show. *Turk. J. Ophthalmol.* 2015; 45 (5): 226–228.
- Sayman Muslubas I., Hocaoglu M., Arf S., et al. Macular Burns from Nonmedical Lasers. *Turk. J. Ophthalmol.* 2016; 46 (3): 138–143.
- Simutkin G.G. Osobyte patterny techeniya affektivnykh rasstroystv [Special patterns of the course of affective disorders]. Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 2010, 416 s. (in Russian).
- Simutkin G.G., Schastnyi E.D., Yakutenok L.P., Kudyakova T.A., Potapkina E.V., Rogozina T.A. Izuchenie klinicheskoi effektivnosti kombinirovannogo primeneniya fluoksetina i svetoterapii pri depressivnykh rasstroystvakh [Study of the clinical efficacy of combined use of fluoxetine and light therapy in depressive disorders]. Tezisy dokladov XII Rossiiskogo natsional'nogo kongressa «Chelovek i lekarstvo». Moscow, 2005: 546. (in Russian).
- Rutten S., Vriend C., Smit J.H., et al. A double-blind randomized controlled trial to assess the effect of bright light therapy on depression in patients with Parkinson's disease. *BMC Psychiatry*. 2016; 6: 355–364.
- Montagnon F. Psychotherapie et psychiatrie. *Rev. fr. psychiat. et psychol. med.* 2001; 5 (51): 23–25.
- Szabo Z. Light therapy increases visual contrast sensitivity in seasonal affective disorder. *Psychiatry Research*. 2004; 126 (1): 15–21.
- Gale R.P. Medical and policy considerations for nuclear and radiation accidents, incidents and terrorism. *Curr Opin Hematol.* 2017; 24 (6): 496–501.
- Melo D.R., Miller D.L., Chang L., et al. Organ Doses From Diagnostic Medical Radiography-Trends Over Eight Decades (1930 to 2010). *Health Phys.* 2016; 111 (3): 235–255.
- Babenko T.F., Fedirko P.A., Dorichevska R.Y., et al. The risk of macular degeneration development in persons antenatally irradiated as a result of Chernobyl NPP accident. *Probl. Radiac. Med Radiobiol.* 2016; 21: 172–177.
- Mikhailovskaya L.N., Molchanova I.V., Pozolotina V.N., Zhuravlev YN. et al. Radioactive contamination of the soil-plant cover t certain locations of Primorsky Krai, SakhalinIsland and Kamchatka Peninsula: Assessment of the Fukushima fallout. *J. Environ. Radioact.* 2017; 172: 1–9.
- Sugita M.M., Miyakawa M. Perspective on the nuclear power plant accident caused by the great east Japan earthquake and tsunami: health impairment risks due to pollution by radioactive materials from the damaged plant as recognized by experts and by the general population and role of the experts. *Nihon Eiseigaku Zasshi.* 2012; 67 (4): 514–523.
- Hasegawa A., Tanigawa K., Ohtsuru A., et al. Health effects of radiation and other health problems in the aftermath of nuclear accidents, with an emphasis on Fukushima. *Lancet.* 2015; 386 (9992): 479–488.
- Han Y.Y., Youk A.O., Sasser H., Talbott E.O. Cancer incidence among residents of the Three Mile Island accident area: 1982–1995. *Environ Res.* 2011; 111 (8): 1230–1235.

Received October 6.2017

Accepted October 30.2017

Potapov Alexander V., MD, Professor of Histology, Embryology and Cytology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Gerasimov Alexander V., MD, Professor of Histology, Embryology and Cytology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Solonsky Anatoly V., MD, leading researcher of Psychoneuroimmunology and Neurobiology Laboratory, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Mustafina Lilia R., MD, Professor of Histology, Embryology and Cytology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Shushpanova Tamara V., PhD, leading researcher of Psychoneuroimmunology and Neurobiology Laboratory, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Sverdeva Julia O., postgraduate student of Histology, Embryology and Cytology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Varakuta Elena Yu., MD, Head of Human Normal Anatomy Department with course of Topographic Anatomy and Operative Surgery Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Anikina Elena Yu., PhD, assistant of Human Normal Anatomy Department with course of Topographic Anatomy and Operative Surgery Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Logvinov Sergey V., MD, Head of Histology, Embryology and Cytology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Potapov Alexander V., potalex@mail.ru

УДК 616.89-008.441.13:577.175.823:159.9.072.5(=1-81)

Для цитирования: Попова Н.П., Егорова В.Е., Дуткин М.П., Полтавская Е.Г., Пожидаев И.В., Хоютанова Н.В., Османова Д.З. Полиморфизмы генов серотонинового рецептора HTR2A, триптофанпирролазы TDO2, уровень серотонина и психологические особенности при алкоголизме у коренных жителей Республики Саха (Якутия). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 15–21. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-15-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-15-21)

Полиморфизмы генов серотонинового рецептора HTR2A, триптофанпирролазы TDO2, уровень серотонина и психологические особенности при алкоголизме у коренных жителей Республики Саха (Якутия)

Попова Н.П.¹, Егорова В.Е.¹, Дуткин М.П.¹, Полтавская Е.Г.², Пожидаев И.В.^{2,3}, Хоютанова Н.В.⁴, Османова Д.З.^{2,3}

¹ Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Амосова
677000, Саха (Якутия), Якутск, ул. Белинского, д. 58

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

³ Национальный исследовательский Томский государственный университет
Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 36

⁴ Якутский республиканский наркологический диспансер
Россия, 677007, Саха (Якутия), Якутск, Автодорожная, 38

РЕЗЮМЕ

Проведено исследование содержания серотонина в периферической крови, генотипирование полиморфных вариантов генов серотонинового рецептора HTR2A (rs 6311) и триптофан-2,3-диоксигеназы (триптофанпирролазы) TDO2 (rs 2271537) и психологическое тестирование у коренных жителей арктического и субарктического поясов Республики Саха (Якутия), страдающих алкоголизмом и здоровых лиц. **Результаты.** Установлено, что у обследованных лиц из арктического пояса Республики Саха (Якутия) концентрация серотонина находится в физиологических пределах, однако средний уровень исследуемого амина ниже у жителей субарктического пояса в зимний период. Распределение частот генотипов и аллелей полиморфного варианта rs 2271537 гена TDO2 в популяциях якутов и эвенов достоверно не различается. Выявлена статистически значимая взаимосвязь генотипа Т/Т полиморфного варианта rs 6311 гена серотонинового рецептора HTR2A с низким уровнем серотонина, который в среднем достигал 43,8±62,0 нг/мл. Психологическое тестирование выявило враждебность у 57,6% обследованных жителей субарктической зоны с генотипом А/С гена TDO2 (p=0,003). У женщин субарктического пояса с генотипом С/С rs 6311 гена HTR2A при сниженном уровне серотонина агрессивность в большинстве случаев отсутствовала или диагностировалась в пределах нормы (p=0,03).

Ключевые слова: алкоголизм, якуты, эвены, Республика Саха (Якутия), серотонин, ген триптофан-диоксигеназы TDO2, ген серотонинового рецептора HTR2A, психологические особенности.

ВВЕДЕНИЕ

Исследование алкоголизма представляется чрезвычайно актуальной проблемой и определяется её большим медицинским, социальным и экономическим бременем, связанным с высоким распространением и ежегодным увеличением заболеваемости, недостаточно четкими разработанными подходами к профилактике и лечению аддиктивных расстройств и этнокультуральными особенностями в различных популяциях [1, 2, 3]. В патогенезе алкогольной зависимости задействованы различные нейротрансмиттерные и гормональные системы, большое значение уделяется, прежде всего, нарушениям в дофаминовой и серотониновой нейротрансмиссии [4, 5, 6]. Серотонинергическая система мозга имеет непосредственное отношение к формированию аддиктивных расстройств, депрессивных состояний, а также агрессивного и импульсивного поведения, связанного с приемом психоактивных средств [7, 8, 9].

Полифункциональность серотонина обусловлена наличием большого числа типов и подтипов его рецепторов с их разнообразной локализацией [10]. Концентрация серотонина и функционирование серотониновых рецепторов могут зависеть от полиморфных вариантов генов серотониновых рецепторов, транспортеров, ферментов, связанных с синтезом и метаболизмом серотонина. Так, триптофан-2,3-диоксигеназа, ключевой фермент метаболизма триптофана, предшественника серотонина, расщепляет триптофан, уводя его метаболизм на киноурениновый путь, снижая его доступность для синтеза серотонина. В связи с этим при оценке предрасположенности к алкоголизму особое внимание уделяется анализу генетического полиморфизма серотониновых рецепторов подклассов 2A (5-HT2A), 2C (5-HT2C) и триптофан-2,3-диоксигеназы.

Выявлены ассоциации полиморфизмов rs 6313 (102T/C в экзоне 1) и rs 6311 (-1438A/G) серотонинового рецептора 2A гена (HTR2A или 5-HT2A) с алкоголизмом и наркоманиями [11].

Показано, что психологические особенности зачастую коррелируют с генетическими полиморфизмами [12, 13]. В ряде работ изучен вклад серотонинергической системы, в частности полиморфных локусов гена рецептора серотонина типа 2A 5-HT_{2A} и 5-HT_{2C}, в развитие расстройств депрессивного спектра [14, 15, 16]. Таким образом, особый интерес представляет изучение функционирования серотонинергической системы, эмоциональных нарушений при длительном воздействии стрессорных факторов в виде суровых климатических условий, полярного напряжения, недостаточности ультрафиолета при аддиктивных состояниях.

Цель исследования – анализ взаимосвязи психологических особенностей, уровня серотонина и полиморфизмов генов серотонинового рецептора HTR2A и триптофан-пирролазы у коренных жителей Республики Саха, страдающих алкоголизмом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами проведения исследований человека согласно протоколу, утвержденному локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья. Обследовано 126 человек из Эвено-Бытантайского национального улуса (района) (субарктического пояса – САП), 135 человек из Нижнеколымского района (арктического пояса – АП) Республики Саха (Якутия) якутской, эвенской национальностей и других малочисленных народов Севера (чукчи, юкагиры) в возрасте от 21 до 68 лет, из них 130 больных алкоголизмом и 131 здоровых лиц. Основным инструментом исследования является Карта стандартизированного описания обследуемого по теме НИР «Патобиологические основы клинической гетерогенности психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ», разработанная в НИИ психического здоровья (авторы-составители: д.м.н., проф. Н.А. Бохан, д.м.н., проф. А.И. Мандель и др.).

Уровень тревожности и агрессии определяли методом психологического обследования с помощью

опросников личностной и ситуативной тревожности Д. Спилбергера, Басса–Дарки. Для лабораторных исследований использована венозная кровь, взятая утром натощак, с 8:00 до 9:00, в вакутайнеры с ЭДТА (для дальнейшего выделения ДНК) и с активаторами свертывания (для получения сыворотки).

Генотипирование по полиморфному варианту rs 2271537 гена триптофан-пирролазы TDO2 и полиморфному варианту rs 6311 гена серотонинового рецептора HTR2A проводили методом полимеразноцепной реакции (ПЦР) в реальном времени с помощью амплификатора StepOnePlus (Applied Biosystems, США) и набора реагентов TaqMan® SNP Genotyping Assay фирмы (Applied Biosystems, США).

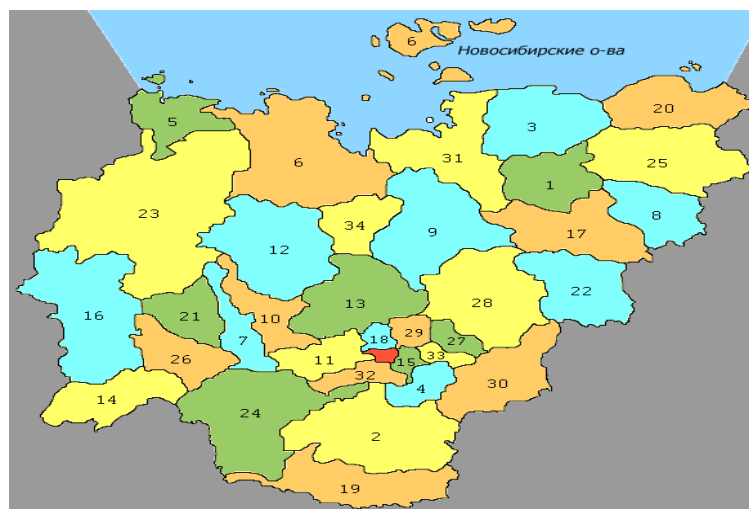
Определение концентрации серотонина в сыворотке крови проводили иммуноферментным методом с помощью наборов фирмы LDN (Labor Diagnostika Nord, Германия).

Статистическую обработку результатов производили с помощью программы SPSS 19. Все полученные частоты генотипов по исследуемым полиморфным локусам были проверены на соответствие равновесию Харди–Вайнберга с помощью критерия χ^2 . Сравнение частот генотипов в исследуемых группах проводили по критерию χ^2 . Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Перед представлением полученных результатов приводим краткое описание климатогеографических особенностей северных районов Республики Саха (Якутия), на территории которых проводились исследования. Необходимо отметить, что забор биологического материала производился в субарктическом поясе (Эвено-Бытантайский национальный район) в зимнее время, в арктическом поясе (Нижнеколымский район) – в весеннее время.

Расположение Эвено-Бытантайского национального улуса на крайнем северо-востоке Евразийского континента предопределило суровость его природных и климатических условий. На карте район обозначен под номером 34 (рис.1).



Р и с у н о к 1 – Карта административного деления Республики Саха (Якутия)

Примечание. 20 – Нижнеколымский район, 34 – Эвено-Бытантайский национальный улус (район)

Средние температуры в январе достигают -50°C , а в июле $+12,8^{\circ}\text{C}$. Большая часть территории района относится к арктическому и субарктическому континентальному климатическим поясам. На всей территории распространена многолетняя мерзлота. Продолжительность зимнего периода свыше 8 месяцев. Климат резко-континентальный с годовой амплитудой колебания температуры более 100°C . Длительность безморозного периода в среднем равняется 30 дням. Район является одним из самых труднодоступных улусов Якутии. Эвены составляют 32,25% жителей района.

Нижнеколымский район расположен на крайнем северо-востоке Якутии за Северным полярным кругом, на Колымской низменности. Средняя температура в январе от -32°C на севере до -38°C на юге, в июле колеблется от $+4^{\circ}\text{C}$ на севере до $+12^{\circ}\text{C}$ на юге. Осадков выпадает 150–200 мм в год, на карте район обозначен под номером 20 (рис. 1).

Согласно литературным данным, полярные ночи, короткий световой день являются причиной дефицита серотонина у коренных жителей арктических территорий. При недостаточности серотонина северяне испытывают проявления «полярного напряжения» с развитием депрессивной симптоматики. При анализе результатов нашего исследования у 43% жителей Эвено-Бытантайского района обнаружены низкие значения уровня серотонина при среднем значении $75,44 \pm 89,5$ нг/мл. При этом выявлено статистически значимое снижение серотонина на 19% в контрольной группе ($p=0,006$). Сниженный уровень серотонина чаще наблюдался среди женщин – 50,9% ($p=0,025$) (рис. 2).

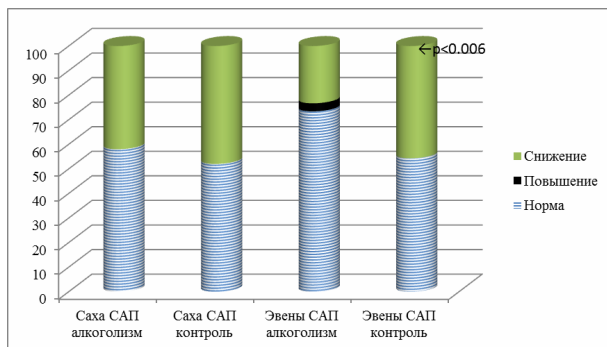


Рисунок 2 – Уровень серотонина у жителей Эвено-Бытантайского района Республики Саха (Якутия)

Среднее значение уровня серотонина у жителей Нижнеколымского района в 4 раза превышало достигнутые показатели серотонина у обследованных из Эвено-Бытантайского района, составляя $321,33 \pm 178,7$ нг/мл, выявленные различия оказались статистически достоверно значимыми ($p<0,001$) (рис. 3).

Таким образом, у лиц, проживающих в условиях дискомфортного климата в зимнее время, регистрируется низкое содержание серотонина, его дефицит выявлен у 43% обследуемых.

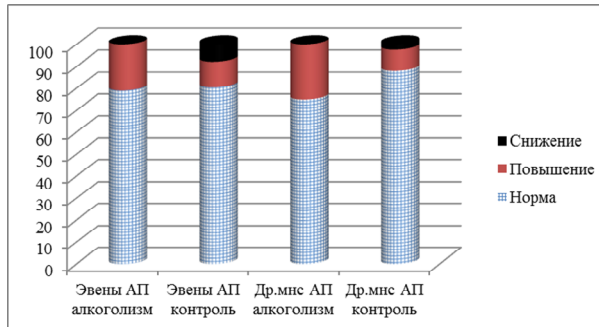


Рисунок 3 – Содержание серотонина в сыворотке периферической крови у жителей Нижнеколымского района Республики Саха (Якутия)

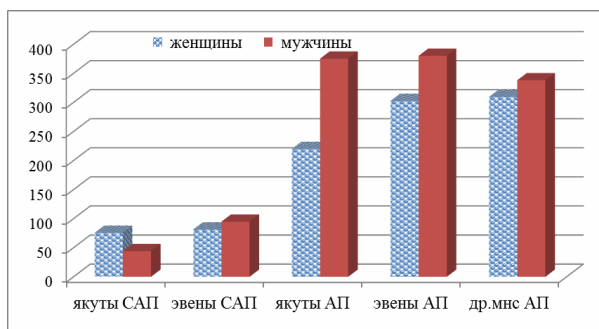


Рисунок 4 – Средние значения серотонина (нг/мл) в объединенной выборке жителей арктического и субарктического поясов РС (Я) в зависимости от пола

При распределении по полу в объединенных выборках женщин и мужчин – жителей субарктического пояса в зимний период установлены низкие значения серотонина (рис. 4).

При дальнейшем анализе у женщин-эвенок САП контрольной группы в 52% случаев статистически значимо чаще встречается снижение уровня серотонина ($p<0,001$).

При анализе уровня серотонина в зависимости от этнической принадлежности выявлены следующие результаты. Снижение серотонина отмечено у 42% якутов и 23,3% эвенок САП (от 35,9 до 17,5 нг/мл и от 40,5 до 16,4 нг/мл соответственно; $p=0,07$ и $p=0,21$). В выборке алкогольно-зависимых женщин среднее значение серотонина достигало у якуток $38,4 \pm 18,36$ нг/мл ($p=0,075$), у эвенок – $77,65 \pm 15,93$ нг/мл ($p<0,001$).

В контрольной группе сниженный уровень серотонина установлен в зимнее время в 48% случаев у мужчин-якутов и у 45,7% мужчин-эвенок САП, средние значения серотонина в этих группах достигали $47,3 \pm 28,3$ нг/мл и $83,45 \pm 49,21$ нг/мл ($p=0,23$). В группе здоровых женщин уровень серотонина снижен: в среднем у якуток – $80,1 \pm 22,3$ нг/мл ($p=0,003$), у эвенок – $62,88 \pm 10,3$ нг/мл ($p<0,001$).

Статистически значимые результаты получены при анализе взаимосвязи алкоголизма с психологическими особенностями. У жителей субарктического пояса при алкоголизме выявлена высокая ситуативная тревожность ($p=0,025$) (рис. 5).

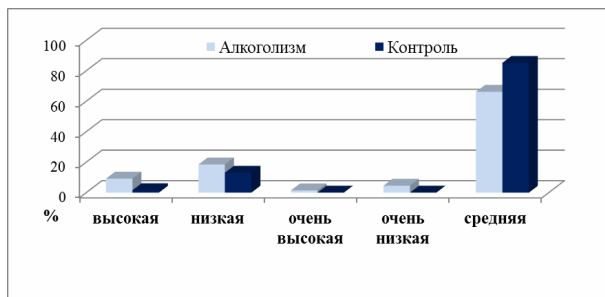


Рисунок 5 – Уровень ситуативной тревожности у жителей субарктического пояса РС (Я)

Распределение частот генотипов и аллелей исследуемого полиморфизма rs 2271537 гена TDO2 в объединенной группе якутов и эвенов субарктического пояса соответствовало равновесию Харди-Вайнберга. В исследованной выборке генотип A/C в 53,6% случаев встречается в контрольной группе, в 43,3% случаев – у больных алкоголизмом. Наименьшая частота генотипа A/A зарегистрирована в контрольной группе (12,5%). Генотип C/C наблюдается с одинаковой частотой в обеих группах (табл. 1). При этом у обследованных с генотипом A/C гена TDO2 в 57,6% случаев обнаружена выраженная враждебность ($p=0,003$). Гомозиготы C/C обеих групп (больные и контроль) имели низкие значения серотонина (в среднем $60,91\pm 40,2$ нг/мл), A/C (89,33 нг/мл), A/A (102,30 нг/мл). Гомозиготы C/C имели низкие значения серотонина (в среднем $60,91\pm 40,2$ нг/мл), A/C (89,33 нг/мл), A/A (102,30 нг/мл).

Таблица 1

Распределение частот генотипов и аллелей гена TDO2 у больных с алкогольной зависимостью и в контрольных группах							
Группа обследованных	n	Частота					χ^2 (p) частот генотипов/аллелей
		генотипов			аллелей		
		A/A	A/C	C/C	A	C	
Больные	60	0,233	0,433	0,333	0,450	0,550	2,51 (0,29)/
Контроль	56	0,125	0,536	0,339	0,393	0,607	0,78 (0,38)

Распределение частот генотипов и аллелей исследуемого полиморфизма rs 6311 гена HTR2A в объединенной группе якутов и эвенов субарктического пояса соответствовало равновесию Харди-Вайнберга.

Таблица 2

Распределение частот генотипов и аллелей гена HTR2A (rs 6311) у больных с алкогольной зависимостью и в контрольных группах							
Группа обследованных	n	Частота					χ^2 (p) частот генотипов/аллелей
		генотипов			аллелей		
		A/A	A/C	C/C	A	C	
Больные	57	0,667	0,281	0,053	0,807	0,193	0,92 (0,63)/
Контроль	49	0,653	0,327	0,020	0,816	0,184	0,03 (0,86)

В общей выборке среди больных алкоголизмом разных национальностей достоверно значимых различий также не обнаружено. В обеих исследуемых группах обращает на себя внимание двукратное снижение частоты гомозигот T/T в группе контроля

и увеличение частоты генотипа T/T среди больных ($p=0,53$, $\chi^2=0,89$). Изменения частот генотипов C/C и C/T по сравнению с контрольной группой различий не обнаружили. В группе женщин гомозиготы T/T прямо коррелировали с низким уровнем серотонина, который в среднем достигал $43,8\pm 62,0$ нг/мл (C/T – $95,38\pm 96,9$ нг/мл, C/C – $83,5\pm 51,3$ нг/мл), у мужчин с генотипом T/T среднее значение серотонина достигало $29,98\pm 42,40$ нг/мл (C/T – $63,76\pm 64,1$ нг/мл, C/C – $77,8\pm 140,0$ нг/мл).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у обследованных лиц из арктического пояса Республики Саха (Якутия) концентрация серотонина находится в физиологических пределах, однако средний уровень серотонина ниже у жителей субарктического пояса в зимний период. Гипотетически возможны несколько причин более низкого содержания серотонина в крови жителей субарктического пояса. Во-первых, это может быть связано с сезонностью, в наших исследованиях сезонные различия оказались достоверными ($p<0,001$). Во-вторых, злоупотребление алкоголем не явилось усугубляющим фактором, в обеих группах эвенов и якутов субарктического пояса был выявлен изначально сниженный уровень серотонина в зимний период независимо от злоупотребления алкоголем, что не соответствует литературным данным [16, 17, 18, 19]. При этом в контрольной группе наблюдалось статистически значимое снижение серотонина на 19% ($p=0,006$). Причем сниженный уровень серотонина чаще наблюдался среди женщин (50,9%) ($p=0,025$).

Сниженный уровень серотонина среди женщин группы контроля указывает на необходимость мониторинга и своевременного выявления депрессивных состояний среди женского населения и лиц, мигрировавших в арктические районы республики, с проведением профилактических мероприятий при помощи светотерапии. При этом рекомендуется создание кабинетов светотерапии при образовательных учреждениях и учреждениях здравоохранения в арктических районах республики.

Статистически значимые результаты получены при анализе взаимосвязи алкоголизма и психологических особенностей. У жителей субарктического пояса при алкоголизме выявлена высокая ситуативная тревожность ($p=0,025$). Психологические исследования выявили враждебность у 57,6% обследованных с генотипом A/C гена TDO2 ($p=0,003$). У женщин субарктического пояса с генотипом C/C rs 6311 гена HTR2A при сниженном уровне серотонина в большинстве случаев агрессивность отсутствовала или диагностировалась в пределах нормы ($p=0,03$). При установленных изменениях уровня серотонина и уровня враждебности среди обследованных лиц высокая агрессивность не диагностирована, что противоречит литературным данным [20]. Данный факт указывает на необходимость разработки адаптированных психологических методик выявления агрессивных состояний у коренного населения республики.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Статья подготовлена по результатам проекта «Многофакторное исследование состояния здоровья коренного и пришлого населения РС (Я) с целью оптимизации региональных программ по улучшению качества жизни жителей республики с учетом территориальных, этнических особенностей в условиях современного социально-экономического развития», Программы комплексных научных исследований в Республике Саха (Якутия), направленных на развитие её производительных сил и социальной сферы на 2016–2020 гг.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета НИИ психического здоровья № 53 от 01.10.2012 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Мандель А.И., Артемьев И.А., Велтугина Т.П., Иванова С.А., Невидимова Т.И., Прокопьева В.Д., Аболонин А.Ф., Шушпанова Т.В. Биологические предикторы, клинико-патогенетические механизмы формирования и профилактика аддиктивных состояний в различных социальных группах. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 4 (79): 40–48.
2. 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): 14–18.
3. Бохан Н.А., Мандель А.И., Иванова С.А., Прокопьева В.Д., Артемьев И.А., Невидимова Т.И., Батухтина Е.И., Воеводин И.В., Аболонин А.Ф., Шушпанова Т.В. Старые и новые проблемы наркологии в контексте междисциплинарных исследований. *Вопросы наркологии*. 2017; 1: 26–62.
4. Де Витт Ф. Влияние алкоголя на нейромедиаторные системы мозга. *Вопросы наркологии*. 2002; 1: 55–56.
5. Анохина И.П. Биологические механизмы предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2007; 1: 10–14.
6. Бохан Н.А., Иванова С.А., Левчук Л.А. Серотониновая система в модуляции депрессивного и аддиктивного поведения. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2013:102.
7. Семке В.Я., Гусев С.И., Снигирева Г.Я. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в 2-х т. / Под

- ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. Москва; Томск; Кемерово, 2007; 1: 576.
8. Стояк В.А. Нейромедиаторные системы в регуляции агрессивного поведения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2010; 3 (60): 70–76.
9. Loonen A.J.M., Ivanova S.A. Role of 5-HT2C receptors in dyskinesia. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*. 2016; 8 (1): 5–10.
10. Ашмарин И.П., Ещенко Н.Д., Каразеева Е.П. Нейрохимия в таблицах и схемах. М.: Изд-во «Экзамен», 2007: 40–47.
11. Jian Cao, Xiangtao Liu, Shizhong Han, Clarence K. Zhang et al. Association of the HTR2A Gene with Alcohol and Heroin Abuse. *Hum Genet*. 2014; 133 (3): 357–365. doi:10.1007/s00439-013-1388-y.
12. Рядовая Л.А., Гуткевич Е.В., Стоянова И.Я., Иванова С.А. Полиморфизм генов серотонинового обмена и мотивационно-потребностная сфера личности. *Вестник ТГПУ*. 2009; 3 (81): 49–53.
13. Гаврилова В.А. Клинико-патофизиологические особенности гормонального фона и полиморфизмы генов серотониновой системы у больных алкоголизмом с противоправным поведением : автореф. дис. ... к.м.н. Томск, 2012: 26.
14. Рядовая Л.А., Гуткевич Е.В., Лаврушина О.М., Иванова С.А., Семке В.А. Изучение полиморфных вариантов гена рецептора серотонина типа 2A 5-HTR2A при пограничных психических расстройствах. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2007; 4 (47): 12–15.
15. Левчук Л.А., Лосенков И.С., Вялова Н.М., Шмиголь М.В., Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Иванова С.А. Ассоциация полиморфизма гена рецептора серотонина 2С (HTR2C) с депрессивными расстройствами. *Фундаментальные исследования*. 2013; 1 (2): 299–303.
16. Буров Ю.В., Смольникова Н.М., Ходорова Н.А. Влияние алкоголизации на уровень серотонина в головном мозге и скорость элиминации этанола у потомства крыс. *Фармакология и токсикология*. 1983; XLVI (6): 51–53.
17. Жуков В.Н., Ходорова Н.А., Буров Ю.В. Содержание серотонина в разных отделах головного мозга, печени, кишечнике, крови у крыс, предрасположенных и не предрасположенных к потреблению алкоголя. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 1982; 7: 35–37.
18. Максимова Н.М., Узбеков М.Г., Вертоградова О.П., Миссионщик Э.Ю. и др. Актуальные вопросы теоретической и клинической психонейроэндокринологии: сборник научных трудов. М., 2007: 118–127.
19. Маркозова Л. М., Усменцева Е.И. Взаимосвязь серотонина и клинико-психопатологических проявлений у лиц с различными вариантами аффективных расстройств при алкогольной зависимости. *Психическое здоровье*. 2009; 2: 34–38.
20. Anderson M., Deakin J.F.W. Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*. 2001; 178: 352–359.

Поступила в редакцию 4.03.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Попова Нюргуяна Петровна, к.м.н., н.с. УНЛ «Геномная медицина» Клиники Медицинского института.
Егорова Виктория Егоровна, зав. учебно-научной клинико-диагностической лабораторией клиники медицинского института.
Дуткин Максим Петрович, к. фил.н., доцент кафедры неврологии и психиатрии медицинского института.
Полтавская Евгения Григорьевна, н.с. отдела биологической психиатрии и наркологии.
Пожидаев Иван Вячеславович, м.н.с. отдела биологической психиатрии и наркологии.
Хоютанова Надежда Васильевна, врач психиатр-нарколог.
Османова Диана Закировна, м.н.с. отдела биологической психиатрии и наркологии.

✉ Попова Нюргуяна Петровна, nyusakha@mail.ru

УДК 616.89-008.441.13:577.175.823:159.9.072.5(=1-81)

For citation: Popova N.P., Yegorova V.E., Dutkin M.P., Poltavskaya E.G., Pozhidaev I.V., Khoyutanova N.V., Osmanova D.Z. Polymorphisms of the genes of the serotonin receptor HTR2A, of tryptophan pyrrolase TDO2, the level of serotonin and psychological traits in the natives with alcoholism of the Republic of Sakha (Yakutia). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 15–21. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-15-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-15-21)

Polymorphisms of the genes of the serotonin receptor HTR2A, of tryptophan pyrrolase TDO2, the level of serotonin and psychological traits in the natives with alcoholism of the Republic of Sakha (Yakutia)

Popova N.P.¹, Yegorova V.E.¹, Dutkin M.P.¹, Poltavskaya E.G.², Pozhidaev I.V.^{2,3}, Khoyutanova N.V.⁴, Osmanova D.Z.^{2,3}

¹ M.K. Amosov North-East Federal University
Belinsky Street 58, 677000, Yakutsk, Sakha (Yakutia), Russian Federation

² Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

³ National Research Tomsk State University
Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russian Federation

⁴ Yakut Republican Narcological Dispensary
Avtodorozhnaya Street 38, 677007, Yakutsk, Sakha (Yakutia), Russian Federation

ABSTRACT

The contents of serotonin in peripheral venous blood of the indigenous people of the Arctic and subarctic zones of the Republic of Sakha (Yakutia) aged 21-68 years are studied and compared with the analysis results of single nucleotide polymorphism rs 6311 HTR2A serotonin receptor gene and the tryptophan 2,3-dioxygenase (tryptophan pyrrolase) TDO2 association with the alcoholism and psychological traits. **Results.** It is found that the surveyed persons from the Arctic zone of the Republic of Sakha (Yakutia) have concentration of serotonin in the physiological range, but the average level of the test amine is lower in the inhabitants of the subarctic zone in winter. Polymorphism A>C (rs 2271537) in the gene for tryptophan 2,3-dioxygenase (tryptophan pyrrolase) TDO2 in patients with alcohol dependence of Yakut and Even nationalities from subarctic zone of the Republic of Sakha (Yakutia) by polymerase chain reaction of DNA synthesis is performed. It is found that the frequency distribution of genotypes and alleles of the gene in populations TDO2 of Yakuts and Evens is not significantly different. A significant correlation of the genotype T/T gene HTR2A with low levels of serotonin is revealed, which reaches an average of 43,8±62,0 ng/ml. Psychological studies reveal hostility in 57.6% of those examined with the genotype A/C of the TDO2 gene (p=0.003). In women of the subarctic zone with genotype C/C rs 6311 of the HTR2A gene with a decreased serotonin level, in most cases aggressiveness is absent or diagnosed within the normal range (p=0.03).

Keywords: alcoholism, Yakuts, Evens, the Republic of Sakha (Yakutia), serotonin, tryptophan dioxygenase gene TDO2, gene HTR2A serotonin receptor, psychological traits

REFERENCES

- Mandel' A. I., Artem'ev I. A., Vetlugina T. P., Ivanova S. A., Nevidimova T. I., Prokop'eva V. D., Abolonin A. F., Shushpanova T.V. Biologicheskie prediktory, kliniko-patogeneticheskie mekhanizmy formirovaniya i profilaktika addiktivnyh sostoyaniy v razlichnyh social'nyh gruppah [Biological predictors, clinical-pathogenetic mechanisms of formation and prevention of addictive states in various social groups]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 4 (79): 40–48 (in Russian).
- Khoyutanova N.V., Matveeva N.P., Bokhan N.A., Ivanova S.A., Krivoshapkina Z.N., Igotti E.A. Kliniko-dinamicheskie osobennosti formirovaniya i techeniya alkogolizma u zhenshchin v zavisimosti ot klimatogeograficheskikh usloviy prozhivaniya na territorii RS(YA) [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)]. *Yakutskij medicinskij zhurnal – Yakut Medical Journal*. 2015; 1 (49): 14–18 (in Russian).
- Bokhan N.A., Mandel' A.I., Ivanova S.A., Prokop'eva V.D., Artem'ev I.A., Nevidimova T.I., Batukhtina E.I., Voevodin I.V., Abolonin A.F., Shushpanova T.V. Starye i novye problemy narkologii v kontekste mezhdisciplinarnykh issledovanij [Old and new issues of addiction medicine in the context of interdisciplinary research]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2017; 1: 26–62 (in Russian).
- De Vitt F. Vliyanie alkogolja na nejromediatornye sistemy mozga [Influence of alcohol on brain neuromediator systems]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2002; 1: 55–56 (in Russian).
- Anokhina I.P. Biologicheskie mekhanizmy predispozitsionnosti k zavisimosti ot psikoaktivnykh veshchestv [Biological mechanisms of predisposition to substance dependence]. *Psikiatriya i psihofarmakoterapiya – Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2007; 1: 10–14 (in Russian).
- Bokhan N.A., Ivanova S.A., Levchuk L.A. Serotoninovaya sistema v modulyacii depressivnogo i addiktivnogo povedeniya [Serotonin system in modulation of depressive and addictive behavior]. Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta, 2013: 102 (in Russian).
- Semke V.Ya., Gusev S.I., Snigireva G.Ya. Penitenciaraya psihologiya i psihopatologiya: rukovodstvo [Penitentiary psychology and psychopathology: Handbook]. 2 volumes. T.B. Dmitrieva, V.Ya. Semke, A.S. Kononets, eds. Moscow; Tomsk; Kemerovo, 2007; 1: 576 (in Russian).
- Stoyak V.A. Nejromediatornye sistemy v regulyacii agressivnogo povedeniya [Neuromediator systems in regulation of aggressive behavior]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2010; 3 (60): 70–76 (in Russian).
- Loonen A.J.M., Ivanova S.A. Role of 5-HT2C receptors in dyskinesia. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*. 2016; 8 (1): 5–10.

10. Ashmarin I.P., Eshchenko N.D., Karazeeva E.P. Nejrohimiya v tablicah i skhemah. M.: Izdatel'stvo Ehkzamen», 2007: 40–47.
11. Jian Cao, Xiangtao Liu, Shizhong Han, Clarence K. Zhang et al. Association of the HTR2A Gene with Alcohol and Heroin Abuse. *Hum Genet.* 2014 133 (3): 357–365. doi:10.1007/s00439-013-1388-y.
12. Ryadovaya L.A., Gutkevich E.V., Stoyanova I.Ya., Ivanova S.A. Polimorfizm genov serotoninovogo obmena i motivacionno-potrebnostnaya sfera lichnosti [Gene polymorphism of serotonin metabolism in personality motivational-need realm]. *Vestnik TGPU – Tomsk State Pedagogical University Bulletin.* 2009; 3 (81): 49–53 (in Russian).
13. Gavrilova V.A. Kliniko-patofiziologicheskie osobennosti gormonal'nogo fona i polimorfizmy genov serotoninovoj sistemy u bol'nyh alkogolizmom s protivopravnym povedeniem [Clinical-pathophysiological features of endocrine profile and gene polymorphisms of serotonin system in alcoholic pateints with offensive behavior]. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk – Abstract of PhD thesis. Tomsk, 2012: 26 (in Russian).
14. Ryadovaya L.A., Gutkevich E.V., Lavrushina O.M., Ivanova S.A., Semke V.A. Izuchenie polimorfnyh variantov gena receptora serotoninina tipa 2A 5-HTR2A pri pograniichnyh psihicheskikh rasstrojstvah [Study of polymorphic variants of the gene of the receptor serotonin of type 2A 5-HTR2A in borderline mental disorders]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2007; 4 (47): 12–15 (in Russian).
15. Levchuk L.A., Losenkov I.S., Vyalova N.M., Shmigol' M.V., Lebedeva E.V., Simutkin G.G., Ivanova S.A. Associaciya polimorfizma gena receptora serotoninina 2S (HTR2C) s depressivnymi rasstrojstvami [Polymorphism of serotonin 2C receptor gene (HTR2C) in patients with depressive disorders]. *Fundamental'nye issledovaniya – Fundamental Studies.* 2013; 1 (2): 299–303 (in Russian).
16. Burov Yu.V., Smol'nikova N.M., Hodorova N.A. Vliyanie alkogolizatsii na uroven' serotoninina v golovnom mozge i skorost' ehliminatsii ehhtanola u potomstva kryss [Influence of alcoholization on level of serotonin in brain and ethanol elimination speed in offspring of rats]. *Farmakologiya i toksikologiya – Pharmacology and Toxicology.* 1983; XLVI (6): 51–53 (in Russian).
17. Zhukov V.N., Hodorova N.A., Burov Yu.V. Soderzhanie serotoninina v raznyh otdelah golovnogogo mozga, pecheni, kishechnike, krovi u kryss, predispozozhennyh i nepredispozozhennyh k potrebleniyu alkogolya [Content of serotonin in different brain regions, liver, intestine, blood in rats predisposed and not predisposed to alcohol use]. *Byulleten' ehksperimental'noj biologii i mediciny – Bulletin of Experimental Biology and Medicine.* 1982; 7: 35–37 (in Russian).
18. Maksimova N.M., Uzbekov M.G., Vertogradova O.P., Misionzhnik E.Yu. i dr. Aktual'nye voprosy teoreticheskoy i klinicheskoy psihohendokrinologii: sbornik nauchnyh trudov [Relevant issues of theoretical and clinical psychoendocrinology: collection of scientific works]. M., 2007: 118–127 (in Russian).
19. Markozova L.M., Usmenceva E.I. Vzaimosvyaz' serotoninina i kliniko-psihopatologicheskikh proyavlenij u lic s razlichnymi variantami affektivnyh rasstrojstv pri alkogol'noj zavisimosti [Serotonin and clinical manifestations' interdependences at patients with alcohol dependency with various variants of emotionally disorders]. *Psihicheskoe zdorov'e – Mental Health.* 2009; 2: 34–38 (in Russian).
20. Anderson M., Deakin J.F.W. Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. *The British Journal of Psychiatry.* 2001; 178: 352–359.

Received March 4.2017
Accepted October 30.2017

Popova Nyurguyana P., PhD, researcher of ESL “Genomic Medicine” of Clinics of Medical Institute, M.K. Amosov North-East Federal University, Yakutsk, Sakha (Yakutia), Russian Federation.
 Yegorova Victoria E., Head of Educational-Scientific Clinical-Diagnostic Laboratory of Clinics of Medical Institute, M.K. Amosov North-East Federal University, Yakutsk, Sakha (Yakutia), Russian Federation.
 Dutkin Maxim P., Candidate of Philology, senior lecturer of Neurology and Psychiatry Department of Medical Institute, M.K. Amosov North-East Federal University, Yakutsk, Sakha (Yakutia), Russian Federation.
 Poltavskaya Evgenia G. researcher of Biological Psychiatry and Narcology Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.
 Pozhidaev Ivan V., junior researcher of Biological Psychiatry and Narcology Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation.
 Hoyutanova Nadezhda V., psychiatrist-addiction specialist, Yakut Republican Narcological Dispensary, Yakutsk, Sakha (Yakutia), Russian Federation.
 Osmanova Diana Z., junior researcher of Biological Psychiatry and Narcology Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Popova Nyurguyana P., nyusakha@mail.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89:616.891:616-52

Для цитирования: Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 22–30. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-22-30](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-22-30)

Клинические, личностно-психологические и социально-демографические факторы, препятствующие обращению больных соматизированными расстройствами за специализированной помощью

Погосов А.В., Богушевская Ю.В.

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

РЕЗЮМЕ

Введение. Несвоевременное обращение за психиатрической помощью больных соматизированными расстройствами (СР) является медико-социальной и экономической проблемой. Формирование своеобразного «избегающего врача-психиатра поведения» у больных СР обуславливает актуальность работы. **Цель исследования** – изучение причин, сдерживающих своевременное обращение больных СР за специализированной психиатрической помощью. **Методы:** клиничко-психопатологический, психологический (стандартизированный многофакторный метод исследования личности Л.Н. Собчик, личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора, опросник «Способы совладающего поведения»), статистический. **Результаты.** Представлены результаты изучения причин, препятствующих своевременному обращению больных СР к врачу-психиатру. Обозначены группы факторов: социально-демографические, клинические, информационные, организационные, психологические. Описан социально-демографический портрет больных СР. Показано влияние клинических проявлений соматизированных расстройств, информационных ресурсов и организационных изменений в системе здравоохранения на выбор больными специалистов первичной медицинской сети. Проанализированы личностные особенности, механизмы совладающего поведения. **Заключение.** Социально-демографический портрет больных СР, поздно обратившихся за психиатрической помощью, выглядит следующим образом: это разведенные женщины, жительницы сельской местности, со средним профессиональным образованием, временно трудоустроенные на работу с низкоквалифицированными видами деятельности. Клиническая разновидность и тип соматизированного расстройства определяют выбор больным соответствующего специалиста. Для больных с избегающим врача-психиатра поведением характерен широкий спектр врачебных специальностей, к которым они обращались (терапевт, невролог, кардиолог, эндокринолог). Доверие рассказам знакомых и сведениям из сети Интернет выступает в качестве сдерживающего фактора обращения за психиатрической помощью. Произошедшие в последние годы изменения в системе здравоохранения имеют большое значение при осуществлении больными выбора специалиста, диагностических мероприятий. Психологические особенности больных СР выступают в качестве сдерживающего фактора в обращении за психиатрической помощью. Особенностью личностного профиля больных СР с избегающим врача-психиатра поведением являются более выраженные показатели по шкалам ипохондрии, тревожности, психопатии и ригидности. Для них характерны неадаптивные формы совладающего поведения. Полученные сведения станут основой практических рекомендаций для специалистов учреждений первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: соматизированные расстройства, факторы, препятствующие обращению к врачу-психиатру.

ВВЕДЕНИЕ

МКБ-10 относит соматизированные расстройства (СР) к числу соматоформных (F45). Спектр этих расстройств проявляется многочисленными, часто видоизменяющимися физическими симптомами, которые сопровождают больного на протяжении 2 лет и более [3, 15]. У больных СР наблюдаются настойчивые требования медицинских обследований, которые не подтверждают какое-либо заболевание [1, 5, 13]. От начальных проявлений психопатологической симптоматики до первичного обследования врачом-психиатром проходит в среднем 4–5 лет [2, 4, 8, 9, 14].

Внедрение в практическое здравоохранение образовательных программ для специалистов первичной медицинской сети дало положительные результаты [6, 11, 12]. Врачи-интернисты достаточно легко

диагностируют соматизированные расстройства у больных, аргументируют необходимость получения специализированной психиатрической помощи и вовремя направляют их к врачу-психиатру или психотерапевту. Практические наблюдения показывают, что несмотря на отсутствие результатов многочисленных обследований и назначений, больные соматизированными расстройствами не следуют рекомендациям специалистов первичной медицинской сети и затягивают на длительное время момент обращения за специализированной психиатрической помощью. Несвоевременное обращение приводит к хроническому течению заболевания, появлению необратимых изменений личности, нарушению профессионального статуса, социального, межличностного и семейного взаимодействия [7, 10].

Несвоевременное обращение за психиатрической помощью больных СР становится медико-социальной и экономической проблемой, как для учреждений здравоохранения, так и для самого больного. Формирование своеобразного «избегающего врача-психиатра поведения» у больных соматизированными расстройствами обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования – изучение причин, сдерживающих своевременное обращение больных соматизированными расстройствами за специализированной психиатрической помощью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании, проведенном в 2015–2016 гг. на базе психосоматического отделения ОБУЗ «Областная наркологическая больница» г. Курска, приняли участие 66 женщин с диагнозом: соматизированное расстройство (F45.0), впервые проходящих стационарное лечение. Больные были разделены на 2 группы по длительности периода обращения за специализированной психиатрической помощью. В основную группу вошли 41 больная СР, которые до момента обращения к врачу-психиатру в течение длительного времени (от 1 года до 6 лет) обследовались и лечились у врачей-интернистов. Контрольную группу составили 25 больных СР, обратившихся за специализированной помощью в течение 1 года (нами обозначен как относительно короткий период).

Методы исследования: клиничко-психопатологический, психологический (стандартизированный многофакторный метод исследования личности Л.Н. Собчик, личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора, опросник «Способы совладающего поведения», направленный на изучение (копинг-механизмов, определяет насколько часто и эффективно используется каждая из поведенческих стратегий), статистический (описательная, сравнительная статистика – критерий углового преобразования Фишера, непараметрический критерий Манна-Уитни U). Расчеты проводились с помощью статистического пакета STATISTICA 8.0.

Диагностика соматизированных расстройств осуществлялась в соответствии с указаниями, содержащимися в МКБ-10 (F45.0). Для изучения особенностей этапа поиска медицинской помощи больными применяли специально разработанную анкету. В неё заносились социально-демографические показатели, результаты клиничко-психопатологического обследования и заключения врачей общей практики и узких специалистов, информация о причинах несвоевременного обращения к врачу-психиатру, данные психологических методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами обозначено несколько групп факторов, сдерживающих обращение больных СР за психиатрической помощью: социально-демографические, клинические, информационные, организационные (изменения в системе здравоохранения последних лет), психологические.

Социально-демографические показатели выглядели следующим образом. В обеих группах преобладали жители сельской местности, однако в контрольной группе число городских жителей в 2,05 раза превышало количество сельчан (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Место жительства	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		p-level
	Абс.	%	Абс.	%	
Город	8	19,51	10	40	1,789#
Сельская местность	33	80,48	15	60	1,793#

Пр и м е ч а н и е. # – Здесь и далее знак, свидетельствующий о различиях на уровне статистической тенденции ($p \geq 0,05 \leq 0,1$)

Долевое распределение больных СР по возрасту представлено в таблице 2. Выявленное распределение свидетельствует о незначительных возрастных различиях в исследовательских группах.

Т а б л и ц а 2

Возраст, лет	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		p-level
	Абс.	%	Абс.	%	
19–24	5	12,19	3	12	0,028
25–30	11	26,83	6	24	0,252
31–35	14	34,15	8	32	0,173
36–40	11	26,82	8	32	0,456

Распределение больных по уровню образования (табл. 3) показало, что в основной группе преобладают женщины со средним профессиональным образованием (39,02%; $p \geq 0,05 \leq 0,1$), в контрольной группе – с высшим профессиональным образованием (40%; $p < 0,01$). Таким образом, образовательный уровень больных СР выше, чем в контрольной группе. Можно предположить, что более высокий образовательный уровень способствует пониманию необходимости получать специализированную психиатрическую помощь и влияет на своевременность принятия решения обратиться к врачу-психиатру.

Т а б л и ц а 3

Уровень образования	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		p-level
	Абс.	%	Абс.	%	
Высшее профессиональное	4	9,76	10	40	2,885**
Незаконченное высшее	9	21,95	6	24	0,189
Среднее	12	29,27	4	16	1,265
Среднее профессиональное	16	39,02	5	20	1,663#

Пр и м е ч а н и е. ** – Здесь и далее знак, свидетельствующий о значимых ($p < 0,01$) статистических различиях; # – здесь и далее знак, свидетельствующий о различиях на уровне статистической тенденции ($p \geq 0,05 \leq 0,1$)

При изучении трудового статуса у обследованных заслуживают внимания следующие результаты (табл. 4). В основной группе преобладают временно трудоустроенные лица (39,02%), их доля достоверно ($p < 0,01$) превышает таковую в контрольной группе (12%).

Т а б л и ц а 4

Распределение больных СР по трудовому статусу					
Трудовой статус	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		p-level
	Абс.	%	Абс.	%	
Имеют постоянную работу	15	36,59	8	32	0,378
Безработные	10	24,39	14	56	2,593**
Временно трудоустроены	16	39,02	3	12	2,53**

36,59% больных СР имели постоянное место работы. В специально разработанной анкете они указали следующие специальности: маляр, уборщица, кассир, разнорабочая и др. В контрольной группе преобладали безработные женщины (56%), их доля была выше таковой в основной группе ($p < 0,01$). Далее следовали больные, имеющие постоянную работу (32%). Это были профессии с высококвалифицированными видами труда (бухгалтеры, учителя, медицинские сестры и др.).

Наличие временного трудоустройства в основной группе выступило в качестве фактора, сдерживающего обращение за психиатрической помощью, так как больные опасались, что сослуживцы могут узнать об их «психическом расстройстве», работодатель их уволит, на них будут «косо смотреть» в коллективе. Фактор стигматизации представлял особенную значимость для жителей сельской местности. Напротив, отсутствие работы, преобладающее в контрольной группе, может способствовать своевременному обращению за психиатрической помощью. Сами больные объясняли это тем, что «не нужно отпрашиваться с работы, чтобы пойти на прием к врачу», нет необходимости оформлять лист временной нетрудоспособности, так как «не нужен больничный». Имеет место и ряд субъективных причин: нет опасений, что кто-то из сотрудников узнает о факте обращения к психиатру, отсутствуют «лишние» денежные средства на очередные дополнительные обследования и лечение.

Изучение семейного статуса больных СР показало, что в основной группе преобладали разведенные (43,90%). Их доля отличалась от таковой в контрольной группе (16%; $p < 0,01$). В контрольной группе преобладали замужние женщины (44%; $p \geq 0,05 \leq 0,1$) и не состоящие в браке (40%). Как видно, фактор семейного неблагополучия может быть одной из причин позднего обращения за специализированной помощью.

Т а б л и ц а 5

Распределение больных СР по семейному положению					
Семейное положение	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		p-level
	Абс.	%	Абс.	%	
Замужем (в том числе состоит в гражданском браке)	9	21,95	11	44	1,872#
Разведена	18	43,90	4	16	2,463**
Не состоит в браке	14	34,15	10	40	0,481

Подводя итог анализу обсуждаемых социально-демографических показателей, можно составить своеобразный портрет больных СР, поздно обратившихся за психиатрической помощью. Как правило, это женщины – жительницы сельской местности, со

средним профессиональным образованием, временно трудоустроенные на работу с низкоквалифицированными видами деятельности, разведенные. Для них было характерно «избегающее врача-психиатра поведение». Больные СР, относительно быстро обратившиеся к психиатру, имеют высшее профессиональное образование, постоянно не трудоустроены, преимущественно замужние и не состоявшие в браке.

Далее проанализируем другие факторы, сдерживающие обращение больных соматизированными расстройствами за специализированной психиатрической помощью.

Проведенное нами ранее исследование [Погосов А.В., Богушевская Ю.В., 2007, 2008] на 110 больных позволило выделить клинические разновидности соматизированного расстройства: желудочно-кишечную, болевую, сердечно-дыхательную и псевдоневрологическую, при этом наиболее часто встречалась сердечно-дыхательная разновидность. Каждая из них рассматривалась в рамках «простого» типа соматизированного расстройства. Случаи фиксации у больного трех диагностически значимых симптомов из 2 или 3 указанных разновидностей обозначены нами как «сочетанный» тип СР. Наиболее часто сочетались сердечно-дыхательная с болевой и сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная разновидности. Изучение частотного распределения диагностических симптомов у больных СР показало, что с наибольшей частотой регистрируется группа симптомов со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. На втором месте была группа желудочно-кишечных симптомов. Далее по частоте примерно в равной доле следовали группы псевдоневрологических и болевых симптомов. С наименьшей частотой встречались группы женских репродуктивных и сексуальных симптомов. Наиболее диагностически значимыми среди симптомов со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем являлись «головокружение», «сердцебиение», «поверхностное дыхание»; среди желудочно-кишечных – «тошнота», «боли в животе», «непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи». Среди псевдоневрологических симптомов – «нечеткость зрения», «паралич или мышечная слабость», «пошатывание при ходьбе»; среди болевых – «боли в спине», «боли в конечностях», «боли в суставах».

Настоящее исследование показало, что преобладание в клинической картине соматизированного расстройства обозначенной разновидности и типа определяет выбор больным соответствующего специалиста.

Все обследованные впервые обращались за медицинской помощью к врачам соматического профиля (например, в центральные районные больницы, городские поликлиники по месту жительства, частные клиники, медицинские центры и др.). Как видно из таблицы 6, при простом типе СР количество специалистов, к которым обратились больные, небольшое.

Т а б л и ц а 6

Выбор специалиста больными в зависимости от клинической разновидности типа соматизированных расстройств

Тип и разновидность соматизированных расстройств	Специалисты, к которым обращались больные СР
Желудочно-кишечная разновидность простого типа	Терапевт, гастроэнтеролог
Болевая разновидность простого типа	Невролог, мануальный терапевт, массажист
Сердечно-дыхательная разновидность простого типа	Терапевт, кардиолог, эндокринолог
Псевдоневрологическая разновидность простого типа	Невролог, иглорефлексотерапевт, представители нетрадиционной медицины (гомеопат, экстрасенс, целитель и др.)
Сердечно-дыхательная и болевая разновидности сочетанного типа	Терапевт, кардиолог, невролог, эндокринолог, массажист, мануальный терапевт
Сердечно-дыхательная, болевая и желудочно-кишечная разновидности сочетанного типа	Невролог, мануальный терапевт, кинезотерапевт, иглорефлексотерапевт, массажист, вертебролог, остеопат, гомеопат, подиатр

В случаях сочетанного типа СР круг медицинских специалистов гораздо шире. Обращает внимание количество обращений к представителям нетрадиционной медицины у больных с псевдоневрологической разновидностью простого типа. Это связано не только с низким образовательным уровнем больных, их повышенной внушаемостью, но и с механизмом формирования в этом случае соматизированных расстройств (конверсия).

Остановимся на анализе специальностей врачей первичной медицинской сети и представителей нетрадиционной медицины, к которым обращались за помощью больные соматизированными расстройствами основной и контрольной групп до момента обращения к врачу-психиатру (табл. 7).

Т а б л и ц а 7

Распределение специалистов, к которым впервые обратились больные СР

Специалист	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)	
	Абс.	%	Абс.	%
Терапевт	12	29,26	9	36
Невролог	10	24,39	8	32
Кардиолог	7	17,07	4	16
Эндокринолог	6	14,65	2	8
Гастроэнтеролог	1	2,43	0	0
Гинеколог	2	4,87	2	8
Мануальный терапевт, кинезотерапевт, остеопат, вертебролог, подиатр	1	2,43	0	0
Целитель, экстрасенс	2	4,86	0	0

Больные соматизированными расстройствами обеих групп чаще всего начинают поиск медицинской помощи у терапевта по месту жительства: в основной группе к нему обратились 29,26% больных, в контрольной группе – 36%. По частоте обращаемости участковый терапевт является приоритетным по сравнению с врачами других специальностей. На втором месте находился невролог – в основной группе к нему обратились 24,07%, в контрольной группе – 32% больных. Далее зафиксировано посещение кардиолога (в основной группе –

17,07%, в контрольной группе – 16%). Со значительным отрывом по частоте в круг общих для обеих групп специалистов вошли эндокринолог и гинеколог. Это необходимо учесть при составлении практических рекомендаций для обозначенных специалистов. Заслуживает внимание факт обращения за помощью к медицинским работникам «экзотических» специальностей (мануальный терапевт, кинезотерапевт, гомеопат, остеопат, вертебролог, подиатр) и представителям нетрадиционной медицины (целитель, экстрасенс) у 2 больных основной группы (4,86%), чего не отмечено в контрольной группе.

После проведения нескольких диагностических мероприятий и наблюдения больных в течение 2–3 месяцев перечисленные специалисты давали рекомендации о целесообразности обращения к психиатру по месту жительства или психотерапевту. При расспросе о направлении к врачу-психиатру 98% больных неохотно сообщали анамнестические сведения, называли его психологом или наркологом, пытались уйти от ответа, сменить тему, пугались, ссылаясь на забывчивость.

Внимание больных соматизированными расстройствами часто привлекали специалисты с пафосными многочисленными регалиями, например «врач-консультант Центра реабилитации Главного медицинского управления по делам Президента РФ». На протяжении нескольких месяцев больные пытались избавиться от симптомов, следуя советам из «авторитетных» для них информационных ресурсов, по собственной инициативе проходили курсы массажа, иглорефлексотерапии, посещали лечебную физкультуру, занимались йогой, аквааэробикой, особенно пользовались популярностью индивидуальные занятия с тренером, в единичных случаях больные находили такие эксклюзивные формы лечения, как гирудотерапия и др.

Таким образом, в исследуемых группах наблюдаются различия в отношении круга медицинских специалистов и представителей нетрадиционной медицины. В основной группе представлен более широкий спектр врачей, к которым больные обращались за помощью, по сравнению с контрольной группой. В числе приоритетных врачебных специальностей, которым необходимо адресовать практические рекомендации по диагностике соматизированных расстройств, являются терапия и неврология. Указанным врачам первичной медицинской сети следует проводить психообразовательные программы для больных СР и вовремя направлять их за специализированной помощью.

Обозначенное нами «избегающее врача-психиатра поведение» у больных СР наблюдалось на протяжении ряда лет (табл. 8). Показано распределение больных СР основной группы по длительности заболевания до момента их обращения к врачу-психиатру. Большинство женщин (24,39%) не хотели обращаться к психиатру на протяжении 6 лет и более. Срок обращения к врачу-психиатру до 4–5 и более лет наблюдался у 43,9% больных.

Т а б л и ц а 8

Распределение больных СР основной группы по длительности заболевания до обращения за психиатрической помощью

Продолжительность заболевания до обращения к врачу-психиатру	Абс.	%
До 2 лет	5	12,19
До 3 лет	8	19,51
До 4 лет	9	21,95
До 5 лет	9	21,95
До 6 и более лет	10	24,39

Изучение анамнестических сведений у больных СР основной группы показало, что определенную роль на этапе поиска медицинской помощи играют пользующиеся особой популярностью в последние годы информационные ресурсы – сеть Интернет, просмотр телепередач о здоровье, чтение популярной литературы (газет, журналов), советы знакомых. У больных доминировали примитивные представления об организации психиатрической помощи, отсутствовали элементарные знания о соматических и психических заболеваниях, они высказывали опасения, что «их укут в психушку», что в психиатрии используют средневековые методы «усмирения» – привязывают, «делают дураками», «не выпустят» и т.д.

Больные СР в обеих группах с разной длительностью поиска специализированной помощи используют сходные источники информации (табл. 9).

Т а б л и ц а 9

Распределение больных СР в зависимости от источников информации о заболевании

Источник информации	Основная группа (n=41)		Контрольная группа (n=25)		p-level
	Абс.	%	Абс.	%	
Рассказы знакомых	16	39,02	5	20	1,663#
Интернет	10	24,39	3	12	1,285
Популярная литература	6	14,63	4	16	0,154
Телевидение	8	19,52	8	32	1,135
Научная литература	1	2,44	5	20	2,428**

В основной группе первое место по удельному весу занимают рассказы знакомых (39,02%; $p \geq 0,05 \leq 0,1$). Обычно знания этих людей ограничены примитивными представлениями о соматических заболеваниях у их родственников или в ближайшем окружении. Далее в этой группе источником информации является Интернет (24,39%). Особенности клиники соматизированных расстройств, а именно наличие субъективно ощущаемых болей со стороны внутренних органов, являются основанием для формирования запросов в поисковых системах Интернет-сети. Наименьший удельный вес приходится на научную литературу (2,44%). В контрольной группе в качестве источника информации преимущественно используются телевизионные передачи (32%). В равной мере здесь больные называют научную литературу (20%; $p < 0,01$) и рассказы знакомых (20%). Представленное распределение источников информации у обследованных больных отражает их высокую внушаемость, низкий образовательный уровень, неосведомленность о своем заболевании,

примитивные представления о психиатрической службе.

Таким образом, у больных основной группы доверие рассказам знакомых и сведениям из сети Интернет выступает сдерживающим фактором обращения за психиатрической помощью. У больных контрольной группы чтение научной литературы и просмотр телепередач о здоровье способствовали более раннему обращению к психиатру.

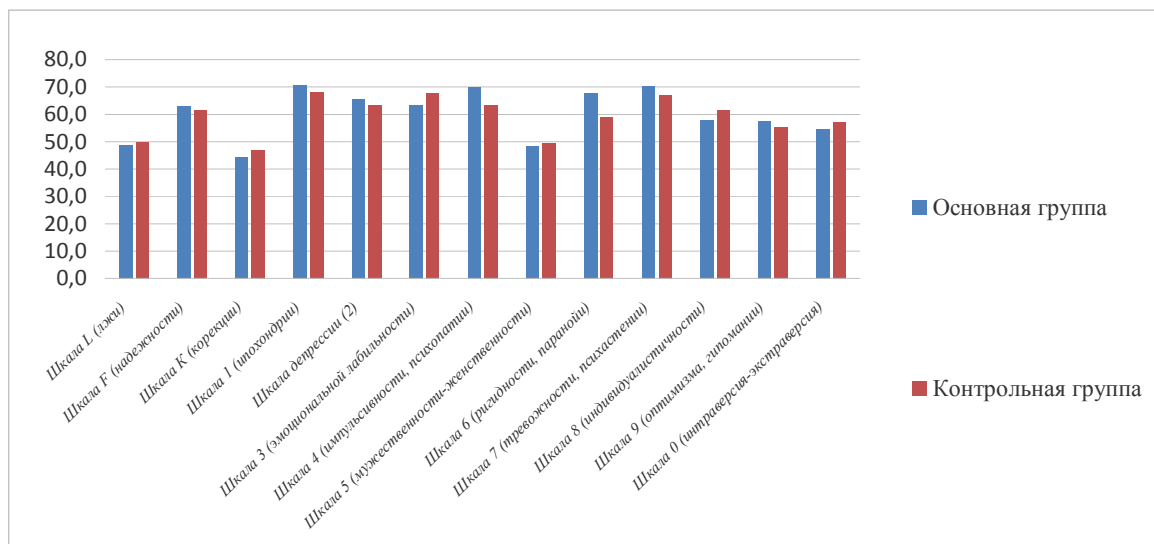
Остановимся на анализе организационных факторов, которые связаны с произошедшими в последние годы изменениями в системе здравоохранения, так как они также имеют большое значение при осуществлении больными выбора специалиста. Появление частных медицинских диагностических и лечебных центров, клиник, новых организаций, осуществляющих широкий спектр диагностических услуг и оказание медицинской помощи, широкая навязчивая реклама этих учреждений – всё это способствует тому, что у больных с множественными соматическими симптомами открываются возможности самостоятельно выбирать специалиста, проявлять инициативу и настаивать на проведении разнообразных обследований. Исходя из собственных представлений, уровня знаний о заболевании, узнав из указанных выше источников информации о болезни, больные СР самостоятельно решают к какому специалисту обратиться, осуществляют выбор медицинских центров. Они подвергаются многочисленным диагностическим процедурам, принимают лечение, несмотря на отсутствие эффективности проводимых мероприятий и «теряются» в первичном звене медицинской помощи на долгие месяцы и годы.

Далее перейдем к анализу группы психологических факторов, сдерживающих обращение больных соматизированными расстройствами за психиатрической помощью.

Личностный профиль, изучаемый с помощью методики СМИЛ, у больных основной группы заметно отличается от такового у больных контрольной группы. Индивидуально-личностными особенностями являлись более выраженные изменения по шкалам ипохондрии, тревожности, психопатии и ригидности (рис. 1).

Полученное распределение может быть связано с усилением преморбидных качеств личности в динамике соматизированного расстройства (так как длительность заболевания в основной группе колеблется от 1 года до 6 лет), а также являться результатом формирования не присущих ранее свойств личности. Приведенные данные подтверждают формирование у больных соматизированными расстройствами в личностном профиле патохарактерологических расстройств, установленных клинико-психопатологическим методом [5].

При изучении уровня личностной тревожности шкалой Дж. Тейлора получены следующие результаты (рис. 2).



Р и с у н о к 1 – Распределение показателей средних значений по шкалам СМЛ



Р и с у н о к 2 – Сравнительная оценка показателей средних значений личностной тревожности

Для больных СР основной группы характерен более высокий уровень личностной тревожности (средние значения 32,8). У больных СР контрольной группы обнаружены средние значения уровня личностной тревожности с тенденцией к высокому уровню (23,9). При сравнительной оценке показателей данного опросника с помощью U критерия Манна–Уитни обнаружены различия на уровне статической тенденции (p-level=0,056013).

Высокий уровень личностной тревожности у больных основной группы выступает сдерживающим фактором для обращения за помощью в психиатрические учреждения. Характерные для этих больных многочисленные обращения к специалистам общесоматического профиля в течение длительного времени следует рассматривать как трансформацию (проекцию) тревожности. Она выражается в активном поиске подтверждений о наличии соматического заболевания на основании многочисленных лабораторно-инструментальных обследований, посещении разных специалистов соматического профиля, формировании «избегающего врача-психиатра поведения».

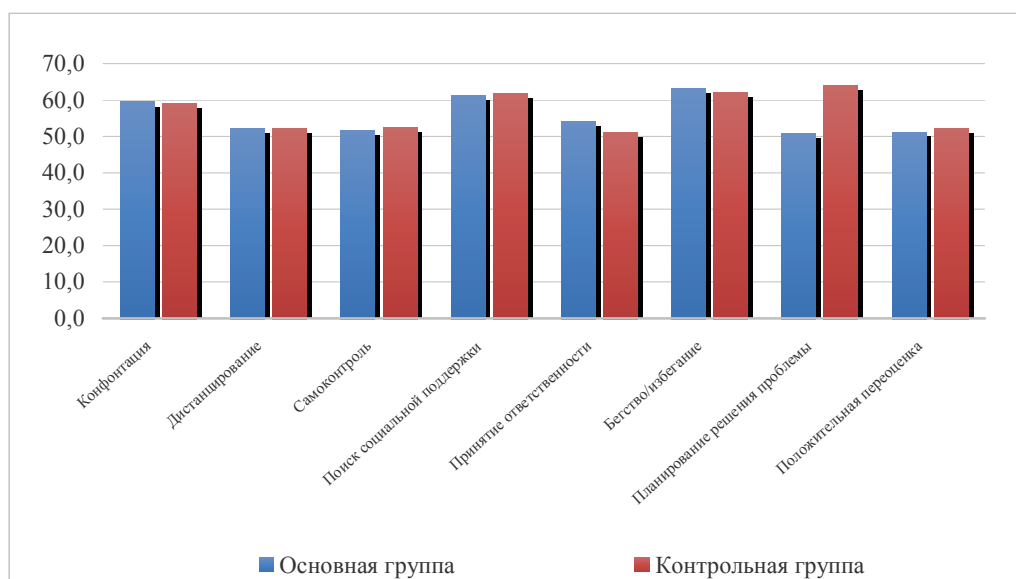
Далее приведены результаты опросника «Спосо-

бы совладающего поведения», направленного на изучение особенностей преодоления трудностей в различных сферах (копинг-механизмы, копинг-стратегии). При сравнительной оценке показателей саморегуляции с помощью U критерия Манна–Уитни обнаружены различия на высоком уровне статической значимости по стратегии планирование решения проблемы (p-level=0,000000). Это свидетельствует о характерном копинге для контрольной группы планирование решения проблемы.

На рисунке 3 продемонстрировано, что у представителей обеих групп наблюдается умеренное использование (от 40 до 60 баллов) следующих копингов: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, принятие ответственности, положительная переоценка. Ведущими стратегиями стрессового совладания в обеих группах являются поиск социальной поддержки (61,2 балла и 61,9 балла соответственно), бегство/избегание (63,3 балла и 62,3 балла соответственно). Еще одной предпочтительной стратегией совладающего поведения в контрольной группе является планирование решения проблемы (64,2 балла).

Использование сочетания таких стратегий, как поиск социальной поддержки и бегство/избегание рассматривается нами как неадаптивное, сдерживающее обращение больных СР за специализированной помощью. При включении в это сочетание стратегии планирование решения проблемы это дополнение способствует более быстрому обращению за специализированной помощью.

Полученные результаты необходимо учитывать при составлении практических рекомендаций для специалистов учреждений первичного звена системы здравоохранения (терапевт, невролог, кардиолог, эндокринолог) и психообразовательных программ для больных соматизированными расстройствами и их родственников.



Р и с у н о к 3 – Сравнительная оценка использования копинг-стратегий

Проведение психообразовательных программ позволит преодолеть больным существующие стигмы, сократить этап поиска специализированной психиатрической помощи, в более быстрые сроки принять решение о необходимости обратиться к врачу-психиатру.

ВЫВОДЫ

Социально-демографический портрет больных СР, поздно обратившихся за психиатрической помощью, выглядит следующим образом: это разведенные женщины, жительницы сельской местности, со средним профессиональным образованием, временно трудоустроенные на работу, с низкоквалифицированными видами деятельности.

Клиническая разновидность и тип соматизированного расстройства определяет выбор больным соответствующего специалиста. Для больных с избегающим врача-психиатра поведением характерен более широкий спектр врачебных специальностей, к которым они обращались за помощью. К числу приоритетных относятся терапевт, невролог, кардиолог, эндокринолог.

Доверие рассказам знакомых и сведениям из сети Интернет у больных основной группы выступает в качестве сдерживающего фактора обращения за психиатрической помощью.

Произошедшие в последние годы изменения в системе здравоохранения имеют большое значение при осуществлении больными выбора специалиста, способствуют самостоятельному выбору диагностических мероприятий.

Психологические особенности больных СР выступают в качестве сдерживающего фактора в обращении за психиатрической помощью. Особенностью личностного профиля больных СР с избегающим врача-психиатра поведением являются более выраженные показатели по шкалам ипохондрии, тревожности, психопатии и ригидности. Для них

характерны неадаптивные формы совладающего поведения.

Полученные сведения могут быть приняты за основу практических рекомендаций для специалистов учреждений первичного звена системы здравоохранения (терапевт, невролог, кардиолог, эндокринолог).

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

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

ЛИТЕРАТУРА

- Агарков А.П., Варанкова Л.В. Проблема диагностики соматизированных психических расстройств в общемедицинской и психиатрической практике. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 3 (54): 103–106.
- Богушевская Ю.В. Клинические и терапевтические аспекты соматизированных психических расстройств. *Российский психиатрический журнал*. 2007; 2: 60–63.
- Богушевская Ю.В., Николаевская А.О. Клинико-динамические и личностные особенности больных соматизированными расстройствами. *Российский психиатрический журнал*. 2013; 4: 31–36.
- Демчева Н.К., Калинина Е.В. Связь между клиническими характеристиками психических расстройств и своевременностью обращения за психиатрической помощью у больных с впервые в жизни установленным диагнозом. *Психическое здоровье*. 2010; 7: 28–35.
- Наумова Е.Л., Куприянова Е.И., Белобородова Э.И. Адаптивные копинг-стратегии у пациентов с синдромом раздраженной кишки. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 2 (83): 62–64.
- Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты). *Психические расстройства в общей медицине*. 2008; 3: 29–36.

7. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия). Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008: 268.
8. Погосов А.В., Николаевская А.О., Богушевская Ю.В. Клинико-психологические особенности больных на донозологическом этапе течения соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2013; 1: 119–125.
9. Погосов А.В., Николаевская А.О. Соматизированные психические расстройства у больных городской поликлиники: диагностика начального этапа заболевания. *Психические расстройства в общей медицине*. 2017; 1: 48–49.
10. Погосов А.В., Погосова И.А., Богушевская Ю.В. Психосоматические расстройства (учебное пособие). 2-е доп. изд. Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008: 212.
11. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. А.Б. Смулевича. М.: Медпресс-информ, 2016: 776.
12. Симаненкова В.И. Психосоматические расстройства в практике терапевта. СПб.: СпецЛит, 2008: 166–223.
13. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск, 2014: 304.
14. Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Исмаилова С.Ф. Психологические факторы, влияющие на активность поиска медицинской помощи пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 3 (84): 9–14.
15. Чижова А.И. Клинико-психологические аспекты патогенеза соматоформных невротических расстройств. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология*. 2012; 6 (15): 91–96.

Поступила в редакцию 4.09.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Погосов Альберт Вазгенович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики.
Богушевская Юлия Владимировна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и психосоматики.

✉ Богушевская Юлия Владимировна, yuliyabogushevskaya@yandex.ru

УДК 616.89:616.891:616-52

For citation: Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. Clinical, personality-psychological and sociodemographic factors hindering patients with somatization disorders from seeking specialized care. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 22–30. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-22-30](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-22-30)

Clinical, personality-psychological and sociodemographic factors hindering patients with somatization disorders from seeking specialized care

Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V.

Kursk State Medical University
K. Marx Street 3, 305041, Kursk, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Late seeking for psychiatric help by patients with somatization disorders is medico-social and economic problem. The formation of the unique “avoiding psychiatrist behavior” in patients with somatization disorders causes relevance of the paper. Objective is to study the reasons, which hinder the timely seeking by patients with somatization disorders for specialized psychiatric help. **Methods:** clinical-psychopathological, psychological (standardized multifactor method of investigating the personality by L.N. Sobchik, the Taylor Manifest Anxiety Scale, the questionnaire “Methods of Coping Behavior”), statistical. **Results.** The results of study of the reasons are presented, which hinder the timely seeking by patients with somatization disorders (SD) the psychiatrist. The groups of factors are designated: sociodemographic, clinical, information, organizational, psychological. The sociodemographic portrait of a patient with SD is described. The influence of clinical manifestations of somatization disorders, information resources and organizational changes in the system of public health on the selection by the patients of the specialists of primary medical network is shown. Personality traits, mechanisms of coping behavior are analyzed. **Conclusion.** Sociodemographic portrait of the patients with SD who seek psychiatric help late, is as follows: these are the separated women – the inhabitants of rural locality, with the secondary vocational education, temporarily those employed with the low-qualified forms of activity. Clinical variety and type of the somatization disorders determines selection by the patient of the corresponding specialist. For the patients with the behavior avoiding the psychiatrist the wide spectrum of medical specialties is typical, whom they sought internist, neurologist, cardiologist, endocrinologist). Confidence to the stories of acquaintances and to information from the Internet acts as the constraint against seeking the psychiatric aid. The changes in the system of public health occurred in recent years have great significance with the realization by the patients of the selection of specialist, diagnostic measures. The psychological traits of patients with SD act as the constraint against seeking the psychiatric aid. The more expressed indices according to the scales of hypochondria, anxiety, psychopathy and rigidity are the special features of personal profile of patients with SD and behavior avoiding the psychiatrist. For them disadaptive forms of coping behavior are typical. The obtained information will become the basis of practical recommendations for the specialists of the primary healthcare.

Keywords: somatization disorders, factors hindering seeking a psychiatrist.

REFERENCES

1. Agarkov A.P., Varankova L.V. Problema diagnostiki somatizirovannykh psicheskikh rasstroystv v obschemeditsinskoj i psichiatricheskoj praktike [Problem of diagnosis of somatized mental disorders in general medical and psychiatric practice]. *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2009; 3 (54): 103–106 (in Russian).
2. Bogushevskaya Yu.V. Klinicheskie i terapevticheskie aspekty somatizirovannykh psicheskikh rasstroystv [Clinical and therapeutic aspects of somatized mental disorders]. *Rossiyskiy psichiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2007; 2: 60–63 (in Russian).
3. Bogushevskaya Yu.V., Nikolaevskaya A.O. Kliniko-dinamicheskie i lichnostnyie osobennosti bolnykh somatizirovannyimi rasstroystvami [Clinico-dynamic and personality traits of patients with somatization disorders]. *Rossiyskiy psichiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2013; 4: 31–36 (in Russian).
4. Demcheva N.K., Kalinina E.V. Svyaz mezhdru klinicheskimi harakteristikami psicheskikh rasstroystv i svoevremennostyu obrascheniya za psichiatricheskoj pomoshchyu u bolnykh s vpervyie v zhizni ustanovlennym diagnozom [Connection between clinical characteristics of mental frustration and timeliness of the reference behind the psychiatric help in patients with established diagnosis for the first time in the life]. *Psichicheskoe zdorove – Mental Health*. 2010; 7: 28–35 (in Russian).
5. Naumova E.L., Kupriyanova E.I., Beloborodova E.I. Adaptivnyie koping-strategii u patsientov s sindromom razdrazhennoy kishki [Adaptive coping strategies in patients with irritable bowel syndrome]. *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 2 (83): 62–64 (in Russian).
6. Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. Somatizirovannyye rasstroystva (kliniko-dinamicheskie i terapevticheskie aspekty) [Somatization disorders (clinical-dynamic and therapeutic aspects)]. *Psichicheskoe rasstroystva v obschey meditsine – Mental Disorders in General Medicine*. 2008; 3: 29–36 (in Russian).
7. Pogosov A.V., Bogushevskaya Yu.V. Somatizirovannyye rasstroystva (klinika, diagnostika, terapiya) [Somatization disorders (clinical picture, diagnostics, therapy)]. Kursk: GOU VPO KGMU Roszdrava, 2008: 268 (in Russian).
8. Pogosov A.V., Nikolaevskaya A.O., Bogushevskaya Yu.V. Kliniko-psihologicheskie osobennosti bolnykh na donozologicheskom etape techeniya somatizirovannykh psicheskikh rasstroystv s serdechno-sosudistyimi proyavleniyami [Clinical-psychological traits of patients at pre-clinical stage of course of somatized mental disorders with cardiovascular manifestations]. *Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik “Chelovek i ego zdorove” – Kursk Scientific-Practical Bulletin “Man and his Health”*. 2013; 1: 119–125 (in Russian).
9. Pogosov A.V., Nikolaevskaya A.O. Somatizirovannyye psichicheskie rasstroystva u bolnykh gorodskoy polikliniki: diagnostika nachalnogo etapa zabolevaniya [Somatized mental disorders in patients of a city primary care unit: diagnostics of the initial stage of the disease]. *Psichicheskoe rasstroystva v obschey meditsine – Mental Disorders in General Medicine*. 2017; 1: 48–49 (in Russian).
10. Pogosov A.V., Pogosova I.A., Bogushevskaya Yu.V. Psihosomaticheskie rasstroystva (uchebnoe posobie) [Psychosomatic disorders (tutorial)]. 2-e dop. izd. Kursk: GOU VPO KGMU Roszdrava, 2008: 212 (in Russian).
11. Psihosomaticheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike [Psychosomatic disorders in clinical practice]. A.B. Smulevich, ed. M.: Medpress-inform, 2016: 776 (in Russian).
12. Simanenkova V.I. Psihosomaticheskie rasstroystva v praktike terapevta [Psychosomatic disorders in practice of an internist]. SPb.: SpetsLit, 2008: 166–223 (in Russian).
13. Sobennikov V.S. Somatizatsiya i somatiformnyie rasstroystva [Somatization and somatiform disorders]. Irkutsk, 2014: 304 (in Russian).
14. Tsygankov B.D., Malygin Ya.V., Ismailova S.F. Psihologicheskie faktoryi, vliyayuschee na aktivnost poiska meditsinskoj pomoshchi patsientami, stradayuschimi pogranichnyimi psichicheskimi rasstroystvami [Psychological factors, affecting activity of search for medical care by patients suffering from borderline mental disorders]. *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 3 (84): 9–14 (in Russian).
15. Chizhova A.I. Kliniko-psihologicheskie aspektyi patogeneza somatiformnykh nevrotycheskikh rasstroystva [Clinical-and-psychological aspects of pathogenesis somatiform disorders]. *Vestnik Yuzhno-Uralskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Psichologiya – Bulletin of South-Urals State University. Series Psychology*. 2012; 6 (15): 91–96 (in Russian).

Received September 4.2017

Accepted October 30.2017

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

Bogushevskaya Julia V., PhD, associate professor of Psychiatry and Psychosomatics Department, Kursk State Medical University, Kursk, Russian Federation.



Bogushevskaya Julia V., yuliyabogushevskaya@yandex.ru

УДК 616.895.4:616.89-008.485

Для цитирования: Деменова А.А., Ретюнский К.Ю. Психопатологическая дифференциация деперсонализационных расстройств при эндогенной депрессии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 31–37. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-31-37](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-31-37)

Психопатологическая дифференциация деперсонализационных расстройств при эндогенной депрессии

Деменова А.А.¹, Ретюнский К.Ю.²

¹ Свердловская областная клиническая психиатрическая больница
Россия, 620030, Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км

² Уральский государственный медицинский университет
Россия, 620028, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3

РЕЗЮМЕ

Цель – установление психопатологической структуры эндогенных депрессий с деперсонализационными расстройствами, разработка их типологии, выявление связи явлений деперсонализации с другими психопатологическими феноменами. **Материал и методы.** Исследование проводилось с 2006 по 2014 г. на базе отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний Научного центра психического здоровья и на кафедре психиатрии. Критерием отбора больных служило наличие деперсонализационных расстройств в клинической картине эндогенных депрессий (F31–34). Клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическими методами обследованы 57 пациентов (38 женщин и 19 мужчин). Средний возраст пациентов к моменту обследования составил 36,9±13,0 года. **Результаты.** В зависимости от клинико-динамических характеристик деперсонализационных расстройств в рамках эндогенных депрессий выделены 3 типологических варианта исследуемых состояний: пароксизмальный, затяжной и хронический.

Ключевые слова: эндогенная депрессия, деперсонализация, типология, динамика.

ВВЕДЕНИЕ

Анализ эпидемиологических исследований последнего времени указывает на тенденцию к неуклонному росту депрессивных расстройств. По прогнозам экспертов ВОЗ, к 2020 г. униполярная депрессия не только в странах Европы и Северной Америки, но и во всем мире займет второе место среди заболеваний, приводящих к временной потере трудоспособности. В последние годы также отмечается рост распространенности депрессивных расстройств во всех возрастных группах, при этом у женщин этот показатель в среднем в 1,5–2,5 раза больше, чем у мужчин [28].

Многочисленные исследования показывают высокий процент (как минимум около 12%) случаев затяжного течения (хронификации) острых депрессивных эпизодов [22]. Депрессивные расстройства характеризуются разнообразием клинических фенотипов депрессии, которые нередко накладываются друг на друга [19].

Проблема деперсонализационных расстройств остается одной из наиболее актуальных в современной психиатрии. Интерес исследователей обусловлен, в первую очередь, недостаточной изученностью феномена деперсонализации, сложностью феноменологии и психопатологической дифференциации. Следует отметить и высокую терапевтическую резистентность указанной патологии к имеющимся методам лечения. С момента их выделения деперсонализационные расстройства являются объектом пристального внимания не только психиатров, но и психологов, философов, социологов. К сожалению, отсутствует единство взглядов на механизмы возникновения деперсонализации, правомерность

отнесения к той или иной классификационной группе психических расстройств, активно обсуждаются клинические и психолого-социальные границы феномена, динамика отчуждения и взаимосвязь с другими психическими нарушениями.

Так, еще в 1873 г. М. Krishaber [23] обратил внимание на синдром, выделенный и обозначенный им как «цереброкардиальная невропатия», проявляющийся переживанием отчуждения своей личности. Термин «деперсонализация» впервые был предложен L. Dugas [20] в 1898 г., утверждавшим «чувство» изменения Эго, впоследствии обозначенного автором как «чувство потери себя». P. Schilder [26] в монографии, изданной в 1914 г., описывал деперсонализационный синдром как состояние, при котором наблюдается не только ощущение измененности индивидуума, но и окружающего мира. К. Haug [21] в 1936 г. признавал в структуре деперсонализации расстройства, выражающиеся в отчуждении собственного тела или органов.

Позже в 1954 г. В. Ackner указал на «второстепенные» признаки деперсонализации в форме затрудненного осмысления и нарушенной концентрации внимания, ухудшения памяти, бедности представлений [17]. Анализ взаимоотношения деперсонализационных и аффективных нарушений активно обсуждался Ю.В. Каннабихом (1914), В. Ackner (1954) [7, 17, 18].

В систематизации деперсонализационных расстройств особенно значима заслуга К. Haug. Основываясь на теории Вернике о трех сферах психической деятельности, он выделял аутопсихический, соматопсихический и аллопсихический типы деперсонализации, проявляющиеся соответственно в от-

чуждении психического «Я», телесного «Я» и окружающей действительности. Обозначенные им варианты до настоящего времени рассматриваются в современных психиатрических классификациях [21].

Е.Б. Беззубова (1985) добавила к этим вариантам так называемую витальную деперсонализацию. Согласно ее определению, витальная деперсонализация является переживанием неясной измененности, отчужденности самоощущения, «внутреннего разлада», «физического неуюта» [3].

На современном этапе психиатрических знаний многие ведущие исследователи также предпринимали попытки создания психопатологической типологии деперсонализационных расстройств в структуре отдельных нозологических форм. Так, А.Б. Смулевич и В.Ю. Воробьев (1973) разделили все проявления деперсонализации на чувственные, идеаторные и занимающее промежуточное место между первыми и вторыми [9].

К исследованию деперсонализации с позиций расстройств определенных функций личности подошел С. Scharfetter (1991) [27]. Развивая представления К. Ясперса (1959) и К. Шнайдера (1967) относительно компонентов самосознания, С. Scharfetter (1991) предлагал выделять пять составляющих самосознания: 1) сознание витальности – наиболее базисная структура самосознания, переживается в виде ощущения своего существования как живого организма; 2) сознание активности переживается в виде сознания принадлежности себе своих психических процессов; 3) сознание целостности – переживание себя как единого существа с единым «Я»; 4) сознание границ «Я» – разделение между «Я» и окружающим, фантазией и объектами реального мира. 5) сознание идентичности «Я» – психического и телесного.

Выпадению каждого компонента самосознания соответствует то или иное проявление деперсонализации. Например, исчезновение границ «Я» подразумевает «страхи потери контроля» и дереализацию. Концепция С. Scharfetter построена на модели самосознания как явления сугубо психологического, а расстройства основных параметров самосознания и составляют основу деперсонализационных расстройств [27].

Большинство современных исследователей обращают внимание на то обстоятельство, что деперсонализационные расстройства редко наблюдаются изолированно. Более того, данные расстройства обычно возникают в комплексе с определенными психопатологическими феноменами, образуя достаточно сложные симптомокомплексы. Особенно часто отмечается взаимосвязь деперсонализации с аффективными расстройствами [5, 6, 10, 12, 13, 24].

Так, В.Н. Краснов (2011) считает наиболее характерным сочетание деперсонализационных расстройств с депрессивными нарушениями, подчеркивая особую связь деперсонализации с аффектом тревоги [8].

Тем не менее имеются сообщения о возможном сочетании деперсонализации с гипоманиакальным аффектом [14].

Особый интерес представляют описания сочетаний деперсонализации с obsessивно-фобическими и сенестопатическими расстройствами, представленные в работах А.В. Снежневского (1987), А.Б. Смулевича, Э.Б. Дубницкой (1997) [10, 12].

Некоторые исследователи отмечают, что деперсонализация часто сопровождается ипохондрической симптоматикой [2, 3, 9, 13]. Также убедительными выглядят результаты исследований, доказывающих негативное влияние тяжести текущей депрессии, оцененной интегративно по шкале CGI-S, на субъективную оценку уровня социальной адаптации у пациентов с коморбидными аффективными и личностными расстройствами. В случае коморбидности с другими психическими расстройствами депрессия отличается более частым повторением фаз, более поздней выявляемостью в сравнении с депрессией без указанной коморбидности [18, 22, 25].

Следует отметить, что в рамках синдрома деперсонализации в структуре депрессии остаются недостаточно изученными как особенности психопатологии, так и дифференциальной диагностики, прогностической оценки. В то же время нуждается в уточнении психопатологическая структура феномена, отсутствует единая общепринятая типология данных расстройств.

Цель исследования – установление психопатологической структуры эндогенных депрессий с деперсонализационными расстройствами, разработка их типологии, выявление связи явлений деперсонализации с другими психопатологическими феноменами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с целью и задачами работы было изучено 57 больных, в том числе 38 женщин (средний возраст $36,89 \pm 12,9$ года) и 19 мужчин (средний возраст $37,11 \pm 13,7$ года).

Критерии включения: пациенты обоого пола, возраст на момент обследования 18–70 лет, наличие деперсонализационных расстройств в структуре состояния, депрессивное состояние, соответствующее критериям рубрик F31-34 МКБ-10.

Критерии исключения: 1) возраст моложе 18 лет и старше 70 лет; 2) наличие в статусе симптомов, выходящих за рамки аффективного регистра (острый чувственный бред, галлюцинаторные и кататонические расстройства), достигающих значительной степени выраженности и на момент проведения обследования определяющих состояние больных; 3) наличие соматических и неврологических заболеваний в стадии декомпенсации; 4) наличие судорожной активности на ЭЭГ; 5) наличие признаков тяжелого органического поражения центральной нервной системы (ЦНС); 6) злоупотребление алкоголем и ПАВ.

Основным был клинико-психопатологический метод исследования. В случаях, где это было возможно, проводилось катамнестическое исследование с целью уточнения особенностей дальнейшей динамики деперсонализационных расстройств и заболевания в целом при длительно текущих депрессиях. Длительность катамнеза составляла от 6 месяцев до 7 лет, при этом у 3 больных его продолжительность не превышала 1 года, у 10 больных составила от 1 до 3 лет, у 8 пациентов варьировала от 4 до 7 лет. У всех больных изучалось также соматическое и неврологическое состояние, а также проводилось ЭЭГ-обследование для исключения признаков судорожной активности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С целью дополнения клинических характеристик деперсонализации были выделены 3 феномена: отчуждения, утраты и изменения. Все эти феномены имели место в рамках всех видов деперсонализации (ауто-, сомато- и аллопсихической).

Феномен отчуждения проявлялся нарушением самоидентификации и был представлен в чувственном переживании больных того, что прежние психические функции, тело, включенность в окружающее стали иными, не свойственными им в обычном состоянии. Пациенты предъявляли жалобы на то, что все тело или какая-то его часть стали чужими. Они не узнавали звука своего голоса, отражения в зеркале, себя на фотографии, говорили о своих действиях и мышлении – «как будто это не я», рассказывали о не свойственном им ранее восприятии окружающего – не чувствовали перемены времени года, не ощущали хода времени.

Феномен утраты заключался в переживании пациентами частичной или полной потери чувств, эмоций, телесных ощущений, собственного «Я», ряда психических функций (мышления, воли). Больные регистрировали у себя ощущение пустоты или онемения в различных частях тела, внутренних органах, мыслях, в душе. В описании жалоб пациентов преобладали сравнения – «я стал как тупой», «я как Марья-искусница из сказки: Что воля, что неволя – все равно», «мои руки как будто пустые», «я не чувствую, что сплю, как будто голова всегда свежая, как будто я никогда не устаю», «Я не чувствую себя, как будто внутри меня ничего нет».

Феномен изменения был представлен переживанием пациентами необычного самоощущения. Это проявлялось появлением различных ощущений в виде легкости, тяжести, напряжения или как общее неопределенное неясное и трудноописуемое чувство внутреннего дискомфорта, разлада, психического и физического неуютта, которое либо тотально охватывало все сферы психической деятельности (психическое «Я», физическое «Я» и восприятие окружающей действительности): «со мной что-то не так», «я как будто умираю», либо избирательно затрагивало 1–2 из этих сфер: «я все не так, как раньше вижу, не так четко», «я чувствую себя странно и все вокруг, как в тумане».

В ходе исследования в зависимости от клинико-динамических характеристик деперсонализационных расстройств в рамках эндогенных депрессий были выявлены 3 типологических варианта:

1. *Депрессия с пароксизмальной деперсонализацией* (26 наблюдений, 19 женщин, 7 мужчин, средний возраст $38,1 \pm 14,9$ года). В данной группе явления деперсонализация носила пароксизмальный характер, сопровождались выраженным аффектом тревоги, массивными вегетативными проявлениями в виде телесной дрожи, тошноты, потливости, сердцебиения и имели клинические характеристики феноменов изменения или отчуждения. Деперсонализационные симптомы наблюдались на протяжении от нескольких секунд до 1–2 дней, описывались пациентами как «приступ», который имел внезапное начало, быстро достигал пика интенсивности и так же внезапно прекращался самопроизвольно или на фоне применения анксиолитических препаратов.

Впервые возникшее подобное состояние заставляло пациентов прибегать к помощи врачей, вызывать бригады СМП, многократно измерять артериальное давление и пульс. Даже после окончания «приступа» сохранялась тревога за свое здоровье, больные проходили обследование у неврологов и кардиологов. Отсутствие объективных диагностических данных, как правило, не убеждало пациентов в отсутствии соматического заболевания. Быстро развивалась ипохондрическая симптоматика. Часто прослеживалась четкая связь между возникновением первого пароксизма с предшествующей психотравмирующей ситуацией или длительным пребыванием пациента в состоянии психоэмоционального напряжения. Весь комплекс деперсонализационных расстройств обнаруживал четкую корреляцию с аффектом тревоги, что проявлялось в синхронных с аффектом колебаниях интенсивности деперсонализационных жалоб. В целом усиление или возникновение тревоги обычно предшествовало возникновению деперсонализационных расстройств, «приступы» по своей структуре были идентичны, однотипны. Пациенты отмечали, что первый по счету приступ являлся самым тяжелым, последующие переносились субъективно легче, пациенты как бы «привыкали» к наличию приступов. В то же время в периоды между «приступами» пациенты обнаруживали хорошее понимание природы происхождения симптомов, но на высоте тревоги критичность значительно снижалась, больные стремились получить немедленную медицинскую помощь, злоупотребляли кардиологическими препаратами (такими как валидол, валокордин), транквилизаторами, принимая их в высоких дозах. В межприступные периоды во всех случаях отмечались высокий уровень внутреннего напряжения, самоконтроля, «ожидание приступа», стремление избежать длительное общение с другими людьми, сниженное настроение, что сами пациенты считали логическим следствием наличия «приступов». Сходные состояния были описаны Г.О. Чиковани [7].

2. *Депрессия с затяжной деперсонализацией* (17 наблюдений, 10 женщин, 7 мужчин, средний возраст $39,8 \pm 11,5$ года).

При затяжном варианте деперсонализационных расстройств наблюдались депрессивные состояния длительностью от 1 месяца до 3 лет. Начало депрессии характеризовалось наличием промежутка сниженного настроения с «классической триадой», наличием в структуре тревоги, соматическими проявлениями депрессии в виде нарушений сна и аппетита. В 53% случаев депрессия имела психогенный запуск, но связь с психогенией быстро утрачивалась. Отмечалось нарастание уровня тревоги на протяжении 2–3 недель от начала депрессии, следом манифестировали деперсонализационные симптомы, которые носили непрерывный характер на протяжении всего времени течения депрессии и соответствовала клиническим проявлениям феномена изменения. Редукция деперсонализационных расстройств происходила одновременно с угасанием собственно тимического компонента депрессии. Примечательно, что, возникнув в структуре депрессии, деперсонализационные расстройства становились центральной жалобой пациента, субъективно оценивались как наиболее тягостное ощущение из всех имеющихся симптомов.

3. *Депрессия с хронической деперсонализацией* (14 наблюдений, 6 женщин, 8 мужчин, средний возраст $31,14 \pm 9,4$ года).

В рамках хронического течения деперсонализационных расстройств наблюдались состояния длительностью более 3 лет. В анамнезе у пациентов с данным типом течения деперсонализационных расстройств выявлен этап наличия серии пароксизмальноподобных состояний с массивной вегетативной симптоматикой, страхом смерти, возникающим на высоте тревожного «приступа». Пароксизмы следуют друг за другом, как «клише», постепенно увеличивается частота их возникновения, нарастает уровень межприступной тревоги.

Завершающим данный этап развития деперсонализационных расстройств возникает «самый тяжелый», по оценке самих пациентов, «приступ», который по продолжительности превосходит все предыдущие, длится от нескольких часов до 1,5 суток, характеризуется высочайшим уровнем тревоги, преимущественно идеаторным её компонентом, выраженным вегетативным симптомокомплексом. По окончании вышеописанного пароксизмального состояния угасает уровень тревоги, появляется деперсонализационная симптоматика, которая приобретает непрерывный монотонный характер течения, воспринимается, как самый мучительный симптом болезни. Больные не испытывают острой тоски, не оценивают свое настроение как особенно сниженное, считают снижение настроения прямым следствием их мучительных ощущений. Деперсонализационные симптомы становятся жалобой первого плана, имеют клинические характеристики феноменов изменения и (или) утраты.

Выявляется суточный ритм колебаний настроения с небольшим улучшением в вечерние часы. Депрессия на данном этапе начинает носить оттенок астеноподобной, характеризуется наличием жалоб на слабость, быструю утомляемость, трудности сосредоточения внимания, раздражительность, гиперчувствительность к громким звукам. Редукция депрессивных симптомов в ходе лечения не приводила к полному угасанию деперсонализационных симптомов, отмечалось лишь снижение их интенсивности. Примечательно, что на фоне проводимой терапии антипсихотиками у пациентов с хроническим типом течения деперсонализационных расстройств менялся полюс аффекта с депрессивного на гипоманиакальный. Несмотря на это, деперсонализационные жалобы сохранялись, хотя и становились субъективно менее актуальными. Часто у пациентов симптомы отмечались в течение многих лет, даже на фоне проводимого лечения. Выхода в ремиссию с полным восстановлением личностных свойств и уровня социально-трудовой адаптации не наблюдалось. Характерной особенностью у таких больных стало появление по мере течения заболевания своеобразной сверхценной ипохондрии. Пациенты, зная о своем диагнозе, с увлечением читали медицинскую литературу о деперсонализации, начинали вести «особый» образ жизни, позволяющий исключить факторы, усиливающие симптомы заболевания, аккуратно принимали назначенные препараты, не тяготились длительным пребыванием в стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Депрессия с деперсонализационными расстройствами является нозологически неспецифичной, обнаруживая психопатологическую и клиническую неоднородность. Катамнестическое исследование позволило точнее определить нозологическую принадлежность депрессивных состояний. У 40 пациентов диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство, у 17 пациентов – биполярное аффективное расстройство. Наличие деперсонализационных расстройств в ряде случаев расценивается как прогностически неблагоприятный признак. Имеют значение выраженность расстройств и комбинация различных клинических вариантов деперсонализации, представленных в рамках одного состояния.

Выявление деперсонализационных расстройств в структуре синдрома комплекса свидетельствует о склонности к затяжному характеру течения (82% наблюдений) и обнаруживает резистентность к лекарственной терапии.

Деперсонализационные жалобы являются центральным звеном всех спонтанных высказываний пациента, на них сосредоточено внимание больного на всем протяжении лечения.

В анамнезе пациентов нередко еще на доклиническом этапе определяются редкие краткосрочные единичные эпизоды деперсонализации, возникавшие на фоне переутомления, влияния патогенных стрессовых факторов, в форме неясных ощущений неопределенной внутренней измененности.

Проведенный анализ психопатологической структуры эндогенных депрессий с деперсонализацией свидетельствовал о большом клиническом разнообразии её проявлений даже в пределах одного и того же варианта. При нарастании тяжести, глубины, длительности и частоты возникновения депрессивных эпизодов наблюдалась пропорциональное усиление деперсонализационных расстройств. Развитие деперсонализационных симптомов нередко сопровождалось появлением нарушений тревожного спектра.

Таким образом, можно по-прежнему утверждать высокую актуальность исследований деперсонализационных расстройств из-за недостаточной изученности проблемы. Об этом свидетельствуют многочисленные публикации как отечественных, так и зарубежных исследователей, посвященные клинике, патогенезу и лечению деперсонализации. Накопление подобных данных, очевидно, должно способствовать решению главной задачи – раскрытию патогенетических механизмов и эффективному поиску оптимизации методов лечения и профилактики обозначенного расстройства.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ № 3 от 06.04.2007).

ЛИТЕРАТУРА

- Ахапкина М.В. Психопатология и клиника деперсонализационных расстройств при шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1993: 24.
- Баранов П.А. Психопатология анестетических депрессий в клинике приступообразно-прогредиентной шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1989: 24.
- Беззубова Е.Б. Деперсонализация как расстройство развития самосознания. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1993; 93: 3.
- Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д. Клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства при коморбидности с другими психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 16–20.
- Вергоградова О.П., Целищев О.В. Депрессивные идеи в структуре непсихотической депрессии у больных аффективными расстройствами и факторы риска их развития. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2011; 4: 14–19.
- Ильина Н.А. Психопатология деперсонализационной депрессии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1999; 7: 21–26.
- Каннабих Ю.В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. М., 1914.
- Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011: 432.
- Смулевич А.Б., Воробьев В.Ю. Деперсонализация (клинико-психопатологические аспекты). *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1973; 73 (8): 1242–1252.
- Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессии и коморбидные расстройства. М., 1997: 28–53.
- Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей. М.: МИА, 2001: 256.
- Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике / Под ред. А.Б. Смулевича. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2012: 720.
- Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. Л.: Медицина, 1981: 207.
- Фридман Б.Д. К учению о деперсонализации. Труды психиатрической клиники I Московского медицинского института, посвященные памяти П.Б. Ганнушкина. Выпуск IV. М., Л., 1934.
- Чернышева К.Г. Клинико-динамические аспекты «двойной» депрессии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 1 (64): 36–37.
- Чиковани Г.О. Психопатология пароксизмальноподобных расстройств при эндогенных психических заболеваниях. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1997; 97 (4): 30–34.
- Ackner V. Depersonalization: I. Aetiology and phenomenology. *Journal of Mental Science*. 1954; 100: 838–853.
- Ackner V. Depersonalization: II. Clinical syndromes. *Journal of Mental Science*. 1954; 100: 854–872.
- Angst J., Gamma A., Pezawas L., et al. Parsing the clinical phenotype of depression: the need to integrate brief depressive episodes. *Acta Psychiatr. Scand*. 2007; 115 (3): 221–228.
- Dugas L. Un cas de depersonnalisation. *Revue philosophic de la France et de l'etranger*. 1898. 23: 500.
- Haug K. Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und verwandte Entfremdungserlebnisse. Stuttgart, 1936.
- Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., et al. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in NCSR. *Arch. Gen. Psychiatr*. 2005: 617–627.
- Krishaber M. De la Nervopathie cerebrocardiaque. *Gazette Science Medecine*. Bordeaux, 1872.
- Mayer-Gross W.W. On depersonalization. *British Journal of Medical Psychology*. 1955; 15: 103–122.
- Medford N., Sierra M., Baker D., David A.S. Understanding and treating depersonalisation disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005; 11: 92–100.
- Schilder P. Depersonalization. In Introduction to psychoanalytic psychiatry. *Nerv. Ment. Dis. Monographies. Series*. 1928; 50: 120.
- Scharfetter C. Allgemeine Psychopathologie. New York: Georg Thieme, Stuttgart: Verlag, 1991: 332.
- Waraich P., Goldner E.M., Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004; 49 (2): 124–138.

Поступила в редакцию 6.10.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Деменева Анна Андреевна, заведующая женским психиатрическим отделением.
Ретюнский Константин Юрьевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии.

✉ Ретюнский Константин Юрьевич, retiunsk@mail.ru

Psychopathological differentiation of depersonalization disorders in the endogenous depression

Demeneva A.A.¹, Retyunsky K.Yu.²

¹ Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital
Sibirsky Trakt 8th km, 620030, Yekaterinburg, Russian Federation

² Ural State Medical University
Repin Street 3, 620028, Yekaterinburg, Russian Federation

ABSTRACT

Objective was – to identify the psychopathological structure of endogenous depressions with depersonalization disorders, to develop their typology, to develop the connection of the phenomena of depersonalization with other psychopathological phenomena. **Material and methods.** A study was conducted between 2006 and 2014 on the base of department for the study of endogenous mental disorders and affective states of the scientific center of mental health and at the department of psychiatry. As the criterion of the selection of patients the presence of depersonalization disorders in the clinical picture of the endogenous depressions served (F31–34). With clinical-psychopathological and clinical-catamnestic methods 57 patients were examined (38 women and 19 men). The mean age of patients up to the moment of examination was 36.9±13.0 years. **Results.** Depending on the clinical-dynamic characteristics of the depersonalization disorders within the framework of endogenous depressions 3 typological variants of the states being investigated were isolated: paroxysmal, protracted and chronic.

Keywords: endogenous depression, depersonalization, typology, dynamic.

REFERENCES

1. Akhapkina M.V. Psihopatologiya i klinika depersonalizatsionnykh rasstroystv pri shizofrenii [Psychopathology and clinics of depersonalization disorders in schizophrenia]. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk – Abstract of PhD thesis. M., 1993: 24 (in Russian).
2. Baranov P.A. Psihopatologiya anesteticheskikh depressiy v klinike pristupoobrazno-progredientnoy shizofrenii [Psychopathology of anesthetic depressions in the clinical picture of shift-like schizophrenia]. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk - . Abstract of PhD thesis. M., 1989: 24 (in Russian).
3. Bezzubova E.B. Depersonalizatsiya kak rasstroystvo razvitiya samosoznaniya [Depersonalization as a disorder of development of self-consciousness]. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry*. 1993; 93: 3 (in Russian).
4. Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D. Kliniko-dinamicheskie harakteristiki bipolyarnogo affektivnogo rasstroystva pri komorbidnosti s drugimi psicheskimi rasstroystvami [Clinical-dynamic characteristics of bipolar affective disorder comorbid with mental disorders]. *Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 16–20 (in Russian).
5. Vertogradova O.P., Tselishev O.V. Depressivnyie idei v strukture nepsihoticheskoy depressii u bolnykh affektivnyimi rasstroystvami i faktoryi riska ih razvitiya [Depressive ideas in the structure of non-psychotic depressions in patients with affective disorders and risk factors for their development]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psihiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2011; 4: 14–19 (in Russian).
6. Ilina N.A. Psihopatologiya depersonalizatsionnoy depressii [Psychopathology of depersonalization depression]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 1999; 7: 21–26 (in Russian).
7. Kannabikh Yu.V. Tsiklotimiya, ee simptomatologiya i techenie [Cyclothymia, its symptomatology and course]. M., 1914 (in Russian).
8. Krasnov V.N. Rasstroystva affektivnogo spektra [Affective spectrum disorders]. M.: Prakticheskaya meditsina, 2011: 432 (in Russian).
9. Smulevich A.B., Vorobyev V.Yu. Depersonalizatsiya (kliniko-psihopatologicheskie aspekty) [Depersonalization (clinical-psychopathological aspects)]. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry*. 1973; 73 (8): 1242–1252 (in Russian).
10. Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., Tkhostov A.Sh. i dr. Psihopatologiya depressiy (k postroeniyu tipologicheskoy modeli). Depressii i komorbidnyie rasstroystva [Psychopathology of depressions (to constructing a typological model). Depressions and comorbid disorders]. M., 1997: 28–53 (in Russian).
11. Smulevich A.B. Depressii v obschey meditsine: Rukovodstvo dlya vrachey [Depressions in general medicine: Handbook for physicians]. M.: MIA, 2001: 256 (in Russian).
12. Smulevich A.B. Psihicheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike [Mental disorders in clinical practice]. A.B. Smulevich, ed. 2-e izd. M.: MEDpress-inform, 2012: 720 (in Russian).
13. Nuller Yu.L. Depressiya i depersonalizatsiya [Depression and depersonalization]. L.: Meditsina, 1981: 207 (in Russian).
14. Fridman B.D. K ucheniyu o depersonalizatsii [To doctrine of depersonalization]. Trudyi psihiatricheskoy kliniki Pervogo Moskovskogo meditsinskogo instituta, posvyaschennyye pamyati P.B. Gannushkina. Vyipusk IV. M., L., 1934 (in Russian).
15. Chernysheva K.G. Kliniko-dinamicheskie aspektyi «dvoynoy» depressii [Clinical-dynamic aspects of “dual” depression]. *Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2011; 1 (64): 36–37 (in Russian).
16. Chikovani G.O. Psihopatologiya paroksizmalnopodobnykh rasstroystv pri endogennykh psicheskikh zabelevaniyah [Psychopathology of paroxysm-like disorders in endogenous mental diseases]. *Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neuropathology and Psychiatry*. 1997; 97 (4): 30–34 (in Russian).
17. Ackner B. Depersonalization. I. Aetiology and phenomenology. *Journal of Mental Science*. 1954; 100: 838–853.
18. Ackner B. Depersonalization. II. Clinical syndromes. *Journal of Mental Science*. 1954; 100: 854–872.
19. Angst J., Gamma A., Pezawas L., et al. Parsing the clinical phenotype of depression: the need to integrate brief depressive episodes. *Acta Psychiatr. Scand*. 2007; 115 (3): 221–228.
20. Dugas L. Un cas de depersonnalisation. *Revue philosophic de la France et de l'etranger*. 1898. 23: 500.
21. Haug K. Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und verwandte Entfremdungserlebnisse. Stuttgart, 1936.

22. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., et al. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in NCSR. *Arch. Gen. Psychiatr.* 2005; 617–627.
23. Krishaber M. De la Nervopathie cerebrocardiaque. *Gazette Science Medecine.* Bordeaux, 1872.
24. Mayer-Gross W.W. On depersonalization. *British Journal of Medical Psychology.* 1955; 15: 103–122.
25. Medford N., Sierra M., Baker D., David A.S. Understanding and treating depersonalisation disorder. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2005; 11: 92–100.
26. Schilder P. Depersonalization. In Introduction to psychoanalytic psychiatry. *Nerv. Ment. Dis. Monographies. Series.* 1928; 50: 120.
27. Scharfetter C. *Allgemeine Psychopathologie.* New York: Georg Thieme, Stuttgart: Verlag, 1991: 332.
28. Waraich P., Goldner E.M., Somers J.M., Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature: *Canadian Journal of Psychiatry.* 2004; 49 (2): 124–138.

Received October 6.2017
Accepted October 30.2017

Demeneva Anna A., Head of Psychiatric Ward for Women, Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Yekaterinburg, Russian Federation.
Retyunsky Konstantin Yu., MD, Professor, Head of Psychiatry Department, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation.

✉ Retyunsky Konstantin Yu., retjnsk@mail.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13:616-036.22(571.122)

Для цитирования: Новиков А.П., Рахмазова Л.Д., Гильбурд О.А. Эпидемиология алкогольной зависимости в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 38–43. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-38-43](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-38-43)

Эпидемиология алкогольной зависимости в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре

Новиков А.П.¹, Рахмазова Л.Д.², Гильбурд О.А.³

¹ Сургутская клиническая психоневрологическая больница
628400, Тюменская область, Ханты-Мансийский АО – Югра, Сургут, ул. Профсоюзов, 12/3

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

³ Сургутский государственный университет
628400, Тюменская область, Ханты-Мансийский АО – Югра, Сургут, ул. Ленина, 1

РЕЗЮМЕ

Цель – изучение распространенности алкоголизма и выявление этнокультуральной специфики заболеваемости алкоголизмом в популяции коренных жителей Ханты-Мансийского автономного округа. **Материалы и методы:** данные статистической отчетности по Ханты-Мансийскому автономному округу, Российской Федерации, в популяциях коренных малочисленных народов (ханты и манси) в сравнении с остальным населением округа. В рамках кросскультурального анализа применялись этнологический, клинко-эпидемиологический и статистический методы. **Результаты.** 10-летняя динамика показателей распространенности алкогольной зависимости в населении Югры и Уральского федерального округа показала различия как по величине показателей, так и по особенностям их динамики. Результаты сравнительного кросскультурального анализа эпидемиологических параметров алкогольной зависимости среди аборигенов Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и пришлого населения свидетельствуют о высокой первичной заболеваемости алкоголизмом среди ханты и манси по сравнению с пришлым населением.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, эпидемиология, аборигены, Север.

ВВЕДЕНИЕ

Большой диапазон показателей распространенности наркологической патологии на территории Российской Федерации, состояние наркологической помощи в регионах [3, 4, 5] требуют проведения дальнейших исследований, в том числе с целью оптимизации специализированного сервиса с учетом наркологической ситуации, обусловленной как региональной спецификой населения, так и макроэкономическими характеристиками региона. Восточные регионы страны, для которых характерными особенностями являются экстремальные и субэкстремальные условия жизни; неоднородная структура населения, обусловленная историческим развитием края; этническое разнообразие населения; мощные техногенные воздействия, приводящие к изменению среды обитания и социального функционирования личности, зачастую с появлением дезадаптационных расстройств различного уровня [12], без сомнения, отражаются на распространенности алкоголизма в населении, оказывают модифицирующее влияние на клинко-динамические характеристики процесса, его исходы [2, 10, 11].

Интенсивное промышленное освоение нефтегазоносных регионов Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (ХМАО) в минувшем и текущем сто-

летиях подвергло мощному цивилизационному прессингу не только местную природную экосистему, но и архаически-традиционную социокультурную среду аборигенных народностей, проживающих здесь более 2000 лет.

Одним из наиболее разрушительных эффектов этого процесса стала прогрессивная алкоголизация коренного населения [3, 4, 10]. Следует отметить, что начиная с середины XIX века этнографы подчёркивали губительное влияние алкоголя на «сибирских инородцев» и прогнозировали скорое исчезновение северных этносов [7, 14, 15]. В 1914 г. врач-очевидец писал: «...все без исключения инородцы, в том числе женщины и дети, питают необычайное пристрастие ко всему спиртному, причем за недостатком винного спирта пьют одеколон, как и всё, что так или иначе имеет отношение к спиртному» [8, цит. по: Лисицын Ю.П., Сидоров П.И.]. В 1926 г. в описании быта «ваховских остяков» отмечено: «Выгонка самогона в одной семье является обычно праздником для всех в данных юртах. Самогонку пьют все – мужчины, женщины, девушки и подростки; пьют до тех пор, пока не выпьют всю. Картина поголовно пьяных остяков в юртах не поддается описанию по своим отрицательным, диким, кошмарным моментам» [9].

Имеются все основания полагать, что дезадаптирующее влияние индустриализации Западной Сибири, включая Ханты-Мансийский автономный округ, способствует малигнизации алкогольно-зависимого поведения коренных малочисленных народов Севера (КМНС) [1, 6, 12, 13], что отражает общую алкогольную ситуацию в этом регионе. Так, уровень первичной заболеваемости алкоголизмом в ХМАО на 25% выше, чем в среднем по РФ. Вышеизложенные обстоятельства определяют актуальность принятого комплексного исследования, ориентированного на разработку эффективной клинико-организационной модели наркологической помощи населению ХМАО.

Цель исследования – изучение распространенности алкоголизма и выявление этнокультуральной специфики заболеваемости алкоголизмом в популяции коренных жителей Ханты-Мансийского автономного округа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках кросскультурального анализа применялись этнологический, клинико-эпидемиологический и статистический методы исследования. Были использованы данные статической отчетности по Ханты-Мансийскому автономному округу, Российской Федерации, в популяциях коренных малочисленных народов (ханты и манси) в сравнении с остальным населением ХМАО.

Ханты и манси – два близкородственных этноса – своё официальное наименование получили в 1930 г. от самоназваний народностей «хантэ», «канта», «манси». Ранее в течение нескольких веков в научной литературе и административных документах фигурировали этнонимы «остяки» (ханты) и «вогулы» (манси), которые можно нередко встретить и в современных зарубежных публикациях. Общий термин, обозначающий ханты и манси, – обские угры [14]. Представители этих этносов говорят на языках угорской группы и входят в уральскую языковую семью [15]. На этногенез обских угров существенное влияние оказали климатические изменения, имевшие место в начале II тысячелетия до н.э., вследствие которых граница степи, где обитали древние угры, сместилась на север, и они разделились на две ветви: южную – предков современных венгров – и северную – предков современных ханты и манси [14]. В результате дальнейшего расселения в зону тундры предки обских угров смешались с местным охотничье-рыболовецким населением, ассимилировали его, восприняли культуральные стереотипы, адаптированные к местным условиям, в частности так называемое присваивающее хозяйство, сохраняемое обскими уграми по сей день: охота, рыбная ловля, оленеводство, сбор дикоросов (ягод, грибов, корней, трав и т.д.). В языковом отношении современные ханты и манси не понимают друг друга. Этот же феномен наблюдается и внутри обоих угорских этносов, поскольку суще-

ствует большое множество диалектов, типичных для различных районов их проживания.

Письменность, отражающая многообразие диалектов, начала создаваться только в начале 1930-х годов [15]. Антропологически обские угры являются наиболее характерными представителями уральского типа, к которому относятся также селькупы и западные ненцы. Социальная организация обских угров представлена двумя основными единицами – семьей и юртой-посёлком.

Для религиозной мифологии обских угров характерны выраженный и детально дифференцированный анимизм, а также традиционные космологические представления о трёх зонах – небе, земле и подземном мире, – каждая из которых заселена множеством узкоспециализированных духов. Религиозно-обрядовая практика реализуется у обских угров с участием шаманов. По основным признакам уральский тип занимает промежуточное положение между монголоидной и европеоидной расами [14].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный анализ динамики первичной заболеваемости алкоголизмом по ХМАО, наряду с аналогичными данными по Уральскому федеральному округу (УФО) и Российской Федерации (РФ) за 10-летний период, свидетельствует о снижении показателей впервые поставленных на учет больных по всем территориям практически в 2 раза (рис. 1).

В то же время линии тренда (при высоком уровне аппроксимации) наглядно демонстрируют различия темпов снижения. Для ХМАО, демонстрирующего в исходной точке самые высокие показатели (165,5 на 100 000 населения), как по округу, так и по России в целом (соответственно – 150,5 и 147,4 на 100 000 населения), характерно наличие 5-летнего периода относительно стабильных показателей с последующим их снижением. Уменьшение показателей УФО и РФ линейно, при одновременно более низких темпах в УФО. В конечной точке самые высокие показатели характерны для УФО (87,2 на 100 000 населения), для ХМАО и РФ – соответственно 80,7 и 74,7 на 100 000 населения.

Анализ динамики заболеваемости алкоголизмом по административным единицам Югры за десятилетний период показал неравномерность распределения показателей по округу за весь период исследования, скачкообразный характер изменения значений данной характеристики, как по округу в целом, так и по отдельным территориям. Данная ситуация не позволяет определить направленность вектора изменения алкогольной ситуации, что наглядно продемонстрировано на рисунке 2.

Представленные средние (медиана) показатели 10-летней динамики первичной заболеваемости алкоголизмом населения 12 территорий (на 10 территориях данных недостаточно) выделяют 4 группы территорий: 1 – до 100 на 100 000 населения; 2 – до 200; 3 – до 300 и 4 – свыше 400 на 100 000 населения.

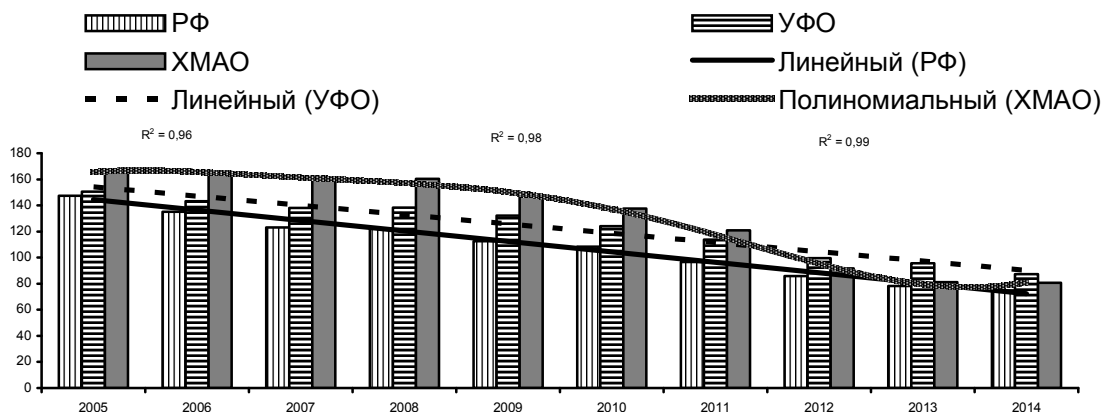


Рисунок 1 – Сравнительная динамика первичной заболеваемости алкоголизмом населения РФ, УФО и ХМАО (на 100 000 населения)

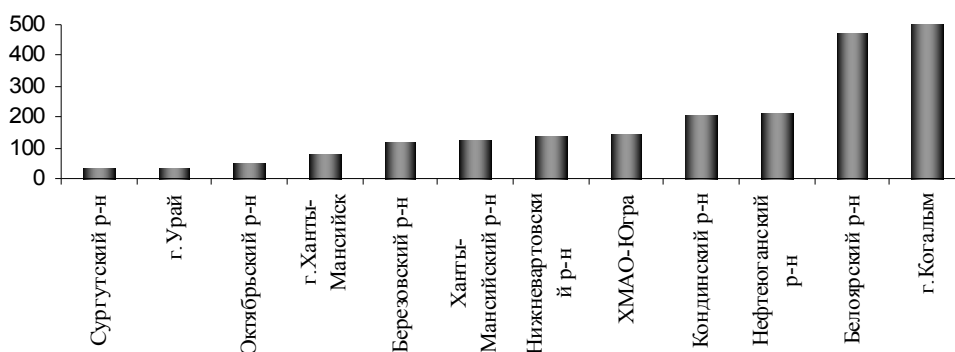


Рисунок 2 – Медиана 10-летней заболеваемости алкоголизмом по административным единицам ХМАО (на 100 000 соответствующего населения)

На начало 2014 г. на территории ХМАО при общей численности населения 1,6 млн человек проживало 31 127 представителей КМНС (ханты, манси), в том числе 14 571 мужчина и 16 556 женщин. Таким образом, северные аборигены составляли 1,9% общего населения ХМАО. По месту проживания коренное население распределено весьма неравномерно и максимально сконцентрировано в сельских

районах ХМАО, а также в г. Ханты-Мансийске. В структуре населения каждой административно-хозяйственной единицы ХМАО представители КМНС составляют явное меньшинство – даже в Белоярском районе, где численность аборигенов наиболее высокая, на их долю приходится менее четверти всех жителей.

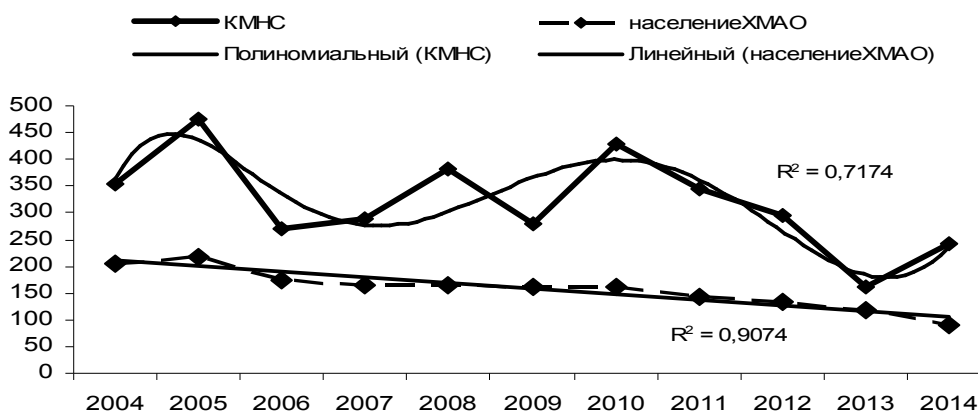


Рисунок 3 – Сравнительная динамика заболеваемости алкоголизмом коренного малочисленного населения и некоренного населения ХМАО (на 100 000 соответствующего населения)

Представленные на рисунке 3 данные первичной заболеваемости алкоголизмом среди коренных малочисленных народов Севера и остального (пришлого) населения ХМАО демонстрируют не только более высокую заболеваемость среди коренного населения округа, но и отражают неравномерность темпов изменения показателей. Снижение показателей заболеваемости алкоголизмом для населения ХМАО соответствует линейному распределению и за десятилетний период привело более чем к двукратному их снижению (соответственно с 205,1 до 90,3 на 100 000 соответствующего населения). За этот же период для коренных малочисленных народов округа заболеваемость алкоголизмом снизилась лишь в 1,4 раза (354,1 – 241,9 на 100 000 соответствующего населения). При этом изменение показателей происходит скачкообразно, на аппроксимирующей кривой отчетливо выделяется два периода с двумя разнонаправленными пиками – пиком высоких показателей (2002–2003 гг. и 2008–2009 гг.) и пиком низких показателей (2004–2005 гг. и 2010–2011 гг.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, сравнительный анализ заболеваемости алкоголизмом за 10-летний период по ХМАО, наряду с аналогичными данными по УФО и Российской Федерации, свидетельствует о снижении показателей впервые поставленных на учет больных по всем территориям практически в 2 раза. В то же время линии тренда наглядно показывают различия темпов снижения. Для ХМАО, демонстрирующего в исходной точке самые высокие показатели, характерно наличие 5-летнего периода относительно стабильных показателей с последующим снижением. Снижение показателей Уральского федерального округа и РФ линейное, при более низких темпах в УФО. Анализ динамики заболеваемости алкоголизмом по административно-хозяйственным единицам Югры показал неравномерность распределения показателей по округу за весь период исследования и их скачкообразный характер. Данная ситуация не позволяет определить направленность вектора изменения алкогольной ситуации, а медианные показатели варьируют от 34,7 до 502,3 на 100 000 соответствующего населения. Высокие показатели первичной заболеваемости алкоголизмом для населения ХМАО, их широкий диапазон по административным единицам округа, скачкообразный характер изменений данного показателя позволяют предположить о существенном вкладе в наркологическую ситуацию региона высоких показателей распространенности алкоголизма среди коренных малочисленных народов Севера. Подтверждением этого являются результаты сравнительного анализа заболеваемости алкоголизмом коренного населения и некоренного населения округа: более чем двукратное снижение для некоренного населения, для коренных малочисленных народов округа заболе-

ваемость алкоголизмом снизилась лишь в 1,4 раза, оставаясь выше практически в 2 раза.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Совместное исследование проведено в рамках темы НИР НИИ психического здоровья «Распространенность, клинко-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психотропных веществ в социально-организованных популяциях (профилактический, реабилитационный аспекты)». Номер госрегистрации ААА-А-15-115123110064-5.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.П. Историческая антропология и этногенез. М.: Наука, 1989: 445.
2. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009: 510.
3. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири. *Наркология*. 2011; 10, 9 (117): 43–47.
4. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Распространенность психических расстройств среди населения сельского муниципального образования Севера Сибири: основные тенденции и прогноз // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 40–46.
5. Гофман А.Г., Яшкина И.В., Позниковский П.А., Кожина Т.А. Алкоголизм и наркомания в России. *Наркология*. 2016; 15, 2 (170): 6–12.
6. Гумилев Л.Н. Этносфера: История людей и история природы. М.: Экспрос, 1993: 544.
7. Кастрен М.А. Сочинения в двух томах: Т. 2. Путешествие в Сибирь (1845–1849) / Под ред. С.Г. Пархимовича. Тюмень: Изд-во Ю. Мандрики, 1999: 352.
8. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. М.: Медицина, 1990: 528.
9. Лукина Н.В. Предисловие. Мифы, предания, сказки хантов и манси. М.: Наука, 1990: С. 5–58.
10. Мандель А.И., Иванова С.А., Бохан Н.А., Бадырды И.О. Факторы риска формирования психотического алкоголизма в зависимости от этнокультуральных особенностей больных: Пособие для врачей. Томск, 2014: 40.
11. Пешковская А.Г., Мандель А.И., Бадырды И.О. Этнический фактор и проблема алкоголизма (аналитический обзор). *Вестник Томского государственного педагогического университета*. 2015; 3: 49–57.
12. Семке В.Я., Бохан Н.А. Транскультуральная аддиктология. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008: 588.
13. Смердов С.А., Чертов В.В. Эпидемиологические аспекты алкогольной зависимости среди представителей коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006; Приложение (41): 269–270.
14. Соколова З.П. Обские угры (ханты и манси). Этническая история народов Севера. М., 1982: 50.
15. Шатилов М.Б. Ваховские ости: Этнографические очерки / Под ред. С.Г. Пархимовича. Тюмень: Изд-во Ю. Мандрики, 2000: 288.

Поступила в редакцию 21.04.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Новиков Андрей Петрович, главный врач, главный внештатный специалист нарколог Департамента здравоохранения.
Рахмазова Любовь Демьяновна, д.м.н., проф., ведущий научный сотрудник отделения аддиктивных состояний.
Гильбурд Олег Аркадьевич, д.м.н., профессор, профессор по курсу психиатрии.

✉ Гильбурд Олег Аркадьевич, ogilbur@gmail.com

УДК 616.89-008.441.13:616-036.22(571.122)

For citation: Novikov A.P., Rakhmazova L.D., Gilburd O.A. Epidemiology of alcohol dependence in the Khanty-Mansi Autonomous Area – Yugra. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 38–43. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-38-43](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-38-43)

Epidemiology of alcohol dependence in the Khanty-Mansi Autonomous Area – Yugra

Novikov A.P.¹, Rakhmazova L.D.², Gilburd O.A.³

¹ Surgut Clinical Psychoneurological Hospital
Profsoyuzov Street 12/3, 628400, Surgut, Khanty-Mansi AA – Yugra, Tyumen Region, Russian Federation

² Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

³ Surgut State University
Lenin Street 1, 628400, Surgut, Khanty-Mansi AA – Yugra, Tyumen Region, Russian Federation

ABSTRACT

Objective was to study the prevalence of alcoholism and the development of the ethnocultural specifics of morbidity with alcoholism in the population of the natives of the Khanty-Mansi Autonomous Area. **Materials and methods.** Data of statistical account on the Khanty-Mansi Autonomous Area, the Russian Federation, in the populations of the indigenous small peoples (Khants and Mansi) in the comparison with the remaining population of region were used. Within the framework of cross-cultural analysis ethnologic, clinical-epidemiological and statistical methods were applied. **Results.** The 10-year dynamics of the indices of the prevalence of alcohol dependence in the population of Yugra and Ural Federal Region showed differences both in the value of indices and on the features of their dynamics. The results of the comparative cross-cultural analysis of the epidemiological parameters of alcohol dependence among the natives of the Khanty-Mansi Autonomous Area – Yugra and alien population testify to the high primary morbidity with alcoholism among Khants and Mansi in comparison with the alien population.

Keywords: alcohol addiction, epidemiology, natives, North.

REFERENCES

- Alekseev V.P. Istoricheskaya antropologiya i etnogenez [Historical anthropology and ethnogenesis]. M.: Nauka, 1989: 445 (in Russian).
- Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (in Russian).
- Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. *Narkologiya [Narcology]*. 2011; 10, 9 (117): 43–47. (in Russian).
- Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Prevalence of mental disorders among the inhabitants of a rural area in northern Siberia: tendencies and prognosis]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhia-triya [Social and Clinical Psychiatry]*. 2011; 21, 4: 40–46. (in Russian).
- Gofman A.G., Yashkina I.V., Ponizovsky P.A., Kozhina T.A. Alkogolizm i narkomaniya v Rossii [Alcoholism and drug addiction in Russia]. *Narkologiya – Narcology*. 2016; 15, 2 (170): 6–12 (in Russian).
- Gumilev L.N. Etnosfera: Istoriya lyudey i istoriya prirody [Ethnosphere: history of people and history of nature]. M.: Ekopros, 1993: 544 (in Russian).
- Kastren M.A. Sochineniya v dvuh tomah: T. 2. Puteshestvie v Sibir (1845–1849) [Travel to Siberia]. S.G. Parkhimovich, ed. Tyumen: Izd-vo Yu. Mandriki, 1999: 352 (in Russian).
- Lisitsyn Yu.P., Sidorov P.I. Alkogolizm [Alcoholism]. M.: Meditsina, 1990: 528 (in Russian).
- Lukina N.V. Predislovie. Mify, predaniya, skazki hantov i mansi [Foreword: Myths, legends, fairytales of Khants and Mansi]. Moscow: Nauka, 1990: S. 5–58 (in Russian).
- Mandel A.I., Ivanova S.A., Bokhan N.A., Badyrgy I.O. Faktory riska formirovaniya psihoticheskogo alkogolizma v zavisimosti ot etnokulturalnykh osobennostey bolnykh: Posobie dlya vrachey [Risk factors of formation of psychotic alcoholism depending on ethnocultural features of patients: tutorial for physicians]. Tomsk, 2014: 40 (in Russian).
- Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Badyrgy I.O. Etnicheskiy faktor i problema alkogolizma (analiticheskiy obzor) [Ethnic factor and problem of alcoholism (analytical review)]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – Tomsk State Pedagogical University Bulletin*. 2015; 3: 49–57 (in Russian).
- Semke V.Ya., Bokhan N.A. Transkulturalnaya addiktologiya [Transcultural addictology]. Tomsk: Izdatelstvo Tomskogo universitetata, 2008: 588 (in Russian).
- Smerdov S.A., Chertov V.V. Epidemiologicheskie aspektyi alkogolnoy zavisimosti sredi predstaviteley korennoy naseleniya Hantyi-Mansiyskogo avtonomnogo okruga – Yugryi [Epidemiological aspects of alcohol dependence among representatives of the indigenous population of Khanty-Mansi Autonomous Area – Yugra]. *Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2006; Supplement (41): 269–270 (in Russian).
- Sokolova Z.P. Obskie ugryi (hantyi i mansi). Etnicheskaya istoriya narodov Severa [Ob Ugry (Khants and Mansi). Ethnic history of peoples of the North]. M., 1982: 50 (in Russian).
- Shatilov M.B. Vahovskie ostyaki: Etnograficheskie ocherki [Vahovskiy Ostyaki: Ethnographic sketches]. S.G. Parkhimovich, ed. Tyumen: Izdatelstvo Yu. Mandriki, 2000: 288 (in Russian).

Received April 21.2017
Accepted October 30.2017

Novikov Andrey P., chief physician, main not on the staff addiction specialist of the department of the Healthcare Department, Surgut Clinical Psychoneurological Hospital, Surgut, Khanty-Mansi AA – Yugra, Tyumen Region, Russian Federation.

Rakhmazova Lyubov D., MD, Prof., leading researcher of the Addictive States Department, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Gilburd Oleg A., MD, Professor on the course of psychiatry, Surgut State University, Surgut, Khanty-Mansi AA – Yugra, Tyumen Region, Russian Federation.



Gilburd Oleg A., ogilbur@gmail.com

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.447-053.6

Для цитирования: Раева Т.В., Фомушкина М.Г. Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 44–48. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-44-48](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-44-48)

Клинико-психопатологические и клинико-психологические особенности волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения

Раева Т.В., Фомушкина М.Г.

Тюменский государственный медицинский университет
Россия, 625023, Тюмень, ул. Одесская, д.54

РЕЗЮМЕ

Введение. Актуальность работы определяется отсутствием типологии нарушений волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения, а также необходимостью научного обоснования путей оптимизации методов психотерапевтической коррекции и профилактики дезадаптации у данной группы подростков. **Цель** исследования – изучение особенностей нарушений волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения, оптимизация реабилитационных мероприятий. **Методы.** Клинико-психопатологическое исследование (оценка поведения подростка в семье, учебной среде, среди сверстников и особенности морально-этической сферы) дополнялось данными психологического обследования по изучению уровня развития субъектности личности, волевых качеств личности и эмоционального интеллекта. Анализ данных проводился с использованием статистического пакета SHSS 11.5. Для сравнения качественных данных применяли критерий χ^2 (хи-квадрат) и точный критерий Фишера. При множественных сравнениях применяли поправку Бонферрони. **Результаты.** Расстройства поведения у подростков характеризовались полиморфизмом, стойкостью и выраженностью клинических проявлений, стержневым симптомом являлась дисфункция волевой регуляции. Феноменологический анализ поведения подростков позволил выделить три типа расстройств поведения: с преобладанием физической агрессии (26,4%), с преобладанием криминальной делинквентности (36,3%), с преобладанием уходов и бродяжничества (37,3%). При выделенных типах расстройств поведения у подростков отмечался разный уровень формирования волевой регуляции, а также дисфункции её когнитивного, эмоционального и нравственного компонентов. Разработаны методы психотерапевтической коррекции в системе реабилитации пациентов с расстройствами поведения. **Заключение.** Выделенные типы расстройств поведения и особенности нарушений волевой регуляции у подростков позволили разработать комплекс дифференцированных психотерапевтических мероприятий в структуре современных реабилитационных программ. Наиболее заметная динамика психического состояния отмечалась к концу первого месяца терапии, в течение первого года после выписки из стационара повторно в стационар никто из подростков не поступил.

Ключевые слова: подростки, расстройства поведения, волевая регуляция, волевые качества, реабилитационная программа, психотерапия.

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства поведения по своей медицинской и социальной значимости являются одной из наиболее актуальных проблем детской и подростковой психиатрии, так как нарушают социальную адаптацию и повышают риск развития противоправных действий у несовершеннолетних [1, 2, 3, 4, 5, 6].

В современном определении понятия расстройства поведения и его диагностических критериях не прослеживаются этиологическая и патогенетическая составляющие, а также не отражается клиническая характеристика ведущих психопатологических симптомов и синдромов, в том числе нарушений волевой регуляции, отсутствует общепризнанная типология нарушений воли, волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения.

Цель исследования – изучение особенностей нарушений волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения с последующей оптимизацией реабилитационных мероприятий для данной категории больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 110 пациентов в возрасте от 14 до 16 лет (мальчиков – 76,4%, девочек – 23,6%), проходивших лечение в детском и подростковом отделениях ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» с диагнозом: расстройства поведения (по критериям МКБ-10 F91.1 и F91.2), с учетом синдромологической диагностики отечественной психиатрии, общим интеллектуальным показателем по методике Векслера ≤ 71 балла. Группу обследованных представляли учащиеся общеобразовательных школ 8-х, 9-х, 10-х классов. Распределение по нозологической структуре: социализированные расстройства поведения (F91.2) – 72,7%, несоциализированные (F91.1) – 27,3%. Большинство подростков (61,8%) проживали в учреждениях интернатного типа, 38,2% – в неполных, малообеспеченных семьях, с отчимом, родители имели асоциальную направленность. Клинико-психопатологическое исследование включало оценку поведения подростка в семье, учебной среде, среди сверстников и особенности морально-этической сферы.

Контрольную группу составили 41 подросток, средний возраст которых был $15,7 \pm 0,45$ года, мальчики-подростки – 51,2%, девочки-подростки – 48,8%, обучающиеся по общеобразовательной программе в 8-м, 9-м и 10-м классах, не страдающие психическими расстройствами и хроническими соматическими заболеваниями. Данная группа использовалась для выявления особенностей эмоционально-волевой сферы подростков с расстройствами поведения, им проводилось только экспериментально-психологическое обследование.

Психологическое обследование больных проводилось с использованием следующих методик: уровень развития субъектности личности (УРСЛ) [7], диагностика волевых качеств личности (ВКЛ) [8], эмоциональный интеллект (ЭИИ) [9], а также характерологический опросник Леонгарда-Шмишека и детский вариант методики Векслера (WISC).

Для обеспечения всесторонней оценки факторов, способствующих формированию нарушений волевой регуляции при расстройствах поведения у подростков, проводилось мультидисциплинарное исследование пациентов с детальным изучением особенностей их соматического и неврологического статусов.

Для исключения резидуально-органического поражения головного мозга у пациентов проводились: краниография, осмотр глазного дна, электроэнцефалография и эхоэнцефалоскопия.

При статистической обработке материала использовались параметрические и непараметрические методы исследования. Анализ данных проводился с использованием статистического пакета SHSS 11.5. Для сравнения качественных данных использовали критерий χ^2 (хи-квадрат) и точный критерий Фишера. При множественных сравнениях применяли поправку Бонферрони.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ проведенного клинико-психопатологического и клинико-динамического исследования и статистической обработки показал, что расстройства поведения у подростков были представлены в виде ведущей психопатологической симптоматики: криминальной делинквентностью, синдромом уходов и бродяжничества и аффективно-возбудимым синдромом. По результатам исследования были выделены, соответственно, три типа расстройств поведения: расстройства поведения с преобладанием криминальной делинквентности (39%), расстройства поведения с преобладанием синдрома уходов и бродяжничества (36%) и расстройства поведения с преобладанием агрессии (25%). В большинстве случаев (86,6%) расстройства поведения были коморбидны аддиктивным нарушениям.

При изучении клинической картины расстройств поведения у подростков и результатов их психологического обследования было выявлено, что в группе обследованных подростков с расстройствами поведения отмечалась дисфункция волевой регуляции.

Волевая регуляция является высшим типом регуляции, она подключается, когда начинает работать рефлексивное самоуправление, т.е. возникают более сложные и трудные моменты, во время которых человек осознает, что необходимо урегулировать работу собственной психики [8, 10]. Управление в этой ситуации направлено внутрь и проявляется как самоуправление, а регуляция осуществляется как волевая. Волевая регуляция деятельности определяется силой воли, называемой волевыми качествами. Волевые качества представляют собой особенности волевой регуляции, ставшие свойствами личности и проявляющиеся в конкретных специфических ситуациях, обусловленных характером преодолеваемых трудностей и определяющихся тремя компонентами: когнитивным, эмоциональным и нравственным [11].

Когнитивный компонент волевой регуляции отвечает за анализ поведения человеком, характеризует его способность планировать и прогнозировать, правильно принимать решения и осуществлять контроль за их выполнением. Эмоции служат одним из важнейших источников, помогающих осознанию регуляторных процессов, и таким образом являются важнейшим ресурсом, поддерживающим саму основу волевой регуляции, а именно её осознанность, рефлексивность, произвольность. Эмоциональный компонент волевой регуляции является индикатором её эффективности и одним из условий этой эффективности. Нравственный компонент волевой регуляции формируется через нравственное воспитание и представлен социальными и духовными ценностями человека [12, 13].

При типе расстройств поведения с преобладанием криминальной делинквентности обнаружен низкий уровень развития волевой регуляции в виде безынициативности и несамостоятельности ($p=0,001$), сочетавшийся с низким уровнем субъектности личности (подчиняемостью) ($p=0,001$), со средним уровнем развития эмоционального интеллекта с тенденцией к высокому ($p=0,001$), преимущественный дефицит нравственного компонента волевой регуляции.

Тип расстройств поведения с преобладанием агрессии характеризовался средним и выше среднего уровнями развития волевой регуляции (решительность, инициативность) ($p=0,001$), средним уровнем субъектности личности с тенденцией к высокому уровню (асоциальная направленность активности) ($p=0,001$), низким уровнем развития эмоционального интеллекта ($p=0,001$) и преимущественным дефицитом эмоционального компонента волевой регуляции.

При типе расстройств поведения с преобладанием уходов и бродяжничества наблюдались разные степени развития волевой регуляции и её компонентов в зависимости от ведущего психопатологического симптома и синдрома и личностных особенностей подростков.

В дальнейшем определены особенности волевых качеств личности у мальчиков и девочек с расстройствами поведения. Мальчики были более выдержанными ($p=0,009$), лучше управляли собой в моменты напряжения, терпеливо переносили нагрузки, были менее способны к анализу своего поведения ($p=0,01$). Девочки-подростки отличались завышенной самооценкой ($p=0,05$), меньшей способностью в сравнении с мальчиками выстраивать отношения с окружающими ($p=0,05$). Уровень развития волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения в сравнении со здоровыми подростками оказался более низким ($p=0,05$) и проявлялся в меньшей самостоятельности и ответственности ($p<0,001$), большей подчиняемости окружающим ($p=0,001$). Они были менее способны к управлению своим эмоциональным состоянием ($p=0,004$), не ценили своего мнения и были готовы от него отказаться в случае, если оно противоречило мнению других ($p=0,001$).

Выделение ведущих психопатологических нарушений при расстройствах поведения у подростков и особенностей нарушений волевой регуляции при них позволило разработать методы психотерапевтической и медико-социальной реабилитации пациентов подросткового возраста с расстройствами поведения. Реабилитационный процесс для подростков с расстройствами поведения включал 5 блоков мероприятий, проводимых практически параллельно друг другу.

Приоритетными задачами первого блока являлась диагностика психопатологических проявлений, в том числе личностных особенностей и факторов риска нарушений социального функционирования пациентов. Для оптимизации реабилитации подростков с расстройствами поведения нами учитывались клинические типы расстройств поведения и соответствующие им особенности нарушения волевой регуляции (с преимущественным дефицитом какого-либо её компонента). При этом использовались методики для диагностики уровня развития волевой сферы у подростков.

Второй блок – педагогическая коррекция, направленная на компенсацию отставания в школьном обучении и дальнейшее освоение учебной программы соответствующего класса подростками.

Третий блок представлял психофармакологическую коррекцию расстройств поведения у подростков. Медикаментозная коррекция психопатологических нарушений при расстройствах поведения проводилась с учетом ведущей психопатологической симптоматики (с учетом трёх типов расстройств поведения). Психофармакологическая коррекция являлась этапом подбора лечения, применяемого в дальнейшем и на постгоспитальном этапе в амбулаторном звене.

Четвертый блок был самым важным и включал психотерапевтическую программу коррекции нарушений волевой регуляции у подростков с расстройствами поведения. Особое внимание здесь было

уделено разработке психокоррекционного направления реабилитации подростков с расстройствами поведения, которая направлена на коррекцию поведенческих отклонений, развитие компонентов волевой регуляции и волевых качеств личности в условиях психиатрического стационара.

Для психотерапевтической коррекции когнитивного и нравственного компонентов волевой регуляции, выработки таких качеств личности, как самостоятельность, искренность, терпеливость и выдержка, была разработана «Рабочая тетрадь аналитических заданий» [14]. Для коррекции когнитивной составляющей волевой регуляции применялись тренинговые занятия «Развитие самоуправления в проблемных ситуациях», созданные по модифицированной методике «Развитие когнитивной оценки проблемной и/или стрессовой ситуации» и модели принятия решения «Шаг за шагом» [15]. Для того чтобы научить пациентов отслеживать взаимосвязь своего психоэмоционального состояния и своих действий с событиями во внешнем и внутреннем мире, им предлагалось вести «Дневник чувств» [14].

Пятый блок в первую очередь был ориентирован на социально-психологическую поддержку, которая проводилась воспитателями, трудовым инструктором, клиническим психологом, социальным работником отделения. Данные специалисты повышали уровень общей информированности пациентов, развивали навыки самостоятельного труда, проводили занятия для развития творческого потенциала, изучения этических вопросов и культуры поведения, организовывали вместе с подростками праздники, концерты, выставки.

Эффективность реабилитационной программы коррекции расстройств поведения у подростков оценивалась на группе пациентов детского и подросткового психиатрических отделений ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» в составе 50 человек. В данную группу обследованных вошли подростки, которые прошли во время курса лечения все пять блоков реабилитационной программы, в том числе три части психотерапевтической программы коррекции нарушений волевой регуляции при расстройствах поведения («Рабочая тетрадь аналитических заданий», тренинговые занятия «Развитие самоуправления в проблемных ситуациях», «Дневник чувств»).

62% пациентов поступили в стационар впервые; 38% повторно и более 2 раз, из них 16% – повторно в году. Мальчики-подростки составили 70%, девочки-подростки – 30%, из семей – 42% от общего числа пациентов, из детского дома – 58%. Распределение подростков по возрасту: 14-летние – 24%, 15-летние – 42%, 16-летние – 34%, с социализированными расстройствами поведения – 64%, с несоциализированными расстройствами – 36% больных.

Распределение участников исследования по типам расстройств поведения показало: тип расстройств поведения с преобладанием агрессии – 24% от общего числа пациентов, с преобладанием

криминальной делинквентности – 34%, с преобладанием синдрома уходов и бродяжничества – 42%.

Наиболее заметная динамика психического состояния отмечалась к концу первого месяца терапии: у 94% подростков повысилась школьная успеваемость, у 92% отмечалось соблюдение социальных норм и правил, у 84% снизился отрицательный аффект во время конфликтной ситуации, уменьшились проявления вербальной и физической агрессии.

Клинико-динамическая оценка эффективности реабилитационной программы показала значительное улучшение через 2 месяца терапии у 48% больных, улучшение – у 44%, незначительное улучшение – у 8% опоздавших с расстройствами поведения. В целом у 100% пациентов отмечался положительный клинический эффект в результате применения комплексной программы реабилитации. В течение первого года после выписки из стационара из подростков, участвующих в исследовании, повторно в стационар никто не поступил. Они состояли под наблюдением психиатра, получали поддерживающую терапию, посещали занятия с психотерапевтом. В течение последующего года поступили в стационар 14%, через 2 года – 16% пациентов.

ВЫВОДЫ

Таким образом, выделение типов расстройств поведения и особенностей нарушений волевой регуляции у подростков позволило разработать комплекс дифференцированных эффективных психотерапевтических мероприятий в структуре современных реабилитационных программ.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания Комитета по этике Тюменского государственного медицинского университета № 76 от 16.09.2017).

Раева Татьяна Викторовна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии.
Фомушкина Марина Геннадьевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии.

✉ Фомушкина Марина Геннадьевна, marina.fomushckina@mail.ru

УДК 616.89-008.447-053.6

For citation: Raeva T.V., Fomushkina M.G. Clinical-psychopathological and clinical-psychological features of volition regulation in adolescents with disorders of behavior. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 44–48. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-44-48](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-44-48)

Clinical-psychopathological and clinical-psychological features of volition regulation in adolescents with disorders of behavior

Raeva T.V., Fomushkina M.G.

Tyumen State Medical University
Odesskaya Street 54, 625023, Tyumen, Russian Federation

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Титов С.С., Усов Г.М., Чашина О.А. Организационная модель профилактики аддитивных состояний у несовершеннолетних в условиях территориально-образовательного кластера. *Наркология*. 2011; 10 (6): 16–22.
2. Бадмаева В. Д., Дозорцева Е. Г., Ошевский Д. С. Уголовно-релевантные психические расстройства у несовершеннолетних обвиняемых: органические психические расстройства. *Российский психиатрический журнал*. 2016. 6: 17–24.
3. Ивашиненко Д. М. Агрессия в подростковой среде: факторы риска, предикторы, особенности эмоционально-личностной сферы и социального функционирования (литературный обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 3 (92): 96–104.
4. Макушкин Е.В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием. М.: Медицинское информационное агентство, 2009: 240.
5. Пережогин Л.О., Вострокнутов Н.В. Асоциальное поведение детей и подростков. Профилактика и коррекция ассоциированных психических расстройств. Руководство для врачей. М.: ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», 2012: 234.
6. Burt S.A., Klump K.L. Prosocial peer affiliation suppresses genetic influences on non-aggressive antisocial behaviors during childhood. *Psychol Med*. 2013; 10: 1–10.
7. Щукина М.А. Опросник «Уровень развития субъектности личности (УРСЛ)». Методическое пособие. Тюмень, 2005: 44.
8. Чумаков М.В. Опросник диагностики волевых качеств личности (ВКЛ). Руководство. Челябинск, 2006: 18.
9. Люсин Д.В., Мариютина О.О., Степанова А.С. Структура эмоционального интеллекта и связь его компонентов с индивидуальными особенностями: эмпирический анализ. Социальный интеллект: Теория, измерение, исследование. М.: Институт психологии РАН, 2006: 128–140.
10. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М., 2013: 303.
11. Ильин Е.П. Психология воли. СПб.: Питер, 2011: 364.
12. Крылов А.А. Психология. М., 2008: 480–482.
13. Воронков В.Б. К вопросу о влиянии среды на формирование личности. *Независимый психиатрический журнал*. 2015; 1: 19–26.
14. Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. СПб.: Речь, 2006: 240.
15. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажкилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков: от теории к практике. М.: Генезис, 2001: 216.

Поступила в редакцию 24.09.2017

Утверждена к печати 30.10.2017

ABSTRACT

Introduction. The relevance of work is determined by the absence of the typology of the disturbances of volitional regulation in adolescents with the disorders of behavior, and also by the need for the scientific substantiation of the ways of the optimization of the methods of psychotherapeutic correction and preventive maintenance of disadaptation in this group of adolescents. **Purpose of the study** – the study of the features of the disturbances of volitional regulation which the adolescents have with the disorders of behavior, the optimization of rehabilitative measures. **Methods.** Clinical-psychopathological study (estimation of the behavior of adolescent in the family, educational environment, among the peers and the feature of moral and ethical sphere) was supplemented with data of psychological examination on the study of the level of the development of personal agency, volitional qualities of personality and emotional intellect. Data analysis was conducted with the use of the statistical packet SHSS 11.5. For the comparison of qualitative data the criterion χ^2 (chi-square) and the precise criterion of Fischer were used. With the plural comparisons the correction of Bonferroni was used. **Results.** The disorders of behavior in adolescents were characterized by polymorphism, durability and manifestation of clinical manifestations, the dysfunction of volitional regulation was pivotal symptom. The phenomenological analysis of the behavior of adolescents made it possible to isolate three types of the disorders of the behavior: with the predominance of physical aggression (26.4%), with the predominance of criminal delinquency (36.3%), with the predominance of withdrawals and vagabondage (37.3%). With the chosen types of the disorders of behavior in adolescents the different level of the formation of volitional regulation, and also dysfunction by it cognitive, emotional and moral components were noted. The methods of psychotherapeutic correction in the system of the rehabilitation of patients with the disorders of behavior were developed. **Conclusion.** The chosen types of the disorders of behavior and feature of the disturbances of volitional regulation in adolescents made it possible to develop the complex of the differentiated psychotherapeutic measures in the structure of contemporary rehabilitative programs. The most noticeable dynamics of mental condition was noted toward the end the first month of therapy, during the first year after discharge from the hospital repeatedly into the hospital no one of the adolescents entered.

Keywords: adolescents, disorder of behavior, volitional regulation, volitional qualities, rehabilitative program, psychotherapy.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Titov S.S., Usov G.M., Chashchina O.A. Organizatsionnaya model profilaktiki additivnykh sostoyaniy u nesovershennoletnih v usloviyakh territorialno-obrazovatel'nogo klastera. [Organizing model of prevention of addictive states in under-age persons within territorial-educative cluster]. *Narkologiya – Narcology*. 2011; 10 (6): 16–22 (in Russian).
2. Badmaeva V. D., Dozortseva E. G., Oshevsky D. S. Ugolovno-relevantnyye psichicheskie rasstroystva u nesovershennoletnih obvinyemykh: organicheskie psichicheskie rasstroystva [Relevant for criminal law psychic disorders in juvenile offenders: organic psychic disorders]. *Rossiyskiy psichiatricheskii zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2016; 6: 17–24 (in Russian).
3. Ivashinenko D. M. Agressiya v podrostkovoy srede: faktory riska, prediktory, osobennosti emotsionalno-lichnostnoy sfery i sotsialnogo funktsionirovaniya (literaturnyy obzor) [Aggression among adolescents: risk factors, predictors, features of emotional-personal sphere and social functioning]. *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 3 (92): 96–104.
4. Makushkin E.V. Agressivnoe kriminalnoe povedenie u detey i podrostkov s narushennym razvitiem [Aggressive criminal behavior in children and adolescents with disturbed development]. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2009: 240 (in Russian).
5. Perezhogin L.O., Vostroknutov N.V. Asotsialnoe povedenie detey i podrostkov. Profilaktika i korrektsiya assotsirovannykh psichicheskikh rasstroystv. Rukovodstvo dlya vrachey [Asocial behavior of children and adolescents. Prevention and correction of associated mental disorders. Handbook for physicians]. Moscow: GNTs sotsialnoy i sudebnoy psichiatrii im. V.P. Serbskogo, 2012: 234 (in Russian).
6. Burt S.A., Klump K. L. Prosocial peer affiliation suppresses genetic influences on non-aggressive antisocial behaviors during childhood. *Psychol Med*. 2013; 10: 1–10.
7. Shchukina M.A. Oprosnik “Uroven razvitiya sub'ektnosti lichnosti (URSL)” [Level of development of personal agency]. Metodicheskoe posobie. Tyumen, 2005: 44 (in Russian).
8. Chumakov M.V. Oprosnik diagnostiki volevykh kachestv lichnosti (VKL) [Questionnaire of diagnostics of volitional qualities of the personality]. Rukovodstvo. Chelyabinsk, 2006: 18 (in Russian).
9. Lyusin D.V., Maryutina O.O., Stepanova A.S. Struktura emotsionalnogo intellekta i svyaz ego komponentov s individu-allyimi osobennostyami: empiricheskyy analiz. Sotsialnyy intellekt: Teoriya, izmerenie, issledovanie [Structure of the emotional intelligence in association of its components with individual traits: empiric analysis. Social intelligence: Theory, measurement, investigation]. Moscow: Institut psichologii RAN, 2006: 128–140 (in Russian).
10. Lebedinskaya K.S., Lebedinsky V.V. Narusheniya psichicheskogo razvitiya v detskom i podrostkovom vozraste [Disturbances of mental development at childhood and adolescence]. Moscow, 2013: 303 (in Russian).
11. Ilin E.P. Psichologiya voli [Psychology of volition]. SPb.: Piter, 2011: 364 (in Russian).
12. Krylov A.A. Psichologiya [Psychology]. Moscow, 2008: 480–482 (in Russian).
13. Voronkov V.B. K voprosu o vliyani sredi na formirovanie lichnosti [On the effect of environment on personality development]. *Nezavisimyy psichiatricheskii zhurnal [Independent Journal of Psychiatry]*. 2015; 1: 19–26 (in Russian).
14. Kulakov S.A., Vaisov S.B. Rukovodstvo po reabilitatsii narkozavisimyykh [Handbook of rehabilitation of drug addicts]. SPb.: Rech, 2006: 240 (in Russian).
15. Sirota N.A., Yaltonsky V.M., Hazhilina I.I., Viderman N.S. Profilaktika narkomanii u podrostkov: ot teorii k praktike [Prevention of drug addiction in adolescents: from theory to practice]. Moscow: Genezis, 2001: 216 (in Russian).

Received September 4.2017

Accepted October 30.2017

Raeva Tatyana V., MD, senior lecturer, Head of Psychiatry and Addiction Psychiatry Department, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russian Federation.

Fomushkina Marina G., assistant of Psychiatry and Addiction Psychiatry Department, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russian Federation.

✉ Fomushkina Marina G., marina.fomushkina@mail.ru

УДК 616.895.3:616.89-008.441.42:618.17-008.8-055.2-053.6

Для цитирования: Винокуров Е.В., Собенников В.С., Рычкова Л.В., Погодина А.В., Храмова Е.Е., Долгих О.А. Психические расстройства у девушек-подростков с нарушением менструального цикла – пациенток педиатрического гинекологического стационара. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 49–56. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-49-56](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-49-56)

Психические расстройства у девушек-подростков с нарушением менструального цикла – пациенток педиатрического гинекологического стационара

Винокуров Е.В.^{1,2}, Собенников В.С.¹, Рычкова Л.В.², Погодина А.В.², Храмова Е.Е.², Долгих О.А.²

¹ Иркутский государственный медицинский университет
Россия, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1

² Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека
Россия, 664003, Иркутск, ул. Тимирязева, 16

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – изучение клинической структуры коморбидных психических расстройств среди пациентов с нарушениями менструального цикла педиатрического гинекологического стационара. **Материал и методы.** Обследовано 69 девушек-подростков (средний возраст 15,9±0,8 года), давших информированное согласие на участие и проходивших обследование и лечение в гинекологическом стационаре по поводу нарушений менструального цикла. Все пациенты подвергнуты клинико-психопатологическому обследованию с использованием структурированного диагностического интервью Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents и подросткового опросника Т. Ахенбаха Youth Self-Report. **Результаты.** Распространенность коморбидных психических расстройств составила 61%. Выявленные психические расстройства были представлены двумя клиническими подгруппами, включающими тревожно-депрессивные и дисморфофобические расстройства (40% и 60% среди коморбидных психических расстройств). Среди дисморфофобий преобладали случаи, соответствующие критериям нарушений пищевого поведения (34%), над вариантами с признаками телесной дисморфии (26%) согласно критериям DSM-V. Сравнительный анализ с использованием опросника Т. Ахенбаха YSR показал, что коморбидные психические расстройства среди девушек-подростков с нарушениями менструального цикла в общемедицинской сети включали более выраженные тревожно-депрессивные нарушения и относительно «мягкие» клинические варианты телесной дисморфии и нарушений пищевого поведения.

Ключевые слова: нарушения менструального цикла, нарушения пищевого поведения, анорексия, телесная дисморфия, депрессия.

ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст характеризуется значительными изменениями в физиологическом, психическом и социальном развитии, что может ограничивать адаптационные возможности и формирует условия для проявления широкого спектра психопатологических расстройств [6]. Последние у девушек-подростков нередко сочетаются с соматическими изменениями, такими как нарушения менструального цикла и дефицит веса [2, 4, 14]. В этой связи наиболее актуальной проблемой представляется телесная дисморфия (ТД), тесно ассоциированная с нарушением пищевого поведения (НПП) и аффективными расстройствами [1, 2, 3, 13, 15].

В отечественной и зарубежной литературе дисморфофобия (ДМФ) в психиатрической литературе традиционно рассматривалась в связи с НПП, личностной и аффективной патологией, а также шизофренией [2, 4]. Значительную частоту депрессий у пациентов с НПП отмечают большинство исследователей [1, 3, 7]. Установлено, что в семьях пациентов с НПП накапливаются случаи аффективной патологии, а в семьях пациентов с большой депрессией – НПП, что позволяет предполагать наличие общих этиологических факторов [1, 3]. Несмотря на это, вопрос взаимоотношения ДМФ и НПП с аффективной патологией до настоящего времени остается дискуссионным. В последние годы, как и более

века назад, интенсивное развитие получает парадигма обсессивно-компульсивной природы нарушений, что отражено в классификации DSM-V [5].

В данной классификационной системе НПП и ТД противопоставляются и включаются в разные спектры расстройств – НПП выделяется в отдельную рубрику, а ТД включена в группу обсессивных расстройств. Также, в отличие от DSM-IV, в DSM-V критерии ТД расширены чертами обсессивного поведения (перепроверки своей внешности у зеркала; настойчивое, многократное обращение к окружающим с вопросами, приемлем ли их внешний вид; компульсивный груминг) [9].

Неблагоприятное течение и исходы таких состояний зачастую обусловлены повышенным первичным вниманием на этапе развития патологии как самих больных и их родственников, так и врачей-интернистов к соматическим отклонениям (например, к нарушениям менструального цикла, снижению массы тела) с недоучетом имеющейся психопатологической симптоматики. В результате в поле зрения специалистов-психиатров такие больные попадают уже на фоне выраженных психопатологических и соматических нарушений, включая дисморфофобию-дисморфоманию, анозогнозию, а также значительный дефицит веса и стойкие расстройства менструального цикла (олигоменорея, аменорея) [2, 14].

Поэтому выявление коморбидных психопатологических расстройств у девушек-подростков с нарушением менструального цикла в условиях педиатрического гинекологического стационара представляется весьма актуальной задачей.

Цель исследования: оценить распространенность и клинико-психопатологические особенности коморбидных пограничных и аффективных нарушений среди пациентов педиатрического гинекологического стационара – подростков с нарушениями менструального цикла с последующей оптимизацией диагностики, комплексной терапии, превенции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли пациентки (69 человек, женского пола, в возрасте от 15 до 17 лет, средний возраст 15,9±0,8 года), давшие информированное согласие на участие и проходившие обследование и лечение в отделении подростковой гинекологии клиники ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ в период с марта по август 2017 г. Ранее все пациентки, включенные в обследованную выборку, ни к врачам-психиатрам, ни к психотерапевтам не обращались.

У 6 (8,7%) пациенток диагностирована первичная аменорея (отсутствие менструации у девушек в 15 лет), у 7 (10,1%) – вторичная аменорея (отсутствие менструации более 6 месяцев при ранее нерегулярных менструациях), у 26 (37,7%) – первичная олигоменорея (интервалы между менструациями менее 20 или более 45 дней с менархе), у 6 (8,7%) – вторичная олигоменорея (интервалы между менструациями менее 20 или более 45 дней у девушек с ранее нормальным циклом). Первичная дисменорея (болезненные менструации, не связанные с анатомическими особенностями строения матки, воспалительными процессами гениталий, эндометриозом) установлена у 10 (14,5%) пациенток, у 1 (1,4%) пациентки с доброкачественным ретенционным образованием яичников диагностирована вторичная дисменорея. У 13 (18,8%) девушек поводом для госпитализации были аномальные маточные кровотечения (любое маточное кровотечение, не соответствующее параметрам нормальной менструации; тяжелое и/или нерегулярное и/или длительное). На момент обследования девушки не имели острых и обострения хронических соматических заболеваний. Критериями исключения из исследования были нарушения менструального цикла, возникающие на фоне тяжелых соматических заболеваний, гиперпролактинемия, гипотиреоз, врожденная дисфункция коры надпочечников, наличие инфекций, передаваемых половым путем, хромосомных нарушений, сахарного диабета I или II типа.

В ходе работе применялся клинико-психопатологический метод с использованием структурированного диагностического интервью Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID) [16]. Диагностика психических расстройств с использованием структурированного интервью MINI-KID соответствует традиционной категориальной модели в психиатрии.

В то же время переплетение ДМФ и НПП между собой и с аффективными нарушениями в рамках интернализованных расстройств [11] ограничивает возможность точной категориальной оценки. В связи с этим дополнительно применялась валидизированная версия подросткового опросника Ахенбаха Youth Self-Report (YSR) [8, 12], позволяющая осуществлять анализ поведенческих и эмоциональных проблем, социальной адаптации и компетентности в соответствии с дименсиональной парадигмой. Методика Ахенбаха базируется на эмпирических данных обследования нормативных и клинических популяций. Вопросы первой части опросника YSR сгруппированы в 3 шкалы компетентности (активности, социальной и школьной компетентности), оценки по ним суммируются в балл общей компетентности. Вопросы второй части структурированы в 8 специфических шкалах («тревожно-депрессивный», «отстраненно депрессивный», «соматические жалобы», «социальные проблемы», «мыслительные проблемы», «проблемы с вниманием», «поведение с нарушением правил», «агрессивное поведение», «другие проблемы») и 2 обобщающих интегральных шкалах («интернализация» – основана на утверждениях из шкал: «тревожно-депрессивный», «отстраненно депрессивный» и «соматические жалобы»; «экстернализация» – на утверждениях из шкал: «поведение с нарушением правил» и «агрессивное поведение»). На основе всех утверждений опросника подсчитывали «общий балл проблемности» респондента.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ PSPP, Microsoft Excel: описательная статистика, сравнительная статистика (OR – отношение шансов, CI – доверительный интервал, U – критерий Манна–Уитни, точный критерий Фишера).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате клинического изучения, дополненного унифицированными данными клинических шкал, было выделено 2 группы пациенток: 1) с наличием коморбидных психических расстройств (42 человека, 61% всей выборки; средний возраст 15,7±1,0 года); 2) без клинически выраженных, синдромально завершенных психических нарушений (27 пациенток, 39%; средний возраст 16,0±0,9 года).

Т а б л и ц а 1

Структура нарушений менструального цикла у девушек-подростков – пациенток педиатрического гинекологического стационара			
Нарушение менструального цикла	Психические расстройства (n=42)	Без психических расстройств (n=27)	p
Первичная аменорея, абс. (%)	2 (7,4)	4 (9,5)	
Вторичная аменорея, абс. (%)	1 (3,7)	6 (14,3)	
Первичная олигоменорея, абс. (%)	14 (51,8)	12 (28,6)	0,05
Вторичная олигоменорея, абс. (%)	3 (11,1)	3 (7,1)	
АМК, абс. (%)	6 (22,2)	7 (16,7)	
Первичная дисменорея, абс. (%)	1 (3,7)	9 (21,4)	0,04
Вторичная дисменорея, абс. (%)	0	1 (2,4)	
Длительность заболевания, мес.	29,1±17,7	32,2±25,3	

П р и м е ч а н и е. p – Достоверность различий между группами, АМК – аномальные маточные кровотечения.

В таблице 1 представлено соотношение частоты отдельных категорий нарушений менструального цикла и их длительность в клинических группах девушек-подростков – пациентов педиатрического гинекологического стационара.

Почти в половине случаев (33 пациента, 48% обследованной выборки) установлено наличие неблагоприятных социально-психологических факторов в период развития подростков: развод биологических родителей (24 пациента, 35%), воспитание в неполной семье (15 пациентов, 22%), воспитание в приемной семье (6 случаев, 9%), алкоголизм одного из родителей (11 случаев, 16%), воздействие актуальных стрессовых ситуаций – агрессия со стороны сверстников (8 пациентов, 12%). Последующий статистический анализ с расчетом относительного риска и отношения шансов не выявил связь данных неблагоприятных факторов с клинической манифестацией психопатологических расстройств, что предполагает высокую, но относительно равную их представленность в группах с психическими нарушениями и без таковых.

Выявленные психопатологические расстройства у девочек-подростков включали как клинически выраженные, так и субсиндромальные формы. Выделялись следующие кластеры психопатологических нарушений:

1. Дистимия-дисморфомания (25 пациентов, 60% коморбидных психических расстройств) в виде НПП (14 человек, 34%) и ТД (11 наблюдений, 26%).

2. Аффективные нарушения, представленные депрессивным эпизодом легкой степени (7 пациентов, 17%).

3. Тревожно-фобические расстройства и ассоциированная с ними соматовегетативная симптоматика (16 случаев, 38%).

4. Поведенческие нарушения в структуре клинически выраженной личностной патологии (11 человек, 26%) с формированием по типу патохарактерологического развития, соответствующие истерическому (9 наблюдений, 21%) и шизоидному (2 пациента, 5%) расстройствам личности.

5. Обсессивно-компульсивные нарушения – развернутое обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) (2 пациента, 5%) и онихофагия (3 случая, 7%).

НПП в большинстве случаев (12 пациентов, 29%) были представлены нервной анорексией ограничительного типа (диета и физические упражнения – F50.0 по МКБ-10), значительно реже (2 случая, 5%) – анорексией очистительного типа (анорексия с приступами булимии и последующей рвотой, с другими видами патологического компенсаторного поведения – F50.2 по МКБ-10). Дистимия-дисморфомания при НПП выражалась в недовольстве своей фигурой, пациенты считали себя слишком полными. Подобные переживания носили характер сверхценных идей, были ассоциированы с чувствительными идеями отношения, социальной тревожно-

стью, сопровождались соблюдением строгой диеты, интенсивными физическими упражнениями. Такая поведенческая стратегия в относительно короткие сроки приводила к снижению веса. Несмотря на это, субъективная неудовлетворенность внешним обликом и страх избыточного веса всё же оставались стойкими. При этом резкое снижение веса всегда было ассоциировано с нарушениями менструального цикла.

ТД проявлялась чрезмерной озабоченностью по поводу предполагаемого дефекта внешности и сопровождалась характерным поведенческим паттерном. В этом случае дистимия-дисморфомания пациентов были сфокусированы более чем на одной части тела и могли менять телесную проекцию в динамике заболевания. Фокус дистимии на момент исследования был представлен следующими областями тела: части лица (8 человек, 72% пациентов с ТД), кожа (6 человек, 54%), ноги (6 человек, 54%), грудь (4 человека, %), руки (3 человека, 27%), живот (3 человека, 27%).

Неудовлетворенность внешностью сопровождалась избегающим и защитным поведением (маскирование с помощью одежды, причёски и макияжа) и компульсивными перепроверками внешнего облика (сравнение себя с окружающими, просьбы близким подтвердить удовлетворительный внешний вид, а также повторное рассматривание себя в отражении). Тенденция к избеганию носила умеренно выраженный характер и актуализировалась в присутствии субъективно более привлекательных собеседников. Следовательно, переживания носили обсессивный характер с двойственным отношением и тенденцией к диссимуляции. Ни в одном из случаев не установлено наличие бредовой убежденности и стремления к хирургической коррекции внешности. В анамнезе таких пациентов зачастую встречались обращения к стоматологам и врачам-косметологам за консультацией и амбулаторным лечением. Такие особенности позволяли рассматривать данный спектр нарушений по МКБ-10 как проявления ипохондрического расстройства (F45.2).

Тревожно-фобические расстройства включали социальную фобию (F40.1 согласно МКБ-10) и пароксизмальную тревогу, ассоциированную с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой и дыхательной систем (F45.3). У большинства пациентов (12 человек, 75%) с данными нарушениями в дошкольном возрасте отмечались выраженные признаки сепарационной тревожности (F93.0) с последующей в течение нескольких лет постепенной редукцией психопатологической симптоматики.

В таблице 2 представлены усредненные показатели клинических шкал и шкал компетентности опросника YSR, полученные при изучении всей выборки и для выделенных групп.

Т а б л и ц а 2

Шкала	Вся выборка		Психические расстройства		Без психических расстройств		p
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
Тревожно-депрессивный	57,1	6,9	59,7	7,4	53,0	3,1	0,00
Отстраненно депрессивный	58,1	8,6	60,5	9,5	54,3	5,2	0,00
Соматические жалобы	57,2	7,5	58,6	9,28	55,0	5,0	0,05
Социальные проблемы	58,2	9,1	60,5	10,2	54,6	5,4	0,01
Мыслительные проблемы	56,9	7,5	58,6	8,4	54,2	4,9	0,01
Проблемы с вниманием	58,4	7,0	60,5	7,4	55,1	4,6	0,00
Поведение с нарушением правил	54,2	5,0	55,3	5,4	52,6	3,8	0,00
Агрессивное поведение	55,1	6,0	56,3	6,6	53,3	4,2	0,03
Интернализация	56,3	9,4	59,7	9,1	51,0	7,2	0,00
Экстернализация	51,9	8,9	53,8	9,2	49,0	7,5	0,01
Общий балл	55,0	9,8	58,2	9,6	49,9	7,9	0,00
Активность	42,0	8,1	41,2	8,3	43,2	7,7	0,20
Социальная активность	38,3	9,1	37,9	9,6	39,0	8,0	0,43
Общий балл компетентности	44,8	9,7	43,8	10,7	46,5	7,8	0,15

Примечание. p – Достоверность различий между группами, Mean – среднее, SD – стандартное отклонение.

В группе пациентов с наличием коморбидных психических расстройств выявлены более высокие усредненные показатели по всем клиническим шкалам на статистически достоверном уровне ($p > 0,05$ по критерию Манна–Уитни), чем в группе подростков без психических нарушений. При этом показатели по шкалам компетентности опросника YSR в группе лиц с психическими расстройствами имели более низкие значения, но выявленные различия не достигали уровня статистической значимости. Это соответствует низким показателям по шкалам компетентности во всей обследованной выборке девушек-подростков с нарушениями менструального цикла.

При дальнейшем анализе коморбидные психические расстройства рассматривались в рамках двух интегральных клинических подгрупп. В первую подгруппу отнесены подростки с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) – 17 человек (40% среди пациентов с коморбидными психическими расстройствами), средний возраст манифестации ТДР 15,4 года; средняя длительность течения 0,7 года. Вторую подгруппу составляли подростки с дисморфофобическими расстройствами (ДФР) – 25 человек (60%), средний возраст манифестации ДМФ 14,3 года; средняя длительность течения 1,5 года. К подгруппе ТДР был отнесен случаи клинически выраженной депрессии и полиморфных тревожно-депрессивных и соматоформных нарушений невротического уровня, в ряде случаев в динамике личностной патологии. Соотношение частоты отдельных психопатологических расстройств в данных клинических подгруппах продемонстрировано в таблице 3.

В подгруппе ТДР с достоверной значимостью чаще, чем среди пациентов с ДМФ, регистрировалась личностная патология (47% против 12% соответственно) ($p > 0,05$ по точному критерию Фишера). Помимо того, относительно чаще, но без статистической достоверности различий встречались депрессивный эпизод легкой степени (23% против 12%

соответственно) и тревожно-фобические расстройства (53% против 28% соответственно). В подгруппе подростков с дисморфофобией, напротив, с более высокой частотой отмечались нарушения, относившиеся к обсессивно-компульсивному спектру (онихофагия и совокупность иной обсессивно-компульсивной симптоматики), но без достоверно значимых различий (16% против 6%).

Т а б л и ц а 3

Частота отдельных коморбидных психических расстройств и депрессивной симптоматики у подростков с тревожно-депрессивными и дисморфофобическими расстройствами

Коморбидное расстройство	Расстройства				Критерий Фишера (p)
	тревожно-депрессивные (n=17)		дисморфофобические (n=25)		
	n	%	n	%	
Депрессивный эпизод	4	23	3	12	0,41
Тревожно-фобические расстройства	9	53	7	28	0,12
Обсессивно-компульсивное расстройство	1	6	1	4	1,00
ОКР/онихофагия	1	6	4	16	0,63
Личностная патология	8	47	3	12	0,03

Примечание. n – Абсолютное число, p – достоверность различий между группами.

Кроме того, в подгруппе ТДР нарушения менструального цикла были ассоциированы с депрессивным и тревожным аффектом, что согласуется с данными психиатрической литературы о взаимосвязи эмоционального дистресса и депрессии с нарушениями менструального цикла у девушек-подростков [10, 17]. В подгруппе подростков с ДМФ нарушения менструального цикла определялись общим соматическим статусом и ассоциировались с выраженным снижением веса.

Результаты сравнительного анализа клинических групп пациентов с ТДР и ДФР с помощью опросника Ахенбаха Youth Self-Report (YSR) представлены в таблице 4.

Т а б л и ц а 4

Усредненные показатели клинических шкал и шкал компетентности опросника YSR у пациентов с тревожно-депрессивными и дисморфофобическими расстройствами и без психических нарушений									
Шкала	Тревожно-депрессивные расстройства		Дисморфофобические расстройства		Без психических расстройств		ТДР/БПР	ДФР/БПР	ТДР/ДФР
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	p ₁	p ₂	p ₃
Тревожно-депрессивный	61,4	7,7	58,5	7,0	53,0	3,1	0,00	0,01	0,19
Отстраненно депрессивный	63,4	9,7	58,6	8,9	54,3	5,2	0,00	0,02	0,08
Соматические жалобы	61,4	9,9	56,7	6,7	55,0	5,0	0,01	0,32	0,07
Социальные проблемы	62,2	10,1	59,3	10,0	54,6	5,4	0,01	0,07	0,27
Мыслительные проблемы	61,8	9,7	56,5	6,6	54,2	4,9	0,01	0,05	0,13
Проблемы с вниманием	64,1	7,9	58,1	6,0	55,1	4,6	0,00	0,06	0,03
Поведение с нарушением правил	56,8	5,5	54,2	5,1	52,6	3,8	0,00	0,04	0,33
Агрессивное поведение	59,3	7,0	54,3	5,5	53,3	4,2	0,00	0,34	0,03
Интернализация	62,6	10,1	57,8	7,7	51,0	7,2	0,00	0,00	0,07
Экстернализация	57,6	8,1	51,2	8,9	49,0	7,5	0,00	0,22	0,09
Общий балл	61,5	10,2	56,0	8,4	49,9	7,9	0,00	0,00	0,09
Активность	40,2	7,4	41,9	8,8	43,2	7,7	0,07	0,65	0,21
Социальная активность	36,8	10,6	38,6	8,8	39,0	8,0	0,26	0,74	0,48
Общий балл компетентности	41,9	9,5	45,1	11,3	46,5	7,8	0,02	0,63	0,23

Примечание. Mean – среднее, SD – стандартное отклонение. Достоверность различий между группами подростков: p₁ – с тревожно-депрессивными расстройствами и без психических расстройств; p₂ – с дисморфофобическими расстройствами и без психических расстройств; p₃ – с тревожно-депрессивными и дисморфофобическими расстройствами.

В подгруппе ТДР установлено достоверное превышение показателей по всем клиническим шкалам опросника YSR (p>0,05 по критерию Манна–Уитни) при сравнении с пациентами без психических нарушений. У пациентов с ТДР были ниже показатели по шкалам компетентности. При этом различия достигали уровня статистической достоверности по общей шкале компетентности и уровня тенденции по шкале «активность» (p=0,07 по критерию Манна–Уитни). В подгруппе ДФР с достоверной значимостью выше, чем у пациентов без психических расстройств, выявлены показатели по клиническим шкалам «тревожно-депрессивный», «отстраненно депрессивный», «мыслительные проблемы», «поведение с нарушением правил», по вторичной шкале «интернализация» и общей клинической шкале, а на уровне тенденции – по шкалам «социальные проблемы» и «нарушения внимания» (p=0,07 и p=0,06 по критерию Манна–Уитни). Показатели по шкалам компетентности у подростков с ДФР были ниже, чем у пациентов БПР, но различия не достигали статистической зна-

чимости. При сравнении двух клинических групп среди пациентов с ТДР показатели всех клинических шкал оказались относительно выше, а по шкалам компетентности относительно ниже, чем у пациентов с ДФР. Уровня статистической достоверности различия достигали лишь по шкалам «проблемы с вниманием», «агрессивное поведение», а уровня тенденции – по шкалам «отстраненно депрессивный», «соматические жалобы» и по интегральной шкале «интернализация». Полученные результаты согласуются с данными психиатрической литературы о характерном клиническом профиле подростковой депрессии с выраженными поведенческими нарушениями и соматизацией [4].

При дифференцированном анализе состояния пациентов с диагностированной ТД (11 пациентов, 26% коморбидных психических расстройств) и НПП (14 пациентов, 34%) выявлено, что показатели по клиническим шкалам и шкалам компетентности достоверно не различались (табл. 5).

Т а б л и ц а 5

Усредненные показатели клинических шкал и шкал компетентности опросника YSR в группах подростков с телесной дисморфией и нарушениями пищевого поведения					
Шкала	Телесная дисморфия		Нарушения пищевого поведения		p
	Mean	SD	Mean	SD	
Тревожно-депрессивный	58,4	8,8	58,6	5,2	0,96
Отстраненно депрессивный	58,9	8,9	58,3	8,9	0,94
Соматические жалобы	58,4	7,5	55,4	5,8	0,39
Социальные проблемы	60,3	10,9	58,6	9,3	0,47
Мыслительные проблемы	57,6	6,8	55,6	6,3	0,43
Проблемы с вниманием	58,8	5,6	57,5	6,3	0,64
Поведение с нарушением правил	54,5	6,3	54,0	3,9	0,95
Агрессивное поведение	54,5	5,4	54,1	5,6	0,91
Интернализация	58,3	9,4	57,4	6,0	0,87
Экстернализация	50,9	10,5	51,4	7,5	0,90
Общий балл	56,6	9,6	55,5	7,3	0,93
Активность	39,1	6,5	44,1	9,7	0,14
Социальная активность	38,5	9,7	38,7	8,1	0,96
Общий балл компетентности	43,2	10,0	46,6	11,9	0,41

Примечание. Mean – среднее, SD – стандартное отклонение; p – достоверность различий между группами подростков с телесной дисморфией и нарушениями пищевого поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное в условиях общемедицинского стационара клинико-психопатологическое изучение девочек-подростков с нарушением менструального цикла позволило в 61% случаев выявить коморбидные психические расстройства.

С наибольшей частотой диагностировались дисморфофобия (60%), тревожно-фобические и соматоформные расстройства (38%), депрессия (17%), поведенческие расстройства, соотносимые с личностной патологией (26%). Весь спектр психопатологических расстройств был представлен двумя интегральными клиническими подгруппами, включающими тревожно-депрессивные и дисморфофобические расстройства (40% и 60% соответственно). Среди дисморфофобий преобладали случаи, соответствующие критериям нарушений пищевого поведения (34%), над вариантами с признаками телесной дисморфии (26%). Среди нарушений пищевого поведения доминировала нервная анорексия ограничительного типа (29%), значительно реже (5%) встречалась анорексия очистительного типа. Важным обстоятельством является редкость среди изученного контингента телесной дисморфии и нарушения пищевого поведения, соотносимых с «шизофреническим» спектром патологии. Выявлено лишь 2 случая (4%) в рамках динамики расстройства личности сенситивно-шизоидного типа, с соответствующим «эксцентрическим» паттерном поведения. Это, очевидно, связано с избирательной толерантностью врачей-интернистов к клиническим проявлениям аффективных и невротических расстройств, которые в контексте основной соматической патологии представляются «понятными» и «выводимыми» и более высокой настороженностью к психической патологии шизофренического круга.

Полученные данные могут рассматриваться как предварительные, подтверждающие необходимость дальнейшего пристального изучения коморбидных психопатологических расстройств у девушек-подростков с нарушением менструального цикла.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания Комитета по этике Иркутского государственного медицинского университета № 1 от 25.11.2016).

Винокуров Евгений Вячеславович, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии.
Собенников Василий Самуилович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии.
Рычкова Любовь Владимировна, д.м.н., профессор РАН, директор.
Погодина Анна Валерьевна, д.м.н., заведующая лабораторией педиатрии и кардиоваскулярной патологии.
Храмова Елена Евгеньевна, к.м.н., заведующая отделением подростковой гинекологии клиники.
Долгих Ольга Александровна, м.н.с. лаборатории педиатрии и кардиоваскулярной патологии.

✉ Винокуров Евгений Вячеславович, evgeniy_vinokurov@yahoo.com

ЛИТЕРАТУРА

1. Грачев В.В. Аффективная патология у больных нервной булимией подросткового возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117 (3): 16–21. doi:http://dx.doi.org/10.17116/jnevro20171173116-21
2. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. М.: Медицина, 1984: 224.
3. Крылов В.И. Психопатология пищевого поведения: нервная анорексия и нервная булимия. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2007; 2: 12–17.
4. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1985: 416.
5. Медведев В.Э. Дисморфическое расстройство: факторы риска и стереотипы динамики. *Психическое здоровье*. 2016; 5 (120): 13–22.
6. Семке А.В., Агарков А.А., Осина Е.С. Роль психогенно-травматизирующих факторов в развитии расстройства адаптации у подростков Томской области. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 1 (70): 30–33.
7. Этингhoff А.М. Клинико-психопатологические особенности и типология юношеских дисморфофобических депрессий. *Психиатрия*. 2003; 5 (5): 53–58.
8. Achenbach T.M. Empirically Based Taxonomy: How to Use Syndromes and Profile Types Derived from the CBCL/418, TRF, and YSR. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1993.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM, 5th ed. Washington, D.C., 2013.
10. Bisaga K., Petkova E., Cheng J., Davies M., Feldman J.F., Whitaker A.H. Menstrual functioning and psychopathology in a county-wide population of high school girls. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2002; 41: 1197–1204. doi: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200210000-00009
11. Forbush K.T., Hagan K.E., Kite B.A., Chapa D.A.N., Bohrer B.K., Gould S.R. Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Compr. Psychiatry*. 2017; Nov. 79: 40–52. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.06.009
12. Grigorenko E.L., Geiser C., Slobodskaya H.R., Francis D.J. Cross-informant symptoms from CBCL, TRF, and YSR: Trait and method variance in a normative sample of Russian youths. *Psychological Assessment*. 2010; 22 (4): 893–911. doi: 10.1037/a0020703
13. Gunstad J., Phillips K.A. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr. Psychiatry*. 2003; 44: 270–276. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00088-9
14. Mehler P.S., Krantz M.J., Sachs K.V. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J. Eat. Disord.* 2015; 5 (3): 15. doi: 10.1186/s40337-015-0041-7
15. Möllmann A., Dietel F.A., Hunger A., Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. *Psychiatry Res.* 2017; 254: 263–267. doi: 10.1016/j.psychres.2017.04.063
16. Sheehan D.V., Sheehan K.H., Shytle R.D., Janavs J., Bannon Y., Rogers J.E., Milo K.M., Stock S.L., Wilkinson B. Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J. Clin. Psychiatry*. 2010; 71 (3): 313–326. doi: 10.4088/JCP.09m05305whi
17. Yu M., Han K., Nam G.E. The association between mental health problems and menstrual cycle irregularity among adolescent Korean girls. *J. Affect. Disord.* 2017; 1; 210: 43–48. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.036

Поступила в редакцию 20.09.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

УДК 616.895.3:616.89-008.441.42:618.17-008.8-055.2-053.6

For citation: Vinokurov E.V., Sobennikov V.S., Rychkova L.V., Pogodina A.V., Khramova E.E., Dolgikh O.A. Mental health problems among adolescent inpatients with menstrual cycle irregularity. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 48–55. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-48-55](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-48-55)

Mental health problems among adolescent inpatients with menstrual cycle irregularity

Vinokurov E.V.^{1,2}, Sobennikov V.S.¹, Rychkova L.V.², Pogodina A.V.², Khramova E.E.², Dolgikh O.A.²

¹ Irkutsk State Medical University

Krasnogo Vosstaniya Street 1, 664003, Irkutsk, Russian Federation

² Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems

Timiryazev Street 16, 664003, Irkutsk, Russian Federation

ABSTRACT

Objective: to study the clinical structure of comorbid psychiatric disorders among pediatric gynecological inpatients with menstrual cycle irregularity. **Material and methods.** An examination was made in 69 adolescent girls (mean age 15.9±0.8 years) who came to a gynecological hospital with complaints of menstrual cycle irregularity and gave consent to take part in the investigation. All the patients underwent clinical and psychopathological examination using the structured diagnostic interview of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents and the teenage questionnaire of T. Achenbach Youth Self-Report. **Results.** The prevalence of comorbid psychiatric disorders was 61%. Comorbid psychiatric disorders were represented by two clinical subgroups, including anxiety-depressive and dysmorphic disorders (40% and 60% of comorbid psychiatric disorders). Among the dysmorphic disorders, cases that met the criteria for eating disorders (34%), over variants with signs of body dysmorphic disorder (26%) prevailed. Comparative analysis using the T. Achenbach's questionnaire YSR showed that comorbid psychiatric disorders among adolescent girls with menstrual cycle irregularity in the general medical network included more severe anxiety-depressive disorders and relatively "mild" clinical variants of body dysmorphic disorder and eating disorders.

Keywords: menstrual cycle irregularity, eating disorders, anorexia, body dysmorphic disorder, depression

REFERENCES

- Grachev V.V. Affektivnaya patologiya u bol'nyh nervnoj bulimiey podrostkovogo vozrasta [The affective pathology in patients with adolescent bulimia nervosa]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017; 117 (3): 16–21. doi: <http://dx.doi.org/10.17116/inevro20171173116-21> (in Russian).
- Korkina M.V. Dismorfomaniya v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Dismorphomania in adolescence and young adulthood]. Moscow: Meditsina; 1984: 224 (in Russian).
- Krylov V.I. Psihopatologiya pishhevoogo povedeniya: nervnaya anoreksiya i nervnaya bulimija [Psychopathology of eating behavior: anorexia nervosa and bulimia nervosa]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija im. P.B. Gannushkina – P.B. Gannushkin Journal of Psychiatry & Psychopharmacotherapy*. 2007; 2: 12–17 (in Russian).
- Lichko A.E. Podrostkovaja psichiatrija: Rukovodstvo dlja vrachej [Teenage Psychiatry: A Guide for Physicians]. – Leningrad: Meditsina; 1985: 416 (in Russian).
- Medvedev V.Je. Dismorficheskoe rasstrojstvo: factory riska i stereotypy dinamiki [Dysmorphic disorder: risk factors and patterns of evolution]. *Psihicheskoe zdorov'e – Journal of Mental Health*. 2016; 5 (120): 13–22 (in Russian).
- Semke A.V., Agarkov A.A., Osinova E.S. Rol' psihogenno-travmatizirujushih faktorov v razvitii rasstrojstva adaptacii u podrostkov Tomskoj oblasti [The role of psychogenic traumatic factors in adjustment disorder development in adolescents of tomsk region]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2012; 1: 30-33 (in Russian).
- Jetingof A.M. Kliniko-psihopatologicheskie osobennosti i tipologija junosheskih dismorfofobicheskikh depressij [Clinic-psychopathological features and typology of youthful dysmorphic depressions]. *Psihiatrija – Psychiatry*. 2003; 5 (5): 53–58 (in Russian).
- Achenbach T.M. Empirically Based Taxonomy: How to Use Syndromes and Profile Types Derived from the CBCL/418, TRF, and YSR. – Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1993.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM, 5th ed. Washington, D.C., 2013.
- Bisaga K., Petkova E., Cheng J., Davies M., Feldman J.F., Whitaker A.H. Menstrual functioning and psychopathology in a county-wide population of high school girls. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2002; 41: 1197–1204. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200210000-00009>
- Forbush K.T., Hagan K.E., Kite B.A., Chapa D.A.N., Bohrer B.K., Gould S.R. Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Compr. Psychiatry*. 2017; Nov. 79: 40–52. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.06.009
- Grigorenko E.L., Geiser C., Slobodskaya H.R., Francis D.J. Cross-informant symptoms from CBCL, TRF, and YSR: Trait and method variance in a normative sample of Russian youths. *Psychological Assessment*. 2010; 22 (4): 893–911. doi: 10.1037/a0020703
- Gunstad J., Phillips K.A. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr. Psychiatry*. 2003; 44: 270–276. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00088-9
- Mehler P.S., Krantz M.J., Sachs K.V. Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J. Eat. Disord.* 2015; 5 (3): 15. doi: 10.1186/s40337-015-0041-7
- Möllmann A., Dietel F.A., Hunger A., Buhlmann U. Prevalence of body dysmorphic disorder and associated features in German adolescents: A self-report survey. *Psychiatry Res.* 2017; 254: 263–267. doi: 10.1016/j.psychres.2017.04.063
- Sheehan D.V., Sheehan K.H., Shytle R.D., Janavs J., Bannon Y., Rogers J.E., Milo K.M., Stock S.L., Wilkinson B. Reliability and Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J. Clin. Psychiatry*. 2010; 71 (3): 313–326. doi: 10.4088/JCP.09m05305whi
- Yu M., Han K., Nam G.E. The association between mental health problems and menstrual cycle irregularity among adolescent Korean girls. *J. Affect. Disord.* 2017; 1; 210: 43–48. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.036

Received September 20 2017

Accepted October 30 2017

Vinokurov Evgeny V., PhD, Assistant Professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russian Federation; Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.

Sobennikov Vasily S., MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russian Federation.

Rychkova Lyubov V., MD, Professor of the Russian Academy of Sciences, Director of Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.

Pogodina Anna V., MD, Head of the Laboratory of Pediatrics and Cardiovascular Pathology of Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.

Khramova Elena E., PhD, Head of the Department of Teenage Gynecology Clinic of Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.

Dolgikh Ol'ga A., Research Assistant, Laboratory of Pediatrics and Cardiovascular Pathology of Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, Irkutsk, Russian Federation.



Vinokurov Evgenii V., evgeniy_vinokurov@yahoo.com

УДК 616.89:616-003.96:616-036.865-053.2

Для цитирования: Альбицкая Ж.В. Проблемы ранней инвалидности и социальной адаптации у детей с психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 57–61. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-57-61](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-57-61)

Проблемы ранней инвалидности и социальной адаптации у детей с психическими расстройствами

Альбицкая Ж.В.

Нижегородская государственная медицинская академия

Россия, 603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1

РЕЗЮМЕ

Данные официальной медицинской статистики последних десятилетий свидетельствуют о выраженной и стойкой тенденции роста психических расстройств в детском возрасте, высокие показатели детской заболеваемости превышают аналогичные показатели среди взрослого населения. Всё это обуславливает значительный рост инвалидизации детей, существенно ограничивает их жизнедеятельность и способствует утяжелению социальной адаптации и проблем интеграции детей в общество. **Цель исследования** – определение структуры инвалидности и возможностей социальной адаптации, анализ факторов, влияющих на раннее выявление психической патологии у детей с психическими расстройствами. **Основные методы:** клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический. **Результаты.** Обследовано 1 886 пациентов с верифицированными диагнозами психических расстройств (по критериям МКБ-10): умственной отсталостью, ранним детским аутизмом и органическими психическими расстройствами. По результатам исследования проанализированы проблемы адекватной диагностики, причины несвоевременного оформления инвалидности. Выявлены факторы, приводящие к социальной дезадаптации и инвалидизации у детей с психическими расстройствами. Определены факторы, улучшающие социальную адаптацию у детей с психическими расстройствами: ранняя диагностика, дифференцированная и своевременная медикаментозная и психолого-педагогическая коррекция и выбор адекватного образовательного маршрута. К факторам, способствующим росту инвалидизирующих психических расстройств, относятся: выраженность интеллектуального дефекта, сложная структура дефекта, отсроченная диагностика, позднее начало комплексной коррекции и неадекватно выбранный профиль обучения.

Ключевые слова: детская инвалидность, социальная адаптация, дезадаптация, ранний детский аутизм, умственная отсталость, органические психические расстройства, профиль обучения, раннее вмешательство.

ВВЕДЕНИЕ

Данные официальной медицинской статистики последних десятилетий свидетельствуют о стойкой и значительной тенденции роста психических расстройств в детском возрасте в мире, а высокие показатели детской заболеваемости превышают аналогичные показатели среди взрослого населения [2, 3, 7, 9, 15, 16, 18]. В России, как и во всем мире, в последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа детей-инвалидов, что приобретает масштабный общенациональный характер. За период с 1999 по 2015 г. число детей-инвалидов (0–17 лет) по причине психической патологии увеличилось с 87 329 до 130 788 (на 49,8%), а показатель инвалидности в расчете на 100 тыс. детского населения вырос с 255,8 до 461,2 (на 80,3%) [2, 3, 7, 9, 10]. В общей структуре детской инвалидности психические расстройства вышли на первое место, составив 25,8%, а в клинической структуре заболеваемости вырос процент детей-инвалидов вследствие расстройств аутистического спектра, органических психических расстройств, хронических неорганических психозов и умственной отсталости [4, 6, 8]. В клинической структуре повысился процент детей-инвалидов с ранним детским аутизмом (РДА), органическими психическими расстройствами (ОПР), хроническими неорганическими психозами, детской шизофренией (ДШ), умеренной и тяжелой умственной отсталостью (УО) и депрессивными расстройствами [2, 3, 10, 11, 12].

Значительный рост инвалидизации детей по причине психических расстройств в последнее десятилетие существенно ограничивает их жизнедеятельность и способствует развитию социальной дезадаптации, что приводит в будущем к трудностям в овладении навыками самообслуживания, общения, обучения и приобретения определенных профессиональных навыков, приводит к существенному ухудшению качества их жизни с тяжелыми социально-экономическими последствиями как для семьи, так и для государства [1, 5, 6, 8, 13, 14, 15, 17].

Цель – определение структуры инвалидности и возможностей социальной адаптации, анализ факторов, влияющих на раннее выявление психической патологии у детей с психическими расстройствами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено с 2010 по 2016 г. клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами. Изучено 1 886 медицинских карт детей в возрасте от рождения до 14 лет, состоящих на диспансерном учете у психиатра в связи с различными психическими расстройствами. За 426 детьми велось личное наблюдение. Общая выборка детей в исследовании была представлена пациентами с верифицированными диагнозами: умственная отсталость легкой степени ($n=327/17,3\%$), умственная отсталость умеренной и тяжелой степени ($n=445/23,6\%$), ранний детский аутизм ($n=518/27,5\%$), органические психические расстройства ($n=596/31,6\%$).

Статистическая обработка результатов производилась при помощи пакетов «Stats» и «Fifer». Полученные данные анализировались путем сравнительного анализа таблиц сопряженности и определения критерия Пирсона (χ^2). Различия между сравниваемыми группами считались высоко статистически значимыми при $p < 0,001$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из общей выборки детей ($n=1886/100\%$), включенных в исследование, инвалидность была оформлена 1 116 пациентам.

В результате было выявлено, что чаще всего ($p < 0,001$) инвалидность получали дети, наблюдающиеся по поводу умеренной и тяжелой степени умственной отсталости и раннего детского аутизма; с более редкой частотой – пациенты, страдающие легкой умственной отсталостью и органическими психическими расстройствами (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Выборка пациентов с верифицированными диагнозами психического расстройства, относящимися к категории «ребенок-инвалид»		
Диагноз	Количество детей	
	Абс.	%
Умственная отсталость легкой степени (F70)	72	6,5%
Умственная отсталость умеренной и тяжелой степени (F71–72)	445*	39,9%
Органическое психическое расстройство (F07)	199	17,8%
Ранний детский аутизм (F84)	314*	28,1%

П р и м е ч а н и е. * – $p < 0,001$.

Отказ от оформления инвалидности чаще всего встречался среди пациентов, страдающих органическими психическими расстройствами и ранним детским аутизмом. При этом отказано в оформлении инвалидности детям с органическими психическими расстройствами в большинстве случаев по решению органов медико-социальной экспертизы. В то же время при раннем детском аутизме от оформления инвалидности чаще отказывались сами родители. Выявлено, что только 18,3% ($n=204$) от общего количества детей, которым юридически и законодательно было положено оформление инвалидности, получили её в положенные сроки. С редкой частотой встречаемости ($p < 0,001$) инвалидность своевременно оформлялась больным с РДА – 121 ребенку из 518 (23,3 %). Отсроченная диагностика при этих расстройствах варьировала от 3 до 5 лет. Причинами несвоевременного оформления инвалидности при РДА также являлись позднее обращение к психиатру (38,7%), неправильная диагностика и длительное наблюдение детей с расстройством, не дающим право на инвалидность, чаще всего с диагнозом задержка психического развития (61,3%). Более чем в 30% ($n=171$) наблюдений, несмотря на правильно поставленный диагноз, врач не предлагал родителям оформить ребенку инвалидность в положенные сроки, а родители, в свою очередь, были не осведомлены о том, что имеют на это право.

Родители 433 детей (23%) из общей выборки исследования длительное время отказывались от предложенной инвалидности, часто выражая несогласие с поставленным диагнозом. В то время как в 27% случаев ($n=509$) родители сами поднимали вопрос об оформлении инвалидности, однако им было отказано участковым психиатром в направлении для обращения в органы медико-социальной экспертизы.

Общеизвестно, что инвалидность является основным из критериев степени социальной адаптации, начиная с раннего детства. Основываясь на полученных значениях данного показателя, были определены наименее социально адаптированные группы детей с психическими расстройствами (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Уровни социальной адаптации у детей с психическими расстройствами ($n=1886$)								
Уровень адаптации	Умственная отсталость				Органическое психическое расстройство ($n=596$)		Ранний детский аутизм ($n=518$)	
	легкой степени ($n=327$)		умеренной/тяжелой степени ($n=445$)					
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Высокий	0	0	0	0	0	0	0	0
Средний	323*	17,1	0	0	326*	17,3	9	0,5
Низкий	14	0,7	49	2,3	183*	9,7	187*	9,9
Деадаптация	0	0	396*	21	87	4,6	322*	17,1

П р и м е ч а н и е. * – $p < 0,001$.

Наиболее социально адаптированными (средний уровень) из общей исследовательской выборки ($n=1886$) были дети с умственной отсталостью легкой степени ($n=323/17,1\%$) и пациенты с органическими психическими расстройствами ($n=326/17,3\%$), что соответствовало значимым показателям с высокой статистической достоверностью ($p < 0,001$). Деадаптация в большинстве случаев была зарегистрирована в группах детей с аутизмом ($n=322/17,1\%$) и умственной отсталостью умеренной и тяжелой степени ($n=396/21\%$) в сравнении с другими детьми ($p < 0,001$).

В группе детей с умственной отсталостью легкой степени ведущее значение для адаптации пациентов имели выраженность умственного недоразвития, правильно выбранный образовательный маршрут (коррекционная школа), установка на обучение трудовым навыкам и комплексная коррекция.

Для детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью более значимыми были тяжесть сопутствующих нарушений (сложная структура дефекта), а также правильно выбранный профиль обучения. Наиболее адаптированными оказались пациенты, обучавшиеся в коррекционной школе и проживающие дома, менее адаптированными – воспитанники специализированных интернатов и детских домов.

В группах детей с РДА для оценки социальной адаптации большое значение имели своевременная диагностика и раннее начало медико-психолого-педагогической коррекции.

Проведенный анализ клинического состояния и социальной адаптации больных показал, что значимую роль играли особенности определявшей клиническую картину психопатологической симптоматики: у грубо дезадаптированных больных преобладали негативные и кататонические симптомы, у остальных – фобические и психопатоподобные.

Для группы пациентов с органическими психическими расстройствами (n=596) в большинстве случаев (p<0,001) было характерно среднее овладение бытовыми навыками; в этой же группе низко адаптированных пациентов было выявлено 14,6% детей (n=87). Обращает на себя внимание тот факт, что все инвалиды вследствие органических расстройств, которые получили среднее образование по коррекционной программе, были социально адаптированы. И напротив, дети, обучавшиеся при несоответствии профиля образования реальным возможностям (по программе массовой школы на индивидуальном или домашнем обучении) и недостаточной медико-психолого-педагогической коррекции, испытывали в дальнейшем серьезные проблемы в плане социализации и приобретения навыков. Все дети обнаруживали наибольшую несостоятельность в сфере общения, трудно овладевали навыками самообслуживания и простой бытовой жизни, а если и осваивали их, то фактически реализовывали только после стимуляции или многократного повторения. Умеренные и тяжёлые затруднения больные испытывали и в сфере межличностного взаимодействия и отношений в микросоциуме. Наибольшие трудности выявлены в когнитивной сфере и способностях к планированию и контролю повседневной деятельности.

Своевременное установление диагноза чрезвычайно важно не только для оформления инвалидности, но и выбора правильного профиля обучения. Вследствие недооценки тяжести умственного недоразвития при УО, РДА и ОПР, а также постановки более «легкого диагноза» дети не находились в системе коррекционного образования, что только ухудшало их социальную адаптацию. В группе больных РДА своевременное установление точного диагноза было важно для начала адекватной медикаментозной и психолого-педагогической коррекции. Общей проблемой образования для всех пациентов был перевод на надомную форму обучения, что приводило к их изоляции от сверстников и невозможности развития коммуникативных навыков.

Таким образом, несмотря на неблагоприятный прогноз детской инвалидности достижение приемлемого уровня социально-бытовой адаптации было возможно во всех четырех группах наблюдения при условии ранней и адекватной диагностики, своевременной медикаментозной и психолого-педагогической коррекции, а также правильно выбранного соответствующего образовательного маршрута и обучения бытовым навыкам в школе и дома, приспособляющим ребенка к самостоятельности и жизни интеграции его в общество.

ВЫВОДЫ

Инвалидность детства вследствие психических болезней в последние годы имеет тенденцию к увеличению среди всех групп психических расстройств детского возраста. Положительное влияние на последующую социальную адаптацию во всех группах пациентов оказывали своевременная и точная диагностика, ранняя медикаментозная и психолого-педагогическая коррекция, правильно выбранный профиль учебного процесса и обучения бытовым навыкам в школе и дома. Наибольшее негативное влияние на последующую социальную адаптацию у инвалидов детства оказывали выраженность интеллектуального дефекта, сопутствующие нарушения и соматические расстройства (сложная структура дефекта), а также отсроченная диагностика, поздно начатая коррекция и неправильно выбранный профиль обучения.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол заседания Комитета по этике Нижегородской государственной медицинской академии № 14 от 07.11.2016).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева А.М., Ильина М.Н., Щелкова О.Ю. Социально-психологическая адаптация и особенности интеллектуального развития детей с различными формами дизонтогенеза. *Вестник Южно-Уральского государственного университета*. Серия: Психология. 2012; 31: 64–71.
2. Аутизм в России. Акция Социальный заказ «Статистика 2010–2011». <http://www.autisminrussia.ru/html/action/action-stat-2010.htm#pressreliz>
3. Демчева Н.К., Король И.С. Клинико-динамические характеристики психических расстройств и качество жизни у инвалидов вследствие психических заболеваний. *Российский психиатрический журнал*. 2010; 2: 14–21.
4. Демчева Н.К. Проблемы инвалидности у детей с психическими расстройствами. Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: Сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 2016 г.) / Под ред. Е.В. Макушкина. М.: 2016: 128–130.
5. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Концепция психического здоровья и психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами. *Журн. клинической и социальной психиатрии*. 2012; 3: 4–12.
6. Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 3 (72): 36–40.
7. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2012 гг. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2013; 4: 10–19.
8. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психические расстройства в детском и подростковом возрасте у городских и сельских жителей Российской Федерации в 1991–2012 гг. (эпидемиологическое исследование). *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; 114 (2): 3–14.

9. Макушкин Е.В., Жеребцова В.А. Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика). Итоги научно-практической конференции. *Вестник новых медицинских технологий*. 2011; 4 (18): 291–293.
10. Михайкина О.В. Эпидемиология умственной отсталости (обзор литературы). *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2012; 3: 24–33.
11. Семке В.Я., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А. Психическое здоровье школьников: транскультуральный аспект. Томск, 2006: 162.
12. Чуркин А.А., Демчева Н.К., Ходырева Е.А. Показатели заболеваемости умственной отсталостью среди детей и подростков населения Российской Федерации в 1999–2012 гг. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2012; 9: 4–11.
13. Bugie C. Child development and early intervention centers. *Rev Neurol*. 2013; 34 (1): 143–148.
14. Bridgens R. Disability and Being «Normal»: A Response to McLaughlin and Godley. *Sociology*. 2009; 43: 753–761.
15. Einfeld S.L., Piccinin A.M., Mackinnon A., et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA*. 2011; 296 (16): 1981–1989.
16. Garralda M.E., Raynaud J.P. Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood. *International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACA-PAP)*. 2012: 317.
17. Kovac M. Some specificities of rehabilitation of children with special needs. *Med Pregl*. 2012; 58 (9–10): 483–485.
18. Thurgate C., Warner H. Living with disability: part 1. *J Paediatr Nurs*. 2013; 17 (10): 37–44.

Поступила в редакцию 24.09.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Альбицкая Жанна Вадимовна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии.

✉ Альбицкая Жанна Вадимовна, zhanna051267@gmail.com

УДК 616.89:616-003.96:616-036.865-053.2

For citation: Albitskaya Zh.V. The problem of early disability and social adaptation in children with various mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 57–61. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-57-61](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-57-61)

The problem of early disability and social adaptation in children with various mental disorders

Albitskaya Zh.V.

Nizhny Novgorod State Medical Academy

Minin and Pozharsky Square 10/1, 603005, Nizhniy Novgorod, Russian Federation

ABSTRACT

Data from official medical statistics of the last decades indicate a pronounced and consistent trend of increase in mental disorders among children and high rates of child morbidity higher than among the adult population. All this leads to a significant increase of child disability that significantly limits their activity and contributes to the enhancement of social adaptation and problems of integration of children into society. **The aim of the study** was to determine the structure of disability, opportunities for social adaptation and analysis of the factors influencing early detection of mental health problems in children with various mental disorders. **Methods:** clinical-psychopathological, clinical-catamnestic, statistical. 1886 patients with verified diagnoses of mental disorders (according to ICD-10 criteria): mental retardation, infantile autism and organic mental disorders were examined. The study analyzed the problems of adequate diagnosis, untimely registration of disability and the factors leading to social exclusion and disability in the groups of children with various mental disorders. Factors that enhance social adaptation in children with mental disorders were as follows: early detection, differentiated and timely medical and psycho-pedagogical correction and selection of appropriate educational route. The factors contributing to the growth and debilitating the mental disorders include: severity of the intellectual defect, structure of defect, delayed diagnosis, late start of complex correction and inadequately selected educational profile.

Keywords: child disability, social adaptation, disadaptation, early infantile autism, mental retardation, organic mental disorders, educational profile, early intervention.

REFERENCES

1. Alekseeva A.M., Ilina M.N., Schelkova O.Yu. Sotsialno-psihologicheskaya adaptatsiya i osobennosti intellektualnogo razvitiya detey s razlichnyimi formami dizontogeneza [Socio-psychological adaptation and intellectual development peculiarities of children with various forms of dysontogenesis]. *Vestnik Yuzhno-Uralskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psihologiya – Bulletin of South-Urals State University. Series: Psychology*. 2012; 31: 64–71 (in Russian).
2. Autizm v Rossii. Aksiya Sotsialnyiy zakaz «Statistika 2010–2011». <http://www.autisminrussia.ru/html/action/action-stat-2010.htm#pressreliz> (in Russian).
3. Demcheva N.K., Korol I.S. Kliniko-dinamicheskie karakteristiki psihicheskikh rasstroystv i kachestvo zhizni u invalidov vsledstvie psihicheskikh zabolovaniy [Clinical-dynamic characteristics of mental disorders and quality of life in disabled people due to mental diseases]. *Rossiyskiy psihiatricheskiy zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2010; 2: 14–21 (in Russian).
4. Demcheva N.K. Problemy invalidnosti u detey s psihicheskimi rasstroystvami. Psihicheskoe zdorove detey stranyi – budushee zdorove natsii [Problems of disability in children with mental disorders. Mental health of children of the country – future health of the nation]: Sbornik materialov Vserossiyskoy konferentsii po detskoj psihiatrui i narkologii (Yaroslavl, 2016 g.). E.V. Makushkin, ed. M.: 2016: 128–130 (in Russian).
5. Koren E.V., Kupriyanova T.A. Kontseptsiya psihicheskogo zdorovya i psihosotsialnoy reabilitatsii detey i podrostkov s psihicheskimi rasstroystvami [Concept of mental health an psychosocial rehabilitation of children and adolescents with mental disorders]. *Zhurnal klinicheskoy i sotsialnoy psihiatrui – Journal of Clinical and Social Psychiatry*. 2012; 3: 4–12 (in Russian).

6. Kupriyanova I.E., Dashieva B.A., Karaush I.S. Kliniko-psihologicheskie, biologicheskie i sotsialnyie faktoryi riska razvitiya psihopatologicheskikh narusheniy u detey s ogranichenymi vozmozhnostyami zdorovya [Clinical-psychological, biological and social risk factors of development of psychopathological disturbances in children with disabilities]. *Sibirskiy vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2012; 3 (72): 36–40 (in Russian).
7. Makushkin E.V., Demcheva N.K., Tvorogova N.A. Psihicheskoe zdorove detey i podrostkov v Rossiyskoy Federatsii v 2000–2012 gg [Mental health of children and teenagers in the Russian Federation in 2000–2012]. *Obozrenie psihiatrii i meditsinskoy psihologii im. V.M. Behtereva – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2013; 4: 10–19 (in Russian) (in Russian).
8. Makushkin E.V., Demcheva N.K., Tvorogova N.A. Psihicheskie rasstroystva v detskom i podrostkovom vozraste u gorodskikh i selskikh zhitel'ey Rossiyskoy Federatsii v 1991–2012 gg. (epidemiologicheskoe issledovanie) [Mental disorders in children and adolescents from urban and rural areas of the Russian Federation in 1991–2012 (an epidemiological study)]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014; 114 (2): 3–14 (in Russian).
9. Makushkin E.V., Zherebtsova V.A. Prioritetnyie napravleniya ohranyi zdorovya rebenka v nevrologii i psihiatrii (diagnostika, terapiya, rehabilitatsiya i profilaktika). Itogi nauchno-prakticheskoy konferentsii [Change of microcirculations vessels in various departments of heart at action sublimated physical activities]. *Vestnik novykh meditsinskikh tehnologiy – Bulletin of New Medical Technologies*. 2011; 4 (18): 291–293 (in Russian).
10. Miheykina O.V. Epidemiologiya umstvennoy otstalosti (obzor literatury) [Epidemiology of Mental Retardation (a literature review)]. *Obozrenie psihiatrii i meditsinskoy psihologii im. V.M. Behtereva – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2012; 3: 24–33 (in Russian).
11. Semke V.Ya., Kupriyanova I.E., Dashieva B.A. Psihicheskoe zdorove shkolnikov: transkulturalnyiy aspekt [Mental health of schoolchildren: transcultural aspect]. Tomsk, 2006: 162 (in Russian).
12. Churkin A.A., Demcheva N.K., Hodyireva E.A. Pokazateli zaboлеваemosti umstvennoy otstalostyu sredi detey i podrostkov naseleniya Rossiyskoy Federatsii v 1999–2012 gg [Indices of sickness rate with mental retardation among children and adolescents of the population of the Russian Federation in 1999–2012]. *Vestnik nevrologii, psihiatrii i neyrokhirurgii – Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2012; 9: 4–11 (in Russian).
13. Bugie C. Child development and early intervention centers. *Rev Neurol*. 2013; 34 (1): 143–148.
14. Bridgens R. Disability and Being «Normal»: A Response to McLaughlin and Godley. *Sociology*. 2009; 43: 753–761.
15. Einfeld S.L., Piccinin A.M., Mackinnon A., et al. Psychopathology in young people with intellectual disability. *JAMA*. 2011; 296 (16): 1981–1989.
16. Garralda M.E., Raynaud J.P. Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood. International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACA-PAP). 2012: 317.
17. Kovac M. Some specificities of rehabilitation of children with special needs. *Med Pregl*. 2012; 58 (9–10): 483–485.
18. Thurgate C., Warner H. Living with disability: part 1. *J Paediatr Nurs*. 2013; 17 (10): 37–44.

Received September 24.2017
Accepted October 30.2017

Albitskaya Zhanna V., MD, senior lecturer of Psychiatry and Medical Psychology Department, Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Russian Federation.

✉ Albitskaya Zhanna V., zhanna051267@gmail.com

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.89-053.6:616-036.12-055.5/7

Для цитирования: Катерная Ю.Е. Особенности психического здоровья подростков с отягощенностью соматической патологией у родственников. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 62–67. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-62-67](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-62-67)

Особенности психического здоровья подростков с отягощенностью соматической патологией у родственников

Катерная Ю.Е.

*Нижегородская государственная медицинская академия
Россия, 603005, Нижний Новгород, ул. Ульянова, 41*

РЕЗЮМЕ

Введение. Наличие тяжелой хронической соматической патологии может приводить к развитию психических (в первую очередь тревожных) расстройств не только у самого пациента, но и членов его семьи. Настоящее исследование было проведено с целью изучения особенностей психического здоровья подростков, родители и/или другие члены семьи которых имели соматическую патологию. **Методы.** Исследование проведено в форме одномоментного когортного анонимного анкетирования. Участниками исследования являлись 1 137 подростков, никогда ранее не обращавшихся за психиатрической и/или наркологической помощью. **Результаты.** 48,2% респондентов указали на наличие соматической патологии у родителей и других членов семьи. Сам факт наличия соматической патологии у членов семьи не являлся непосредственной причиной развития психической патологии у подростков. Достоверно более высокий уровень непсихотических психических расстройств был выявлен у респондентов, чьи родственники имели тяжелую соматическую патологию (требовавшую постоянного приема лекарственных препаратов или непосредственно угрожавшую жизни) и/или находившихся в неблагоприятных социальных условиях. К неблагоприятным социальным условиям относились недостаточный материальный уровень, алкогольная и/или наркотическая зависимость у членов семьи. **Заключение.** Высокий уровень депрессивных и тревожных расстройств среди подростков выявлялся при наличии хронических соматических заболеваний у членов семьи в двух случаях: 1) соматическая патология непосредственно угрожала жизни или требовала постоянного приема лекарственных препаратов, 2) имела место неблагоприятная социальная обстановка. Полученные результаты позволяют сделать вывод об актуальности проведения профилактических мероприятий с целью снижения уровня депрессивных и тревожных нарушений среди школьников, родственники которых имели тяжелую хроническую соматическую патологию.

Ключевые слова: подростки, психические расстройства, соматическая патология, депрессия, тревожные расстройства.

ВВЕДЕНИЕ

Анализ результатов современных отечественных и зарубежных исследований показывает высокую коморбидность соматической и психической патологии во всех возрастных группах. По мнению ряда авторов, до половины всех жалоб, предъявляемых врачу общего профиля (терапевту и педиатру), относятся к психосоматическому спектру, затрудняют диагностику и лечение основного расстройства [1, 2, 3, 4].

С более высокой частотой развитие психических нарушений происходит при наличии тяжелой соматической патологии, а именно хронических, длительно протекающих заболеваний, требующих от больного постоянного приема лекарственных препаратов, регулярных госпитализаций в соматические стационары и пр. Рост психических расстройств наблюдается также в тех случаях, когда соматическая патология существует в форме непосредственно угрожающих жизни состояний. В большинстве случаев наличие подобного рода заболеваний приводит к развитию непсихотических психических нарушений, чаще всего тревожных и депрессивных [5, 6, 7, 8, 9, 10].

Часть авторов высказывает мнение, что наличие тяжелой хронической соматической патологии приводит к развитию психических расстройств не только у самого пациента, но и членов его семьи. Около пятой части обследованных членов семей пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями имели проявления невротических расстройств, в первую очередь тревожных [11, 12, 13].

В литературе авторами указывается на ряд причин, приводящих к развитию психических расстройств среди членов семей пациентов с соматическими заболеваниями [14, 15, 16]. В первую очередь считается, что сам факт наличия тяжелой соматической патологии приводит к развитию стрессовой ситуации в семье и, как следствие, появлению реактивных тревожных и депрессивных расстройств среди родственников пациента. Значимую роль играют также дисгармоничные семейные отношения вследствие наличия самого соматического заболевания, необходимости постоянного приема лекарственных препаратов или регулярных госпитализаций. Определенное значение имеют материальные и социальные ограничения вследствие тяжелой соматической патологии у членов семьи [12, 14, 15, 17].

Таким образом, приведенные выше сведения позволяют считать, что наличие хронических заболеваний способствует развитию непсихотических психических нарушений у членов семьи больного. Однако анализ литературы показал, что развитию тревожных нарушений в подростковом возрасте вследствие соматических заболеваний у родителей и других родственников уделяется мало внимания, что делает изучение данной проблемы актуальным.

Цель исследования – изучение влияния тяжелой соматической патологии у родителей и других членов семьи на психическое здоровье подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в форме одноmomentного когортного анкетирования с применением Базисной карты для проведения клинико-эпидемиологических этнокультуральных исследований, которая содержала демографические и социальные данные о респонденте и перечень психопатологических синдромов, объединенных в синдромы в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра и DSM-IV. Для оценки суицидального риска была использована Шкала причин для жизни (RFL-40). Анкеты заполнялись респондентами самостоятельно в присутствии исследователя (врача-психиатра).

Участники обследования в большинстве случаев находились в возрасте младше 18 лет и являлись несовершеннолетними, вследствие чего их родителями заполнялось добровольное письменное информированное согласие. Респонденты в возрасте 18 лет и старше самостоятельно принимали решение об участии в исследовании.

Общую выборку составили 1 064 подростка в возрасте от 10 до 18 лет, обучавшихся в 7–11-х классах школ различного профиля (общеобразовательных, с углубленным изучением предметов гуманитарного или физико-математического профиля). Лица женского пола составили 52,3%, мужского пола – 47,7%. В большинстве случаев респонденты были в возрасте 15 лет и старше (63,1%).

Контрольная группа была представлена учащимися специализированных учебных центров (n=73). Данные учебные заведения осуществляли обучение как по программам коррекционных классов, так и по общеобразовательным. Респонденты контрольной группы всегда были в возрасте старше 15 лет, среди них незначительно преобладали девушки (56,4%). Учащиеся специализированных учебных центров изначально имели более высокий уровень социальных проблем, таких как низкий материальный уровень семьи, нарушения поведения (вплоть до совершения противоправных действий), употребление алкоголя и/или наркотических препаратов. Обычно данное учебное заведение было вторым или третьим, в котором обучался подросток. Причинами перевода обычно были следующие: слабая заинтересованность в обучении и, как следствие, низкая успеваемость, нарушения поведения, тяжелая соматическая патология, беременность в подростковом возрасте.

В исследовании были задействованы исключительно подростки, никогда ранее не обращавшиеся за психиатрической и/или наркологической помощью и обучавшиеся по общеобразовательным программам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Подросткам, принявшим участие в исследовании, было предложено сообщить о наличии тяжелой соматической патологии у родителей и/или других членов семьи, о форме заболевания, необходимости приема лекарственных препаратов, частоте и/или регулярности госпитализаций. Респонденты имели возможность выбрать из списка предложенных заболеваний соответствующее или написать его самостоятельно в поле для замечаний. Учащимся было предложено указать только ту патологию, о которой они достоверно знали на момент проведения исследования, не обращаясь за дополнительной информацией к родителям или другим членам семьи.

Среди участников обследования, заполнивших пункт о соматической патологии у родителей и/или других членов семьи (52,5% в общей выборке и 42,5% в контрольной группе), только 12,5% отметили формулировку диагноза относительно близко к соответствующей критериям МКБ-10, 64,5% – в форме, позволяющей идентифицировать заболевание (например, «гипертония» вместо «гипертоническая болезнь»). Оставшиеся 23% выбрали только систему, к которой относилась патология (например, нервная система), или название, которое не позволило его определить с достаточной достоверностью («колики»). Таким образом, в 77% случаев можно было достоверно определить заболевание, которым страдали родители или другие родственники школьника.

Среди подростков, отметивших достаточно определенную формулировку диагноза, преобладали лица в возрасте 16–18 лет (65,5%), чаще всего это были подростки женского пола (62,5%). Школьники младше 14 лет в подавляющем большинстве случаев, указывая на соматическую патологию, сообщали только о системе, к которой относилась указанная патология, или приводили её бытовое название. Половое распределение среди них было примерно равным (52,2% лиц женского пола).

Следует отметить, что при наличии одинаковой соматической патологии у ребенка и его родителя достаточно точную формулировку знали большинство подростков (92,5%) вне зависимости от пола и возраста.

Таким образом, 38,2% подростков в общей выборке и 35,2% в контрольной группе (учащиеся специализированных учебных центров) сообщили о достоверном наличии соматического заболевания у родителей или других членов семьи.

Дополнительно респондентам было предложено указать родственника, у которого выявлялось соматическое заболевание, а также необходимость в приеме лекарственных препаратов и/или госпитализаций.

Подавляющая часть школьников отметила, у кого из членов семьи имело место соматическое заболевание (95,6%). Из них 45,5% указали о наличии соматической патологии у матери, 40,4% – у отца, 34,5% – у бабушки, 32,6% – у дедушек. В 24,3% случаев соматическую патологию имели другие родственники. Наличие соматических заболеваний у двух и более членов семьи отметили 22,3%. О необходимости приема лекарственных средств родственниками, имевшими соматическую патологию, сообщили 34,5% подростков, 12,3% – о постоянном систематическом употреблении лекарств, 2,8% – о необходимости регулярных госпитализаций.

Проведенный анализ показал, что как у подростков, обучающихся в различных учебных заведениях, так и в контрольной группе распространенность соматических заболеваний среди членов семьи была примерно одинаковой. Наиболее часто респонденты указывали на наличие у родственников нарушений зрения, гипертонической болезни, аллергических состояний, патологии желудочно-кишечного тракта и частых простудных заболеваний (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Распространенность соматической патологии у членов семей среди подростков, обучающихся в различных учебных заведениях				
Соматическое заболевание	1	2	3	4
Гипертоническая болезнь	5,2%	0%	3,1%	7,7%
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	3,5%	2,8%	6,1%	3,8%
Хронический гастрит и гастроудоденит	3,2%	2,8%	2,6%	2,6%
Бронхиальная астма	2,1%	4,2%	3,6%	2,8%
Сахарный диабет	5,7%	5,6%	2,6%	3,8%
Частые простудные заболевания (чаще 4 раз за год)	6,3%	0,9%	2,8%	8,6%
Вегетососудистая дистония	2,1%	2,8%	5,1%	5,1%
Аллергические состояния	5,7%	11,1%	4,6%	5,1%
Неврологические заболевания	2,9%	1,4%	7,7%	5,1%
Другие соматические заболевания	1,8%	1,4%	5,1%	3,8%

П р и м е ч а н и е. Место обучения: 1 – общеобразовательные школы, 2 – учебные заведения с углубленным изучением предметов гуманитарного цикла, 3 – учебные заведения с углубленным изучением предметов физико-математического цикла, 4 – контрольная группа (специализированный учебный центр).

В дальнейшем изучали взаимосвязь соматической патологии у членов семьи и психических расстройств у подростков. Значимые нарушения психического здоровья у школьников данной группы, за редким исключением, выявлялись только в том случае, если родственники, имевшие тяжелые соматические заболевания, проживали совместно с ними (на одной жилплощади).

Обнаружено, что наличие тяжелой соматической патологии у родителей и/или других членов семьи негативно сказывалось на психологическом состоянии подростков: симптом тревоги («чрезмерная тревога и беспокойство (ожидание плохого) в связи с различными событиями или видами деятельности») имели 75,5% подростков данной группы в общей выборке и 72,2% в контрольной группе, «трудности при попытке справиться с тревогой» – 52,2% и 56,5% соответственно.

Среди подростков, указавших наличие соматических заболеваний среди членов семьи, наблюдался достоверно более высокий уровень непсихотических психических расстройств (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Частота развития психических расстройств у подростков, имевших членов семьи с соматической патологией				
Психическое расстройство	1	2	3	4
Депрессивный синдром	20,2% C=0,425 p=0,0011	18,4% C=0,406 p=0,0001	17,2% C=0,282 p=0,0258	14,07%
Генерализованное тревожное расстройство	18,8% C=0,402 p=0,0202	17,5% C=0,442 p=0,0022	14,8% C=0,252 p=0,0124	10,6%
Паническое расстройство	17,2% C=0,422 p=0,0001	17,4% C=0,454 p=0,0002	16,2% C=0,226 p=0,0452	9,4%
Социальная фобия	7,8% C=0,284 p=0,0012	7,2% C=0,304 p=0,0015	6,2% C=0,302 p=0,0018	3,3%

П р и м е ч а н и е. 1 – Подростки, родственники которых имели соматическую патологию и постоянно принимали лекарственные препараты, 2 – подростки, родственники которых имели соматическую патологию, проявления которой непосредственно угрожали жизни, 3 – подростки, родственники которых имели соматическую патологию, 4 – общая выборка.

В большинстве случаев наблюдался рост тревожных нарушений (генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства, фобий). Но результаты проведенного статистического анализа показали, что наличие соматической патологии имеет слабую связь с развитием психических нарушений. Значительный рост показателей психических расстройств (в 2 и более раза в некоторых случаях) связан с другими факторами, такими как дисгармоничные семейные отношения, физическое насилие в семье и соматическая патология у самого подростка. Последний факт был объяснен тем, что около 60% подростков, указавших на соматическую патологию у родителей или других членов семьи, имели те же заболевания, что и их родители.

Исключением являлись тяжелые соматические заболевания у членов семьи, требовавшие постоянного приема лекарственных препаратов и/или регулярных госпитализаций. В этом случае выявлялась достоверная связь ($p < 0,05$) между тяжелой соматической патологией у родителей и психическими нарушениями у подростков, а именно генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством и депрессивным состоянием (вне зависимости от конкретного заболевания).

Высокий уровень психических расстройств в сравнении со сверстниками отмечался у подростков, родственники которых имели соматические заболевания с непосредственно угрожающими жизни проявлениями (анафилактический шок, отек Квинке и т.п.). Статистический анализ показал, что имеет место достоверная значимая связь между данными проявлениями соматической патологии и психическими нарушениями, а именно с генерализованным тревожным расстройством и паническим расстройством, в меньшей степени – с депрессией.

Однако данная закономерность наблюдалась только в том случае, если подросток проживал совместно с лицом, имевшим соматическое заболевание, и это заболевание относилось к первой линии родства (родители, братья и сестры).

Следует отметить, что наличие тяжелой соматической патологии, одинаковой у подростка и родственников первой линии родства и требовавшей постоянного приема лекарственных препаратов и частых госпитализаций, не приводило к повышению уровня тревоги и достоверному увеличению показателей психических расстройств в случае гипертонической болезни и заболеваний желудочно-кишечного тракта, а наоборот, приводило к снижению субъективного уровня тревоги. В то же время присутствие угрожающих жизни состояний одновременно у подростка и членов его семьи способствовало достоверному увеличению генерализованного тревожного расстройства и панического расстройства ($p \leq 0,05$).

Было выявлено, что при прочих равных условиях значимую роль для развития психической патологии у школьников, родственники которых имели соматические заболевания, играли социальные факторы, а именно состав семьи респондента, финансовый уровень и наличие алкогольной и/или наркотической зависимости среди членов семьи.

Школьники из неполных семей, воспитывавшиеся только матерью или бабушкой и не имевшие материальной поддержки от второго родителя, при наличии хронической соматической патологии достоверно чаще имели генерализованное тревожное расстройство, панические атаки и социофобию (табл. 3). При необходимости постоянного приема лекарственных препаратов или регулярных госпитализаций указанные выше психические нарушения диагностировались значительно чаще в сравнении с общей выборкой ($p \leq 0,05$).

Т а б л и ц а 3

Частота психических расстройств у подростков, находившихся в неблагоприятных социальных условиях, члены семьи которых имели соматическую патологию				
Психическое расстройство	1	2	3	4
Депрессивный синдром	15,2% C=0,302 p=0,0025	15,4% C=0,320 p=0,0021	16,2% C=0,285 p=0,0021	14,07%
Генерализованное тревожное расстройство	17,2% C=0,420 p=0,0012	18,8% C=0,462 p=0,0011	19,2% C=0,356 p=0,0011	10,6%
Паническое расстройство	14,2% C=0,426 p=0,0025	16,2% C=0,402 p=0,0001	18,2% C=0,482 p=0,0001	9,4%
Социальная фобия	7,8% C=0,368 p=0,0014	4,4% C=0,352 p=0,0042	4,8% C=0,320 p=0,0022	3,3%

П р и м е ч а н и е. 1 – Подростки из неполных семей, 2 – подростки из семей с низким материальным уровнем, 3 – употребление алкоголя и/или наркотиков родителями, 4 – общая выборка.

Полученные результаты дают возможность сделать предположение, что наличие тяжелого соматического заболевания у лица, в одиночку занимаю-

щегося воспитанием и содержанием подростка, вызывало более высокий уровень тревоги у школьников. Данная ситуация может быть объяснена тем, что возможность потери единственного родителя приводит к обстановке постоянного дистресса и способствует развитию невротической симптоматики у подростка.

Еще одну группу риска составляли респонденты, проживавшие в семьях с выраженными социальными проблемами, такими как недостаточный материальный уровень и алкогольная и/или наркотическая зависимость. В этом случае при наличии тяжелой соматической патологии у родственников выявлялся высокий уровень тревожных расстройств у школьников: частота развития панических атак и генерализованного тревожного расстройства на 6–8% была выше, чем в общей выборке ($p \leq 0,05$).

При сочетании двух указанных выше факторов генерализованное тревожное расстройство и панические атаки развивались чаще на 12–16% в сравнении с общей выборкой.

Приведенные выше результаты показали, что сам факт наличия соматической патологии, по сути, не является существенным фактором риска для развития психической патологии в подростковом возрасте. В том случае, когда заболевание не несло непосредственной угрозы для жизни или не требовало постоянного приема лекарственных препаратов и/или частых госпитализаций, оно не способствовало развитию дистресса и психологического дискомфорта, не приводило к развитию психических нарушений среди школьников.

В группе лиц, чьи родственники страдали от соматической патологии, значение имели следующие социальные факторы: неблагоприятная обстановка в семье, низкий материальный уровень и неполная семья (в случае отсутствия материальной помощи от второго родителя). Таким образом, развитие психических расстройств при наличии соматической патологии возникало только при сочетании с изначально неблагоприятными социальными факторами.

ВЫВОДЫ

Проведенное исследование показало, что 48,2% подростков в общей выборке и 35,2% в контрольной группе сообщили о наличии соматических заболеваний у родителей или других членов семьи.

При статистическом анализе полученных результатов было обнаружено, что сам факт присутствия соматической патологии у членов семьи не являлся причиной, непосредственно вызывающей развитие психических нарушений у школьников.

Достоверно более высокий уровень психических расстройств среди подростков диагностировался в том случае, если их родственники имели тяжелые соматические заболевания (требовавшие постоянного приема лекарственных препаратов или представлявшие непосредственную угрозу для жизни). При этом наблюдалось повышение частоты развития депрессивных и тревожных расстройств в сравнении с общей выборкой.

Вторым фактором, оказывающим влияние на психическое состояние школьников, члены семьи которых имели соматическую патологию, являлась неблагоприятная социальная обстановка. При низком материальном уровне и алкогольной и/или наркотической зависимости у родителей или ближайших родственников происходило достоверное увеличение встречаемости тревожных расстройств среди подростков. Приведенные выше факторы позволяют сделать вывод о необходимости проведения профилактических мероприятий с целью снижения уровня депрессивных и тревожных нарушений среди школьников, родственники которых имели тяжелую хроническую соматическую патологию.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания Локального этического комитета Нижегородской ГМА № 10 от 27 октября 2014 г., тема диссертационного исследования утверждена на Ученом совете Нижегородской ГМА, протокол № 169 от 1 декабря 2014 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Собенников В.С., Белялов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства. Иркутск: РИО ИГИУВ, 2010: 230.
2. Friman P., Handwerck M., Swearer S. et al. Do Children with primary nocturnal enuresis have clinically significant problems? *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1998; 152: 573–579.
3. Kisely S., Goldberg D. Physical and psychiatric comorbidity in general practice. *British Journal Psychiatry.* 1996; 44 (2): 236–242.
4. Spady D.W., Schopflocher D., Svenson L. et al. Medical and Psychiatric Comorbidity and Health Care Use Among Children 6 to 17 Years Old. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2005; 159: 231–237.
5. Николаев Е.Л. Здоровье и благополучие родственника больного: только ли генетические риски? *Вестник психиатрии и психологии Чувашии.* 2016; 2: 6–12.
6. Мальцева М.Н., Шмонин А.А., Мельникова Е.В. Феномен «семейной инвалидности», или депрессия у родственников, ухаживающих за пациентом с инвалидностью. *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.* 2016; 23 (3): 40–43.
7. Созинова Е.В., Глоzman Ж.М. Качество жизни родственников пациентов, находящихся на ранних стадиях болезни Паркинсона. *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология.* 2009; 3: 88–95.
8. Гантман М.В. Когнитивные и некогнитивные психические расстройства у лиц пожилого возраста, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2014; 114 (6): 49–54.
9. Полищук Ю.И., Гурвич В.Б., Летникова З.В., Баскакова С.А. Клинические особенности, причины и содержание тревожных расстройств невротического уровня в позднем возрасте. *Психическое здоровье.* 2009; 10: 21–25.
10. Горячева Е. Е. Структура депрессивных расстройств у пациентов с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта. *Медицинский альманах.* 2015; 1 (36): 30–33.
11. Александрова С.С., Грынчарова Г.Г. Проблемы и тревоги у родственников пациентов, обслуживаемых в болгарских хосписах. *Медицинский вестник Юга России.* 2010; 1: 17–20.
12. Захаров О.П., Куташов В.А. Нарушение адаптации у родственников пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* 2015; 10: 65–69.
13. Сучкова С.П., Румянцева С.А. Психосоматические проявления тревоги и депрессии и их возможные последствия у родственников больных в условиях многопрофильного стационара. *Нервные болезни.* 2009; 2: 30–32.
14. Белинская Е.П., Сангова С. Болезнь как трудная жизненная ситуация: особенности стратегий совладания родственников тяжелобольных. *Психологические исследования.* 2015; 8 (42): 8 URL: <http://psystudy.ru> (Дата обращения: 25.05.2017).
15. Гарганеева Н. П., Белокрылова М. Ф. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Сибирский медицинский журнал.* 2009; 4–2: 11–17.
16. Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Клинико-психологические, биологические и социальные факторы риска развития психопатологических нарушений у детей с ограниченными возможностями здоровья. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2012; 3 (72): 36–40.
17. Адриянова Е.А., Аранович И.Ю., Кураева Д.А. Взаимосвязь отношения к болезни и детско-родительских отношений у подростков с бронхиальной астмой. Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2013; 21: 50–52.

Поступила в редакцию 5.07.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Катерная Юлия Евгеньевна, аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии.

✉ Катерная Юлия Евгеньевна, katernaya.yulia@gmail.com

УДК 616.89-053.6:616-036.12-055.5/7

For citation: Katernaya J.E. Mental health of the adolescents whose relatives had the somatic pathology. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2017; 4 (97): 60–65. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-60-65](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-60-65)

Mental health of the adolescents whose relatives had the somatic pathology

Katernaya J.E.

*Nizhny Novgorod State Medical Academy
Ulyanov Street 41, 603005, Nizhniy Novgorod, Russian Federation*

ABSTRACT

Introduction. The presence of severe chronic somatic pathology can lead to the development of mental (primarily anxious) disorders not only in the patient himself, but also in his family. **Methods.** The study was conducted in the form of a one-stage cohort anonymous questionnaire. The present research was conducted to study the characteristics of mental health of adolescents, parents and/or other members of the family which had somatic pathology. Participants in the study were adolescents (n=1137), who had

never previously applied psychiatric and/or drug treatment. **Results.** 48.2% of respondents indicated the presence of somatic pathology in parents and other family members. The conducted study showed that the fact of somatic pathology in family members was not the immediate cause of the development of mental pathology in schoolchildren. The significantly higher level of non-psychotic mental disorders was revealed that of the respondents whose relatives had severe somatic pathology (requiring permanent medication or immediately life-threatening) and/or were in adverse social conditions. Adverse social conditions included insufficient material level, alcohol and / or drug dependence among family members. **Conclusion.** The high level of depressive and anxiety disorders among adolescents was detected in the presence of chronic somatic diseases in family members in two cases: 1) somatic pathology directly threatened life or required constant intake of medications, 2) there was an adverse social situation. The results obtained showed the relevance of preventive measures to reduce the level of depressive and anxiety disorders among schoolchildren whose relatives had severe, chronic somatic pathology.

Keywords: adolescents, mental disorders, somatic pathology, depression, anxiety disorder.

REFERENCES

1. Sobennikov V.S., Belyalov F.I. Somatizatsiya i psihosomaticheskie rasstroystva [Somatization and psychosomatic disorders]. Irkutsk: RIO IGIUV, 2010: 230 In Russian.
2. Friman P., Handwerc M., Swearer S. et al. Do Children with primary nocturnal enuresis have clinically significant problems? *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1998; 152: 573–579.
3. Kisely S., Goldberg D. Physical and psychiatric comorbidity in general practice. *British Journal of Psychiatry.* 1996; 44 (2): 236–242.
4. Spady D.W., Schopflocher D., Svenson L. et al. Medical and Psychiatric Comorbidity and Health Care Use Among Children 6 to 17 Years Old. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2005; 159: 231–237.
5. Nikolaev E.L. Zdorove i blagopoluchie rodstvennika bolnogo: tolko li geneticheskie riski? [Health and well-being of a patient's relative: are there only genetic risks?]. *Vestnik psikiatrii i psihologii Chuvashii – Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia.* 2016; 2: 6–12 (in Russian).
6. Maltseva M.N., Shmonin A.A., Melnikova E.V. Fenomen «semeynoy invalidnosti», ili depressiya u rodstvennikov, uhazhivayuschih za patsientom s invalidnostyu [Phenomenon of “family disability” or depression in relatives caring about the patient with disability]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. akad. I.P. Pavlova – Scientific Notes of Saint-Petersburg State Medical University.* 2016; 23 (3): 40–43 (in Russian).
7. Sozinova E.V., Glozman Zh.M. Kachestvo zhizni rodstvennikov patsientov, nahodyaschihsya na rannih stadiyah bolezni Parkinsona [Quality of life of relatives of patients at early stages of Parkinson's disease]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psihologiya – Bulletin of Moscow University. Series 14: Psychology.* 2009; 3: 88–95 (in Russian).
8. Gantman M.V. Kognitivnyie i nekognitivnyie psichicheskie rasstroystva u lits pozhilogo vozrasta, uhazhivayuschih za patsientami s boleznju Altsgeymera [Mental disorders of cognitive and non-cognitive spectrum in the elderly caregivers of the patients with Alzheimer's disease]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2014; 114 (6): 49–54 (in Russian).
9. Polischuk Yu.I., Gurvich V.B., Letnikova Z.V., Baskakova S.A. Klinicheskie osobennosti, prichiny i sodержanie trevoznykh rasstroystv nevroticheskogo urovnya v pozdnem vozraste [Clinical features, reasons and contents of neurotic anxiety disorders in old age persons]. *Psihicheskoe zdorove – Mental Health.* 2009; 10: 21–25 (in Russian).
10. Goryacheva E. E. Struktura depressivnykh rasstroystv u patsientov s funktsionalnoy patologiyey zheludochno-kishechnogo trakta [Structure of depressive disorders in the case of patients with functional gastrointestinal pathology]. *Meditsinskiy almanah – Medical Literary Miscellany.* 2015; 1 (36): 30–33 (in Russian).
11. Leksandrova S.S., Gryncharova G.G. Problemy i trevogi u rodstvennikov patsientov, obsluzhivaemykh v bolgarskih hospisah [Problems and alarms of the patients relatives served in the Bulgarian hospices]. *Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii - Medical Bulletin of the South of Russia.* 2010; 1: 17–20 (in Russian).
12. Zakharov O.P., Kutashov V.A. Narushenie adaptatsii u rodstvennikov patsientov, perenesshih ostroe narushenie mozgovogo krovoobrascheniya [Trouble adapting relatives whose patients suffered acute ischemic stroke]. *Vestnik nevrologii, psikiatrii i neyrokhirurgii – Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery.* 2015; 10: 65–69 (in Russian).
13. Suchkova S.P., Rummyantseva S.A. Psihosomaticheskie proyavleniya trevogi i depressii i ih vozmozhnyie posledstviya u rodstvennikov bolnykh v usloviyakh mnogoprofilnogo sta-tzionara [Psychosomatic manifestations of anxiety and depression and their possible consequences in relatives of patients in the conditions of multi-profile hospital]. *Nervnyie bolezni – Nervous Diseases.* 2009; 2: 30–32 (in Russian).
14. Belinskaya E.P., Sangova S. Bolezn kak trudnaya zhiznennaya situatsiya: osobennosti strategiy sovladaniya rodstvennikov tyazhelobolnykh [Diseases as a difficult life situation; features of strategy of coping of relatives of hard-to-cure patients] *Psihologicheskie issledovaniya – Psychological Research.* 2015; 8 (42): 8 URL: <http://psystudy.ru> (Data obrascheniya: 25.05.2017) (in Russian).
15. Garganeeva N. P., Belokrylova M. F. Osnovnyie simptomokompleksy i usloviya formirovaniya nevroticheskikh i afektivnykh rasstroystv u bolnykh s serdechno-sosudistyimi zabolevaniyami [Basic symptom complexes and conditions of forming neurotic and affective disorders in patients having cardiovascular diseases]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal.* 2009; 4–2: 11–17 (in Russian).
16. Kupriyanova I.E., Dashieva B.A., Karaush I.S. Klinikopsihologicheskie, biologicheskie i sotsialnyie faktory riska razvitiya psihopatologicheskikh narusheniy u detey s ograniченными возможностями [Clinical-psychological, biological and social risk factors of development of psychopathological disturbances in children with disabilities]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2012; 3 (72): 36–40 (in Russian).
17. Adriyanova E.A., Aranovich I.Yu., Kuraeva D.A. Vzaimosvyaz otноsheniya k bolezni i detsko-roditelskikh otноsheniy u podrostkov s bronhialnoy astmoy [Interrelationship of attitude towards the illness and child-parent relations with bronchial asthma]. *Sborniki konferentsiy NITs Sotsiosfera.* 2013; 21: 50–52 (in Russian).

Received July 5.2017

Accepted October 30.2017

Katernaya Julia E., postgraduate student of Psychiatry and Medical Psychology Department, Nizhny Novgorod State Medical Academy, Nizhny Novgorod, Russian Federation.



Katernaya Julia E., katernaya.yulia@gmail.com

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.33:159.9.072

Для цитирования: Овчинников А.А., Султанова А.Н., Яичников С.В., Трошина А.С., Сычева Т.Ю. Особенности базисных убеждений и механизмов психологических защит у наркозависимых. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 68–73. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-68-73](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-68-73)

Особенности базисных убеждений и механизмов психологических защит у наркозависимых

Овчинников А.А.¹, Султанова А.Н.^{1,2}, Яичников С.В.⁴, Трошина А.С.¹, Сычева Т.Ю.^{1,3}

¹Новосибирский государственный медицинский университет
Россия, 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

²Отдел (военно-врачебной экспертизы, Новосибирск) Филиала № 3 Главного центра Военно-врачебной экспертизы
630075, Новосибирск, ул. Александра Невского, д. 3

³Новосибирский государственный университет экономики и управления
630099, Новосибирск, ул. Каменская, д. 52/1

⁴Новосибирская районная больница № 1
Новосибирская область, посёлок Кольцово

РЕЗЮМЕ

Понимание базисных убеждений и механизмов психологических защит лиц с аддиктивным поведением позволяет более всесторонне планировать лечение этих пациентов в соответствии с их доминирующими убеждениями и защитами и предоставляет возможности для разработки более эффективных профилактических программ. **Цель** настоящего исследования – выявить особенности базисных убеждений и механизмов психологической защиты у наркозависимых. **Материал и методы.** Авторами изучена выборка из двух групп: наркозависимые в количестве 35 человек и группа без аддиктивных расстройств в количестве 36 человек с применением психологической батареи методик. **Результаты.** Среди аддиктивных личностей выявлен высокий уровень по шкале «степень удачи» и в группе сравнения по шкалам «благосклонность мира», «степень самоконтроля»; выявлено преобладание таких защитных механизмов, как «отрицание», «проекция» и «регрессия» у аддиктивных личностей. Обнаружена низкая степень удовлетворённости своим функционированием среди аддиктивных личностей в супружеской жизни. **Выводы.** Выявлены различия по изучаемым параметрам базисных убеждений, механизмам психологических защит и удовлетворенности своим функционированием.

Ключевые слова: наркозависимые, базисные убеждения, психологические защиты, степень удовлетворенности своим функционированием.

ВВЕДЕНИЕ

Наркозависимость – это биологическое, психическое и социальное заболевание, которое рассматривается как один из четырех важных социальных патологий, включающих нищету, безработицу и развод [7]. Из-за его прогрессивного характера во всех аспектах жизни наркомания ставит под угрозу здоровье людей и его негативное воздействие на психическое, физическое, социальное, эмоциональное, духовное и когнитивное здоровье [8]. Наркомания основана на неконтролируемом желании наслаждаться и уменьшать стресс у человека с расстройствами личности и поведения [4, 6].

Личностные черты и базисные убеждения оказывают значительное влияние на поведение людей. Как показано в ряде исследований, индивидуальные черты и базисные убеждения высоко коррелируют с аддиктивным поведением [2, 3].

От 30 до 60% аддиктов соответствуют диагностическим критериям антисоциального расстройства личности, тогда как у нормального населения этот показатель не превышает 2–3% [5]. Депрессивные и психопатические отклонения имеют самую высокую частоту среди расстройств личности [1, 6].

Таким образом, для предотвращения многих психолого-психиатрических проблем необходимо выявление и понимание личностных качеств – предикторов возникновения аддиктивной патологии. Оптимальное понимание базисных убеждений и механизмов психологических защит лиц с аддиктивным поведением позволяет более всесторонне планировать лечение этих пациентов в соответствии с их доминирующими убеждениями и защитами и предоставляет возможности для разработки более эффективных профилактических программ.

Цель исследования – выявить особенности базисных убеждений и механизмов психологической защиты у наркозависимых.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данном исследовании основную группу составили наркозависимые – 35 человек. В группу сравнения включены сотрудники МЧС – 36 человек. Исследование проводилось в марте 2017 г. на базе Новосибирского областного клинического наркологического диспансера. В основную группу и группу сравнения вошли представители мужского пола. Средний возраст в основной группе составил 41±5,09 года; в группе сравнения – 42±6,02 года.

Необходимость изучения группы сравнения состояла в том, чтобы обеспечить фоновый уровень или базис, относительно которого можно определить, присутствуют или отсутствуют изменения в основной группе, исключить все другие объяснения, кроме того воздействия, по которым различаются группы.

Для изучения базисных убеждений использована шкала базисных убеждений (Р. Янов-Бульман в адаптации О. Кравцовой); для диагностики механизмов психологической защиты – опросник «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI), разработанный Р. Плутчиком в соавторстве с Г. Келлерманом и Х.Р. Контом [1979]; для определения особенностей совладания со сложными ситуациями, готовности человека справляться с трудностями – проективная методика «Рисунок человека под дождем» (Е.С. Романова, Т.И. Сытько [3]); для оценки степени удовлетворенности респондента своим функционированием в различных сферах жизнедеятельности – опросник И. Колера (I. Karler), отражающий степень удовлетворенности своим функционированием в различных сферах; для сравнительного анализа данных параметров у лиц, употребляющих психоактивные вещества, с группой сравнения использовался критерий Манна–Уитни (U); поиск взаимосвязи между изучаемыми параметрами проводился с применением коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Особенности базисных убеждений в обеих исследуемых группах были диагностированы с помощью методики базисных убеждений, разработанной Р. Янов-Бульман и адаптированной О. Кравцовой. Качественный анализ средних значений в исследуемых группах выявил, что уровень субшкалы «степень удачи» в группе аддиктивных личностей составлял $18,06 \pm 4,5$, в группе сравнения – $10,5 \pm 4,2$. Полученные значения говорят о том, что аддикт может признавать, что он слабый, некомпетентный, не способен управлять своей жизнью, что совпадает с низкими показателями по шкале «ценность жизни», но тем не менее в жизни ему может везти. По субшкале «самоконтроль» у аддиктивных личностей выявлен показатель $14,4 \pm 3,9$, что ниже, чем в группы сравнения – $17,8 \pm 1,9$. Эти данные говорят о слабом развитии самоконтроля, низкой самодисциплины и низкой устойчивости ко всевозможным воздействиям, неумении аддиктов прогнозировать последствия. В группе аддиктов «ценность Я» оказалась ниже ($13,9 \pm 3,7$), чем в группе сравнения ($17,8 \pm 1,7$), что свидетельствует о заниженной самооценке, неудовлетворенности собой, пониженном самоуважении у аддиктов и, наоборот, повышенном самоуважении в группе сравнения. Получены повышенные показатели по шкале «случайность событий» в группе аддиктов ($17,5 \pm 3,6$ против $9,8 \pm 1,8$ в группе сравнения). Это может говорить о том, что личности с аддиктивными наклонностями воспринимают жизнь как «цепь случайностей», поэтому можно отметить низкий уровень рефлексии.

Выявлено, что среднее значение по субшкале «контролируемость мира» у аддиктов в пределах $16,5 \pm 3,6$, в группе сравнения – $17,1 \pm 1,8$. Это говорит о наличии в обеих выборках убежденности в способности контролировать себя и жизненные ситуации. У аддиктов обнаружены незначительно более высокие показатели по шкале «справедливость мира» – $17,5 \pm 2,9$, чем в группе сравнения ($16,6 \pm 2,8$). Это может указывать на то, что респонденты обеих выборок считают, что в целом хорошие и плохие события распределяются в мире неслучайно, люди способны контролировать то, что с ними происходит. Высокие показатели по шкале «доброта людей» диагностирована в группе сравнения ($16,5 \pm 2,6$), что говорит о восприятии людей в целом как доброжелательных, готовых в трудной ситуации прийти на помощь. И напротив, результат, полученный у аддиктов ($13 \pm 2,3$) говорит об обратном, т.е. слонности не доверять людям. Более низкие показатели выявлены у аддиктов по шкале «благосклонность мира» ($13,4 \pm 4,2$), чем в группе сравнения ($17,5 \pm 2,1$), это находит подтверждение в том, что респонденты без аддикции видят в окружающем мире гораздо больше хорошего, нежели плохого. В результате проведенного качественного анализа обнаружено явное преобладание в основной группе по шкале «удача», указывающее на то, что личностям с аддикцией более характерно полагаться на фактор удачи, везения. Также у аддиктов выявлены более высокие показатели по шкале «случайность событий», что отражает недостаточный уровень рефлексии.

Статистический анализ выявил достоверные различия по шкале «доброта людей» ($p=0,001$), что указывает на склонность аддиктов не доверять другим людям и не оценивать окружающих как доброжелательных, отзывчивых. Обнаруженные достоверные различия по шкале «ценности Я» ($p=0,02$) говорят о заниженной самооценке и низком самоуважении аддиктов, и наоборот, о повышенном самоуважении в группе сравнения. Также получены достоверные различия по шкале «случайность событий» ($p=0,000008$), что позволяет предположить низкий уровень саморефлексии у лиц с аддикцией.

Диагностика индекса жизненного стиля выявила высокие значения по шкале «отрицание» в группе лиц с аддикцией ($6,3 \pm 1,9$) при сопоставлении с группой сравнения ($4,3 \pm 2,1$), что говорит о склонности аддиктов к отказу от осознания неприятной информации или отрицанию наличия зависимости. В обеих изучаемых группах исследовательской выборки отмечено доминирование в репертуаре психологических защит такого механизма, как «проекция» ($6,06 \pm 2,1$ и $5,2 \pm 1,8$), что указывает на частое приписывание другим людям неосознаваемых и неприемлемых для личности чувств и мыслей. Повышенный уровень МПЗ «регрессия» в обеих группах ($6,8 \pm 1,7$ и $5,6 \pm 1,9$) говорит о склонности переходить к менее сложным, менее структурно упорядоченным способам реагирования.

В обеих группах выборки получены высокие показатели по шкале «рационализация»: у аддиктов – $5,3 \pm 2,1$, в группе сравнения – $5,8 \pm 2,0$, что свидетельствует о склонности объяснять свои желания и поступки имеющимися в действительности причинами, объективное признание которых способно разрушить образ себя, тем самым вызвав негативные эмоциональные переживания. Высокий уровень механизма защиты «замещение» у аддиктов ($5,6 \pm 2,6$) относительно данных в группе сравнения ($3 \pm 1,9$) позволяет резюмировать, что аддиктам свойственна переориентировка чувств и импульсов с первоначального объекта на более доступный другой объект. Обнаруженные средние значения механизма защиты «вытеснение» в изучаемой выборке ($4,0 \pm 2,0$ и $3,6 \pm 0,8$) указывают на то, что респондентам свойственно активное устранение из сознания неприемлемых желаний, мыслей, чувств, вызывающих тревогу. Средние значения по шкале «компенсация» в группе сравнения ($4,4 \pm 2,1$) указывают на возможность преодоления реальных и воображаемых недостатков, в то же время для аддиктов ($3,3 \pm 1,4$) не характерно искать замену реального или воображаемого недостатка. Полученные данные средних значений МПЗ «гиперкомпенсация» ($3,6 \pm 1,7$ и $2,5 \pm 1,5$) позволяют предположить, что аддиктам присуще усиление развития сохранных функций в сочетании со стремлением доказать, что дефект не приводит к каким-либо необратимым последствиям, что приёмом наркотических веществ можно маскировать неуверенность в себе. В результате качественного анализа обнаружены высокие показатели в группе аддиктов по 4 шкалам: отрицание, проекция, регрессия, замещение.

Поиск достоверности различий по критерию Манна–Уитни обнаружил достоверные различия по показателю «замещение» ($p=0,006$). В ходе исследования нами была выдвинута рабочая гипотеза о том, что механизм замещения в большей степени свойствен группе лиц с аддикцией, поэтому для них характерна переориентация своих чувств и импульсов с первоначального объекта на другой, более доступный объект. Полученные достоверные различия по шкале «отрицание» ($p=0,017$) указывают на то, что аддиктивные личности склонны к полному отказу от осознания неприятной информации (например, о наличии зависимости), чаще всего это проявляется в отказе от осознания факта зависимости.

Анализ проективной методики «Рисунок человека под дождем» показал, что на первом этапе диагностики средний возраст в рисунке человека в группе аддиктов составлял 23 года, в группе сравнения – 24 года. На следующем этапе, в ходе интерпретации рисунка человека под дождем средний возраст в группе аддиктов повысился до 30 лет, в группе сравнения – до 26 лет. Изменение возраста в сторону повышения отражает самоощущение человека в ситуации жизненных неурядиц и показывает, кем себя чувствует человек в стрессовой ситуации – ребёнком или умудренным опытом старцем. Можно

сделать вывод, что аддикты в стрессовых ситуациях считают себя более мудрыми и в то же время инфантильными в бытовой жизни.

Оценивая капли дождя, которые служат символом стрессовых воздействий, в группе аддиктов выявлено преобладание хаотичных капель ($33,3\%$ против 5% в группе сравнения), что указывает на тревогу и восприятие окружающей среды как враждебной (по критерию Фишера $p \leq 0,01$, $\phi = 3,542$). Ровные, уравновешенные штрихи преобладают в группе сравнения (85%) и менее выражены в группе аддиктов (30%) – они отражают сбалансированность в окружающей среде. Тяжёлые капли указывают на акцентировании на стрессовых ситуациях, в группе сравнения таковые не встречаются, в то время как 17% аддиктов рисуют тяжёлые капли. Зонт является положительным показателем, отражающим символическое изображение психической защиты от неприятных внешних воздействий. Среди лиц, имеющих аддиктивное поведение в анамнезе, зонт изображен в 60% рисунков против 33% в группе сравнения. На уровне тенденции у аддиктов можно отметить более высокую потребность в общении в момент стрессовых ситуаций, чем в группе сравнения. С точки зрения трактовки образов, зонт может рассматриваться как символическое отображение связи с матерью и отцом: купол – материнское начало, ручка зонта – отцовскую фигуру. Также произошла трансформация в изображении фигуры у респондентов обеих групп. Тенденция к увеличению пропорций фигуры при рисунке человека под дождем выявлена в группе сравнения (83% против 10% в основной группе) (по критерию Фишера $p \leq 0,01$, $\phi = 4,652$). Увеличение размера фигуры свидетельствует о том, что неприятности мобилизуют и делают более сильными и уверенными. Уменьшение фигуры, более характерное для аддиктов (70%) при сопоставлении с группой сравнения (7%), имеет место тогда, когда респондент нуждается в защите и покровительстве, стремится возложить ответственность за собственную жизнь на других.

Диагностика степени удовлетворённости своим функционированием в различных сферах была диагностирована при помощи опросника И. Колера. Обнаружена низкая степень удовлетворённости семейной жизнью у аддиктов ($6 \pm 12,3$), что говорит скорее об её отсутствии, в свою очередь низкая степень в группе сравнения ($15,8 \pm 6,9$) свидетельствует о незначительных трудностях и нарушении взаимопонимания во внутрисемейных отношениях. Обнаружены более высокие показатели неудовлетворённости взаимоотношениями с родственниками среди аддиктивных лиц ($23,2 \pm 7$ против $20 \pm 4,7$ в группе сравнения), так как аддиктам чаще свойственно вступать в конфликты с родными, у них отсутствует эмоциональная поддержка со стороны родственников. У респондентов обеих групп выявлена низкая степень неудовлетворённости профессией ($17 \pm 13,3$ против $14,6 \pm 4,3$), данные значения позволяют предположить, что проблем в профессиональной сфере

респонденты не имеют или имеют некие сложности, с которыми вполне могут справиться без лишних усилий. Выявленные пониженная степень неудовлетворённости в социальной сфере среди лиц с аддитивным анамнезом ($23 \pm 6,5$) и низкая степень в группе сравнения ($15,6 \pm 4,7$) позволяют сделать предположение, что аддитивные лица имеют большие трудности во взаимодействии с социумом, которые проявляются в конфликтах, эмоциональной неустойчивости. В результате проведённого качественного анализа выявлено незначительное преобладание в группе аддиктов неудовлетворённости взаимоотношениями с родственниками и неудовлетворённость в социальной сфере.

Достоверные различия по шкале супружеской жизни ($p=0,0017$) могут указывать на низкую степень удовлетворённости функционированием в супружеской жизни или об её отсутствии среди аддитивных личностей. Полученные достоверные различия по шкале социальной сферы ($p=0,002$) отражают сложности во взаимодействии с социумом среди аддиктов.

На основе коэффициента корреляции Спирмена установлена достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь между «благосклонностью мира» и защитным механизмом «замещение» ($r=-0,7$). На основе этого можно предположить, что аддиктам, которые воспринимают мир доброжелательным, не свойственна переориентация своих истинных чувств и импульсов, в том числе и негативных, с первоначального объекта на более доступный, другой объект. Положительная корреляция между трудностями в семейной жизни и «благосклонностью мира» ($r=0,54$) позволяет сделать вывод о том, что аддитивным лицам, которые уверены в открытости и расположении мира к ним, свойственно более эффективно решать конфликты и неурядицы в своей супружеской жизни. Наличие положительной корреляционной связи «благосклонности мира» с гиперкомпенсацией ($r=0,54$) говорит о том, что аддиктам, считающим, что мир благосклонен по отношению к ним, характерен защитный механизм «гиперкомпенсация». При этом отрицательная корреляционная связь между «случайностью событий» и гиперкомпенсацией ($r=-0,5$), а также между «случайностью событий» и трудностями в поддержании супружеских отношений ($r=-0,6$) показывает, что личностям с химической аддикцией, полагающим, что жизнь есть цепочка случайных событий, не свойственно эффективное решение проблем в супружеских отношениях. Аддиктам, уверенным в том, что они могут контролировать себя и изменение жизненных ситуаций, характерно использовать защитный механизм «компенсация» ($r=0,6$). Компенсация является достаточно конструктивной формой защиты личности и особенно эффективна для поддержания самооценки. Установлена высокодостоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь между защитным механизмом «рационализация» и степенью самоконтроля ($r=-0,6$). Это свидетельст-

вует о том, что у лиц с химической аддикцией плохо развиты самодисциплина и саморефлексия, в силу их низкой устойчивости ко всевозможным воздействиям для них не характерно использование рационализации. Шкала «справедливость мира» имеет отрицательную корреляционную взаимосвязь с защитным механизмом «проекция» ($r=-0,5$). Отсюда можно прийти к выводу, что лицам, уверенным в справедливом устройстве мира, не свойственно прибегать к проекции, а именно к приписыванию другим людям неосознаваемых и неприемлемых для личности чувств и мыслей.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в соответствии с результатами работы выявлены различия по изучаемым параметрам базисных убеждений, механизмам психологических защит и удовлетворённости своим социальным функционированием.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол № 102 от 23 ноября 2017 г. заседания Комитета по этике ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России).

ЛИТЕРАТУРА

1. Овчинников А.А., Матафонов Р.Н., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю. Особенности мотивации у больных с интоксикационным психозом на фоне употребления наркотических средств. *Медицина и образование в Сибири*. 2015; 6: 45.
2. Овчинников А.А., Султанова А.Н. Взаимосвязь религиозности с аффективными нарушениями и посттравматическим стрессовым расстройством у трудовых мигрантов. *Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева*. 2016; XLVIII (3): 11–17.
3. Романова Е.С., Сытько Т.И. Проективные графические методики. СПб., 1996.
4. Askari S., Zakiyi A., Alikhani M. The relationship between personality characteristics (neuroticism, psychoticism and extraversion) and site avoidance for preparation of substance abuse among male students. *J Psycho Sci*. 2012. 10 (40): 485–497.
5. Jaliliyan F. Study of relationships network / healthy and unhealthy informal social bonds in the 18–35 year-old addicted youth in addiction centers. *Addict Res*. 2009; 3 (9): 105–129.
6. Sadock B., Sadock V. Kaplan and Sadocks comprehensive textbook of psychiatry. New York: Williams Wilkins, 2000: 37–42.
7. Sahebolzamani M., Alilou L., Rashidi A., Shakibi A. Determining individual characteristics of addicts through multidimensional “mmpi” questionnaire who referred to the treatment centers of Tehran in 2008. *Urmia Med J*. 2010; 20 (4): 290–297.
8. Sarami H., Ghorbani M., Minoui M. Review of four decades of research about the prevalence of addiction in Iran. *Quarterly J Res Addiction*. 2013; 7 (26): 29–51.
9. Tabatabai S., Nesari K., Biyabani G. A comparative study of youth industrial substance abuse referred to addiction centers in Semnan city with ordinary people in mental disorders. *J Stud Soc Secur*. 2010; 23: 119–131.

Поступила в редакцию 20.06.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППВ.
 Султанова Акlima Накиповна, к.м.н., доцент кафедры клинической психологии ФСР и КП.
 Яичников Сергей Владимирович, клинический психолог.
 Трошина Алена Сергеевна, клинический психолог.
 Сычева Татьяна Юрьевна, к.п.н., доцент кафедры клинической психологии ФСР и КП.

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

УДК 616.89-008.441.33:159.9.072

For citation: Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Yaichnikov S.V., Troshina A.S., Sycheva T.Yu. Features of world assumptions and mechanisms of psychological defense in drug addicts. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 68–73. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-68-73](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-68-73)

Features of world assumptions and mechanisms of psychological defense in drug addicts

Ovchinnikov A.A.¹, Sultanova A.N.^{1,2}, Yaichnikov S.V.⁴, Troshina A.S.¹, Sycheva T.Yu.^{1,3}

¹ *Novosibirsk State Medical University
Krasnyy Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation*

² *Department (Novosibirsk) Branch no. 3 of the Federal State Institution
"Main Center of Military Medical Examination" of the Ministry of Defense of the Russian Federation
Alexander Nevsky Street 3, 630075, Novosibirsk, Russian Federation*

³ *Novosibirsk State University of Economics and Management
Kamenskaya Street 52/1, 630099, Novosibirsk, Russian Federation*

⁴ *Novosibirsk Regional Hospital no. 1
The Novosibirsk Region, Settlement Koltsovo, Russian Federation*

ABSTRACT

Understanding of world assumptions and mechanisms of psychological defense in persons with addictive behavior allows more comprehensive planning of treatment of these patients in accordance with their dominant assumptions and defenses and provides opportunities for developing more effective prevention programs. The purpose of this study is to identify the features of world assumptions and mechanisms of psychological defense in drug addicts. The authors study a sample of two groups: drug addicts in the number of 35 people and a group without addictive disorders in the amount of 36 people with the use of a psychological battery of techniques. **Results.** Among the addictive personalities, a high level is revealed on the scale of "degree of luck" and in the control group on the scales "world's favor", "degree of self-control"; the predominance of such defensive mechanisms as "denial", "projection," and "regression" in addictive personalities is revealed. A low degree of satisfaction with their functioning among addictive personalities in their married life is found. **Conclusions.** Differences in the studied parameters of world assumptions, mechanisms of psychological defense and satisfaction with their functioning are revealed.

Keywords: drug addicts, world assumptions, psychological defense, degree of satisfaction with own functioning.

REFERENCES

- Ovchinnikov A.A., Matafonov R.N., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu. Osobennosti motivatsii u bolnykh s intoksikatsionnym psihozom na fone upotrebleniya narkoticheskikh sredstv [Features of motivation in patients with an intoxication psychosis against the background of the use of narcotic drugs]. *Medsitsina i obrazovanie v Sibiri – Medicine and Education in Siberia*. 2015; 6: 45 (in Russian).
- Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N. Vzaimosvyaz religioznosti s affektivnyimi narusheniyami i posttravmaticheskim stressovym rasstroystvom u trudovykh migrantov [Interrelation of religiosity with affective disorders and post-traumatic stress disorder in labor migrants]. *Nevrologicheskiy vestnik im. V.M. Behtereva – V.M. Bekhterev Neurological Bulletin*. 2016; XLVIII (3): 11–17 (in Russian).
- Romanova E.S., Sytko T.I. Proektivnyie graficheskie metodiki [Projective graphic techniques]. St.-Petersburg, 1996 (in Russian).
- Askari S., Zakiyi A., Alikhani M. The relationship between personality characteristics (neuroticism, psychoticism and extraversion) and site avoidance for preparation of substance abuse among male students. *J Psycho Sci*. 2012. 10 (40): 485–497.
- Jaliliyan F. Study of relationships network / healthy and unhealthy informal social bonds in the 18–35 year-old addicted youth in addiction centers. *Addict Res*. 2009; 3 (9): 105–129.
- Sadock B., Sadock V. Kaplan and Sadocks comprehensive text-book of psychiatry. New York: Williams Wilkins, 2000: 37–42.
- Sahebolzamani M., Alilou L., Rashidi A., Shakibi A. Determining individual characteristics of addicts through multi-dimensional "mmpi" questionnaire who referred to the treatment centers of Tehran in 2008. *Urmia Med J*. 2010; 20 (4): 290–297.
- Sarami H., Ghorbani M., Minoui M. Review of four decades of research about the prevalence of addiction in Iran. *Quarterly J Res Addiction*. 2013; 7 (26): 29–51.
- Tabatabai S., Nesari K., Biyabani G. A comparative study of youth industrial substance abuse referred to addiction centers in Semnan city with ordinary people in mental disorders. *J Stud Soc Secur*. 2010; 23: 119–131.

Received June 20.2017
 Accepted October 30.2017

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

Sultanova Aklima N., PhD, lecturer of Psychiatry and Addiction Psychiatry Department, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation; Department (Novosibirsk) Branch no. 3 of the Federal State Institution "Main Center of Military Medical Examination" of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Novosibirsk, Russian Federation.

Yaichnikov Sergey V., clinical psychologist, Novosibirsk Regional Hospital no. 1, The Novosibirsk Region, Settlement Koltsovo, Russian Federation.

Troshina Alain S., clinical psychologist, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

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

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

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.89:159.9.072

Для цитирования: Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 74–81. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-74-81](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-74-81)

Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы)

Брель Е.Ю.¹, Стоянова И.Я.²

¹ *Национальный исследовательский Томский государственный университет
Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 36*

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

РЕЗЮМЕ

В статье представлен анализ литературных источников, посвященных феномену алекситимии в аспекте психического здоровья и психосоматических расстройств. Изучение теоретических подходов к формированию и развитию феномена алекситимии позволяет рассматривать её как один из значимых факторов риска развития психосоматических заболеваний и определять методы эффективной психологической превенции. При этом акцентируется положение об отсутствии определенности в понимании этого феномена: продолжаются дискуссии о специфичности/неспецифичности алекситимии в генезе формирования психосоматических расстройств. Актуальность исследования алекситимии определяется современными условиями общественного развития, связанного с эрой цифровых технологий, что предполагает значительную погруженность человека в виртуальную реальность, способствующую расширению факторов риска формирования алекситимии.

Ключевые слова: алекситимия, концепции алекситимии, типология алекситимии.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема изучения алекситимии в современной науке носит полидисциплинарный характер. Основные направления изучения данного феномена (клинический и психологический) не дают однозначной трактовки самого понятия, а также его природы, механизмов формирования и развития. Общим, на наш взгляд, является только постулирующееся авторами предположение о том, что алекситимию следует относить к неспецифическим факторам риска развития психосоматических заболеваний. Однако это утверждение получило бы фундаментальные основания при изучении данного свойства не только в структуре личности пациентов с психосоматическими расстройствами, когда психологический статус индивида может быть изменен в результате объективного страдания, но и в структуре «практически здоровой» личности. Такой подход переводит феноменологию алекситимии в плоскость психологических исследований и создает основания для разработки превентивных мероприятий. В истории развития психосоматических исследований одно из центральных направлений представлено поиском особого психического качества – психосоматической специфичности, которую можно было бы рассматривать как основной фактор возникновения психосоматической патологии, влияющий на течение и лечение этих заболеваний [17]. Ряд подобных исследований посвящен попытке выделения и описания феномена алекситимии [2, 7, 14, 31, 33].

Пик исследовательского интереса к изучению данного феномена относится к середине 80-х годов XX столетия. В основном он поддерживался благодаря первичной гипотезе участия алекситимии в патогенезе психосоматических расстройств. Исследования последних лет показывают, что по крайней мере у части больных соматоформные переживания и аффективная патология имеют общие механизмы. В связи с этим алекситимию продолжают рассматривать как один из основных механизмов развития психосоматических расстройств [5, 19, 22].

ОБСУЖДЕНИЕ

Разработку концепции алекситимии проводили в 4 основных направлениях: 1) подтверждение факта существования феномена и выделение как можно более четких критериев его диагностики; 2) верификация первоначальной гипотезы нозологической специфичности феномена для классических психосоматических заболеваний и его значимости в отношении тяжести и длительности течения расстройства; 3) дифференциация понятия «алекситимия» как конституциональной личностной характеристики или приобретенного расстройства, которое развивается самостоятельно или сопровождается другим страданием; 4) создание эффективных методов коррекции, апробация которых явилась бы своеобразным психологическим экспериментом, подтверждающим или отрицающим некоторые гипотезы происхождения алекситимии [23, 30].

Сегодня исследователи данной проблемы единодушно только в подтверждении факта существования алекситимии и повторяющихся описаниях характерных признаков феномена. Не отмечено какой-либо нозологической специфичности; практическое значение алекситимии в первую очередь определяется признанием того факта, что наличие алекситимических характеристик у пациента существенно затрудняет создание терапевтического альянса и снижает эффективность психологической коррекции. Некоторое снижение интереса к данной проблематике в последние годы частично объясняется недостаточным арсеналом объективных методов исследования феномена. Кроме того, накопленные данные в пользу гипотезы, представляющей алекситимию в качестве результата нарушения межполушарных взаимодействий, требуют привлечения сложных нейрофизиологических методов исследования и одновременно позволяют считать алекситимию «необратимой конституциональной характеристикой» расстройств, что существенно сужает границы значимости феномена. В этом случае вопрос о возможности психологической превенции алекситимии автоматически снимается.

Начало изучению алекситимии положили J. Nemiah и P. Sifneos в 70-х годах XX века. Термин «алекситимия» буквально означает «без слов для чувств» или в близком переводе – «нет слов для названия чувств» (от греч. а – отсутствие, lexis – слово, thymos – чувство). П. Сифнеос охарактеризовал им некоторые особенности пациентов психосоматических клиник. Эти особенности выражались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта, особенно в трудностях подобрать подходящее слово для описания своих чувств. Кроме того, он считал, что недостаточное осознание эмоций ведет к фокусированию эмоционального возбуждения на соматическом компоненте и развитию психосоматических расстройств.

Первоначально алекситимию, как неспособность человека воспринимать или выражать свои чувства, многие исследователи рассматривали в качестве специфического признака так называемой психосоматической личности [32, 33]. Явление заключало в себе отличие структуры личности психосоматических индивидов от невротиков. Предполагаемую особенность обеспечивали обедненное воображение при последовательном функциональном способе мышления, тенденция к резкому разрешению конфликтных ситуаций, ограниченная способность испытывать чувства и трудность нахождения подходящих слов для описания собственных чувств в ряде случаев [4]. Оппоненты данной концепции обращали внимание на ограниченное число подтверждавших её исследований. Они подчеркивали, что поиск однородной структуры личности для психосоматических нарушений противоречит клиническому опыту [24].

Сравнительные исследования групп невротиков и соматических больных на основе дифференцированного методологического подхода не обнаружили каких-либо различий [27, 28]. Так, алекситимия зафиксирована не только при соматических, но и при аддиктивных и послестрессовых расстройствах [10, 18, 34].

Большинство проводимых исследований предусматривало сравнение групп алекситимичных и неалекситимичных пациентов. Наблюдали несколько большую распространенность социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства и соматоформных расстройств среди стационарных алекситимических пациентов, более высокую частоту панических расстройств и случаев злоупотребления ПАВ в группе неалекситимичных [12, 25, 26]. Алекситимические черты показывали значительные корреляции с более высокими уровнями тяжести заболеваний вне зависимости от расстав диагнозов [8, 9]. Это позволило авторам рассматривать алекситимию как «паттерн изменения когнитивно-эмоционального ограничения», возникающего при тяжелых психических и соматических заболеваниях.

Термин прочно занял свое место в литературе, посвященной психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобрела значительную популярность, что отражается в постоянно возрастающем количестве публикаций [1, 5, 13, 16, 22]. Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном символическом выражении эмоций.

Большинство исследователей рассматривают алекситимию как совокупность признаков, характеризующих особый психический склад индивидов, создающий предрасположенность к заболеваниям психосоматической специфичности. Следует отметить, что в последние годы её связывают с широким кругом расстройств (например, депрессии, вторичных психосоматических расстройств при хронических заболеваниях др.). В этом случае речь идет о вторичной алекситимии, хотя сами авторы не всегда используют данную терминологию. В результате прогностическое значение этого феномена значительно нивелируется. Все более актуальным становится вопрос о возможности классификации степени выраженности алекситимии или даже создания её типологии.

Согласно имеющимся в литературе описаниям, лицам с алекситимией свойственно особое сочетание *эмоциональных, когнитивных и личностных* проявлений. *Эмоциональная сфера* этих индивидов отличается слабой дифференцированностью. Они обнаруживают неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния, а тем более эмоционального состояния других людей.

Для *когнитивной сферы* индивидов с выраженной алекситимией характерно недостаточно сформированное воображение, преобладание наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, слабость функции символизации и категоризации в мышлении

Личностный профиль этих пациентов характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что особенно существенно, недостаточностью функции рефлексии. Совокупность перечисленных качеств приводит к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также трудностям и конфликтам в межличностных отношениях. Последнее усугубляется еще и тем, что на фоне низкой эмоциональной дифференцированности в ряде ситуаций с легкостью возникают кратковременные, но чрезвычайно резко выраженные в поведении аффективные срывы, причины которых плохо осознаются пациентами. Ограниченные возможности понимания себя, связанные с дефицитом рефлексии, формируют особый коммуникативный стиль поведения этих людей, который становится значительным препятствием в психотерапевтической работе с ними [17].

В настоящее время алекситимию понимают как психологическую характеристику индивида, характеризующуюся затруднением или полной неспособностью человека точно описать собственные эмоциональные переживания и понять чувства другого человека, трудностями определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям [20]. Алекситимикам свойственно бесконечное описание физических ощущений, часто не имеющих связи с определенным заболеванием. Пренебрежение к своему внутреннему психическому и физическому благополучию сочетается с ограниченной способностью к регуляции внутреннего состояния. Внутренние ощущения описываются как скука, пустота, усталость, напряжение, возбуждение. Главный дефект в области аффектов у алекситимиков – неспособность дифференцировать эмоции и ощущения неопределенного физиологического нарушения. Выделяют и такой признак, как ограниченное использование символов, о чем свидетельствует бедность фантазии и воображения. У алекситимичной личности перечисленные особенности могут проявляться в равной степени или может преобладать одна из них [20].

Критерии диагностики алекситимии включают *поведенческие* (вербальные и невербальные) и *когнитивные* признаки [23]. Для лиц с алекситимией характерно заметное нарушение образного мышления; их мышление утилитарно и тесно связано с деталями внешних событий (оперантное мышление). Мечты и фантазии отличает простое содержание, бедность красок и отсутствие оригинальности. Лица с алекситимией часто кажутся хорошо адаптирован-

ными и демонстрируют высокий уровень социальной конформности, хотя это следует рассматривать как «псевдонормативность». Они механически проходят свой жизненный путь, как если бы жили по инструкции. У них описаны значительные нарушения способности к эмпатии, коммуникативные связи ограничены с тенденцией к выраженной зависимости или стремлением к одиночеству [29].

Концепция алекситимии вызвала интерес к изучению соотношения между уровнями идентификации, а также описанию собственных эмоций и подверженностью психосоматическим расстройствам. Было выдвинуто предположение о том, что ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению. Этим, вероятно, и объясняется установленная рядом авторов тенденция алекситимических индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств [35, 36, 37, 38]. Неспособность алекситимиков регулировать и модулировать причиняющие им страдания эмоции может приводить к усилению физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая предпосылки для развития психосоматических заболеваний. Клинический опыт частично подтверждает концепцию алекситимии в том отношении, что многие соматические больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии.

Значимость алекситимии как этиологического фактора отмечали, прежде всего, представители психоанализа. Если индивид не может достаточно точно осознавать и вербализовать свои эмоции, то, согласно этой теории, существует высокая вероятность, что физические эквиваленты эмоций хотя и будут восприниматься, но будут неправильно оцениваться как болезненные. Вследствие этого могут возникнуть многочисленные симптомы соматизации.

В понимании и объяснении специфичности алекситимии и её роли в формировании психосоматических расстройств выделяют две модели: «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Если трактовать отрицание как психологическую защиту, то теоретически можно допустить обратимость защитного процесса и последующее исчезновение алекситимии и соматических симптомов. В этом случае можно говорить о «вторичной алекситимии», то есть о состоянии, которое обнаруживается у некоторых пациентов, перенесших тяжелые травмы, и у пациентов с психосоматическими заболеваниями, которые после проведенной психотерапии обретают чувства и фантазии, ранее у них отсутствовавшие.

Однако, как показывает клинический опыт, у многих больных с психосоматическими нарушениями проявления алекситимии необратимы, несмотря на длительную, интенсивную, искусственную и глубинную психотерапию.

Такие больные остаются тотально не способными на аффект и фантазию. Для них более приемлемой представляется модель дефицита. В соответствии с этой точкой зрения речь идет не о торможении, а об отсутствии функций и лежащего в их основе ментального аппарата. В модели дефицита акцент делается на разладе инстинкта, который, минуя психическую переработку из-за сниженной способности к символизации инстинктивных потребностей и фантазий, непосредственно неблагоприятно воздействует на соматическое состояние индивида. Этой модели придерживается и автор термина алекситимии П. Сифнеос [33].

Хотя концепция алекситимии быстро завоевала признание, её значение в качестве фактора риска для появления симптомов соматизации до сих пор недостаточно подтверждено. Было зафиксировано, что у лиц, переживших физически опасные состояния или связанный с ними страх (например, у жертв насилия, лиц с тяжелыми соматическими заболеваниями, пациентов с паническими расстройствами или нервной анорексией), отмечаются высокие показатели алекситимии.

Отдельные исследователи показывают, что высокие значения алекситимии не специфичны для соматизации или психосоматических заболеваний, как это предполагалось первоначально. Также отмечают и маловероятность действия алекситимии как значительного фактора риска, специфического для соматизации. Однако при определенных условиях речь может идти об общих факторах риска для возникновения психических заболеваний или о следствии других факторов риска.

Несмотря на это, в последнее время алекситимию рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний, хотя в отношении этого феномена существует много нерешенных вопросов. Так, например, не существует определенного взгляда на возникновение алекситимии. Неизвестно её происхождение: первична она или вторична; обусловлена генетически или социально; связана ли с социальными, этническими и культуральными особенностями общества, в котором живет человек. Также не решен вопрос о стабильности данной характеристики: следует ли рассматривать её как некую константу, которая оказывает системное влияние на качество жизни индивида или это временное приспособительное состояние, которое может проявиться в определенной жизненной ситуации. Кроме того, неоднозначна и связь данного феномена с болезнью, не определена степень её влияния на развитие психосоматической симптоматики.

Существующие концепции рассматривают алекситимию как первичный и как вторичный процесс. При формировании первичного процесса ведущая роль может принадлежать генетическим механизмам, дефектам или особым вариантам развития головного мозга [11, 21]. Описание этого феномена как первичного процесса основано на следующих теориях.

Теория дефицита. Данная концепция связана с мнением о том, что у этих людей наблюдается «первично-застревающее» на более ранней стадии развитие, а не фиксация с присоединяющейся регрессией, как это происходит при неврозах. Модели «дефицита» соответствует состояние, которое может быть первичным, конституционально обусловленным. В данном случае стоит говорить об отсутствии функций и лежащего в их основе ментального аппарата. Кроме того, данная модель предполагает отсутствие функций, связанных с выражением аффекта и фантазий. Этой модели придерживается и автор концепции алекситимии Р. Сифнеос. Гипотеза весьма значима и для терапии, которая всегда включает аспект развития.

Теория нейроанатомически-нейрофизиологического нарушения рассматривает алекситимию как «синдром расщепленного мозга», возникающий в результате нарушения взаимодействия между левым и правым полушариями. При этом левое полушарие не распознает эмоциональных переживаний, возникающих в правом. Такие люди характеризуются сниженной способностью к символизации, фантазированию, а также реже видят сновидения. Экспериментальными исследованиями, подтверждающими данную теорию, занимались К.Д. Норре, J.E. Vogen и другие ученые [21]. Однако положения указанной теории не являются доказательными и определены как «невероятные» [6].

Существуют также представления об алекситимии как о вторичном расстройстве.

Теория регрессии или отрицания. В её рамках данный феномен возникает в хронической или острой формах и рассматривается как следствие тяжелых психических травм, при котором психосоматическое симптомообразование аналогично трактовке невротических симптомов из-за фиксации на травмирующем факторе. При этом наблюдают полное отрицание болезни, покорность обстоятельствам и возникает регрессия на более раннюю стадию развития. Наблюдаемое у таких пациентов невнимание к собственному телу и есть результат регрессии по линии аффективного развития, причина которой заключается в психической травме, сверхсильном эмоциональном переживании, вызывающем страх перед эмоциями и тенденцию к их блокированию. Остается непонятным почему при этом возникает соматический, а не психический симптом.

Теория социально-психологического формирования алекситимии. В свете этой гипотезы алекситимия интерпретируется как феномен типичного приспособления к индустриальному обществу, в котором требуется конкретно-реалистическое, эмоционально мало окрашенное приспособительное поведение. Важным дополнением к данной гипотезе мы считаем предположение о развитии вторичной алекситимии вследствие специфичной социальной ситуации развития личности [3]. «В период становления личности, когда реализация базальных биологических мотиваций опосредована культурной средой, в которой лич-

ность развивается, стиль воспитания в семье может стать фактором риска по развитию вторичной алекситимии. По данным R. Bogens, алекситимия связана с низким социальным статусом, алекситимичные пациенты, как правило, имеют низкий уровень образования и словесной культуры» [20].

К признакам вторичной алекситимии относят состояние глобального торможения аффектов или оцепенение, наступающее в результате тяжелой психологической травмы. В этом случае алекситимия может отражать в патологической форме горе или скрытую депрессию. Тогда она рассматривается как защитный механизм, хотя и не является психологической защитой в классическом понимании. При этом следует учитывать, что для алекситимичной личности характерен «незрелый» тип защиты, особенно от сверхсильных, непереносимых для неё аффектов.

Поскольку алекситимия может встречаться как у здоровых людей, так и у больных с различными заболеваниями, то следует иметь в виду, что алекситимия – это не «мотивированное забывание», которое может объясняться простым вытеснением или отрицанием и которое можно обнаружить в оговорках и распознаваемом переносе. Её следует отличать от такого рода психической нечувствительности, которая может развиваться как активный мотивированный процесс, развивающийся вследствие значительной психической травмы, угрожающей изоляцией, дезинтеграцией и депрессией. Необходимо отличать её также от тех видов познавательной деятельности и экспрессии, которые характеризуют сходные психопатологические синдромы, например, при аффективных нарушениях при шизофрении. Важно, что это и не тип операционального мышления, описанный Ж. Пиаже, который характерен для малограмотных или когнитивно неразвитых людей. То, что квалифицируется как алекситимия, в некоторых случаях может оказаться культурной или субкультурной характеристикой и соответствует положениям теории социально-психологического формирования феномена алекситимии.

В рамках этой же теории интересен подход С.А. Кулакова, который связывает формирование алекситимических черт с особенностями семейного воспитания и внутрисемейного взаимодействия [15]. Он считает, что алекситимия появляется в семейной среде, где отсутствует искреннее выражение чувств, вызванных реальной жизнью. Эта позиция может затем закрепиться при многолетней установке на ригидное следование общественным нормам. Возможно, что именно такая природа алекситимии и приводит к развитию «псевдонормальности» алекситимических индивидов. С.А. Кулаков описывает возможную взаимосвязь алекситимии с гиперопекающей позицией матери, не допускающей проявления раздражения у ребенка. В этой связи Винникот говорил о понятии «достаточно хорошей матери», которая находится в первые недели после рождения ребенка в специфичном состоянии, называе-

мом первичным чувством материнства. Благодаря этому состоянию мать полностью адаптируется к нуждам ребенка за счет проективной идентификации с ним. Мать и ребенок находятся в это время в состоянии симбиотического единства, что обеспечивает нормальную жизнедеятельность детского организма. Затем происходит постепенное разделение, дифференциация первичного симбиотического состояния. Мать уже не предугадывает состояние ребенка, а ориентируется на подаваемые им сигналы (крики, движения, выражение недовольства), которые постепенно приобретают символический характер.

В то же время «слишком» хорошо ухаживающая мать препятствует процессу дифференциации младенца. Она не дает ребенку «оторваться» от себя, оставаясь в состоянии слияния с ним. Например, мать злоупотребляет своей способностью успокаивать, и ребенок может спать только на руках у успокаивающей его матери. В результате он не развивает способности к выражению своего состояния при помощи знака и символа. Единственным доступным для него языком выражения эмоционального состояния остается язык тела. Таким образом, недостаточно развитая способность к символизации провоцирует развитие алекситимических черт.

Такая позиция в отношении формирования алекситимии описана и другими авторами [4]. Можно предположить, что характерные для больных с алекситимией трудности в идентификации, описании собственных чувств и их дифференциации от телесных ощущений, сниженная способность к символизации и фокусирование внимания на внешних событиях в большей степени, чем на внутренних переживаниях, связаны с теми условиями, в которых росли и развивались алекситимики.

Особый интерес, на наш взгляд, представляет адаптационный подход к проблеме формирования и развития алекситимии, позволяющий рассматривать этот феномен как одну из последовательных приспособительных реакций на тревогу, с одной стороны, и как фактор, предопределяющий возникновение соматизации, с другой. Такая позиция подразумевает вероятность существования нескольких вариантов алекситимии, за внешне однородными проявлениями которых скрываются разные психологические механизмы их формирования [23].

Проблема типологизации алекситимии неоднозначно представлена и в клинико-психологических исследованиях. Предложенная В.В. Соложенкиным и Е.С. Гузовой типология алекситимии направлена на решение практических задач по организации эффективной психологической превенции и психотерапевтической помощи. В данной классификации выделены варианты этого феномена в качестве «мишеней психотерапевтической коррекции». Интерес представляет классификация этих исследователей, ориентированная на психологические механизмы формирования алекситимии и включающая в себя следующие виды изучаемого феномена [23]:

Культуральная алекситимия отражает особенности коммуникативного стиля, выражена только у людей без соматических заболеваний.

«Условно-биологическая» алекситимия выделена как возможный вариант в подтверждение нейрофизиологических концепций формирования алекситимии в результате нарушения межполушарных взаимодействий.

Адаптационная алекситимия. В рамках данного раздела отдельные теоретические исследования предлагают рассматривать алекситимию как одну из адаптационных реакций организма на тревогу и своеобразно трансформированную форму проявления аффективных нарушений.

На основании этого подхода можно определить несколько вариантов алекситимического развития.

Защитная алекситимия – нарушение аутокоммуникации, вызванное страхом перед содержанием эмоций, и/или причинами, вызвавшими эмоциональное реагирование. Блокирование процесса вербального предъявления происходит на этапе обращения к прошлому травматичному опыту с нарушением идентификации эмоциональных состояний при сохранной способности определять тонкие телесные ощущения. Для лиц с защитной алекситимией характерна неспособность к диссоциации, что также препятствует возможности обращения к прошлому опыту.

Диссоциативная алекситимия характеризуется отсутствием вербальной экспрессии, проявляющимся в зоне интрапсихического конфликта с заполнением образовавшегося «вакуума» соматоформными признаками. В этом случае алекситимия выступает в качестве изолированного симптома нарушения вербальной экспрессии травматичных для невротической личности чувств (вины, стыда, страха, ревности и пр.) при отсутствии феномена в целом.

Ситуативная алекситимия как временный симптом затруднения вербализации эмоций в условиях фрустрирующей ситуации. Для этого варианта алекситимии характерно полное осознание и сохранная способность вербальной экспрессии эмоций, что временно затруднено из-за особенностей конкретной ситуации. Хронизация фрустрирующей ситуации приводит к формированию симптома алекситимии как неэффективной адаптационной стратегии межличностного взаимодействия.

Сочетанные алекситимии – к этому типу следует относить культуральную алекситимию, отягощенную развитием на её фоне одного из адаптационных вариантов.

Следует отметить, что данная классификация может быть применена лишь при работе с больными невротическими (паническими и соматоформными) расстройствами, как это представлено в исследовании Е.С. Гузовой [1992].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ литературных источников свидетельствует об отсутствии определенности в отношении феномена алекситимии. До сих пор вызывают дискуссии положения ее специфичности и

неспецифичности в генезе формирования психосоматических расстройств. При этом современные социальные условия, включающие широкий спектр развития цифровых технологий и предполагающие значительную погруженность человека в виртуальную реальность, порождают факторы риска формирования алекситимии. Представляется, что исследования в этом направлении должны быть продолжены.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Пособие для психологов и врачей / сост. Д.Б. Ереско [и др.]. СПб., 2005: 24.
2. Алекситимия – основные направления изучения / Р.Г. Есин [и др.]. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2014; 12: 148–151.
3. Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. Особенности акцентуаций характера у подростков Магадана с признаками алекситимии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 2 (83): 49–54.
4. Белокрылова М.Ф., Мучник М.М. Алекситимия и соматизация: уровень алекситимии у больных с функциональными кардиоваскулярными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2000; 1: 39–42.
5. Бобкова Е.Н., Ивашиненко Д.М. Роль алекситимии в развитии психосоматических заболеваний. Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: Сборник научных статей / под общей ред. В.И. Мазурова. СПб., 2012; XII: 61–67.
6. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР Медицина, 1999: 376.
7. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2003; 13 (1): 125.
8. Глушченко Т.Э., Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П. Алекситимия, тревожность и особенности психологической реабилитации пациентов, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования. Барнаул: Изд-во АлтГУ, 2013: 136.
9. Дьячкова-Рехтина Н.Н. Алекситимия и тревога у женщин, перенесших инфаркт миокарда. Психофизиологические методы коррекции: дис. ... к.м.н. Новосибирск, 2007: 125.
10. Игумнов С.А., Замогильный С.И., Николкина Ю.А. Алекситимия как фактор риска развития аддиктивного поведения молодежи. Психическое здоровье человека XXI века : сборник науч. ст. по материалам Конгресса. М., 2016: 49–51.
11. Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1995; 4: 96–102; 5: 20–25.
12. Копытов А.В. Связь алекситимичности с алкогольными проблемами в подростковом и молодом возрасте. *Здоровоохранение*. 2011; 5: 20–25.
13. Королева Е.Г., Лайша, Д.Ю., Буславский П.М. Портрет психосоматического больного с позиции алекситимии. Актуальные вопросы диагностики, терапии и реабилитации психических и поведенческих расстройств : материалы междунар. конф., посвящ. 50-летию кафедры психиатрии и наркологии. Гродно, 2012: 143–145.
14. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект-травма-алекситимия. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006: 800.
15. Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб.: «Речь», 2003: 288.
16. Нартова-Бочавер С.К., Потапова А.В. Уровень алекситимии как индикатор психологической устойчивости студентов технических и гуманитарных вузов. *Психологическая наука и образование*. 2012; 3: 10–17.
17. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии. Телесность человека: междисциплинарные исследования. Москва, 1991: 80–89.

18. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции. *Наркология*. 2009; 8, 10 (94): 85–92.
19. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: ООО Изд-во «Речь», 2002: 402.
20. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии. *Российский медицинский журнал*. 1998; 6: 45–47.
21. Провоторов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. Алекситимия. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2000; 6: 66–70.
22. Секоян И.Э. Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика? *Независимый психиатрический журнал*. 2007; 4: 22–28.
23. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1992; 8 (2): 18–24.
24. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 2. Практика: Пер. с англ. / под общ. ред. А.В. Казанской. М.: Издательская группа «Прогресс», «Литера»; Издательство Агентства «Яхтсмен», 1996: 547.
25. Феномен алекситимии у лиц с табачной зависимостью / О.И. Сперанская [и др.]. *Наркология*. 2012; 8: 67–71.
26. Шпаковская О.Г., Копытов А.В. Роль алекситимии в формировании психосоматических расстройств и зависимых форм поведения. *Медицинский журнал*. 2014; 4: 31–38.
27. Ahrens St. Die Psychosomatische Persönlichkeitsstruktur. Fact oder Fiction? *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1983; 51 (12): 409–426.
28. Ahrens St. Alexithymic und Kein Ende Versuch eines Resümee. *Z. Psychosom. Med.* 1987; 33: 201–220.
29. Apfel R., Sifneos P.E. Alexithymia: concept and measurement. *Psychother. Psychosom.* 1979; 32: 180–190.
30. Grynberg D., Luminet O., Corneille O., Grezez J., Berthoz O. Alexithymia in the interpersonal domain: a general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*. 2010; 49: 845–850.
31. Krystal H. Alexithymia and effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int. J. Psychoan. Psychother.* 1983; 9: 353–378.
32. Lesser I.M. Critique of Contributions to the Alexithymia Symposium. *Psychother. Psychosom.* 1985; 44: 82–88.
33. Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.* 1973; 22 (2): 255–262.
34. Smith M., Daurat A., Pariente P., Sifneos P.E. French translation of Schalling – Sifneos Personality Scale Revised and Beth Israel Questionnaire, 2 evolution tools of alexithymia. *Enecephale*. 1992; 8 (2): 171–174.
35. Taylor G.J. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *J. Psychiatr.* 1984; 141 (6): 725–732.
36. Taylor G.J., Ryan D., Bagby R.M. Toward the development of a new self – report alexithymia scale. *Psychother. Psychosom.* 1985; 44: 191–199.
37. Taylor G.J., Bagby R.M. Measurement of alexithymia recommendations for clinical practice and future research. *Psychiat. Clin. N. Amer.* 1988; 11: 323–366.
38. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, 1999: 359.

Поступила в редакцию 28.08.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Брель Елена Юрьевна, к.п.н., доцент кафедры общей и педагогической психологии.

Стоянова Ирина Яковлевна, д.п.н., старший научный сотрудник, в.н.с. отделения аффективных состояний, профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования.



Брель Елена Юрьевна, brelelena@mail.ru

УДК 616.89:159.9.072

For citation: Brel' E.Yu., Stoyanova I.Ya. Phenomenon of alexithymia in clinical-psychological studies (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 74–81. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-74-81](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-74-81)

Phenomenon of alexithymia in clinical-psychological studies (literature review)

Brel' E.Yu.¹, Stoyanova I.Ya.²

¹ National Research Tomsk State University
Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russian Federation

² Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

In article the analysis of the references devoted to a phenomenon of alexithymia in the aspect of mental health and psychosomatic disorders is presented. Study of theoretical approaches to formation and development of alexithymia phenomenon allows considering it as one of significant risk factors of development of psychosomatic diseases and determining methods effective in psychological prevention. Position about absence of inambiguity in understanding of this phenomenon is thus accented: discussions about specificity/non-specificity of alexithymia in origin of formation of psychosomatic disorders proceed. The research urgency of alexithymia is determined by modern conditions of the social development connected with an era of digital technologies that assumes considerable absorption of the person in the virtual reality promoting expansion of risk factors of formation of alexithymia.

Keywords: alexithymia, the concept of alexithymia, the alexithymia typology.

REFERENCES

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Посobie dlya psichologov i vrachev / sost. D.B. Eresko [i dr.]. Saint-Petersburg, 2005: 24 (in Russian).
2. Esin R.G. i dr. Алекситимия – osnovnyie napravleniya izucheniya [Alexithymia - the basic directions of study]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry 2014; 12: 148–151 (in Russian).
3. Bartosh T.P., Bartosh O.P., Mychko M.V. Osobennosti aktsentuatitsiy haraktera u podrostkov Magadana s priznakami aleksitimii [Traits of character accentuations in alexithymic adolescents of Magadan town]. *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii* – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2014; 2 (83): 49–54 (in Russian).
4. Belokrylova M.F., Muchnik M.M. Алекситимия и соматизация: uroven aleksitimii u bolnyih s funktsionalnyimi kardiovaskulyarnymi rasstroystvami [Alexythymia and somatization: level of alexythymia in pateints with functional cardiovascular disorders]. *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii* – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2000; 1: 39–42 (in Russian).

5. Bobkova E.N., Ivashinenko D.M. Rol aleksitimii v razvitiі psihosomaticheskikh zabolevaniy. Aktualnyie problemy psihosomatiki v obshchimeditsinskoy praktike [Role of alexythymia in development of psychosomatic diseases. Relevant problems of psychosomatics in general medicine practice]: Sbornik nauchnykh statey / pod obschey red. V.I. Mazurova. Sankt-Peterburg, 2012; XII: 61–67 (in Russian).
6. Brautigam V., Kristian P., Rad M. Psihosomaticheskaya meditsina [Psychosomatic medicine]. M.: GEOTAR Meditsina, 1999: 376 (in Russian).
7. Garanyan N.G., Holmogorova A.B. Kontsepsiya aleksitimii [Concept of alexythymia]. Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya – Social and Clinical Psychiatry. 2003; 13 (1): 128–145 (in Russian).
8. Glushchenko T.E., Belokrylova M.F., Garganeeva N.P. Aleksitimiya, trevozhnost i osobennosti psihologicheskoy reabilitatsii pacientov, perenesshih operatsiyu aortokoronarnogo shuntirovaniya [Alexythymia, anxiousness and features of psychological rehabilitation of patients after aortocoronary bypass surgery]. Barnaul: Izd-vo AltGU, 2013: 136 (in Russian).
9. Dyachkova-Rekhtina N.N. Aleksitimiya i trevoga u zhenschin, perenesshih infarkt miokarda. Psihofiziologicheskie metody korrektsii [Alexythymia and anxiety in women after myocardial infarction. Psychophysiological methods of correction] dis. ... kand. med. nauk. Novosibirsk, 2007: 125 (in Russian).
10. Igunnov S.A., Zamogilnyy S.I., Nikolkina Yu.A. Aleksitimiya kak faktor riska razvitiya addiktivnogo povedeniya molodezhi. Psihicheskoe zdorove cheloveka XXI veka [Alexythymia as a risk factor for development of addictive behavior in youth/ Mental health of a man of the XXIst century]: sbornik nauch. st. po materialam Kongressa. Moskva, 2016: 49–51 (in Russian).
11. Kalinin V.V. Aleksitimiya, mozgovaya lateralizatsiya i effektivnost terapii ksanaksom u bolnykh panicheskim rasstroystvom [Alexythymia, brain lateralization and efficiency of therapy with Xanax in patients with panic disorder]. Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya – Social and Clinical Psychiatry. 1995; 4: 96–102; 5: 20–25 (in Russian).
12. Kopytov A.V. Svyaz aleksitimichnosti s alkogolnymi problemami v podrostkovom i molodom vozraste [Association of alexythymia with alcohol caused problems in adolescent and young age]. Zdravooohranenie - Healthcare. 2011; 5: 20–25 (in Russian).
13. Koroleva E.G., Laysha, D.Yu., Buslavsky P.M. Portret psihosomaticheskogo bolnogo s pozitsii aleksitimii. Aktualnyie voprosy diagnostiki, terapii i reabilitatsii psihicheskikh i povedencheskikh rasstroystv [Portrait of psychosomatic patient from position of alexythymia/ Relevant issues of diagnostics, therapy and rehabilitation of mental and behavioral disorders]: materialy mezhdunar. konf., posvyasch. 50-letiyu kaf. psichiatrii i narkologii. Grodno, 2012: 143–145 (in Russian).
14. Kristal G. Integratsiya i samoistselenie. Affekt-trauma-aleksitimiiya [Integration and self-healing. Affect-trauma-alexithymia]. M.: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2006: 800 (in Russian).
15. Kulakov S.A. Osnovy psihosomatiki [Bases of psychosomatics]. Sankt-Peterburg: «Rech», 2003: 288 (in Russian).
16. Nartova-Bochaver S.K., Potapova A.V. Uroven aleksitimii kak indikator psihologicheskoy ustoychivosti studentov tehnikeskikh i gumanitarnykh vuzov [Level of alexythymia as an indicator of psychological stability of students of technical and humanitarian higher educational institutions]. Psihologicheskaya nauka i obrazovanie – Psychological Science and Education. 2012; 3: 10–17 (in Russian).
17. Nikolaeva V.V. O psihologicheskoy prirode aleksitimii. Telesnost cheloveka: mezhdistsiplinarnye issledovaniya [About psychological nature of alexythymia. Body image of the man: interdisciplinary research]. Moskva, 1991: 80–89 (in Russian).
18. Plotkin F.B. Aleksitimiya kak faktor formirovaniya i podderzhaniya addiktivnogo povedeniya [Alexythymia as a factor of addiction forming and supporting]. Narkologiya - Narcology. 2009; 8, 10 (94): 85–92 (in Russian).
19. Popov Yu.V., Vid V.D. Sovremennaya klinicheskaya psichiatriya [Modern clinical psychiatry]. Sankt-Peterburg: OOO Izd-vo «Rech», 2002: 402 (in Russian).
20. Provotorov V.M., Kravchenko A.Ya., Budnevsky A.V., Greko-va T.I. Traditsionnyie faktory riska IBS v kontekste problemy aleksitimii [Traditional risk factors of IHD in the context of the problem of alexythymia]. Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal – Russian Medical Journal. 1998; 6: 45–47 (in Russian).
21. Provotorov V.M., Chernov Yu.N., Lyshova O.V., Budnevsky A.V. Aleksitimiya [Alexythymia]. Zhurnal nevrologii i psichiatrii – Journal of Neurology and Psychiatry. 2000; 6: 66–70 (in Russian).
22. Sekoyan I.E. Aleksitimiya: prediktor, priznak psihosomatizatsii ili lichnostnaya karakteristika? [Alexithymia: Predictor, Sign of Psychosomatization or Personal Characteristics]. Nezavisimyy psichiatricheskii zhurnal – Independent Psychiatric Journal. 2007; 4: 22–28 (in Russian).
23. Solozhenkin V.V., Guzova E.S. Aleksitimiya (adaptatsionnyy podhod) i psihoterapevticheskaya model korrektsii [Alexythymia (adaptive approach) and psychotherapeutic model of correction]. Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya – Social and Clinical Psychiatry. 1992; 8 (2): 18–24 (in Russian).
24. Tome H., Kekhele H. Sovremennyy psihooanaliz [Modern psychoanalysis]. T. 2. Praktika: Per. s angl. / pod obsch. red. A.V. Kazanskoy. M.: Izdatelskaya gruppa «Progress», «Litera»; Izdatelstvo Agentstva «Yahtsmen», 1996: 547 (in Russian).
25. Fenomen aleksitimii u lits s tabachnoy zavisimostyu [Alexithymia in tobacco dependent patients]. O.I. Speranskaya [i dr.]. Narkologiya - Narcology. 2012; 8: 67–71 (in Russian).
26. Shpakovskaya O.G., Kopytov A.V. Rol aleksitimii v formirovaniі psihosomaticheskikh rasstroystv i zavisimyykh form povedeniya [Alexithymia and psychosomatic frustrations and dependent forms of behavior]. Meditsinskiy zhurnal – Medical Journal. 2014; 4: 31–38 (in Russian).
27. Ahrens St. Die Psychosomatische Persönlichkeitsstruktur. Fact oder Fiction? *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 1983; 51 (12): 409–426.
28. Ahrens St. Alexithymic und Kein Ende Versuch eines Resümees. *Z. Psychosom. Med.* 1987; 33: 201–220.
29. Apfel R., Sifneos P.E. Alexithymia: concept and measurement. *Psychother. Psychosom.* 1979; 32: 180–190.
30. Grynberg D., Luminet O., Corneille O., Grezez J., Berthoz O. Alexithymia in the interpersonal domain: a general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences.* 2010; 49: 845–850.
31. Krystal H. Alexithymia and effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int. J. Psychoanal. Psychother.* 1983; 9: 353–378.
32. Lesser I.M. Critique of Contributions to the Alexithymia Symposium. *Psychother. Psychosom.* 1985; 44: 82–88.
33. Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.* 1973; 22 (2): 255–262.
34. Smith M., Daurat A., Pariente P., Sifneos P.E. French translation of Schalling – Sifneos Personality Scale Revised and Beth Israel Questionnaire, 2 evolution tools of alexithymia. *Eneephate.* 1992; 8 (2): 171–174.
35. Taylor G.J. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *J. Psychiatr.* 1984; 141 (6): 725–732.
36. Taylor G.J., Ryan D., Bagby R.M. Toward the development of a new self – report alexithymia scale. *Psychother. Psychosom.* 1985; 44: 191–199.
37. Taylor G.J., Bagby R.M. Measurement of alexithymia recommendations for clinical practice and future research. *Psychiat. Clin. N. Amer.* 1988; 11: 323–366.
38. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, 1999: 359.

Received August 28.2017
Accepted October 30.2017

Brel' Elena Yu., Candidate of Psychological Sciences, senior lecturer of General and Pedagogical Psychology Department, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation.

Stoyanova Irina Ya., Doctor of Psychology, leading researcher of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; Professor of Psychotherapy and Psychological Counseling Department, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Brel' Elena Yu., brelelena@mail.ru

УДК 616.891.7-053.81

Для цитирования: Петров А.А., Черняк Н.Б. Зависимость от компьютерных онлайн-игр как подтип интернет-аддикции (литературный обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 82–88. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-82-88](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-82-88)

Зависимость от компьютерных онлайн-игр как подтип интернет-аддикции (литературный обзор)

Петров А.А., Черняк Н.Б.

*Иркутский государственный медицинский университет
Россия, 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1*

РЕЗЮМЕ

Данный литературный обзор посвящен проблеме ведущего подтипа интернет-аддикции – зависимости от компьютерных онлайн-игр. Актуальность исследования обусловлена беспрецедентной клинической и социальной значимостью патологического использования сетевых компьютерных игр среди взрослых и подростков во всем мире. Приводятся положения о дискутабельности нозологической самостоятельности интернет-аддикции, описывается важность дифференциации различных подтипов интернет-зависимого поведения, подчеркивается весомость аддиктогенного потенциала компьютерных онлайн-игр. Последующее изложение касается эпидемиологии, критериев и инструментов диагностики, клиники, динамики, коморбидности и лечения интернет-аддикции и игровой компьютерной зависимости. В заключении подчеркивается важность включения зависимости от компьютерных онлайн-игр в раздел III DSM-V, так как последнее позволит прийти к консенсусу в плане верификации и терапии данного психопатологического феномена.

Ключевые слова: интернет-аддикция, зависимость от компьютерных игр, игровая компьютерная зависимость, интернет-игровое расстройство.

ВВЕДЕНИЕ

Интернет – это ресурс, доступный 24 часа в сутки для большинства населения земного шара [24]. Мировая сеть предоставляет ряд преимуществ при использовании её в коммерческих, социальных, научных, медицинских целях. Интернет-игры имеют позицию доминирующей формы развлечения для взрослых и подростков, поскольку цифровые технологии позволяют играть на самых разных устройствах [47]. Однако с быстрым развитием Интернета и его социальной интеграцией негативные последствия, связанные с глобальной сетью, приобретают крайнюю выраженность [51]. Некоторые сетевые пользователи становятся зависимыми от Интернета, что приводит к академической неуспеваемости, снижению производительности труда [19] и семейным конфликтам [41]. Несмотря на то что термин «интернет-зависимость» является спорным [43], это наиболее часто используемое понятие в международных изданиях. Вопрос о том, является ли Интернет самостоятельным объектом зависимости или средством облегчения аддиктивного поведения, всё ещё остается открытым [37]. Сохраняется актуальной дискуссия – является ли чрезмерное использование Интернета истинным психическим расстройством, обычным поведением или отражением построенной на средствах массовой информации моральной паники [25].

ОБСУЖДЕНИЕ

Следует отметить, что интернет-аддикты используют различные интернет-приложения или аддиктивные сайты. В подтверждении этому эмпирические данные свидетельствуют о дифференциации между генерализованной интернет-зависимостью и специфическими типами аддиктивного использо-

вания Интернета [36]. М. Brand et al. (2014) предложен термин «расстройство специфического использования Интернета» (Specific Internet – Use Disorders), который подразумевает наличие таких подтипов интернет-аддикции, как интернет-игровое расстройство (Internet Gaming Disorder), интернет-гемблинг (internet gambling) и расстройство просмотра интернет-порнороликов (Internet Pornography Viewing Disorder) [17]. В свою очередь А.Ю. Егоров (2015) выделяет более расширенный ряд интернет-аддиктов, а именно интернет-гемблеров, интернет-геймеров, интернет-трудоголиков, интернет-сексоголиков, интернет-эроголиков, интернет-покупателей и интернет-аддиктов отношений [3].

По сравнению с другими видами интернет-зависимости пристрастие к компьютерным онлайн-играм является наиболее значимым подтипом, проявляющим такую специфическую особенность, как игровое ролевое поведение в виртуальном мире [24]. В мае 2013 г. в связи с клинической и социальной значимостью зависимость от компьютерных онлайн-игр под названием «интернет-игровое расстройство» (Internet Gaming Disorder) была внесена в раздел III DSM-V как проблема, требующая дальнейших исследований [12]. Это стало первым случаем, когда зависимость от сетевых компьютерных игр была официально (хотя и условно) признана расстройством психического здоровья в психиатрической номенклатуре.

По данным эпидемиологических исследований зарубежных авторов, интернет-зависимостью страдает от 1 до 2% населения земного шара [10, 14, 39]. При этом пристрастие к компьютерным онлайн-играм является одним из наиболее популярных её видов [33].

Показатель распространенности игровой компьютерной зависимости в странах Западной Европы варьирует от 1,7 до 8,5% среди подростков [32, 38] и от 0,2 до 0,6% среди взрослых [26, 35]. В Китае зависимость от компьютерных игр определяется у 2,4% молодого населения [34].

Точных данных о количестве интернет-аддиктов в России на сегодняшний день нет [3]. Отечественными исследователями выполнено ограниченное число работ, направленных на установление частоты интернет-аддикции в зависимости от компьютерных игр с использованием различных диагностических методик [5, 6, 7]. Анализ распространенности интернет-зависимого поведения среди московских подростков, проведенный В.Л. Малыгиным и др. [5], показал, что 4,3% подростков имеют признаки сформированного интернет-зависимого поведения, а 29,3% злоупотребляют интернет-ресурсами и относятся к группе риска в отношении проблемного использования Интернета.

Используя результаты анализа 3500 анкет-тестов К. Янг на интернет-зависимость, заполненных сетевыми пользователями, В.А. Лоскутова определила, что среди всех респондентов «здоровых» оказалось 74%, «пограничных» – 24%, «зависимых» – 2% [6].

По данным исследования А.В. Урсу, А.В. Худякова (2009), проведенного среди учащихся 7–10-х классов общеобразовательных школ, студентов медицинской академии, энергоуниверситета и энергоколледжа г. Иванова, установлено, что признаки увлеченности компьютерными играми имеют почти половина школьников старших классов (45,5%), треть учащихся колледжа (29,3%) и каждый десятый студент вузов (13,4%) [7].

Эмпирические исследования показывают, что симптомокомплекс интернет-аддикции соответствует критериям зависимости от психоактивных веществ [44]. В работах, посвященных интернет-аддикции (зависимости от компьютерных игр), применяются методы оценки, базирующиеся на диагностических критериях DSM-IV и DSM-V для наркомании и патологического гемблинга [22] или критериях МКБ-10 для зависимостей [45]. С момента возникновения понятий интернет-аддикции (зависимости от компьютерных игр) был разработан ряд психометрических шкал, насчитывающий в общей сложности 21 инструмент. Данные методики предназначены для идентификации интернет-аддикции (зависимости от компьютерных игр) в клинической и здоровой группах населения [29]. В качестве примера можно привести следующие опросники: Young's Internet Addiction Questionnaire, Ko's Internet Addiction Scale, Chen Internet Addiction Scale, Game Addiction Scale, Internet-Gaming Disorder 20 Test, Internet-Gaming Disorder Scale и ряд других. Значительная часть инструментов объемны и содержат более 15 вопросов. Наличие большого числа диагностических методик объясняется сохраняющимся дискуссионным статусом диагностических критериев зависимости от Интернета (компьютерных игр) [42].

Концептуализации их существенно различаются и в дополнение к этому границы разделения нормы от патологии варьируют, что препятствует научному и культуральному кросс-сравнению и ограничивает надежность исследований [30].

Диагностические критерии интернет-игрового расстройства по DSM-V наиболее близки по содержанию к диагностическим критериям патологического гемблинга и содержат 9 пунктов, которые должны быть реализованы клинически в течение последних 12 месяцев, а именно: (А) поглощенность интернет-играми, (В) симптомы отмены при отнятии Интернета, (С) толерантность, необходимость проводить всё большее количество времени за интернет-играми, (D) неудачные попытки контроля участия в интернет-играх, (Е) потеря интереса к хобби и развлечениям как результат, за исключением интернет-игр, (F) продолжение чрезмерного использования интернет-игр, несмотря на осознание психосоциальных проблем, (G) обман членов семьи, врачей или других относительно количества времени, затрачиваемого на интернет-игры, (H) использование интернет-игр для избегания или облегчения негативного настроения, (I) потеря значимых отношений, работы, образовательных или карьерных возможностей из-за участия в интернет-играх [12].

На сегодняшний день в литературе представлены две отечественных клинико-динамических модели развития компьютерной зависимости (зависимости от компьютерных игр) [7, 9]. Так, Л.Н. Юрьевой, Т.Ю. Болбот (2006) определены и описаны три этапа развития компьютерной зависимости [9]. *Первый этап* – риск развития компьютерной зависимости; характеризуется повышением времени, проводимого за ПК, снижением продуктивности в работе; потерей ощущения времени, эмоциональным подъемом при работе за компьютером, рост денежных расходов на его обслуживание, первые признаки социальной дезадаптации. *Второй этап* – сформированная компьютерная зависимость. Основными признаками, характерными для этого этапа, являются эмоционально-волевые нарушения и психическая зависимость. *Третий этап* – тотальная компьютерная зависимость (психическая и физическая зависимость, синдром актуализации компульсивного влечения). При этом наблюдаются признаки психической и физической зависимости, выражена социальная и семейная дезадаптация, безуспешны попытки контролировать работу за ПК. В структуре синдрома актуализации компульсивного влечения преобладают агрессивность, злобность, психомоторное возбуждение, депрессивные феномены, рассеянное внимание, произвольные «печатающие движения» пальцев рук. Возможно демонстративно-шантажное суицидальное поведение при попытке окружающих препятствовать компьютерной деятельности. Выражены физические симптомы: головная боль по типу мигрени, боль в позвоночнике, сухость в глазах, онемение и боль в пальцах кисти (синдром карпального канала).

В свою очередь А.В. Урсу, А.В. Худяковым (2009) предложены следующие стадии компьютерной игровой зависимости: начальная (стадия напря-

жения), средняя стадия (предельного напряжения), терминальная стадия (истощения) [7]. Их клиническое описание представлено в таблице.

Т а б л и ц а

Стадии компьютерной игровой зависимости по А.В. Урсу, А.В. Худякову (2009)

Начальная стадия (напряжения)	Средняя стадия (предельного напряжения)	Терминальная стадия (истощения)
Стадия охранительного торможения	Стадия срыва охранительного торможения	Стадия истощения
Повышение толерантности (растет среднее и максимальное время игры)	Максимальное нарастание толерантности	Снижение толерантности
В период игры эйфория периодически сменяется выраженными отрицательными эмоциями, связанными с неудачами в игре	Скрытое (неосознаваемое) сокращение длительности эйфории вызывает стремление пройти за раз «узловой момент» и побуждает к поиску новых более мощных игр	Явное уменьшение выраженности и продолжительности эйфории приводит к тому, что игры становятся неинтересными, новые игры быстро надоедают
При воздержании наблюдается астеническое состояние	При воздержании проявляются признаки психической зависимости: депрессия, дисфория, апатия, раздражительность	При воздержании возникает абстинентный синдром, в структуру которого могут входить вегетативные и соматические нарушения
Утрата контроля над временем в процессе игры	Полная утрата контроля	Псевдовосстановление контроля с рационализацией
Постоянное навязчивое желание поиграть	Формируется интенсивное неодолимое влечение к игре	Сохраняется неодолимое влечение поиграть, интенсивность снижается
На длительность игры оказывает влияние внешняя ситуация, необходимость выполнять свои обязанности	Игровая деятельность приобретает постоянный характер и прекращается не по воле играющего, а в связи с конфликтами с близкими и принудительным отлучением от игры	Игровая деятельность носит волнообразный (запойный) характер и связана с появлением новой игры или обновления. Прекращается после прохождения игры или на фоне плохого самочувствия
Заострение черт личности	Изменение личности	Снижение уровня личности, эмоционально-волевое оскудение
Временная заторможенность после игры	Заторможенность и транзиторная дереализация	Заторможенность и дереализация
Начальные явления астении	Признаки субкомпенсации: выраженные астенические расстройства с явлениями вегетативной дисфункции, тики, снохождения. Появляется невротическая симптоматика	Явления декомпенсации в виде обострения хронических и провокации скрытых наследственно отягощенных заболеваний

Ведущими синдромами зависимости от компьютерных игр в рамках последней модели являются астенический, депрессивный, аддиктивный и синдром измененного состояния сознания [7].

Помимо клинико-динамических характеристик игровой компьютерной аддикции, внимание исследователей направлено и на сопутствующие психические расстройства. Так, по крайней мере расстройства Оси I DSM-IV имеют коморбидные отношения с патологическим использованием Интернета – синдромом дефицита внимания и гиперактивности [21], депрессией, тревожными расстройствами [11], злоупотреблением психоактивными веществами [28]. В исследовании Г.А. Джолдыгулова и др. (2005) определена возможность коморбидного сосуществования интернет-аддикции с шизофренией [2], в работе К. Wölfling et al. (2015) – с биполярным аффективным расстройством [46].

В исследованиях зарубежных авторов оценивается распространенность личностных расстройств среди пациентов с интернет-аддикцией (зависимостью от компьютерных игр) [16, 18, 27, 50]. Представленность расстройств личности варьировала от 10 до 52%. Среди интернет-аддиктов чаще наблюдались пограничное [1, 16, 20], нарциссическое [16], антисоциальное [16], избегающее [3, 20, 50] и зависимое [50] личностные расстройства. В исследовании S. Zadra et al. (2016) установлено, что пользователи с интернет-аддикцией достоверно чаще имеют личностное расстройство по сравнению с пользователями без интернет-аддикции [50].

Для оказания медицинской помощи пациентам с интернет-аддикцией (зависимостью от компьютерных игр) применяются терапевтические программы в виде трёх основных вариантов: психофармакотерапии, психотерапевтической коррекции, комбинации психотерапевтической методики и лекарственных препаратов.

В ряде исследований психофармакотерапия применялась изолированно [4, 13, 15, 22]. Из препаратов использовались циталопрам 20–40 мг/сут в сочетании с кветиапином 50–200 мг/сут [13], эсциталопрам 10–20 мг/сут [22], флувоксамин 150–200 мг/сут, сертралин 150–200 мг/сут, флуоксетин 60 мг/сут, кломипрамин 200 мг/сут [15]. Во всех исследованиях наблюдалась редукция интернет-аддиктивной симптоматики.

Многие работы посвящены описанию различных форм психологической терапии для лечения интернет-аддикции [1, 8, 20, 48, 49]. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) предложена в качестве ведущего метода коррекции, учитывая компульсивный характер расстройства. Принимая во внимание ежедневное и необходимое использование Интернета по сравнению с другими навязчивыми синдромами, доктором Кимберли Янг был разработан специализированный вид КПТ для лечения интернет-зависимости, получивший название «когнитивно-поведенческая психотерапия для интернет-аддикции» (Cognitive Behavioral Therapy for Internet Addiction (CBT-IA) [49].

КПТ успешно сочетается с бупропионом замедленного высвобождения 150–300 мг/сут [31], клозапемом 5 мг/сут и сертралином 50 мг/сут [40].

Из перечня отечественных психотерапевтических методик, разработанных для лечения интернет-аддикции (зависимости от компьютерных игр) среди детей и подростков следует отметить психокоррекционную программу, разработанную Н.В. Вострокнутым и др. (2009) на базе консультативно-диагностического отделения ГНЦ ССП им. В.П. Сербского и Центра профилактической медицины г. Москвы [1]. Данная программа включает три этапа: консультативно-диагностический, коррекционно-терапевтический и коррекционно-поддерживающий. Ещё один отечественный метод коррекции компьютерной зависимости, осуществляемый в пределах проблемно-ориентированной психотерапии, предложенный А.Ф. Шайдулиной (2004), включает 4 этапа: диагностический, заключение психотерапевтического контракта, когнитивно-поведенческий и социальной реабилитации [8].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема зависимости от компьютерных онлайн-игр и Интернета исключительно сложна, многоаспектна и недостаточно изучена. Несмотря на растущую значимость игровой компьютерной аддикции как глобальной угрозы здоровью подростков и молодежи, в настоящее время наблюдается отсутствие научно обоснованных мер по ведению пациентов с данным расстройством. Исследования по зависимости от компьютерных игр уже давно характеризуются непоследовательностью в терминологии, дефинициях и оценке. Хотя критерии интернет-игрового расстройства не окончательно сформулированы, включение его в DSM-V приведет к более высокой степени стандартизации данного психопатологического феномена. Стандартизированный подход предоставит множество преимуществ, таких как улучшение в сопоставимости показателей распространенности и общих выводов во всех исследованиях. Возможный консенсус по определению интернет-игрового расстройства позволит производить более точную верификацию диагноза и повысить качество терапевтических программ в последующих клинических испытаниях.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА

- Вострокнуты Н.В., Пережогин Л.О. Зависимость от персонального компьютера, компьютерных игр и Интернета в детской психиатрической практике. *Практическая медицина*. 2009; 6 (38): 31–35.
- Джолдыгулов Г.А., Гусманов Р.М., Шевченко Ю. К вопросу о механизмах формирования чрезмерной увлеченности компьютерными играми. Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской научно-практической конференции. Иваново, 2005: 111–112.
- Егоров А.Ю. Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции. *Медицинская психология в России*. 2015; 4 (33): 1–17.
- Корнетов Н.А., Счастный Е.Д., Корнетов А.Н. Эффективность терапии депрессивных расстройств циталопрамом. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2001; 3 (4): 132–135.
- Мальгин В.Л. и др. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика. М.: Арсенал образования, 2010: 136.
- Лоскутова В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств: диссертация. Новосибирск, 2004: 157.
- Урсу А.В., Худяков А.В. Компьютерная игровая зависимость: клиника, динамика и эпидемиология. *Психическое здоровье*. 2009; 8 (39): 28–32.
- Шайдулина А.Ф. Особенности клиники и лечения пациентов с патологической склонностью к азартным играм и компьютерной зависимостью: диссертация. СПб., 2004: 144.
- Юрьева Л.Н., Больбот Т.Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. Днепропетровск: Пороги, 2006: 196.
- Aboujaoude E. et al. Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS spectrums*. 2006; 11 (10): 750–755.
- Ahmadi J. et al. Prevalence of addiction to the internet, computer games, DVD, and video and its relationship to anxiety and depression in a sample of Iranian high school students. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014; 8 (2): 75.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- Atmaca M. A case of problematic internet use successfully treated with an SSRI-antipsychotic combination. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2007; 31 (4): 961–962.
- Bakken I. J. et al. Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. *Scandinavian journal of psychology*. 2009; 50 (2): 121–127.
- Bipeta R. et al. Diagnostic Stability of Internet Addiction in Obsessive-compulsive Disorder: Data from a Naturalistic One-year Treatment Study. *Innovations in clinical neuroscience*. 2015; 12.
- Black D.W., Belsare G., Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999; 60 (12): 839–844.
- Brand M., Young K.S., Laier C. Prefrontal control and Internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Frontiers in human neuroscience*. 2014; 8: 375.
- Brand M., Young K.S., Laier C. Prefrontal control and Internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Front. Hum. Neurosci.* 8: 375. doi: 10.3389/fnhum.2014.00375.2014
- Cheung L.M., Wong W.S. The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: an exploratory cross-sectional analysis. *Journal of sleep research*. 2011; 20 (2): 311–317.
- Choo H., Gentile D.A., Sim T., Li D., Khoo A., Liau A.K. Pathological video gaming among Singaporean youth. *Ann Acad Med Singapore*. 2010; 39 (11): 822–829A.
- Dalbudak E., Evren C. The relationship of Internet addiction severity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in Turkish University students; impact of personality traits, depression and anxiety. *Comprehensive psychiatry*. 2014; 55 (3): 497–503.
- Dell'Osso B. et al. Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder: an open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008; 69 (3): 452–456.
- Demetrovics Z., Szeredi B., Rózsa S. The three-factor model of Internet addiction: The of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*. 2008; 40 (2): 563–574.
- Dong G., Huang J., Du X. Alterations in regional homogeneity of resting-state brain activity in internet gaming addicts. *Behavioral and Brain Functions*. 2012; 8 (1): 41.

25. Ferguson C.J., Coulson M., Barnett J. A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of psychiatric research*. 2011; 45 (12): 1573–1578.
26. Festl R., Scharkow M., Quandt T. Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction*. 2013; 108 (3): 592–599.
27. Floros G. et al. Comorbidity of psychiatric disorders with Internet addiction in a clinical sample: the effect of personality, defense style and psychopathology. *Addictive behaviors*. 2014; 39 (12): 1839–1845.
28. Heo J. et al. Addictive internet use among Korean adolescents: a national survey. *PLoS One*. 2014; 9 (2): e87819.
29. Kuss D.J. et al. Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current pharmaceutical design*. 2014; 20 (25): 4026–4052.
30. Kuss D.J., van Rooij A., Shorter G.W., Griffiths M.D., van de Mheen D. Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*. 2013. 29 (5): 1987–1996.
31. Kim S.M. et al. Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in human behavior*. 2012; 28 (5): 1954–1959.
32. King D.L. et al. Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video game users. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013; 47 (11): 1058–1067.
33. Kishi T. et al. Serotonin 1A receptor gene and major depressive disorder: an association study and meta-analysis. *Journal of human genetics*. 2009; 54 (11): 629–633.
34. Lam L.T. et al. The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents. *Injury prevention*. 2009; 15 (6): 403–408.
35. Mentzoni R.A. et al. Problematic video game use: estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*. 2011; 14 (10): 591–596.
36. Montag C. et al. Is it meaningful to distinguish between generalized and specific Internet addiction? Evidence from a cross-cultural study from Germany, Sweden, Taiwan and China. *Asia Pacific Psychiatry*. 2015; 7 (1): 20–26.
37. Petry N.M., O'Brien C.P. Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*. 2013; 108 (7): 1186–1187.
38. Rehbein F. et al. Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2010; 13 (3): 269–277.
39. Rumpf H.J. et al. Occurrence of internet addiction in a general population sample: a latent class analysis. *European addiction research*. 2013; 20 (4): 159–166.
40. Santos V., EgidioNardi A., Lucia Spear King A. Treatment of internet addiction in patient with panic disorder and obsessive compulsive disorder: a case report. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders)*. 2015; 14 (3): 341–344.
41. Şenormancı Ö. et al. Attachment and family functioning in patients with internet addiction. *General hospital psychiatry*. 2014; 36 (2): 203–207.
42. Shapira N.A. et al. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of affective disorders*. 2000; 57 (1): 267–272.
43. Starcevic V. Is Internet addiction a useful concept? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013; 47 (1): 16–19.
44. Thalemann R., Wölfling K., Grüsser S.M. Specific cue reactivity on computer game-related cues in excessive gamers. *Behavioral neuroscience*. 2007; 121 (3): 614.
45. Walther B., Morgenstern M., Hanewinkel R. Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *European addiction research*. 2012; 18 (4): 167–174.
46. Wölfling K. et al. Bipolar spectrum disorders in a clinical sample of patients with Internet addiction: Hidden comorbidity or differential diagnosis? *Journal of behavioral addictions*. 2015; 4 (2): 101–105.
47. Xu C.S., Chen J.S., Adelman R.A. Focus: Addiction: Video Game Use in the Treatment of Amblyopia: Weighing the Risks of Addiction. *The Yale journal of biology and medicine*. 2015; 88 (3): 309.
48. Young K.S. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyber Psychology & Behavior*. 2007; 10 (5): 671–679.
49. Young K.S. Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of behavioral addictions*. 2013; 2 (4): 209–215.
50. Zadra S. et al. The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. *Journal of Behavioral Addictions*. 2016; 5 (4): 691–699.
51. Zhou Z., Yuan G., Yao J. Cognitive biases toward Internet game-related pictures and executive deficits in individuals with an Internet game addiction. *PLoS One*. 2012; 7 (11): e48961.

Поступила в редакцию 28.08.2017
Утверждена к печати 30.10.2017

Петров Александр Александрович, аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии.
Черняк Наталья Борисовна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии.

✉ Черняк Наталья Борисовна, cherniakn@yandex.ru

УДК 616.891.7-053.81

For citation: Petrov A.A., Chernyak N.B. Dependence on computer online games as a subtype of internet addiction (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 82–88. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-82-88](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-82-88)

Dependence on computer online games as a subtype of internet addiction (literature review)

Petrov A.A., Chernyak N.B.

*Irkutsk State Medical University
Krasnogo Vosstaniya Street 1, 664003, Irkutsk, Russian Federation*

ABSTRACT

This literature review is devoted to the problem of the leading subtype of the Internet addiction – dependence on computer online games. The relevance of the study is caused by the unprecedented clinical and social significance of the pathological use of networked computer games among adults and adolescents worldwide. Provisions are made about the discreteness of the nosological independence of the Internet addiction, the importance of differentiating various subtypes of Internet-dependent behavior is de-

scribed, severity of the addictogenic potential of computer online games is emphasized. The following presentation concerns epidemiology, criteria and diagnostic tools, clinics, dynamics, comorbidity and treatment of Internet addiction / game computer dependency. In conclusion, the importance of including dependence on computer online games in the third section of the DSM-V is emphasized, since the latter will lead to a consensus in terms of verification and therapy of this psychopathological phenomenon.

Keywords: Internet addiction, dependence on computer games, computer game dependency, internet gaming disorder.

REFERENCES


- Vostroknutov N.V., Perezhogin L.O. Zavisimost ot personalnogo kompyutera, kompyuternykh igr i Interneta v detskoj psixiatricheskoj praktike [Dependence on the personal computer, computer games and Internet in children's psychiatric practice]. *Prakticheskaya meditsina – Practical Medicine*. 2009; 6 (38): 31–35 (in Russian).
- Dzholdyigulov G.A., Gusmanov R.M., Shevchenko Yu. K voprosu o mehanizmah formirovaniya chrezmernoy uvlechenosti kompyuternymi igrami [To the question of the mechanisms of formation of excessive enthusiasm for computer games]. *Diskussionnyye voprosy narkologii: profilaktika, lechenie i reabilitatsiya: Materialy Rossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*. Ivanovo, 2005: 111–112 (in Russian).
- Egorov A.Yu. Sovremennyye predstavleniya ob internet-addiktivnykh i podhodakh k ih korrektsii [Modern ideas about Internet addictions and approaches to their Correction]. *Meditsinskaya psixiologiya v Rossii – Medical Psychology in Russia*. 2015; 4 (33): 1–17 (in Russian).
- Kornetov N.A., Schastnyiy E.D., Kornetov A.N. Effektivnost terapii depressivnykh rasstroystv tsitalopramom [Efficiency of therapy of depressive frustration citalopram]. *Psixiatriya i psikhofarmakoterapiya – Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2001; 3 (4): 132–135.
- Malygin V.L. i dr. Internet-zavisimoe povedenie u podrostkov. Klinika, diagnostika, profilaktika [Internet-addiction behavior in adolescents. Clinic, diagnosis, prevention]. M.: Arsenal obrazovaniya, 2010: 136 (in Russian).
- Loskutova V.A. Internet-zavisimost kak forma nehimicheskikh additivnykh rasstroystv: dissertatsiya [Internet addiction as a form of non-chemical addictive]. Novosibirsk, 2004: 157 (in Russian).
- Ursu A.V., Hudakov A.V. Kompyuternaya igrovaya zavisimost: klinika, dinamika i epidemiologiya [Computer game addiction: clinic, dynamics and epidemiology]. *Psichicheskoe zdorove – Mental Health*. 2009; 8 (39): 28–32 (in Russian).
- Shaydulina A.F. Osobennosti kliniki i lecheniya patsientov s patologicheskoy sklonnostyu k azartnyim igrani i kompyuternoy zavisimostyu: dissertatsiya [Features of the clinic and treatment of patients with pathological predisposition to gambling and computer addiction]. Sankt-Peterburg, 2004: 144 (in Russian).
- Yureva L.N., Bolbot T.Yu. Kompyuternaya zavisimost: formirovanie, diagnostika, korrektsiya i profilaktika [Computer addiction: formation, diagnosis, correction and prevention]. Dnepropetrovsk: Porogi, 2006: 196 (in Russian).
- Aboujaoude E. et al. Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2,513 adults. *CNS spectrums*. 2006; 11 (10): 750–755.
- Ahmadi J. et al. Prevalence of addiction to the internet, computer games, DVD, and video and its relationship to anxiety and depression in a sample of Iranian high school students. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014; 8 (2): 75.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- Atmaca M. A case of problematic internet use successfully treated with an SSRI-antipsychotic combination. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2007; 31 (4): 961–962.
- Bakken I. J. et al. Internet addiction among Norwegian adults: a stratified probability sample study. *Scandinavian journal of psychology*. 2009; 50 (2): 121–127.
- Bipeta R. et al. Diagnostic Stability of Internet Addiction in Obsessive-compulsive Disorder: Data from a Naturalistic One-year Treatment Study. *Innovations in clinical neuroscience*. 2015; 12.
- Black D.W., Belsare G., Schlosser S. Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999; 60 (12): 839–844.
- Brand M., Young K.S., Laier C. Prefrontal control and Internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Frontiers in human neuroscience*. 2014; 8: 375.
- Brand M., Young K.S., Laier C. Prefrontal control and Internet addiction: a theoretical model and review of neuropsychological and neuroimaging findings. *Front. Hum. Neurosci.* 8: 375. doi: 10.3389/fnhum.2014.00375.2014
- Cheung L.M., Wong W.S. The effects of insomnia and internet addiction on depression in Hong Kong Chinese adolescents: an exploratory cross-sectional analysis. *Journal of sleep research*. 2011; 20 (2): 311–317.
- Choo H., Gentile D.A., Sim T., Li D., Khoo A., Liau A.K. Pathological video gaming among Singapore youth. *Ann Acad Med Singapore*. 2010; 39 (11): 822–829A.
- Dalbudak E., Evren C. The relationship of Internet addiction severity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in Turkish University students; impact of personality traits, depression and anxiety. *Comprehensive psychiatry*. 2014; 55 (3): 497–503.
- Dell'Osso B. et al. Escitalopram in the treatment of impulsive-compulsive internet usage disorder: an open-label trial followed by a double-blind discontinuation phase. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008; 69 (3): 452–456.
- Demetrovics Z., Szeredi B., Rózsa S. The three-factor model of Internet addiction: The of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behavior Research Methods*. 2008; 40 (2): 563–574.
- Dong G., Huang J., Du X. Alterations in regional homogeneity of resting-state brain activity in internet gaming addicts. *Behavioral and Brain Functions*. 2012; 8 (1): 41.
- Ferguson C.J., Coulson M., Barnett J. A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *Journal of psychiatric research*. 2011; 45 (12): 1573–1578.
- Festl R., Scharrow M., Quandt T. Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction*. 2013; 108 (3): 592–599.
- Floros G. et al. Comorbidity of psychiatric disorders with Internet addiction in a clinical sample: the effect of personality, defense style and psychopathology. *Addictive behaviors*. 2014; 39 (12): 1839–1845.
- Heo J. et al. Addictive internet use among Korean adolescents: a national survey. *PLoS One*. 2014; 9 (2): e87819.
- Kuss D.J. et al. Internet addiction: a systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current pharmaceutical design*. 2014; 20 (25): 4026–4052.
- Kuss D.J., van Rooij A., Shorter G.W., Griffiths M.D., van de Mheen D. Internet addiction in adolescents: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*. 2013. 29 (5): 1987–1996.
- Kim S.M. et al. Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in human behavior*. 2012; 28 (5): 1954–1959.
- King D.L. et al. Clinical features and axis I comorbidity of Australian adolescent pathological Internet and video game users. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013; 47 (11): 1058–1067.
- Kishi T. et al. Serotonin 1A receptor gene and major depressive disorder: an association study and meta-analysis. *Journal of human genetics*. 2009; 54 (11): 629–633.
- Lam L.T. et al. The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents. *Injury prevention*. 2009; 15 (6): 403–408.
- Mentzoni R.A. et al. Problematic video game use: estimated prevalence and associations with mental and physical health. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*. 2011; 14 (10): 591–596.

36. Montag C. et al. Is it meaningful to distinguish between generalized and specific Internet addiction? Evidence from a cross-cultural study from Germany, Sweden, Taiwan and China. *Asia Pacific Psychiatry*. 2015; 7 (1): 20–26.
37. Petry N.M., O'Brien C.P. Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction*. 2013; 108 (7): 1186–1187.
38. Rehbein F. et al. Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2010; 13 (3): 269–277.
39. Rumpf H.J. et al. Occurrence of internet addiction in a general population sample: a latent class analysis. *European addiction research*. 2013; 20 (4): 159–166.
40. Santos V., EgidioNardi A., Lucia Spear King A. Treatment of internet addiction in patient with panic disorder and obsessive compulsive disorder: a case report. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders)*. 2015; 14 (3): 341–344.
41. Şenormancı Ö. et al. Attachment and family functioning in patients with internet addiction. *General hospital psychiatry*. 2014; 36 (2): 203–207.
42. Shapira N.A. et al. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of affective disorders*. 2000; 57 (1): 267–272.
43. Starcevic V. Is Internet addiction a useful concept? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013; 47 (1): 16–19.
44. Thalemann R., Wölfling K., Grüsser S.M. Specific cue reactivity on computer game-related cues in excessive gamers. *Behavioral neuroscience*. 2007; 121 (3): 614.
45. Walther B., Morgenstern M., Hanewinkel R. Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *European addiction research*. 2012; 18 (4): 167–174.
46. Wölfling K. et al. Bipolar spectrum disorders in a clinical sample of patients with Internet addiction: Hidden comorbidity or differential diagnosis? *Journal of behavioral addictions*. 2015; 4 (2): 101–105.
47. Xu C.S., Chen J.S., Adelman R.A. Focus: Addiction: Video Game Use in the Treatment of Amblyopia: Weighing the Risks of Addiction. *The Yale journal of biology and medicine*. 2015; 88 (3): 309.
48. Young K.S. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyber Psychology & Behavior*. 2007; 10 (5): 671–679.
49. Young K.S. Treatment outcomes using CBT-IA with Internet-addicted patients. *Journal of behavioral addictions*. 2013; 2 (4): 209–215.
50. Zadra S. et al. The association between Internet addiction and personality disorders in a general population-based sample. *Journal of Behavioral Addictions*. 2016; 5 (4): 691–699.
51. Zhou Z., Yuan G., Yao J. Cognitive biases toward Internet game-related pictures and executive deficits in individuals with an Internet game addiction. *PloS One*. 2012; 7 (11): e48961.

Received August 28.2017
Accepted October 30.2017

Petrov Alexander A., post-graduate student of Psychiatry and Medical Psychology Department, Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russian Federation.

Chernyak Natalia B., PhD, assistant of Psychiatry and Medical Psychology Department, Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russian Federation.

 Chernyak Natalia B., cherniakn@yandex.ru

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

УДК 616.89-008.441:33:616.24-002.5-056.83-06-085.03-036.8:613.816

Для цитирования: Янов С.А., Филинюк О.В., Янова Г.В., Буйнова Л.Н., Колоколова О.В., Кабанец Н.Н. Эффективность противоалкогольной терапии у больных туберкулезом легких с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 4 (97): 89–94. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-89-94](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-89-94)

Эффективность противоалкогольной терапии у больных туберкулезом легких с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя

Янов С.А., Филинюк О.В., Янова Г.В.,
Буйнова Л.Н., Колоколова О.В., Кабанец Н.Н.

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

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – оценить возможность применения и эффективность лечения налтрексоном у больных с коморбидным течением туберкулеза легких и алкоголизма на фоне противотуберкулезной терапии. **Результаты.** Изучено применение налтрексона в суточной дозе 50 мг совместно с противотуберкулезным лечением у 92 впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, имеющих сопутствующие психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя в сравнении с аналогичными пациентами без противоалкогольного вмешательства (n=104). Определено, что применение препарата налтрексон сокращает количество стандартных порций алкоголя и продолжительность периода ежедневного употребления алкоголя, а в комбинации с противотуберкулезной терапией увеличивает шансы больного на излечение от туберкулеза. У пациентов, которые осознанно соглашались получать налтрексон и имеют опыт в совершении попыток отказа от употребления алкоголя в анамнезе хотя бы один раз, в 92,3% случаев наблюдался исход противотуберкулезной терапии в виде излечения. Комплексная терапия, включающая противотуберкулезное лечение и налтрексон, не ведет к возрастанию числа случаев выраженных побочных эффектов, за исключением рвоты. Приверженность лечению налтрексоном под непосредственным наблюдением составила 81,5%.

Ключевые слова: лечение туберкулеза, противоалкогольная терапия, налтрексон.

ВВЕДЕНИЕ

Результаты хорошо спланированных исследований, обобщенных в последующих систематических обзорах, метаанализах и монографиях, доказывают, что потребление алкоголя более 40 граммов в расчете на чистый этанол в день или появление расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголя, ассоциируется почти в 3 раза с более высоким риском развития туберкулеза по сравнению с отсутствием таковых или потреблением алкоголя ниже указанных пороговых значений [1, 2, 3, 4, 5, 6].

По данным исследований в г. Томске с применением теста AUDIT, доля впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя составляет 63,2%. При этом синдром алкогольной зависимости был зафиксирован у 26,3% пациентов. У больных с множественно лекарственно устойчивым туберкулезом и туберкулезом с широким спектром лекарственной устойчивости возбудителя этот показатель оказался ещё более высоким, составляя 35,4% и 41,0% соответственно [7, 8]. Коморбидность двух социально значимых заболеваний – туберкулеза легких и алкоголизма – была описана в медицинской литературе с 50–60-х годов прошлого века.

Связь между потреблением алкоголя и туберкулезом может быть объяснена двумя причинами. Во-первых, злоупотребление алкоголем формирует вторичную иммунологическую недостаточность, что повышает восприимчивость организма к туберкулезной инфекции, а способствует реактивации латентного туберкулеза; во-вторых, приводит к пребыванию людей в асоциальных средовых условиях, которые способствуют распространению туберкулезной инфекции [9, 10]. Другая особенность в коморбидности данных нозологий описывается как отрицательное взаимодействие между потреблением алкоголя и эффективностью противотуберкулезного лечения, с точки зрения приверженности к лечению, прерыванию лечения, которые обуславливают повышенный риск летального исхода или неэффективность терапии [11].

Несмотря на то что в последнее время в России наметилась отчетливая тенденция по снижению заболеваемости и смертности населения от туберкулеза (за последние 8 лет данные показатели снизились на 18% и 47% соответственно), в целом о стабилизации эпидемиологических показателей по данному заболеванию говорить пока ещё преждевременно [12].

При этом данные Всемирной организации здравоохранения отчетливо указывают на то, что в Европейском регионе отмечена третья по величине смертность от туберкулеза, связанная с потреблением алкоголя или их последствиями (первые два – табакокурение и гипертония), несмотря на один из самых низких показателей смертности от туберкулеза в целом за последнее десятилетие [13]. Это обусловлено не только высоким потреблением алкоголя, определяемым по соотношению потребителей, но и по общему потреблению алкоголя на душу населения. Из этого следует, что по мере снижения заболеваемости туберкулез становится всё более сконцентрированным среди уязвимых групп риска, в том числе лиц с тяжелым потреблением алкоголя и расстройствами, возникшими вследствие его злоупотребления.

Одной из задач, поставленных в рамках целей в области устойчивого развития на период до 2030 года, является прекращение глобальной эпидемии туберкулеза. «Стратегия по ликвидации туберкулеза», разработанная ВОЗ и одобренная Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2014 году, призывает снизить уровни смертности от туберкулеза на 90% и заболеваемости туберкулезом на 80% к 2030 году по сравнению с уровнями 2015 года [14]. К 2030 году с целью ликвидации в мире эпидемии туберкулеза, как отмечает ВОЗ, системы здравоохранения в странах с высоким бременем туберкулеза должны перестроиться с усилением роли общественного здравоохранения и задействовать механизмы междисциплинарного, межведомственного сотрудничества. В связи с этим совершенно очевидно, что одним из важнейших медицинских компонентов стратегии борьбы с туберкулезом, снижающих, прежде всего, смертность от него, должны быть меры, направленные на индивидуальные вмешательства для лиц с высоким уровнем риска употребления алкоголя.

Основываясь на том, что налтрексон (в суточной дозе 50 мг), как антагонист опиоидов, первоначально используемый в основном в терапии опиоидной зависимости, в том числе оказывает и многоуровневую блокировку как центральных, так и периферических эффектов конденсированных продуктов, образованных при метаболизме этанола, а также соответственно с тем, что налтрексон способен подавлять эндорфиноподобное действие алкоголя, авторы многочисленных научных работ рекомендуют его применение в качестве средства, снижающего потребление алкоголя с уменьшением частоты рецидивов [15]. Исследований эффективности налтрексона в когорте больных туберкулезом в лечении расстройств, вызванных употреблением алкоголя, ранее не проводилось.

Цель исследования – оценить возможность применения и эффективность лечения налтрексоном у больных с коморбидным течением туберкулеза легких и алкоголизма на фоне противотуберкулезной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено простое открытое рандомизированное клиническое исследование с применением противоалкогольного вмешательства больным туберкулезом легких, страдающим алкоголизмом. В исследование было включено 196 пациентов, которые подписали информированное согласие на участие в противоалкогольной программе. Данные пациенты принимали лечение по поводу туберкулеза легких, имели сопутствующие психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (F10.1, F10.2), из них 63% (121 человек) страдали синдромом алкогольной зависимости, 37% (71) имели употребление алкоголя с вредными последствиями. Рандомизация включенных в исследование пациентов происходила с помощью деления их на группы: пациенты 1-й группы получали совместно с противотуберкулезным лечением налтрексон в дозе 50 мг в день под непосредственным контролем медицинской сестры (92); пациенты 2-й группы налтрексон не принимали (104).

В рандомизированное клиническое исследование по применению налтрексона вошли впервые выявленные больные туберкулезом органов дыхания (инфильтративный, диссеминированный, фиброзно-кавернозный туберкулез легких) старше 18 лет, обоих полов. Критериями исключения были больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет в стадии декомпенсации, бронхиальная астма, тиреотоксикоз, онкопатология, ишемическая болезнь сердца, в том числе инфаркт миокарда, язвенная болезнь желудка в стадии обострения, гипертоническая болезнь), больные с иммунозависимыми заболеваниями (гломерулонефрит, ревматоидный артрит, псориаз, ВИЧ-инфекция), наличие беременности или грудного вскармливания. Пациенты не включались в исследование, если функциональные пробы печени были аномальными: превышение верхних границ АСТ и АЛТ более чем в 3 раза от нормы; если было обнаружено явное или скрытое (положительный результат анализа мочи на содержание опиоидных препаратов) употребление опиоидных препаратов в течение последнего месяца до исследования; после ознакомления с информированным согласием отсутствие понимания больным сути исследования, а также наличие психических заболеваний, не позволяющих участвовать в полной мере в мероприятиях исследования.

Материалом исследования были истории болезни пациентов с туберкулезом легких, карты приема противотуберкулезных препаратов и налтрексона, календари ретроспективного употребления алкоголя. Анализ данных приверженности пациентов лечению производился на основании карт, где медицинским персоналом ежедневно отмечался контролируемый прием каждой дозы противотуберкулезных препаратов и налтрексона. Вычислялся процент пропущенных доз за весь период терапии. В течение всего курса терапии фиксировались все возникающие побочные реакции на проводимое лечение.

Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи программного продукта SAS версия 9.1 (SAS Institute, Inc., Cary, NC). Количественные показатели представлялись в виде среднего и его стандартного отклонения. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывались абсолютное число и относительная величина в процентах. Достоверность различий качественных показателей проверялась при помощи критерия хи-квадрат, точного теста Фишера. Использовали критерии Манна–Уитни (в случае поиска различий между независимыми переменными) и Уилкоксона (в случае поиска различий между показателями, наблюдаемыми в динамике). Если достигнутый уровень значимости различий не превышал 0,05, их считали статистически значимыми.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По социально-демографическим характеристикам в исследовании преобладали безработные – 78,1% (153), мужчины – 82,1% (161), находившиеся ранее в местах лишения свободы – 26,3% (51), не имеющие семью – 62,2 % (122). Средний возраст участников исследования составил 40,9±11,2 года. У большинства пациентов туберкулез был выявлен впервые, причем у 84,7% (166) включенных в исследование заболевание сопровождалось деструкцией легочной ткани с двусторонним распространением специфического процесса (табл. 1).

Таблица 1

Коморбидная патология и клиничко-соматическая характеристика пациентов (n=196)		
Признак	Абс.	%
Сахарный диабет II типа	5	2,6
Кардио- или цереброваскулярные расстройства в анамнезе	8	4,1
Отсутствие лечения ТБ в прошлом	125	63,8
Низкий индекс массы тела	57	29,1
Деструктивный туберкулез, двусторонний процесс	166	84,7
Табакокурение	182	92,8
Опийная наркомания (F11)	14	7,1
Алкогольная зависимость (F10.2)	121	61,7
Употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1)	71	37,0

Курильщиками являлись 92,8% (182) исследуемых, выкуривающими в среднем в день 18,9±12,3 сигареты. 78% пациентов, вошедших в исследование, имели наследственную отягощенность по наркологическим заболеваниям. Средний возраст первой пробы алкоголя составил 15,0±3,3 года. Возраст начала симптомов злоупотребления алкоголем с потерей количественного контроля в опьянении, появлением социальных проблем из-за приема алкоголя на работе и в семье составил 26,5±8,9 года; развитие алкогольной зависимости, манифестации амнестических форм опьянения, формирование синдрома отмены и абстинентного синдрома с вегетативно-астеническими расстройствами – 31,3±8,5 года, из них у 41,8% (82 чел.) наблюдались палимпсесты опьянения. У 15 больных (7,6%) отмечалась тотальная амнезия периода опьянения (табл. 2).

Таблица 2

Клиническая характеристика алкоголизма у больных туберкулезом (n=196)		
Признак	абс.	%
Употребление алкоголя мешало выполнению работы (домашних и иных обязанностей)	137	69,9
Подвергали риску свою безопасность, принимая алкоголь в травмоопасных ситуациях	99	50,5
Правонарушения вследствие употребления алкоголя	107	54,6
Палимпсесты	82	41,8
Финальные амнезии периода опьянения	24	12,2
Тотальные амнезии периода опьянения	15	7,6

Ежедневное употребление алкоголя за последние 12 месяцев до проведения исследования отмечалось у 54 человек (27,6%). Количество стандартных доз алкоголя в день употребления за последний год составило 16,0±4,3.

Средний возраст возникновения абстинентного синдрома с соматовегетативными и неврологическими расстройствами составил 32,5±7,4 года, а абстинентного синдрома с abortивными психотическими расстройствами – 34,2±6,5 года.

В большинстве случаев (69,9%) употребление алкоголя препятствовало выполнению работы или домашних и иных обязанностей. Подвергали риску свою безопасность 99 человек (50,5%), потому что принимали алкоголь в ситуациях, где была опасность травматизации.

Все пациенты, получавшие налтрексон, проходили краткий курс по стимулированию приверженности (ККСП) к приему препарата. ККСП при алкогольной зависимости был разработан сотрудниками Национального института по злоупотреблению алкоголем и алкоголизмом, входящего в Национальные институты Здоровья США. ККСП проводился в виде трех фаз: первая фаза – начало лечения, вторая фаза – сохранение приверженности лечению, третья фаза – постепенное прекращение приема и завершение лечения.

В ходе первой фазы пациенты настраивались на позитивную тональность в отношениях, им внушалась уверенность, направленная на лечение, при этом создавалась теплая и доверительная атмосфера. На каждом сеансе пациенты получали информацию в доступной для них форме: их инструктировали о важности приема назначенной дозировки препарата; обсуждалась вероятность возникновения побочных эффектов в ходе лечения, им сообщалось, что побочные эффекты не представляют опасности, если они регистрируются и правильно купируются. В ходе второй фазы основное внимание уделялось сохранению приверженности к приему налтрексона и предотвращению прекращения приема препарата на раннем этапе. На каждом сеансе пациента настраивали на продолжение антиалкогольной терапии. Во время третьей фазы вместе с пациентом обсуждались те ощущения, которые он испытывал на всем протяжении проведения исследования. Обсуждались планы относительно того, как прекратить прием препарата; давалась объективная информация

о том, как данный препарат способствовал соблюдению трезвого образа жизни в течение наиболее сложного периода, и о том, как следует поддерживать такое состояние без оказания помощи.

Исследование эффективности налтрексона оценивалось по описанным ниже критериям.

Клинические критерии – влияние налтрексона на результаты лечения туберкулеза. Классификация исходов лечения туберкулеза включала следующие формулировки: излечен, лечение завершено, лечение прервано, неудача в лечении, переведен в другое лечебное учреждение. Определение исходов соответствует принципам ВОЗ.

Наркологические критерии – влияние налтрексона на исходы по употреблению алкоголя: изменение среднего числа дней воздержания от алкоголя в последний месяц исследования в сравнении с исходными данными, согласно измерениям в календаре

ретроспективного употребления алкоголя; изменение средней порции алкоголя в день чрезмерного употребления алкоголя в сравнении с исходными данными.

При анализе результатов химиотерапии, проведенной больным туберкулезом легких, страдающим расстройствами вследствие употребления алкоголя, было определено, что в целом в первой группе на эффективность лечения основного заболевания применение налтрексона не оказывало влияния.

Однако из 110 пациентов, сообщивших во время анкетирования хотя бы об одной попытке прекратить употреблять алкоголь в течение жизни, 48 пациентам (92,3%) удалось добиться излечения от туберкулеза на фоне приема налтрексона по сравнению с лицами, не принимавшими налтрексон, среди которых излечения достигли 44 пациента (75,9%) ($p=0,02$) (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Исходы лечения больных туберкулезом							
Лечение больных туберкулезом		Излечение	Неудача в лечении	Смерть от туберкулеза	Лечение прервано	Переведен в другое ЛУ	
В анамнезе нет попыток прекратить употреблять алкоголь	Совместное применение ПТП и налтрексона (n=92)	абс.	80	5	1	5	1
		%	87,0	5,4	1,1	5,4	1,1
	ПТП без применения налтрексона (n=104)	абс.	85	6	2	7	4
		%	81,8	5,8	1,9	6,7	3,8
p		0,23	0,16	0,92	0,62	0,69	
В анамнезе имеются попытки прекратить употреблять алкоголь	Совместное применение ПТП и налтрексона (n=52)	абс.	48	1	0	2	1
		%	92,3	1,9	-	3,9	1,9
	ПТП без применения налтрексона (n=58)	абс.	44	6	2	5	1
		%	75,9	10,3	3,4	8,6	1,7
p		0,02	0,02	0,06	0,16	0,32	

При анализе результатов применения налтрексона у больных туберкулезом установлено, что среднее число дней ежедневного чрезмерного употребления алкоголя в группе лиц, получавших налтрексон, было почти в 3 раза меньше, чем в группе пациентов, не получавших налтрексон ($p=0,02$), при этом на фоне сочетанной терапии средняя порция алкоголя уменьшилась в 2 раза (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

Результаты применения налтрексона у больных туберкулезом (n=196)			
Признак	Применение ПТП и налтрексона		p
	Совместное (n=92)	Без налтрексона (n=104)	
Среднее количество дней без приема алкоголя	24,5±1,03	23,4±0,86	0,41
Средняя продолжительность ежедневного чрезмерного употребления алкоголя	6,3±4,8	17,2±16,7	0,02
Среднее количество СПА в период чрезмерного употребления алкоголя	105,5±70,6	207,8±180,4	0,05

В процессе исследования проводился также анализ приверженности пациента к приему налтрексона с помощью подсчета приема доз препарата. Приверженность рассчитывалась как процент принятых доз по отношению к общему числу предписанных доз до завершения курса лечения.

Несмотря на первоначальные опасения, что пациенты будут отказываться от приема препарата

налтрексон в связи с увеличением медикаментозной нагрузки, отказ зафиксирован только у 3 больных (3,2%). В целом средняя приверженность к препарату налтрексон составляла 81,5% (стандартное отклонение 37,4%). Для сравнения: средняя приверженность к приему противотуберкулезных препаратов в терапии туберкулеза имела значение 86,7% (стандартное отклонение 8,5%). При этом наиболее высокая приверженность к приему налтрексона отмечалась на начальном этапе курса лечения (в 1-й месяц – 90%, во 2-й месяц – 82%, в 3-й месяц – 82%), которое в большинстве случаев происходило в стационаре.

Ежемесячный мониторинг побочных эффектов, проводимый в исследовании больных туберкулезом, страдающих алкогольной зависимостью, не выявил существенных различий между группами пациентов с применением налтрексона и без него, за исключением побочной реакции в виде рвоты, которая чаще возникала в группе пациентов, которые принимали налтрексон ($p=0,04$).

ВЫВОДЫ

В обследованной выборке больных туберкулезом легких с коморбидным течением алкоголизма применение препарата налтрексон сокращает количество стандартных порций с 207,8±180,4 до 105,5±70,6 ($p=0,05$), продолжительность периода ежедневного употребления алкоголя снижается до 6,3±4,8 дня против 17,2±16,7 дня ($p=0,02$).

Больные туберкулезом с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя могут получать комплексное лечение, включающее использование режимов химиотерапии туберкулеза в комбинации с налтрексоном, без выраженных побочных эффектов (за исключением побочной реакции в виде рвоты, которая чаще возникала в группе пациентов, которые принимали налтрексон) ($p=0,04$).

Среди пациентов, которые осознанно соглашались получать противоалкогольную помощь в рамках исследования, имеющие опыт в совершении попыток отказа от употребления алкоголя в анамнезе хотя бы один раз показали лучшие результаты лечения туберкулеза в группе исследования с применением препарата налтрексон (излечение – 92,3%) в сравнении с группой пациентов, не принимавших данный препарат (излечение – 75,9%; $p=0,02$).

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; Гарвардская медицинская школа в рамках исследования «Комплексное лечение от алкоголизма для больных туберкулезом» (ИМАСТ).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» № 9 от 16.01.2009 г.).

ЛИТЕРАТУРА

- Lönnroth K., Williams B., Stadlin S. et al. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review. *BMC Public Health*. 2008; 8: 289. DOI: 10.1186/1471-2458-8-289
- Rehm J., Samokhvalov A.V., Neuman M.G. et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health*. 2009; 9: 450. DOI: 10.1186/1471-2458-9-450
- Imtiaz S., Shield K.D., Roerecke M. et al. Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. *The European Respiratory Journal*. 2017; 50 (1): 1700216. DOI: 10.1183/13993003.00216-2017
- Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009: 510.
- Бохан Н. А., Коробицина Т. В. Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общей медицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11–17.
- Бохан Н.А., Янов С.А., Янова Г.В., Лившиц В.Л., Шин С. Гендерные различия в характере и последствиях употребления алкоголя среди больных туберкулезом легких. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 5 (68): 34–37.
- Янов С.А., Бохан Н.А., Мэтью Т., Янова Г.В., Филинюк О.В., Некрасов Е.В., Щегерцов Д.Ю. Чувствительность и специфичность скрининг-теста «AUDIT» при выявлении расстройств в результате употребления алкоголя среди больных туберкулезом легких. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 4 (55): 34–36.
- Янов С.А., Бохан Н.А., Янова Г.В., Лившиц В.Л., Шин С. Влияние психосоциальных и клинических факторов, включая расстройства в результате употребления алкоголя, на нежелательный исход лечения туберкулеза. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 5 (68): 31–34.
- Gamble L., Mason C.M., Nelson S. The effects of alcohol on immunity and bacterial infection in the lung. *Med Mal Infect*. 2006; 36: 72–77.
- Szabo G., Saha B. Alcohol's effect on host defense. *Alcohol Res*. 2015; 37: 159–170.
- Duraisamy K., Mrithyunjayan S., Ghosh S. et al. Does Alcohol Consumption during Multidrug-resistant Tuberculosis Treatment Affect Outcome? A Population-based Study in Kerala, India. *Annals of the American Thoracic Society*. 2014; 11 (5): 712–718.
- World Health Organization. WHO TB burden estimates. Date last accessed: October 5, 2016. www.who.int/tb/country/data/download/en/
- World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva, World Health Organization, 2014.
- Uplekar M., Weil D., Lonnroth K. et al. WHO's new End TB Strategy. *The Lancet*. 2015; 385 (9979): 1799–1801.
- Krystal J.H., Cramer J.A., Krol W.F. et al. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *N Engl J Med*. 2001; 345 (24): 1734–1739.

Поступила в редакцию 30.06.2017

Утверждена к печати 30.10.2017

Янов Сергей Анатольевич, к.м.н., главный врач санатория-профилактория Томского политехнического университета.
Филинюк Ольга Владимировна, д.м.н., заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии.
Янова Галина Владимировна, к.м.н., доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии.
Буйнова Людмила Николаевна, к.м.н., доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии.
Колоколова Ольга Валентиновна, к.м.н., доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии.
Кабанец Надежда Николаевна, ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии.

✉ Филинюк Ольга Владимировна, e-mail: filinyuk.olga@yandex.ru

УДК 616.89-008.441:33:616.24-002.5-056.83-06-085.03-036.8:613.816

For citation: Yanov S.A., Filinyuk O.V., Yanova G.V., Buianova L.N., Kolokolova O.V., Kabanets N.N. Efficiency of antialcohol therapy in patients with pulmonary tuberculosis and alcohol use disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 4 (97): 89–94. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-89-94](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-89-94)

Efficiency of antialcohol therapy in patients with pulmonary tuberculosis and alcohol use disorders

Yanov S.A., Filinyuk O.V., Yanova G.V.,
Buianova L.N., Kolokolova O.V., Kabanets N.N.

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

ABSTRACT

Study aim – to estimate possibility of application and efficiency of therapy with Naltrexone in patients with comorbid course of pulmonary tuberculosis and alcoholism against the background of tubercular regimen. **Results.** We investigated efficiency of anti-alcohol therapy in patients with pulmonary tuberculosis. We used a combination of 50 mg Naltrexone and tubercular regimen in 92 patients who had new-onset pulmonary tuberculosis and alcohol-related psychiatric disorders. A group of control included similar patients without antialcohol therapy (n=104). Naltrexone lowered both alcohol intake amount and duration of drinking bouts. 92.3% of patients were cured from pulmonary tuberculosis in case of voluntary intake of Naltrexone treatment and attempted alcohol use refusal at least once in life. Combination of Naltrexone and tubercular regimen did not heighten the risk of side effects except of vomiting. Treatment compliance during the study was 81.5%.

Keywords: tubercular regimen, antialcohol therapy, Naltrexone.

REFERENCES

1. Lönnroth K., Williams B., Stadlin S. et al. Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review. *BMC Public Health*. 2008; 8: 289. DOI: 10.1186/1471-2458-8-289
2. Rehm J., Samokhvalov A.V., Neuman M.G. et al. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health*. 2009; 9: 450. DOI: 10.1186/1471-2458-9-450
3. Imtiaz S., Shield K.D., Roerecke M. et al. Alcohol consumption as a risk factor for tuberculosis: meta-analyses and burden of disease. *The European Respiratory Journal*. 2017; 50 (1): 1700216. DOI: 10.1183/13993003.00216-2017
4. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (in Russian).
5. Bokhan N.A., Korobitsina T.V. [Comorbidity of alcoholism and therapeutic pathology in general medicine practice]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental Disorders in General Medicine]. 2008; 3: 11–17. (in Russian).
6. Bokhan N.A., Yanov S.A., Yanova G.V., Livshits V.L., Shin S. Gender differences in character and consequences of alcohol use among patients with pulmonary tuberculosis. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2011; 5 (68): 34–37.
7. Yanov S.A., Bokhan N.A., Mathew T., Yanova G.V., Filinyuk O.V., Nekrasov E.V., Shchegertsov D.Yu. Чувствительность и специфичность скрининг-теста "AUDIT" при выявлении расстройств в результате употребления алкоголя среди больных туберкулезом легких [Sensitivity and specificity of «AUDIT» as a screening instrument in detection of individuals at risk of alcohol use disorders and among patients with pulmonary tuberculosis]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2009; 4 (55): 34–36 (in Russian).
8. Yanov S.A., Bokhan N.A., Yanova G.V., Livshits V.L., Shin S. Vliyanie psihosotsial'nykh i klinicheskikh faktorov, vkluchaya rasstroystva v rezul'tate upotrebleniya alkogolya, na nezhelatel'nykh iskhod lecheniya tuberkuleza [Influence of psychosocial and clinical factors including disorders as result of alcohol consumption on undesirable outcome of tuberculosis treatment]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2011; 5 (68): 31–34 (in Russian).
9. Gamble L., Mason C.M., Nelson S. The effects of alcohol on immunity and bacterial infection in the lung. *Med Mal Infect*. 2006; 36: 72–77.
10. Szabo G., Saha B. Alcohol's effect on host defense. *Alcohol Res*. 2015; 37: 159–170.
11. Duraisamy K., Mrithyunjayan S., Ghosh S., et al. Does Alcohol Consumption during Multidrug-resistant Tuberculosis Treatment Affect Outcome? A Population-based Study in Kerala, India. *Annals of the American Thoracic Society*. 2014; 11 (5): 712–718.
12. World Health Organization. WHO TB burden estimates. Date last accessed: October 5, 2016. www.who.int/tb/country/data/download/en/
13. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva, World Health Organization, 2014.
14. Uplekar M., Weil D., Lonroth K. et al. WHO's new End TB Strategy. *The Lancet*. 2015; 385 (9979): 1799–1801.
15. Krystal J.H., Cramer J.A., Krol W.F. et al. Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *N Engl J Med*. 2001; 345 (24): 1734–1739.

Received June 30.2017

Accepted October 30.2017

Yanov Sergey A., PhD, chief physician of sanatorium-dispensary of Tomsk Polytechnic University, Tomsk, Russian Federation.
Filinyuk Olga V., MD, Head of Phthisiology and Pulmonology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Yanova Galina V., PhD, senior lecturer of Phthisiology and Pulmonology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Buinova Lyudmila N., PhD, senior lecturer of Phthisiology and Pulmonology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Kolokolova Olga V., PhD, senior lecturer of Phthisiology and Pulmonology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Kabanets Nadezhda N., assistant of Phthisiology and Pulmonology Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Filinyuk Olga V., e-mail: filinyuk.olga@yandex.ru

ЮБИЛЕИ



16 декабря 2017 года отметила свой 90-летний юбилей высококвалифицированным специалистом в области нейроэндокринологии, создательницей научной школы клинической и экспериментальной нейробиологии, профессором, доктором медицинских наук, в течение долгих лет заместителем директора по научной работе Научного центра психического здоровья РАМН

Диана Дмитриевна Орловская

Диана Дмитриевна Орловская в 1951 г. начала свою профессиональную деятельность после окончания с отличием Второго государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова клиническим ординатором, затем младшим научным сотрудником в Институте психиатрии Минздрава СССР (в дальнейшем Институт психиатрии АМН СССР и Научный центр психического здоровья РАМН). Проработав в этом учреждении многие десятилетия, она прошла тернистый путь в науке от младшего научного сотрудника до профессора, руководителя крупного научного подразделения, заместителя директора по науке, главного научного сотрудника, создав себе имидж современной деловой женщины в науке.

Приобретенный ею за этот период научный опыт не только послужил основанием для А.В. Снежневского в 1971 г. рекомендовать Д.Д. Орловскую на должность руководителя лаборатории клинической нейроморфологии, в которой были продолжены начатые ранее разработки в области стресса и расширены нейроанатомические исследования на основе новых методических приемов. Широкую известность среди отечественных и зарубежных специалистов получили работы Д.Д. Орловской и сотрудников её лаборатории по изучению ультраструктуры мозга плодов, развивающихся в организме больных шизофренией матерей, синапсархитектонике и цитохимии дофаминергической системы мозга, особенностям строения желудочковых поверхностей мозга и амилоидозу при болезни Альцгеймера и ультраструктурной морфометрии клеточных элементов при шизофрении. На базе полученных данных были созданы многолетние международные программы по биологии шизофрении, которые в настоящее время развиваются в направлении количественной оценки взаимодействия различных клеточных элементов мозговой ткани.

Результаты фундаментальных исследований нашли отражение в 185 работах, значительная часть которых опубликована в зарубежной печати; Д.Д. Орловская является соавтором двух руководств по психиатрии и 7 монографий, в том числе 4 зарубежных. Ею подготовлено 3 доктора наук и 10 кандидатов наук.

Научная деятельность неразрывно связана с проблемами психоэндокринологии, не утратившими до сих пор актуальности. В этом направлении работала в течение 10 лет, защитив в 1958 г. кандидатскую диссертацию «Материалы по изучению функции коры надпочечников у больных шизофренией», в 1966 г. докторскую диссертацию «Нейроэндокринные факторы при шизофрении и их связь с типом течения заболевания». Клинико-экспериментальные работы по стрессу, выполненные в эти годы, привлекли внимание прославленного ученого с мировым именем Г. Селье и получили его высокую оценку

Диану Дмитриевну Орловскую характеризует огромный организаторский талант, по своей мощи и силе равный энергичной деятельности отечественных корифеев психиатрической науки советского и постперестроечного периодов. Неоценимый вклад в развитие научных направлений ВНИЦЗ РАМН внесен Д.Д. Орловской в период ее работы заместителем директора института. Вместе с целой плеядой замечательных клиницистов и талантливых ученых во главе с академиком М.Е. Вартамяном Д.Д. Орловская и Г.И. Коляскина стояли у истоков создания НИИ психического здоровья в Томске. Томские коллеги всегда помнят, сколько ими лично сделано для создания института, организации современных лабораторий, формирования приоритетных научных программ. Естественно, связь с томичами неразрывна и продолжается до настоящего времени: с особым теплом её вспоминают и используют малейшую возможность для творческих контактов сотрудники лаборатории нейроморфологии, которой она фактически руководила в течение нескольких лет, подготовив для института 4 кандидатов наук.

Огромный вклад в развитие психиатрической науки и практики внесены Д.Д. Орловской в качестве члена редколлегии, а с 1976 г. — ответственного секретаря «Журнала неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», она является членом редколлегии журнала «Психиатрия» и журнала РАН «Общественные науки за рубежом» по разделу «Науковедение», научным редактором целого ряда книг, выпущенных издательством «Медицина».

Деятельность юбиляра была отмечена орденом «Знак почета» и рядом медалей. Своей общественной и высокопрофессиональной деятельностью Д.Д. Орловскаянискала огромное уважение и авторитет со стороны не только сотрудников НИЦЗ РАМН, но всего российского психиатрического сообщества.

Редколлегия СВПН поздравляет Диану Дмитриевну Орловскую с юбилеем и желает ей здоровья, благополучия в жизни, неиссякаемой творческой энергии, оптимизма и дальнейших успехов в научной и общественной работе.



8 сентября 2017 г. исполнилось 80 лет академику РАН, профессору, доктору медицинских наук, заслуженному деятелю науки, научному руководителю по прикладным исследованиям Томского национального исследовательского медицинского центра, научному руководителю НИИ кардиологии Томского НИМЦ, заведующему кафедрой факультетской терапии с курсом клинической фармакологии Сибирского государственного медицинского университета

Ростислав Сергеевич Карпов – видный российский ученый-кардиолог, терапевт, основатель известной научной школы кардиологии, психосоматики, психокardiологии, талантливый педагог, представитель известной врачебной династии, достойный ученик патриарха отечественной медицины академика Академии медицинских наук СССР Д.Д. Яблокова. Круг научных интересов многогранен: ревматология, кардиология, клиническая фармакология, клиническая и популяционная эпидемиология. Приоритетными являются вопросы атеросклероза и ишемической болезни сердца

Ростиславу Сергеевичу Карпову

Р.С. Карпов известен и как крупный организатор науки и здравоохранения. При его непосредственном участии созданы НИИ кардиологии в Томске, Тюменский кардиоцентр, Томский научный центр. Под его руководством впервые в России разработана модель мобильного автоматизированного консультативно-диагностического центра на базе теплохода «Кардиолог» для оказания кардиологической помощи рассредоточено проживающему населению Сибири. При его активном участии внедрена сеть аритмологических центров в регионе Сибири и Дальнего Востока. По его инициативе открыто единственное на Урале отделение детской кардиологии. Является идеологом разработки и внедрения федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ» в регионе Сибири и Дальнего Востока.

Вместе с учениками разрабатывает научную проблематику ранней диагностики, лечения и профилактики ИБС, дислипидемий, гипертонии, сахарного диабета, кардиомиопатий и вклада психосоматических факторов. Совместно с психиатрами разрабатывает клинико-нейрофизиологические аспекты психокardiологии, взаимосвязь и общие механизмы патогенеза кардиоваскулярных расстройств и психических заболеваний, результаты которых обсуждаются на междисциплинарных региональных форумах. Большое внимание уделяет внедрению ультразвуковых технологий в кардиологии. Возглавляет фундаментальные исследования по созданию наноматериалов для лечения атеросклероза. Группой сотрудников по его инициативе разработана дескриптивная модель риска сердечно-сосудистых заболеваний у взрослого населения среднеурбанизированного города Западной Сибири, проводится мониторинг острых коронарных катастроф на популяционном уровне; впервые в России создан госпитальный Регистр тромбозов легочной артерии.

Под его руководством выполнено и защищено 42 докторских и 81 кандидатская диссертация. Автор более 900 научных работ, из них 415 российских и зарубежных статей, 28 монографий, 10 глав в монографиях. Имеет 43 патента и авторских свидетельства на изобретения.

Высочайший профессионализм, полная самоотдача в работе, широта кругозора, доброжелательность и требовательность – этими и другими профессиональными и человеческими качествами Ростислав Сергеевич щедро

делится со своими многочисленными соратниками и учениками.

Р.С. Карпов – член Бюро отделения медицинских наук РАН и Президиума СО РАН, член Правления Российского кардиологического общества, член Европейского и Международного обществ кардиологов, почетный член Болгарского кардиологического общества, председатель Томского областного научно-практического общества кардиологов и геронтологов, председатель Диссертационного совета, член редакционных советов 20 научных журналов, главный редактор журнала «Сибирский медицинский журнал».

Достоин восхищения список наград Ростислава Сергеевича: Орден Трудового Красного Знамени, Лауреат Государственной премии СССР в области науки и техники, Орден Октябрьской Революции, Орден Почета, Орден «За заслуги перед Отечеством» IV степени, Почетный гражданин города Томска, Заслуженный деятель науки РФ, Медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением», Знак отличия «За заслуги перед Томской областью», Орден им. Николая Пирогова «За выдающиеся достижения в медицине», Памятная медаль Энциклопедии «Лучшие люди России», Лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, Лауреат Национальной премии по кардиологии «Пурпурное сердце» в номинации «Мэтр кардиологии», Занесен в Книгу Почета Федерации независимых профсоюзов России (ФНПР) Томской области, Юбилейная медаль «70 лет Томской области», Орден «Томская слава», Юбилейная медаль «400 лет городу Томску», Лауреат Демидовской премии, Почетный гражданин Томской области, Золотая медаль имени С.П. Боткина, Памятная медаль Российского кардиологического общества за выдающиеся достижения в развитии отечественной кардиологии.

Многолетняя плодотворная научная, научно-организаторская, педагогическая и врачебная деятельность юбиляра получила высокую оценку и признание отечественных и зарубежных коллег.

Редколлегия СВПН поздравляет Ростислава Сергеевича Карпова с юбилеем и желает ему крепкого здоровья, оптимизма, доброго расположения духа.



14 декабря 2017 г. исполнилось 65 лет академику РАН, доктору медицинских наук, профессору, директору ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», директору Томского НИИ онкологии

**Евгению Лхаматыреновичу
Чойнзону**

Родился 14 декабря 1952 г. в Бурятии. После окончания лечебного факультета Томского мединститута, клинической ординатуры на кафедре оториноларингологии работал младшим научным сотрудником отделения опухолей головы и шеи Сибирского филиала Всесоюзного онкологического научного центра АМН СССР. В 1984 г. защитил кандидатскую диссертацию, в 1995 г. докторскую диссертацию. В 2002 г. получил звание профессора, в 2005 г. избран членом-корреспондентом РАМН, в 2011 г. академиком РАМН.

Фундаментальные проблемы, разрабатываемые под его руководством, касаются изучения роли иммунной системы и онкогенных вирусов в генезе опухолевого роста. Получены новые сведения о механизмах формирования резистентности опухолевых клеток к свободно радикальному повреждению, выявлены и клинико-эпидемиологические особенности первично-множественных опухолей головы и шеи.

Предложил новые подходы к лечению рака щитовидной, околоушной желез, полости носа и околоносовых пазух на основе органосохранных операций в сочетании с интраоперационной электронной и дистанционной нейтронной терапией. Разработал современные методические подходы к восстановлению голосовообразующей функции у больных после комбинированной терапии рака гортани, органов полости рта и ротоглотки, при парезах и параличах гортани с применением биологической обратной связи на основе математического моделирования.

Результаты научных исследований Е.Л. Чойнзона опубликованы в свыше 800 научных работах, в том числе в 19 монографиях, 221 российских и зарубежных статьях. Соавтор 37 патентов и авторских свидетельств на изобретения.

В соавторстве с томскими психиатрами подготовил к изданию монографию «Развитие сибирской психоонкологии», где с различных методологических позиций анализируются фундаментальные разработки и практические вопросы современной онкопсихиатрии. В рамках совместной международной конференции «Культура, Мозг, Тело» научно обоснованы вопросы комплексной реабилитации онкобольных при участии онкологов, психиатров, психотерапевтов и психологов.

Основные направления научной деятельности представляют широкий интерес ученого с мировым именем: разработка методов ранней диагностики, органосохранного и реконструктивно-пластического хирургического лечения, комбинированной терапии, психоонкологическая реабилитация и качество жизни больных со злокачественными новообразованиями области головы и шеи, изучение механизмов канцерогенеза и опухолевой прогрессии

Руководитель 10 докторских и 19 кандидатских диссертаций. Достоинно представляет отечественную науку на российских и зарубежных форумах.

Широк и многогранен список его деятельности: представитель РФ в Международной Федерации Специалистов по опухолям головы и шеи, член правления Ассоциации директоров центров и институтов онкологии, радиологии и рентгенологии стран СНГ, член Президиума Ассоциации онкологов России, председатель Томского областного общества онкологов, член Президиума РАН, заместитель председателя проблемной комиссии «Опухоли головы и шеи» Научного совета по злокачественным новообразованиям РФ, заведующий кафедрой онкологии ГБОУ ВПО «Сибирского государственного медицинского университета» Минздрава РФ, председатель Общественной палаты Томской области, главный онколог Сибирского федерального округа. Главный редактор «Сибирского онкологического журнала», член редколлегии журналов: «Онкология. Журнал имени П.А. Герцена», «Вопросы онкологии», «Онкохирургия», «Опухоли головы и шеи», член редакционного совета журналов: «Сибирский научный медицинский журнал», «Annals of Oncology. Новые подходы в онкологии», «Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи», «Голова и шея».

Награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, Нагрудным знаком «Отличнику здравоохранения», Юбилейной медалью «400 лет городу Томску», Почетной грамотой Государственной Думы Томской области, Почетной медалью Р. Вирхова, Почетной грамотой профсоюза работников здравоохранения, Медалью «За заслуги перед Сибирским медуниверситетом», Серебряным знаком «Герб Томской области», Почетным Серебряным орденом «Общественное признание». Является лауреатом премии Томской области в сфере образования и науки, занесен в Книгу Почета ФПО Томской области. Имеет благодарности Президента РФ, Народного штаба общественной поддержки кандидата в президенты РФ, Полномочного представителя Президента РФ в Сибирском федеральном округе.

Редколлегия СВФН поздравляет Евгения Лхаматыреновича Чойнзона с юбилеем и желает ему здоровья, благополучия в жизни, удачи в реализации новых замыслов и проектов.



29 декабря исполняется 65 лет известному российскому психиатру, доктору медицинских наук, профессору, Заслуженному врачу РФ, Депутату Государственной Думы, заместителю председателя комитета ГД по охране здоровья

Николаю Васильевичу Говорину

Профессор Н.В. Говорин – известный в стране ученый-психиатр, под его руководством выполняются исследования в рамках федеральных программ и государственного задания Министерства здравоохранения РФ. Участник четырех международных научных программ. Научные исследования посвящены широкому кругу актуальных проблем биологической, экологической и клинической психиатрии, клинической аддиктологии.

В 1982 г. после окончания заочной аспирантуры при Московском НИИ психиатрии стал работать ассистентом кафедры психиатрии в Читинском ГМИ. В 1983 г. защитил кандидатскую диссертацию, в 1987 г. избран доцентом, с 1992 до 2015 г. работал заведующим кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии.

С 1999 по 2011 г. был деканом факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, с 2011 по 2015 г. проректором по последипломному образованию Читинской государственной медицинской академии. Внёс существенный вклад в развитие кадровой политики здравоохранения Читы и Забайкальского края, более 15 лет возглавлял квалификационную комиссию по сертификации врачебных кадров Забайкалья, более 20 лет возглавлял Координационный совет по психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Забайкальского края, являлся членом аттестационной комиссии врачей Забайкальского края.

Николай Васильевич Говорин всегда занимает активную жизненную позицию, является известным в стране и регионе общественным деятелем. Долгие годы как член Президиума Российского общества психиатров являлся сопредседателем церковно-общественного Совета «Общее дело». В 2003 г. по поручению Губернатора Читинской области участвовал в подготовке и был научным редактором аналитического доклада на заседании Госсовета РФ, с которым выступил на заседании рабочей группы в Администрации Президента РФ. Работы по эпидемиологии алкоголизма и алкогольной смертности в стране явились основанием для обсуждения проблемы на Президиуме Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук в 2009 г. и легли в основу подготовки аналитических материалов для Президента РФ.

В 2011 г. стал Сопредседателем регионального штаба Общероссийского народного фронта в Забайкальском крае, участвовал в выборах в Государственную Думу РФ шестого созыва, предварительно одержав победу в праймериз, проводимом в Забайкальском крае. В 2012 г. являлся руководителем регионального Народного штаба общественной поддержки кандидата в президенты РФ В.В. Путина по Забайкальскому краю.

В июле 2015 г. избран Депутатом Государственной Думы шестого созыва, назначен Координатором Центра Общероссийского народного фронта по мониторингу ка-

чества и доступности здравоохранения, членом Центрального штаба Общероссийского народного фронта.

В сентябре 2016 г. избран Депутатом Государственной Думы седьмого созыва по Читинскому избирательному округу. В Государственной Думе стал Заместителем председателя комитета по охране здоровья. В настоящее время продолжает активную общественную деятельность, успешно сочетая её с научной работой.

Под его руководством выполняются исследования по оптимизации терапии эндогенных психозов и прогнозу лечения больных шизофренией, распространенности и патогенезу нервно-психических расстройств у детей в зонах экологического неблагополучия, по факторной обусловленности суицидального поведения в разных группах населения, по эпидемиологии основных психических расстройств, в том числе по определению роли алкогольного фактора в демографическом кризисе и ухудшении психического здоровья населения. Автор более 500 научных работ, в том числе 9 монографий, 4 патентов на изобретения, многочисленных пособий для врачей.

Проводит большую работу по подготовке научно-педагогических кадров высшей квалификации, под его руководством выполнены 28 кандидатских и 3 докторские диссертации по различным проблемам психиатрии и наркологии, в настоящее время готовятся к защите ещё 1 докторская и 2 кандидатские диссертации. Создатель научной школы. Собственные результаты его исследований многократно были представлены на международных конгрессах, общероссийских съездах и конференциях.

Является членом редакционных советов многих журналов; был научным редактором 9 сборников статей межрегиональных, межведомственных, российских и международных конференций. В настоящее время Николай Васильевич Говорин продолжает свою активную общественную деятельность, которая успешно сочетается с научной работой.

Редколлегия СВПН поздравляет Николая Васильевича Говорина с юбилеем и желает ему благополучия в жизни, крепкого сибирского здоровья, оптимизма, новых достижений на благородном поприще сохранения здоровья россиян.



16 декабря 2017 г. исполнилось 75 лет Советнику при ректорате Алтайского государственного медицинского университета, профессору кафедры нормальной физиологии, доктору медицинских наук, профессору, члену-корреспонденту Российской академии наук, заслуженному работнику высшей школы РФ, академику Международной академии информатики и информатизации при ООН, Международной академии педагогических наук, Международной академии наук (российское отделение), члену Ученого Совета АГМУ

Валерию Ивановичу Киселеву

Один из первых выпускников Алтайского мединститута, Валерий Иванович Киселев по праву считается основателем и первым директором НИИ региональных медико-экологических проблем в составе АГМУ, создателем и первым научным руководителем Алтайского филиала НИИ физиологии СО РАМН. Широко известен как идеолог исследований по оценке медицинских последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, в том числе психосоматических проблем, как блестящий лектор, организатор учебного процесса. В студенческой среде его знают как организатора студенческих строительных отрядов мединститута, на протяжении 20 лет признаваемых лучшими в крае

Родился в 1942 г. в Иркутске. После окончания лечебного факультета АГМИ и аспирантуры по кафедре нормальной физиологии АГМИ работал ассистентом, доцентом, заведующим кафедрой нормальной физиологии, зам. декана лечебного факультета, первый выпускник в alma mater, избранный деканом лечебного факультета. Защитил кандидатскую диссертацию «О взаимоотношениях между системой ацетилхолинэстераза-холинацетилаза и серотонином»; в 1985 г. докторскую диссертацию «Механизмы нервной, гуморально-гормональной и саморегуляции активности калликреин-кининовой системы крови». В 1986 г. получил звание профессора. С 1990 г. вопросы экологической физиологии – о радиационном воздействии на жизненно-важные функции. С 1986 г. член специализированного Совета при Томском ГМИ по «Нормальной физиологии», с 1990 г. член специализированного Совета при АГМИ по «Гематологии», с 1995 г. председатель специализированного Совета по «Нормальной физиологии» при АГМУ. С 1990 г., оставаясь заведующим кафедрой, является директором научно-исследовательского центра АГМУ. С 1994 по 1997 г. директор НИИ региональных медико-экологических проблем, с 1997 г. научный руководитель института. Разрабатывал вопросы влияния ионизирующего излучения на психическое здоровье населения в русле психофизиологических исследований высшей нервной деятельности.

Инициатор заключения договоров о научном сотрудничестве с университетом Нагасаки (Япония), Международным центром Рериха (Индия), Мюнхенским университетом (Германия), университетом Дюрэма (Великобритания), научными центрами BFS и GSF (Германия), Каролинским университетом (Швеция), комиссией Евросоюза. Активный участник международных форумов, один из координаторов ряда крупных международных медико-социальных проектов, реализованных на Алтае.

Область научных интересов: экологическая физиология, популяционное здоровье и факторы, его определяющие, нейрогуморальная регуляция висцеральных

систем, двигательная активность, механизмы её регуляции.

Инициатор медико-экологических исследований по изучению влияния ядерных испытаний на здоровье населения. Руководитель трех совместных медицинских научно-исследовательских проектов с Европейской комиссией. Научный руководитель и консультант 20 кандидатских и докторских диссертаций. С 1995 г. председатель диссертационного совета при АГМУ. Председатель Алтайского отделения физиологического общества им. И.П. Павлова, член Центрального совета физиологического общества, член научного совета РАН «Физиология висцеральных систем», член научного совета РАМН по проблемам адаптации человека, член двух республиканских проблемных комиссий, заместитель председателя секции межведомственного совета РАН по радиационному воздействию на человека и окружающую среду, заместитель главного редактора регионального отраслевого журнала, заместитель председателя научного совета Государственной программы, член координационного совета Государственной программы реабилитации населения, пострадавшего от ядерных испытаний.

Автор около 300 научных публикаций, в том числе 14 монографий (три из них опубликованы в странах ЕС и США), двухтомного учебника для студентов вузов «Основы физиологии человека», первого в РФ двухтомника учебных программ для ЭВМ по курсу нормальной физиологии.

Награжден медалями «За доблестный труд», «За трудовую доблесть», «За освоение целинных и залежных земель», благодарственными письмами Президента РФ, Министерства здравоохранения РФ, Администрации Алтайского края. Отмечен знаками Министерства здравоохранения РФ, Министерства транспортного строительства РФ, Почетными грамотами администраций Алтайского края и Барнаула.

Редколлегия СВПП поздравляет Валерия Ивановича Киселева с юбилеем и желает ему крепкого здоровья, оптимизма, доброго расположения духа.

Авторский указатель СВПН за 2017 г.*

- Аболонин А.Ф. 2/36
 Агарков А.П. 2/31
 Агеев М.И. 2/54
 Аксенов М.М. 1/15, 2/73
 Алифирова В.М. 1/89, 2/126
 Алтынбеков К.С. 1/80
 Альбицкая Ж.В. 1/33, 4/57
 Андрусенко И.В. 3/34
 Аникина Е.Ю. 4/10
 Асевес Пулидо Марта П. 1/95
 Афанасьева Н.А. 3/78
 Белокрылов И.И. 3/57
 Белокрылова М.Ф. 1/15
 Березовская М.А. 1/76, 3/78
 Богушевская Ю.В. 4/22
 Боженкова К.А. 95
 Бохан Н.А. 3/38
 Бохан Т.Г. 2/95
 Брель Е.Ю. 4/74
 Бродянский В.М. 2/5
 Буйнова Л.Н. 4/88
 Бутома Б. Г. 1/69
 Варакута Е.Ю. 4/10
 Васильева С.Н. 2/16
 Ветлугина Т.П. 3/5
 Вилласенур-Баярдо Серхио Х. 1/95
 Винокуров Е.В. 4/49
 Витчинкина В.И. 2/5
 Воеводин И.В. 3/38
 Ворсина О.П. 3/46
 Гарганеева Н.П. 1/15, 2/73
 Гарсия Эрнандес Изаура М. 1/95
 Герасимов А.В. 4/10
 Герасимчук М.Ю. 3/92
 Гильбурд О.А. 4/38
 Говорин Н.В. 2/12, 2/42
 Горохов А.С. 2/81
 Гребенюк О.В. 1/89, 2/126
 Гридина Ю.В. 2/54
 Громов В.А. 1/35
 Дашиева Б.А. 2/73
 Дворянинова В.В. 1/33
 Деменова А.А. 4/31
 Дмитриева Е.Г. 1/10, 2/21
 Долгих О.А. 4/49
 Дубровская В.В. 1/10, 2/21
 Дуткин М.П. 4/15
 Евсеев В.Д. 3/27
 Егорова В.Е. 4/15
 Епанчинцева Е.М. 1/15, 2/73
 Есин А.В. 3/71
 Ефименко Т.С. 1/35
 Зотов П.Б. 2/111
 Иванов М.В. 3/84
 Иванова А.А. 1/15, 2/73
 Илюхина А.В. 3/34
 Кабанец Н.Н. 4/88
 Казенных Т.В. 1/89, 2/126
 Кайгородова Н.З. 1/48
 Карауш И.С. 2/73
 Касимова Л.Н. 1/33
 Катерная Ю.Е. 4/62
 Кекелидзе З.И. 3/16
 Кисель Н.И. 3/57
 Клименко Т.В. 2/26, 3/16
 Ковалева Т.А. 1/53
 Козлов А.А. 2/26, 3/16
 Колоколова О.В. 4/88
 Колчанова Т.Г. 2/42
 Коляго О.О. 1/85
 Корнетов А.Н. 1/10, 2/21
 Корнетова Е.Г. 1/10, 2/21
 Коробицина Т.В. 3/78
 Коршунова Д.Р. 2/116
 Косенко В.Г. 2/54
 Косенко Н.А. 2/54
 Костарев В.В. 3/64
 Костерин Д.Н. 3/84
 Костин А.К. 1/15
 Коцюбинский А.П. 1/69
 Красильников Г.Т. 2/54
 Куприянова И.Е. 1/53, 2/73
 Куценко Н.И. 2/111
 Лебедева В.Ф. 1/15
 Лебедева Е.В. 2/81
 Лобастов Р.Л. 1/57
 Лобачева О.А. 2/21, 3/5
 Логвинов С.В. 4/10
 Лукин-Григорьев В.В. 2/91
 Лукьянова Н.А. 3/38
 Ляшенко Г.П. 3/5
 Максимова И.В. 1/76
 Макушкина О.А. 1/41
 Мальгин В.Л. 2/60
 Мальцева Ю.Л. 1/10
 Мандель А.И. 3/11, 3/5, 3/57
 Микилев Ф.Ф. 1/10
 Минакова Ю.В. 1/53
 Мустафина Л.Р. 4/10
 Назарова И.А. 2/36, 3/57
 Неустроева А.Ю. 2/48
 Никитина В.Б. 1/15, 2/73, 3/5
 Николаевская А.О. 2/67
 Новиков А.П. 4/38
 Нонка Т.Г. 2/81
 Овчинников А.А. 2/48, 3/50, 4/68
 Огарев В.В. 2/121, 2/60
 Озорнин А.С. 2/12, 2/42
 Османова Д.З. 4/15
 Пажитных Д.В. 2/5
 Пакриев С.Г. 1/21
 Парамонова О.В. 1/48
 Пашкевич Н.В. 2/5
 Перчаткин В.А. 2/81
 Перчаткина О.Э. 1/15
 Петров А.А. 4/82
 Петрова В.Н. 2/21
 Петрова Е.И. 1/53
 Пешковская А.Г. 3/57
 Пичугина Ю.А. 3/78
 Плотников А. В. 1/65
 Погодина А.В. 4/49
 Погосов А.В. 2/67, 4/22
 Пожидаев И.В. 4/15
 Полтавская Е.Г. 4/15, 4/5
 Попов М.М. 1/85
 Попова Н.П. 4/15
 Потапов А.В. 4/10
 Прокопьева В.Д. 3/11
 Прохоров Н.В. 1/48
 Пушкаренко А.Б. 3/38
 Раева Т.В. 4/44
 Рахмазова Л.Д. 4/38
 Репин А.Н. 2/81
 Ретнонский К.Ю. 4/31
 Ромашкин Р.А. 2/5
 Рошина О.В. 3/5
 Рудницкий В.А. 1/15, 2/73
 Руэлс Рангел Мария Д. 1/95
 Рыбалко М.И. 2/91
 Рычкова Л.В. 4/49

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

Савочкина Д.Н. 4/5
 Сагалкова О. А. 1/25
 Сахаров А.В. 2/42
 Свердева Ю.О. 4/10
 Семин И.Р. 3/34
 Семке А.В. 1/10, 1/80, 2/21
 Сергиенко Н.Н. 3/78
 Сергиенко Т.Н. 2/81
 Симуткин Г.Г. 2/16, 2/81, 3/97
 Скутин А.В. 1/35
 Смирнова Н.С. 1/25
 Смирнова Я.К. 1/48
 Собенников В.С. 4/49
 Солонский А.В. 4/10
 Спивак С.В. 1/53
 Стоянова И.Я. 1/25, 2/36, 4/74
 Стреминский С.Ю. 1/5
 Строганов А.Е. 1/5
 Ступина О.П. 2/42
 Султанмуратов Ю.М. 3/50
 Султанова А.Н. 2/48, 3/50, 4/68
 Сумарокова М.А. 3/71
 Суровцева А.К. 2/81
 Счастный Е.Д. 2/16, 2/81
 Сычева Т.Ю. 2/48, 3/50, 4/68
 Ткачев А.А. 2/5
 Трошина А.С. 4/68
 Труевцев Д. В. 1/25
 Уманская П.С. 2/31
 Уманский М.С. 2/111
 Филинюк О.В. 4/88
 Фомушкина М.Г. 4/44
 Фролова Ю.И. 2/105
 Хоютанова Н.В. 4/15
 Храмова Е.Е. 4/49
 Хритинин Д.Ф. 3/71
 Цыбульская Е.В. 1/15, 2/73
 Черняк Н.Б. 4/82
 Чуйкова К. И. 1/53
 Чупрова Н.А. 2/5
 Шайхетдинов Р.Г. 1/35
 Шахова С.М. 2/26, 3/16
 Шахрай Е.О. 2/21
 Шереметьева И.И. 1/65
 Шигакова Ф.А. 3/21
 Шишнева Е.В. 2/81
 Штань М.С. 2/12
 Шулькин Л.М. 2/54
 Шушпанова Т.В. 4/10
 Цукина Е.П. 3/71
 Щурина А.В. 2/5
 Яичников С.В. 4/68
 Яковлев А.Н. 2/5
 Яковлева А.Л. 3/97
 Янов С.А. 4/88
 Янова Г.В. 4/88
 Ярыгина Е.Г. 3/11
 Яценко М. В. 1/48

Author Index of SHPAP for 2017*

Abolonin A.F. 2/36
 Aceves Pulido Martha P. 1/95
 Afanasyeva N.A. 3/78
 Agarkov A.P. 2/31
 Ageev M.I. 2/54
 Aksenov M.M. 1/15, 2/73
 Albitskaya Zh.V. 1/33, 4/57
 Alifirova V.M. 1/89, 2/126
 Altynbekov K.S. 1/80
 Andrusenko I.V. 3/34
 Anikina E.Yu. 4/10
 Belokrylov I.I. 3/57
 Belokrylova M.F. 1/15
 Berezovskaya M.A. 1/76, 3/78
 Bogushevskaya Yu.V. 4/22
 Bokhan N.A. 3/38
 Bokhan T.G. 2/95
 Bozhenkova K.A. 95
 Brel' E.Yu. 4/74
 Brodyansky V.M. 2/5
 Buinova L.N. 4/88
 Butoma B. G. 1/69
 Chernyak N.B. 4/82
 Chuprova N.A. 2/5
 Chuykova K. I. 1/53
 Dashieva B.A. 2/73
 Demeneva A.A. 4/31
 Dmitrieva E.G. 1/10, 2/21
 Dolgikh O.A. 4/49
 Dubrovskaya V.V. 1/10, 2/21
 Dutkin M.P. 4/15
 Dvoryaninova V.V. 1/33
 Efimenko T.S. 1/35
 Egorova V.E. 4/15
 Epanchintseva E.M. 1/15, 2/73
 Esin A. V. 3/71
 Evseyev V.D. 3/27
 Filinyuk O.V. 4/88
 Fomushkina M.G. 4/44
 Frolova Yu.I. 2/105
 Garganeeva N.P. 1/15, 2/73
 García Hernández Isaura M. 1/95
 Gerasimchuk M.Yu. 3/92
 Gerasimov A.V. 4/10
 Gilburd O.A. 4/38
 Gorokhov A.S. 2/81
 Govorin N.V. 2/12, 2/42
 Grebenyuk O.V. 1/89, 2/126
 Gridina Yu.V. 2/54
 Gromov V.A. 1/35
 Ilyukhina A.V. 3/34
 Ivanov M.V. 3/84
 Ivanova A.A. 1/15, 2/73
 Kabanets N.N. 4/88
 Kaigorodova N.Z. 1/48
 Karaush I.S. 2/73
 Kasimova L.N. 1/33
 Katernaya Yu.E. 4/62
 Kazennykh T.V. 1/89, 2/126
 Kekelidze Z.I. 3/16
 Khoyutanova N.V. 4/15
 Khramova E.E. 4/49
 Khrinin D.F. 3/71
 Kisel' N.I. 3/57
 Klimenko T.V. 2/26, 3/16
 Kolchanova T.G. 2/42

* 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.

- Kolokolova O.V. 4/88
 Kolyago O.O. 1/85
 Kornetov A.N. 1/10, 2/21
 Kornetova E.G. 1/10, 2/21
 Korobitsina T.V. 3/78
 Korshunova D.R. 2/116
 Kosenko N.A. 2/54
 Kosenko V.G. 2/54
 Kostarev V.V. 3/64
 Kosterin D.N. 3/84
 Kostin A.K. 1/15
 Kotsyubinsky A.P. 1/69
 Kovaleva T.A. 1/53 Козлов А.А. 2/26, 3/16
 Krasilnikov G.T. 2/54
 Kupriyanova I.E. 1/53, 2/73
 Kutsenko N.I. 2/111
 Lebedeva E.V. 2/81
 Lebedeva V.F. 1/15
 Lobacheva O.A. 2/21, 3/5
 Lobastov R.L. 1/57
 Logvinov S.V. 4/10
 Lukin-Grigor'ev V.V. 2/91
 Lukyanova N.A. 3/38
 Lyashenko G.P. 3/5
 Maksimova I.V. 1/76
 Makushkina O.A. 1/41
 Mal'tseva Yu.L. 1/10
 Malygin V.L. 2/60
 Mandel' A.I. 3/11, 3/5, 3/57
 Mikilev F.F. 1/10
 Minakova Yu.V. 1/53
 Mustafina L.R. 4/10
 Nazarova I.A. 2/36, 3/57
 Neustroeva A.Yu. 2/48
 Nikitina V.B. 1/15, 2/73, 3/5
 Nikolaevskaya A.O. 2/67
 Nonka T.G. 2/81
 Novikov A.P. 4/38
 Ogarev V.V. 2/121, 2/60
 Osmanova D.Z. 4/15
 Ovchinnikov A.A. 2/48, 3/50, 4/68
 Ozornin A.S. 2/12, 2/42
 Pakriev S.G. 1/21
 Paramonova O.V. 1/48
 Pashkevich N.V. 2/5
 Pazhitnykh D.V. 2/5
 Perchatkin V.A. 2/81
 Perchatkina O.E. 1/15
 Peshkovskaya A.G. 3/57
 Petrov A.A. 4/82
 Petrova E.I. 1/53
 Petrova V.N. 2/21
 Pichugina Yu.A. 3/78
 Plotnikov A. V. 1/65
 Pogodina A.V. 4/49
 Pogosov A.V. 2/67, 4/22
 Poltavskaya E.G. 4/15, 4/5
 Popov M.M. 1/85
 Popova N.P. 4/15
 Potapov A.V. 4/10
 Pozhidaev I.V. 4/15
 Prokhorov N.V. 1/48
 Prokopieva V.D. 3/11
 Pushkarenko A.B. 3/38
 Raeva T.V. 4/44
 Rakhmazova L.D. 4/38
 Repin A.N. 2/81
 Retyunsky K.Yu. 4/31
 Romashkin R.A. 2/5
 Roshchina O.V. 3/5
 Rudnitsky V.A. 1/15, 2/73
 Ruelas Rangel Maria D. 1/95
 Rybalko M.I. 2/91
 Rychkova L.V. 4/49
 Sagalkova O. A. 1/25
 Sakharov A.V. 2/42
 Savochkina D.N. 4/5
 Schastnyy E.D. 2/16, 2/81
 Semin I.R. 3/34
 Semke A.V. 1/10, 1/80, 2/21
 Sergienko N.N. 3/78
 Sergienko T.N. 2/81
 Shaikhetdinov R.G. 1/35
 Shakhova S.M. 2/26, 3/16
 Shakhray E.O. 2/21
 Shchukina E.P. 3/71
 Shchurina A.V. 2/5
 Sheremetyeva I.I. 1/65
 Shigakova F.A. 3/21
 Shishneva E.V. 2/81
 Shtan' M.S. 2/12
 Shul'kin L.M. 2/54
 Shushpanova T.V. 4/10
 Simutkin G.G. 2/16, 2/81, 3/97
 Skutin A.V. 1/35
 Smirnova N.S. 1/25
 Smirnova Ya.K. 1/48
 Sobennikov V.S. 4/49
 Solonsky A.V. 4/10
 Spivak S.V. 1/53
 Stoyanova I.Ya. 1/25, 2/36, 4/74
 Streminsky S.Yu. 1/5
 Stroganov A.E. 1/5
 Stupina O.P. 2/42
 Sultanmuratov Yu.M. 3/50
 Sultanova A.N. 2/48, 3/50, 4/68
 Sumarokova M.A. 3/71
 Surovtseva A.K. 2/81
 Sverdeva Yu.O. 4/10
 Sycheva T.Yu. 2/48, 3/50, 4/68
 Tkachev A.A. 2/5
 Troshina A.S. 4/68
 Truetsev D. V. 1/25
 Tsybul'skaya E.V. 1/15, 2/73
 Umanskaya P.S. 2/31
 Umansky M.S. 2/111
 Varakuta E.Yu. 4/10
 Vasilieva S.N. 2/16
 Vetlugina T.P. 3/5
 Villaseñor-Bayardo Sergio J. 1/95
 Vinokurov E.V. 4/49
 Vitshinkina V.I. 2/5
 Voevodin I.V. 3/38
 Vorsina O.P. 3/46
 Yaichnikov S.V. 4/68
 Yakovlev A.N. 2/5
 Yakovleva A.L. 3/97
 Yanov S.A. 4/88
 Yanova G.V. 4/88
 Yarygina E.G. 3/11
 Yatsenko M. V. 1/48
 Zotov P.B. 2/111

