

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 1810-3111 (Print)

ISSN 2587-6716 (Online)

СВГН

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY
AND ADDICTION PSYCHIATRY

SHPAP

Биологические исследования
Клиническая психиатрия
Клиническая наркология
Пенитенциарная психиатрия
Детско-подростковая психиатрия
Суицидология
Психотерапия и медицинская психология
Лекции. Обзоры
Психофармакотерапия
Зарубежные исследования
Новости психиатрии

2018. № 1 (98)

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2018. № 1 (98)

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
профессор В.М. Алифирова
академик РАН Л.И. Афганас
профессор Т.П. Ветлугина
академик РАО Э.В. Галажинский
член-корр. РАН Н.Н. Иванец
профессор З.И. Кекелидзе
д-р мед. наук А.Н. Корнетов
профессор В.Н. Краснов
профессор И.Е. Куприянова
профессор А.И. Мандель
профессор Н.Г. Незнанов
профессор А.А. Овчинников
профессор Л.Д. Рахмазова
профессор Ю.П. Сиволап
академик РАН А.Б. Смулевич
профессор Е.Д. Счастливый
академик РАН А.С. Тиганов
член-корр. РАН Д.Ф. Хритинин
член-корр. РАН Б.Д. Цыганков

Томск, Россия
Томск, Россия
Новосибирск, Россия
Томск, Россия
Томск, Россия
Москва, Россия
Москва, Россия
Томск, Россия
Томск, Россия
Томск, Россия
С-Петербург, Россия
Новосибирск, Россия
Томск, Россия
Москва, Россия
Москва, Россия
Томск, Россия
Москва, 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 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
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@tnimc.ru

Web-сайт института: tomskinstitut.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. 15,25; усл.-печ. л. 14,18; уч.-изд. л. 13,78. Тираж 500 экз. Заказ № 18162.

Цена договорная. Дата выхода в свет 25.03.2018

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

2018. No. 1 (98)

Founder and publisher:

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

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

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

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

EDITORIAL BOARD

Prof. M.M. Axenov	Tomsk, Russia
Prof. V.M. Alifirova	Tomsk, Russia
academician of RAS L.I. Aftanas	Novosibirsk, Russia
Prof. T.P. Vetlugina	Tomsk, Russia
academician of RAE E.V. Galazhinsky	Tomsk, Russia
corresponding member of RAS N.N. Ivanets	Moscow, Russia
Prof. Z.I. Kekelidze	Moscow, Russia
M.D. A.N. Kornetov	Tomsk, Russia
Prof. V.N. Krasnov	Moscow, Russia
Prof. I.E. Kupriyanova	Tomsk, Russia
Prof. A.I. Mandel	Tomsk, Russia
Prof. N.G. Neznanov	S-Petersburg, Russia
Prof. A.A. Ovchinnikov	Novosibirsk, Russia
Prof. L.D. Rakhmazova	Tomsk, Russia
Prof. Yu.P. Sivolap	Moscow, Russia
academician of RAS A.B. Smulevich	Moscow, Russia
Prof. E.D. Schastnyy	Tomsk, Russia
academician of RAS A.S. Tiganov	Moscow, Russia
corresponding member of RAS D.F. Khritinin	Moscow, Russia
corresponding member of RAS B.D. Tsygankov	Moscow, Russia

EDITORIAL COUNCIL

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

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

Index according to catalogue “Rospechat” 66013

Editorial staff:

Responsible secretary PhD O.E. Perchatkina

Production editor I.A. Zelenskaya

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

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

Website of the Institute: tomskinstitut.mental-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 15,25 ; conventional printer's sheets 14,18; published sheets 13,78. Circulation 500 copies. Order no 18162 .

Negotiated price. Date of publication 25.03.2018

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

Бойко А.С., Миронова Ю.С., Османова Д.З. (Томск) Полиморфизмы генов глутаматергической системы при лекарственно-индуцированных дискинезиях у больных шизофренией и болезнью Паркинсона	5
Иванов М.В., Тумова М.А., Костерин Д.Н., Станжевский А.А., Лукин В.О., Илющенко Ю.Р. (Санкт-Петербург) Нейроморфометрические характеристики (результаты ПЭТ-диагностики с ¹⁸ F-ФДГ) у больных шизофренией с хроническим слуховым галлюцинозом	11
Тигунцев В.В., Петрова В.Н., Семке А.В., Сорокина В.А., Платонов Д.Г. (Томск, Кемерово) Полиморфные варианты генов триптофангидроксилазы не ассоциированы с шизофренией и её ведущей симптоматикой	18
Лосенков И.С., Плотников Е.В., Епимахова Е.В. (Томск) Цитотоксический и прооксидантный эффекты аскорбата лития in vitro	24

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Васильченко К.Ф., Дроздовский Ю.В. (Омск) Самостигматизация и уровни социальной адаптации пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении	30
--	----

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Дубатова И.В., Стоякин И.В., Карнаух К.А., Сафроненко А.В. (Ростов-на-Дону) Структурно-динамический анализ клинических проявлений и особенности терапии психотических расстройств у потребителей «дизайнерских» наркотиков ..	36
Краснятова Ю.А., Стоянова И.Я. (Томск) Характеристики созависимости и психической саморегуляции у матерей подростков с наркотической зависимостью	42

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Макушкина О.А., Панченко Е.А. (Москва) Современная концепция комплексной профилактики противоправного поведения лиц с психическими расстройствами	49
---	----

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Сахаров А.В., Воронина Ю.С., Стец В.А. (Чита) Социально-демографические и психологические характеристики курсантов суворовского военного училища (по материалам медицинского освидетельствования и психофизиологического обследования)	57
--	----

СУИЦИДОЛОГИЯ

Васильев В.В., Сергеева Е.А. (Ижевск) Проявления суицидального поведения у больных органическими психическими расстройствами	62
Шереметьева И.И., Ведяшкин В.Н. (Барнаул) Суицидальное поведение у современных подростков (клинико-социальный патоморфоз)	68
Раздобарова Е.В., Хачикян Е.Р., Шабанова Л.С., Овчинников А.А., Султанова А.Н. (Новосибирск) Социально-психологические предикаты суицидального поведения и эффективность арттерапевтического воздействия у больных шизофренией	75

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Мандель А.И., Гуткевич Е.В., Пешковская А.Г., Мазурова Л.В., Назарова И.А., Белокрылов И.И. (Томск) Семейная психотерапия созависимых родственников больных алкоголизмом с учетом данных семейно-генетического анализа и индивидуально-психологической диагностики: результаты и оценка эффективности	81
---	----

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

Овчинников А.А., Султанова А.Н., Лазурин А.С., Сычева Т.Ю. (Новосибирск) Особенности социально-психологической адаптации мигрантов (литературный обзор)	89
Асадуллин А.Р., Анцыборов А.В., Ахметова Э.А. (Уфа, Ростов-на-Дону) Нейровизуализации в клинике расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (введение в проблему)	97

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастливый Е.Д., Смирнова Н.С., Горшкова Л.В., Лукьянова Е.В., Бальчева Т.А. (Томск) Эффективность психофармакотерапии в сочетании с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией	104
--	-----

ЗАРУБЕЖНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кох Э., Бахманн В., Мюллер М.Й., Ассион Г.-Й. (Марбург, Гоф, Берлин, Дортмунд, Германия) Диагностика и психотерапия аддиктивных расстройств в разных культурах (распространенность, концепции и факты)	108
--	-----

НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ

Куприянова И.Е., Лебедева В.Ф. (Томск) Культуральные и социальные аспекты современной психиатрии (по материалам XVII Всемирного конгресса ВПА)	116
НЕКРОЛОГИ	119

BIOLOGICAL RESEARCH

Boiko A.S., Mironova Yu.S., Osmanova D.Z. (Tomsk) Gene polymorphisms of glutamatergic system in drug-induced dyskinesias in patients with schizophrenia and Parkinson's disease	5
Ivanov M.V., Tumova M.A., Kosterin D.N., Stanzhevsky A.A., Lukin V.O., Ilyushchenko Yu.R. (Saint-Petersburg) Neuromorphometric characteristics (results of PET diagnostics with ¹⁸ F-FDG) in patients with chronic auditory hallucinosis in schizophrenia	11
Tiguntsev V.V., Petrova V.N., Semke A.V., Sorokina V.A., Platonov D.G. (Tomsk, Kemerovo) There is no association of tryptophan hydroxylase gene polymorphisms with schizophrenia and its leading symptomatology	18
Losenkov I.S., Plotnikov E.V., Epimakhova E.V. (Tomsk) Study of cytotoxic effect of lithium ascorbate and its influence on oxidative stress in vitro	24

CLINICAL PSYCHIATRY

Vasilchenko K.F., Drozdovsky Yu.V. (Omsk) Internalized stigma and social adaptation levels among patients with first episode schizophrenia	30
---	----

CLINICAL ADDICTION PSYCHIATRY

Dubatova I.V., Stoyakin I.V., Karnaukh K.A., Safronenko A.V. (Rostov-on-Don) Structural-dynamic analysis of clinical manifestations and features of psychotic disorders therapy in users of "designer" drugs	36
Krasnyatova Ju.A., Stoyanova I.Ya. (Tomsk) Characteristics of codependence and mental self-control in mothers of adolescents with drug dependence	42

PENITENTIARY PSYCHIATRY

Makushkina O.A., Panchenko E.A. (Moscow) Modern concept of comprehensive prevention of illegal behavior of persons with mental disorders	49
---	----

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

Sakharov A.V., Voronina Yu.S., Stets V.S. (Chita) Socio-demographic and psychological characteristics of cadets of the Suvorov military school	57
---	----

SUICIDOLOGY

Vasiliev V.V., Sergeeva E.A. (Izhevsk) Manifestations of suicidal behavior in patients with organic mental disorders	62
Sheremetyeva I.L., Vedyashkin V.N. (Barnaul) Special aspects of clinical and social pathomorphosis of adolescent's suicidal performance	68
Razdobarova E.V., Khachikyan E.R., Shabanova L.S., Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N. (Novosibirsk) Social-psychological predicates of suicidal behavior and efficiency of art-therapeutic intervention in patients with schizophrenia	75

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

Mandel A.I., Gutkevich E.V., Peshkovskaya A.G., Mazurova L.V., Belokrylov I.I., Nazarova I.A. (Tomsk) Family psychotherapy of co-dependent relatives of alcoholic patients with regard to data of family-genetic analysis and individual-psychological diagnosis: results and evaluation of efficiency	81
---	----

LECTURES. REVIEWS

Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Lazurina A.S., Sycheva T.Yu. (Novosibirsk) Peculiarities of social-psychological adaptation of migrants (literature review)	89
Asadullin A.R., Antsyborov A.V., Akhmetova E.A. (Ufa, Rostov-on-Don) Neuroimaging of the clinical picture of substance use disorders (Introduction to the problem)	97

PSYCHOPHARMACOTHERAPY

Vasileva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Smirnova N.S., Gorshkova L.V., Lukiyanova E.V., Balycheva T.A. (Tomsk) Efficiency of psychopharmacotherapy combined with interpersonal and social rhythmic psychotherapy	104
---	-----

FOREIGN RESEARCH

Koch E., Bachmann V., Müller M.J., Assion H.-J. (Marburg, Hof, Berlin, Dortmund, Germany) Culture Sensitive Aspects in Diagnosis and Psychotherapy of Substance Use Disorder (Prevalence, Concepts and Evidence).....	108
--	-----

NEWS OF PSYCHIATRY

Kupriyanova I.E., Lebedeva V.F. (Tomsk) Cultural and social aspects of modern psychiatry (based on materials of XVII World Congress of WPA)	116
--	-----

OBITUARIES	119
-------------------------	-----

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895.8:616.858:575.174.015.3

Для цитирования: Бойко А.С., Миронова Ю.С., Османова Д.З. Полиморфизмы генов глутаматергической системы при лекарственно-индуцированных дискинезиях у больных шизофренией и болезнью Паркинсона. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 5–10. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-5-10](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-5-10)

Полиморфизмы генов глутаматергической системы при лекарственно-индуцированных дискинезиях у больных шизофренией и болезнью Паркинсона

Бойко А.С.¹, Миронова Ю.С.², Османова Д.З.^{1,3}

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

² Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ) Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

³ Национальный исследовательский Томский государственный университет (НИ ТГУ) Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 36

РЕЗЮМЕ

Патогенез развития лекарственно-индуцированных расстройств на фоне приема антипсихотических и антипаркинсонических средств изучен недостаточно. В настоящее время широкую распространенность в литературе получили исследования глутаматергической системы и её роли в развитии дискинезий. **Целью** работы является изучение полиморфных вариантов генов NMDA-рецептора и транспортера глутамата SLC1A2 при лекарственно-индуцированных дискинезиях у больных шизофренией и болезнью Паркинсона. Было проведено комплексное клиничко-биологическое обследование 180 больных шизофренией и 187 пациентов с болезнью Паркинсона. Выявлены ассоциации полиморфизма гена *SLC1A2* с развитием тардивной дискинезии у больных шизофренией и полиморфизма rs 2650427 гена *GRIN2A* с развитием леводопа-индуцированной дискинезии при болезни Паркинсона. В отношении полиморфизма rs 1969060 гена *GRIN2A* наблюдается снижение частоты встречаемости генотипа GG у больных шизофренией с тардивной дискинезией по сравнению с показателями пациентов без двигательных расстройств, в то время как при болезни Паркинсона выявлено повышение частоты встречаемости генотипа GG, что может свидетельствовать о различных фармакогенетических особенностях развития двигательных расстройств при данных патологиях. Полученные результаты исследований показывают, что полиморфные особенности генов глутаматергической системы являются важным звеном патогенеза двигательных побочных эффектов, наблюдаемых на фоне антипсихотической терапии у больных шизофренией и при применении препаратов, содержащих леводопу, при болезни Паркинсона.

Ключевые слова: шизофрения, болезнь Паркинсона, тардивная дискинезия, леводопа-индуцированная дискинезия, глутаматергическая система, полиморфизмы генов.

ВВЕДЕНИЕ

Психические и нейродегенеративные расстройства представляют собой серьезную медико-социальную проблему во всех странах мира в связи с высокой распространённостью, хроническим течением и высоким процентом инвалидизации пациентов [1, 2]. Основными средствами лечения шизофрении и болезни Паркинсона (БП) являются, соответственно, антипсихотические [3] и противопаркинсонические средства [4], которые улучшают долгосрочный прогноз заболевания и способствуют его переходу в состояние ремиссии. Кроме основного клинического действия препараты данных групп обладают широким спектром побочных эффектов, которые, в свою очередь, осложняют течение основного заболевания, усиливая выраженность негативных и когнитивных расстройств, приводя к дополнительной социальной стигматизации больных, ухудшая качество жизни и являясь причиной отказа пациентов от терапии [5, 6, 7, 8, 9, 10].

Патогенез развития лекарственно-индуцированных расстройств на фоне приема антипсихотических и антипаркинсонических средств изучен недостаточно. В настоящее время широкую распространенность в отечественной и зарубежной литературе получили исследования глутаматергической системы и её роли в развитии дискинезий [11, 12]. Существует предположение, что дискинезии связаны с повышенной чувствительностью к эксайтотоксичности срединных шиповатых нейронов стриатума, которая вызывается усилением процессов окислительного стресса [13, 14]. Повреждающее действие оказывает и избыточная активность глутаматергических субталамических нейронов, которая является причиной нейрональной дегенерации. Нарушения регуляции глутаматергической системы могут быть вызваны воздействием как внешних факторов, так и быть генетически детерминированы.

Выяснение роли полиморфных вариантов генов нейромедиаторных систем в патогенезе развития

лекарственно-индуцированных дискинезий (ЛИД) у больных шизофренией и болезнью Паркинсона представляется важной задачей для оптимизации генотипически-специфического подхода к оценке риска развития побочных эффектов фармакотерапии и разработки подходов к персонализированной терапии этих заболеваний [15, 16].

Цель – изучение полиморфных вариантов генов NMDA-рецептора и транспортера глутамата SLC1A2 при лекарственно-индуцированных дискинезиях у больных шизофренией и болезнью Паркинсона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). У всех обследуемых лиц получено информированное согласие на проведение исследования.

Было проведено комплексное клинико-биологическое обследование 180 больных шизофренией и 187 пациентов с болезнью Паркинсона.

Критериями включения больных в исследуемую группу являлись: установленный диагноз шизофрении (F20) и болезни Паркинсона (G20), длительное применение медикаментозной терапии (антипсихотические средства и препараты, содержащие леводопу), возраст старше 18 лет. Критериями исключения из исследования являлись: наличие коморбидных неврологических и соматических заболеваний, затрудняющих объективную оценку клинического состояния, вызванного основным заболеванием; отказ больного от участия в исследовании. Проводилась стандартизация группы по полу, возрасту, стадии и длительности заболевания, тяжести актуального состояния и коморбидной патологии.

Для исследования дискинезий у пациентов клиническое обследование проводилось по стандартной международной шкале патологических непреднамеренных движений (Abnormal Involuntary Movement Scale – AIMS), позволяющих диагностировать наличие дискинезии и степень ее выраженности.

В исследование были включены больные шизофренией, находившиеся на лечении в психиатрическом стационаре и длительно (более 6 месяцев) получающие терапию традиционными антипсихотиками. В исследуемую группу вошли 128 мужчин (71,1%) и 52 женщины (28,9%). Средний возраст пациентов составил $39,2 \pm 12,1$ года (возрастной диапазон – от 18 до 65 лет).

В зависимости от наличия антипсихотически-индуцированной тардивной дискинезии (ТД) больные были разделены на две группы: 71 пациент с тардивной дискинезией и 109 пациентов без двигательных расстройств.

Вторая группа лиц, включенных в исследование, состояла из 187 пациентов с болезнью Паркинсона, находившихся на стационарном лечении в неврологической клинике СибГМУ. Из них 111 женщин (59,4%) и 76 мужчин (40,6%) в возрасте от 40 до 89

лет. Средний возраст пациентов составил $68,4 \pm 9,2$ года. По наличию осложнения противопаркинсонической терапии больные с болезнью Паркинсона были разделены на 2 группы: с леводопой-индуцированной дискинезией (40 пациентов) и без двигательных расстройств (147 пациентов).

В качестве материала для исследования была использована венозная кровь. Кровь брали из локтевой вены, утром, натощак в пробирки фирмы BD Vacutainer с антикоагулянтом ЭДТА. ДНК выделяли из лейкоцитов цельной периферической крови стандартным фенол-хлороформным методом. Определение полиморфных вариантов генов *GRIN2A* (rs1969060 и rs2650427) и *SLC1A2* (rs4354668) проводили методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (Real-time PCR) с использованием наборов TaqMan® SNP Genotyping Assay (Applied Biosystems, США). Амплификация и анализ результатов были осуществлены с помощью прибора StepOnePlus (Applied Biosystems, США).

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы SPSS 23.0. Распределение частот генотипов по исследованным полиморфным вариантам генов проверяли на соответствие равновесию Харди–Вайнберга. Сравнение частот генотипов и аллелей в исследуемых группах проводили по критерию χ^2 . Критичный уровень статистической значимости различий составил 0,05. Проводили расчет отношения шансов и 95% доверительного интервала (OR, 95% CI).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для изучения возможной роли генов глутаматергической системы в развитии лекарственно-индуцированных побочных двигательных расстройств проведено генотипирование полиморфизмов гена глутаматного транспортера второго типа SLC1A2 и гена NMDA-рецептора (субъединица GRIN2A) и статистический анализ распределения частот генотипов и аллелей.

Анализ частот полиморфизмов генов *GRIN2A* и *SLC1A2* показал, что наблюдаемое распределение генотипов соответствует ожидаемому при равновесии Харди–Вайнберга в группе пациентов с шизофренией и болезнью Паркинсона, за исключением распределения частот генотипов для одного полиморфного варианта rs1969060 гена *GRIN2A* при БП.

В результате деления пациентов с шизофренией на группы в зависимости от наличия двигательных расстройств не было выявлено статистически значимых различий в распределении генотипов и аллелей полиморфизма rs2650427 гена *GRIN2A*. Статистически значимые результаты были получены для полиморфного варианта rs1969060 гена *GRIN2A* ($\chi^2=5,72$; $p=0,05$) (рис. 1). Гомозиготный генотип GG полиморфного варианта rs1969060 чаще встречается в группе пациентов без тардивной дискинезии (4,4% при сравнении с 1,8% в группе пациентов с ТД). Так же можно говорить о тенденции к снижению частоты встречаемости аллеля G у этих же больных ($p=0,07$).

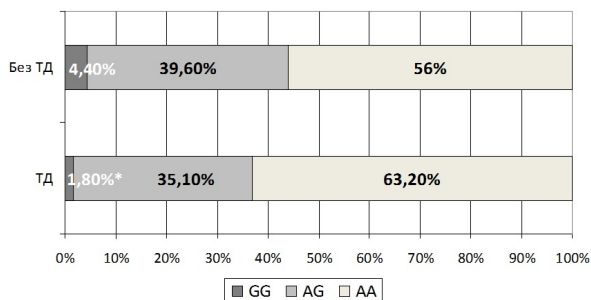


Рисунок 1. Распределение генотипов полиморфизма rs1969060 гена GRIN2A у больных шизофренией с тардивной дискинезией и без двигательных расстройств

Примечание. * – Уровень статистически значимых различий при сравнении групп между собой (p=0,05).

Носительство генотипов и аллелей полиморфизма rs2650427 гена GRIN2A не обладает статистически значимым влиянием на риск развития тардивной дискинезии у больных шизофренией. При вычислении OR для второго полиморфизма этого же гена получено низкое значение для генотипа GG (OR=0,012, 95% CI: 0,01–0,93), что свидетельствует о вероятном протективном эффекте этого генотипа относительно больных без двигательных расстройств.

У пациентов с ТД выявлены более низкая частота встречаемости генотипа TT и более частое носи-

тельство гетерозиготного генотипа гена переносчика глутамата SLC1A2 по сравнению с больными без гиперкинеза ($\chi^2=5,89$; p=0,05) (рис. 2).

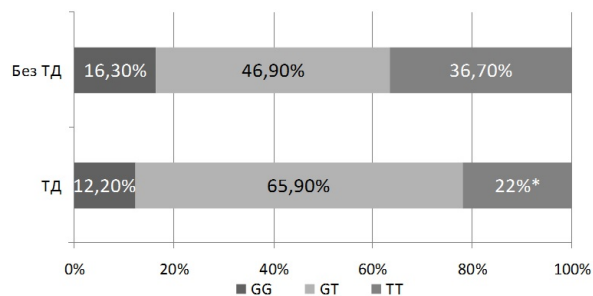


Рисунок 2. Распределение генотипов полиморфизма rs4354668 гена SLC1A2 у больных шизофренией с тардивной дискинезией и без двигательных расстройств

Примечание. * – Уровень статистически значимых различий при сравнении групп между собой (p=0,05).

Исходя из рассчитанных отношений шансов, можно сделать вывод, что генотипы TT и GT полиморфизма гена SLC1A2 обладают predisponирующим (OR=2,79, 95% CI: 1,18–6,59) и протективным (OR=0,37, 95% CI: 0,15–0,94) эффектами соответственно.

Т а б л и ц а 1

Распределение генотипов и аллелей полиморфизмов генов GRIN2A и SLC1A2 у пациентов с болезнью Паркинсона в зависимости от наличия леводопа-индуцированной дискинезии (частота, %)						
Ген	Полиморфизм	Генотип Аллель	Пациенты без ЛИД (n, %)	Пациенты с ЛИД (n, %)	χ^2	p
GRIN2A	rs1969060	GG	5 (3,7)	4 (11,1)	6,12	0,05*
		AG	19 (14,0)	1 (2,8)		
		AA	112 (82,4)	31 (86,1)		
		G	29 (10,7)	9 (12,5)		
	rs2650427	A	243 (89,3)	63 (87,5)	0,20	0,66
		C	44 (33,8)	8 (22,9)		
SLC1A2	rs4354668	CC	44 (33,8)	8 (22,9)	5,83	0,05*
		CT	60 (46,2)	24 (68,6)		
		TT	26 (20,0)	3 (8,6)		
		C	148 (56,9)	40 (57,1)		
	rs2650427	T	112 (43,1)	30 (42,9)	0,01	0,97
		G	123 (43,3)	30 (41,7)		
SLC1A2	rs4354668	GG	27 (19,0)	8 (22,2)	1,09	0,58
		GT	69 (48,6)	14 (38,9)		
		TT	46 (32,4)	14 (38,9)		
		G	123 (43,3)	30 (41,7)		
rs2650427	rs4354668	T	161 (56,7)	42 (58,3)	0,06	0,80
		G	123 (43,3)	30 (41,7)		

Примечание. p – Уровень статистически значимых различий при сравнении групп между собой; ЛИД – леводопа-индуцированные дискинезии.

При анализе распределения частот генотипов и аллелей полиморфизмов гена GRIN2A у пациентов с болезнью Паркинсона были выявлены статистически значимые различия (табл. 1). В случае полиморфизма rs1969060 у исследуемых с ЛИД наблюдается более высокая частота встречаемости генотипа GG (11,1%) и низкая – генотипа AG (2,8%) по сравнению с распределением в выборке без двигательных расстройств (3,7% и 14,0% соответственно) ($\chi^2=6,12$, p=0,05). Так же в группе пациентов с леводопа-индуцированными дискинезиями наблюдаются низкая частота встречаемости генотипа TT (8,6%) и высокая частота генотипа CT (68,6%) полимор-

физма rs2650427 при сравнении с показателями пациентов без нее (20,0% и 46,2% соответственно) ($\chi^2=5,83$, p=0,05). В результате анализа распределения частот генотипов и аллелей между группами по полиморфизму rs4354668 гена SLC1A2 не было получено статистически значимых различий. Для всех генотипов и аллелей исследуемых полиморфизмов было рассчитано значение «отношение шансов». Выявлено, что генотип CT полиморфизма rs2650427 гена глутаматергического рецептора обладает predisponирующим эффектом в отношении развития леводопа-индуцированной дискинезии у пациентов с болезнью Паркинсона (OR=2,55, 95% CI: 1,15–5,62).

Ген *SLC1A2* регулирует активность белка EAAT2 (excitatory aminoacid transporter), ответственного за транспорт глутамата в астроциты для превращения в глутамин и тем самым за осуществление энергетического обмена в мозге. Наиболее изученный полиморфный сайт промоторного региона гена *SLC1A2* расположен в позиции (-181) с заменой T→G. Показано, что аллель G приводит к более низкой активности транспортера. Некоторыми исследователями было обнаружено, что наличие аллеля G ассоциируется у пациентов с шизофренией с неблагоприятным воздействием на основные когнитивные функции [17].

Согласно литературным данным, при исследовании tardивной дискинезии у больных шизофренией были выявлены ассоциации полиморфизмов rs7192557 и rs8057394 гена *GRIN2A* с развитием дискинезии у пациентов с болезнью Паркинсона, которые входили в группу сравнения [18]. В других исследованиях обнаружили ассоциации полиморфизмов rs1969060 (ген *GRIN2A*), rs1806201 и rs890 (ген *GRIN2B*) с возрастом начала болезни Гентингтона [19]. В последующих исследованиях авторы обнаружили, что два других полиморфизма (rs8057394, rs2650427) гена *GRIN2A* имеют более выраженную ассоциацию [20]. Не вызывает сомнения тот факт, что генетические особенности различны в разных этнических популяциях. Согласно литературным данным, при проведении аналогичного исследования в венесуэльской выборке были получены другие результаты. Не было выявлено ассоциаций полиморфизмов гена *GRIN2B*, однако была обнаружена слабовыраженная зависимость относительно *GRIN2A* (rs1969060) [21].

Длительная фармакотерапия нейролептиками у больных шизофренией и препаратами, содержащими леводопу, при болезни Паркинсона приводит к повышению концентрации глутамата в структурах мозга и в периферической крови [22, 23]. В высоких концентрациях глутамат приобретает свойства эксайтотоксина в результате чего поражаются нейроны базальных ганглиев, в частности ГАМК-ергические стриарные нейроны, что, в свою очередь, может привести развитию экстрапирамидных нарушений [24].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты исследований показывают, что полиморфные особенности генов глутаматергической системы являются важным звеном патогенеза двигательных побочных эффектов (дискинезий), наблюдаемых на фоне антипсихотической терапии у больных шизофренией и применения препаратов, содержащих леводопу, у пациентов с болезнью Паркинсона.

Лекарственно-индуцированные двигательные расстройства обладают широкой вариабельностью и разнообразием клинических проявлений. Дискинезии влияют на качество жизни пациентов, уровень их адаптации и зачастую являются причиной отказа от препаратов, что усугубляет процессы социальной стигматизации. В связи с этим представляются не-

обходимыми дальнейшие исследования генетических особенностей, ассоциированных с развитием дискинезии. В перспективе это позволит прогнозировать риск развития побочных эффектов терапевтической интервенции и корректировать назначаемое лечение, что поможет улучшить качество оказания специализированной помощи и применять тактику персонализированной терапии.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа частично выполнена при поддержке гранта РНФ №17-75-10055 «Фармакогенетика tardивной дискинезии при шизофрении: роль полиморфизмов генов мускариновых, адренергических и глутаматных рецепторов».

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (Протокол заседания этического комитета НИИ психического здоровья № 80 от 22 июня 2015 г. и протокол заседания этического комитета СибГМУ № 4318 от 02 ноября 2015 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Van Hasselt F.M. Improving the physical health of people with severe mental illness: the need for tailor made care and uniform evaluation of interventions [dissertation]. [Groningen, NL]: University of Groningen; 2013: 195.
2. Meyer J.M. Forgotten but not gone: new developments in the understanding and treatment of tardive dyskinesia. *CNS Spectr.* 2016; 21(S1): 13-24. doi:10.1017/S1092852916000730
3. Lieberman J.A., Stroup T.S., McEvoy J.P., Swartz M.S., Rosenheck R.A., Perkins D.O., Keefe R.S., Davis S.M., Davis C.E., Lebowitz B.D., Severe J., Hsiao J.K. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine.* 2005; 353(12): 1209-1223. doi: 10.1056/nejmoa051688
4. Yoo H.S., Chung S.J., Chung S.J., Moon H., Oh J.S., Kim J.S., Hong J.Y., Ye B.S., Sohn Y.H., Lee P.H. Presynaptic dopamine depletion determines the timing of levodopa-induced dyskinesia onset in Parkinson's disease. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging.* 2018; 45(3): 423-431. doi: 10.1007/s00259-017-3844-8
5. Семке А.В., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Рахмазова Л.Д., Гуткевич Е.В., Лобачева О.А., Корнетова Е.Г. Биопсихосоциальные основы и адаптационно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2009; 5 (56): 15-20.
6. Macaluso M., Flynn A., Preskorn S.H. Tardive Dyskinesia: A Historical Perspective. *Journal of Psychiatric Practice.* 2017; 23(2): 121-129. doi: 10.1097/PRA.0000000000000224
7. Pechevis M., Clarke C., Vieregge P., Khoshnood B., Deschaseaux Voinet C., Berdeaux G., Ziegler M. Effects of dyskinesias in Parkinson's disease on quality of life and health-related costs: a prospective European study. *European Journal of Neurology.* 2005; 12(12): 956-963. doi: 10.1111/j.1468-1331.2005.01096.x
8. Корнетова Е.Г., Бойко А.С., Бородюк Ю.Н., Семке А.В. Tardивная дискинезия у больных шизофренией: клиника и факторы риска. Томск: Изд-во ООО «Новые печатные технологии». 2014: 106.
9. Жукова И.А., Жукова Н.Г., Алифирова В.М., Гашилова Ф.Ф. Когнитивные расстройства и качество жизни пациентов с болезнью Паркинсона. *Бюллетень сибирской медицины.* 2008; 5 (1): 145-150.
10. Левин О.С. Леводопа-индуцированные дискинезии при болезни Паркинсона: возможности предупреждения и терапии. *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* 2015; 3: 15-25.

11. Ivanova S., Loonen A., Pechlivanoglou P., Freidin M., Al Hadithy A., Rudikov E., Zhukova I., Govorin N., Sorokina V., Fedorenko O.Y. NMDA receptor genotypes associated with the vulnerability to develop dyskinesia. *Translational Psychiatry*. 2012; 2(1): e67–e67. doi: 10.1038/tp.2011.66
12. Morin N., Morissette M., Grégoire L., Di Paolo T. mGlu5, dopamine D2 and adenosine A2A receptors in L-DOPA-induced Dyskinesias. *Current Neuropharmacology*. 2016; 14(5): 481–493. doi: 10.2174/1570159x14666151201185652
13. Ivanova, S.A., Loonen A.J. Levodopa-Induced Dyskinesia Is Related to Indirect Pathway Medium Spiny Neuron Excitotoxicity: A Hypothesis Based on an Unexpected Finding. *Parkinson's Disease*. 2016; 2016: 1–5. doi: 10.1155/2016/6461907
14. Tsai G., Goff D.C., Chang R.W., Flood J., Baer L., Coyle J.T. Markers of glutamatergic neurotransmission and oxidative stress associated with tardive dyskinesia. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155(9): 1207–1213. doi: 10.1176/ajp.155.9.1207
15. Иванова С.А., Федоренко О.Ю., Бокхан Н.А., Лунен А. Фармакогенетика тардивной дискинезии. Томск: Изд-во «Новые печатные технологии», 2015: 120.
16. Федоренко О.Ю., Иванова С.А., Семке А.В., Бокхан Н.А. Тардивная дискинезия: успехи современной фармакогенетики. *Современная терапия психических расстройств*. 2017; 1: 22–28.
17. Spangaro M., Bosia M., Zanoletti A., Bechi M., Cocchi F., Pirovano A., Lorenzi C., Bramanti P., Benedetti F., Smeraldi E., Cavallaro R. Cognitive dysfunction and glutamate reuptake: effect of EAAT2 polymorphism in schizophrenia. *Neuroscience Letters*. 2012; 522(2): 151–155. doi: 10.1016/j.neulet.2012.06.030
18. Loonen A.J., Ivanova S.A. New insights into the mechanism of drug-induced dyskinesia. *CNS Spectrums*. 2012; 18(01): 15–20. doi: 10.1017/s1092852912000752
19. Arning L., Kraus P.H., Valentin S., Saft C., Andrich J., Epplen J.T. NR2A and NR2B receptor gene variations modify age at onset in Huntington disease. *Neurogenetics*. 2004; 6(1): 25–28. doi: 10.1007/s10048-004-0198-8
20. Arning L., Saft C., Wiczorek S., Andrich J., Kraus P.H., Epplen J.T. NR2A and NR2B receptor gene variations modify age at onset in Huntington disease in a sex-specific manner. *Human Genetics*. 2007; 122(2): 175–182. doi: 10.1007/s00439-007-0393-4
21. Andresen J.M., Gayán J., Cherny S.S., Brocklebank D., Alkorta Aranburu G., Addis E.A., Group T.U.C.R., Cardon L.R., Housman D.E., Wexler N.S. Replication of twelve association studies for Huntington's disease residual age of onset in large Venezuelan kindreds. *J. Med. Genet.* 2007; 44: 44–50. doi: 10.1136/jmg.2006.045153
22. Ivanova S.A., Boyko A.S., Fedorenko O.Yu., Krotenko N.M., Semke A.V., Bokhan N.A. Glutamate Concentration in the Serum of Patients with Schizophrenia. *Procedia Chemistry*. 2014; 10: 80–85. doi: 10.1016/j.proche.2014.10.015
23. Бойко А.С. Окислительный стресс и глутаматергическая эксайтотоксичность в развитии лекарственно-индуцированной тардивной дискинезии. *Фундаментальные исследования*. 2014; 10(6): 1220–1226.
24. Blandini F., Armentero M.T. New pharmacological avenues for the treatment of L-DOPA-induced dyskinesias in Parkinson's disease: targeting glutamate and adenosine receptors. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 2012; 21(2): 153–68. doi: 10.1517/13543784.2012.651457

Поступила в редакцию 25.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Бойко Анастасия Сергеевна, к.м.н., н.с. лаборатории молекулярной генетики и биохимии.
Миронова Юлия Сергеевна, аспирант кафедры неврологии и нейрохирургии, врач-невролог неврологической клиники.
Османова Диана Закировна, аспирант НИ ТГУ; лаборант-исследователь лаборатории молекулярной генетики и биохимии.



Бойко Анастасия Сергеевна, anastasya-iv@yandex.ru

УДК 616.895.8:616.858:575.174.015.3

For citation: Boiko A.S., Mironova Yu.S., Osmanova D.Z. Gene polymorphisms of glutamatergic system in drug-induced dyskinesias in patients with schizophrenia and Parkinson's disease. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 5–10. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-5-10](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-5-10)

Gene polymorphisms of glutamatergic system in drug-induced dyskinesias in patients with schizophrenia and Parkinson's disease

Boiko A.S.¹, Mironova Yu.S.², Osmanova D.Z.^{1,3}

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

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

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

ABSTRACT

Pathogenesis of the development of drug-induced disorders against the background of the use of antipsychotics and antiparkinsonian agents is not sufficiently studied. At present, studies of glutamatergic system and its role in the development of dyskinesias are widely prevalent in the literature. Objective of the work is to study polymorphic variants of genes of NMDA-receptor and glutamate transporter SLC1A2 in drug-induced dyskinesias in patients with schizophrenia and Parkinson's disease. A complex clinical biological examination of 180 patients with schizophrenia and 187 patients with Parkinson's disease is carried out. Associations of polymorphism of gene *SLC1A2* with the development of tardive dyskinesia in patients with schizophrenia and polymorphism rs2650427 of the gene *GRIN2A* with the development of levodopa-induced dyskinesia in Parkinson's disease are revealed. Regarding polymorphism rs1969060 of the gene *GRIN2A*, a decrease in the incidence rate of the genotype GG in schizophrenic patients with tardive dyskinesia in comparison with the indices of patients without tardive dyskinesia is observed whereas in patients with levodopa-induced dyskinesia increase in the incidence rate of the genotype GG is revealed that can give evidence of different pharmacogenetic features of the development of dyskinesias in different pathologies. Findings of research show that polymorphic features of glutamatergic system are an important link of the pathogenesis of extrapyramidal side effects observed against the background of antipsychotic therapy in patients with schizophrenia and use of levodopa in Parkinson's disease patients.

Keywords: schizophrenia, Parkinson disease, tardive dyskinesia, levodopa-induced dyskinesia, glutamatergic system, genetic polymorphisms.

REFERENCES

1. Van Hasselt F.M. Improving the physical health of people with severe mental illness: the need for tailor made care and uniform evaluation of interventions [dissertation]. [Groningen, NL]: University of Groningen; 2013: 195.
2. Meyer J.M. Forgotten but not gone: new developments in the understanding and treatment of tardive dyskinesia. *CNS Spectr.* 2016; 21(S1): 13-24. doi:10.1017/S1092852916000730
3. Lieberman J.A, Stroup T.S., McEvoy J.P., Swartz M.S., Rosenheck R.A., Perkins D.O., Keefe R.S., Davis S.M., Davis C.E., Lebowitz B.D., Severe J., Hsiao J.K. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine.* 2005; 353(12): 1209–1223. doi: 10.1056/nejmoa051688
4. Yoo H.S., Chung S.J., Chung S.J., Moon H., Oh J.S., Kim J.S., Hong J.Y., Ye B.S., Sohn Y.H., Lee P.H. Presynaptic dopamine depletion determines the timing of levodopa-induced dyskinesia onset in Parkinson's disease. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging.* 2018; 45(3): 423–431. doi: 10.1007/s00259-017-3844-8
5. Semke A.V., Vetlugina T.P., Ivanova S.A., Rakhmazova L.D., Gutkevich E.V., Lobacheva O.A., Kornetova E.G. Biopsihosotsial'nye osnovy i adaptatsionno-kompensatornye mehanizmy shizofrenii v regione Sibiri [Biopsychosocial bases and adaptive-compensator mechanisms of schizophrenia in region of Siberia] *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2009; 5: 15–20 (in Russian).
6. Macaluso M., Flynn A., Preskorn S.H. Tardive Dyskinesia: A Historical Perspective. *Journal of Psychiatric Practice.* 2017; 23(2): 121–129. doi: 10.1097/PRA.0000000000000224
7. Pechevis M., Clarke C., Vieregge P., Khoshnood B., Deschaseaux Voinet C., Berdeaux G., Ziegler M. Effects of dyskinesias in Parkinson's disease on quality of life and health-related costs: a prospective European study. *European Journal of Neurology.* 2005; 12(12): 956–963. doi: 10.1111/j.1468-1331.2005.01096.x
8. Kornetova E.G., Boiko A.S., Borodyuk Ju.N., Semke A.V. Tardivnaja diskinezija u bol'nyh shizofreniej: klinika i faktory riska. Tomsk: Izd-vo OOO "Novye pechatnye tehnologii". 2014: 106 (in Russian).
9. Zhukova I.A., Zhukova N.G., Alifirova V.M., Gashilova F.F. Kognitivnye rasstrojstva i kachestvo zhizni pacientov s bolezn'ju Parkinsona [Cognitive disorders and life quality of parkinsonism patients]. *Bjulleten' sibirskoj mediciny – Bulletin of Siberian Medicine.* 2008; 5 (1): 145–150. (in Russian).
10. Levin O.S. Levodopa-inducirovannye diskinezii pri bolezni Parkinsona: vozmozhnosti preduprezhdenija i terapii [Levodopa-induced dyskinesia in Parkinson's disease: prevention and therapy]. *Sovremennaja terapija v psikiatrii i nevrologii – Modern Therapy in Psychiatry and Neurology.* 2015; 3: 15–25(in Russian).
11. Ivanova S., Loonen A., Pechlivanoglou P., Freidin M., Al Hadithy A., Rudikov E., Zhukova I., Govorin N., Sorokina V., Fedorenko O.Y. NMDA receptor genotypes associated with the vulnerability to develop dyskinesia. *Translational Psychiatry.* 2012; 2(1): e67–e67. doi: 10.1038/tp.2011.66
12. Morin N., Morissette M., Grégoire L., Di Paolo T. mGlu5, dopamine D2 and adenosine A2A receptors in L-DOPA-induced Dyskinesias. *Current Neuropharmacology.* 2016; 14(5): 481–493. doi: 10.2174/1570159x14666151201185652
13. Ivanova, S.A., Loonen A.J. Levodopa-Induced Dyskinesia Is Related to Indirect Pathway Medium Spiny Neuron Excitotoxicity: A Hypothesis Based on an Unexpected Finding. *Parkinson's Disease.* 2016; 2016: 1–5. doi: 10.1155/2016/6461907
14. Tsai G., Goff D.C., Chang R.W., Flood J., Baer L., Coyle J.T. Markers of glutamatergic neurotransmission and oxidative stress associated with tardive dyskinesia. *American Journal of Psychiatry.* 1998; 155(9): 1207–1213. doi: 10.1176/ajp.155.9.1207
15. Ivanova S.A., Fedorenko O.Yu., Bokhan N.A., Loonen A. Farmakogenetika tardivnoj diskinezii. Tomsk: Izd-vo «Novye pechatnye tehnologii», 2015: 120 (in Russian).
16. Fedorenko O.Yu., Ivanova S.A., Semke A.V., Bokhan N.A. Tardivnaja diskinezija: uspehi sovremennoj farmakogenetiki [Tardive dyskinesia: advances of modern pharmacogenetics]. *Sovremennaja terapija psichicheskikh rasstrojstv – Modern Therapy of Mental Disorders.* 2017; 1: 22–28 (in Russian).
17. Spangaro M., Bosia M., Zanoletti A., Bechi M., Cocchi F., Pirovano A., Lorenzi C., Bramanti P., Benedetti F., Smeraldi E., Cavallaro R. Cognitive dysfunction and glutamate reuptake: effect of EAAT2 polymorphism in schizophrenia. *Neuroscience Letters.* 2012; 522(2): 151–155. doi: 10.1016/j.neulet.2012.06.030
18. Loonen A.J., Ivanova S.A. New insights into the mechanism of drug-induced dyskinesia. *CNS Spectrums.* 2012; 18(01): 15–20. doi: 10.1017/s1092852912000752
19. Arning L., Kraus P.H., Valentin S., Saft C., Andrich J., Epplen J.T. NR2A and NR2B receptor gene variations modify age at onset in Huntington disease. *Neurogenetics.* 2004; 6(1): 25–28. doi: 10.1007/s10048-004-0198-8
20. Arning L., Saft C., Wiczorek S., Andrich J., Kraus P.H., Epplen J.T. NR2A and NR2B receptor gene variations modify age at onset in Huntington disease in a sex-specific manner. *Human Genetics.* 2007; 122(2): 175–182. doi: 10.1007/s00439-007-0393-4
21. Andresen J.M., Gayán J., Cherny S.S., Brocklebank D., Alkorta Aranburu G., Addis E.A., Group T.U.C.R., Cardon L.R., Housman D.E., Wexler N.S. Replication of twelve association studies for Huntington's disease residual age of onset in large Venezuelan kindreds. *J. Med. Genet.* 2007; 44: 44–50. doi: 10.1136/jmg.2006.045153
22. Ivanova S.A., Boyko A.S., Fedorenko O.Yu., Krotchenko N.M., Semke A.V., Bokhan N.A. Glutamate Concentration in the Serum of Patients with Schizophrenia. *Procedia Chemistry.* 2014; 10: 80-85. doi: 10.1016/j.proche.2014.10.015
23. Boiko A.S. Okislitel'nyj stress i glutamatergicheskaja jeksajtotoksichnost' v razvitii lekarstvenno-inducirovannoj tardivnoj diskinezii [Oxidative stress and glutamatergic excitotoxicity in the development of medication-induced tardive dyskinesia]. *Fundamental'nye issledovaniya – Basic Research.* 2014; 10(6): 1220–1226 (in Russian).
24. Blandini F., Armentero MT. New pharmacological avenues for the treatment of L-DOPA-induced dyskinesias in Parkinson's disease: targeting glutamate and adenosine receptors. *Expert Opinion on Investigational Drugs.* 2012; 21(2): 153–68. doi: 10.1517/13543784.2012.651457

Received November 25.2017
Accepted February 5.2017

Boiko Anastasia S., PhD, researcher of the Laboratory of Molecular Genetics and Biochemistry, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation
Mironova Yulia S., postgraduate student of Neurology and Neurosurgery Department, neurologist of neurological clinics, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation
Osmanova Diana Z., postgraduate student of National Research Tomsk State University; laboratory assistant-researcher of the Laboratory of Molecular Genetics and Biochemistry, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation

✉ Boiko Anastasia S., anastasya-iv@yandex.ru

УДК 616.855.8:616.89-008.428.5:577.25

Для цитирования: Иванов М.В., Тумова М.А., Костерин Д.Н., Станжевский А.А., Лукин В.О., Илющенко Ю.Р. Нейроморфометрические характеристики (результаты ПЭТ-диагностики с ^{18}F -ФДГ) у больных шизофренией с хроническим слуховым галлюцинозом. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018, 1 (98): 11–17. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-11-17](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-11-17)

Нейроморфометрические характеристики (результаты ПЭТ-диагностики с ^{18}F -ФДГ) у больных шизофренией с хроническим слуховым галлюцинозом

Иванов М.В.¹, Тумова М.А.¹, Костерин Д.Н.¹, Станжевский А.А.²,
Лукин В.О.², Илющенко Ю.Р.²

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева
Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

² Российский Научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова
Россия, 197758, Санкт-Петербург, Курортный район, посёлок Песочный, Ленинградская ул., 70А

РЕЗЮМЕ

Преодоление терапевтической резистентности у больных шизофренией является одной из актуальных задач современной психиатрии. В статье приведены данные, показывающие не только различия в клинике одной из форм шизофрении, но и неоднородность функционального и морфологического субстрата при нейроинструментальной диагностике. Использование современных методов (ПЭТ с ^{18}F -ФДГ) показало морфологические различия при галлюцинаторном и бредовом вариантах параноидной шизофрении. При галлюцинаторном варианте были выявлены гипометаболизм глюкозы в ассоциативной коре правой лобной доли, височной коре обеих долей, гиперметаболизм в затылочной коре обоих полушарий и средних отделах теменной доли справа. После проведенного лечения у пациентки с галлюцинаторным вариантом параноидной шизофрении наблюдалась полная редукция галлюцинаторной симптоматики, что на ПЭТ отражалось частичным восстановлением уровня метаболизма глюкозы в лобных и височных долях головного мозга. При преобладании бредовых построений наблюдалось снижение метаболизма глюкозы в ассоциативной коре обеих затылочных долей. Обнаруженные изменения позволяют говорить о неоднородности нейрофизиологических механизмов, приводящих к резистентности, даже при однотипной нозографии психических расстройств, что доказывает необходимость индивидуального подхода к терапии.

Ключевые слова: ПЭТ, терапевтическая резистентность, галлюцинаторный и бредовый варианты параноидной шизофрении.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на появление новых антипсихотических препаратов и разработку методов преодоления терапевтической резистентности, количество психически больных, не реагирующих адекватно на медикаментозное лечение, остается постоянным и составляет около 30% [1]. Больные с лекарственной резистентностью обречены на частые длительные госпитализации. Наличие резидуальной симптоматики в ремиссии ухудшает качество жизни этих больных, приводит к неблагоприятным социальным условиям [2]. Этими причинами обусловлен интерес к возможности оптимизации диагностики и терапии данной категории пациентов.

Как известно из соответствующей литературы, терапевтическую резистентность подразделяют на первичную (истинную), вторичную, отрицательную резистентность и псевдорезистентность. Случаи с неблагоприятным течением заболевания, такие как ядерные формы шизофрении, шизофрения на «патологически измененной почве» и другие, относятся к истинной резистентности (прогнозируемой плохой курабельности) [3]. При вторичной резистентности наблюдается снижение эффективности терапии с формированием хронических симптомокомплексов на фоне длительного приема антипсихотических препаратов. Такая адаптация пациентов к психофармакотерапии более характерна при умеренно-прогредиентном течении процесса [4].

У части пациентов неэффективность лечения связана с развитием нейролептической интолерантности (отрицательной резистентности), невозможностью применения адекватных доз лекарственных препаратов. Отсутствие эффекта в связи с неправильным ведением пациента, его низкой комплаентностью, неадекватным подбором терапии и недостаточными сроками лечения называют псевдорезистентностью [1].

Анализ причин терапевтической резистентности при применении конвенциональных нейролептиков у больных шизофренией артикулировал ряд факторов, связанных с механизмом действия препаратов, которые обуславливают трудности в терапии. Это недостаточное влияние на негативную симптоматику, широкий спектр побочных эффектов, индукция «фармакогенной депрессии». Однако даже применение атипичных антипсихотиков, включая назначение клозапина – «золотого стандарта» при терапевтической резистентности, по данным разных авторов, эффективно только у трети резистентных больных шизофренией [5, 6]. В связи с этим проблема поиска эффективных способов преодоления терапевтической устойчивости к лечению остается актуальной.

Использование инструментальных методов расширяет наши возможности в изучении механизмов формирования терапевтической резистентности. Ранее проведенные исследования свидетельствуют

о различии морфологической картины при разных формах течения процессуального заболевания. Например, при обследовании пациентов на компьютерном томографе было выявлено, что локализация КТ-изменений на подкорковом уровне отражала присутствие гидроцефальных изменений преимущественно в диэнцефальной и заднестволовой областях при периодическом или приступообразном течении и в лобно-базальных областях – при непрерывном течении [7]. A. Carlo Altamura et al. (2017) установлена статистически значимая зависимость эффективности психофармакотерапии от объема серого вещества пациентов.

У пациентов с большим объемом серого вещества по данным МР-морфометрии отмечалось более значительное улучшение по шкале BPRS [8].

Для исследования не только анатомических, но и функциональных изменений наиболее эффективным методом неинвазивного лучевого исследования важнейших биохимических процессов и физиологических функций центральной нервной системы является позитронная эмиссионная томография. Причем из числа изотопов ^{18}F -фтордезоксиглюкоза (^{18}F -ФДГ) является оптимальным РФП для оценки функционального состояния коры головного мозга при различных патологических процессах, так как она отражает уровень потребления глюкозы клетками головного мозга (прежде всего нейронами). Локальное снижение метаболизма глюкозы указывает на нарушение нейрональной активности, что может свидетельствовать об активной нейродегенерации [9].

Цель исследования – выявление вероятных связей между нейроморфологическими и клиническими особенностями у пациентов с вербальным галлюцинозом в рамках параноидной шизофрении при наличии проявлений, резистентных к антипсихотической терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 6 стационарных больных параноидной шизофренией с наличием в статусе вербального истинного и псевдогаллюциноза, резистентного к курсам антипсихотической психофармакотерапии на стадии становления ремиссии. Средний возраст больных составил $39,0 \pm 15,8$ года, из них 4 пациента относились к младшей возрастной группе (22–33 года) и 2 пациента – к старшей возрастной группе (52–68 лет). Соотношение мужчин и женщин 1:1. Средняя длительность болезни $15,5 \pm 12,0$ года. Тип течения заболевания у 3 пациентов был непрерывным, ещё у 3 – приступообразно-прогредиентным с остаточной симптоматикой согласно МКБ-10.

Все пациенты до включения в исследование подписали информированное согласие. Перед этим они были ознакомлены с целями, методами исследования и рисками, связанными с диагностическими мероприятиями. Оценка клинических симптомов проводилась с использованием шкалы PANSS во время психиатрического интервью в первый день.

В соответствии с предложенными А.В. Снежневским клиническими критериями для диагностики вариантов параноидной шизофрении [10] обследованные больные были разделены на две группы: с бредовым (I группа) и галлюцинаторным (II группа) вариантами.

В I группу вошли 4 пациента (средний возраст $39,0 \pm 17,33$ года) со средним баллом по шкале PANSS $59,25 \pm 4,82$. У 3 пациентов этой группы течение заболевания носило непрерывный характер, у одной – приступообразно-прогредиентный. На этапе становления ремиссии у этих больных отмечалась частичная редукция продуктивной симптоматики с сохранением высокосистематизированной бредовой фабулы, слуховых псевдогаллюцинаций с недостаточной критической оценкой к перенесенному психотическому состоянию.

Практически все пациенты этой группы в момент обследования получали монотерапию атипичными антипсихотиками (палиперидоном, сероквелем в средних терапевтических дозах), один больной получал комбинированную терапию антипсихотиками первой и второй генерации (азалептин, клопиксол).

Во II группу вошли 2 пациента (средний возраст $40,0 \pm 12,0$ года), у которых клиническая картина в момент включения в исследование в основном определялась резидуальной галлюцинаторной симптоматикой. Отмечалась критика к болезненным переживаниям. Оба пациента из II группы были социально адаптированы. Средний балл по шкале PANSS в этой группе был равен $49,00 \pm 2,00$.

Пациенты II группы получали терапию антипсихотиками первой генерации (клопиксол, трифтазин).

Всем пациентам была проведена ПЭТ с использованием ^{18}F -ФДГ. Одной пациентке с галлюцинаторным вариантом была выполнена повторная ПЭТ с ^{18}F -ФДГ (69 баллов по шкале PANSS) и через 4,5 месяца после проведенного курса ЭСТ на фоне редукции галлюцинаторной симптоматики (47 баллов по шкале PANSS). Позитронную эмиссионную томографию головного мозга выполняли на совмещённом позитронном эмиссионном/рентгеновском компьютерном томографе (ПЭТ-КТ) «Discovery PET/CT 690» General Electric (США).

Радиофармпрепарат – ^{18}F -ФДГ – вводили внутривенно за 30 минут до начала сканирования из расчёта $100 \text{ МБк}/\text{м}^2$ площади поверхности тела пациента.

После укладки пациента в томограф проводили короткое недиагностическое КТ-сканирование, необходимое для коррекции неравномерности поглощения излучения тканями и улучшения качества ПЭТ-изображения. Затем проводили непосредственно эмиссионное сканирование длительностью 15 минут.

Обработку полученных изображений осуществляли на рабочей станции Advantage 4.5 GE (США) с использованием программ Volume Viewer и Cortax ID version 1.04-5.

В программе Volume Viewer оценивали изображение методом расчёта индекса асимметрии, используя программу ROI. Значение показателя Standart Uptake Value максимальный (SUVmax) вычитали из SUVmax в контралатеральной зоне (SUVmax к/л) и получившееся число делили на SUVmax к/л и умножали на 100%, при этом диагностически значимой считали асимметрию накопления больше 7%.

В программе Cortex ID оценивали метаболизм головного мозга с использованием метода Three Dimensional Stereotactic Surface Proection – 3D-SSP (Department of Internal Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA), усовершенствованный профессором S. Minoshima (University of Washington, Seattle, WA, USA).

Суть метода заключается в сравнении данных ПЭТ-исследования головного мозга у пациента с данными группы контроля, предоставленной профессором S. Minoshima. Сравнение осуществляется повоксельно, с использованием специальных алгоритмов и математических преобразований [11].

Оценивались: ассоциативная кора лобных, теменных, височных, затылочных долей, поясные из-

вилины (передние и задние их отделы отдельно), срединные отделы лобных и теменных долей, сенсомоторная кора, зрительная кора, хвостатые ядра, мост. Уровень метаболизма оценивался по показателю Z-счёт, положительные значения которого указывают на снижение метаболизма, отрицательные значения – на гиперметаболизм. Нормализация проводилась по показателю Global. Сравнение проводилось с соответствующей пациенту возрастной контрольной группой.

Нормальные значения показателя Z-счёт варьируют в диапазоне от -0,9 до 0,9 для всех областей, за исключением зрительной коры. Нормальные значения показателя Z-счёт для зрительной коры составляют от -1,5 до -4,5.

Статистическую обработку осуществляли с помощью программы MedCalc 11.4.2.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Значимые изменения метаболизма глюкозы ($1,0 \pm 0,63$ у пациентов с бредовым вариантом и $1,52 \pm 0,28$ у пациентов с галлюцинаторным вариантом) в ассоциативной коре левой лобной доли были выявлены у всех пациентов обеих групп (табл.1).

Т а б л и ц а 1

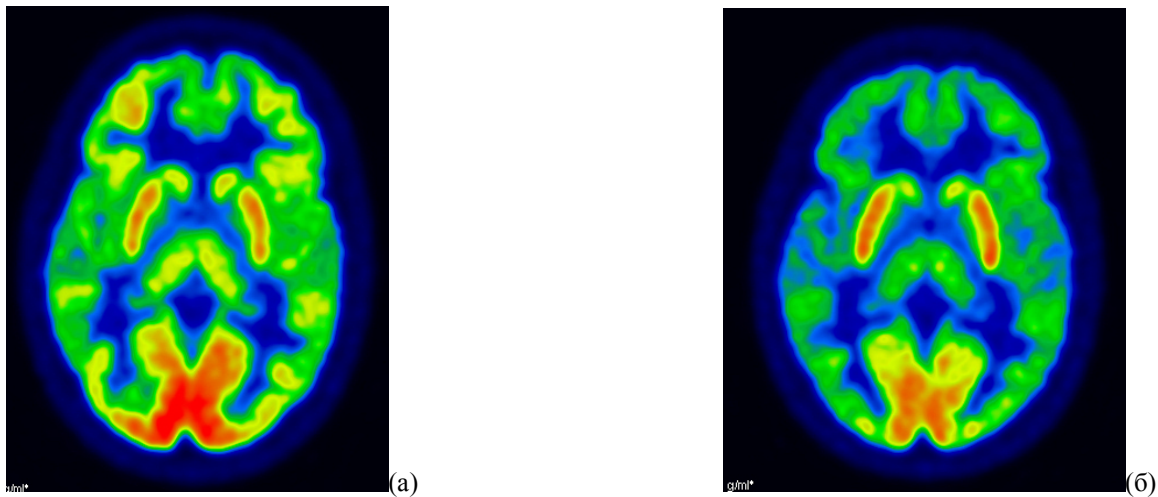
Распределение РФП ¹⁸ F-ФДГ в структурах головного мозга по показателю Z-счёт в I и II группах пациентов				
Область мозга	I группа (бредовый вариант)		II группа (галлюцинаторный вариант)	
	П	Л	П	Л
1. Ассоциативная кора теменной доли	П	$0,84 \pm 0,51$	П	$-0,17 \pm 0,72$
	Л	$1,06 \pm 0,47$	Л	$0,39 \pm 0,84$
2. Ассоциативная кора височной доли	П	$0,97 \pm 0,54$	П	$1,2 \pm 0,29$
	Л	$0,91 \pm 0,60$	Л	$1,34 \pm 0,08$
3. Ассоциативная кора лобной доли	П	$0,85 \pm 0,76$	П	$1,1 \pm 0,41$
	Л	$1,00 \pm 0,63$	Л	$1,52 \pm 0,28$
4. Ассоциативная кора затылочной доли	П	$0,29 \pm 0,79$	П	$-1,02 \pm 0,63$
	Л	$0,70 \pm 0,84$	Л	$-1,28 \pm 0,09$
5. Задние отделы поясной извилины	П	$-0,60 \pm 0,33$	П	$-0,22 \pm 0,25$
	Л	$-0,32 \pm 0,27$	Л	$-0,05 \pm 0,66$
6. Передние отделы поясной извилины	П	$-0,60 \pm 0,67$	П	$0,65 \pm 1,12$
	Л	$-0,72 \pm 0,63$	Л	$0,57 \pm 1,29$
7. Средние отделы лобной доли	П	$-0,26 \pm 0,86$	П	$0,48 \pm 0,91$
	Л	$-0,04 \pm 0,71$	Л	$0,56 \pm 0,37$
8. Средние отделы теменной доли	П	$0,28 \pm 0,35$	П	$-1,04 \pm 0,65$
	Л	$0,66 \pm 0,43$	Л	$-0,96 \pm 0,92$
9. Сенсомоторная кора	П	$0,55 \pm 0,41$	П	$0,35 \pm 0,01$
	Л	$0,60 \pm 0,41$	Л	$0,23 \pm 0,29$
10. Зрительная кора	П	$-1,48 \pm 1,79$	П	$-3,135 \pm 0,29$
	Л	$-0,77 \pm 1,37$	Л	$-3,47 \pm 0,61$
11. Хвостатое ядро	П	$0,12 \pm 0,96$	П	$-0,55 \pm 0,58$
	Л	$-0,27 \pm 0,52$	Л	$-0,92 \pm 0,59$
12. Мост	$-1,33 \pm 0,84$		$-1,33 \pm 0,84$	

Как видно по приведенным в таблице данным, у пациентов с галлюцинаторным вариантом также были выявлены гипометаболизм глюкозы в ассоциативной коре правой лобной доли ($1,1 \pm 0,41$), височной коре обеих долей ($1,2 \pm 0,29$ справа и $1,34 \pm 0,08$ слева), гиперметаболизм в затылочной коре обоих полушарий ($-1,02 \pm 0,63$ справа и $-1,28 \pm 0,09$ слева) и средних отделах теменной доли справа ($-1,04 \pm 0,65$).

На повторных томограммах у пациентки из II группы на фоне редукции галлюцинаторной симптоматики наблюдалось частичное восстановление уровня метаболизма глюкозы в лобных и височных долях головного мозга (рис. 1).

Это не только говорит о наличии структурных расстройств, лежащих в основе шизофрении, но и свидетельствует об обратимых функциональных нарушениях, определяющих клиническую картину.

В связи с малым объемом выборки достоверность различий не определялась. Тем не менее полученные данные соответствуют описанным ранее в исследованиях. Так, M.S. Bushbaum (1982) и T. Farkas (1984) впервые обнаружены изменения в лобных долях головного мозга в виде снижения метаболизма глюкозы и показателей кровотока [12, 13]. В ряде последующих исследований также отмечались подобные находки [14, 15, 16, 17, 18, 19].



Р и с у н о к 1. Данные ПЭТ-исследования пациентки до (а) и после (б) терапии

Гипометаболизм глюкозы в ассоциативной лобной коре, обнаруживаемый в обеих группах, подтверждает концепцию гипофронтальности у пациентов с шизофренией. Согласно данным D. Capon (2015), снижение функции лобной коры, особенно медиальной префронтальной коры, связано с гипофункцией NMDA-рецепторов, что может приводить к дисбалансу возбуждения и торможения. Считается, что этот дисбаланс активирует апоптоз нейронов, избыточную синаптическую обрезку с последующим разрастанием нейроглии (ростом объема белого вещества) [20]. Эти изменения приводят к когнитивному дефициту, который проявляется в нарушении способности к планированию, инициированию и поддержанию целенаправленных стратегий [21].

Ch. Gaser et al. (2004) при исследовании пациентов с параноидной шизофренией и слуховыми галлюцинациям с помощью МР-морфометрии выделил зоны значительного снижения объема коры головного мозга: правая префронтальная кора, левая поперечная височная извилина (извилина Гешля), левая нижняя надкраевая извилина – эти области частично соответствуют зонам гипометаболизма, обнаруженным у наших пациентов [22].

Гиперметаболизм в затылочной коре обеих полушарий и средних отделах теменной доли справа, определяющийся у пациентов из II группы, может быть признаком наличия актуальных галлюцинаций у пациента в момент исследования.

Таким образом, более выраженные изменения метаболизма глюкозы у пациентов II группы могут указывать на наличие органически измененной «почвы». По данным А.И. Нисса, шизофренический процесс на органически неполноценной «почве» протекает более благоприятно. Для этих пациентов характерно формирование синдрома хронического вербального галлюциноза, определяющего клиническую ремиссию в межприступном периоде («галлюцинаторная ремиссия») [23]. По мнению С.Г. Жислина и О.П. Ветроградской, таких больных следует относить к так называемым артефактным формам шизофрении, так

как дискретность аффективно-параноидных (реже – аффективных) приступов, отсутствие стержневой бредовой системы, критика к «голосам» в ремиссии, а в части случаев и в приступе, личностная сохранность, мягкость, а доступность и даже сенситивность больных противоречат клинике параноидной шизофрении [24, 25].

ВЫВОДЫ

По данным исследования выявлено наличие нейроморфологических различий в метаболической картине пациентов в зависимости от клинического варианта параноидной шизофрении. Так, у пациентов с галлюцинаторным вариантом, в отличие от больных с бредовым вариантом параноидной шизофрении, обнаружены гипометаболизм глюкозы в ассоциативной коре правой лобной доли, височной коре обеих долей и гиперметаболизм в затылочной коре обеих полушарий и средних отделах теменной доли справа. Положительный ответ на терапию, сопровождавшийся изменениями в метаболической картине в виде частичного восстановления уровня метаболизма глюкозы в лобных и височных долях головного мозга, позволяет предположить, что использование инструментальных методов наряду с клиническими улучшит подходы к терапии, поможет определить прогноз лечения.

Обнаруженные изменения метаболической картины доказывают различия нейрофизиологических механизмов, приводящих к резистентности даже в клинически однородной группе. Это говорит о необходимости индивидуального подхода для определения тактики ведения резистентных пациентов. К настоящему времени не проводилось полномасштабных исследований, сравнивающих изменения метаболизма глюкозы в головном мозге при приеме различных антипсихотиков. Дальнейшие исследования в этом направлении смогут помочь в оценке эффективности проводимой терапии, позволят выделить нейробиомаркеры различных форм резистентности и, возможно, даже осуществлять оптимизацию терапии на основе параметрических картин.

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 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ № 2 от 22.02.2018).

ЛИТЕРАТУРА

1. Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2002; 4 (4): 132–136.
2. Рахмазова Л.Д., Агарков А.А., Васильева Н.А., Петрачков И.В., Погорелова Т.В. Клинико-социальная адаптация пациентов с психозами и состояниями слабоумия. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 2 (83): 9–13.
3. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1988: 528.
4. Вовин Р.Я., Аксенова И.О. и др. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний). Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / Под ред. Р.Я. Вовина, Г. Е. Кюне. М.: Медицина, 1981: 151–181.
5. Breier A., Buchanan R.W., Kirkpatrick B. et al. Effects of clozapine on positive and negative symptoms in outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1994; 151: 20.
6. Kane J., Honigfeld G., Singer J. et al. Clozapine for the treatment-refractory schizophrenic: a double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 789.
7. Иванов М.В., Акименко М.А. Диагностика изменений нейроморфологического субстрата при эндогенных психозах методом компьютерной томографии. Современные достижения в диагностике и лечении эндогенных психических расстройств / Под ред. М.В. Иванова. СПб., 2008.
8. Altamura C., Delvecchio G., Paletta S., Di Pace Ch., Reggiori A., Fiorentini A., Mirabile M.D., Paoli R.A., Cinnante C., Triulzi F., Mauri M.C., Brambilla P. Gray matter volumes may predict the clinical response to paliperidone palmitate long-acting in acute psychosis: A pilot longitudinal neuroimaging study. *Psychiatry Research Neuroimaging*. 2017; 261: 80–84.
9. Лобзин В.Ю., Одинак М.М., Лупанов И.А., Бойков И.В., Емелин А.Ю. Оценка церебрального метаболизма 18-фтордезоксиглюкозы в ранней диагностике когнитивных нарушений. *Биомедицинский журнал*. 2013; 14: 1057–1070.
10. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии в 2-х т. / Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999; 1: 425–428.
11. Станжевский А.А., Тютин Л.А., Костеников Н.А. Позитронная эмиссионная томография головного мозга: принципы и методы обработки изображений (обзор литературы). *Лучевая диагностика и терапия*. 2010; 2 (1): 12–20.
12. Buchsbaum M.S., Ingvar D.H., Kessler R., Waters R.N., Cappelletti J., van Kammen D.R., King A.C., Johnson J.J., Manning R.G., Flynn R.M., Mann L.S., Bunney W.E.Jr., Sokoloff L. Cerebral glucography with positron tomography in normals and in patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1982; 39: 251–259.
13. Farkas T., Wolf A.P., Jaeger J., Brodie J.D., Christman D.R., Fowler J.S. Regional brain glucose metabolism in chronic schizophrenia: A positron emission transaxial tomographic study. *Archives of General Psychiatry*. 1984; 41: 293–300.
14. Andreasen N.C., O'Leary D.S., Flaum M., Nopoulos P., Watkins G.L., Boles Ponto L.L., Hichwa R.D. Hypofrontality in schizophrenia: Distributed dysfunctional circuits in neuroleptic-naïve patients. *Lancet*. 1997; 349: 1730–1734.
15. Andreasen N.C., Rezaei K., Alliger R., Swayze V.W., Flaum M., Kirchner P., Cohen G., O'Leary D.S. Hypofrontality in neuroleptic-naïve patients and in patients with chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1992; 49: 943–958.
16. Buchsbaum M.S., Hazlett E.A. Update on PET glucose methodology. *International Review of Psychiatry*. 1997; 9: 339–354.
17. Buchsbaum M.S. The frontal lobes, basal ganglia, and temporal lobes as sites for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1990; 16 (3): 379–389.
18. Chua S.E., McKenna P.J. Schizophrenia – A brain disease? A critical review of structural and functional cerebral abnormality in the disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1995; 166: 563–582.
19. Williamson P. Hypofrontality in schizophrenia: A review of the evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1987; 32: 399–404.
20. Cannon T.D. Review. How Schizophrenia Develops: Cognitive and Brain Mechanisms Underlying Onset of Psychosis. *Trends in Cognitive Sciences*. 2015; 1502: 13.
21. Янушко М.Г., Иванов М.В., Сорокина А.В. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: современные представления в свете дименсионального подхода. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24 (1): 90–95.
22. Gaser Ch., Nenadic I., Volz H.-P., Buchel Ch., Sauer H. Neuroanatomy of 'Hearing Voices': A Frontotemporal Brain structural Abnormality Associated with Auditory Hallucinations in schizophrenia. *Cerebral Cortex January*. 2004; 14: 91–96.
23. Нисс А.И. Клиника и терапия шизофрении у больных с церебрально-органической недостаточностью: автореф. дис. д.м.н. Л., 1990: 48.
24. Ветроградова О.П. К вопросу о шизофрении с синдромом вербального галлюциноза. *Проблемы шизофрении*. М., 1962; 1.
25. Жислин С.Г. Роль возрастного и соматогенного фактора в возникновении и течении некоторых форм психозов. М., 1956.

Поступила в редакцию 13.11.2017

Утверждена к печати 5.02.2018

Иванов Михаил Владимирович, д.м.н., проф., руководитель отделения биологической терапии психически больных.

Костерин Дмитрий Николаевич, к.м.н., врач-психиатр, н.с. отделения биологической терапии психически больных.

Тумова Марианна Анатольевна, врач-психиатр, м.н.с. отделения биологической терапии психически больных.

Илющенко Юрий Ренальдович, н.с. отдела лучевой диагностики, врач-радиолог отделения позитронной эмиссионной томографии.

Станжевский Андрей Алексеевич, д.м.н., руководитель научно-организационного отдела, врач-радиолог отделения позитронной эмиссионной томографии.

Лукин Владислав Олегович, н.с. отдела лучевой диагностики, лаборатории нейровизуализации, врач-радиолог отделения позитронной эмиссионной томографии.



Иванов Михаил Владимирович, profmikhailivanov@gmail.com

УДК 616.855.8:616.89-008.428.5:577.25

For citation: Ivanov M.V., Tumova M.A., Kosterin D.N., Stanzhevsky A.A., Lukin V.O., Ilyushchenko Yu.R. Neuromorphometric characteristics (results of PET diagnostics with ^{18}F -FDG) in patients with chronic auditory hallucinosis in schizophrenia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018, 1 (98): 11–17. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-11-17](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-11-17)

Neuromorphometric characteristics (results of PET diagnostics with ^{18}F -FDG) in patients with chronic auditory hallucinosis in schizophrenia

Ivanov M.V.¹, Tumova M.A.¹, Kosterin D.N.¹, Stanzhevsky A.A.²,
Lukin V.O.², Ilyushchenko Yu.R.²

¹ V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology
Bekhterev Street 3, 192019, Saint-Petersburg, Russian Federation

² Russian Scientific Center for Radiology and Surgical Technologies
Leningradskaya Street, 70A, 197758, Saint-Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Overcoming treatment resistance in patients with schizophrenia is one of the urgent tasks at the stages of the modern psychiatry. Use of modern methods of instrumental diagnosis (PET with ^{18}F -FDG) showed morphological differences between hallucinatory and delusional variants of paranoid schizophrenia. After the treatment one patient with hallucinatory variant of paranoid schizophrenia had complete reduction of hallucinatory symptoms, which was reflected in PET by a partial restoration of glucose metabolism in the frontal and temporal lobes of the brain. The observed changes allow us to speak about the heterogeneity of the neurophysiologic mechanisms leading to resistance, even in a clinically homogeneous group, which leads to the idea of an individual approach to therapy.

Keywords: Positron-Emission Tomography, treatment failure; schizophrenia, paranoid; hallucinations, delusions.

REFERENCES

- Mosolov S.N. Rezistentnost k psihofarmakoterapii i metody ee preodoleniya [Resistance to psychopharmacotherapy and methods of its overcoming]. *Psichiatriya i psihofarmakoterapiya – Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2002, 4 (4): 132–136 (in Russian).
- Rakhmazova L.D., Agarkov A.A., Vasilieva N.A., Petrachkov I.V., Pogorelova T.V. Kliniko-sotsialnaya adaptatsiya patsientov s psihozami i sostoyaniyami slaboumiya [Clinical-social adaptation of patients with psychoses and states of dementia]. *Sibirskiy vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 2 (83): 9–13 (in Russian).
- Avrutsky G.Ya., Neduva A.A. Lechenie psicheskii bolnykh: Rukovodstvo dlya vrachey. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Meditsina, 1988: 528 (in Russian).
- Vovin R.Ya., Axenova I.O. i dr. Problema hronizatsii psiho-zov i preodolenie terapevticheskoy rezistentnosti (na modeli depressivnykh sostoyaniy). *Farmakoterapevticheskie osnovy reabilitatsii psicheskii bolnykh / Pod red. R.Ya. Vovina, G. E. Kyune. M.: Meditsina, 1981: 151–181 (in Russian).*
- Breier A., Buchanan R.W., Kirkpatrick B. et al. Effects of clozapine on positive and negative symptoms in outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1994; 151: 20.
- Kane J., Honigfeld G., Singer J. et al. Clozapine for the treatment-refractory schizophrenic: a double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 789.
- Ivanov M.V., Akimenko M.A. Diagnostika izmeneniy neyromorfologicheskogo substrata pri endogennykh psihozah metodom kompyuternoy tomografii. *Sovremennyye dostizheniya v diagnostike i lechenii endogennykh psicheskikh rasstroyst / Pod red. M.V. Ivanova. SPb., 2008 (in Russian).*
- Altamura C., Delvecchio G., Paletta S., Di Pace Ch., Reggiori A., Fiorentini A., Mirabile M.D., Paoli R.A., Cinnante C., Triulzi F., Mauri M.C., Brambilla P. Gray matter volumes may predict the clinical response to paliperidone palmitate long-acting in acute psychosis: A pilot longitudinal neuroimaging study. *Psychiatry Research Neuroimaging*. 2017; 261: 80–84.
- Lobzin V.Yu., Odinak M.M., Lupanov I.A., Boykov I.V., Emlin A.Yu. Otsenka tserebralnogo metabolizma ^{18}F -fordezoksilyukozy v ranney diagnostike kognitivnykh narusheniy [Evaluation of ^{18}F -fluorodesoxyglucose cerebral metabolism in early diagnosis of cognitive impairment]. *Biomeditsinskiy zhurnal – Russian Biomedical Journal*. 2013; 14: 1057–1070 (in Russian).
- Tiganov A.S., Snezhnevsky A.V., Orlovskaya D.D. i dr. Rukovodstvo po psichiatrii v 2-h t. / Pod red. A.S. Tiganova. M.: Meditsina, 1999; 1: 425–428 (in Russian).
- Stanzhevsky A.A., Tyutin L.A., Kostenikov N.A. Pozitronnaya emissionnaya tomografiya golovnogo mozga: printsipy i metody obrabotki izobrazheniy (obzor literatury) [Positron emission tomography of the brain: principles and image processing techniques]. *Luhevaya diagnostika i terapiya – Radiodiagnosis and Therapy*. 2010; 2 (1): 12–20 (in Russian).
- Buchsbaum M.S., Ingvar D.H., Kessler R., Waters R.N., Cappelletti J., van Kammen D.R., King A.C., Johnson J.J., Manning R.G., Flynn R.M., Mann L.S., Bunney W.E.Jr., Sokoloff L. Cerebral glucography with positron tomography in normals and in patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1982; 39: 251–259.
- Farkas T., Wolf A.P., Jaeger J., Brodie J.D., Christman D.R., Fowler J.S. Regional brain glucose metabolism in chronic schizophrenia: A positron emission transaxial tomographic study. *Archives of General Psychiatry*. 1984; 41: 293–300.
- Andreassen N.C., O’Leary D.S., Flaum M., Nopoulos P., Watkins G.L., Boles Ponto L.L., Hichwa R.D. Hypofrontality in schizophrenia: Distributed dysfunctional circuits in neuroleptic-naïve patients. *Lancet*. 1997; 349: 1730–1734.
- Andreassen N.C., Rezaei K., Alliger R., Swayze V.W., Flaum M., Kirchner P., Cohen G., O’Leary D.S. Hypofrontality in neuroleptic-naïve patients and in patients with chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1992; 49: 943–958.
- Buchsbaum M.S., Hazlett E.A. Update on PET glucose methodology. *International Review of Psychiatry*. 1997; 9: 339–354.
- Buchsbaum M.S. The frontal lobes, basal ganglia, and temporal lobes as sites for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1990; 16 (3): 379–389.
- Chua S.E., McKenna P.J. Schizophrenia – A brain disease? A critical review of structural and functional cerebral abnormality in the disorder. *British Journal of Psychiatry*. 1995; 166: 563–582.
- Williamson P. Hypofrontality in schizophrenia: A review of the evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1987; 32: 399–404.
- Cannon T.D. Review. How Schizophrenia Develops: Cognitive and Brain Mechanisms Underlying Onset of Psychosis. *Trends in Cognitive Sciences*. 2015; 1502: 13.
- Yanushko M.G., Ivanov M.V., Sorokina A.V. Kognitivnyye narusheniya pri endogennykh psihozah: sovremennyye predstavleniya v svete dimensionalnogo podhoda [Cognitive disorders in endogenous psychoses: contemporary perspective in the light of

- dimensional approach]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psixiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2014; 24 (1): 90–95 (in Russian).
22. Gaser Ch., Nenadic I., Volz H.-P., Buchel Ch., Sauer H. Neuroanatomy of 'Hearing Voices': A Frontotemporal Brain structural Abnormality Associated with Auditory Hallucinations in schizophrenia. *Cerebral Cortex January*. 2004; 14: 91–96.
23. Niss A.I. Klinika i terapiya shizofrenii u bolnyih s tserebralno-organicheskoy nedostatochnostyu: avtoref. dis. d.m.n. Leningrad, 1990: 48.
24. Vetrogradova O.P. K voprosu o shizofrenii s sindromom verbalnogo gallyutsinoza. *Problemy shizofrenii*. Moskow, 1962; 1 (in Russian).
25. Zhislin S.G. Rol vozrastnogo i somatogenno go faktora v vzniknovenii i techenii nekotoryih form psihozov. Moskow, 1956 (in Russian).

Received November 13.2017

Accepted February 5.2018

Ivanov Michael V., MD., Professor, Head of Department of Biological Therapy of Mentally Ill, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russian Federation.

Kosterin Dmitry N., PhD, psychiatrist, researcher of Department of Biological Therapy of Mentally Ill, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russian Federation.

Tumova Maryanna A., psychiatrist, younger researcher of Department of Biological Therapy of Mentally Ill, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russian Federation.

Ilyushchenko Yury R., researcher of Department of Radiodiagnostics, physician-radiologist of Department of Positron-Emission Tomography, Russian Scientific Center for Radiology and Surgical Technologies, Saint-Petersburg, Russian Federation.

Stanzhevsky Andrey A., MD, Head of Scientific-Organizing Department, physician-radiologist of Department of Positron-Emission Tomography, Russian Scientific Center for Radiology and Surgical Technologies, Saint-Petersburg, Russian Federation.

Lukin Vladislav O., researcher of Department of Radiodiagnostics, Neuroimaging Laboratory, physician-radiologist of Department of Positron-Emission Tomography, Russian Scientific Center for Radiology and Surgical Technologies, Saint-Petersburg, Russian Federation.



Ivanov Michael V., profmikhailivanov@gmail.com

УДК 616.895.8:575.174.015.3

Для цитирования: Тигунцев В.В., Петрова В.Н., Семке А.В., Сорокина В.А., Платонов Д.Г. Полиморфные варианты генов триптофангидроксилазы не ассоциированы с шизофренией и её ведущей симптоматикой. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 18–23. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-18-23](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-18-23)

Полиморфные варианты генов триптофангидроксилазы не ассоциированы с шизофренией и её ведущей симптоматикой

Тигунцев В.В.¹, Петрова В.Н.², Семке А.В.¹, Сорокина В.А.³, Платонов Д.Г.³

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

² Томская областная клиническая психиатрическая больница Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

³ Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница Россия, 650036, Кемерово, ул. Волгоградская, 41

РЕЗЮМЕ

Введение. Большая часть симптомов шизофрении может быть разделена на две крупные категории: позитивные и негативные. В отличие от позитивной симптоматики негативная симптоматика зачастую считается необратимой и свидетельствует о глубоком поражении психики. Одними из генов-кандидатов предрасположенности к шизофрении рассматриваются гены триптофангидроксилазы *TPH1* и *TPH2*, ключевого фермента биосинтеза серотонина. Изучение вклада полиморфных вариантов генов *TPH1* и *TPH2* в развитие шизофрении и ведущей симптоматики заболевания в славянской популяции Томской и Кемеровской областей. **Методы.** Было обследовано 468 этнически русских пациентов с параноидной и простой формами шизофрении. ДНК из венозной крови выделялась фенол-хлороформным микрометодом. Для исследования было выбрано 3 полиморфных варианта в гене *TPH1* (rs1800532, rs7933505, rs684302) и 4 полиморфных варианта в гене *TPH2* (rs7305115, rs4290270, rs1386494, rs1487278). Генотипирование проводилось на амплификаторе “Real-timeStepOnePlus”. Распределение частот генотипов по исследованным полиморфным локусам проверяли на соответствие равновесию Харди–Вайнберга с помощью критерия χ^2 . Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. **Результаты.** Частотный анализ в контрольной и исследуемой группах не выявил значимых различий, как и в подгруппах больных с ведущей позитивной и негативной симптоматикой. **Заключение.** Исследованные полиморфизмы не вносят значимого вклада в развитие шизофрении и её ведущей симптоматики в славянской популяции Томской и Кемеровской областей.

Ключевые слова: шизофрения, триптофангидроксилаза, генетика, полиморфизм, серотонин.

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения – тяжёлое психиатрическое расстройство, частота встречаемости которого составляет примерно 1% населения планеты, характеризуется нарушением социального функционирования, адаптационных процессов и высоким уровнем инвалидизации [1; 2]. Это заболевание имеет мультифакториальную природу, важную часть которой составляет генетическая компонента. Риск развития шизофрении и других психических заболеваний у родственников больных значительно превосходит средний в популяции. Было найдено множество генов-кандидатов, потенциально принимающих участие в развитии шизофрении, и подавляющее большинство из них вносят вклад в развитие и формирование нервной системы, а также систем нейротрансмиттеров (дофаминергической, серотонинергической, глутаматергической и др.) [3–6].

Шизофрению отличают прогрессирующие и зачастую необратимые изменения личности. Большая часть симптомов шизофрении может быть разделена на две крупные категории: позитивные и негативные. К позитивной симптоматике относятся галлюцинации, бред, психомоторное возбуждение, сверхценные и навязчивые идеи. Негативные симптомы подразумевают ущерб здоровой психике, исчезновение какой-либо её способности. К данной сим-

птоматике относятся утрата интеллекта (слабоумие), памяти (амнезия), способности испытывать яркие эмоции (апатия).

Серотонин (5-гидрокситриптами́н, 5-НТТ) – один из основных нейромедиаторов центральной нервной системы. При его участии реализуются агрессия, депрессивное сексуальное и пищевое поведение, восприятие боли, активность некоторых гормонов [7–9]. Серотониновая система тесно связана с контролем других нейромедиаторных систем, в частности моноаминовой и ГАМК-ергической [10]. Понижение количества серотонина в мозге – одна из биохимических причин возникновения депрессии, тревожных состояний, импульсивности и суицидальных тенденций. При повышении концентрации серотонина могут наблюдаться диссоциативные расстройства [10].

Триптофангидроксилаза (TPH) – ключевой фермент первой стадии биосинтеза серотонина, катализирует присоединение ОН-группы к триптофану, превращая его в 5-гидрокситриптофан [11]. Показано, что существуют 2 изоформы триптофангидроксилазы: *TPH1* и *TPH2*, кодируемые генами *TPH1* (11p15) и *TPH2* (12q21.1) соответственно [12]. В мозге функционирует вторая изоформа фермента, первая изоформа экспрессируется в эпифизе, периферических тканях и тучных клетках [12].

Исследование вклада полиморфных вариантов генов триптофангидроксилазы в развитие шизофрении проводилось в основном в странах Азии, где *TRH1* и *TRH2* рассматривались как гены-кандидаты наследственной предрасположенности к шизофрении и ведущей её симптоматике. Полиморфный вариант rs1800532 (A218C) гена *TRH1*, согласно мета-анализу с использованием базы данных SZGene [13], показал стойкую эпидемиологическую достоверность вклада в развитие шизофрении. В 2012 г. в Китае было проведено исследование регуляторных участков гена *TRH2*, которое обнаружило значительные различия в частотах аллелей и генотипов между группами контроля и больных параноидной шизофренией по полиморфному варианту rs4570625 (-703G/T) искомого гена [14]: аллель G чаще встречался в опытной группе. Задолго до этого, в 2000 г., японские исследователи во главе с Т. Shinkai выявили взаимосвязь полиморфного варианта A779C в гене *TRH1* с негативной симптоматикой у мужчин, больных шизофренией [15].

Однако большинство публикаций, представленных в базе данных Pubmed, не выявили значимого вклада генов триптофангидроксилазы в патогенез обозначенного расстройства.

Так, в той же Японии не было обнаружено ассоциации между полиморфизмами обозначенных генов с шизофренией [16; 17], так же как и в работах исследователей из Италии [18] и Кореи [7; 19].

Одно из немногих исследований полиморфных вариантов генов *TRH* в отношении населения России проводилось в НЦПЗ РАМН в 2009 г., однако опытную группу в нём составили пациенты с расстройствами шизофренического спектра. В этой выборке помимо шизофрении установленными диагнозами были шизоаффективный психоз и первый психотический эпизод. Таким образом, не ставилось цели установить взаимосвязь полиморфизмов с конкретной нозологией группы эндогенных психозов. Р.В. Ефимов и др. [20] выявили предрасполагающий эффект аллеля А полиморфного варианта A218C (rs1800532) гена *TRH1* к развитию обозначенной группы расстройств, что может свидетельствовать о возможном вкладе генов *TRH* в патогенез конкретно шизофрении у населения России.

Целью данного исследования является изучение вклада полиморфных вариантов генов *TRH1* и *TRH2* в развитие шизофрении и ведущей симптоматики заболевания в славянской популяции Сибирского региона.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов.

Критериями включения больных в исследуемую группу являлись: установленный диагноз шизофрении (F20), добровольное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования были: наличие коморбидных неврологических и соматических заболеваний, затрудняющих объективную оценку клинического состояния, вызванного основным психиатрическим заболеванием; отказ больного от участия в исследовании.

Проводилась стандартизация группы по возрасту, длительности заболевания и ведущей симптоматике (позитивной или негативной).

Нами обследовано 468 этнически русских пациентов с диагностированной параноидной и простой шизофренией, находившихся на стационарном лечении в ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» (главный врач – С.М. Андреев), в клиниках НИИ психического здоровья (главный врач д.м.н. В.Ф. Лебедева) и в ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» (главный врач – к.м.н. В.А. Сорокина). В исследование вошло 236 (52,9%) женщин и 232 (47,1%) мужчины, средний возраст составил $41,8 \pm 13,6$ года (от 18 до 77 лет включительно). Протокол исследования был одобрен независимым локальным Комитетом по этике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Пациенты были информированы о характере исследования и его целях, были получены письменные информированные согласия. Контрольная группа была представлена 127 психически и соматически здоровыми добровольцами (средний возраст составил $38,5 \pm 13,2$ года).

В качестве материала для экспериментального исследования была использована венозная кровь. Венозную кровь брали из локтевой вены в период с 8.00 до 9.00 натошак в пробирки фирмы BD Vacutainer с антикоагулянтом ЭДТА. Полученную кровь использовали для выделения ДНК фенол-хлороформным методом.

На основании литературных данных для исследования было выбрано 3 полиморфных варианта в гене *TRH1* (rs1800532, rs7933505, rs684302) и 4 полиморфных варианта в гене *TRH2* (rs7305115, rs4290270, rs1386494, rs1487278), которые ранее были исследованы на предмет ассоциаций с шизофренией или с другими психическими заболеваниями, в чей патогенез вовлекалась дисфункция серотонинергической нейротрансмиссии. Генотипирование проводилось на амплификаторе “Real-timeStepOnePlus” (США). ПЦР проводили в 96-луночных планшетах в объеме 5 мкл на амплификаторе “Real-timeStepOnePlus” (США) в присутствии 10 нг геномной ДНК-матрицы и смеси ПЦР-праймеров.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы SPSS 20.0. Распределение частот генотипов по исследованным полиморфным локусам проверяли на соответствие равновесию Харди–Вайнберга и выполняли с помощью критерия χ^2 . Сравнение частот генотипов и аллелей в исследуемых группах проводили по критерию χ^2 . Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$ [21].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнение частот генотипов в группах пациентов с шизофренией и контроля не выявило статистически значимых отличий (табл. 1).

После разделения пациентов по гендерному признаку и ведущей симптоматике было проведено сравнение частот генотипов в подгруппах с позитивными и негативными симптомами. Как у мужчин, так и у женщин не было выявлено статистически значимых различий частот генотипов в исследуемых подгруппах (табл. 2, 3).

Однако наблюдается тенденция к понижению частоты гетерозиготных генотипов по полиморфным вариантам rs1800532 и rs7933505 среди мужчин с преобладающей позитивной симптоматикой заболевания ($p=0,07$). Отношение шансов для этих генотипов составило 0,54 (95% CI: 0,31–0,94) для rs1800532 и 0,53 (95% CI: 0,30–0,92) для rs7933505 соответственно.

Т а б л и ц а 1

Частоты встречаемости генотипов и аллелей полиморфных вариантов генов <i>TPH</i> в группах пациентов с шизофренией и здоровых индивидов					
Полиморфный вариант гена	Генотип / аллель	Пациенты (n, %)	Здоровые лица (n, %)	χ^2	p
rs1800532 (<i>TPH1</i>)	CC	142 (30,1%)	38 (29,9%)	0,10	0,95
	CA	242 (51,4%)	64 (50,4%)		
	AA	87 (18,5%)	25 (19,7%)		
rs7933505 (<i>TPH1</i>)	GG	142 (30,3%)	38 (29,9%)	0,12	0,94
	AG	241 (51,4%)	64 (50,4%)		
	AA	86 (18,3%)	25 (19,7%)		
rs684302 (<i>TPH1</i>)	TT	288 (71,3%)	89 (71,8%)	0,01	0,99
	TC	116 (28,7%)	35 (28,2%)		
	CC	0 (0%)	0 (0%)		
rs7305115 (<i>TPH2</i>)	GG	172 (36,3%)	38 (30,2%)	1,87	0,39
	AG	226 (47,7%)	68 (54%)		
	AA	76 (16%)	20 (15,9%)		
rs4290270 (<i>TPH2</i>)	TT	182 (38,6%)	40 (31,5%)	2,58	0,28
	AT	223 (47,2%)	64 (50,4%)		
	AA	67 (14,2%)	23 (18,1%)		
rs1386494 (<i>TPH2</i>)	GG	357 (75,3%)	92 (73%)	0,41	0,81
	GA	108 (22,8%)	32 (25,4%)		
	AA	9 (1,9%)	2 (1,6%)		
rs1487278 (<i>TPH2</i>)	TT	277 (58,7%)	71 (55,9%)	0,32	0,85
	CT	171 (36,2%)	49 (38,6%)		
	CC	24 (5,1%)	7 (5,5%)		

Примечание. p – Уровень статистической значимости различий параметров между группами пациентов с шизофренией и здоровыми лицами; χ^2 – стандартный критерий Пирсона для сравнения частот генотипов генов, d.f.=2.

Т а б л и ц а 2

Частоты встречаемости генотипов и аллелей полиморфных вариантов генов <i>TPH</i> в группах мужчин с ведущей позитивной и негативной симптоматикой					
Полиморфный вариант гена	Генотип / аллель	С «+» симптомами (n, %)	С «-» симптомами (n, %)	χ^2	p
Rs1800532 (<i>TPH1</i>)	CC	40 (36%)	27 (28,4%)	5,32	0,07
	CA	52 (46,8%)	59 (62,1%)		
	AA	19 (17,1%)	9 (9,5%)		
Rs7933505 (<i>TPH1</i>)	GG	40 (37%)	27 (28,4%)	5,46	0,07
	AG	50 (46,3%)	59 (62,1%)		
	AA	18 (16,7%)	9 (9,5%)		
Rs684302 (<i>TPH1</i>)	TT	63 (63,6%)	63 (71,6%)	1,34	0,51
	TC	36 (36,4%)	25 (28,4%)		
	CC	0 (0%)	0 (0%)		
Rs7305115 (<i>TPH2</i>)	GG	38 (33,6%)	35 (36,5%)	0,23	0,89
	AG	59 (52,2%)	47 (49%)		
	AA	16 (14,2%)	14 (14,6%)		
Rs4290270 (<i>TPH2</i>)	TT	41 (36,9%)	30 (31,3%)	0,77	0,68
	AT	55 (49,5%)	51 (53,1%)		
	AA	15 (13,5%)	15 (15,6%)		
Rs1386494 (<i>TPH2</i>)	GG	82 (72,6%)	73 (76%)	1,07	0,51
	GA	30 (26,5%)	23 (24%)		
	AA	1 (0,9%)	0 (0%)		
Rs1487278 (<i>TPH2</i>)	TT	61 (55%)	56 (57,7%)	2,04	0,36
	CT	47 (42,3%)	35 (36,1%)		
	CC	3 (2,7%)	6 (6,2%)		

Примечание. p – Уровень статистической значимости различий параметров между группами пациентов с ведущей позитивной и негативной симптоматикой; χ^2 – стандартный критерий Пирсона для сравнения частот генотипов генов, d.f.=2.

Таблица 3

Частоты встречаемости генотипов и аллелей полиморфных вариантов генов <i>TPH</i> в группах женщин с ведущей позитивной и негативной симптоматикой					
Полиморфный вариант гена	Генотип / аллель	С «+» симптомами (n, %)	С «-» симптомами (n, %)	χ^2	p
rs1800532 (<i>TPH1</i>)	CC	35 (26,5%)	22 (26,2%)	1,64	0,44
	CA	66 (50%)	48 (57,1%)		
	AA	31 (23,5%)	14 (16,7%)		
rs7933505 (<i>TPH1</i>)	GG	35 (26,5%)	22 (25,9%)	1,81	0,41
	AG	66 (50%)	49 (57,6%)		
	AA	31 (23,5%)	14 (16,5%)		
rs684302 (<i>TPH1</i>)	TT	85 (78%)	54 (74%)	0,39	0,82
	TC	24 (22%)	19 (26%)		
	CC	0 (0%)	0 (0%)		
rs7305115 (<i>TPH2</i>)	GG	46(34,8%)	33 (39,3%)	0,96	0,62
	AG	64 (48,5%)	35 (41,7%)		
	AA	22 (16,7%)	16 (19%)		
rs4290270 (<i>TPH2</i>)	TT	52 (39,4%)	34 (41%)	0,16	0,92
	AT	63 (47,4%)	37 (44,6%)		
	AA	18 (13,5%)	12 (14,5%)		
rs1386494 (<i>TPH2</i>)	GG	100 (75,8%)	62 (73,8%)	1,01	0,6
	GA	29 (22%)	18 (21,4%)		
	AA	3 (2,3%)	4 (4,8%)		
rs1487278 (<i>TPH2</i>)	TT	76 (57,1%)	55 (66,3%)	4,62	0,1
	CT	51 (38,3%)	21 (25,3%)		
	CC	6 (4,5%)	7 (8,4%)		

Примечание. p – Уровень статистической значимости различий параметров между группами пациентов с ведущей позитивной и негативной симптоматикой; χ^2 – стандартный критерий Пирсона для сравнения частот генотипов генов, d.f.=2.

ОБСУЖДЕНИЕ

Данное исследование не выявило разницы в частотах генотипов по полиморфным вариантам генов триптофангидроксилазы между группами здоровых людей и больных шизофренией, а также между группами пациентов с ведущей позитивной и негативной симптоматикой. Нарушение содержания серотонина в мозге является важной составляющей патогенеза шизофрении, поэтому логично рассматривать гены, кодирующие ключевой фермент биосинтеза этого нейромедиатора, в качестве генов-кандидатов развития шизофрении и отдельных групп её симптомов. В России взаимосвязь генов *TPH* и шизофрении исследовалась довольно слабо. К примеру, в публикации Р.В. Ефимова и др. [18] сообщается о вкладе полиморфного варианта гена *TPH1* в развитие расстройств шизофренического спектра в популяции Московской области. Этот факт не позволяет судить о вкладе гена в патогенез отдельной нозологической единицы, в частности шизофрении, однако дальнейшие исследования могли бы дать больше информации о влиянии исследуемых генов на развитие психических заболеваний в разных регионах России.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исследованные полиморфизмы генов не вносят значимого вклада в развитие шизофрении и её ведущей симптоматики в славянской популяции Кемеровской и Томской областей.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ 17-29-06035 «Новые подходы к фармакогенетике антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемии у больных шизофренией».

СООТВЕТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук № 3 от 06.04.2007).

ЛИТЕРАТУРА

1. Tandon R., Keshavan M.S., Nasrallah H.A. Schizophrenia, «just the facts» what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr. Res.* 2008; 102 (1–3): 1–18.
2. Семке А.В., Ветлугина Т.П., Иванова С.А. и др. Биопсихосоциальные основы и адаптивно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2009; 5 (56): 15–20.
3. Федоренко О.Ю., Рудиков Е.В., Гаврилова В.А., Боярко Е.Г. и др. Ассоциация (N251S)-PIP5K2A с расстройствами шизофренического спектра: исследование русской популяции Сибири. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2013; 5: 58–61.
4. Pelov P., Teltsh O., Greenbaum L. et al. Involvement of PTPN5, the gene encoding the STriatal-Enriched protein tyrosine Phosphatase (STEP), in schizophrenia and cognition. *Psychiatr Genet.* 2012; 22(4): 168–176. doi: 10.1097/YPG.0b013e328351858
5. Голиббет В.Е. Генетика шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2003; 103 (3): 58–67.
6. Henriksen M.G., Nordgaard J., Jansson L.B. Genetics of Schizophrenia: Overview of Methods, Findings and Limitations. *Front Hum Neurosci.* 2017; 11: 322. doi: 10.3389/fnhum.2017.00322
7. Serretti A., Chiesa A., Porcelli S. et al. Influence of *TPH2* variants on diagnosis and response to treatment in patients with major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Psychiatry Research.* 2011; 189: 26–32.
8. Иванова С.А., Шмиголь М.В., Сандый-оол А.В. и др. Полиморфизм генов серотонинергической системы у детей и подростков тувинской популяции с расстройствами поведения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2011; 1 (64): 42–45.
9. Бохан Н.А., Иванова С.А., Левчук Л.А. Серотониновая система в модуляции депрессивного и агрессивного поведения. Томск: Издательство «Иван Федоров», 2013: 104.

10. Левчук Л.А., Шмиголь М.В., Иванова С.А. Серотонинергическая система в патогенезе и терапии депрессивных расстройств (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2012; 2 (71): 75–79.
11. Fitzpatrick P.F. Tetrahydropterin dependent aminoacidhydroxylases. *Annu Rev Biochem*. 1999; 68: 355–381.
12. Walther D.J., Peter J.U., Winter S. Serotonylation of small GTPases is a signal transduction pathway that triggers platelet alpha-granule release. *Cell*. 2003; 115 (7): 851–862.
13. Allen N.C., Bagade S., McQueen M.B. et al. Systematic meta-analyses and field synopsis of genetic association studies in schizophrenia: the SzGene database. *Nat. Genet.* 2008; 40 (7): 827–834. doi: 10.1038/ng.171
14. Xu X.M., Ding M., Pang H., Wang B.J. TPH2 gene polymorphisms in the regulatory region are associated with paranoid schizophrenia in Northern Han Chinese. *Genet. Mol. Res.* 2014; 13 (1): 1497–1507.
15. Shinkai T., Ohmori O., Suzuki T. et al. Polymorphisms of tryptophan hydroxylase gene and the symptomatology of schizophrenia: an association study. *Psychiatr Genet.* 2000; 10 (4): 165–171.
16. Higashi S., Ohnuma T., Shibata N. No genetic association between tryptophan hydroxylase 2 gene polymorphisms and Japanese schizophrenia. *Psychiatr. Genet.* 2007; 17 (2): 123. doi: 10.1097/YPG.0b013e328011c01a
17. Shirowa K., Hishimoto A., Mouri K. et al. Common genetic variations in TPH1/TPH2 genes are not associated with schizophrenia in Japanese population. *Neurosci. Lett.* 2010; 472 (3): 194–198.
18. Serretti A., Lilli R., Lorenzi C. Tryptophan hydroxylase gene and major psychoses. *Psychiatry Res.* 2001; 103 (1): 79–86.
19. Paik I., Toh K., Kim J., Lee C. TPH gene may be associated with suicidal behavior, but not with schizophrenia in the Korean population. *Hum. Hered.* 2000; 50 (6): 365–369.
20. Ефимов Р.В., Шавлюдова А.Ш., Голимбет В.Е. Ассоциация полиморфных маркеров гена триптофангидроксилазы (ТрН) с эндогенными психозами. *Генетика*. 2009; 45 (12): 1668–1673.
21. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Москва: Практика, 1998: 459.

Поступила в редакцию 10.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Тигунцев Владимир Владимирович, очный аспирант.

Петрова Валерия Николаевна, заместитель главного врача по медицинской части.

Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной и лечебной работе, заведующий отделением эндогенных расстройств.

Сорокина Вероника Альбертовна, к.м.н., главный врач.

Платонов Дмитрий Геннадьевич, к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части.



Тигунцев Владимир Владимирович, cristall2009@live.ru

УДК 616.895.8:575.174.015.3

For citation: Tiguntsev V.V., Petrova V.N., Semke A.V., Sorokina V.A., Platonov D.G. There is no association of tryptophan hydroxylase gene polymorphisms with schizophrenia and its leading symptomatology. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018, 1 (98): 18–23. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-18-23](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-18-23)

There is no association of tryptophan hydroxylase gene polymorphisms with schizophrenia and its leading symptomatology

Tiguntsev V.V.¹, Petrova V.N.², Semke A.V.¹, Sorokina V.A.³, Platonov D.G.³

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

² Tomsk Regional Clinical Psychiatric Hospital
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

³ Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital
Vologradskaya Street 41, 650036, Kemerovo, Russian Federation

ABSTRACT

Most of the symptoms of schizophrenia can be divided into two major categories: positive and negative. Unlike positive, negative symptoms are often irreversible and give evidence of profound mental impairment. Genes *TPH1* and *TPH2* of tryptophan hydroxylase, a key enzyme of serotonin biosynthesis, are considered as candidate genes predisposing to schizophrenia. **Aim of the research** is to study of the contribution of polymorphic variants of the *TPH1* and *TPH2* genes to the development of schizophrenia and the leading symptomatology of the disease in the Caucasian population of the Tomsk and Kemerovo regions. **Subjects and Methods.** 468 ethnically Russian patients with paranoid and simple schizophrenia are examined. DNA from venous blood is isolated by a phenol-chloroform micromethod. For the study, 3 polymorphic variants are selected in the *TPH1* gene (rs1800532, rs7933505, rs684302) and 4 polymorphic variants in the *TPH2* gene (rs7305115, rs4290270, rs1386494, rs1487278). Genotyping is carried out by “Real-time StepOnePlus” amplifier. The frequency distribution of the genotypes from the polymorphic loci examined is checked for compliance with the Hardy-Weinberg equilibrium using the χ^2 criterion. Differences are considered reliable at a significance level of $p < 0.05$. **Results and Discussion.** Frequency analysis in the control and study groups shows no significant differences, as in subgroups of patients with leading positive and negative symptoms. **Conclusion.** The investigated polymorphisms do not make a significant contribution to the development of schizophrenia and its leading symptomatology in the Caucasian population of the Tomsk and Kemerovo regions.

Keywords: schizophrenia, tryptophan hydroxylase, genetics, polymorphism, serotonin.

REFERENCES

1. Tandon R., Keshavan M.S., Nasrallah H.A. Schizophrenia, «just the facts» what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr. Res.* 2008; 102 (1–3): 1–18.
2. Semke A.V., Vetlugina T.P., Ivanova S.A. i dr. Biopsihosocialnye osnovy adaptacionno-kompensatornye mekhanizmy shizofrenii v regione Sibiri [Biopsychosocial bases and adaptive-compensator mechanisms of schizophrenia in region of Siberia]. *Sibirskij vestnik psichiatri i inarkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2009; 5 (56): 15–20 (in Russian).
3. Fedorenko O.Yu., Rudikov E.V., Gavrilova V.A., Boyarko I.G. i dr. Associaciya (N251S)-PIP5K2A s rasstrojstvami shizofrenicheskogo spectra: issledovanie russkoj populyacii Sibiri [Association of (N251S)-PIP5K2A with schizophrenic disorders: a study of the Russian population of Siberia]. *Zhurnal neurologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova – Journal of Neurology and Psychiatry S.S. Korsakov.* 2013; 5: 58–61 (in Russian).
4. Pelov P., Teltsh O., Greenbaum L. et al. Involvement of PTPN5, the gene encoding the STRiatal-Enriched protein tyrosine Phosphatase (STEP), in schizophrenia and cognition. *Psychiatr Genet.* 2012; 22(4): 168–176. doi: 10.1097/YPG.0b013e328351858
5. Golimbet V.E. Genetika shizofrenii [Genetics of schizophrenia]. *Zhurnal neurologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova – Journal of Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakov.* 2003; 3 (103): 58–67 (in Russian).
6. Henriksen M.G., Nordgaard J., Jansson L.B. Genetics of Schizophrenia: Overview of Methods, Findings and Limitations. *Front Hum Neurosci.* 2017; 11: 322. doi: 10.3389/fnhum.2017.00322
7. Serretti A., Chiesa A., Porcelli S. et al. Influence of TPH2 variants on diagnosis and response to treatment in patients with major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Psychiatry Research.* 2011; 189: 26–32.
8. Ivanova S.A., Shmigol M.V., Sandyj-ool A.V. i dr. Polimorfizm genov serotoninergicheskoy sistemy u detej i podrostkov tyvinskoj populyacii s rasstrojstvami povedeniya [Polymorphism of genes of the serotoninergic system in children and adolescents of the tyvin population with disorders of behavior]. *Sibirskij vestnik psichiatri i inarkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2011; 1 (64): 42–45 (in Russian).
9. Bokhan N.A., Ivanova S.A., Levchuk L.A. Serotoninovaya sistema v modulyacii depressivnogo i agressivnogo povedeniya [Serotonin system in modulation of depressive and aggressive behavior]. Tomsk: Ivan Fedorov, 2013: 103 (in Russian).
10. Levchuk L.A., Shmigol M.V., Ivanova S.A. Serotoninergicheskaya sistema v patogeneze i terapii depressivnyh rasstrojstv (obzor literatury) [Serotonergic system in the pathogenesis and therapy of depressive disorders (literature review)]. *Sibirskij vestnik psichiatri i inarkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2012; 2 (71): 75–79 (in Russian).
11. Fitzpatrick P.F. Tetrahydropterin dependent aminoacidhydroxylases. *Annu Rev Biochem.* 1999; 68: 355–381.
12. Walther D.J., Peter J.U., Winter S. Seronylation of small GTPases is a signal transduction pathway that triggers platelet alpha-granule release. *Cell.* 2003; 115 (7): 851–862.
13. Allen N.C., Bagade S., McQueen M.B. et al. Systematic meta-analyses and field synopsis of genetic association studies in schizophrenia: the SzGene database. *Nat. Genet.* 2008; 40 (7): 827–834. doi: 10.1038/ng.171
14. Xu X.M., Ding M., Pang H., Wang B.J. TPH2 gene polymorphisms in the regulatory region are associated with paranoid schizophrenia in Northern Han Chinese. *Genet. Mol. Res.* 2014; 13 (1): 1497–1507.
15. Shinkai T., Ohmori O., Suzuki T. et al. Polymorphisms of tryptophan hydroxylase gene and the symptomatology of schizophrenia: an association study. *Psychiatr Genet.* 2000; 10 (4): 165–171.
16. Higashi S., Ohnuma T., Shibata N. No genetic association between tryptophan hydroxylase 2 gene polymorphisms and Japanese schizophrenia. *Psychiatr. Genet.* 2007; 17 (2): 123. doi: 10.1097/YPG.0b013e328011c01a
17. Shirowa K., Hishimoto A., Mouri K. et al. Common genetic variations in TPH1/TPH2 genes are not associated with schizophrenia in Japanese population. *Neurosci. Lett.* 2010; 472 (3): 194–198.
18. Serretti A., Lilli R., Lorenzi C. Tryptophan hydroxylase gene and major psychoses. *Psychiatry Res.* 2001; 103 (1): 79–86.
19. Paik I., Toh K., Kim J., Lee C. TPH gene may be associated with suicidal behavior, but not with schizophrenia in the Korean population. *Hum. Hered.* 2000; 50 (6): 365–369.
20. Efimov R.V., Shavlyudova A.Sh., Golimbet V.E. Associaciya polimorfnyh markerov gena triptofangidroksilazy (TpH) s ehndogennymi psihozami [Association of polymorphic markers of tryptophan hydroxylase gene (TrH) with endogenous psychoses]. *Genetika – Genetics.* 2009; 45 (12): 1668–1673 (in Russian).
21. Glantz S. Mediko-biologicheskaya statistika [Biostatistica]. Moscow: Praktika, 1998: 459 (in Russian).

Received November 10.2017
Accepted February 5.2018

Tiguntsev Vladimir V., full-timel post-graduate student, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Petrova Valeria N., Deputy Chief Medical Officer, Tomsk Regional Clinical Psychiatric Hospital, Tomsk, Russian Federation.

Semke Arkady V., MD., Professor, Deputy Director for Scientific and Medical Work, Head of Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Sorokina Veronica A., PhD., chief physician, Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital, Kemerovo, Russian Federation.

Platonov Dmitry G., PhD., Deputy Chief Medical Officer, Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital, Kemerovo, Russian Federation.



Tiguntsev Vladimir V., cristal12009@live.ru

УДК 616.89:661.834:547.475.2

Для цитирования: Лосенков И.С., Плотников Е.В., Епимахова Е.В. Цитотоксический и прооксидантный эффекты аскорбата лития *in vitro*. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 24–29. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-24-29](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-24-29)

Цитотоксический и прооксидантный эффекты аскорбата лития *in vitro*

Лосенков И.С.¹, Плотников Е.В.^{1,2}, Епимахова Е.В.¹

¹ *НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4*

² *Исследовательская школа химических и биомедицинских технологий, Томский политехнический университет Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 30*

РЕЗЮМЕ

В настоящее время ведется разработка и изучение новых комплексных препаратов лития с антиоксидантными свойствами. Перспективным в этом отношении может быть аскорбат лития. Проведена оценка цитотоксичности аскорбата лития и аскорбиновой кислоты, а также изучено их влияние на окислительный стресс на клеточной модели мононуклеаров периферической крови. Обнаружен выраженный цитотоксический эффект аскорбата лития и аскорбиновой кислоты, заключающийся в повышении процента клеток как в состоянии раннего апоптоза, так и в состоянии позднего апоптоза/некроза. Продемонстрирована индукция окислительного стресса (повышение процента клеток с активными формами кислорода) в присутствии этих соединений. Таким образом, в экспериментах *in vitro* в используемых концентрациях аскорбат лития не является антиоксидантом, то есть для оценки аскорбата лития как потенциального фармакологического препарата требуются дальнейшие исследования как на других клеточных культурах *in vitro*, так и в экспериментах *in vivo*.

Ключевые слова: литий, аскорбата лития, аскорбиновая кислота, окислительный стресс, цитотоксичность, апоптоз.

ВВЕДЕНИЕ

Литиевые соли, внедренные в психиатрию в середине прошлого века, до сих пор широко используются в качестве нормотимиков – стабилизаторов настроения [1]. Наиболее распространенным препаратом остается карбонат лития.

Механизм действия лития весьма сложен и продолжает активно изучаться. Достоверно показано, что литий включается в целый ряд механизмов внутриклеточной регуляции. Ключевой мишенью лития является ингибирование киназы гликогенсинтазы 3 (GSK-3)[2]. Вместе с тем литий обладает антиапоптотическим действием и, вероятно, влияет на Akt1/PI3K/mTOR путь [3]. Помимо этого литий обладает выраженной нейропротективной активностью *in vivo* [4].

В последнее время появились публикации о комплексном защитном действии ионов лития при индуцированном окислительном стрессе [5, 6]. Развитие окислительного стресса отмечается при ряде соматических и психических патологий, в частности показано истощение антиоксидантных систем при алкоголизме [7, 8]. Поэтому применение антиоксидантов в комплексной терапии патогенетически обосновано.

В настоящее время ведется разработка и изучение новых комплексных препаратов лития с антиоксидантными свойствами [9]. Показано, что среди изученных соединений выраженной антиоксидантной активностью обладает аскорбат лития, который в то же время характеризуется нейропротекторными свойствами [10] и способен защищать белки и липиды плазмы крови от повреждающего действия этанола [11].

В этой связи важной задачей является оценка биологической активности соединений лития, в частности их влияние на окислительный стресс и цитотоксичность в клеточных культурах. В данной работе впервые проведена оценка цитотоксического действия аскорбата лития и изучен его эффект на продукцию активных форм кислорода в культуре мононуклеаров периферической крови человека.

Цель исследования – изучение цитотоксического и прооксидантного эффектов аскорбата лития *in vitro*.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Реактивы

Необходимое для эксперимента количество аскорбата лития синтезировано на кафедре физической и аналитической химии Томского политехнического университета. Синтез произведен из химически чистых реагентов карбоната лития и аскорбиновой кислоты (Sigma-Aldrich, Германия). Аскорбат лития перекристаллизовывали и использовали в дальнейших опытах.

Получение клеточной культуры мононуклеаров крови человека

В исследовании использовали кровь 9 здоровых лиц – 3 мужчин и 6 женщин в возрасте от 25 до 54 лет, медиана – 35,0 (25,0–53,0). Кровь получена из локтевой вены в пробирки с гепарином натрия системы однократного применения Vacutainer («Becton Dickinson», США). Мононуклеары выделяли из крови путем центрифугирования на градиенте плотности фиколла ($\rho=1,077$ г/см³) («Sigma-Aldrich», США) по стандартной методике [9]. Полученные клетки ресуспендировали в среде RPMI-1640. Клеточную суспензию сразу использовали в эксперименте.

Изучение цитотоксической активности

Исследование цитотоксичности соединений в отношении мононуклеаров периферической крови было проведено с использованием набора реактивов «Annexin V & DeadCellAssayKit» (MerckMillipore, Германия) на проточном цитолоориметре «MuseCellAnalyzer» (MerckMillipore, Германия). Клетки в нижнем левом углу гейтескаттерограммы считали за живые, клетки в нижнем правом – в ранней стадии апоптоза (early apoptosis), в верхнем правом – в поздней стадии апоптоза/некрозе (late apoptosis/dead), в верхнем левом гейте – мертвые клетки (dead cells), в состоянии некроза.

Исследование окислительного стресса

Влияние соединений на окислительный стресс исследовали с использованием набора реагентов «Oxidativestress» (MerckMillipore, Германия) на проточном цитолоориметре «MuseCellAnalyzer» (MerckMillipore, Германия). Левый пик графика (гейт M1) считали как процент клеток, свободных от активных форм кислорода, и обозначали как ROS(-), правый пик графика (гейт M2) считали как процент клеток, содержащих активные формы кислорода, – ROS(+).

С целью оценки цитотоксической активности и окислительного стресса мононуклеары инкубировали в присутствии аскорбата лития или аскорбата в течение 24 часов при 37°C в среде 5% углекислого газа. В исследовании использованы следующие концентрации: 0,5, 1 или 2 ммоль/л конечной концентрации ионов лития в лунке.

Статистическая обработка результатов проведена с помощью программы SPSS (версия 20.0). Рассчитывали медиану, первый и третий квартили.

Для сравнения количественных переменных использовались критерии Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса. Различия считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Была проведена оценка цитотоксического действия аскорбата лития. Данные о проценте клеток в состоянии апоптоза и некроза представлены в таблице 1 и на рисунке 1.

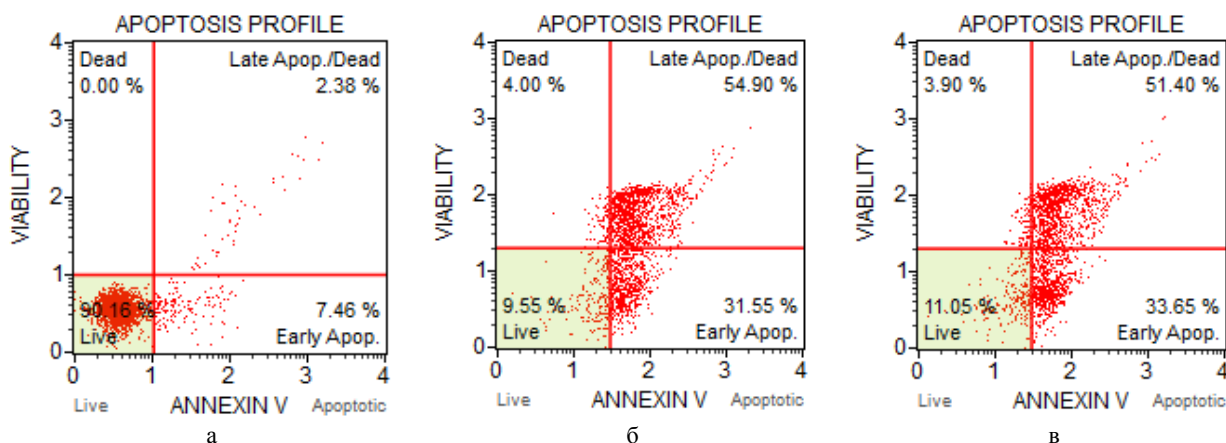
Т а б л и ц а 1

Уровень клеточной гибели (%) при воздействии аскорбата лития – Me (Q₁ – Q₃) (критерий Манна-Уитни)

Показатель	Группа		
	Ранний апоптоз (early apoptosis)	Поздний апоптоз/некроз (late apoptosis/dead)	Некроз (dead)
Интактные клетки	13,30 (10,20–13,45)	12,88 (10,20–13,45)	0
0,5 ммоль/л аскорбата лития	31,94 ¹ (30,55–35,24)	61,73 ⁴ (52,85–67,36)	0,08 (0–0,2)
1 ммоль/л аскорбата лития	28,0 ² (27,10–34,29)	64,93 ⁵ (52,98–72,07)	0,05 (0–4,0)
2 ммоль/л аскорбата лития	28,80 ³ (25,50–34,64)	69,30 ⁶ (50,77–72,22)	0,05 (0–0,9)

П р и м е ч а н и е. 1, 4, 5 – $p < 0,001$ по сравнению с интактными клетками; 2 – $p = 0,004$ по сравнению с интактными клетками; 3 – $p = 0,001$ по сравнению с интактными клетками; 6 – $p = 0,006$ по сравнению с интактными клетками.

Был обнаружен цитотоксический эффект аскорбата лития, заключающийся в статистически значимом ($p < 0,05$) повышении процента клеток в состоянии раннего апоптоза и позднего апоптоза/некроза при инкубации с данным соединением. Дозозависимого эффекта аскорбата лития на вышеперечисленные параметры не найдено ($p > 0,05$).



Р и с у н о к 1. Цитотоксичность аскорбата лития и аскорбиновой кислоты в эксперименте:

(а) интактная культура, (б) культура в присутствии 2,0 ммоль/л аскорбата лития,

(в) культура в присутствии 2,0 ммоль/л аскорбиновой кислоты

По результатам эксперимента нами была выдвинута гипотеза и том, что цитотоксический эффект аскорбата лития может реализоваться через действие аскорбат-аниона. Для подтверждения данной гипотезы проведена оценка цитотоксичности аскорбиновой кислоты (табл. 2 и рис. 1).

Как видно из таблицы 2 и рисунка 1, аскорбиновая кислота обладала выраженным цитотоксическим действием, проявляющимся в статистически значимом ($p < 0,05$) повышении процента клеток в состоянии апоптоза и некроза. Не было обнаружено дозозависимого цитотоксического эффекта данного соединения ($p > 0,05$).

Т а б л и ц а 2

Уровень клеточной гибели (%) при воздействии аскорбата лития – Ме (Q₁ – Q₃) (критерий Манна-Уитни)

Показатель	Группа		
	Ранний апоптоз (early apoptosis)	Поздний апоптоз/некроз (late apoptosis/dead)	Некроз (dead)
Интактные клетки	13,30 (10,20–13,45)	12,88 (10,20–13,45)	0
0,5 ммоль/л аскорбиновой кислоты	30,55 ¹ (26,35–37,58)	60,27 ⁴ (56,20–63,04)	0,10 (0–5,51)
1 ммоль/л аскорбиновой кислоты	34,90 ² (16,32–38,44)	54,97 ⁵ (47,28–61,60)	1,71 (0–7,71)
2 ммоль/л аскорбиновой кислоты	29,39 ³ (26,11–40,30)	62,60 ⁶ (50,25–70,50)	0

П р и м е ч а н и е. 1, 4, 5, 6 – p<0,001 по сравнению с интактными клетками; 2, 3 – p=0,001 по сравнению с интактными клетками.

Известно, что аскорбиновая кислота способна выступать как в качестве восстановителя (антиоксидант), так и качестве окислителя (прооксидант). Нами было выдвинуто предположение, что цитотоксический эффект аскорбат-аниона может быть опосредован индукцией окислительного стресса. Произведе-

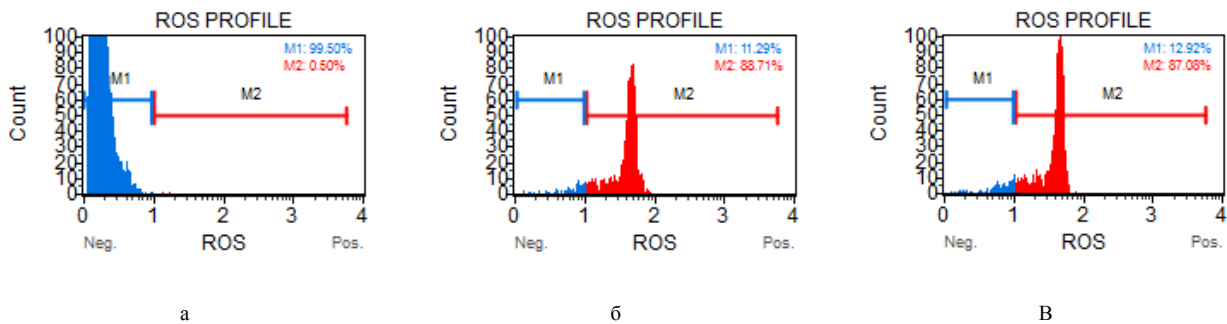
дена оценка содержания активных форм кислорода в мононуклеарах периферической крови при действии аскорбата лития и аскорбиновой кислоты. Данные представлены в таблице 3 и на рисунке 2.

Т а б л и ц а 3

Содержание клеток с активными формами кислорода (%) при воздействии аскорбата лития и аскорбиновой кислоты – Ме (Q₁ – Q₃) (критерий Манна-Уитни).

Показатель	Клетки с активными формами кислорода, (%)
Интактные клетки	13,0 (6,45–23,68)
0,5 ммоль/л аскорбата лития	83,10 ¹ (80,88–90,46)
1 ммоль/л аскорбата лития	83,32 ² (80,22–89,13)
2 ммоль/л аскорбата лития	90,58 ³ (81,55–91,41)
0,5 ммоль/л аскорбиновой кислоты	84,57 ⁴ (71,74–90,23)
1 ммоль/л аскорбиновой кислоты	85,93 ⁵ (82,44–88,89)
2 ммоль/л аскорбиновой кислоты	87,19 ⁶ (84,81–88,87)

П р и м е ч а н и е. 1, 2, 3, 4, 5, 6 – p<0,001 по сравнению с интактными клетками.



Р и с у н о к 2 . Содержание активных форм кислорода (ROS) в интактных мононуклеарах периферической крови (а) и при действии аскорбата лития (б) и аскорбиновой кислоты (в) Гейт M1 – ROS-негативные клетки, гейт M2 – ROS-позитивные клетки.

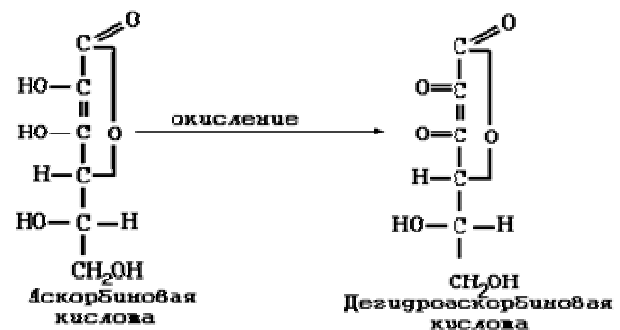
Как видно из таблицы 3 и рисунка 2, как аскорбат лития, так и аскорбиновая кислота обладала выраженным прооксидантным действием, статистически значимо (p<0,001) повышая содержания клеток с активными формами кислорода. Дозозависимого эффекта данных соединений в отношении продукции активных форм кислорода не было обнаружено (p>0,05).

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, в нашем исследовании обнаружена выраженная цитотоксичность аскорбата лития, реализуемая прооксидантным действием аскорбат-аниона. Исследование уровня окислительного стресса в культуре клеток полностью коррелирует с уровнем цитотоксичности в культуре, что подтверждает окислительный пусковой механизм данного процесса. Аналогичные результаты получены для аскорбиновой кислоты в тех же дозах, что подтверждает основное действие аскорбат-аниона, однако действие иона лития в данном случае не вносит существенного вклада в цитотоксический эффект, на-

блюдаемый в культуре мононуклеаров периферической крови.

Традиционно считается, что аскорбиновая кислота и аскорбат-анион являются антиоксидантами, обладая выраженными восстановительными свойствами, метаболизируясь до дегидроаскорбиновой кислоты [10] (рис 3).



Р и с у н о к 3 . Окисление аскорбиновой кислоты

Нами было показана индукция окислительного стресса при действии аскорбата аниона. В ряде исследований доказано, что аскорбиновая кислота может запускать окислительный стресс. Продемонстрировано, что этот процесс катализируется ионами металлов: железо (III) [11], медь (II) [12] (рис. 4),

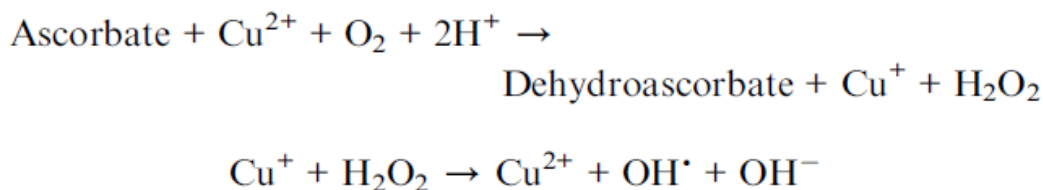


Рисунок 4. Окисление аскорбиновой кислоты в присутствии ионов меди (II) с образованием гидроперекиси водорода

N.H. Riordan et al. (1995) предположили, что аскорбиновая кислота в дозах, превышающих физиологические, может быть использована как препарат химиотерапии ввиду того, что в опухолевых клетках понижена экспрессия антиоксидантных ферментов [14]. Вследствие этого перекись, образованная окислением аскорбиновой кислоты, слабо утилизируется, приводя к индукции окислительного стресса и цитотоксичности аскорбат-аниона.

Аскорбат лития, являясь солью аскорбиновой кислоты, сохраняет присущие ей антиоксидантные свойства. Ранее была установлена высокая активность аскорбата лития в отношении кислородных радикалов [15]. Однако это исследование было выполнено на плазме крови. Так же, как было сказано выше, аскорбат лития обладает нейропротекторными свойствами *in vivo* [8]. Вероятно, что в изолированной культуре мононуклеаров, культивируемых в среде RPMI-1640, предназначенной для работы с лимфоидными клетками, не достигается достаточный уровень экспрессии антиоксидантных ферментов, способных утилизировать гидроперекись водорода и, как следствие, нивелировать прооксидантные свойства аскорбат-аниона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлен цитотоксический эффект аскорбата лития в отношении мононуклеаров периферической крови. Данный эффект объясняется проокислительным действием аскорбат-аниона. Цитотоксический и прооксидантный эффекты ионов лития не выявлено. Для оценки аскорбата лития как потенциального фармакологического препарата требуются дальнейшие исследования как на других клеточных культурах *in vitro*, так и в экспериментах *in vivo*.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (проект №17-75-20045) «Действие органических солей лития на клетки и плазму крови больных с расстройствами аффективного спектра и синдромом зависимости».

кадмий (II) и никель (II) [13]. Результатом этого процесса является образование гидроперекиси водорода. В здоровых клетках организма экспрессия антиоксидантных ферментов достаточна, чтобы нейтрализовать перекись водорода и предотвратить индукцию окислительного стресса.

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, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук № 103 от 23.10.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в двух частях. Часть 1. 12-е изд. М.: Медицина; 1986: 544.
2. Frelund L., Beaulieu J.M. Inhibition of GSK3 by lithium, from single molecules to signaling networks. *Frontiers in molecular neuroscience*. 2013; 5: 9–15.
3. Wu J., Zhu D., Zhang J., Li G., Liu Z., Sun J. Lithium protects against methamphetamine-induced neurotoxicity in PC12 cells via Akt/GSK3b/mTOR pathway. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 2013; 465: 368–373.
4. Zheng J., Liu Z., Li W., Tang J., Zhang D., Tang X. Lithium posttreatment confers neuroprotection through glycogen synthase kinase-3β inhibition in intracerebral hemorrhage rats. *J. Neurosurg.* 2017; 127: 716–724.
5. Saberzadeh J., Omrani M., Takhsid M.A. Protective effects of nimodipine and lithium against aluminum-induced cell death and oxidative stress in PC12 cells. *Iran J. Basic. Med. Sci.* 2016; 19: 1251–1257.
6. da-Rosa D.D., Valvassori S.S., Steckert A.V., Ornell F., Ferreira C.L., Lopes-Borges J. Effects of lithium and valproate on oxidative stress and behavioral changes induced by administration of m-AMPH. *Psychiatry Res.* 2012; 198: 521–526.
7. Plotnikov E., Korotkova E., Voronova O., Sazhina N., Petrova E., Artamonov A., Chernyavskaya L., Dorozhko E. Comparative investigation of antioxidant activity of human serum blood by amperometric, voltammetric and chemiluminescent methods. *Archives of medical sciences.* 2016; 12: 1071–1076.
8. Прокопьева В.Д., Ярыгина Е.Г., Кротенко Н.М., Бойко А.С., Бохан Н.А., Иванова С.А. Показатели антиоксидантной системы и дофамина плазмы крови в динамике микроволновой резонансной терапии у больных алкоголизмом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017; 117 (9): С.67-70.
9. Plotnikov E., Voronova O., Linert W., Martemianov D., Korotkova E., Dorozhko E., Astashkina A., Martemianova I., Ivanova S., Bokhan N. Antioxidant and Immunotropic Properties of some Lithium Salts. *J. App. Pharm. Sci.* 2016; 6: 86–89.
10. Балашов П.П., Аникина Е.Ю., Плотников Е.В., Потапов А.В., Чучалин В.С. Сравнительное изучение нейротоксического действия солей лития. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2008; 4 (51): 84.

11. Plotnikov E., Prokopieva V., Yarygina E., Losenkov I. Lithium ascorbate as a protector of human blood biomolecules under ethanol impact. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*. 2018; 8: 82–86.
12. Натвиг Д.Б. Лимфоциты, выделение, фракционирование, характеристики. М.: Букинист, 1980: 280.
13. Pohanka M., Pejchal J., Snopkova S., Havlickova K., Karasova J.Z., Bostik P., Pikula J. Ascorbic acid: an old player with a broad impact on body physiology including oxidative stress suppression and immunomodulation: a review. *Mini Rev. Med. Chem.* 2012; 12: 35–43.
14. Kang J.S., Cho D., Kim Y.I., Hahn E., Kim Y.S., Jin S.N., Kim H.N., Kim D., Hur D., Park H., Hwang Y.I., Lee W.J. Sodium ascorbate (vitamin C) induces apoptosis in melanoma cells via the down-regulation of transferrin receptor dependent iron uptake. *J. Cell Physiol.* 2005; 204: 192–197.
15. Dutta M., Ghosh A.K., Mishra P., Jain G., Rangari V., Chattopadhyay A., Das T., Bhowmick D., Bandyopadhyay D. Protective effects of piperine against copper-ascorbate induced toxic injury to goat cardiac mitochondria in vitro. *Food Funct.* 2014; 5: 2252–2267.
16. Littlefield N.A., Hass B.S. Damage to DNA by cadmium or nickel in the presence of ascorbate. *Ann. Clin. Lab. Sci.* 1995; 25: 485–492.
17. Riordan N.H., Riordan H.D., Meng X., Li Y., Jackson J.A. Intravenous ascorbate as a tumor cytotoxic chemotherapeutic agent. *Med Hypotheses*. 1995; 44: 207–213.
18. Plotnikov E., Korotkova E., Voronova O., Dorozhko E., Bohan N., Plotnikov S. Lithium-based antioxidants: electrochemical properties and influence on immune cells. *Physiology and Pharmacology*, 2015; 19: 107–113.

Поступила в редакцию 4.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Лосенков Иннокентий Сергеевич, к.м.н., н.с. отделения аффективных состояний.
Плотников Евгений Владимирович, к.х.н., с.н.с. отделения эндогенных расстройств
Епимахова Елена Викторовна, к.б.н., н.с. отделения аддиктивных состояний.

✉ Лосенков Иннокентий Сергеевич, innokenty86@mail.ru

УДК 616.89:661.834:547.475.2

For citation: Losenkov I.S., Plotnikov E.V., Epimakhova E.V. Study of cytotoxic effect of lithium ascorbate and its influence on oxidative stress in vitro. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 24–29. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-24-29](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-24-29)

Study of cytotoxic effect of lithium ascorbate and its influence on oxidative stress in vitro

Losenkov I.S.¹, Plotnikov E.V.^{1,2}, Epimakhova E.V.¹

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

² Research School of Chemistry & Applied Biomedical Sciences, National Research Tomsk Polytechnic University
Lenin Avenue 30, 634050, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Nowadays there is a study of new promising compounds of lithium with antioxidative properties. Lithium ascorbate is one of these. Assessment of cytotoxic effect and oxidative stress induction by lithium ascorbate and ascorbic acid is made using peripheral blood mononuclear cells as cell model. Strong cytotoxic effect of lithium ascorbate and ascorbic acid manifested by increasing percentage of early apoptotic and late apoptotic/necrotic cells is shown. Induction of oxidative stress (increasing percentage of cell with reactive oxygen species) by these compounds is demonstrated. Following studies in experiments in vitro made on other cell cultures and in vivo studies are needed to evaluate properties of lithium ascorbate as a pharmacological agent.

Keywords: lithium, lithium ascorbate, ascorbic acid, oxidative stress, cytotoxicity, apoptosis.

1. Mashkovskij M.D. Lekarstvennye sredstva: v dvuhc hastjah. Volume 1. 12th ed. Moscow: Medicina, 1986: 544 (in Russian).
2. Freland L., Beaulieu J.M. Inhibition of GSK3 by lithium, from single molecules to signaling networks. *Frontiers in molecular neuroscience*. 2013; 5: 9–15.
3. Wu J., Zhu D., Zhang J., Li G., Liu Z., Sun J. Lithium protects against methamphetamine-induced neurotoxicity in PC12 cells via Akt/GSK3b/mTOR pathway. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 2013; 465: 368–373.
4. Zheng J., Liu Z., Li W., Tang J., Zhang D., Tang X. Lithium posttreatment confers neuroprotection through glycogen synthase kinase-3 β inhibition in intracerebral hemorrhage rats. *J. Neurosurg.* 2017; 127: 716–724.
5. Saberzadeh J., Omrani M., Takhsid M.A. Protective effects of nimodipine and lithium against aluminum-induced cell death and oxidative stress in PC12 cells. *Iran J. Basic. Med. Sci.* 2016; 19: 1251–1257.
6. da-Rosa D.D., Valvassori S.S., Steckert A.V., Ornell F., Ferreira C.L., Lopes-Borges J. Effects of lithium and valproate on oxidative stress and behavioral changes induced by administration of m-AMPH. *Psychiatry Res.* 2012; 198: 521–526.
7. Plotnikov E., Korotkova E., Voronova O., Sazhina N., Petrova E., Artamonov A., Chernyavskaya L., Dorozhko E. Comparative investigation of antioxidant activity of human serum blood by amperometric, voltammetric and chemiluminescent methods. *Archives of medical sciences.* 2016; 12: 1071–1076.
8. Prokopieva V.D., Yarygina E.G., Krotchenko N.M., Boiko A.S., Bokhan N.A., Ivanova S.A. Pokazateli antioksidantnoj sistemy i dofamina plazmy krovi v dinamike mikrovolnovoj rezonansnoj terapii u bol'nyh alkoholizmom [Indices of the antioxidant system and dopamine in blood plasma in the dynamics of microwave resonance therapy in patients with alcoholism]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii: S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017; 117 (9): 67–70 (in Russian).
9. Plotnikov E., Voronova O., Linert W., Martemianov D., Korotkova E., Dorozhko E., Astashkina A., Martemianova I., Ivanova S., Bokhan N. Antioxidant and Immunotropic Properties of some Lithium Salts. *J. App. Pharm. Sci.* 2016; 6: 86–89.

10. Balashov P.P., Anikina E.Ju., Plotnikov E.V., Potapov A.V., Chuchalin V.S. Sravnitel'noe izuchenie nejrotoksicheskogo dejstviya solej litija [The comparative study of neurotoxic actions of the salts lithium]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii - Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2008; 4 (51): 84 (in Russian).
11. Plotnikov E., Prokopieva V., Yarygina E., Losenkov I. Lithium ascorbate as a protector of human blood biomolecules under ethanol impact. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*. 2018; 8: 82–86.
12. Natvig D.B. Limfocity, vydelenie, frakcionirovanie, harakteristiki. Moscow: Bukinist; 1980: 280 (in Russian).
13. Pohanka M., Pejchal J., Snopkova S., Havlickova K., Karasova J.Z., Bostik P., Pikula J. Ascorbic acid: an old player with a broad impact on body physiology including oxidative stress suppression and immunomodulation: a review. *Mini Rev. Med. Chem*. 2012; 12: 35–43.
14. Kang J.S., Cho D., Kim Y.I., Hahn E., Kim Y.S., Jin S.N., Kim H.N., Kim D., Hur D., Park H., Hwang Y.I., Lee W.J. Sodium ascorbate (vitamin C) induces apoptosis in melanoma cells via the down-regulation of transferrin receptor dependent iron uptake. *J. Cell Physiol*. 2005; 204: 192–197.
15. Dutta M., Ghosh A.K., Mishra P., Jain G., Rangari V., Chattopadhyay A., Das T., Bhowmick D., Bandyopadhyay D. Protective effects of piperine against copper-ascorbate induced toxic injury to goat cardiac mitochondria in vitro. *Food Funct*. 2014; 5: 2252–2267.
16. Littlefield N.A., Hass B.S. Damage to DNA by cadmium or nickel in the presence of ascorbate. *Ann. Clin. Lab. Sci*. 1995; 25: 485–492.
17. Riordan N.H., Riordan H.D., Meng X., Li Y., Jackson J.A. Intravenous ascorbate as a tumor cytotoxic chemotherapeutic agent. *Med Hypotheses*. 1995; 44: 207–213.
18. Plotnikov E., Korotkova E., Voronova O., Dorozhko E., Bohan N., Plotnikov S. Lithium-based antioxidants: electrochemical properties and influence on immune cells. *Physiology and pharmacology*, 2015; 19: 107–113.

Received November 4.2017

Accepted February 5.2018

Losenkov Innokentiy S., MD, junior researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Plotnikov Evgeny V. PhD in Chemistry, senior researcher, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences; Research School of Chemistry & Applied Biomedical Sciences, National Research Tomsk Polytechnic University, Tomsk, Russian Federation.

Epimakhova Elena V., Candidate of Biological Sciences, researcher, Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.



Losenkov Innokentiy S., innokenty86@mail.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.8:615.015:615.832.9

Для цитирования: Васильченко К.Ф., Дроздовский Ю.В. Самостигматизация и уровни социальной адаптации пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 30–35. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-30-35](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-30-35)

Самостигматизация и уровни социальной адаптации пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении

Васильченко К.Ф., Дроздовский Ю.В.

Омский государственный медицинский университет
Россия, 644099, Омск, ул. Ленина, 12

РЕЗЮМЕ

Цель: разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий при первом психотическом эпизоде при шизофрении на основе оценки самостигматизации, адаптации и качества жизни пациентов. **Материалы и методы.** Выборка – 134 пациента, находящиеся в 2015–2017 гг. в отделении первого психотического эпизода БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников». По нозологическому признаку сформированы 3 группы: F20.016, F.20.096, F25. Основные методы: клиничко-психопатологический, психометрический, статистический. В работе исследована связь самостигматизации и уровней адаптации пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении. Обнаружено статистически значимое различие показателей внутренней стигмы среди пациентов с разными типами адаптации. В сравнении с уровнем клинической адаптации значимая связь стигмы выявлена с уровнем социальной адаптации.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, шизофрения, самостигматизация, адаптация.

ВВЕДЕНИЕ

Вопрос лечения пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении в течение длительного времени сохраняет высокую актуальность [1]. Современные методы персонализированной психофармакологической помощи открывают пациентам возможность полноценного взаимодействия с социумом [2]. Однако бытующие в обществе негативные стереотипы о психически больных по-прежнему оказывают влияние на социальную адаптацию последних [3].

Феномен, основанный на интернализации стереотипов о психических расстройствах и приводящий к социальной дезадаптации, получил название «самостигматизации» [4], более известной в западной литературе под термином «внутренняя стигма» (internalized stigma) [5].

В его структуре основное значение имеет переживание пациентом собственной несостоятельности по сравнению с окружающими [6]. Чтобы сохранить адекватный уровень социального функционирования, необходимо внедрять оптимальные реабилитационные мероприятия именно на ранних этапах заболевания, когда психопатологические процессы сохраняют свою пластичность [6].

Изучение самостигматизации у психически больных представляется весьма актуальной темой [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13]. Вместе с тем ограничено число исследований внутренней стигмы в контингенте пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении в контексте их социальной и клинической адаптации [14, 15, 16, 17, 18, 19].

Целью настоящего исследования является разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий у пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении, на основе оценки их самостигматизации, адаптации и качества жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе отделения первого психотического эпизода БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников». В выборку были включены 134 пациента, находящиеся в отделении в период 2015–2017 гг. Работа проведена согласно протоколу, одобренному биоэтическим комитетом ОмГМУ. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие на участие в данном исследовании.

Критериями включения в исследование явились следующие факторы: наличие установленного диагноза шизофрении согласно МКБ-10; не более 3 госпитализаций в анамнезе; длительность заболевания не более 5 лет; наличие переживаний стигматизационного характера. Пациенты, не соответствующие указанным критериям, в исследование не включались.

По гендерному признаку выборка распределилась следующим образом. На долю мужчин пришлось 45,5% (n=61), женщин – 54,5% (n=73). Медианы возраста в данных группах составили 24 (22,0–29,5) и 30 (26,0–38,0) лет соответственно. Различия данного показателя в соответствии с медианным критерием являются статистически значимыми (p=0,001).

По нозологическому признаку все испытуемые были разделены на 3 группы: F20.016, F20.096, F25. Наибольший объем в выборке занимают пациенты с периодом наблюдения менее 1 года (F20.096), что составляет 42,5% (n=57). Несколько меньшая доля пришлась на группу F20.016 (39,6%, n=53). Наименьшая часть испытуемых представлена когортой, относящейся к рубрике F25, которая занимает 17,9% (n=24) от общего числа.

Основными методами исследования явились клинико-психопатологический, психометрический, статистический. Количественная оценка психического статуса проводилась с помощью «Шкалы позитивных и негативных синдромов» PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Для выявления, а также количественной оценки переживаний пациентом внутренней стигмы нами были использованы опросники для изучения самостигматизации: «Опросник по самостигматизации», разработанный на базе отдела изучения систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН [2, 8], а также русская версия шкалы ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness) [20]. Последний инструмент прошел конвергентную валидизацию, в ходе которой установлены положительные сильные и средние корреляционные связи ($p < 0,01$) между всеми конструктами указанного ранее и отечественного опросников. Изучение адаптации проводилось согласно методике, разработанной в НИИ психического здоровья Томского НИМЦ [16]. В дополнение к этому для оценки социального функционирования нами использована шкала «Личного и социального функционирования» – PSP (Personal and Social Performance) [22].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета ПО SPSS Statistics (версия 23.0). Для независимых выборок при распределении, отличающемся от нормального, значимость различий определялась с использованием непараметрических методов и вычислением медианы и квартилей – Me (Q1-Q3).

Основным инструментом исследования являлась разработанная нами «Базисная карта пациента с первым психотическим эпизодом при шизофрении (изучение самостигматизации)».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В проведенном нами исследовании было определено значение медианы самостигматизации во всей выборке пациентов, что составило 53,5 (29–97) балла. Примечательным оказался тот факт, что для групп, разделенных по нозологическому признаку, это значение различно. Так, у больных с впервые установленной параноидной шизофренией и периодом наблюдения менее 1 года (F20.096) медиана внутренней стигмы составила 67 (30,5–99,5) баллов. Для пациентов, уже имеющих стаж заболевания (F20.016), этот же показатель принял сравнительно меньшее значение – 56 (27–100,5) баллов. Говоря о пациентах с приступообразной шизофренией (F25), обращает на себя внимание наименьшая выраженность их самостигматизации по сравнению

с вышеуказанными испытуемыми – 43 (20,5–76,75) балла. Сравнение полученных значений с помощью медианного критерия показало отсутствие статистически значимой разницы медиан стигмы между нозологическими группами ($p=0,17$).

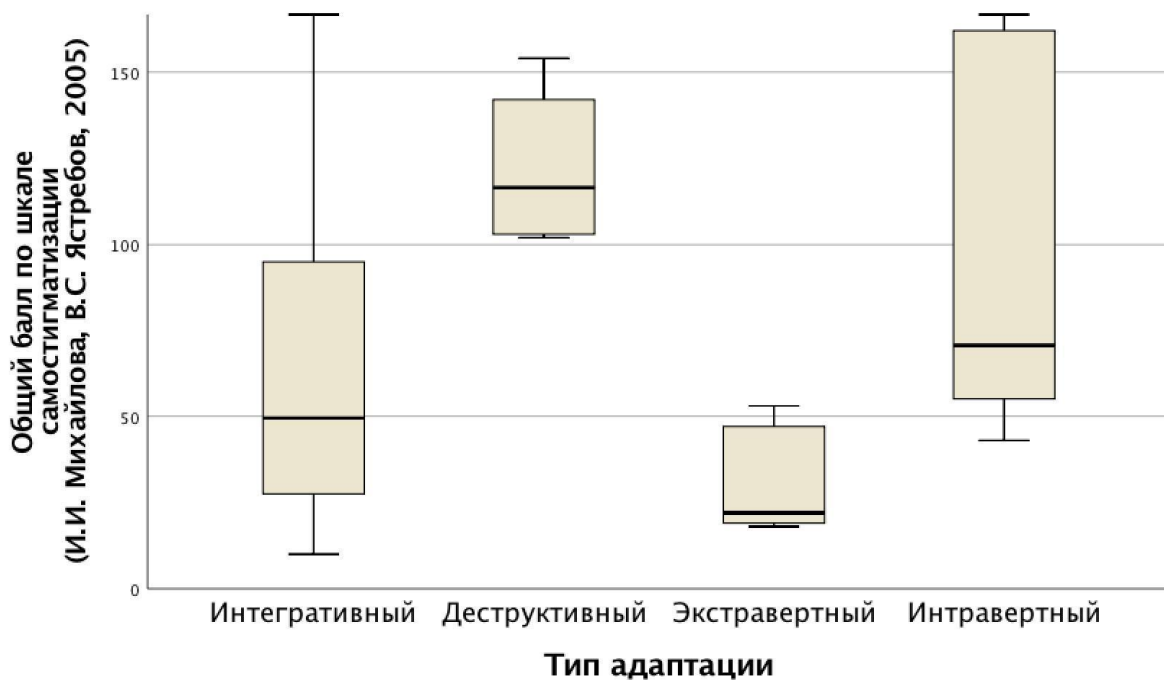
Согласно «Опроснику по самостигматизации», структура изучаемого феномена неоднородна и представляет собой сочетание трех ее форм: аутопсихической, социореверсивной и компенсаторной. Нами изучена выраженность каждой из них как во всей выборке, так и в группах с разными диагнозами. Так, вся когорта испытуемых характеризовалась преобладанием в структуре стигмы аутопсихической формы, медиана которой составила 19 (9–33) баллов. Особенность данной формы, по мнению некоторых исследователей [23], заключается в том, что она входит в структуру депрессивного синдрома у пациентов с первым психотическим эпизодом и связана с фиксацией пациента на своем заболевании, беспомощности. Данную гипотезу подтверждают результаты корреляционного анализа, полученные в нашем исследовании: выявлена корреляционная связь аутопсихической формы и выраженности депрессии по шкале PANSS ($\tau=0,202$, $p=0,001$). Таким образом, мы считаем, что преобладание указанной формы самостигматизации во всей выборке пациентов обусловлено большей долей впервые заболевших. Медиана компенсаторной формы среди всех участников исследования составила 18,5 (10–26) балла, социореверсивной – 17,5 (7–38) балла.

Результаты дальнейшего изучения количественных показателей всех трех форм внутренней стигмы в нозологических группах не противоречат данным, полученным другими исследователями. В группе пациентов с периодом наблюдения менее 1 года так же преобладала аутопсихическая форма, что составило 22 (11–33) балла. Медиана компенсаторной и социореверсивной форм, соответственно, приняла значения 21 (11,5–27,5) и 20 (6,5–38) баллов. С увеличением длительности заболевания данное соотношение было смещено в сторону социореверсивной формы. Так, в когорте F20.016 её медиана составила 21 (8–42), а компенсаторной формы – 18 (10–27) баллов. Анализируя стигму испытуемых с приступообразной шизофренией, нами так же было обнаружено смещение аналогичного соотношения в сторону социореверсивной формы. При этом различие её медиан среди названных категорий пациентов не является статистически значимым ($p=0,192$).

Методика оценки адаптации, предложенная Г.В. Логвинович, А.В. Семке [21], позволяет изучить уровни социальной и клинической адаптации, а также на основе их сочетания выделить 4 типа адаптации: интегративный, деструктивный, интравертный и экстравертный. Так, во всей выборке значительная часть была представлена испытуемыми с интегративным типом (83,5%, n=112). Наименьший объем равномерно распределился между двумя группами: деструктивным (4,5%, n=6) и интравертным

(4,5%, n=6) типами. В сравнении с последними несколько больший объем занимала когорта пациентов с экстравертным типом адаптации (7,5%, n=10).

В сформированных таким образом четырех группах пациентов с разными типами адаптации было показано статистически значимое ($p < 0,01$) различие медиан общего балла стигмы (рис. 1).



Р и с у н о к 1. Общий балл по шкале самостигматизации (Михайлова И.И., Ястребов В.С., 2005) в группах пациентов с разным типом адаптации – Me (Q1–Q3)

П р и м е ч а н и е. $p < 0,01$ – Уровень статистической значимости различий показателя при сравнении групп между собой.

В когорте испытуемых с интегративным типом адаптации медиана общего балла самостигматизации составила 49,5 (26,75–95). В этой группе преобладала компенсаторная форма внутренней стигмы, медиана которой составила 18 (9–24,75) баллов. Аутопсихическая форма имела несколько меньшую выраженность – 17 (9–30) баллов. Медиана социореверсивной формы в данной когорте пациентов имела наименьшее значение – 15 (6–37,75) баллов. С учетом описанных результатов в исследуемой группе можно предположить наличие связи между показателями стигмы и сочетанием компенсированных клинического и социального уровней адаптации. Таким образом, преобладание компенсаторной формы самостигматизации среди испытуемых с интегративным типом адаптации может быть связано с небольшой длительностью заболевания и, как следствие, с сохраняющейся пластичностью психопатологических процессов.

Известно, что для деструктивного типа адаптации характерно сочетание декомпенсированных клинического и социального уровней. В этой когорте медиана общего балла составила 116,5 (102,75–145). При этом более высокое значение приняла медиана социореверсивной формы самостигматизации – 47,5 (41,75–64,5) балла. Медиана аутопсихической формы среди испытуемых в этой же группе пациентов составила 41 (35,75–43,25) балл. Значительно меньший показатель среди пациентов с деструктив-

ным типом адаптации был выявлен при компенсаторной форме стигмы – 28,5 (26–39,75) балла.

В когорте больных с интравертным типом адаптации, характеризующимся сочетанием декомпенсированного клинического и компенсированного социального уровней, так же было выявлено преобладание социореверсивной формы – 12 (9,5–17,25) баллов. Однако, в отличие от предыдущей группы, наименьшее значение определено наличием аутопсихической формы – 2 (0–27,5) балла. Медиана компенсаторной формы самостигматизации составила 9,5 (0–12,75) балла.

Иной результат был получен в группе пациентов с экстравертным типом адаптации, представленным сочетанием компенсированного клинического и декомпенсированного социального уровней. Здесь медианы аутопсихической и социореверсивной форм самостигматизации имели сравнительное одинаковое значение – 25 (18,75–49,25) и 25 (12,5–68,75) баллов соответственно. Отличающимся от указанных значений являлся полученный результат для компенсаторной формы – 22 (18,75–40,25) балла.

Для дальнейшего анализа полученных результатов нами оценивалась связь клинических и социальных уровней адаптации, самостигматизации и её конструктов. Так, корреляционный анализ Кендалла показал отсутствие статистически значимой связи между общим баллом самостигматизации и уровнями клинической адаптации ($\tau = 0,022$, $p = 0,738$). Вме-

сте с тем была выявлена слабая положительная корреляция между уровнями социальной адаптации и общим баллом самостигматизации среди испытуемых во всей выборке ($\tau=0,169$, $p=0,008$). Отмечено отсутствие статистически значимой связи между уровнями социальной адаптации и компенсаторной формой стигмы ($\tau=0,106$, $p=0,102$), что может быть объяснено принятием пациентом роли психически больного, оценкой места в социуме с учетом новой идентичности и формированием в соответствии с этим алгоритмов социального функционирования, стремясь сохранить прежнюю адаптацию в обществе. В отличие от компенсаторной, в случае с аутопсихической ($\tau=0,151$, $p=0,019$) и социореверсивной ($\tau=0,222$, $p=0,001$) формами нельзя исключить их влияние на социальную адаптацию.

С целью уточнения механизмов взаимосвязи и взаимовлияния изучаемых параметров нами был проведен корреляционный анализ между девятью субсферами внутренней стигмы в соответствии с отечественным опросником, пятью субсферами шкалы ISMI, а также уровнями социальной адаптации [21] (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Корреляционный анализ Кендалла величин компонентов самостигматизации и уровней социальной адаптации

Компоненты самостигматизации, оцененные в баллах согласно опроснику	Социальный уровень адаптации по ранговой шкале	
	τ	p
1. Переоценка самореализации	0,188	0,004*
2. Нарушение Я-идентичности	0,201	0,002*
3. Готовность категории «психически больных» в сфере трудовой адаптации	0,050	0,45
4. Деидентификация от окружающих в социальной сфере	0,219	0,001*
5. Дистанцирование от психически больных в сфере внутренней активности	0,112	0,089
6. Готовность к дистанцированию от психически больных в социальной сфере	0,077	0,244
7. Переоценка внутренней активности	0,123	0,058
8. Принятие роли психически больного в сфере самореализации	0,230	0,001*
9. Зеркальное «Я психически больного» в сфере внутренней активности	0,216	0,002*

Примечание. * – Уровень статистической значимости.

Как представлено в таблице 1, уровни социальной адаптации обнаруживают слабую положительную статистически значимую корреляционную связь с компонентами самостигматизации 1, 2, 4, 8, 9. Тот же изучаемый параметр при использовании шкалы ISMI обнаружил связь только с субсферой «Согласие со стереотипами» (Stereotype Endorsement) ($\tau=0,333$, $p=0,001$).

При проведении анализа результатов измерения социального функционирования по шкале PSP нами так же обнаружен ряд статистически значимых связей с некоторыми конструктами внутренней стигмы. Так, из трех форм стигмы слабая положительная связь выявлена только в отношении социореверсивной формы ($\tau=0,144$, $p=0,025$), что обусловлено корреляцией с компонентами самостигматизации 2 ($\tau=0,188$, $p=0,004$) и 8 ($\tau=0,145$, $p=0,028$).

ВЫВОДЫ

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о более значимой связи самостигматизации с уровнем социальной адаптации, чем клинической. Кроме того, мы установили, что соотношение компонентов внутренней стигмы между группами пациентов с разными типами адаптации значимо отличается в каждой из них. Таким образом, полученные данные позволяют разработать новые формы реабилитационных программ для пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении с опорой на организацию дестигматизационных мероприятий. В связи с этим общий балл самостигматизации и выраженность её форм могут служить индикатором адаптации и функционирования пациентов в обществе

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 этического комитета ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» № 72 от 21 сентября 2015 г.).

ЛИТЕРАТУРА

- Петрова Н.Н., Воинкова Е.Е. Особенности когнитивного функционирования у пациентов с первым психотическим эпизодом, получавших терапию антипсихотиками I и II поколения. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2015; 17 (4): 15–18.
- Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: автореф. дис. ... к.м.н. Томск, 2005: 23.
- Ениколопов С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья. *Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (к 85-летию Юрия Федоровича Полякова)*. М., 2013: 109–121.
- Phelan Jo, Bruce Link, John F. Dovidio. Stigma and Prejudice: One Animal or Two? *Social Science and Medicine*. 2008; 67 (3): 358–67. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.022
- Livingston J.D., Boyd J.E. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010; 71(12): 2150–61. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Ким А.С., Черепкин Е.С., Полетаев В.В. Самостигматизация как личностно-средовой феномен. *Вестник Кыргызско-Российского славянского университета*. 2014; 14 (10): 134–136.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. *Рос. психиатр. журнал*. 2006; 2: 61–64.
- Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., Михайлова И.И. Самостигматизация больных при основных психических заболеваниях. *Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2005; 105 (11): 50–54.
- Тараканова Е.А. Оруджев Н.Я. Самостигматизация и качество жизни при шизофрении: корреляционные взаимоотношения. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2010; 2: 78–80.
- Солоненко А.В., Янова О.А. Стигматизация родственников и повторные госпитализации пациентов с первым психотическим эпизодом. *Психология. Экономика. Право*. 2012; 1: 44–51.
- Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением. *Научные ведомо-*

- сти БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2015; 4 (201–29): 49–56.
12. Jie Lia, Yang-Bo Guoa, Yuan-Guang Huang, Jing-Wen Liua, Wen Chenb, Xiang-Yang Zhangc, Sara Evans-Lackod, Graham Thornicrofte. Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry Research*. 2017; 255: 225–231. doi: 10.1016/j.psychres.2017.05.040
 13. Оруджев Н.Я., Тараканова Е.А. Биопсихосоциальная концепция, качество жизни и реабилитация больных шизофренией. *Казанский медицинский журнал*. 2010; 91 (2): 264–267.
 14. Корнетова Е.Г., Семке А.В. К проблеме терапии первого психотического эпизода. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 4 (55): 17–19.
 15. Семке А.В., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Рахмазова Л.Д., Гуткевич Е.В., Лобачева О.А., Корнетова Е.Г. Биопсихосоциальные основы и адаптивно-компенсаторные механизмы шизофрении в регионе Сибири. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009; 5 (56): 15–20.
 16. Семке А.В., Рахмазова Л.Д., Лобачева О.А., Иванова С.А., Гуткевич Е.В. Клинические и биологические факторы формирования адаптации больных шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006; 3 (42): 17–21.
 17. Дмитриева Е.Г., Даниленко О.А., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Лобачева О.А., Гуткевич Е.В., Каткова М.Н. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 3 (84): 18–23.
 18. Овчинников А.А., Жданок Д.Н. Диагностические подходы к оценке дефицита социальных коммуникаций при параноидной шизофрении. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 1 (76): 86–89.
 19. Семке А.В., Микилев Ф.Ф. Клинико-социальные характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 5 (80): 40–43.
 20. Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. 2003; 121: 31–49.
 21. Логвинович Г.В., Семке А.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. Томск; 1995: 216.
 22. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 101: 323–329. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x
 23. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В., Крюкова Е.М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А. Структура психологической адаптации у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания. *Уральский медицинский журнал*. 2010; 1: 59–64.

Поступила в редакцию 1.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Васильченко Кирилл Федорович, аспирант кафедры психиатрии, медицинской психологии.
Дроздовский Юрий Викентьевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии.

✉ Васильченко Кирилл Федорович, kirill.f.vasilchenko@gmail.com

УДК 616.895.8:615.015:615.832.9

For citation: Vasilchenko K.F., Drozdovsky Yu.V. Internalized stigma and social adaptation levels among patients with first episode schizophrenia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 30–35. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-30-35](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-30-35)

Internalized stigma and social adaptation levels among patients with first episode schizophrenia

Vasilchenko K.F., Drozdovsky Yu.V.

Omsk State Medical University
Lenin Street, 12, 644043, Omsk, Russian Federation

ABSTRACT

Aim of the study: to elaborate diagnostic principles, rehabilitation and preventive actions for the first episode patients with schizophrenia, based on the evaluation of internalized stigma, adaptation and quality of life. **Methods.** Sample – 134 patients who are in 2015–2017 in the Department of The First Episode in Omsk Regional “N.N. Solodnikov Clinical Psychiatric Hospital”. There are 3 groups of patients, depending on the diagnosis: F20.016, F.20.096 and F25. The main methods: clinical and psychopathological, psychometric and statistical. The association between internalized stigma and adaptation levels is investigated. Statistically significant difference of internalized stigma value between groups of various adaptation types is revealed. In comparison with clinical adaptation level, the significant association of stigma and social adaptation level is found.

Keywords: first episode, schizophrenia, internalized stigma, adaptation.

REFERENCES

1. Petrova N.N., Voinkova E.E. Osobennosti kognitivnogo funkcionirovaniya u patsientov s pervym psihoticheskim epizodom, poluchavshih terapiyu antipsihotikami I i II pokoleniya [Cognitive functioning in first episode psychosis patients, treated with first and second-generation antipsychotics]. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya – Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2015; 17 (4): 15–18 (in Russian).
2. Mikhailova I.I. Samostigmatizatsiya psihicheski bol'nyh [Self stigma of mental health patients] [avtoref. dis. na soisk. uchen. step. kand. med. nauk] [Abstract of PhD thesis]. Tomsk, 2005: 23 (in Russian).
3. Enikolopov S.N. Stigmatizatsiya i problema psihicheskogo zdorov'ya [Stigma and mental health problem]. Medicinskaja (klinicheskaja) psihologija: tradicii i perspektivy (K 85-letiju Jurija Fedorovicha Poljakova). Moscow, 2013: 109–121 (in Russian).
4. Phelan Jo, Bruce Link, John F. Dovidio. Stigma and Prejudice: One Animal or Two? *Social Science and Medicine*. 2008; 67 (3): 358–67. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.022
5. Livingston J.D., Boyd J.E. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010; 71(12): 2150–61. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030
6. Kim A.S., Cherapkin E.S., Poletaev V.V. Samostigmatizatsiya kak lichnostno-sredovoj fenomen [Self stigma as personal and

- environmental phenomenon]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossijskogo slavjanskogo universiteta*. 2014; 14 (10): 134–136 (in Russian).
7. Gurovich I.Ja., Shmukler A.B., Storozhakova Ja.A. Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja reabilitacija psihicheski bol'nyh [Psychosocial treatment and psychosocial rehabilitation of mental health patients]. *Ros. psichiatr. zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2006; 2: 61–64 (in Russian).
 8. Jastrebov V.S., Enikolopov S.N., Mihajlova I.I. Samostigmatizacija bol'nyh pri osnovnyh psihicheskix zabolevanijah [Self stigma of main mental disorders patients]. *Zhurn. nevropatologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Psychiatry and Neurology*. 2005; 105 (11): 50–54 (in Russian).
 9. Tarakanova E.A., Orudzhev N.Ja. Samostigmatizacija i kachestvo zhizni pri shizofrenii: korreljacionnye vzaimootnoshenija [Self-stigma and quality of life in schizophrenia: correlations]. *Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal – Far East Medical Journal*. 2010; 2: 78–80 (in Russian).
 10. Solonenko A.V., Janova O.A. Stigmatizacija rodstvennikov i povtornye gositalizacii pacientov s pervym psihicheskim jepizodom [Mental health patients kin's stigma and recurring hospitalizations among early episode patients]. *Psihologija. Jekonomika. Pravo – Psychology. Economics. Law*. 2012; 1: 44–51 (in Russian).
 11. Polozhy B.S., Ruzhenkova V.V. Stigmatizacija i samostigmatizacija bol'nyh shizofrenij i shizoafektivnym rasstrojstvom s suicidal'nym povedeniem [Stigma and self stigma of schizophrenia and schizoaffective disorder patients with suicidal behaviour]. *Nauchnye vedomosti BelGU. Ser. Medicina. Farmacija – Scientific Statements of BelSU. Series Medicine. Pharmacy*. 2015; 4 (201–29): 49–56 (in Russian).
 12. Jie Lia, Yang-Bo Guoa, Yuan-Guang Huang, Jing-Wen Liua, Wen Chenb, Xiang-Yang Zhangc, Sara Evans-Lackod, Graham Thornicrofte. Stigma and discrimination experienced by people with schizophrenia living in the community in Guangzhou, China. *Psychiatry Research*. 2017; 255: 225–231. doi: 10.1016/j.psychres.2017.05.040
 13. Orudzhev N.Ja., Tarakanova E.A. Biopsihosocial'naja koncepcija, kachestvo zhizni i reabilitacija bol'nyh shizofrenij [Biopsychosocial concept, quality of life and rehabilitation of schizophrenia patients]. *Kazanskij medicinskij zhurnal – Kazan Medical Journal*. 2010; 91 (2): 264–267 (in Russian).
 14. Kornetova E.G., Semke A.V. K probleme terapii pervogo psihicheskogo epizoda [To the problem of first psychotic episode therapy]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2009; 4 (55): 17–19 (in Russian).
 15. Semke A.V., Vetlugina T.P., Ivanova S.A., Rakhmazova L.D., Gutkevich E.V., Lobacheva O.A., Kornetova E.G. Biopsihosocial'nye osnovy i adaptacionno-kompensatornye mehanizmy shizofrenii v regione sibirii [Biopsychosocial bases are considered and adaptive–compensator mechanisms of schizophrenia are described in regional perspective]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2009; 5 (56): 15–20 (in Russian).
 16. Semke A.V., Rakhmazova L.D., Lobacheva O.A., Ivanova S.A., Gutkevich E.V. Klinicheskie i biologicheskie faktory formirovanija adaptacii bol'nyh shizofrenij [Clinical and biological factors of formation of adaptation of patients with schizophrenia]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2006; 3 (42): 17–21 (in Russian).
 17. Dmitrieva E.G., Danilenko O.A., Kornetova E.G., Semke A.V., Lobacheva O.A., Gutkevich E.V., Katkova M.N. Komplajens i ego vlijanie na adaptaciju pacientov s shizofrenij [Influence of compliance on adaptation of schizophrenic patients]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 3 (84): 18–23 (in Russian).
 18. Ovchinnikov A.A., Zhdanok D.N. Diagnosticheskie podhody k ocenke deficita social'nyh kommunikacij pri paranoidnoj shizofrenii [Diagnostic approaches to social communication deficit in paranoid schizophrenia]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii*. 2013; 1 (76): 86–89 (in Russian).
 19. Semke A.V., Mikilev F.F. Kliniko-social'nye karakteristiki pacientov, stradajushih rasstrojstvami shizofrenicheskogo spektra s ipohondricheskoi simptomatikoi [Clinical and social characteristics of patients with schizophrenia spectrum disorders with severe hypochondriac symptoms]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 5 (80): 40–43 (in Russian).
 20. Ritsher J.B., Otilingam P.G., Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. 2003; 121: 31–49
 21. Logvinovich G.V., Semke A.V. Pervichnye i vtorighnye narushenija adaptacii pri shizofrenii [Primary and secondary adaptation disorders in schizophrenia]. Tomsk; 1995: 216 (in Russian).
 22. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000; 101: 323–329. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x
 23. Antohin E.Ju., Budza V.G., Gorbunova M.V., Krjukova E.M., Shlafer A.M., Sergeeva N.A. Struktura psihologicheskoi adaptacii u bol'nyh shizofrenij v zavisimosti ot dlitel'nosti zabolevanija [Structure of psychological adaptation in schizophrenia patients depending on the duration of the disease]. *Ural'skij medicinskij zhurnal – Ural Medical Journal*. 2010; 1: 59–64 (in Russian).

Received November 1.2017

Accepted February 5.2017

Vasilchenko Kirill F., post-graduate student, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation.

Drozдовский Yury V., MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation.



Vasilchenko Kirill F., kirill.f.vasilchenko@gmail.com

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89.008.441.33:616.89-008.1:615.015

Для цитирования: Дубатова И.В., Стоякин И.В., Карнаух К.А., Сафроненко А.В. Структурно-динамический анализ клинических проявлений и особенности терапии психотических расстройств у потребителей «дизайнерских» наркотиков. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 36–41. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-36-41](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-36-41)

Структурно-динамический анализ клинических проявлений и особенности терапии психотических расстройств у потребителей «дизайнерских» наркотиков

Дубатова И.В.¹, Стоякин И.В.², Карнаух К.А.², Сафроненко А.В.¹

¹Ростовский государственный медицинский университет
Россия, 344022, Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29

²Аксайский филиал ГБУ РО «Психоневрологический диспансер»
Россия, 346709, Ростовская обл., Аксайский р-н, Ковалевка пос., ул. Центральная, 3

РЕЗЮМЕ

В исследовании приняли участие 158 мужчин, у которых на разных этапах потребления «дизайнерских» наркотиков развивался психоз. По клинко-психопатологической структуре психотических расстройств с учетом клинко-динамического течения и длительности психоза все пациенты были разделены на две группы. 1-ю группу составили 72 пациента с остро развившимся психозом, психопатологическая структура которого соответствовала экзогенно-токсическому типу реакций, которые могли развиваться как в интоксикации при наличии синдрома зависимости и без синдрома зависимости, так и в абстинентном состоянии. Клиническая картина этой группы определялась делириозным помрачением сознания, острым галлюцинозом и острым параноидным синдромом и была обозначена как интоксикационные психозы экзогенного типа реагирования. 2-ю группу составили 86 пациентов с психотическими нарушениями, клиническая картина которых с самого начала развития характеризовалась сочетанием аффективных и шизофренических симптомов, соответствовавшим развитию онейроидного (аффективно-ONEYРОИДНОГО) приступа, имевшим клиническую схожесть с шизоаффективными приступами при приступообразной (рекуррентной) шизофренией. Схожесть клинической картины с эндогенным (шизофреническим) психозом, отсутствие параллелизма между интоксикацией и картиной психотических расстройств, необходимость применения «обрывающих» методов терапии, длительность, превышающая 1 месяц, позволяют задуматься о нозологической принадлежности подобных состояний. Клиническая значимость употребления «дизайнерских» наркотиков заключается в их способности вызывать, наряду с интоксикационными психозами экзогенно-токсического типа реагирования, «шизофреноподобные» психозы, при длительности которых более месяца, согласно МКБ-10, возможен пересмотр диагноза и подобные психозы можно рассматривать как манифестацию эндогенного процесса (шизофренией).

Ключевые слова: «дизайнерские» наркотики, психоактивные вещества, интоксикационные психозы, экзогенный тип реагирования, шизоаффективный приступ, «шизофреноподобные» психозы.

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении последнего десятилетия в России отмечается изменение структуры потребления психоактивных веществ (ПАВ), что в основном связано с появлением новых синтетических наркотических соединений, получивших название «дизайнерских» наркотиков [1]. Несмотря на различие в химической структуре, способах потребления, названиях, сами по себе «дизайнерские» наркотики обладают высоким непосредственным психотическим потенциалом и способны вызвать схожие картины психотических расстройств даже при эпизодическом и однократном потреблении [2, 3]. Своеобразие клинической картины психотических расстройств у потребителей «дизайнерских» наркотиков требует порой решения вопросов дифференциально-диагностического характера. Многочисленные клинические наблюдения отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют о том, что у лиц, употребляющих «дизайнерские» наркотики, гораздо чаще, чем при приеме традиционных наркотиков, развиваются интоксикационные психозы, в клинической картине которых преобладают специфические нарушения памяти, эмоциональ-

но-волевых изменений, панические атаки, искажения мыслительного процесса [4–10]. Такие проявления отличают эти болезненные состояния от обычных интоксикационных психозов и требуют дифференциальной диагностики с шизофреническими психозами [11–14]. Некоторые авторы высказывают предположение о возможной иницирующей роли употребления синтетических каннабиноидов в развитии параноидной формы шизофренией [15–17] при наличии генетической предрасположенности [18].

Целью настоящего исследования явилось проведение клинко-динамического анализа основных психотических синдромов вследствие употребления «дизайнерских» наркотиков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали 158 мужчин от 17 до 38 лет, находившихся на стационарном лечении в мужском приемном отделении Аксайского филиала ГБУ РО «Психоневрологический диспансер» в период с 2013 г. по второе полугодие 2017 г., у которых на различных этапах употребления «дизайнерских» наркотиков и формирования зависимости к ним развилось психотическое состояние.

До начала потребления «дизайнерских» наркотиков 48,10% (n=76) пациентов эпизодически употребляли алкоголь, в 32,91% (n=52) случаев – различные «энергетики». Наркотиком первой пробы у 59,5% (n=94) пациентов были растительные каннабиноиды, в 10,13% (n=16) – психостимуляторы, в 7,59% (n=12) – опиаты, в 2,53% (n=4) – галлюциногены, в 20,25% (n=32) таковыми были «дизайнерские» наркотики. Средняя длительность потребления наркотических ПАВ составила 3,6±0,9 года.

Причинами потребления ПАВ в 43,04% (n=68) случаев являлся гедонистический мотив, в 30,38% (n=48) – мотивация гиперактивации поведения, в 15,19% (n=24) отмечалась субмиссивная мотивация, в 11,39% (n=18) присутствовал атарактический мотив потребления ПАВ [19].

Перед развитием психоза обследуемые переходили на употребление спайсов (n=45, 28,48%), солей (n=85, 53,80%) либо применяли их сочетанно (n=28, 17,72%).

Эпизодическое потребление «дизайнерских» наркотиков без синдрома зависимости отмечено у 59 (37,34%) пациентов; у 7 человек (4,43%) – однократное их применение. Синдром зависимости был диагностирован у 92 пациентов (58,23%). Диагностика синдрома зависимости от ПАВ, в том числе «дизайнерских» наркотиков, осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10.

Психотические расстройства развились в состоянии интоксикации у 120 (75,94%) пациентов, психоз на фоне абстинентных расстройств зарегистрирован примерно в четверти случаев (38 – 24,05%).

По клинико-психопатологической структуре психотических расстройств с учетом клинико-динамического течения и длительности психоза все пациенты были разделены на две группы. 1-ю группу составили 72 пациента с остро развившимися структурно-сложными психозами, психопатологическая структура которых соответствовала экзогенно-токсическому типу реакций. Ко 2-й группе были отнесены 86 пациентов с психотическими нарушениями, клиническая картина которых с самого начала развития характеризовалась сочетанием аффективных и шизофренических симптомов, которые наблюдались в течение всего периода психоза.

В работе в качестве основных методов исследования использовались клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический.

Проведение работы одобрено локальным независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 10.0 (StatSoftInc., США). Статистические данные представляли в виде средней выборочной и ее ошибки, абсолютного и относительного количества пациентов. Различия средних выборочных величин между группами и долей оценивали с помощью непарамет-

рических критериев. При оценке связи между показателями использовали корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (Rs) и проверкой его на достоверность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 1-й группе интоксикационные психозы развивались как при наличии синдрома зависимости, так и при эпизодическом, даже однократном потреблении «дизайнерских» наркотиков. Клиническая картина чаще всего проявлялась развитием выраженных аффективных колебаний – от безудержной эйфории до выраженной тревоги, доходящей до степени «раптуса», зрительными и слуховыми галлюцинациями, острым чувственным бредом, развитием различных вариантов делириозного помрачения сознания. Возраст пациентов 1-й группы колебался от 17 до 29 лет, в среднем составив 23,8±1,1 года.

В 1-й группе длительность потребления наркотиков до 1 года наблюдалась у 19 (26,39%) пациентов, от 1 до 5 лет – у 40 (55,56%), от 5 до 10 лет – у 8 (11,11%), более 10 лет – у 5 (9,64%) больных. Средняя длительность потребления наркотических ПАВ в 1-й группе составила 3,3±0,8 года. Перед развитием психоза пациенты 1-й группы переходили на употребление спайсов – 26 (36,11%) пациентов, солей – 35 (48,61%) или на их сочетание – 11 (15,28%) больных. Наследственная отягощенность различными формами наркотизации, суицидальным поведением, аффективными расстройствами отмечалась в 27,78% (n=20) случаев.

Клинико-динамический анализ психотических расстройств позволил выделить следующие группы психозов в 1-й группе. Острая интоксикация с делирием (F1x.03) встречалась у 35 (48,61%) больных. Психоз развивался в состоянии интоксикации у потребителей спайсов, солей и при их сочетанном приеме. Развитие делирия возникало как при эпизодическом и однократном потреблении, так и при синдроме зависимости. В этой категории пациентов развитие психотического состояния было сопряжено с выраженностью интоксикации (Rs=+0,402, p=0,04) и не зависело от формирования синдрома зависимости (Rs=+0,17, p=0,54). Характерным было стремительное (в течение нескольких часов) развитие психоза, продромальные явления, как правило, отсутствовали. После короткого периода психической гиперестезии и аффективной неустойчивости, проявляющейся быстро меняющимися колебаниями настроения – от эйфории до подавленности и раздражительности, иллюзорными нарушениями восприятия, развивалось делириозное помрачение сознания с аллопсихической дезориентировкой, устрашающими зрительными и слуховыми галлюцинациями, отрывочными бредовыми идеями преследования, выраженным страхом, тревогой, психомоторным возбуждением. Психоз сопровождался выраженными соматовегетативными проявлениями адренергического синдрома. Длительность психоза составляла до суток, после его купирования события болезни в памяти сохранялись.

Абстинентное состояние с делирием (F1x.4) встречалось у 26 (36,11%) больных 1-й группы. При этом психоз развивался у пациентов с диагнозом зависимости на 2–3-й день после прекращения приема наркотиков. Нарушению сознания по делириозному типу предшествовал период инсомнии (поверхностный сон с частыми пробуждениями, кошмарные, устрашающие сновидения), психической гиперестезии, парейдолические иллюзии фантастического содержания, аффективные колебания с преобладанием тревоги, раздражительности. В дальнейшем на фоне нарастающей тревоги развивалась аллопсихическая дезориентировка, комплекс сложных сценподобных устрашающих галлюцинаций, преимущественно зрительных и слуховых, галлюцинаторный отрывочный бред, соответствовавший характеру переживаний. Следует отметить, что развитие делириозного помрачения сознания происходило в любое время суток, что отличало их от психозов алкогольной этиологии, для которых характерна суточная динамика. Длительность делирия на фоне абстиненции была более продолжительной и составляла до 3 суток, после выхода из психоза события болезни в памяти сохранялись.

Психотическое состояние преимущественно галлюцинаторное (F1x.52) у 8 (11,11%) больных 1-й группы развивалось при употреблении спайсов и наличии синдрома зависимости ($R_s=+0,492$, $p=0,01$). На начальных этапах развития отмечались эмоционально-гиперестетические расстройства: тревожность, безотчетный страх. Картина галлюциноза характеризовалась в основном вербальными галлюцинациями. При развернутой картине острого галлюциноза наблюдались слуховые и зрительные, тактильные галлюцинации, отрывочный галлюцинаторный бред, психомоторное возбуждение. Длительность галлюцинаторных расстройств составляла от нескольких часов до суток, после чего симптоматика либо купировалась, либо наблюдался переход в делириозное помрачение сознания.

Психотическое состояние преимущественно бредовое (F1x.51) наблюдалось у 3 (4,17%) человек 1-й группы при потреблении солей с синдромом зависимости от психостимуляторов. При этом развитие психоза определялось острым чувственным бредом персекуторного характера, о котором пациенты активно высказывались. Наблюдалось психомоторное возбуждение, бредовые идеи определяли поведение больных, в эмоциональной сфере преобладали резко выраженный страх, злоба, что порой приводило к социально опасным, агрессивным действиям. Во всех случаях состояние острого параноида возникало в интоксикации, длительность его составляла до 1 суток.

Выраженность клинических проявлений и длительность психотических состояний в 1-й группе четко коррелировала с динамикой интоксикации. В 73,61% ($n=53$) случаев психозы купировались в течение 1 суток пребывания в стационаре после назначения массивной дезинтоксикационной, це-

ребропротекторной и седативной терапии. Остальные случаи купировались в течение 2–3 дней терапии, в среднем длительность психоза составила $23,6\pm 2,6$ часа.

Таким образом, психопатологическая структура психотических расстройств в 1-й группе, их клинико-динамическое течение, корреляция с динамикой интоксикации, короткая длительность позволяют отнести их к реакциям экзогенного типа по К. Бонгефферу. Эта группа была обозначена как интоксикационные психозы экзогенного типа реагирования.

Во 2-ю группу вошло 86 пациентов с психотическими нарушениями, клиническая картина которых с самого начала развития характеризовалась сочетанием аффективных и шизофренических симптомов, наблюдавшихся в течение всего периода психоза.

Возраст пациентов 2-й группы составил от 17 до 38 лет, в среднем $29,4\pm 1,5$ года. Возраст до 20 лет отмечен у 9 (10,5%) пациентов, от 20 до 29 лет – у 44 (51,2%), старше 30 лет – у 33 (38,3%) пациентов. По сравнению с 1-й группой возраст пациентов 2-й группы был выше на 23,5% ($p<0,05$).

Во 2-й группе длительность потребления наркотиков до 1 года наблюдалась у 7 (8,1%) пациентов, от 1 до 5 лет – у 49 (57%), от 5 до 10 лет – у 20 (23,3%), более 10 лет – у 10 (11,6%) больных. Средняя длительность потребления наркотических ПАВ во 2-й группе составила $3,9\pm 0,8$ года и достоверно не отличалась от 1-й группы ($p>0,05$). Во 2-й группе перед развитием психоза на употребление спайсов переходило 22,09% ($n=19$) пациентов, солей – 58,14% ($n=50$), на их сочетание – 19,77% ($n=17$). Доли больных 1-й и 2-й групп в зависимости от употребления спайсов или солей статистически значимо не различались.

Во 2-й группе наследственность 39 (45,3%) пациентов была отягощена психическими расстройствами: алкоголизмом, наркоманией, суицидами, депрессией, биполярным аффективным расстройством, шизофренией, что достоверно отличалось от 1-й группы ($p<0,05$). У 22 человек (25,6%) в детском возрасте наблюдались признаки психопатологического развития: неравномерность психофизического развития, нарушение сна, аппетита, детские страхи, расстройства речи, заикание, проявления гипердинамического синдрома, навязчивости. До начала наркотизации у 28 (32,6%) пациентов обнаружены стертые аффективные колебания депрессивного спектра, ангедония, нечеткие деперсонализационные расстройства.

Во 2-й группе клиническая картина психоза проявлялась последовательным развитием аффективно-онейроидного приступа. У 63 (73,26%) пациентов клинически диагностировался этап аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации с различными фабулами бреда инсценировки, ложными узнаваниями, иллюзорными расстройствами, аффективными и психомоторными нарушениями. У пациентов наблюдались страх, тревога, агитация, агрессивное поведение.

У 23 (26,74%) пациентов развитие психоза достигало этапа иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации с грубым нарушением самосознания, дезориентировкой, полярными аффективными колебаниями, иллюзорно-фантастическим восприятием окружающей обстановки, кататоническими включениями.

При этом отмечалось отсутствие параллелизма между интоксикацией и динамикой психотического расстройства. Фактически стереотип развития психоза соответствовал этапам развития онейроидного (аффективно-ONEYРОИДНОГО) приступа, наблюдаемого при приступообразной (рекуррентной) шизофрении, шизоаффективном варианте.

Во 2-й группе дезинтоксикационная и седативная терапия транквилизаторами не приводила к обрыву психоза, приступ приобретал затяжное течение (от 4 до 6 недель, в среднем $4,9 \pm 0,5$ недели) и требовал применения интенсивной психофармакотерапии антипсихотиками первой и второй генерации, а также «обрывающих» психоз общебиологических методов (электросудорожной и инсулинокоматозной терапии). Согласно критериям МКБ-10, состояния, сопровождающиеся подобной симптоматикой шизофренического спектра, но продолжительностью до месяца, первоначально оцениваются как «шизофреноподобный» психоз, однако при более длительном течении формально возможны последующее изменение диагноза и перекодировка [20].

Клинико-динамический анализ развития психоза во 2-й группе, его структура, длительность, отсутствие параллелизма между интоксикацией и картиной психотических расстройств ($R_s = +0,11$, $r = 0,463$), необходимость применения «обрывающих» методов терапии – всё это позволяет задуматься о нозологической принадлежности подобных состояний. В соответствии с критериями диагностики МКБ-10 употребление ПАВ исключает установление шизофренического диагноза. Однако накопленный материал позволяет предложить рассматривать потребление новых синтетических веществ («дизайнерских» наркотиков) в качестве триггера, реализующего неблагоприятную наследственность (психопатологический диатез) в эндогенный шизофренический процесс.

При катанестическом наблюдении рецидивы «шизофреноподобных» психозов у пациентов 2-й группы, как правило, были связаны с возобновлением наркотизации, но, так же как и при манифестном психозе, имели шизоаффективную структуру и длились более 1 месяца. Но у 7 человек (8,14%) повторный психоз шизоаффективной структуры развился аутохтонно, без какой-либо экзогенной провокации, что свидетельствовало об эндогенности патологического процесса и указывало не только на клиническое, но и патогенетическое единство «шизофреноподобных» психозов, возникающих при потреблении «дизайнерских» наркотиков с шизофреническим спектром расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Систематика психотических расстройств у потребителей «дизайнерских» наркотиков проявляется как интоксикационными психозами экзогенно-токсического типа реагирования, так и картиной «шизофреноподобных» психозов, при затяжном течении которых (более 1 месяца), согласно критериям МКБ-10, возможен пересмотр диагноза. При этом развитие интоксикационных психозов экзогенного типа реагирования и «шизофреноподобных» психозов не зависело от наличия или отсутствия синдрома зависимости, психоз мог развиваться и при однократном потреблении ПАВ. Соотнесение «шизофреноподобной» симптоматики у потребителей «дизайнерских» наркотиков с шизофреническим спектром расстройств имеет клиническое значение, позволяя дифференцированно подходить к вопросам терапии психотической симптоматики. Тем самым мы можем говорить о провоцирующей роли «дизайнерских наркотиков» в развитии эндогенного шизофренического психоза. При этом особое значение приобретает дальнейший прогноз течения заболевания, что дает возможность разрабатывать подходы, направленные на профилактику развития очередных приступов, а также проводить реабилитационные мероприятия с целью улучшения социальной адаптации пациентов.

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 локального независимого этического комитета ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» № 14 от 18 октября 2013 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шагиахметов Ф.Ш., Шамакина И.Ю. «Дизайнерские» наркотики: стимуляторы и эйфоретики. *Вопросы наркологии*. 2015; 1: 117–135.
2. Белявский А.Р. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия: Информационное письмо для врачей. Екатеринбург, 2011; 18.
3. Менделевич В.Д. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы. *Наркология*. 2014; 7: 93–100.
4. Овчинников А.А., Патрикеева О.Н. Синтетические каннабиноиды: психотропные эффекты, побочные действия, риски употребления. *Медицина и образование в Сибири*. 2014; 3: 82.
5. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю. Клиническая типология психопатологических расстройств у потребителей синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 4 (89): 18–23.
6. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Блонский К.А. Характеристика абстинентного синдрома у лиц, страдающих зависимостью от употребления синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 4 (93): 45–50.
7. Пичугина Ю.А., Березовская М.А., Коробицина Т.В. Анализ современной ситуации употребления психоактивных веществ. *Сибирское медицинское обозрение*. 2016; 1: 40–47.

8. Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007; 370 (9584): 319–328.
9. Müller H., Huttner H.B., Köhrmann M., Wielopolski J.E., Kornhuber J., Sperling W. Panic attack after spice abuse in a patient with ADHD. *Pharmacopsychiatry*. 2010; 43: 152–153.
10. Klavz J., Gorenjak M., Marinsek M. Suicide attempt with a mix of synthetic cannabinoids and synthetic cathinones: Case report of non-fatal intoxication with AB-CHMINACA, ABFUBINACA, alpha-PHP, alpha-PVP and 4-CMC. *Forensic Science International*. 2015; 65: 121–124.
11. Афанасьева Н.А., Березовская М.А., Коробицина Т.В., Пичугина Ю.А., Сергиенко Н.Н. Клинико-динамические особенности интоксикационных психозов, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 78–83.
12. Дубатова И.В., Стоякин И.В., Карнаух К.А., Сафроненко А.В. Клиническая значимость и особенности психических расстройств у потребителей «дизайнерских наркотиков». *Уральский медицинский журнал*. 2017; 5 (149): 104–108.
13. Muller H., Sperling W., Köhrmann M., Huttner H. B., Kornhuber J., Maler J. M. The synthetic cannabinoid Spice as a trigger for an acute exacerbation of cannabis induced recurrent psychotic episodes. *Schizophrenia Research*. 2010; 118 (1–3): 309–310.
14. Papanti D. "Spiceophrenia": a systematic overview of "Spice"-related psychopathological issues and a case report human psychopharmacology. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 2013; 28 (4): 379–389.
15. Muller-Vahl K.R., Emrich H.M. Cannabis and schizophrenia: towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* 2008; 8 (7): 1037–1048.
16. Vandrey R., Dunn K.E., Fry J.A., Girling E.R. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids). *Drug Alcohol Depend.* 2012; 120: 238–241.
17. Van der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of spice. *Schizophrenia Res.* 2011; 130: 285–286.
18. Rahmani M., Paul S., Nguyen M.L. Treatment of refractory substance-induced psychosis in adolescent males with a genetic predisposition to mental illness. *Int. J. of Adolescent Medicine and Health*. 2014; 26 (2): 297–301.
19. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск: Наука; 1990: 222.
20. Чуркин А.А., Мартошов А.Н. Практическое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Издательство ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского; 2004: 140.

Поступила в редакцию 1.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Дубатова Ирина Владимировна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии.
Стоякин Игорь Вячеславович, заведующий мужским приемным отделением.
Карнаух Ксения Александровна, врач-психиатр.

Сафроненко Андрей Владимирович, д.м.н., доцент, профессор кафедры фармакологии и клинической фармакологии.

✉ Дубатова Ирина Владимировна, tory15@mail.ru

УДК 616.89.008.441.33:616.89-008.1:615.015

For citation: Dubatova I.V., Stoyakin I.V., Karnaukh K.A., Safronenko A.V. Structural-dynamic analysis of clinical manifestations and features of psychotic disorders therapy in users of "designer" drugs. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 36–41. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-36-41](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-36-41)

Structural-dynamic analysis of clinical manifestations and features of psychotic disorders therapy in users of "designer" drugs

Dubatova I.V.¹, Stoyakin I.V.², Karnaukh K.A.², Safronenko A.V.¹

¹ Rostov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Nakhichevansky Lane 29, 344022, Rostov-on-Don, Russian Federation

² Aksay Branch "Psychoneurological Dispensary"
Tsentralnaya Street 3, 346709, village Kovalevka, Aksay District, Rostov Region, Russian Federation

ABSTRACT

The study involves 158 men who have developed psychosis at different stages of use of "designer" drugs. According to the clinical and psychopathological structure of psychotic disorders, taking into account the clinical-dynamic course and duration of psychosis, all patients are divided into two groups. Group 1 consists of 72 patients with acute psychosis, the psychopathological structure of which corresponds to the exogenous-toxic type of responses that can develop both into intoxication in the presence of a dependence syndrome and without a dependence syndrome, and in the abstinence state. The clinical picture of this group is determined by the delirious confusion of consciousness, acute hallucinosis and acute paranoid syndrome and is designated as intoxicating psychoses of an exogenous type of response. The second group consists of 86 patients with psychotic disorders, the clinical picture of which from the very beginning of development is characterized by the combination of affective and schizophrenic symptoms that correspond to the development of oneiroid (affective-oneiroid) attack, which has clinical similarity with schizoaffective attacks in paroxysmal (recurrent) schizophrenia. Similarity of the clinical picture with endogenous (schizophrenic) psychosis, lack of parallelism between intoxication and picture of psychotic disorders, necessity of using "interruption" therapy methods, duration exceeding one month allow one to think about the nosological affiliation of such conditions. The clinical significance of using "designer drugs" lies in their ability to cause, along with intoxication psychoses, an exogenously toxic type of response, "schizophreniform" psychoses, with the duration of more than one month, according to ICD-10, a revision of the diagnosis is possible and similar psychoses can be considered as a manifestation of an endogenous process (schizophrenia).

Keywords: designer drugs, psychoactive substances, intoxication psychoses, exogenous type of response, schizoaffective attack, "schizophreniform" psychosis.

REFERENCES

- Shagiakhmetov F.Sh., Shamakina I.Yu. «Dizajnerskie» narkotiki: stimulyatoryjeiforetiki ["Designer" drugs: stimulators and euphoric drugs]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2015; 1: 117–135 (in Russian).
- Belyavsky A.R. Ostrye otravleniya novymi sinteticheskimi narkotikami psihostimulirujushh ego dejstvija: Informacionnoe pis'mo dlja vrachej [Acute poisoning with new synthetic drugs of psychostimulating action: Information letter for doctors]. Yekaterinburg, 2011; 18 (in Russian).
- Mendelevich V.D. Psihoticheskie rasstrojstva v rezul'tate upotreblenija narkotikov: sovremennoe sostojanie problem [Psychotic disorders due to drug use: the current state of the problem]. *Narkologija – Narcology*. 2014; 7: 93–100 (in Russian).
- Ovchinnikov A.A., Patrikeeva O.N. Sinteticheskie kannabinoidy: psihotropnyje efekty, pobochnye dejstvija, riski upotreblenija [Synthetic cannabinoids: psychotropic effects, side effects, risks of use]. *Medicina i obrazovanie v Sibiri – Medicine and Education in Siberia*. 2014; 3: 82 (in Russian).
- Bokhan N.A., Selivanov G.Ju. Klinicheskaja tipologija psihopatologicheskikh rasstrojstv u potrebitelej sinteticheskikh kannabinojnov (spajsov) [Clinical typology of psychopathological disorders in consumers of synthetic cannabinoids (spices)]. *Sibirskij vestnik psihiatri i inarkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 4 (89): 18–23 (in Russian).
- Bokhan N.A., Blonsky K.A. Harakteristika abstinentsnogo sindroma u lic, stradajushhh zavisiomost'ju ot upotreblenija sinteticheskikh kannabinojnov (spajsov) [Characteristics of the withdrawal syndrome in people who are dependent on the use of synthetic cannabinoids (spices)]. *Sibirskij vestnik psihiatri i inarkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 4 (93): 45–50 (in Russian).
- Pichugina Ju.A., Berezovskaja M.A., Korobitsina T.V. Analiz sovremennoj situacii upotreblenija psihooaktivnyh veshhestv [Analysis of the current situation of the use of psychoactive substances]. *Sibirskoe medicinskoje obozrenie – Siberian Medical Review*. 2016; 1: 40–47 (in Russian).
- Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007; 370 (9584): 319–328.
- Müller H., Huttner H.B., Köhrmann M., Wielopolski J.E., Kornhuber J., Sperling W. Panic attack after spice abuse in a patient with ADHD. *Pharmacopsychiatry*. 2010; 43: 152–153.
- Klavz J., Gorenjak M., Marinsek M. Suicide attempt with a mix of synthetic cannabinoids and synthetic cathinones: Case report of non-fatal intoxication with AB-CHMINACA, ABFUBINACA, alpha-PHP, alpha-PVP and 4-CMC. *Forensic Science International*. 2015; 65: 121–124.
- Afanasyeva N.A., Berezovskaja M.A., Korobitsina T.V., Pichugina Yu.A., Sergienko N.N. Kliniko-dinamicheskie osobennosti intoksikacionnyh psihozov, vyzvannyh upotrebleniem sovremennyh sinteticheskikh psihooaktivnyh veshhestv [Clinical and dynamic features of intoxication psychoses caused by the use of modern synthetic psychoactive substances]. *Sibirskij vestnik psihiatri i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 78–83 (in Russian).
- Dubatova I.V., Stoyakin I.V., Karnaukh K.A., Safronenko A.V. Klinicheskaja znachimost' I osobennosti psihicheskikh rasstrojstv u potrebitelej «dizajnerskih» narkotikov [Clinical significance and peculiarities of mental disorders among consumers of "designer" drugs]. *Ural'skij medicinskij zhurnal – The Urals Medical Journal*. 2017; 5 (149): 104–108 (in Russian).
- Muller H., Sperling W., Köhrmann M., Huttner H.B., Kornhuber J., Maler J.M. The synthetic cannabinoid Spice as a trigger for an acute exacerbation of cannabis induced recurrent psychotic episodes. *Schizophrenia Research*. 2010; 118 (1–3): 309–310.
- Papanti D. "Spicephrenia": a systematic overview of "Spice"-related psychopathological issues and a case report human psychopharmacology. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.* 2013; 28 (4): 379–389.
- Muller-Vahl K.R., Emrich H.M. Cannabis and schizophrenia: towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* 2008; 8 (7): 1037–1048.
- Vandrey R., Dunn K.E., Fry J.A., Girling E.R. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids). *Drug Alcohol Depend.* 2012; 120: 238–241.
- Van der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of spice. *Schizophrenia Res.* 2011; 130: 285–286.
- Rahmani M., Paul S., Nguyen M.L. Treatment of refractory substance-induced psychosis in adolescent males with a genetic predisposition to mental illness. *Int. J. of Adolescent Medicine and Health*. 2014; 26 (2): 297–301.
- Korolenko C.P., Donskikh T.A. Sem' putej k katastrofe: destruktivnoepovedenie v sovremennom mire [Seven ways to disaster: destructive behavior in the modern world]. Novosibirsk: Nauka – Novosibirsk: Science; 1990: 222 (in Russian).
- Churkin A.A., Martjushov A.N. Prakticheskoe rukovodstvo po ispol'zovaniju MKB-10 v psihiatrii i narkologii [Practical guidance on the use of ICD-10 in psychiatry and narcology]. M.: Izdatel'stvo GNC SiSP imeni V.P. Serbskogo – M.: Publishing house GSC SiSP V.P. Serbskogo, 2004: 140 (in Russian).

Received November 1.2017

Accepted February 5.2017

Dubatova Irina V., PhD, associate professor, Psychiatry Department, Rostov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russian Federation.

Stoyakin Igor V., Head of Male Reception Room, Aksay Branch "Psychoneurological Dispensary", village Kovalevka, Aksay District, Rostov Region, Russian Federation.

Karnaukh Ksenia A., psychiatrist, Aksay Branch "Psychoneurological Dispensary", village Kovalevka, Aksay District, Rostov Region, Russian Federation.

Safronenko Andrey V., MD, senior lecturer, Professor of Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Rostov State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Rostov-on-Don, Russian Federation.



Dubatova Irina V., tory15@mail.ru

УДК 616.89-008.441.33:159.9.018-055.52-055.2

Для цитирования: Краснятова Ю.А., Стоянова И.Я. Характеристики созависимости и психической саморегуляции у матерей подростков с наркотической зависимостью. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 42–48. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-42-48](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-42-48)

Характеристики созависимости и психической саморегуляции у матерей подростков с наркотической зависимостью

Краснятова Ю.А.², Стоянова И.Я.^{1,2}

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

² Национальный исследовательский Томский государственный университет (НИ ТГУ) Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 36

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются особенности проявлений созависимости и психической саморегуляции и их взаимосвязи у матерей подростков с наркотической зависимостью (основная группа) в сравнении с матерями подростков без психических нарушений. **Методы исследования:** стандартизованное интервью, опросники созависимости Уайнхолда и В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения». **Результаты исследования.** Установлено, что высокая степень созависимости у матерей отмечается как в основной, так и контрольной группах (64,1% и 53,3%). Общий уровень саморегуляции в обеих группах ($30,8 \pm 7,4$ и $30,5 \pm 4,9$ соответственно) является достаточно высоким. Взаимосвязь показателей индивидуально-стилевых особенностей саморегуляции и показателя созависимости в основной группе прослеживается по всем параметрам, кроме «Гибкости» и «Самостоятельности». **Заключение.** Показатели коэффициента вегетативного баланса свидетельствуют о наличии высокого уровня хронической психической истощаемости, которая является фактором риска нарушения психического здоровья. Программы психопрофилактики при созависимости должны включать направленность на снятие избыточного нервно-психического напряжения.

Ключевые слова: уровни созависимости, психическая саморегуляция, матери подростков с наркотической зависимостью.

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время во всем мире увеличивается число людей, страдающих созависимостью. Проявления этого феномена являются важной проблемой в современном обществе, так как служат препятствием как для личностного роста, так и психического и социального здоровья [13]. Величина проблемы обуславливает и многоаспектность направлений исследования. Это связано с возрастающим числом пациентов с проявлениями зависимости и расширением числа семей, чьи представители страдают созависимостью [14, 15, 17, 18].

В других исследованиях рассматриваются вопросы нарушенных семейных отношений, которые способствуют формированию аддикции, обсуждаются возможности семейной превенции и психологической помощи представителям семьи с различным ролевым функционированием (матери, супруги) [1, 3, 4, 5, 12, 15, 16].

Несмотря на различия в общеметодологических подходах, все практико-ориентированные и теоретические исследования семьи в контексте проблем наркозависимости опираются на два фундаментальных положения:

- семья играет важную роль, определяющую употребление наркотиков ее членами;
- отношения в семье оказывают влияние на психосоциальную реабилитацию наркозависимого.

В меньшей степени в научной литературе представлены направления, изучающие психологические факторы, обуславливающие психическое здоровье созависимых членов семьи [13].

При исследовании созависимости необходимо учитывать, что семейные условия с наличием зависимого от психоактивных веществ являются хронически стрессогенными, что существенно нарушает психическое здоровье членов семьи. Психологическое содержание созависимости можно представить с помощью следующих определений: 1) это искаженный стиль взаимодействия в семье [17]; 2) нарушенные отношения созависимых к себе, своей жизни, а также к зависимому родственнику [11, 19]; 3) неопределенность ценностей и смыслов [18]; 4) избыточные психологические защиты и неконструктивные стратегии совладания со стрессом [8].

Исследователи отмечают, что созависимость приводит к нарушениям на всех уровнях: физическом, эмоциональном, поведенческом, социальном и духовном [12]. Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости дальнейших поисков эффективной психологической помощи с опорой на ресурсы составляющие психического здоровья у людей, страдающих созависимостью. В частности важным аспектом изучения созависимости в контексте психического здоровья являются проявления психической саморегуляции.

Роль индивидуально-типологических особенностей осознанной саморегуляции в реализации личностных ресурсов человека занимает одно из центральных мест в общем контексте изучения человека [9]. При этом отсутствует психологическая информация о системном изучении особенностей психической саморегуляции, как о факторе психического здоровья у членов семьи с проблемами созависимости. Изучение взаимосвязи между проявлениями созависимости и особенностями психической саморегуляции позволит сформировать эффективные программы психологической помощи, направленные на сохранение психического здоровья.

Понятие психической саморегуляции рассматривается в качестве многоуровневой динамической системы, являющейся психологическим инструментом переработки информации для инициации, поддержания, контроля и коррекции активности, направленной на осознанное выдвижение и достижение субъектных целей [7, 9]. С помощью этой системы человек мобилизует и координирует свои психологические ресурсы для выдвижения и достижения целей своей активности. Критерием эффективности саморегуляции является ее осознанность.

При рассмотрении индивидуально-типических (стилевых) особенностей саморегуляции выделены 2 уровня: 1) индивидуальные проявления регуляторных процессов, реализующих основные звенья системы саморегулирования – планирование, моделирование, программирование и оценка результатов; 2) стилевые особенности, которые характеризуют функционирование всех звеньев системы саморегуляции и одновременно являются регуляторно-личностными свойствами (например, самостоятельность, надежность, гибкость, инициативность).

Интегральной характеристикой саморегуляции является общий уровень осознанной саморегуляции, которая отражает актуальные возможности человека по управлению произвольной активностью [9, 20].

Целью настоящего исследования является выявление характеристик созависимости и психической саморегуляции и определение их взаимосвязи у матерей пациентов с наркотической зависимостью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Программа исследования включала стандартизованное интервью и валидизированные методы психодиагностики: опросник созависимости в модификации Уайнхолда [10] и модифицированной версии опросника В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения», позволяющего диагностировать степень развития осознанной саморегуляции и её индивидуальные профили, характеризующие устойчивость функционирования регуляторных процессов в условиях психической напряженности [9].

Статистическая обработка данных осуществлялась при использовании пакета стандартных программ Statistica for Windows (Ver. 12.0). Производились расчеты средней арифметической, стандартной девиации для установления количественных показателей.

Результаты представлены в виде среднего арифметического $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение в случае нормального распределения. Соответствие нормальности распределения проводилось с использованием критерия Шапиро-Уилка.

В случае распределения, отличного от нормального, количественные данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей.

При обработке данных применялся метод t -критерия Стьюдента, с помощью которого анализировалась значимость различий двух групп по среднему значению какого-либо показателя. Критерий Стьюдента использовался для сравнения средних арифметических двух количественных признаков, имеющих нормальное распределение. Для каждой выборки вычисляли медиану, 25% и 75% квартили, статистическую значимость различий между группами определяли по критериям Манна-Уитни (для двух независимых выборок), Вилкосона (для двух зависимых выборок). Для сравнения групп по качественному признаку использовались таблицы сопряженности, критерий хи-квадрат Пирсона. Для анализа связи признаков использовался метод корреляционного анализа (непараметрический метод Спирмена).

Формируя выборку исследования, мы предполагали, что, во-первых, уровни созависимости будут более высокими в основной группе по сравнению с показателями контрольной группы. Во-вторых, что характеристики саморегуляции окажутся более эффективными у матерей с детьми без психических нарушений.

Выборка исследования включала две группы женщин ($n=93$), из них основную группу составили матери лиц подросткового возраста с наркотической зависимостью ($n=54$), в контрольную группу включены матери ($n=39$) подростков без психических нарушений. Средний возраст матерей основной группы – 53 года, контрольной группы – 48 лет. Средний возраст детей – 15 лет. Обе группы сопоставимы по образованию и составу семьи.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ стандартизованного интервью показал, что как в основной, так и в контрольной группе у матерей наркозависимых подростков в большинстве случаев отмечалась средняя удовлетворенность состоянием здоровья (69,2% и 66,7%, статистические различия незначимы).

Удовлетворенность семейными отношениями характеризуется следующими показателями. У матерей подростков с наркотической зависимостью преобладает средняя степень удовлетворенности – 69,2%, в контрольной группе этот показатель был значительно более низким – 20,0%. При этом в контрольной группе в большей степени выражена высокая степень удовлетворенности отношениями членов семьи – 53,3% против 28,2% в основной группе – ($p>0,05$).

В качестве семейных проблем матери подростков обеих групп отмечают нарушенные взаимоотношения с детьми: в основной группе – 51,1%, в контрольной группе – 53,3% (различия незначимы). Второе место по значимости занимают материальные проблемы – 25,6% и 26,7% соответственно. На полное отсутствие семейных проблем указывают матери основной группы в 15,4% случаев, в контрольной – в 6,7%.

Эти показатели, скорее всего, свидетельствуют о выраженности психологических защитных механизмов у матерей обеих групп. Следует обратить внимание и на некоторую разбалансированность показателей у матерей контрольной группы, у которых равнозначно представлены данные о высокой степени удовлетворенности семейными отношениями и наличии проблем во взаимоотношениях с детьми.

Проявления созависимости в выборке матерей обеих групп представлены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Характеристики созависимости в основной и контрольной группах				
Степень созависимости	Выборка матерей подростков (N=93)			
	основная группа (n=54)		контрольная группа (n=39)	
	%	Абс.	%	Абс.
1 (очень высокая степень)	12,8*	7	0*	0
2 (высокая степень)	64,1*	35	53,3*	21
3 (средняя степень)	20,5*	11	46,7*	18
4 (низкая степень)	2,6	1	0	0

П р и м е ч а н и е. * – $p > 0,05$.

Методика определения уровня созависимости Уойнхолда позволяет выявлять 4 варианта этой характеристики. Результаты диагностики показали, что очень высокая степень созависимости выявлена у матерей основной группы. Высокая степень созависимости представлена значительным числом матерей как основной, так и контрольной группы с преобладанием матерей с наркозависимыми подростками. Средняя степень созависимости выявлена у пятой части основной группы и почти в половине случаев контрольной группы. Эти показатели свидетельствуют о значительных проявлениях созависимости как у матерей с наркозависимыми, так и у матерей, чьи дети не имеют проблем с ПАВ. При этом женщины контрольной группы также находятся в зоне риска, связанной с нарушениями личностного развития и психического здоровья, обусловленными уровнем созависимости.

Показатели психической саморегуляции произвольной активности у матерей обеих групп представлены в таблице 2.

Анализ результатов психической саморегуляции произвольной активности матерей основной группы свидетельствует о том, что значения по шкале «Планирование» несколько превышают норму. Эти данные характеризуют сформированную потребность в осознанном планировании деятельности, реалистичности и устойчивости планов, самостоятельность при определении целей.

В контрольной группе отмечается снижение по шкале «Программирование», что свидетельствует о неумении матерей наркотизирующихся подростков продумывать последовательность своих действий, преобладании стиля «проб и ошибок».

Т а б л и ц а 2

Психическая саморегуляция в основной и контрольной группах			
Шкала	Выборка матерей подростков (N=93)		Средняя норма
	основная группа (n=54)	контрольная группа (n=39)	
Планирования	6,2±1,8	5,8±1,7	4,9±1,9
Моделирования	5,2±2,0	5,1±1,4	5,3±1,8
Программирования	5,4±1,9	4,9±1,6	6±1,7
Оценки результатов	5,0±2,4	5,4±1,5	5,2±1,6
Гибкости	5,6±1,7	5,7±2,3	6,6±1,8
Самостоятельности	5,4±2,0	5,3±2,2	5,5±2
Надежности	3,9±2,4	4,5±1,8	5,5±1,8
ОУС	30,8±7,4	30,5±4,9	28,3±4,9

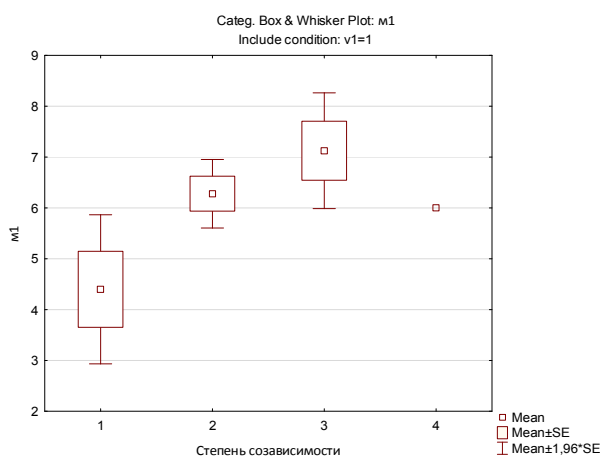
По шкале «Надежность» отмечаются низкие показатели у матерей основной группы. Это свидетельствует о сложностях продумывания действий и поведения для достижения намеченных целей, отсутствия возможностей в адекватной оценке результата своей деятельности. Выражено рассогласование промежуточных результатов в ситуации повышенной и заниженной мотивации деятельности, высокой и низкой психической напряженности.

Таким образом, в целом выявлен достаточный общий уровень саморегуляции как в основной, так и в контрольной группах. При этом имеются рассогласования между отдельными звеньями саморегуляции. Данные противоречия, по всей вероятности, связаны с повышенным уровнем нервно-психической напряженности у матерей обеих групп. Эти данные необходимо проверить в дополнительных исследованиях.

С целью выявления взаимосвязи между созависимостью и индивидуально-стилевыми особенностями саморегуляции, характеризующими основную группу, проведен корреляционный анализ количественных переменных по Спирмену. При корреляционном анализе значимы два показателя – коэффициент взаимосвязи (r_s) и коэффициент достоверности взаимосвязи (p).

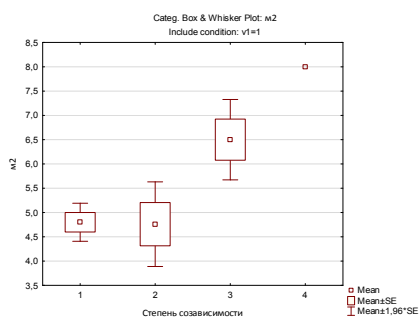
Корреляционный анализ выявил следующие особенности, характеризующие матерей подростков, зависимых от ПАВ. Взаимосвязь показателей индивидуально-стилевых особенностей саморегуляции и степени созависимости в основной группе прослеживается по всем шкалам, кроме «Гибкости» и «Самостоятельности». Установлена взаимосвязь между показателями планирования и степенью созависимости (рис.1).

У матерей с очень высокой степенью созависимости показатель по шкале «Планирование» – 4,4±1,7 статистически значимо отличается от показателя второй и третьей степеней созависимости (2-я степень – 4,8±0,5; 3-я степень – 4,6±1,9). Это свидетельствует о сниженной саморегуляции по сравнению с высокой и средней степенями созависимости.



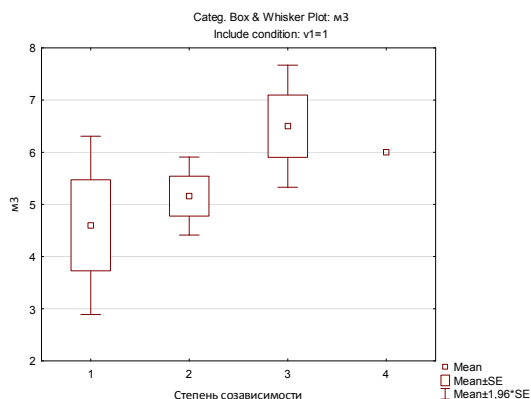
Р и с у н о к 1. Взаимосвязь степеней созависимости с характеристикой «Планирование»

П р и м е ч а н и е. 1 – Очень высокая степень; 2 – высокая степень; 3 – средняя степень.



Р и с у н о к 2. Взаимосвязь степеней созависимости с характеристикой «Моделирование»

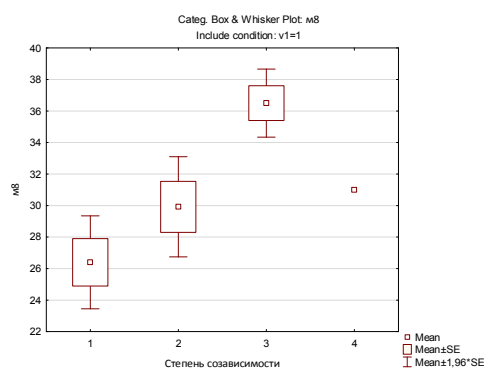
Как представлено на рисунке 2, у матерей наркозависимых подростков показатели по шкале «Моделирования» при очень высоком ($4,8 \pm 0,4$) и высоком уровнях созависимости ($4,7 \pm 2,2$) не обнаружили различий между собой, но статистически значимо отличаются от показателей при средней степени созависимости ($6,5 \pm 1,2$), что свидетельствует о сниженной способности к моделированию.



Р и с у н о к 3. Взаимосвязь степеней созависимости с характеристикой «Программирование»

Полученные показатели по шкале «Программирование» демонстрируют (рис. 3) в основной группе у матерей с разной степенью созависимости с очень высоким и высоким уровнями ($4,6 \pm 1,9$ и $5,2 \pm 1,9$) отсутствие различий между собой и соответствуют нормативным значениям, но статистически значимо отличаются от показателей матерей со средней степенью созависимости ($6,5 \pm 1,7$).

В свою очередь показатели по шкале «Надежности» ($3,4 \pm 1,7$ и $3,1 \pm 2,4$) так же не имеют различий между собой и определяются ниже нормативных значений, статистически значимо отличаясь от показателей при средней степени созависимости ($6,9 \pm 1$).



Р и с у н о к 4. Взаимосвязь степеней созависимости с характеристикой «Общий уровень саморегуляции»

Обобщенный показатель, характеризующий процесс саморегуляции в целом по шкале «Общий уровень саморегуляции» с различными уровнями созависимости ($26,4 \pm 3,4$; $29,9 \pm 8,1$ и $36,5 \pm 3,1$) имеют статистически значимые различия между собой и находятся в пределах нормы (рис. 4).

Показатели коэффициента вегетативного баланса у матерей с очень высокой степенью созависимости имеют статистически значимые различия со второй и третьей степенями созависимости и свидетельствуют о хронической усталости, повышенной утомляемости. При высокой и средней степенях созависимости выявляется внутренняя готовность к реализации планов. В контрольной группе различия между показателями, характеризующими процессы саморегуляции и степенью созависимости, статистически незначимы.

Обсуждение результатов

Проведенное исследование особенностей созависимости и психической саморегуляции у матерей наркозависимых подростков (основная группа) и матерей подростков без нарушений психического здоровья (контрольная группа) позволило получить парадоксальные, на первый взгляд, результаты. При этом выявляются следующие закономерности. Наличие высокой степени созависимости отмечается у матерей как основной, так и контрольной группы. Следует обратить внимание, что матери обеих групп находятся в зоне риска, связанной с нарушениями личностного развития и психического здоровья.

Изучение проявлений саморегуляции показало, что в обеих группах в целом выявлен достаточно высокий общий уровень психической саморегуляции матерей. При этом имеются рассогласования между отдельными ее звеньями. Данные противоречия, видимо, связаны с повышенным уровнем нервно-психической напряженности у матерей обеих групп. Эти данные необходимо проверить в дополнительных исследованиях. Можно утверждать, что развитие осознанной саморегуляции в форме произвольной активности может быть значимым ресурсом, направленным на снижение созависимости и восстановление психического здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование взаимосвязи между степенью созависимости и особенностями саморегуляции свидетельствует о том, что при очень высокой и высокой степенях созависимости такие регуляторно-личностные свойства, как оценка результатов, гибкость, способность к саморегуляции в ситуациях повышенной и заниженной мотивации деятельности, а также в условиях высокой и низкой психической напряженности, у матерей основной группы снижены при общем нормативном уровне саморегуляции. Эти показатели, вероятно, компенсируются за счет других проявлений саморегуляции (планирование, моделирование, программирование). Показатели коэффициента вегетативного баланса свидетельствуют о наличии высокого уровня хронической психической истощаемости, которая является фактором риска нарушения психического здоровья.

Достаточно высокий уровень психической саморегуляции у матерей основной группы обусловлен наличием опыта пребывания в длительной стрессогенной ситуации, обусловленной наличием в семье зависимого от ПАВ. Чтобы оставаться состоятельными при выполнении семейных и профессиональных обязанностей, они постоянно находятся в напряженном ритме жизнедеятельности. При этом избыточность усилий способствует накоплению психического перенапряжения и повышенной истощаемости психических процессов. Поэтому программы психопрофилактики при созависимости должны включать направленность на снятие избыточного напряжения и усталости [2, 3, 4, 5, 6, 11, 16].

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 этического

комитета НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук № 103 от 10.11.2017 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ананьева Г.А. Семья: химическая зависимость и созависимость. М.: Медицина, 2001: 201.
2. Артемцева Н.Г. Феномен созависимости: психологический аспект. М.: РИО МГУДТ, 2012: 222.
3. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опийной наркоманией. Павлодар: Изд-во РГКП «РНПЦ МСПН», 2005: 287.
4. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009: 510.
5. Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Мазурова Л.В. Психология зависимости и созависимости у женщин из аддиктивных семей. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2011: 152.
6. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб.: Речь, 2014: 300.
7. Конопкин О.А. Структурно-функциональный и содержательно-психологический аспекты осознанной саморегуляции. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2005; 2 (1): 27–42.
8. Мазурова Л.В. Особенности психологической защиты и копинг стратегий у женщин с алкогольной зависимостью и созависимостью (психокоррекционный аспект): дис. ... к.п.н. Томск, 2009: 184.
9. Моросанова В.И., Бондаренко И.Н. Диагностика саморегуляции человека. М.: Когито-Центр, 2015: 304.
10. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: ПЕР СЭ, 2006: 352.
11. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. Отношения между матерью и сыном. *Психотерапия*. 2015; 2 (146): 30–37.
12. Назарова И.А., Аболонин А.Ф., Стоянова И.Я. Социально-психологические факторы риска формирования делинквентных и аддиктивных форм поведения у юношей и девушек. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 4 (93): 69–75.
13. Освобождение от созависимости / Перевод с англ. А.Г. Чеславской / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд. М.: Независимая фирма «Класс», 2006: 224.
14. Петрова О.В., Коханов В.С., Смагина А.А. Созависимость и аутоагрессия в семье больных алкоголизмом. *Наркология*. 2008; 5: 56–66.
15. Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний. *Наркология*. 2006; 5, 1 (49): 60–65.
16. Стоянова И.Я., Семке В.Я., Бохан Н.А., Лебедева В.Ф., Казенных Т.В., Мазурова Л.В. Способы психологической коррекции пациентов с невротическими расстройствами и семейной созависимостью: методические рекомендации. Томск, 2011: 23.
17. Чернобровкина Т.В. Социальные функции аддиктивных заболеваний. *Наркология*. 2008; 4: 50–53.
18. Яцышин С.М. Проявление созависимости в ценностно-смысловой сфере матерей при наркотизации ребенка: автореф. дис. ... к.п.н. СПб., 2003: 23.
19. Liddle H.A. Theory development in a family based therapy for adolescent drug abuse. *Journal Clinical Child Psychology*. 1999; 28: 521–532.
20. Morosanova V. Self-regulation and Personality. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013; 86: 452–457. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/18770428/86>

Поступила в редакцию 12.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Краснятова Юлия Александровна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии, заведующая отделением Томского областного наркологического диспансера.

Стоянова Ирина Яковлевна, д.п.н., ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья, профессор кафедры психотерапии и психологического консультирования Томского государственного университета.

✉ Краснятова Юлия Александровна, kulia2012@mail.ru

УДК 616.89-008.441.33:159.9.018-055.52-055.2

For citation: Krasnyatova Ju.A., Stoyanova I.Ya. Characteristics of codependence and mental self-control in mothers of adolescents with drug dependence. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 42–48. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-42-48](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-42-48)

Characteristics of codependence and mental self-control in mothers of adolescents with drug dependence

Krasnyatova Ju.A.², Stoyanova I.Ya.^{1,2}

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

² *National Research Tomsk State University
Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

In the article features of manifestations of codependence and mental self-control and their interrelationship in mothers of adolescents with drug dependence (the main group) in comparison with mothers of adolescents without mental disturbances are considered. Research methods: the standardized interview, questionnaires of codependence by Weinhold and V.I. Morosanova “Style of self-control of behavior”. Results of research. It is established that high degree of codependence in mothers is noted both in the main and control groups (64.1% and 53.3%). The general level of self-control in both groups (30.8±7.4 and 30.5±4.9 accordingly) is high enough. The interrelationship of indicators of individual-style features of self-control and the indicator of codependence in the basic group is traced in all parameters, except “Flexibility” and “Independence”. Conclusion. Indicators of factor of vegetative balance give evidence of the presence of high level of chronic mental codependence which is a risk factor of impairment of mental health. Psychopreventive maintenance programs in codependence should include an orientation on removal of superfluous psychological pressure.

Keywords: codependency, mental self-control, family members, adolescents, drug dependence.

REFERENCES

- Ananyeva G.A. Semya: himicheskaya zavisimost i sozavisimost [Family: chemical dependence and codependence]. M.: Meditsina, 2001: 201 (in Russian).
- Artemtseva N.G. Fenomen sozavisimosti: psihologicheskii aspekt [Phenomenon of codependence: psychological aspect]. Moscow: RIO MGUDT, 2012: 222 (in Russian).
- Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A. [Early prevention and neoabilitation of patients with opioid addiction]. Pavlodar: Publishing House of RGKP “RNPC MSPN”, 2005. 287 p. (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., Stoyanova I.Ya., Mazurova L.V. Psihologiya zavisimosti i sozavisimosti u zhenshin iz additivnykh semey [Psychology of dependence and codependence in women from addictive families]. Tomsk: Publishing House “Ivan Fedorov”, 2011: 152 (in Russian).
- Emelyanova E.V. Krizis v sozavisimyykh otnosheniyah. Printsipy i algoritmy konsultirovaniya [Crisis in codependent relations. Principles and algorithms of counseling]. Sankt-Peterburg: Rech, 2014: 300 (in Russian).
- Konopkin O.A. Strukturno-funktionalnyy i sodержatel'no-psihologicheskii aspekti osoznannoy samoregulyatsii [Conscious Self-Control: the Structure/Function and Content Aspects]. *Psihologiya. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki – Psychology. Journal of Higher School of Economics*. 2005; 2 (1): 27–42 (in Russian).
- Mazurova L.V. Osobnosti psihologicheskoy zashchity i koping strategiy u zhenshin s alkoholnoy zavisimostyu i sozavisimostyu (psihokorrektivnyy aspekt) xАуферкыы ша psychological defense and coping-strategies in women with alcohol dependence and codependence (psychocorrective aspect): dis. ... k.p.n. Tomsk, 2009: 184 (in Russian).
- Morosanova V.I., Bondarenko I.N. Diagnostika samoregulyatsii cheloveka [Diagnosis of self-control of the man]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2015: 304 (in Russian).
- Moskalenko V.D. Zavisimost: semeynaya bolezn [Dependence: family illness]. Moscow: PER SE, 2006: 352 (in Russian).
- Moskalenko V.D. Zavisimost: semeynaya bolezn. Otnosheniya mezhdu materyu i synom [Dependence: family illness. Relations between mother and son]. *Psihoterapiya – Psychotherapy*. 2015; 2 (146): 30–37 (in Russian).
- Nazarova I.A., Abolonin A.F., Stoyanova I.Ya. Sotsialno-psihologicheskie faktoryi riska formirovaniya delinkventnykh i additivnykh form povedeniya u yunoshey i devushek [Social-psychological risk factors of formation of delinquent and addictive forms of behavior in boys and girls]. *Sibirskiy vestnik psixiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 4 (93): 69–75 (in Russian).
- Osvobozhdenie ot sozavisimosti [Release from codependence]. / Perevod s angl. A.G. Che-slavskoy / B. Weinhold, G Weinhold. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass», 2006: 224 (in Russian).
- Petrova O.V., Kohanov V.S., Smagina A.A. Sozavisimost i autoagressiya v seme bolnykh alkoholizmom [Codependence and autoaggression in the family of alcoholic patients]. *Narkologiya. – Narcology*. 2008; 5: 56–66 (in Russian).
- Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. Personologicheskii analiz v kontekste sistematiki additivnykh sostoyaniy [Personological analysis in the context of systematics of addictive states]. *Narkologiya – Narcology*. 2006; 5, 1(49): 60–65 (in Russian).
- Stoyanova I.Ya., Semke V.Ya., Bokhan N.A., Lebedeva V.F., Kazennykh T.V., Mazurova L.V. Sposoby psihologicheskoy korrektsii patsientov s nevroticheskimi rasstroystvami i semeynoy sozavisimostyu [Methods of psychological correction of patients with neurotic disorders and family codependence]: guidelines. Tomsk, 2011: 23 (in Russian).
- Chernobrovkina T.V. Sotsialnyie funktsii additivnykh zabol'evaniy [Social functions of addictive diseases]. *Narkologiya-Narcology*. 2008; 4: 50–53 (in Russian).
- Yatsyshin S.M. Proyavlenie sozavisimosti v tsnostno-smyslovoy sfere materey pri narkotizatsii rebenka [Manifestation of codependence in value-meaning domain of mothers during narcotization of their children]: avtoref. ... k.p.n. Sankt-Peterburg, 2003: 23 (in Russian).
- Liddle H.A. Theory development in a family based therapy for adolescent drug abuse. *Journal Clinical Child Psychology*. 1999; 28: 521–532.
- Morosanova V. Self-regulation and Personality. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2013; 86: 452–457. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/18770428/86>

Received November 12.2017
Accepted February 5.2017

Krasnyatova Julia A., candidate of medical sciences, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Head of the Unit of Tomsk Regional Narcological Clinic, Tomsk, Russian Federation.
Stoyanova Irina Ya., Doctor of Psychology, leading researcher of Mental Health Research Institute, Professor of Department of Psychotherapy and Psychological Counseling of Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation.



Krasnyatova Julia A., kulia2012@mail.ru

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89:343.969:616.89-084

Для цитирования: Макушкина О.А., Панченко Е.А. Современная концепция комплексной профилактики противоправного поведения лиц с психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 49–56. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-49-56](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-49-56)

Современная концепция комплексной профилактики противоправного поведения лиц с психическими расстройствами

Макушкина О.А., Панченко Е.А.

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского
Россия, 119991, Москва, Кропоткинский пер., 23*

РЕЗЮМЕ

В контексте профилактики криминальных действий обсуждаются вопросы формирования общественной опасности у лиц с психическими расстройствами. Показано единообразие социальных и психологических параметров (факторов риска) противоправного поведения у пациентов с различной тяжестью психической патологии, значимыми среди которых являются: антисоциальная структура личности, злоупотребление или зависимость от психоактивных веществ, наличие криминального опыта и ранний возраст криминализации, некомплаентность, семейная и трудовая дезадаптация. Обосновывается модель комплексной профилактики общественной опасности с выделением трех основных её форм – универсальной, селективной и индикативной. Главной целью превентивной работы является предупреждение совершения правонарушений путем воздействия на основные «мишени» – факторы риска. При этом универсальную профилактику целесообразно направить на предупреждение первичного общественно опасного поведения; она ориентирована на общую популяцию, включающую все возрастные группы, и носит медико-социальный характер. Селективная профилактика ориентирована на активное выявление лиц, входящих в группы риска по совершению противоправных действий, и оказание им адекватной медико-профилактической помощи с целью предупреждения возникновения или дальнейшего развития деликвентного поведения. Целью индикативной профилактики является предупреждение повторного совершения противоправных действий. Реализация указанного подхода позволит существенно расширить возможности и эффективность профилактической работы, улучшить криминологическую ситуацию в стране.

Ключевые слова: психические расстройства, преступность, противоправные действия, деструктивное поведение, общественная опасность, факторы риска, система комплексной профилактики.

ВВЕДЕНИЕ

Социальное значение проблемы предупреждения правонарушений не вызывает сомнений, равно как и то, что её решение носит межведомственный, междисциплинарный характер. Стратегией национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537, к основополагающим направлениям государственной политики в сфере обеспечения государственной и общественной безопасности на долгосрочную перспективу отнесено создание единой государственной системы профилактики преступлений, участниками которой являются и медицинские организации.

Вопросы определения степени влияния психических расстройств на формирование криминального поведения, оценка его риска и разработка эффективных мер профилактики сохраняют свою актуальность, что отчасти определяется резонансными правонарушениями, участниками которых были психически нездоровые лица. Их решение требует дальнейшей научной проработки с формированием эффективной стратегии действий специалистов всех заинтересованных служб и ведомств.

ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Степень общественной опасности лиц с психическими расстройствами неоднородна в понимании

различных специалистов, что связано, в первую очередь, с полиморфизмом психической патологии, а также с характеристиками выборок обследованных больных. На первый взгляд, тезис о большей распространенности противоправного поведения среди психически больных по сравнению с общепопуляционными показателями не вызывает сомнения, что подтверждается долей таких лиц среди правонарушителей, находящихся в местах лишения свободы, которая существенно превышает общепопуляционные показатели. Её величина среди заключенных под стражу лиц по данным официальной статистики ФСИН России ежегодно составляет порядка 18–20%.

По результатам эпидемиологических исследований, проведенных специалистами разных стран, значение данного показателя достигает 60–80% [1, 12]. Однако в данном случае речь идет о легких и умеренно выраженных по степени тяжести психических расстройствах, не лишаящих страдающих ими лиц способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Доказано, что наиболее распространенными у осужденных в местах лишения свободы являются психические расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, органические психические расстройства и расстройства личности [9].

Применительно к данной категории лиц квалифицированная психиатрическая помощь является одной из составляющих комплекса мер по профилактике рецидивов преступного поведения, основанного на межведомственном сотрудничестве правоохранительных органов и медицинских организаций с приоритетом в нем системы исполнения наказаний, органов полиции и учреждений образования, труда и социальной защиты.

В тех же случаях, когда опасное поведение опосредовано наличием у больного психического расстройства, степень выраженности которого обуславливает его неспособность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, его профилактика невозможна без участия психиатрической службы, роль и ответственность которой существенно возрастает. В многочисленных научных публикациях показано, что вероятность совершения такими лицами противоправных действий, предусмотренных уголовным законом, практически не превышает риска их совершения психически здоровыми преступниками [11, 14, 13]. В результате клинко-эпидемиологического исследования, проведенного специалистами Центра им. В.П. Сербского, также установлено отсутствие статистически значимых различий между показателями распространенности преступлений в популяции психически здоровых лиц и среди больных шизофренией [4].

Однако по своему характеру опасные действия таких больных отличаются высокой долей наиболее тяжких деяний, связанных с физической агрессией (убийства, нанесение телесных повреждений, изнасилования и пр.) [3, 6]. Данный факт отчасти находит объяснение в теории посылов к агрессии Берковица, модели агрессивного поведения Зильмана, теории социального научения Бандуры [2]. В соответствии с этими теоретическими положениями патология психической деятельности оказывает влияние на формирование агрессии и контроль над ней в силу, к примеру, дезинтеграции когнитивных процессов или формирования т.н. эксцентричных убеждений, к которым отнесены, в частности, параноидные идеи.

При этом большое число исследователей подчеркивает существенную роль в генезе общественной опасности психически больных личностных и социальных параметров, характеристики которых сопоставимы с таковыми в популяции психически здоровых правонарушителей. К ним, в частности, относятся: антисоциальная структура личности, нарушения поведения в детском и подростковом возрастах, наличие криминального опыта, ранний возраст криминализации, злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ, отсутствие приверженности к лечению психического расстройства и пр. Наличие или отсутствие этих факторов зачастую определяет совершение противоправных действий либо, напротив, правопослушное поведение больного.

Общественная опасность лица с тяжелым психическим расстройством сопряжена с его невменяемостью и детерминирована медицинским и юридическим критериями ст. 21 УК РФ. Их анализ позволяет определить такое поведение как действие или бездействие, нарушившее общественные отношения, предусмотренные Особенной частью УК РФ, совершенное вследствие обусловленного психическим расстройством отсутствия у больного способности к адекватному восприятию окружающей действительности и своих действий, а также к руководству ими. В силу специфики генеза опасных поступков таких пациентов их превенция в нашей стране является прерогативой психиатрии и обеспечивается во взаимодействии медицинских организаций с органами полиции.

Сложившийся к настоящему времени порядок предупреждения общественной опасности психически больных включает комплекс мер, которые традиционно разделяют на меры первичной и вторичной профилактики. Первичная профилактика заключается в своевременном выявлении из числа лиц, страдающих психическими расстройствами, больных с риском опасного поведения и реализации медицинских мероприятий по его предупреждению. Вторичная профилактика направлена на предупреждение повторного совершения психически больными опасных действий и осуществляется путем исполнения принудительных мер медицинского характера, а также выполнения стационарными и внебольничными подразделениями психиатрической службы комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий по превенции рецидива опасного поведения после проведенного принудительного лечения.

Такой подход доказал свою состоятельность и эффективность [5]. Однако применение указанной профилактической модели возможно только в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами в силу заложенных в ее основу специальных превентивных мероприятий, в том числе недобровольных и принудительных мер медицинского характера, использование которых законодательно ограничивается этим контингентом больных. Кроме того, характер положенной в ее основу работы не включает влияния на условия формирования личности, ее потребностно-мотивационной сферы и ценностной ориентации. Между тем именно эти факторы и структура личности в целом имеют большое значение в становлении как противоправного, так и социально приемлемого поведения лиц с психическими расстройствами различной тяжести.

О правомочности такого рода утверждения свидетельствуют результаты обследования 534 осужденных к лишению свободы с диагнозом психического расстройства [9]. Установлено, что своего рода биологической предпосылкой их психического неблагополучия являлись наследственная отягощенность психическими расстройствами (32,8%), неоднократно перенесенные в детском и подростковом возрастах неблагоприятные экзогенные воздей-

ствия (травмы головного мозга, нейроинфекции и интоксикации) (75,3%). Воспитание этих осужденных проходило по большей части в неблагоприятной социальной среде, оказавшей влияние на формирование патологических черт личности и психических расстройств. Распространенными в их семьях были зависимость от алкоголя и наркотических средств (32,7%), привлечение к уголовной ответственности родителей и близких родственников (22,2%); конфликты, физическое насилие (24,4%); противоречивое непоследовательное воспитательное воздействие, использование жестоких мер наказания (33,8%). Проведенное исследование показало преобладание среди обследованных лиц с низким образовательным уровнем, не имеющих специальности (51,4%). Это в значительной степени снизило их адаптационные возможности. В период, предшествующий совершению правонарушения, многие из них были социально дезадаптированы. Только у 13,1% правонарушителей была собственная семья, 67,8% никогда не состояли в браке. Преобладающим типом их трудовой занятости был неквалифицированный труд, каждый десятый (12,9%) являлся безработным. До осуждения и лишения свободы жилищные условия 24,9% были неудовлетворительными, 5,8% не имели определенного места жительства.

Очевидной является целесообразность рассмотрения концепции профилактики криминального поведения с акцентом на этапах формирования личности и ее ценностных установок с учетом имеющихся проявлений психического дизонтогенеза и условий воспитания, особенностей социализации. Важно также анализировать современные тенденции развития общества с его социальными вызовами, оказывающими влияние на индивидуальное и общественное психическое здоровье. К ним, безусловно, относятся такие актуальные проблемы, как миграция и перенаселение крупных мегаполисов, что определяет слишком большое число социальных контактов и провоцирует агрессивное поведение; избыточная для нормального функционирования психики информатизация; совершение правонарушений с использованием виртуального пространства; терроризм и пр.

Другой чисто медицинской особенностью современной профилактики является деинституционализация психиатрической службы с существенным сокращением коечного фонда стационаров, смещением основного вектора работы в направлении оказания помощи во внебольничных условиях [10]. Это соответствует общим тенденциям развития здравоохранения и является перспективным, поскольку связано с ранним выявлением психически больных, в том числе и представляющих общественную опасность. Однако последнее возможно только при обеспечении доступности квалифицированной специализированной помощи, ее интеграции с соматической медициной и дестигматизации.

Актуальным является наличие подготовленных кадров, способных обеспечить не только своевременное выявление и регистрацию больных, но и квалифицированное наблюдение за их состоянием, образом жизни, проведение эффективной лечебно-реабилитационной работы.

Также важно, что в системе предупреждения деструктивного поведения пациентов в современных условиях все большее место принадлежит социальной поддержке и психосоциальной реабилитации, что во многом определяется возросшей дезадаптацией и уровнем материального неблагополучия с невозможностью самостоятельного удовлетворения основных жизненных потребностей у значительного количества пациентов. Это актуализирует необходимость организации в психиатрической службе реабилитационных подразделений, потребность подготовки профильных специалистов и внедрения в практику соответствующих образовательных программ, направленных на реализацию биопсихосоциальной модели профилактических мероприятий. Важным является привлечение внимания общества к проблемам лиц с психическими расстройствами с организацией специальных фондов и волонтерских движений, усилия которых были бы направлены на сопровождение и поддержку пациентов, в том числе с риском деструктивного поведения.

Актуальной на сегодняшний день представляется разработка современных организационных подходов к предупреждению общественной опасности лиц с психическими расстройствами вне зависимости от степени их тяжести. В этой связи нами сформирована модель комплексной превенции противоправных действий, в основу которой положена концепция медицинской профилактики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), выделяющей три основных ее формы – *универсальную, селективную и индикативную*.

В соответствии с упомянутой концепцией универсальная – это массовая профилактика, ориентированная на популяцию в целом. Объектом селективной профилактики являются группы риска; индикативная профилактика основной своей целью определяет реабилитацию. Подобный подход уже успешно адаптирован и функционирует в других смежных областях психиатрической науки, имеющих отношение к охране психического здоровья, например, в наркологии и суицидологии [7, 8]. Это позволяет существенно расширить возможности профилактической деятельности и экстраполировать её на популяцию в целом, что способно значительно снизить риск общественной опасности в различных социальных группах.

Главной целью комплексной профилактики является предупреждение совершения правонарушений путем воздействия на основные «мишени» – факторы риска. Стратегия действий в данном направлении включает несколько направлений, краткое описание которых приводится ниже.

1. Адекватная оценка биопсихосоциальных факторов, предрасполагающих к формированию деструктивного поведения. Среди них особого внимания требуют такие, как биологическая предрасположенность, специфика личностно-психологического профиля, клинические характеристики, проблемы алкоголизации, наркомании, социальной дезадаптации.

2. Работа с несовершеннолетними. Известно, что патологическое воспитание в родительской семье, гипоопека, безнадзорность, отсутствие продуктивной занятости актуализируют асоциальное поведение в этой возрастной группе. В данной связи необходимо обеспечение органами образования, социальной защиты и здравоохранения патронажа детей из неблагополучных семей.

3. Работа со средствами массовой информации с целью исключения провоцирования ими как агрессивного поведения населения, так и стигматизации психических расстройств и психиатрической службы.

4. Снижение влияния современных социальных вызовов (активная информатизация общества, терроризм и пр.) на состояние индивидуального и общественного психического здоровья и распространность деструктивного поведения.

5. Модернизация психиатрической службы с обеспечением её доступности всем категориям населения вне зависимости от места проживания; реализацией биопсихосоциальной модели оказания помощи; расширением межведомственного сотрудничества в реализации профилактических мероприятий.

6. Предоставление населению необходимых знаний о генезе и характеристиках различных психических расстройств; факторах риска криминального поведения; конструктивном решении проблем и совладании со стрессом и фрустрирующими ситуациями; укреплении барьера психической адаптации.

С учетом этого *универсальная* профилактика должна быть направлена на предупреждение первичного деструктивного поведения. Она ориентирована на общую популяцию, включающую все возрастные группы, и носит медико-социальный характер. Основными задачами универсальной профилактики являются: 1) активное просвещение различных возрастных и социально-профессиональных групп населения в отношении факторов риска асоциального поведения (в том числе биологических, социальных, психопатологических, личностно-психологических); 2) раннее выявление и воздействие на факторы, способствующие формированию деструктивного поведения (патология развития с нарушениями поведения, патологические типы воспитания, употребление психоактивных веществ и пр.); 3) формирование мотивации и установок на ведение здорового образа жизни; 4) проведение дифференцированных образовательных программ для различных групп населения по вопросам охраны психического здоровья, проявлениям психических расстройств, факторам риска деструктивного пове-

дения. В первую очередь это касается учащихся школ, средних специальных заведений, вузов; педагогов, воспитателей детских учреждений, врачей, сотрудников полиции и пр.

Универсальная профилактика предполагает активное и регулярное сотрудничество специалистов в области охраны психического здоровья со средствами массовой информации (телевидение, радио, Интернет, печатные издания). Важно доносить до населения, что нарастающие темпы роста научно-технического прогресса, а также трансформация социокультурного мировоззрения предъявляют более высокие требования к адаптивным возможностям личности. Поэтому особую актуальность приобретают меры по предупреждению кризисных состояний. Целесообразно распространять знания о конструктивных способах выхода из критической ситуации, подчеркивать негативную роль злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами в формировании криминального поведения. Важно обеспечить наличие доступных источников помощи и постоянное информирование о них людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Кроме работы со средствами массовой информации необходимо активное внедрение дифференцированных образовательных программ. Заинтересованные специалисты (врачи, психологи, педагоги, социальные работники, юристы и пр.) в рамках своей компетенции должны владеть знаниями о признаках и факторах риска асоциального поведения, а также навыками адекватного реагирования на ту или иную кризисную ситуацию.

Селективная профилактика носит избирательный характер, будучи ориентированной на активное выявление лиц, входящих в группы риска совершения противоправных действий, и на оказание им адекватной медико-профилактической помощи с целью предупреждения возникновения или дальнейшего развития делинквентного поведения. В свою очередь основными задачами селективной профилактики являются: 1) раннее выявление лиц с наличием социальных, личностных и биологических (клинико-психопато-логических) факторов, провоцирующих общественную опасность поведения; 2) формирование групп риска (лица с психическими расстройствами, злоупотребляющие или зависимые от психоактивных веществ, социально дезадаптированные, ранее уже совершавшие противоправные действия и пр.) с применением клинико-психопатологического метода, клинико-динамического наблюдения и формализованных оценочных инструментов, к которым, к примеру, относится отечественная методика структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП); 3) оказание лицам, входящим в группы риска, медицинской и социальной помощи и поддержки, адекватной степени риска их общественно опасного поведения; 4) проведение работы по предупреждению общественной опасности больных в медицинских организациях (работа с внутрибольничной агрессией).

В отношении лиц, входящих в группы риска, специалистами психиатрической службы должны предусматриваться и проводиться профилактические мероприятия, характер которых зависит от тяжести психического расстройства и степени выраженности общественной опасности. К таковым относятся: оказание консультативно-лечебной помощи, установление диспансерного или активного диспансерного наблюдения; применение предусмотренных действующим законодательством недобровольных видов помощи; взаимодействие с органами полиции и пр.

Важной частью работы на этом этапе профилактики является проведение психотерапевтических мероприятий. Они базируются на традиционных подходах и направлены на выработку мотивации на здоровое социальное функционирование через формирование факторов самоконтроля. Такой подход формирует стабильный базис для осознанного столкновения с трудными жизненными ситуациями, способствует осознанию пациентом собственных переживаний и, следовательно, приводит к ослаблению или исчезновению асоциальной настроенности. Важными направлениями психотерапии являются: 1) углубление самопознания пациентом особенностей собственной личности, причин внутриличностных и микросоциальных конфликтов; 2) определение факторов самоконтроля, т.е. факторов, способных удержать от деструктивного поведения; 3) развитие новых эффективных навыков общения и поведения в социуме, а также навыков саморегуляции.

На завершающем этапе психотерапевтического вмешательства рекомендуются закрепление и отработка полученных навыков, проецирование сано-генных форм поведения на ситуации, возникающие в микросоциальном окружении.

Целью *индикативной* профилактики является предупреждение повторного совершения противоправных действий. К основным её задачам относятся: 1) обеспечение качества исполнения назначенных судом принудительных мер медицинского характера в отношении невменяемых и «ограниченно вменяемых» лиц; 2) обеспечение доступности и качества оказания психиатрической помощи заключенным под стражу лицам в медицинских организациях ФСИН России; 3) оказание психиатрической помощи во внебольничных условиях после отмены принудительного лечения либо освобождения из мест лишения свободы, характер и интенсивность которой зависят от тяжести психического заболевания и степени потенциальной общественной опасности пациента, имеющих у него факторов риска и протективных факторов противоправного поведения; 4) проведение психосоциальной реабилитации больных, значимыми составляющими которой являются: психообразование; формирование комплаентности, социально приемлемых форм поведения

и реагирования на фрустрацию; работа по преодолению зависимости от употребления психоактивных веществ; повышение трудовой и семейной адаптации.

Учитывая значительную роль декомпенсации психической патологии в развитии асоциального поведения лиц с психическими расстройствами, первичной задачей индикативной профилактики является обеспечение пациентов доступной и качественной психиатрической помощью.

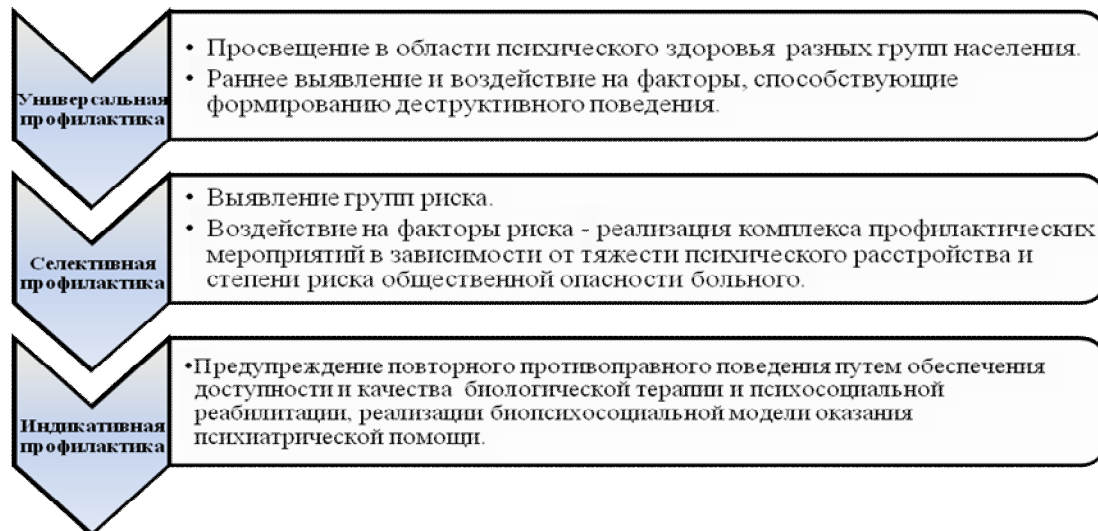
Другое важнейшее направление работы в аспекте индикативной профилактики – *укрепление социального барьера личности* пациента. Это предполагает продолжение и расширение начатых на этапе проведения селективной профилактики психотерапевтических мероприятий, направленных на тренинг конструктивных способов адаптации, выработку навыков самоконтроля и самокоррекции неадаптивных установок, достижение функционирования факторов самоконтроля, мобилизацию просоциально ориентированных психологических защит.

Психообразовательная работа с ближайшим микросоциальным окружением пациента направлена на выработку у родных и близких терпимого отношения к больному, привитие им знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива психического расстройства, а также на освоение стратегий собственного поведения, предупреждающих актуализацию асоциальных действий члена семьи. Точкой приложения такой работы является сфера межличностных взаимоотношений в семьях пациентов. Здесь рекомендуется семейная психотерапия с целью улучшения психологического микроклимата в семье и формирования в ней гармоничных взаимоотношений. Длительность общения с семьей может быть различной: от единичной консультации до долговременного контакта со специалистом.

Отдельной задачей является осуществление реабилитационных мероприятий, касающихся трудовой адаптации пациента. Это имеет принципиальную важность, так как именно возможность профессиональной реализации является мощным фактором контроля асоциальных импульсов.

К участию в мероприятиях по индикативной профилактике кроме психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов при необходимости должны привлекаться социальные работники для помощи в решении проблем пациента, а также организовываться юридические консультации как для самого больного, так и для его родственников.

В графическом выражении модель комплексной профилактики противоправного поведения можно представить следующим образом:



ВЫВОДЫ

По мнению авторов, предлагаемая модель комплексной превенции значительно расширяет возможности первичного предупреждения деструктивного поведения лиц с психическими расстройствами, позволяет разрабатывать дифференцированные лечебно-реабилитационные программы, направленные на многоуровневую профилактику общественной опасности. Следует отметить, что эта работа носит межведомственный, междисциплинарный характер с участием в ее реализации систем здравоохранения, образования, социальной защиты населения и органов полиции; специалистов как медицинского, так и немедицинского профиля (психиатров, психотерапевтов, наркологов, врачей общей практики, психологов, социальных работников, юристов, педагогов). Представляется, что реализация такого подхода позволит добиться улучшения криминологической ситуации в стране в целом.

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 этического комитета ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России № 29 от 17 апреля 2014 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонян Ю.М., Бородин С.В. Преступное поведение и психические аномалии. М., 1998: 215.
2. Бэррон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб.: Питер, 1997: 356.
3. Котов В.П., Мальцева М.М. Предупреждение опасных действий лиц с психической патологией. Руководство по судебной психиатрии. М., 2004; ч. 5: 428–507.
4. Котов В.П., Мальцева М.М., Макушкина О.А., Голланд В.Б. Опасные действия психически больных в сопоставлении с данными криминальной статистики. Материалы Пятого национального конгресса по социальной и клинической психиатрии. «Психическое здоровье – фактор социальной стабильности и гармоничного развития общества» / Под ред. З.И. Кекелидзе. М., 2013: 81.
5. Макушкина О.А., Казаковцев Б.А. Мониторинг эффективности профилактики общественно опасных действий психически больных на этапе принудительного лечения. Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. В.В. Вандыша. М., 2012: 139–152.
6. Макушкина О.А., Симбирцев А.А. Характеристики и предикторы повторного опасного поведения больных с тяжелыми психическими расстройствами. *Психическое здоровье*. 2014; 11 (102): 26–32.
7. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированные подходы к профилактике суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал*. 2011; 4: 41–45.
8. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в двух томах / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца / Аболонин А.Ф., Аксенов М.М., Бохан Н.А., Гусев С.И., Гуткевич Е.В., Диденко А.В., Дмитриева Т.Б., Епачинцева Е.М., Жигинас Н.В., Иванова С.А., Кононец А.С., Кривцов А.С., Макушкин Е.В., Малкин Д.А., Мандель А.И., Насруллаев Ф.С., Одарченко С.С., Ошевский Д.С., Семке А.В., Семке В.Я. и др. – Москва; Томск; Кемерово, 2007; 1: 576.
9. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии. [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России*: электронный научный журнал. 2012; 2. URL: <http://medpsy.ru>.
10. Степанова Э.В., Макушкина О.А., Брюн Е.А. Клинико-социальная характеристика осужденных к лишению свободы, подлежащих применению принудительных мер медицинского характера. *Психическое здоровье*. 2015; 10 (113): 17–22.
11. Трешутин В.А., Голдобина О.А., Семке В.Я. Тенденции психического здоровья населения крупного агропромышленного региона. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003; 103 (2): 42–45.
12. Appelbaum P.S., Robbins P.C., Monahan J. Violence and delusions: data from the Mac Arthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 566–572.
13. Kaufman E. The Violation of Psychiatric Standards of Care in Prisons. *Am. J. Psychiatry*. 1980; 137(5): 566–570.
14. Monahan J. The MacArthur studies of violence risk. *Criminal behavior and mental health*. 2002; 12: S67–72.
15. Steadman H.J., Silver E., Monahan J., Appelbaum P.S. et al. A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law Hum Behavior*. 2000; 24: 83–100.

Поступила в редакцию 1.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Макушкина Оксана Анатольевна, д.м.н., руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики.
Панченко Евгения Анатольевна, д.м.н., в.н.с. отдела судебно-психиатрической профилактики.

✉ Макушкина Оксана Анатольевна, makushkina@serbsky.ru

УДК 616.89:343.969:616.89-084

For citation: Makushkina O.A., Panchenko E.A. Modern concept of comprehensive prevention of illegal behavior of persons with mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 49–56. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-49-56](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-49-56)

Modern concept of comprehensive prevention of illegal behavior of persons with mental disorders

Makushkina O.A., Panchenko E.A.

V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Kropotkinsky Lane 23, 119991, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

In the context of prevention of criminal activities, the issues of forming a public danger in persons with mental disorders are discussed. The uniformity of social and psychological parameters (risk factors) of unlawful behavior in patients with different severity of mental pathology is shown, these are as follows: antisocial personality structure, abuse or dependence on psychoactive substances, criminal experience and early age of criminalization, incompetence, family and work disadaptation.

The model of complex prevention of public danger is substantiated, with its three main forms – universal, selective and indicative. The main purpose of preventive work is to prevent the committing the offenses by affecting the main "targets" – risk factors. At the same time, universal prevention should be directed at the prevention of primary socially dangerous behavior; it is aimed at a general population, including all age groups, and is of medical and social nature. Selective prevention is focused on actively identifying individuals at risk for illegal actions and providing them with adequate medical and preventive care to prevent the emergence or further development of the delinquent behavior. The goal of indicative prevention is to prevent the re-committing the unlawful actions. The implementation of this approach will significantly expand the opportunities and effectiveness of preventive work; improve the criminological situation in the country.

Keywords: mental disorders, crime, illegal actions, destructive behavior, public danger, risk factors, integrated prevention system.

REFERENCES

1. Antonyan Yu.M., Borodin C.V. Prestupnoe povedenie i psikhicheskie anomalii [Criminal behavior and mental abnormalities]. Moscow, 1998: 215 (in Russian).
2. Baron R., Richardson D. Aggressiya [Aggression]. St. Petersburg: Peter, 1997: 356 (in Russian).
3. Kotov V.P., Maltseva M.M. Preduprezhdenie opasnykh deystviy lits s psikhicheskoy patologiyei [Prevention of dangerous acts of persons with mental pathology]. In: [Handbook of Forensic Psychiatry]. Moscow, 2004; 5: 428–507 (in Russian).
4. Kotov V.P., Maltseva M.M., Makushkina O.A., Golland V.B. Opasnye deystviya psikhicheskii bol'nykh v sopostavlenii s dannymi kriminal'noy statistiki [Dangerous acts of mentally ill persons compared with data on criminal statistics]. *Psichicheskoe zdorov'e – factor social'noy stabil'nosti i garmonichnogo razvitiya aobshchestva: materialy 5-go Nac. kongr. posoc. i klin. psihiatrii / pod red. Z.I. Kekelidze* [Mental health – factor of social stability and harmonious development of the society: materials of the 5th National Congress of Social and Clinical Psychiatry, Z.I. Kekelidze, ed.]. 2013; 81 (in Russian).
5. Makushkina O.A., Kazakovtsev B.A. Monitoring effektivnosti profilaktiki obshchestvenno opasnykh deystviy psikhicheskii bol'nykh na etape prinuditel'nogo lecheniya [Monitoring of the effectiveness of prevention of socially dangerous actions of mentally ill patients during the compulsory treatment phase]. In: [Handbook of Forensic psychiatry. Actual problems.]. Moscow, 2012; 9: 139–152 (in Russian).
6. Makushkina O.A., Simbirtsev A.A. Kharakteristiki i prediktory povtornogo opasnogo povedeniya bol'nykh s tyazhelymi psikhicheskimi rasstroystvami [Characteristics and predictors of repeated dangerous behaviours in patients with severe mental disorders]. *Psichicheskoe zdorov'e – Mental Health*. 2014; 11(102): 26–32 (in Russian).
7. Posozhy B.S., Panchenko E.A. Differentsirovannye podkhody k profilaktike suitsidal'nogo povedeniya [Differentiated approaches to the prevention of suicidal behavior]. *Rossiiskij psihiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2011; 4: 41–45 (in Russian).
8. Penitentsiarnaya psikhologiya i psikhopatologiya [Penitentiary psychology and psychopathology]. Handbook in 2 volumes. Edited by T.B. Dmitrieva, V.Ya. Semke A.S. Kononets / Abolotin A.F., Axenov M.M., Bokhan N.A., Gusev S.I., Gutkevich E.V., Didenko A.V., Dmitrieva T.B., Epanchintseva E.M., Zhiginas N.V., Ivanova S.A., Kononets A.S., Krivtsov A.S., Makushkin E.V., Malkin D.A., Mandel A.I., Nasrullaev F.S., Odarchenko S.S., Oshevsky D.S., Semke A.V., Semke V.Ya. I dr. Moscow; Tomsk; Kemerovo, 2007; 1: 576 (in Russian).
9. Sirota N.A., Yaltonsky V.M. Primenenie i vnedrenie programm reabilitatsii i profilaktiki zavisimogo povedeniya kak aktual'naya zadacha rossiyskoy klinicheskoy psikhologii [The application and implementation of programs for the rehabilitation and prevention of dependent behavior as an urgent task of Russian clinical psychology. Electronic resource]. *Meditsinskaya psihologiya v Rossii: ehlektron. nauch. zhurnal – Medical Psychology in Russia: electron. sci. journal*. 2012; 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (in Russian).
10. Stepanova E.V., Makushkina O.A., Brun E.A. Kliniko-sotsial'naya kharakteristika osuzhdennykh k lisheniyu svobody, podlezhashchikh primeneniyu prinuditel'nykh mer meditsinskogo kharaktera [Clinical and social characteristics of prisoners sentenced to deprivation of liberty subject to compulsory medical measures]. *Psichicheskoe zdorov'e – Mental Health*. 2015; 10 (113): 17–22 (in Russian).
11. Treshutin V.A., Goldobina O.A., Semke V.Ya. Tendentsii psikhicheskogo zdorov'ya naseleniya krupnogo agropromyshlennogo regiona [Tendencies of mental health of the population of a large agro-industrial region]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2003; 12: 42–45 (in Russian).
12. Appelbaum P.S., Robbins P.C., Monahan J. Violence and delusions: data from the Mac Arthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 566–572.

13. Kaufman E. The Violation of Psychiatric Standards of Care in Prisons. *Am. J. Psychiatry*. 1980; 137(5): 566–570.
14. Monahan J. The MacArthur studies of violence risk. *Criminal behavior and mental health*. 2002; 12: S67–72.
15. Steadman H.J., Silver E., Monahan J., Appelbaum P.S. et al. A classification tree approach to the development of actuarial violence risk assessment tools. *Law Hum Behavior*. 2000; 24: 83–100.

Received November 1.2017

Accepted February 5.2017

Makushkina Oksana A., MD, Head of the Department of Forensic Psychiatric Prevention, V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Panchenko Evgeniya A., MD, leading researcher of the Department of Forensic Psychiatric Prevention, V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

✉ Makushkina Oksana A., kirill.f.vasilchenko@gmail.com

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89:159.9.07:355.231.1-053.6

Для цитирования: Сахаров А.В., Воронина Ю.С., Стец В.А. Социально-демографические и психологические характеристики курсантов суворовского военного училища (по материалам медицинского освидетельствования и психофизиологического обследования). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 57–61. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-57-61](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-57-61)

Социально-демографические и психологические характеристики курсантов суворовского военного училища (по материалам медицинского освидетельствования и психофизиологического обследования)

Сахаров А.В.¹, Воронина Ю.С.^{1,2}, Стец В.А.²

¹ Читинская государственная медицинская академия
Россия, 672090, Чита, ул. Горького, 39-а

² Медико-санитарная часть МВД России по Забайкальскому краю
Россия, 672039, Чита, ул. Столярова, 72

РЕЗЮМЕ

Учитывая необходимость повышения эффективности деятельности Вооруженных Сил и органов внутренних дел РФ, актуальным стало улучшение профессиональной подготовки сотрудников в военных образовательных учреждениях, особое место среди которых занимают суворовские военные училища ввиду возрастного состава обучающихся. **Цель** исследования: изучение некоторых социально-демографических и психологических характеристик курсантов суворовского военного училища. Были проанализированы сплошным методом акты медицинского освидетельствования и заключения по результатам психофизиологического обследования кандидатов в курсанты Читинского суворовского военного училища. Основную группу составили курсанты, закончившие училище, в количестве 103 человек в возрасте 14–15 лет, группу контроля образовали 386 подростков – кандидатов в курсанты, которые не поступили в суворовское училище. Поступившие и закончившие училище кандидаты, в отличие от не поступивших, происходили чаще из полных благополучных семей, имели более высокую успеваемость в школе, не потребляли психоактивных веществ, характеризовались более высокими показателями интеллектуально-мнестической деятельности и высокой эмоциональной устойчивостью. Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало эффективность отбора курсантов в суворовское военное училище.

Ключевые слова: курсанты, военное училище, подростки, психологическое обследование, годность к службе.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время, в условиях кардинальных социально-экономических преобразований в стране и обществе, затронувших в полной мере военную и правоохранительную системы, особую остроту приобрел вопрос о повышении эффективности деятельности Вооруженных Сил и органов внутренних дел. В результате следует уделять все более пристальное внимание профессиональной подготовке сотрудников, обучающихся в военных образовательных учреждениях.

При этом особое место среди данных образовательных учреждений занимают суворовские военные училища ввиду возрастного состава учащихся. Это связано с тем, что юношеский возраст характеризуется наличием пубертатного криза или постпубертатного периода, которые усугубляются для курсантов особенностями их жизненной ситуации и деятельности [1; 2; 3; 4; 5].

Поэтому психические расстройства у курсантов суворовских военных училищ развиваются чаще всего на начальных этапах обучения и представлены преимущественно невротическими расстройствами [6; 7], часто присутствуют и преневротические состояния.

Особое предрасполагающее влияние на возникновение невротических расстройств у кандидатов в военно-учебные заведения и курсантов оказывают скрытые и явные акцентуации характера, отдельные признаки нервно-психической неустойчивости или личностно-аномальные расстройства в стадии компенсации [8; 9; 10; 11; 12; 13; 14].

В этой связи необходимо совершенствовать существующую систему выявления и учета лиц с низким уровнем нервно-психической устойчивости на военно-врачебных комиссиях и в ведомственных учебных заведениях, проводить среди курсантов психопрофилактические и восстановительные мероприятия [15; 16]. При этом каждый регион Российской Федерации имеет специфические особенности формирования психической патологии, отличается также и структура невротических расстройств, аддиктивного поведения и факторная обусловленность их развития [17]; что обязательно должно учитываться при работе с данным контингентом лиц.

Цель настоящей работы: изучение некоторых социально-демографических и психологических характеристик курсантов суворовского военного училища.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Работа осуществлялась на базе Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть МВД России по Забайкальскому краю». Были проанализированы сплошным методом акты медицинского освидетельствования военно-врачебной комиссии и заключения по результатам психофизиологического обследования кандидатов в курсанты Читинского суворовского военного училища МВД РФ.

Для проведения исследования была разработана карта, которая включала социально-демографический блок, а также специальную часть, в которой отражались результаты психологического обследования: умственная работоспособность, характеристики памяти, внимания, эмоциональная устойчивость, способность к обобщению и анализу информации, способность к пространственному мышлению, гибкость мыслительных процессов, отсутствие эмоциональной деструкции. Общий уровень интеллектуальных способностей оценивался при помощи методики КОТ (Краткий ориентировочный тест; Бузина В.Н., Вандерлик Э.Ф.).

Основную группу составили курсанты в количестве 103 человек, которые закончили обучение в суворовском училище в 2014–2016 гг., соответственно проходили обследование в 2012–2014 гг. Группу контроля образовали 386 подростков – кандидатов в курсанты, которые также проходили обследование в этот период времени, но не поступили в суворовское училище. Все включенные в исследование были лица мужского пола в возрасте 14–15 лет. Городскими жителями были 58,3% основной группы и 58,5% контрольной группы.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по критерию Стьюдента (t), предварительно выборка проверялась на соответствие нормальному Гауссовскому распределению с помощью метода гистограммы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что 91,3% курсантов суворовского училища воспитывались в полной семье, среди кандидатов этот показатель составил 84,1% ($t=2,15$; $p<0,05$). Наследственность закончивших обучение психопатологически не была отягощена, в то время как в контрольной группе она была отягощена алкоголизмом одного из родителей в 2,9% случаев (табл. 1).

Успеваемость в учебе в школе высокая и средняя была у 97,1% выпускников суворовского училища и у 91,5% кандидатов в курсанты ($t=3,94$; $p<0,001$). Спортом занимались 37,9% представителей основной группы и 45,6% контрольной группы ($t=3,02$; $p<0,01$).

Среди курсантов перед поступлением ни один человек не курил, 6,7% пробовали; у кандидатов 2,1% являлись курящими и еще 11,9% пробовали курить ($t=4,12$; $p<0,001$). Алкогольные напитки пробовали 4,8% обследованных основной группы и 7,0% группы контроля. Среди кандидатов 1 человек пробовал курить производные конопли и еще 1 юноша пробовал вдыхать пары бензина.

Т а б л и ц а 1

Некоторые социально-демографические характеристики курсантов и кандидатов в курсанты суворовского училища

Характеристика	Курсанты (основная группа)		Кандидаты в курсанты (группа контроля)	
	абс.	%	абс.	%
Наследственная отягощенность:				
а) по алкогольной зависимости	0	0	11	2,9
б) по психическим расстройствам	0	0	1	0,3
Воспитывались в полной семье	94	91,3	324	84,1 *
Успеваемость в учебе:				
а) высокая	1	1,0	1	0,3
б) средняя	99	96,1	353	91,2 *
в) низкая	3	2,9	32	8,5 **
Занятость спортом	39	37,9	176	45,6 **
Приводы в полицию, судимость	0	0	0	0
Суицидальные попытки в анамнезе	0	0	3	0,8
Отношение к курению:				
а) пробовали	7	6,7	46	11,9 *
б) курят	0	0	8	2,1 **
Пробовали алкоголь	5	4,8	27	7,0
Пробовали наркотики	0	0	1	0,3

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Мотив поступления в суворовское училище не могли указать 1,9% курсантов и 5,2% кандидатов в курсанты, на желание родителей сослались в исследовательских группах 4,8% и 8,8% респондентов соответственно ($t=2,41$; $p<0,02$).

Основные результаты психологического обследования курсантов в сравнении с кандидатами

в курсанты представлены в таблице 2. Как видно из таблицы 2, при психологическом обследовании устойчивое внимание продемонстрировали 92,2% курсантов и 81,8% кандидатов ($t=3,15$; $p<0,01$); низкую оперативную память – 23,3% и 37,1% соответственно ($t=2,85$; $p<0,01$); отличную и хорошую смысловую память – 90,3% и 71,7% соответственно ($t=5,01$; $p<0,001$).

Т а б л и ц а 2

Некоторые психологические характеристики курсантов и кандидатов в курсанты суворовского училища				
Характеристика	Курсанты (основная группа)		Кандидаты в курсанты (группа контроля)	
	абс.	%	абс.	%
Внимание:				
а) устойчивое	95	92,2	316	81,8 **
б) истощаемое	8	7,8	70	18,2
Оперативная память:				
а) низкая	24	23,3	143	37,1 **
б) ниже среднего	37	35,9	121	31,3
в) средняя	27	27,2	69	17,9
г) выше среднего	10	9,7	36	9,3
д) высокая	4	3,9	17	4,4
Смысловая память:				
а) отличная	69	67,0	183	47,4 ***
б) хорошая	24	23,3	94	24,3
в) удовлетворительная	7	6,8	51	13,2 *
г) неудовлетворительная	3	2,9	58	14,9 ***
Эмоциональная устойчивость:				
а) высокая	2	1,9	4	1,0
б) хорошая	52	50,5	97	25,1 ***
в) удовлетворительная	15	14,6	36	9,4
г) низкая	34	33,0	249	64,5 ***
Интеллектуальные способности по методике КОТ:				
а) очень низкие	3	2,9	66	17,1 ***
б) низкие	15	14,6	81	20,9
в) ниже среднего	19	18,5	81	20,9
г) средние	41	39,6	96	25,2 **
д) выше среднего	12	11,7	29	7,6
е) высокие	5	4,9	14	3,5
ж) очень высокие	8	7,8	19	4,9
Характеристики курсантов и кандидатов в курсанты, баллы				
Способность к обобщению и анализу информации	10,10±0,31		8,78±0,18 ***	
Способность к пространственному мышлению	1,56±0,09		1,23±0,05 **	
Гибкость мыслительных процессов	2,52±0,15		1,82±0,07 ***	
Методика «отсутствие эмоциональной деструкции»	1,51±0,15		1,09±0,06 **	
Средний балл по методике КОТ	16,69±0,57		13,88±0,31 ***	

П р и м е ч а н и е. Статистическая значимость различий между группами обозначена: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

При изучении способности к обобщению и анализу информации выявлено, что подростки основной группы в среднем набрали больше, чем в группе контроля – $10,10 \pm 0,31$ балла против $8,78 \pm 0,18$ балла ($t=3,68$; $p < 0,001$); при изучении способности к пространственному мышлению: $1,56 \pm 0,09$ и $1,23 \pm 0,05$ балла соответственно ($t=3,21$; $p < 0,01$); при изучении гибкости мыслительных процессов: $2,52 \pm 0,15$ и $1,82 \pm 0,07$ балла соответственно ($t=4,23$; $p < 0,001$).

Высокую и хорошую эмоциональную устойчивость продемонстрировало большее число зачисленных в курсанты – 52,4% против 26,1% кандидатов ($t=4,87$; $p < 0,001$); низкую устойчивость – 33,0% и 64,5% соответственно ($t=6,01$; $p < 0,001$). По методике «отсутствие эмоциональной деструкции» представители основной группы набрали $1,51 \pm 0,15$ балла, представители группы контроля – $1,09 \pm 0,06$ балла ($t=2,60$; $p < 0,01$).

Согласно методике КОТ, уровень общих интеллектуальных способностей курсантов суворовского училища при поступлении был выше, чем в группе контроля (табл. 2): так, например, очень низкий уровень определялся в 2,9% и 17,1% случаев соответственно ($t=5,53$; $p < 0,001$). Средний набранный балл по методике КОТ в данных группах был равен $16,69 \pm 0,57$ и $13,88 \pm 0,31$ соответственно ($t=4,92$; $p < 0,001$).

В результате, по психологическому заключению в «группу внимания» были определены 9,7% курсантов и 42,9% кандидатов в курсанты ($t=8,61$; $p < 0,001$). Первая степень рекомендованности в суворовское училище в основной группе составила 1,9%, в контрольной – 0,5%; вторая – 93,3% и 79,8% соответственно ($t=4,22$; $p < 0,001$); третья – 4,8% и 17,3% соответственно ($t=4,38$; $p < 0,001$); еще 2,4% контрольной группы были не рекомендованы после психологического обследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование наглядно продемонстрировало эффективность отбора военно-врачебной комиссией курсантов в суворовское военное училище. Поступившие и закончившие училище кандидаты, в отличие от не поступивших, происходили чаще из полных благополучных семей, имели более высокую успеваемость в школе, не употребляли психоактивных веществ, характеризовались более высокими показателями интеллектуально-мнестической деятельности и эмоциональной устойчивости.

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 Читинской государственной медицинской академии № 81 от 28.10.2016 г.).

ЛИТЕРАТУРА

- Березанцев А.Ю., Булыгина В.Г. Клинико-социальные факторы формирования поведенческих нарушений у подростков. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2006; 16 (4): 41–46.
- Бохан Н.А. Аддиктивные проблемы студенческой молодежи в условиях экономического кризиса. *Российский психиатрический журнал*. 2010; 5: 5.
- Говорин Н.В., Тарасова О.А., Сахаров А.В., Плюснина О.Б. Алкогольные расстройства у студентов среднеспециального учебного заведения: результаты клинико-эпидемиологического исследования. *Вопросы наркологии*. 2014; 2: 3–11.
- Сахаров А.В., Говорин Н.В., Тарасова О.А., Плюснина О.Б. Некоторые клинические и социально-психологические характеристики студентов, совершивших суицидальные попытки. *Суицидология*. 2014; 1 (14): 51–56.
- Вандыш-Бубко В.В., Пивоварова П.А. Катамнез психических расстройств подросткового возраста (по данным судебно-психиатрического освидетельствования). *Российский психиатрический журнал*. 2014; 3: 41–46.
- Вандыш-Бубко В.В., Пивоварова П.А. К систематике психических расстройств подросткового возраста (по данным судебно-психиатрического катамнеза). *Российский психиатрический журнал*. 2014; 1: 5–10.
- Баурова Н.Н., Костюк Г.П. Психологические факторы невротических расстройств у курсантов военных вузов. *Medline.ru*. 2010; 11(1): 109–119.
- Пятибрат А.О. Патогенетические особенности дезадаптационных нарушений у курсантов в процессе обучения в вузе МО РФ. *Военно-медицинский журнал*. 2005; 326(4): 92.
- Ядчук В.Н., Работкин О.С., Гудова Т.Г., Чернова Т.А. Актуальные вопросы изучения качества жизни юношей призывных и призывных возрастов. *Социология медицины*. 2003; 2: 38–40.
- Солодков А.С., Юсупов В.В., Чернега И.М., Дорофеев И.И., Ягманов А.Н. Особенности военно-профессиональной адаптации военнослужащих первого года службы. *Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта*. 2015; 9 (127): 241–246.
- Курасов Е.С. Особенности формирования психогенных расстройств у курсантов высших военных учебных заведений. СПб., 2005: 175.
- Сартаков П.Г., Новоселов В.П., Самчуков Г.Г., Алябьев Ф.В. Оценка состояния здоровья курсантов военного института внутренних войск МВД России за период обучения. *Сибирский медицинский журнал*. 2013; 28 (4): 111–114.
- Анисимова Т.Г. Критерии оценки эффективности процесса адаптации студентов в условиях вуза. *Социология образования*. 2014; 4: 105–112.
- Гореллов А.А., Абаполов Ю.В., Лотоненко А.А. Сравнительная характеристика начальной адаптации студентов гражданских вузов и курсантов военных учебных заведений. *Культура физическая и здоровье*. 2012; 1: 40–44.
- Бохан Н.А., Воеводин И.В., Лукьянова Н.А., Пушкаренко А.Б. Аддиктивные и тревожно-депрессивные расстройства у студентов Томской области: динамика, половозрастной и миграционный аспекты. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 38–45. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-38-45
- Гудова Т.Г. Социально-психологическое обоснование профессионального отбора абитуриентов, поступающих в военно-учебные заведения. М., 2004: 146.
- Говорин Н.В., Сахаров А.В., Кичигина И.В., Балданов А.М. Структура психических расстройств у лиц призывного контингента в Забайкальском крае. *Забайкальский медицинский вестник*. 2010; 2: 23–27.

Поступила в редакцию 30.10.2017

Утверждена к печати 5.02.2018

Сахаров Анатолий Васильевич, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии.
Воронина Юлия Сергеевна, врач-психиатр, аспирант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии.
Стец Вячеслав Анатольевич, начальник психофизиологической лаборатории.

✉ Сахаров Анатолий Васильевич, sawt@list.ru

УДК: 616.89:159.9.07:355.231.1-053.6

For citation: Sakharov A.V., Voronina Yu.S., Stets V.S. Socio-demographic and psychological characteristics of cadets of the Suvorov military school. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 57–61. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-57-61](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-57-61)

Socio-demographic and psychological characteristics of cadets of the Suvorov military school

Sakharov A.V.¹, Voronina Yu.S.^{1,2}, Stets V.S.²

¹ Chita State Medical Academy
Gorky Street 39-A, 672090, Chita, Russian Federation

² Industrial Hospital of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation in Trans-Baikal Krai
Stolyarov Street 72, 672039, Chita, Russian Federation

ABSTRACT

The improvement of professional training in military educational institutions has become of great current interest due to necessity of increase of effectiveness of the armed forces and organs of Internal Affairs of the Russian Federation; a special place here is occupied by the Suvorov military schools due to the students' age composition. **The aim:** to study some socio-demographic and psychological characteristics of cadets of the Suvorov military school. The acts of medical examination and findings on the results of psychophysiological examination of candidates into the students of the Chita Suvorov military school were analyzed. The main group consisted of 103 cadets, graduated from school, 14–15 years of age; the control group was formed of 386 adolescent candidates into the cadets who were not enrolled to a military school. The cadets who entered and graduated from the school, alternatively to those who did not, originated from wealthy families, had higher academic progress, did not take any of psychoactive substances, had characteristic of higher intellectual-mental activities and emotional sustainability. Thus, this study demonstrates the selection of cadets' effectiveness of the Suvorov military school.

Keywords: military school school enrollment, adolescents, fitness testing.

REFERENCES

1. Berezantsev A.Yu., Bulygina V.G. Kliniko-social'nye faktory formirovaniya povedencheskih narushenij u podrostkov [Clinical and social factors in formation of behavioral disorders in adolescents]. *Social'naja i klinicheskaja psixiatrija – Social and clinical psychiatry*. 2006; 16(4): 41–46 (in Russian).
2. Bokhan N.A. Addiktivnye problemy studencheskoj molodezhi v uslovijah jekonomicheskogo krizisa [Addictive problems of students in a down economy conditions]. *Rossijskij psixiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2010; 5: 5 (in Russian).
3. Govorin N.V., Tarasova O.A., Sakharov A.V., Plusnina O.B. Alkogol'nye rasstrojstva u studentov sredne-special'nogo uchebnogo zavedenija: rezultaty kliniko-jepidemiologicheskogo issledovanija [Alcohol-related disorders of the students of the secondary specialized college: the results of clinical and epidemiological examination]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2014; 2: 3–11 (in Russian).
4. Sakharov A.V., Govorin N.V., Tarasova O.A., Plusnina O.B. Nekotorye klinicheskie i social'no-psihologicheskie karakteristiki studentov, sovershivshih suicidal'nye popytki [Some clinical and social-psychological characteristics of students, attempted suicide]. *Suicidologija – Suicidology*. 2014; 1 (14): 51–56 (in Russian).
5. Vandash-Bubcko V.V., Pivovarova P.A. Katamnez psicheskikh rasstrojstv podrostkovogo vozrasta (po dannym sudebno-psixiatricheskogo osvidetel'stvovanija) [Catamnesis of mental disorders of adolescence (based on data of forensic mental health evaluation)]. *Rossijskij psixiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2014; 3: 41–46 (in Russian).
6. Vandash-Bubcko V.V., Pivovarova P.A. K sistematike psicheskikh rasstrojstv podrostkovogo vozrasta (po dannym sudebno-psixiatricheskogo katamneza) [The systematics of mental disorders of adolescence (based on data of forensic mental health catamnesis)]. *Rossijskij psixiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2014; 1: 5–10 (in Russian).
7. Baurova N.N., Kostuck G.P. Psihologicheskie faktory nevroticheskikh rasstrojstv u kursantov voennyh vuzov [Psychological factors producing neurotic disorders in military cadets]. *Medline.ru*. 2010; 11 (1): 109–119 (in Russian).
8. Patibrat A.O. Patogeneticheskie osobennosti dezadaptacionnyh narushenij u kursantov v processe obuchenija v vuze MO RF [Pathogenetic features of disadaptation disorders in cadets in the process of training in the institution of the Ministry of Defense of the Russian Federation]. *Voенно-медицинский журнал – Military Medical Journal*. 2005; 326 (4): 92 (in Russian).
9. Yachuck V.N., Rabotkin O.S., Gudova T.G., Chernova T.A. Aktual'nye voprosy izuchenija kachestva zhizni junoshej doprizyvnyh i prizyvnyh vozrastov [The topical issues of life quality studying of young men of pre-conscription and draft age]. *Sociologija mediciny – Medical Sociology*. 2003; 2: 38–40 (in Russian).
10. Solodkov A.S., Yusupov V.V., Chernega I.M., Dorofeev I.I., Yatmanov A.N. Osobennosti voенно-professional'noj adaptacii voенноsluzhashchih pervogo goda sluzhby [Peculiarities of adaptation of the first year military servicemen]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta – Scholarly Notes of the University named after P.F. Leasgaft*. 2015; 9 (127): 241–246 (in Russian).
11. Curasov E.S. Osobennosti formirovaniya psihogennyh rasstrojstv u kursantov vysshih voennyh uchebnyh zavedenij [Features of the psychogenic disorders formation in cadets of higher military educational institutions]. St-Petersburg., 2005: 175 (in Russian).
12. Sartackov P.G., Novoselov V.P., Samchukov G.G., Alyabev F.V. Ocenka sostojanija zdorov'ja kursantov voенного instituta vnutrennih vojsk MVD Rossii za period obuchenija [Characters of cadets health of the Military Institute of the MIA of Russia for the period of training]. *Sibirskij medicinskij zhurnal – Siberian Medical Journal*. 2013; 28(4): 111–114 (in Russian).
13. Anisimova T.G. Kriterii ocenki jeffektivnosti processa adaptacii studentov v uslovijah vuza [The outcome measures of adaptation effectiveness process of students in a university]. *Sociologija obrazovanija – Social Science*. 2014; 4: 105–112 (in Russian).
14. Gorellov A.A., Abapolov Yu.V., Lotonenko A.A. Sravnitel'naja karakteristika nachal'noj adaptacii studentov grazhdanskih vuzov i kursantov voennyh uchebnyh zavedenij [Comparative analysis of adaptation of civil university students and military institutions cadets]. *Kul'tura fizicheskaja i zdorov'e – Physical Culture and Health*. 2012; 1: 40–44 (in Russian).
15. Bokhan N.A., Voevodin I.V., Lukyanova N.A., Pushkarenko A.B. Addiktivnye i trevozhno-depressivnye rasstrojstva u studentov Tomskoj oblasti: dinamika, polovozrastnoj i migracionnyj aspekty [Addictive and anxiety-depressive disorders in students of Tomsk region: dynamics, sex-age and migration aspects]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3(96): 38–45 doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-38-45 (in Russian).
16. Gudova T.G. Social'no-psihologicheskoe obosnovanie professional'nogo otbora abiturientov, postupajushchih v voенно-uchebnye zavedenija [Socio-psychological basis for professional selection of applicants entering military educational institutions]. Moscow, 2004: 146 (in Russian).
17. Govorin N.V., Sakharov A.V., Kichigina I.V., Baldanov A.M. Struktura psicheskikh rasstrojstv u lic prizyvnogo kontingenta v Zabajkal'skom krae [The structure of mental disorders in draft age contingent in the Trans-Baikal Territory]. *Zabajkal'skij medicinskij vestnik – Transbaikalian Medical Bulletin*. 2010; 2: 23–27 (in Russian).

Received October 30.2017

Accepted February 5.2017

Sakharov Anatoly V., MD, associate professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Chita State Medical Academy, Chita, Russian Federation

Voronina Yulia S., psychiatrist, postgraduate of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, Chita State Medical Academy; Industrial Hospital of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation in Trans-Baikal Krai, Chita, Russian Federation.

Stets Vyacheslav A., Head of the Psychophysiological Laboratory, Industrial Hospital of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation in Trans-Baikal Krai, Chita, Russian Federation/

✉ Sakharov Anatoly V., sawt@list.ru

СУИЦИДОЛОГИЯ

УДК 616.89:616.001:616.89-008.441.44:616-053.7

Для цитирования: Васильев В.В., Сергеева Е.А. Проявления суицидального поведения у больных органическими психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 62–67. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-62-67](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-62-67)

Проявления суицидального поведения у больных органическими психическими расстройствами

Васильев В.В.¹, Сергеева Е.А.²

¹ *Ижевская государственная медицинская академия
Россия, 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281*

² *Республиканская клиническая психиатрическая больница
Россия, 426054, Ижевск, ул. 30 лет Победы, 100*

РЕЗЮМЕ

Актуальность исследования обусловлена недостаточной изученностью проблемы суицидального поведения при органических психических расстройствах, являющихся наиболее часто встречающимся видом психической патологии у суицидентов. **Цель:** выявление особенностей проявлений суицидального поведения, типичных для больных органическими психическими расстройствами. **Материалы:** 133 пациента (38 мужчин и 95 женщин), страдающих органическими психическими расстройствами, с суицидальным поведением. **Методы:** клинико-анамнестический, метод «психологической аутопсии». **Результаты:** установлен ряд типичных черт суицидального поведения, характерных для больных органическими психическими расстройствами. К ним относятся: равная склонность к аффективно напряженному и аффективно редуцированному пресуицидам; типичная продолжительность пресуицида от суток до месяца; склонность к аналитическому типу постсуицида; преобладание реальной обусловленности суицидогенного конфликта; «призыв» в качестве типичного мотива суицидального поведения; пик недельного цикла суицидальной активности, приходящийся на вторник, и суточного её цикла, приходящийся на вечерние часы; повешение как типичный способ суицидальных действий у мужчин и отравление – у женщин; более «диалогический» характер суицидального поведения у женщин в сравнении с мужчинами. Полученные результаты имеют значение с точки зрения последующей разработки дифференцированных подходов к профилактике суицидов у больных органическими психическими расстройствами.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, органические психические расстройства, профилактика суицидов.

ВВЕДЕНИЕ

Лица, страдающие психическими расстройствами, составляют одну из важнейших групп суицидального риска [1–3]. Известно, что частота завершённых суицидов среди пациентов психиатрических учреждений в несколько раз выше, чем в общей популяции [4, 5]. По этой причине проблеме суицидального поведения психически больных посвящены многочисленные исследования как в нашей стране, так и за рубежом [6–9]. Однако, несмотря на большое количество таких исследований, в рассматриваемой области все еще остаются «белые пятна».

Одним из таких «белых пятен» является суицидальное поведение лиц, страдающих психическими расстройствами, относящимися к разделу Международной классификации болезней и причин смерти десятого пересмотра (МКБ-10) «Органические, включая симптоматические, психические расстройства». В одной из своих предшествующих публикаций авторы настоящей статьи показали, что именно больные органическими психическими расстройствами составляют самую большую долю среди всех психически больных, совершающих завершённые суициды, заметно превосходя в процентном отношении другие диагностические группы [10].

Между тем особенности суицидального поведения данной категории психически больных остаются практически не изученными, что не может не сказываться на эффективности суицидологической профилактики среди них [11, 12]. Учитывая же тот факт, что органические психические расстройства являются самым распространённым видом психических расстройств вообще, представляется, что совершенствование профилактики самоубийств у страдающих ими лиц будет способствовать улучшению суицидологической ситуации не только в контингенте больных данными расстройствами, но и в контингенте психически больных в целом.

Цель исследования: выявить особенности проявлений суицидального поведения, типичные для больных органическими психическими расстройствами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследуемую выборку составили 133 пациента (из них 38 мужчин и 95 женщин), проходивших стационарное лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (г. Ижевск) по поводу психических расстройств, относящихся к разделу МКБ-10 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F0),

и имеющие в клинической картине суицидальные проявления либо совершившие завершённые суициды. Данные о живых пациентах (112 человек) были получены путем их личного психиатрического обследования, данные о пациентах, совершивших завершённые суициды (21 человек), были получены из медицинской документации и из бесед с родственниками пациентов.

Исследование выполнялось с привлечением клинико-психопатологического метода (анамнестическая беседа) и методом «психологической аутопсии» (реконструкция переживаний пациентов, совершивших завершённые суициды, на основании косвенных данных). Изучались следующие характеристики суицидального поведения исследуемых пациентов: особенности пресуицидальных и постсуицидальных состояний, мотивы суицидального поведения, особенности суицидогенных конфликтов, обстоятельства и способы суицидальных действий. Для систематизации изучаемых проявлений суицидального поведения использовались классификации, представленные в работах корифеев отечественной суицидологии [13].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью критерия Стьюдента для относительных величин.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение частоты встречаемости у исследуемых пациентов различных поведенческих предвестников будущих суицидальных действий (суицидальные намеки, прямые суицидальные высказывания, раздаривание ценных вещей, приведение в порядок дел и т.п.) показало, что такие предвестники имели место у 29,32% пациентов, причем у мужчин они были выявлены лишь в 13,16% случаев, тогда как у женщин встречались значительно чаще – в 41,05% случаев. Различие между пациентами разных полов по данному признаку носит статистически достоверный характер ($p < 0,001$). Предсмертной записки перед совершением суицидальных действий не оставил ни один из исследуемых пациентов (как мужского, так и женского пола).

Пресуицидальный период, понимаемый как период от появления первых суицидальных мыслей до совершения суицидальных действий, в выборке пациентов почти одинаково часто носил как аффективно напряженный (47,37% случаев), так и аффективно редуцированный (52,63% случаев) характер. Между суицидентами различных полов существенных различий по рассматриваемому признаку выявлено не было ($p > 0,05$). Продолжительность пресуицидального периода у большинства исследуемых пациентов (66,92%) укладывается во временной интервал от суток до 1 месяца. Более чем в 2 раза реже (у 27,82% пациентов) пресуицидальный период продолжался менее суток, и лишь в единичных случаях (5,26%) его продолжительность составляла более месяца. Распределение пациентов разных полов по продолжительности пресуицида носило практически одинаковый характер ($p > 0,05$).

Изучение постсуицидального периода (постсуицида) осуществлялось только на материале пациентов, совершивших суицидальные попытки, поскольку к завершённым суицидам данное понятие не применимо. При исследовании постсуицида в первую очередь оценивался его тип. Чаще всего (в 64,66% случаев) у исследуемых пациентов наблюдался аналитический постсуицид, занимающий среднее положение по уровню вероятности повторных суицидальных действий. Значительно реже встречались критический (17,29%) и манипулятивный (12,03%) типы постсуицида, отличающиеся значительно более низким суицидальным риском. Самым же редким оказался суицидально фиксированный постсуицид (6,02%), риск повторных суицидальных действий при котором, напротив, является наиболее высоким. Сравнение суицидентов разных полов по анализируемому признаку выявляет более выраженную склонность мужчин к критическому типу постсуицида – 28,95% против 10,53% у женщин ($p < 0,05$), а женщин к манипулятивному его типу – 20,00% против 0,00% у мужчин ($p < 0,001$).

Анализ реальности суицидогенных конфликтов у исследуемых пациентов показал, что чаще всего (в 71,05% случаев) суицидогенный конфликт у них носил реальный характер, т.е. был обусловлен теми или иными реальными жизненными событиями. В 28,95% случаев конфликт имел смешанный характер, т.е. переживания суицидента, обусловленные реальными событиями, усугублялись продуктивной психопатологической симптоматикой (как правило, непсихотического уровня, например, субдепрессивной). Случаев, когда суицидогенный конфликт носил целиком психопатологически обусловленный характер, в исследуемой выборке выявлено не было. Распределение пациентов мужского и женского полов по данному признаку существенно не различалось ($p > 0,05$).

В большинстве случаев (76,47%) суицидогенный конфликт у представителей исследуемой выборки разворачивался в витальной сфере, включающей в себя наиболее значимые, жизненные психологические потребности индивида (в безопасности, аффилиации, личном суверенитете, избегании физических страданий). Еще в 17,65% случаев в качестве сферы суицидогенного конфликта выступали семейные отношения. Единичные случаи (5,88%) выпали на долю сферы дружеских отношений. Другие жизненные сферы в формировании суицидогенных конфликтов у исследуемых пациентов задействованы не были. Достоверных различий между пациентами разных полов по данному признаку выявлено не было ($p > 0,05$).

В качестве мотива суицидального поведения наиболее часто – более чем в половине случаев – у исследуемых пациентов выступал «призыв» (табл. 1). Данный мотив подразумевает, что индивид своими суицидальными действиями дает понять окружающим, насколько ему тяжело, насколько он нуждается в поддержке, понимании, которых лишен.

На втором по частоте месте оказалось суицидальное поведение типа «избегания», связанное со стремлением суицидента путем самоубийства избежать физических или душевных страданий. На третьем месте находилось суицидальное поведение протестного типа, когда суицидальные действия пациента служат выражением протеста против чьих-либо действий или способом мести кому-либо. Реже всего суицидальное поведение у исследуемых пациентов имело своим мотивом «самонаказание».

Т а б л и ц а 1

Распределение исследуемых пациентов в зависимости от мотива суицидального поведения (%)			
Мотив суицидального поведения	Все пациенты	Мужчины	Женщины
Протест	19,55	26,32	15,79
Призыв	52,63	39,47	61,05
Избегание	24,06	26,32	23,16
Самонаказание	3,76	7,89	0,00
Отказ	0,00	0,00	0,00

Следует отметить, что ни у одного из представителей исследуемой выборки суицидальное поведение не носило характера «отказа» (данный мотив связан с чувством утраты смысла жизни, ощущением её бесперспективности). Из числа половых различий по рассматриваемому признаку обращает на себя внимание более частая встречаемость суицидального поведения типа «призыва» у женщин ($p < 0,05$).

Изучение распределения суицидальных действий исследуемых пациентов по дням недели показало, что отчетливый пик их числа – 39,85% – пришелся на вторник, частота суицидальных действий в этот день оказалась в 2–3 раза выше, чем в другие дни недели. Данная особенность в равной степени характерна для пациентов обоих полов. Что же касается распределения суицидальной активности по времени суток, то у исследуемых пациентов выявлена тенденция к преимущественному совершению суицидальных действий в вечерние часы – от 18 до 0 часов (66,92%), причем данная тенденция так же оказалась одинаково характерной как для мужчин, так и для женщин.

Анализ способов совершения исследуемыми пациентами суицидальных действий показал, что среди них явно преобладают два способа – повешение и отравление (табл. 2). При этом к повешению оказались достоверно более склонны пациенты мужского ($p < 0,001$), а к отравлению – лица женского пола ($p < 0,001$). Другие способы суицидальных действий использовались представителями исследуемой выборки значительно реже

Т а б л и ц а 2

Распределение исследуемых пациентов в зависимости от способа суицидальных действий (%)			
Способ суицидальных действий	Все пациенты	Мужчины	Женщины
Повешение	45,11	84,22	17,89
Отравление	34,59	0,00	58,95
Падение с высоты	6,77	0,00	11,58
Вскрытие вен	10,52	7,89	11,58
Утопление	3,01	7,89	0,00

Большинство исследуемых пациентов совершали суицидальные действия у себя дома (91,73%). Лишь в единичных случаях это происходило в иных местах – в лесу, в подъезде, на чердаке, в подвале (8,27%). В исследуемой выборке не было зарегистрировано ни одного случая совершения суицидальных действий в лечебном учреждении. В 70,68% случаев суицидальные действия совершались исследуемыми пациентами в ситуации, когда поблизости (например, в соседней комнате) находились другие люди, и лишь 29,32% пациентов совершили суицидальные действия, находясь в полном одиночестве. Случаев совершения суицидальных действий представителями исследуемой выборки непосредственно на глазах других людей не было. При сравнении распределения по данному признаку пациентов разных полов выяснилось, что женщины достоверно чаще совершали суицидальные действия в ситуации присутствия поблизости других лиц – в 82,11% случаев против 50,00% у мужчин ($p < 0,001$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные в ходе настоящего исследования результаты позволяют сформировать обобщенное представление о специфике проявлений суицидального поведения при органических психических расстройствах. Среди наиболее характерных отличительных особенностей этих проявлений следует указать на следующие: нетипичность оставления суицидентами предсмертных записок; равную склонность их как к аффективно напряженному, так и к аффективно редуцированному пресуициду; в среднем продолжительность пресуицидального периода не более 1 месяца; преобладание реального содержания суицидогенного конфликта и витальной его сферы; типичность «призыва» в качестве мотива суицидального поведения. В то же время следует отметить нетипичность «отказа» в качестве мотива суицидального поведения; пик недельного цикла суицидальной активности, приходящийся на вторник, и суточного ее цикла, приходящийся на вечерние часы; частое совершение суицидальных действий в ситуации присутствия поблизости других людей. Указанные особенности достаточно явно отличаются суицидальное поведение при органических психических расстройствах от такового при психических расстройствах другой этиологии. Так, суицидальное поведение при эндогенных психических расстройствах характеризуется, как правило, более продолжительным пресуицидом, частой встречаемостью психопатологической обусловленности суицидогенного конфликта, типичностью мотивов «самонаказания» и «отказа», частым совершением суицидальных действий в ранние утренние часы. Для психогенных же психических расстройств в большей мере характерно преобладание аффективно напряженного типа пресуицида, большее разнообразие сфер развертывания суицидогенного конфликта, склонность суицидентов оставлять предсмертные записки, наличие случаев совершения суицидальных действий на глазах у других людей [1, 14].

Таким образом, можно утверждать, что органические психические расстройства отличаются особым, свойственным именно им характером проявлений суицидального поведения, что, безусловно, имеет значение для профилактики самоубийств при данном виде психической патологии. Вместе с тем по некоторым своим проявлениям суицидальное поведение больных органическими психическими расстройствами не выходит за рамки закономерностей, типичных для общей популяции. Речь идет, в частности, о преобладании повешения (среди мужчин) и отравления (среди женщин) в качестве способов суицида, а также о преимущественном совершении суицидальных действий в пределах своего дома [4, 15].

Некоторые из выявленных особенностей суицидальных проявлений у представителей исследуемого контингента нуждаются в пояснении. Так, возможной причиной усиления суицидальной активности больных органическими психическими расстройствами по вторникам может служить распространенный среди них фактор алкоголизации в выходные дни. Ведь в таком случае именно на вторник чаще всего будет приходиться пик абстинентных расстройств. Что же касается повышения суицидальной активности в вечерние часы, то это явление, очевидно, связано с усилением именно в данное время суток межличностных, в том числе внутрисемейных контактов. Данное объяснение хорошо согласуется с преобладанием у больных органическими психическими расстройствами реального содержания суицидогенных конфликтов.

Обобщая особенности проявлений суицидального поведения, характерные для больных органическими психическими расстройствами разных полов, можно констатировать, что суицидальное поведение женщин из данной диагностической категории носит, используя терминологию А.Г. Амбрумовой и О.Э. Калашниковой [16], более «диалогический», чем у мужчин, характер. Иными словами, их суицидальное поведение чаще, чем суицидальное поведение мужчин, бывает как бы адресовано другим людям. Об этом свидетельствует более частая встречаемость у исследуемых пациентов женского пола поведенческих предвестников готовящегося суицида, более высокая распространенность у них манипулятивного типа постсуицида, а также более частое совершение суицидальных действий в условиях присутствия поблизости других лиц. Данное различие в психологии суицидального поведения мужчин и женщин уже было показано в ряде предшествующих исследований [17, 18].

Настоящее исследование показало, что описанная особенность характерна и для больных органическими психическими расстройствами, что может иметь значение для профилактики самоубийств среди представителей рассматриваемого контингента, особенно с точки зрения психотерапевтических подходов в данной области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ряд особенностей суицидальных проявлений, характерных для больных органическими психическими расстройствами. Знание данных особенностей имеет значение для разработки дифференцированных подходов к профилактике самоубийств у представителей исследуемого контингента.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Настоящее исследование является фрагментом диссертационной работы «Суицидальное поведение при органических психических расстройствах», осуществление которой одобрено Комитетом по биомедицинской этике при ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (Одобрительная форма № 513).

ЛИТЕРАТУРА

1. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. Ред. Д. Вассерман. М.: Смысл; 2005: 310.
2. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: ГНИССП им. В.П.Сербского, 2010: 229.
3. Суициды в России и Европе / Под ред. Б.С. Положего. М.: Медицинское информационное агентство; 2016: 212.
4. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006: 472.
5. Crump C., Sundquist K., Sundquist J., Winkleby M.A. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*. 2014; 44 (2): 279–289.
6. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суициды в психоневрологическом диспансере: уроки серии случаев. *Суицидология*. 2016; 7 (2–23): 23–29.
7. Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Сергиенко Т.Н., Нонка Т.Г., Репин А.Н., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Рахмазова Л.Д. Влияние аффективных расстройств с различным риском суицидального поведения на выживание больных, получающих консервативную терапию хронической ИБС и проживающих в Томске и Томской области. *Суицидология*. 2017; 8 (3–28): 84–94.
8. Dutta R., Murray R.M., Hotopf M., Allardyce J., Jones P.B., Boydell J. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010; 67 (12): 1230–1237.
9. Hawton K., Casanas I.C.C., Haw C., Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 147: 17–28.
10. Васильев В.В., Сергеева Е.А. Эпидемиология завершенных суицидов при органических психических расстройствах. *Российский психиатрический журнал*. 2017; 3: 4–9.
11. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения. *Суицидология*. 2012; 1: 8–12.
12. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. *Суицидология*. 2015; 6 (1–18): 3–7.
13. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. М., 1980: 45.
14. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: «Когито-центр», 2005: 376.
15. Войцех В.Ф. Суицидология. М.: Миклош, 2007: 280.

16. Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1998; 8 (4): 65–77.
17. Васильев В.В. Социально-демографические и клинические особенности женщин с психическими расстройствами и суицидальным поведением. *Российский психиатрический журнал*. 2009; 6: 39–45.
18. Положий Б.С., Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин. Клинико-социальный и профилактический аспекты. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. Сербского» Минздрава России, 2014: 195.

Поступила в редакцию 25.10.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Васильев Валерий Витальевич, д.м.н., доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии.
Сергеева Екатерина Алексеевна, врач-психиатр.

✉ Васильев Валерий Витальевич, valeriy.vasilyev70@yandex.ru

УДК 616.89:616.001:616.89-008.441.44:616-053.7

For citation: Vasiliev V.V., Sergeeva E.A. Manifestations of suicidal behavior in patients with organic mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 62–67. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-62-67](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-62-67)

Manifestations of suicidal behavior in patients with organic mental disorders

Vasiliev V.V.¹, Sergeeva E.A.²

¹ *Izhevsk State Medical Academy
Kommunars' Street 281, 426034, Izhevsk, Russian Federation*

² *Udmurt Republican Clinical Psychiatric Hospital
30 Let Pobedy Street 100, 426054, Izhevsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Relevance of the investigation is caused by insufficient study of the problem of suicidal behavior in organic mental disorders, which are the most common type of mental pathology in suicidal persons. **Objective:** to identify suicidal manifestations features typical for patients with organic mental disorders. **Materials:** 133 patients (38 men and 95 women) suffering from organic mental disorders with suicidal behavior. **Methods:** anamnestic method, method of "psychological autopsy". **Results:** some of the typical features of suicidal manifestations in organic mental disorders were established. These were as follows: equal tendency to affective intense or affective reduced type of pre-suicidal period; limits of the typical duration of the pre-suicidal period from one day to one month; predilection to analytical type of the post-suicidal period; prevalence of real content of the suicidal conflicts; "an appeal" as a typical psychological motive of suicidal behavior; peak of a week cycle of suicidal activity in the Tuesday, and peak of its daily cycle in evening hours; hanging as a typical way of suicidal actions in men and poisoning – in women; more "dialogical" character of suicidal behavior in women in comparison with men. The obtained results matter from the point of view of the subsequent development of the differentiated approaches to prophylaxis of suicides in patients with organic mental disorders.

Keywords: suicide, suicidal behavior, organic mental disorders, prophylaxis of suicides.

REFERENCES

- Naprasnaya smert': prichiny i profilaktika samoubiystv [Vain death: causes and prevention of suicide]. Ed. D. Wasserman. Moscow: Smysl, 2005: 310 (in Russian).
- Polozhy B.S. Suitsidal'noe povedenie (kliniko-epidemiologicheskie i etnokul'tural'nye aspekty) [Suicidal behavior (clinical-epidemiological and ethnocultural aspects)]. Moscow: Serbsky State Scientific Center, 2010: 229 (in Russian).
- Suitsidy v Rossii i Evrope [Suicides in Russia and Europe]. Ed. B.S. Polozhii. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2016: 212 (in Russian).
- Yur'eva L.N. Klinicheskaya suitsidologiya: Monografiya [Clinical suicidology: Monograph]. Dnepropetrovsk: Porogi, 2006: 472 (in Russian).
- Crump C., Sundquist K., Sundquist J., Winkleby M.A. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*. 2014; 44 (2): 279–289.
- Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suitsidy v psikhonevrologicheskoye dispansere: uroki serii sluchaev [Suicide in outpatient mental health care hospital: lessons from consecutive case series] *Suitsidologiya – Suicidology*. 2016; 7 (2–23): 23–29 (in Russian).
- Lebedeva E.V., Shastnyy E.D., Simutkin G.G., Sergienko T.N., Nonka T.G., Repin A.N., Axenov M.M., Perchatkina O.E., Rakhmazova L.D. Vliyaniye affektivnykh rasstroistv s razlichnykh riskom suitsidal'nogo povedeniya na vyzhivaniye bol'nykh, poluchayushchikh konservativnuyu terapiyu khronicheskoi IBS i prozhivayushchikh v Tomske i Tomskoy oblasti [Influence of affective disorders with different risk of suicidal behavior on survival of patients receiving conservative therapy of chronic coronary artery disease]. *Suitsidologiya – Suicidology*. 2017; 8 (3–28): 84–94 (in Russian).
- Dutta R., Murray R.M., Hotopf M., Allardyce J., Jones P.B., Boydell J. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010; 67 (12): 1230–1237.
- Hawton K., Casanas I.C.C., Haw C., Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 147: 17–28.
- Vasiliev V.V., Sergeeva E.A. Epidemiologiya zavershennykh suitsidov pri organicheskikh psikhicheskikh rasstroistvakh [Epidemiology of suicide in organic mental disorders]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2017; 3: 4–9 (in Russian).
- Polozhy B.S., Panchenko E.A. Differentsirovannaya profilaktika suitsidal'nogo povedeniya [Differentiated prevention of suicidal behavior]. *Suitsidologiya – Suicidology*. 2012; N 1: 8–12 (in Russian).
- Polozhy B.S. Kontseptual'naya model' suitsidal'nogo povedeniya [Conceptual model of suicidal behavior]. *Suitsidologiya – Suicidology*. 2015; 6 (1–18): 3–7 (in Russian).
- Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnostika suitsidal'nogo povedeniya [Diagnostic of suicidal behavior]. M., 1980: 45 (in Russian).
- Starshenbaum G.V. Suitsidologiya i krizisnaya psikhoterapiya [Suicidology and crisis therapy]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2005: 376 (in Russian).
- Voitsekh V.F. Suitsidologiya [Suicidology]. Moscow: Miklosh, 2007: 280 (in Russian).

16. Ambrumova A.G., Kalashnikova O.E. Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie samoubiistva [Clinical-psychological research of suicide]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 1998; 8 (4): 65–77 (in Russian).
17. Vasiliev V.V. Sotsial'no-demograficheskie i klinicheskie osobennosti zhenshchin s psikhicheskimi rasstroistvami i suitsidal'nym povedeniem [Social-demographic and clinical features of women with mental disorders and suicidal behavior]. *Rossiyskiy psikhiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2009; 6: 39–45 (in Russian).
18. Polozhy B.S., Vasiliev V.V. Suitsidal'noe povedenie zhenshchin. Kliniko-sotsial'nyi i profilakticheskii aspekty [Suicidal behavior of women: Clinical-social and preventive aspects]. Moscow: Serbsky State Scientific Center, 2014: 195 (in Russian).

Received October 25.2017
Accepted February 5.2018

Vasiliev Valery V., MD, Prof. of Psychiatry Department of Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russian Federation.
Sergeeva Ekaterina A., psychiatrist of Udmurt Republican Clinical Psychiatric Hospital, Izhevsk, Russian Federation.

✉ Vasiliev Valery V., valeriy.vasilyev70@yandex.ru

УДК 616.89-008.441.44:616-053.71

Для цитирования: Шереметьева И.И., Ведяшкин В.Н. Суицидальное поведение у современных подростков (клинико-социальный патоморфоз). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 68–74. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-68-74](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-68-74)

Суицидальное поведение у современных подростков (клинико-социальный патоморфоз)

Шереметьева И. И.¹, Ведяшкин В.Н.²

¹ Алтайский государственный медицинский университет
Россия, 656056, Барнаул, ул. Луговая, д. 19

² Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей
Россия, 656045, Барнаул, ул. Змеиногорский тракт, д. 69

РЕЗЮМЕ

Цель – изучение особенностей клинико-социального патоморфоза суицидального поведения у подростков. **Материалы и методы.** Дизайн исследования: сравнение групп подростков 15–17 лет, получавших амбулаторную и стационарную помощь по поводу отклоняющегося поведения. Среди подростков, получающих амбулаторную и стационарную помощь, сформировано по две группы. Амбулаторная помощь: 1) первая группа – 152 подростка, обследованы в амбулаторном отделении Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей; 2) вторая группа – 147 историй болезни подростков 1970–1979 годов рождения, наблюдавшихся у психиатра амбулаторно. Стационарная помощь: 1) первая группа – 117 подростков, пролеченных в Алтайском краевом наркологическом диспансере; 2) вторая группа – 152 истории пациентов Алтайского краевого наркологического диспансера. **Результаты.** Социальный портрет современного подростка с отклоняющимся поведением претерпел изменения в сторону проживания в менее благоустроенных условиях, воспитания в семьях с нарушенной структурой или многодетных семьях, с более высокой вовлеченностью в образовательный процесс, с низкой профессионально-трудовой занятостью родителей по сравнению с предыдущим поколением подростков. Средний возраст начала проявления суицидальных угроз и первой суицидальной попытки более ранний у современных подростков. Контингент современных подростков наркологического стационара характеризуется более частым совершением суицидальных попыток, предъявлением суицидальных угроз демонстративного и протестного характера, шантажом суицидом по сравнению с подростками предыдущего поколения.

Ключевые слова: подросток, суицид, патоморфоз, отклоняющееся поведение, структура.

ВВЕДЕНИЕ

Важность изучения психических расстройств у подростков актуально не одно десятилетие, особенно когда обнаруживается тенденция к росту проявлений и формированию новых форм отклоняющегося поведения в подростковом возрасте [10, 12, 16, 17, 29]. Наиболее уязвимыми к развитию аутодеструктивного поведения оказываются подростки. В настоящее время они составляют наибольшую по численности возрастную группу на планете – 1,8 миллиарда человек, т.е. четверть населения планеты. В подростковом возрасте резко возрастает опасность утраты физического здоровья в результате травм разного генеза, приема ПАВ, агрессии и суицидов – в совокупности это составляет первую причину смертности среди подростков. Именно в этом возрасте чаще всего манифестируют наиболее распространенные психические расстройства, которые сами по себе повышают риск суицидального поведения [25]. Среди различных форм поведенческих нарушений суицидальное поведение занимает лидирующую позицию по уровню угрозы жизни подрастающему поколению [7, 26, 27, 28, 29]. В своих исследованиях мы неоднократно подтверждали высокую актуальность суицидального поведения среди несовершеннолетних [4, 5, 6, 7, 9]. Происходящая определенная трансформация доминирующих «идеологических» течений в молодежной субкультуре влияет на общие тенденции поведения несовершеннолетних [3, 18, 19]. Осо-

бого внимания заслуживает проблема влияния Интернета и иных современных средств коммуникации на подрастающее поколение [11, 22]. В условиях стремительных социальных перемен и глобальных негативных изменений природной среды (урбанизация, естественные и техногенные региональные экологические катастрофы и др.) эволюция болезней, в том числе и нервно-психических, ускоряется, её темпы возросли в десятки раз [21]. Актуальность изучения трансформации клиники различных психических расстройств не раз озвучивалась многими авторами [14, 20]. Однако изучению патоморфоза психических расстройств уделяется недостаточное внимание [1, 15].

Цель исследования – изучить особенности клинико-социального патоморфоза суицидального поведения у подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения цели работы использован оригинальный четырехклеточный дизайн исследования: сравнивались группы подростков, получавших амбулаторную и стационарную помощь по поводу отклоняющегося поведения.

Для исследования патоморфоза суицидального поведения у подростков 15–17 лет, получавших амбулаторную помощь у психиатра, проведено клиническое обследование с последующим сравнением двух групп подростков с поведенческими нарушениями. Первая группа (I) – 152 подростка, обследо-

ваны в амбулаторном отделении Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей. Вторая группа (II) набиралась из архивных данных, проанализированы 147 историй болезни пациентов, родившихся в период с 1970 по 1979 г. и наблюдавшихся в подростковом возрасте амбулаторно у психиатра по поводу расстройства поведения. Данный временной период выбран с целью учета дисперсии возраста, так как средний интервал между поколениями составляет 25 лет.

При исследовании патоморфоза отклоняющегося поведения у подростков 15–17 лет, получающих стационарную помощь, так же сформировано две группы. Первая группа (III) – 117 больных с отклоняющимся поведением (73 юноши и 44 девушки), находившихся на стационарном лечении в Алтайском краевом наркологическом диспансере. Вторая группа (IV) – архивные данные Алтайского краевого наркологического диспансера, 152 истории болезни и прилагаемые к ним сопроводительные документы (характеристики, ходатайства, копии административных и уголовных постановлений), в том числе 120 юношей и 32 девушки, проходивших стационарное лечение в Алтайском краевом наркологическом диспансере с 01.01.2001 г. по 30.06.2002 г.

Ряд авторов отмечает, что в последнее время происходит перераспределение зависимого употребления, характеризующееся приемом более «легких» наркотиков, появлением на рынке сбыта синтетических курительных смесей, сокращением распространности наркотиков опийного ряда, особенно в молодежной среде 16–20 лет [2, 8, 24].

Учитывая эти данные, нам представлялось интересным провести сравнительное исследование между данными группами с учетом произошедших изменений на рынке употребляемых наркотических веществ. Поэтому временной интервал между поколениями подростков, пролеченных в наркологическом стационаре, был выбран в 10–12 лет.

Согласно мнению Г.В. Талалаевой [23], наркомания является биосоциальным циклом, совпадающим с мировыми войнами, техническими и технологическими революциями, социальными трансформациями в обществе. Циклы глобальных эпидемий равны примерно 25–30 годам. На уровне регионов и федеральных округов ритмы наркомании ускоряются до циклов с продолжительностью от 10 до 14 лет. На уровне более мелких географических образований (отдельных населенных пунктов и муниципальных образований) циклы наркомании ещё более ускоряются до периода, равного от 3 до 5 и 7 лет [13, 23]. Несомненно, данная закономерность опосредованно влияет на трансформацию отклоняющегося поведения в целом и суицидальное поведение в частности.

Критериями отбора пациентов в группы служили клинические проявления, соответствующие рубрикам МКБ-10: «несоциализированное расстройство поведения» (F91.1) и «социализированное расстройство поведения» (F91.2).

Из исследования заведомо исключались лица, страдающие процессуальными эндогенными, текущими экзогенно-органическими заболеваниями, с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых, умственно отсталые подростки.

Для исследования применялись клинико-психопатологический метод и метод статистической обработки материала.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования амбулаторного контингента

Анализ результатов исследования показал, что социальный портрет современного подростка, получающего амбулаторную помощь у психиатра, претерпел некоторые изменения.

Современные подростки (группа I) с достоверно более высокой частотой ($p < 0,001$) вовлечены в образовательный процесс по сравнению с подростками предыдущего поколения (группа II). Не обучались в учебных заведениях 2% подростков I группы и 29,3% подростков II группы. Это можно объяснить тем, что с 1992 г. действует закон об обязательном получении среднего образования несовершеннолетними, а большинство пациентов II группы на момент вступления закона в силу являлись совершеннолетними.

В среднеобразовательной школе (СОШ) на момент обращения к психиатру обучалось 58,6% подростков I группы, подростки II группы с достоверно значимой более низкой частотой ($p < 0,001$) обучались в СОШ (13,6%). Среднее специальное образование (профессиональные училища, лицеи, техникумы) на момент обследования получали 34,2% подростков I группы. Подростки II группы с достоверно более высокой частотой ($p < 0,01$) получали среднее специальное образование (49,7%). Выявлен небольшой процент подростков I и II групп, обучавшихся в высшем учебном заведении, что не имело статистически значимых различий ($p > 0,05$) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Распределение амбулаторно пролеченных подростков по участию в образовательном процессе					
Образование	I группа		II группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Не организован	3	2	43	29,3	$p < 0,001$
Среднеобразовательная школа	89	58,6	20	13,6	$p < 0,001$
Среднее специальное	52	34,2	73	49,7	$p < 0,01$
Высшее	8	5,3	11	7,5	$p > 0,05$

Жилищно-бытовые условия проживания подростков различных поколений, получавших амбулаторную психиатрическую помощь по поводу отклоняющегося поведения, имели ряд особенностей. Так, подростки I группы с достоверной значимостью реже ($p < 0,001$) проживают в благоустроенных квартирах (46,7%) по сравнению с подростками предыдущих поколений (70,7%). При этом они с достоверно более высокой частотой ($p < 0,001$) проживают в частных домах (30,9%), чем подростки II группы (11,6%). По проживанию в общежитиях и детских

домах статистически достоверно значимых различий не отмечается ($p>0,05$) (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Распределение амбулаторно пролеченных подростков по жилищно-бытовым условиям проживания					
Место проживания	I группа		II группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Квартира	71	46,7	104	70,7	$p<0,001$
Общежитие	11	7,2	7	4,8	$p>0,05$
Дом	47	30,9	17	11,6	$p<0,001$
Детский дом	23	15,1	19	12,9	$p>0,05$

Как показано в таблице 3, в обеих группах большинство подростков воспитывались либо в полной семье, либо одной матерью. Статистически достоверные различия ($p<0,001$) выявлены только в случае многодетных семей, в I группе их насчитывалось значительно больше (22,4%), чем во II группе (4,8%).

Т а б л и ц а 3

Распределение амбулаторно пролеченных подростков по структуре семьи					
Структура семьи	I группа		II группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Полная семья	56	36,8	64	43,5	$p>0,05$
Одна мать	58	38,2	49	33,3	$p>0,05$
Один отец	4	2,6	7	4,8	$p>0,05$
Воспитывается опекуном	11	7,2	8	5,4	$p>0,05$
Сирота	23	15,1	19	12,9	$p>0,05$
Многодетная семья	34	22,4	7	4,8	$p<0,001$

Профессиональная занятость родителей оценивалась без учета подростков, имеющих статус сироты. Матери работали у 96 (63,2%) подростков, а отцы – у 81 (53,3%) подростка. Во II группе из архивных материалов вышеизложенные данные собрать не удалось.

В отношении проявления суицидального поведения получены были следующие результаты. Суицидальные угрозы предъявляли 83 (54,6%) подростка I группы и 74 (50,3%) подростка II группы, что не имело статистически достоверных различий между группами ($p>0,05$). Средний возраст, с которого начинали предъявлять суицидальные угрозы подростки I группы, приходился на $13,5\pm 0,3$ года, во II группе с достоверной значимостью ($p<0,001$) суицидальные угрозы встречались практически на 2 года позже – $15,6\pm 0,2$ года.

Т а б л и ц а 4

Распределение амбулаторно пролеченных подростков по предъявляемым суицидальным угрозам					
Суицидальные угрозы	I группа		II группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Демонстративные	50	60,2	40	54,1	$p>0,05$
Шантажные	18	21,7	24	32,4	$p>0,05$
Протестные	26	31,3	24	32,4	$p>0,05$

В таблице 4 наглядно представлен характер суицидальных угроз. С целью привлечь к себе внимание демонстративно угрожали покончить жизнь самоубийством 50 (60,2%) современных подростков против 40 (54,1%) подростков предыдущего поколения. С целью добиться желаемого шантажировали суицидом 18 (21,7%) подростков I группы и 24

(32,4%) подростка II группы. В знак протеста или несогласия с предъявляемыми требованиями угрожали суицидом 26 (31,3%) современных подростков и 24 (32,4%) подростка предыдущего поколения. Протестные суицидальные угрозы в большинстве случаев предъявляли сироты, находящиеся в интернированных образовательных учреждениях. Статистически достоверные различия по характеру суицидальных угроз между группами отсутствовали ($p>0,05$).

Т а б л и ц а 5

Распределение амбулаторно пролеченных подростков по суицидальной активности					
Суицидальные угрозы	I группа		II группа		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Кол-во суицидентов	45	29,6	59	40,1	$p>0,05$
Из них с повторными попытками	17	37,8	34	57,6	$p>0,05$
Среднее кол-во попыток	2,4 \pm 1		2,3 \pm 0,4		$p>0,05$
Средний возраст первой попытки	14,5 \pm 0,4		16,2 \pm 0,3		$p<0,001$

В соответствии с таблицей 5 суицидальные попытки в I группе совершали 45 (29,6%) подростков, во II группе – 59 (40,1%) подростков. Из них неоднократные суицидальные попытки в I группе совершали 17 (37,8%) человек, во II группе – 34 (57,6%) несовершеннолетних. Среднее количество суицидальных попыток в I группе было $2,4\pm 1,0$ раза, во II группе – $2,3\pm 0,4$ раза. По всем трем перечисленным выше показателям суицидальной активности между группами не обнаружено статистически достоверных различий ($p>0,05$). Средний возраст первой суицидальной попытки в I группе был статистически более ранним ($p<0,001$) – в $14,5\pm 0,4$ года по сравнению со II группой, где средний возраст первой суицидальной попытки приходился на $16,2\pm 0,3$ года.

Результаты исследования стационарного контингента

Что касается подростков, получавших помощь в стационаре наркологического профиля, то необходимо отметить, что большинство современных подростков проходили лечение в наркологическом стационаре по поводу злоупотребления алкоголем или каннабиноидами, тогда как в 2001–2002 гг. подростки получали лечение по поводу острого абстинентного синдрома при употреблении опиатов. Анализ результатов выглядел следующим образом.

Как показано в таблице 6, современные подростки (группа III) с достоверно значимой более высокой частотой ($p<0,001$) вовлечены в образовательный процесс, нежели подростки, получавшие лечение в наркологическом стационаре в 2001–2002 гг. (группа IV). В III группе на момент лечения в среднеобразовательной школе обучались 34,2% подростков, в IV группе – 12,5%. Среднее специальное образование в III группе получали 34,2% обследованных подростков, в IV группе – 12,5%. На момент обследования не обучались ни в одном образовательном учреждении в III группе 4,3% опрошенных, в IV группе – более половины (56,6%).

Таблица 6

Распределение стационарно пролеченных подростков по участию в образовательном процессе					
Образование	III группа		IV группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Не организован	5	4,3	86	56,6	p<0,001
Среднеобразовательная школа	40	34,2	19	12,5	p<0,001
Среднее специальное	72	61,5	47	30,9	p<0,001

Согласно данным таблицы 7, достоверно больше (p<0,001) подростков предыдущего поколения проживало в благоустроенной квартире (67,1%), в то время как достоверно больше (p<0,005) современных подростков проживало в частном доме (44,4%). Достоверно больше (p<0,001) современных подростков, получавших лечение в наркологическом стационаре, имели статус сироты, 23,1% проживали в детском доме.

Таблица 7

Распределение стационарно пролеченных подростков по жилищно-бытовым условиям проживания					
Место проживания	III группа		IV группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Квартира	34	29,1	102	67,1	p<0,001
Общежитие	4	3,4	3	2	p>0,05
Дом	52	44,4	42	27,6	p<0,005
Детский дом	27	23,1	5	3,3	p<0,001

Представленная в таблице 8 структура семейной системы у подростков изученных групп выглядела следующим образом. В полной семье, где воспитанием занимались оба родителя, воспитывалось достоверно значимое меньшее (p<0,05) число подростков III группы (29,1%) в сравнении с IV группой (40,8%). В III группе воспитанием подростка в 35% случаев занималась только мать, в IV группе – незначительно больше (48,7%). При этом в III группе воспитанием ребенка отец в одиночку занимался с более высокой частотой (6,8%), чем в IV группе, где отец самостоятельно воспитывал только одного подростка. Различия в воспитании одного из родителей являются достоверно значимыми (p<0,05). В отношении подростков, которые находились под опекой, между обеими группами достоверных различий выявлено не было. Как уже было сказано выше, статус сироты имело достоверно значимое (p<0,001) большее число подростков III группы (23,1%), чем в IV группе (3,3%). В III группе достоверно значимое (p<0,05) более высокое число подростков было из многодетной семьи (15,4%), чем в IV группе (5,9%).

Таблица 8

Распределение стационарно пролеченных подростков по структуре семьи					
Структура семьи	III группа		IV группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Полная семья	34	29,1	62	40,8	p<0,05
Одна мать	41	35,0	74	48,7	p<0,05
Один отец	8	6,8	1	0,7	p<0,05
Воспитывается опекуном	7	6,0	10	6,5	p>0,05
Сирота	27	23,1	5	3,3	p<0,001
Многодетная семья	18	15,4	9	5,9	p<0,05

Профессиональная занятость родителей оценивалась так же без учета подростков, имеющих статус сироты. В III группе как матери (61,1%), так и отцы (53,3%) с достоверной значимостью меньше (p<0,05) работали, чем в IV группе, где трудом было занято 74,1% матерей и 60,5% отцов.

Что касается отклоняющегося поведения суицидального характера, то были выявлены следующие результаты. Суицидальные угрозы предъявляли 70 (59,8%) подростков III группы, т. е. с достоверно более высокой частотой (p<0,05) по сравнению с подростками IV группы, где суицидальные угрозы предъявляли 67 (44,1%) подростков. Средний возраст первых угроз суицидального характера в III группе составлял 13,2±0,3 года, а в IV группе достоверно (p<0,001) позже – в 14,9±0,2 года.

Таблица 9

Распределение стационарно пролеченных подростков по предъявляемым суицидальным угрозам					
Суицидальные угрозы	III группа		IV группа		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Демонстративные	36	51,4	20	29,9	p<0,05
Шантажные	19	27,1	47	70,1	p<0,001
Протестные	22	31,4	8	11,9	p<0,05

Как наглядно представлено в таблице 9, суицидальные угрозы демонстративного характера, с целью привлечь к себе внимание с достоверно значимой более высокой частотой (p<0,05) предъявляли подростки III группы (36 – 51,4%) по сравнению с IV группой (20 – 29,9%). Суицидальные угрозы шантажного характера, с целью добиться желаемого, любым способом настоять на своём с достоверной значимостью чаще (p<0,01) встречались у подростков IV группы (47 – 70,1%) по сравнению с III группой (19 – 27,1%). Протестные суицидальные угрозы с целью неповиновения, активного отказа подчиниться в III группе предъявлялись с достоверно значимой (p<0,05) более высокой частотой (22 – 31,4%) по сравнению с IV группой, где протестные угрозы предъявляли 8 (11,9%) подростков.

Таблица 10

Распределение стационарно пролеченных подростков по суицидальной активности					
Суицидальные угрозы	III группа		IV группа		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Кол-во суицидентов	38	32,5	30	19,7	p<0,05
Из них с повторными попытками	16	42,1	13	43,3	p>0,05
Среднее кол-во попыток	1,7±0,4		1,6±0,3		p>0,05
Средний возраст первой попытки	14±0,4		15,1±0,4		p<0,001

Согласно данным таблицы 10, в III группе достоверно значимое (p<0,05) более высокое число подростков совершали суицидальные попытки (38 – 32,5%) по сравнению с подростками IV группы, где суицидальные попытки совершали 30 (19,7%) человек. Из них повторные суицидальные попытки в III группе совершали 16 (42,1%) подростков, в IV группе – 13 (43,3%) подростков, что не имело статистически достоверных различий (p>0,05). Среднее количество суицидальных попыток в III группе со-

ставляло $1,7 \pm 0,4$, в IV группе – $1,6 \pm 0,3$ попытки, что не имело достоверных различий ($p > 0,05$). Средний возраст первой суицидальной попытки у подростков III группы приходился на $14 \pm 0,4$ года. В IV группе подростков средний возраст первой попытки суицида по сравнению с III группой с достоверной значимостью ($p < 0,001$) был более поздним ($15,1 \pm 0,4$ года).

ВЫВОДЫ

Социальный портрет современного подростка с отклоняющимся поведением претерпел изменения в сторону проживания в менее благоустроенных условиях, в семьях с нарушенной структурой, в многодетных семьях, где менее высокая трудовая занятость родителей, но более высокая вовлеченность самих подростков в образовательный процесс по сравнению с предыдущим поколением.

Средний возраст начала проявления суицидальных угроз и первой суицидальной попытки более ранний у современных подростков.

Современные подростки – пациенты наркологического стационара чаще совершали суицидальные попытки, чаще предъявляли суицидальные угрозы демонстративного и протестного характера, чаще шантажировали суицидом по сравнению с подростками предыдущего поколения, что можно объяснить произошедшей сменой в сторону употребления более «легких» наркотиков.

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 этического комитета Алтайского государственного медицинского университета № 14 от 29.11.2010).

ЛИТЕРАТУРА

- Абабков В. А. Неврозы. СПб.: Изд-во Диля, 2002: 160.
- Аболонин А.Ф., Трефилова Л.Л. Динамика и структура употребления ПАВ среди подростков Томской области. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: материалы 15-й научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН / под ред. В.Я. Семке. Томск: Иван Федоров, 2011: 204–205.
- Бохан Н.А. Наркоситуация в среде высокообразованной молодежи: новые вызовы старых проблем. Актуальные вопросы психического здоровья, перспективы развития психиатрической службы / сост. В.А. Макашева, Д. Суворова. Новосибирск: Сибмедииздат, 2013: 17–22.
- Ведяшкин В.Н. Вопросы реабилитации суицидального поведения у детей и подростков Алтайского края. Нарушения поведения у детей, современные подходы к диагностике и терапии: сборник тезисов докладов межрегиональной научно-практической конференции. Барнаул: Изд-во «Арбат», 2015: 10–13.
- Ведяшкин В.Н., Шереметьева И.И. Изменения клинико-социальных характеристик суицидального поведения подростков-пациентов наркологического стационара за 10 лет. XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы [Электронный ресурс] / под общ. ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альта Астра, 2015: 887.
- Ведяшкин В.Н., Шереметьева И.И. Организация профилактики и анализа суицидального поведения у детей и подростков Алтайского края. Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под ред. Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова. СПб., 2014: 23–24.
- Ведяшкин В.Н., Шереметьева И.И. Организация суицидологической помощи подросткам Алтайского края. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 3 (92): 75–80.
- Ведяшкин В.Н., Шереметьева И.И. Особенности патоморфоза аддикций у подростков. *Уральский медицинский журнал*. 2014; 01 (115): 122–126.
- Ведяшкин В.Н., Шереметьева И.И. Патоморфоз суицидального поведения у подростков. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015; 11 (3): 61–68.
- Вострокнутов Н.В., Шалимов В.Ф., Новикова Г.Р. Стационарзамещающая технология социально-психиатрической помощи детям: методические рекомендации. М., 2010: 20.
- Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарных исследований. *Суицидология*. 2014; 5 (15): 47–54.
- Драгунова Т.В. Некоторые общие вопросы изучения личности подростка. Вопросы изучения детей с отклонениями в поведении: материалы конференции. М., 1968: 7–19.
- Какорина Е.П., Казаковцев Б.А., Голланд В.Д. Смертность от психических расстройств и смертность при психических расстройствах. *Психическое здоровье*. 2015; 3: 22–27.
- Караваева Т.А. Особенности изменения структуры заболеваемости и клинической картины невротических и невротоподобных расстройств за последние три десятилетия. Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: 10-я научно-практическая конференция / под общ. ред. В.И. Мазурова. СПб., 2010: 75–79.
- Караваева Т.А. Патоморфоз невротических расстройств, их психотерапия и её правовое регулирование: автореф. дис. ... д.м.н. СПб., 2011: 57с.
- Кузенкова Н.Н. Диагностика и военно-врачебная экспертиза психических расстройств у подростков: методические рекомендации. Барнаул, 2003: 38.
- Макушкин Е.В. Клинико-эпидемиологические характеристики психических расстройств у детей и подростков в РФ. Актуальные вопросы психического здоровья, перспективы развития психиатрической службы / сост. В.А. Макашева, Д. Суворова. Новосибирск: Сибмедииздат, 2013: 9–12.
- Можгинский Ю.Б. Психические болезни у подростков: психопатология, лечение: клиническое руководство. М.: Триадафарм, 2003: 215.
- На пути к преступлению: девиантное поведение подростков и риски взросления в современной России (опыт социологического анализа) / под науч. ред. М.Е. Поздняковой, Т.А. Хагурова. М.; Краснодар: Институт социологии, 2012: 344.
- Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике: сб. науч. тр. / под ред. Г.В. Морозова. М., 1985: 168.
- Патоморфоз психологических характеристик больных с невротическими расстройствами за последние 30 лет / Б.Д. Карвасарский, Е.Б. Мизинова, Е.А. Колотильщикова и др. СПб., 2011: 28.
- Солдатова Г.В., Рассказова Е.И. Как им помочь? Ребенок в Интернете: запрещать, наблюдать или объяснять? *Дети в информационном обществе*. 2012; 0: 26–33.
- Талалаева Г.В. Социальная демография. Учебное пособие. Екатеринбург, 2010: 173.
- Тетенова Е.Ю. Динамика основных показателей употребления психоактивных веществ у пользователей русскоязычного сегмента Интернета (2008–2011 гг.). *Психическое здоровье*. 2013; 5: 12–16.
- Холмогорова А.Б. Предисловие главного редактора. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 5–7.

26. Bertolote J.M.F., Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am. J. Med. Genet.* 2005; 133: 8–12.
27. Brauser D. Insufficient evidence to support universal suicide screening. *Medscape medical news.* 24.04.2013 URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/803068>.
28. Canavan N. Almost 20% of suicidal teens live in home with a gun. *Medscape medical news.* 08.05.2013 URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/803856>.
29. Chung R.H. Gender, ethnicity, and acculturation in intergenerational conflict of Asian American college students. *Cultur Dev-ers Ethnic Minor Psychol.* 2001; 7 (4): 376–386.

Поступила в редакцию 17.09.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Шереметьева Ирина Игоревна, д.м.н., проф., заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО.
Ведяшкин Виктор Николаевич, к.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе.

✉ Шереметьева Ирина Игоревна, sheremeteva-ira@mail.ru

УДК 616.89-008.441.44:616-053.71

For citation: Sheremeteyeva I.I., Vedyashkin V.N. Special aspects of clinical and social pathomorphosis of adolescent's suicidal performance. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2018; 1 (98): 68–74. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-68-74](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-68-74)

Special aspects of clinical and social pathomorphosis of adolescent's suicidal performance

Sheremeteyeva I.I.¹, Vedyashkin V.N.²

¹ Altay State Medical University
Lugovaya Street 19, 656056, Barnaul, Russian Federation

² Altay Regional Psychoneurological Clinic for Children
Zmeinogorsky Trakt 69, 656045, Barnaul, Russian Federation

ABSTRACT

Purpose – study of features of clinical-social pathomorphosis of suicidal behaviour in adolescents. **Materials and Methods.** Design of research: comparison of groups of adolescents aged 15–17 years receiving the out-patient and inpatient care concerning deviant behaviour. Among adolescents receiving the out-patient and inpatient care, two groups were created. The out-patient care: 1) the first group – 152 adolescents, were examined in out-patient unit of the Altay Regional Psychoneurological Clinic for Children; 2) the second group – 147 case records of adolescents of 1970-1979 year of birth), observed at the psychiatrist were out-patients. The inpatients care: 1) the first group – 117 adolescents treated at the Altay Regional Narcological Clinic; 2) the second group – 152 stories of the Altay Regional Narcological Clinic. **Results.** The social portrait of the modern adolescent with deviant behaviour has undergone changes towards residing in less arranged well conditions, brought up in families with the broken structure or large families, with higher involvement into educational process, with low professional-labour employment of parents in comparison with the previous generation of adolescents. Mean age of the beginning of manifestation of suicide threats and the first suicide attempt is earlier in modern adolescents. The contingent of modern adolescents of a narcological hospital is characterized by more frequent fulfilment of suicide attempts, a presentation of suicide threats of demonstrative and protest character, blackmail by a suicide in comparison with adolescents of the previous generation.

Keywords: adolescent, suicide, pathomorphosis, deviant behavior, structure.

REFERENCES


1. Ababkov V.A. Nevrozyi [Neuroses]. SPb.: Izd-vo Dilya, 2002: 160 (in Russian).
2. Abolonin A.F., Trefilova L.L. Dinamika i struktura upotrebleniya PAV sredi podrostkov Tomskoy oblasti [Dynamics and structure of substance use among adolescents of the Tomsk Region]. Aktualnyye voprosy psikiatrii i narkologii: materialy 15-y nauchnoy otchetnoy sessii NII psicheskogo zdorovya SO RAMN / pod red. V.Ya. Semke. Tomsk: Ivan Fedorov, 2011: 204–205 (in Russian).
3. Bokhan N.A. Narkosituatsiya v srede vyisokoobrazovannoy molodezhi: novyye vyzovy starykh problem [Substance abuse situation in the environment of highly-educated youth: new challenges of old problems]. Aktualnyye voprosy psicheskogo zdorovya, perspektivy razvitiya psichiatricheskoy sluzhby / sost. V.A. Makasheva, D. Suvorova. Novosibirsk: Sibmedizdat, 2013: 17–22 (in Russian).
4. Vedyashkin V.N. Voprosy reabilitatsii suitsidalnogo povedeniya u detey i podrostkov Altayskogo kraya [Issues of realization of suicidal behavior in children and adolescents of the Altay Krai]. Narusheniya povedeniya u detey, sovremennyye podhody k diagnostike i terapii: sbornik tezisov dokladov mezhhregionalnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. Barnaul: Izd-vo «Arbat», 2015: 10–13 (in Russian).
5. Vedyashkin V.N., Sheremeteyeva I.I. Izmeneniya kliniko-sotsialnykh karakteristik suitsidalnogo povedeniya podrostkov-patsientov narkologicheskogo stacionara za 10 let [Changes of clinical-social characteristics of suicidal behavior of adolescents-patients of a narcological hospital for 10 years]. XVI s'ezd psikiatrov Rossii. Vserossiyskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem «Psikiatriya na etape reform: problemy i perspektivy [Elektronnyy resurs] / pod obsch. red. N.G. Neznanova. SPb.: Alta Astra, 2015: 887 (in Russian).
6. Vedyashkin V.N., Sheremeteyeva I.I. Organizatsiya profilaktiki i analiza suitsidalnogo povedeniya u detey i podrostkov Altayskogo kraya [Organization of prevention and analysis of suicidal behavior in children and adolescents of the Altay Krai]. Detskaya psikiatriya: sovremennyye voprosy diagnostiki, terapii, profilaktiki i reabilitatsii: sb. materialov Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem / pod red. N.G. Neznanova, I.V. Makarova. SPb., 2014: 23–24 (in Russian).
7. Vedyashkin V.N., Sheremeteyeva I.I. Organizatsiya suitsidologicheskoy pomoschi podrostkam Altayskogo kraya [Organization of suicidal help for adolescents of the Altay Krai]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2016; 3 (92): 75–80 (in Russian).

8. Vedyashkin V.N., Sheremetyeva I.I. Osobennosti patomorfoza addiktsiy u podrostkov [Special characteristics of pathomorphism of addictions among adolescents]. *Uralskiy meditsinskiy zhurnal - Ural Medical Journal*. 2014; 01 (115): 122–126 (in Russian).
9. Vedyashkin V.N., Sheremetyeva I.I. Patomorfoz suitsidalnogo povedeniya u podrostkov [Pathomorphism of adolescents' suicidal behavior]. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii – Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia*. 2015; 11 (3): 61–68 (in Russian).
10. Vostroknutov N.V., Shalimov V.F., Novikova G.R. Statsionarnazameschayuschaya tehnologiya sotsialno-psihiatricheskoy pomoschi detyam [Hospital-substituting technooogy of social-psychiatric care for children]: metodicheskie rekomendatsii. Moscow, 2010: 20 (in Russian).
11. Demdoui N.Yu., Denisov Yu.P. Rasprostranenie «suitsidalnogo kontenta» v kiberprostranstve russkoyazychnogo interneta kak problema multidistsiplinarnykh issledovaniy [Distribution of "The suicide content" in the cyberspace of the russian-speaking internet as the problem of multidisciplinary researches]. *Suitsidologiya - Suicidology*. 2014; 5 (15): 47–54 (in Russian).
12. Dragunova T.V. Nekotoryye obshchie voprosy izucheniya lichnosti podrostka. [Some general issues of study of the personality of an adolescent]. *Voprosy izucheniya detey s otkloneniymi v povedenii: materialy konferentsii*. Moscow, 1968: 7–19 (in Russian).
13. Kakorina E.P., Kazakovtsev B.A., Golland V.D. Smertnost ot psihicheskikh rasstroystv i smertnost pri psihicheskikh rasstroystvakh [Mortality from mental disorders and mortality for mental disorders]. *Psihicheskoe zdorove – Mental Health*. 2015; 3: 22–27 (in Russian).
14. Karavaeva T.A. Osobennosti izmeneniya strukturyi zabolevaemosti i klinicheskoy kartinyi nevroticheskikh i nevrozopodobnykh rasstroystv za poslednie tri desyatiletia [Features of change of the tructure of sickness rate and clinical picture of neurotic and neurosis-like disorders for last three decades]. *Aktualnyye problemy psihosomatiki v obschemeditsinskoj praktike: 10-ya nauchno-prakticheskaya konferentsiya / pod obsch. red. V.I. Mazurova*. SPb., 2010: 75–79 (in Russian).
15. Karavaeva T.A. Patomorfoz nevroticheskikh rasstroystv, ih psihoterapiya i pravovoe regulirovanie [Pathomorphism of neurotic disorders, their psychotherapy and legal regulation]: avtoref. dis. ... doktora med. nauk. SPb., 2011: 57 (in Russian).
16. Kuzenkova N.N. Diagnostika i voenno-vrachebnaya ekspertiza psihicheskikh rasstroystv u podrostkov [Diagnosis and military-medical examination of mental disorders in adolescents]: metodicheskie rekomendatsii. Barnaul, 2003: 38 (in Russian).
17. Makushkin E.V. Kliniko-epidemiologicheskie harakteristiki psihicheskikh rasstroystv u detey i podrostkov v RF [Clinical-epidemiological characteristics of mental disorders in children and adolescents in RF]. *Aktualnyye voprosy psihicheskogo zdorovya, perspektivy razvitiya psihiatricheskoy sluzhby / sost. V.A. Makasheva, D. Suvorova*. Novosibirsk: Sibmedizdat, 2013: 9–12 (in Russian).
18. Mozhginsky Yu.B. Psihicheskie bolezni u podrostkov: psihopatologiya, lechenie [Mental diseases in adolscents: psyhopathology, therapy]: klinicheskoe rukovodstvo. Moscow: Triadafarm, 2003: 215 (in Russian).
19. Na puti k prestupleniyu: deviantnoe povedenie podrostkov i riski vzrosleniya v sovremennoy Rossii (opyit sotsiologicheskogo analiza) [On the way to crime: deviant behavior of adolescents and risks of maturation in the modern Russia] / pod nauch. red. M.E. Pozdnyakovoy, T.A. Hagurova. Moscow; Krasnodar: Institut sotsiologii, 2012: 344 (in Russian).
20. Patomorfoz psihicheskikh zabolevaniy v sudebno-psihiatricheskoy klinike [Pathomorphism of mental diseases in forensic-psychiatric clinic]: sbornik nauch. trudov / pod red. G.V. Morozova. Moscow, 1985: 168 (in Russian).
21. Patomorfoz psihologicheskikh harakteristik bolnykh s nevroticheskimi rasstroystvami za poslednie 30 let [Pathomorphism of psychological characteristics of patients with neurotic disorders for last 30 years]. / B.D. Karvasarskiy, E.B. Mizinova, E.A. Kolotilshikova i dr. S-Petersburg., 2011: 28 (in Russian).
22. Soldatova G.V., Rasskazova E.I. Kak im pomoch? Rebenok v Internet: zapreschat, nablyudat ili ob'yasnyat? [How to help them? A child in the Inernet: forbide, observe or explain?] *Deti v informatsionnom obschestve – Children in the Information Society*. 2012; 0: 26–33 (in Russian).
23. Talalaeva G.V. Sotsialnaya demografiya [Social demography]. *Uchebnoe posobie*. Ekaterinburg, 2010: 173 (in Russian).
24. Tetenova E.Yu. Dinamika osnovnykh pokazateley upotrebleniya psihooaktivnykh veschestv u polzovateley russkoyazychnogo segmenta Interneta (2008–2011 gg.) [Dynamics of Principal Drug Use Indicators among Russian-speaking Internet Users, 2008–2011]. *Psihicheskoe zdorove – Mental Health*. 2013; 5: 12–16 (in Russian).
25. Holmogorova A.B. Predislovie glavnoy redaktora [Editorial]. *Konsultativnaya psihologiya i psihoterapiya – Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016; 24 (3): 5–7 (in Russian).
26. Bertolote J.M.F., Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. *Am. J. Med. Genet*. 2005; 133: 8–12.
27. Brauser D. Insufficient evidence to support universal suicide screening. *Medscape medical news*. 24.04.2013 URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/803068>.
28. Canavan N. Almost 20% of suicidal teens live in home with a gun. *Medscape medical news*. 08.05.2013 URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/803856>.
29. Chung R.H. Gender, ethnicity, and acculturation in intergenerational conflict of Asian American college students. *Cultur Devers Ethnic Minor Psychol*. 2001; 7 (4): 376–386.

Received September 17.2017

Accepted February 5.2018

Sheremetyeva Irina I., MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology with a course of additional vocational training, Altay State Medical University, Barnaul, Russian Federation.
 Vedyashkin Victor N., candidate of medical sciences, Deputy Chief Medical Officer, Altay Regional Psychoneurological Clinic for Children, Barnaul, Russian Federation.

 Sheremetyeva Irina I., sheremeteva-ira@mail.ru

УДК 616.895.8:616.89-008.441.44:615.851:159.946.4

Для цитирования: Раздобарова Е.В., Хачикян Е.Р., Шабанова Л.С., Овчинников А.А., Султанова А.Н. Социально-психологические предикаты суицидального поведения и эффективность арттерапевтического воздействия у больных шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 75–80. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-75-80](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-75-80)

Социально-психологические предикаты суицидального поведения и эффективность арттерапевтического воздействия у больных шизофренией

Раздобарова Е.В.¹, Хачикян Е.Р.¹, Шабанова Л.С.², Овчинников А.А.², Султанова А.Н.²

¹Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3
Россия, 630003, Новосибирск, Владимировская улица, 2

²Новосибирский государственный медицинский университет
Россия, 630091, Новосибирск, Красный проспект, 52

РЕЗЮМЕ

Шизофрения различается по степени тяжести и разнообразию симптомов, встречается независимо от культуры, сословного класса или расы. В статье рассматриваются теоретические аспекты проблемы эмоционального выражения при шизофрении, особенности суицидального риска как одна из причин смерти при данном заболевании и практически обосновывается эффективность арттерапевтического воздействия. В результатах исследования авторы приводят статистически достоверные показатели благоприятного воздействия арттерапии на психическое состояние пациентов шизофренического спектра, в частности на снижение уровня суицидальных реакций, депрессии и тревожности. Авторы отмечают, что арттерапия не является заменой фармакотерапии, однако данное терапевтическое направление повышает чувство контроля как за собственным внутренним миром, так и за происходящими внешними событиями, что является важнейшим аспектом в этиопатогенетическом звене расстройств шизофренического спектра.

Ключевые слова: шизофрения, расстройства шизофренического спектра, суицидальный риск, суицидальное поведение, арттерапия, тревога, депрессия.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Шизофрения является серьезным психическим расстройством, которое поражает 1% населения мира. В дополнение к позитивным симптомам, таким как галлюцинации и бред, многие люди также испытывают разную степень снижения энергии и мотивации, нарушения внимания и другие так называемые негативные симптомы. Хотя лечение антипсихотическими препаратами снижает положительные симптомы шизофрении и вероятность рецидива, оно мало влияет на негативные симптомы [4, 5, 20]. Психологические и социальные вмешательства широко используются в сочетании с медикаментозной коррекцией в целях дальнейшего улучшения здоровья и социальной адаптации лиц с шизофренией. Современная арттерапия ценится как невербальная, ресурсно-ориентированная «форма терапии, в которой создание визуальных образов ... в присутствии квалифицированного арттерапевта способствует экстернализации мыслей и чувств, которые в противном случае могут оставаться невысказанными» [24]. Развитие арттерапии было неразрывно связано с лечением психотических пациентов, что, с одной стороны, можно рассматривать как следствие давнего интереса к их творческим выражениям, с другой стороны – должно быть связано с уникальным свойством самой арттерапии, что делает ее более подходящей для лиц с психотическими симптомами, чем другие формы психотерапии. Важно отметить, что в настоящее время редко рассматривается влияние арттерапевтического воздействия на суицидальные мысли и, что актуально для данного исследования, у пациентов.

Мысли о смерти часто занимают больных шизофренией. Почти треть из них не справляется с ними и предпринимает суицидальные попытки; более того, до 10% страдающих болезнями шизофренического спектра именно таким образом уходят из жизни. Суицидальные мысли могут присутствовать на разных стадиях заболевания, некоторые различия были описаны между риском самоубийства как у пациентов, перенесших первый эпизод психоза, так и у пациентов с длительной шизофренией. Риск самоубийства можно оценить в многоступенчатом континууме, включающем суицидальные идеи (идеи, намерения и планы), как критический начальный шаг, попытку и самоубийство. Суицидальные мысли предшествуют суицидальным попыткам и составляют основу профилактики самоубийств при шизофрении [6, 11]. Самоубийство является актуальной ведущей причиной смерти среди пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра, и частота попытки самоубийства у психотических пациентов колеблется от 10 до 50% [7, 10]. Авторы указывают, что лица, страдающие шизофренией (40–79%), имели суицидальные мысли как минимум 1 раз в течение болезни [8, 23]. В то же время риск самоубийства в 2 раза выше в начале психотического заболевания, чем на более поздних этапах [9, 12, 22].

По мнению современных авторов, психическое заболевание может быть связано с суицидальным риском (например, императивные галлюцинации при шизофрении, тоска и чувство безнадежности с бредовыми идеями при депрессии), однако отмечается, что психические расстройства не являются

единственным и определяющим фактором формирования суицидального поведения [1-3].

На социально-психологические факторы, как значимый предикат суицидального поведения, указывают многие исследования в данной области. S. Castelein et al. [10] выявили, что только 20% пациентов, которые пытались совершить самоубийство, сообщали о комфортной жизненной ситуации; в большинстве случаев в анамнезе внимание акцентировалось на озабоченность по поводу одиночества, что может свидетельствовать о том, что микро- и макросоциальное окружение выполняет роль психологической защиты. A. McGirt et al. [18] диагностировали повышенный риск самоубийства у пациентов, которые страдали от потери своего партнера или социального положения. На важность семейного участия указывают результаты исследования, проведенного в Институте психиатрии в Лондоне: риск смертности от неестественных причин снижается на 90%, когда во время приема или первого контакта с психиатрическими службами происходит семейное участие [19].

Многими авторами показано, что негативные симптомы влияют на суицидальный опыт у пациентов шизофренического спектра [10, 14, 19]. Chung Chang W. с коллегами [11] отмечают, что у пациентов с выраженными негативными симптомами, в частности с дефицитом эмоциональной выразительности, может быть значительно ослаблена способность испытывать эмоциональный стресс, вызванный болезнью: это, вероятно, может снизить вероятность развития чувства безнадежности и суицидального мышления. Кроме того, негативные симптомы обычно перекрываются депрессивными симптомами, в связи с чем клинически важно различать отношения между суицидальными идеями и негативными симптомами и депрессией среди пациентов шизофренического спектра.

Учет других социально-психологических факторов в контексте этиопатогенеза суицидальных действий у пациентов с шизофренией показал, что пациенты с завершённым суицидом в течение двух лет от первого психотического эпизода показали более пассивные стратегии преодоления, высокий уровень нейротизма [10, 13] и склонность к перфекционизму [16].

Таким образом, исследование социально-психологических предикатов суицидального поведения у больных шизофренией вызвано актуальностью применения многостороннего подхода к изучению клинических симптомов суицидального поведения при шизофрении с учетом психологических знаний. Проведение же арттерапевтических мероприятий в качестве дополнения к основному медикаментозному лечению больных шизофренией еще более раскрывает значение биопсихосоциального подхода (возможность взаимодействия психологии и психиатрии) в медицине, утверждает место психологической помощи пациентам психиатрического профиля в рамках лечебного процесса.

Цель исследования – изучить социально-психологические предикаты суицидального поведения и эффективность арттерапевтического воздействия у больных шизофренией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3. В данном исследовании в основной группе выборку составили мужчины с высоким уровнем суицидального риска (СР) и мужчины с низким уровнем суицидального риска (СР), в возрасте от 18 до 30 лет, в количестве 37 человек. Деление групп с «низким» и «высоким» суицидальным риском проведено в соответствии с полученными показателями по методике «Склонность к суицидальным реакциям» П.И. Юнацкевича (СР-45). С помощью данной методики можно исследовать начальные этапы развития склонности личности к суицидальному поведению и выделить группу суицидального риска. Так, показатели в группе ближе к 1 свидетельствуют о высоком уровне склонности к суицидальным реакциям, ближе к 0 – о низком уровне. В работе также использованы следующие психологические методы исследования: методика выявления склонности к суицидальным реакциям; шкала самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина; шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) и арттерапия.

На каждом из занятий применялись отдельные арттерапевтические техники. Время работы группы составляло полтора-два часа. Занятия условно делились на три части: разогрев, основную часть (создание работы на определенную тему с последующим обсуждением в контексте темы) и завершение – подведение итогов. Данная форма работы удобна тем, что вписывается в график жизни пациентов стационара, структурирует их свободное время, дает возможность поставить конкретные задачи перед пациентами, отследить результативность работы, позволяет учитывать состояние и потребности пациентов. Средний срок участия пациентов в занятиях составил от одного до двух месяцев. Занятия проводились 2 раза в неделю, в фиксированные дни с циклической группой по 8–10 занятий. В арттерапевтической работе применялся метод рисования, лепки, использовалось музыкальное сопровождение. На занятиях применялись различные материалы – карандаши, краски, мелки, цветная бумага, пластилин, тесто.

На этапе сбора анамнеза выявлено, что все вошедшие в исследовательскую выборку пациенты находились на стационарном обследовании в психиатрической больнице, 70,3% из них ранее уже госпитализировались в психиатрический стационар; 29,7% пациентов были госпитализированы в психиатрический стационар впервые.

Анализ клинической структуры психических расстройств показал, что это пациенты с верифицированными диагнозами: шизофрения, шизотипическое и шизоаффективное расстройство (рубрики МКБ-10 F20–F29).

Уровень образования: у 40,5% пациентов – среднее образование, среднеспециальное (оконченное) – у 27,1%, неоконченное высшее – у 32,4%. Семейный статус: полная семья – у 29,7% пациентов, у 35,1% – семья неполная, 5,4% – сироты, 8,1% – женаты, 5,4% – находятся в разводе, наличие детей отметили 10,8% пациентов. Аддиктивный статус: 70,3% пациентов употребляют алкоголь с подросткового возраста; 29,7% – не употребляют алкогольные напитки; 37,8% отметили употребление наркотических веществ с подросткового возраста; 67,5% указали стаж курения от 1,5 до 5 лет, 35,1% пациентов не курят.

Анализ жалоб изучаемых пациентов выявил, что жалобы на снижение аппетита отмечают 27,1% пациентов; на бессонницу – 18,8%; на плохую концентрацию внимания – 43,2%; на снижение памяти – 32,4%. Также важно отметить, что 29,7% считают себя агрессивными людьми, а 37,8% исследуемых указывают на пониженный фон настроения.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием стандартных методов подсчёта средних величин, подсчёта достоверности разности показателей. Достоверность различий между отдельными показателями в группах определялась с помощью критерия Манна-Уитни (U). Для измерения различий между выборками использовался критерий Вилкосона (T). Все вычисления проводились с использованием статистического пакета STATISTICA, электронных таблиц Microsoft Excel, LibreOfficeCalc.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На начальном этапе исследования была проведена диагностика уровня суицидальных реакций у пациентов с высоким и низким уровнями СР до арттерапии. Основной целью изучения суицидальных реакций на данном этапе явилась необходимость разделения выборки на группы для проведения арттерапии в группе с высоким уровнем суицидальных реакций. У пациентов с высоким уровнем СР в 75% случаев выявлен средний уровень суицидальных реакций, у 16,6% – уровень выше среднего, у 8,4% – высокий уровень СР. В группе пациентов с низким уровнем СР в 46,1% случаев диагностировано отсутствие суицидальных реакций, а 53,9% показали результат ниже. Важно отметить, что до проведения арттерапии по U-критерию Манна-Уитни выявлена высокая достоверность различий по данной шкале.

Изучение динамики суицидальных реакций в результате арттерапевтического воздействия выявило, что в группе с высоким уровнем СР после арттерапии значение суицидальных реакций составляло $0,36 \pm 0,04$, что интерпретируется как возможность возникновения суицидальных реакций на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики. При арттерапии акцентируется процесс, а не содержание произведения искусства. Пациент анализирует более глубокий смысл картины, описывая то, что он на самом деле видит в картине, а не то, что думает о ней. Изображения представляют собой альтернативную среду для самовыражения и общения.

В группе с высоким уровнем СР выявленное значение суицидальных реакций ($0,55 \pm 1,6$) означает, что потенциал склонности к суицидным реакциям не отличается высокой устойчивостью. В группе с низким уровнем СР значение суицидальных реакций ($0,24 \pm 0,08$) обозначает, что у данных обследуемых может возникнуть суицидальная реакция только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики.

На следующем этапе исследования была проведена диагностика уровня тревожности. В группе с высоким уровнем СР до арттерапии значение показателей ситуативной тревожности ($45,7 \pm 8,8$) свидетельствует о среднем уровне тревожности, значение личностной тревожности ($45,1 \pm 8,6$) также выявляет средний уровень тревожности. В группе с низким уровнем СР ситуативная тревожность ($39,7 \pm 11,9$) свидетельствует о среднем уровне тревожности, личностная тревожность так же находится на среднем уровне ($42,7 \pm 9,4$).

В группе с высоким уровнем СР 4,2% пациента не имеют ситуативной тревожности, у 66,6% ситуативная тревожность находится в пределах нормы, 29,2% имеют высокий уровень ситуативной тревожности. У 4,2% пациентов не выявлено личностной тревожности, у 41,6% пациентов личностная тревожность находится в пределах нормы, у 54,1% – высокий уровень личностной тревожности.

В группе с низким уровнем СР 23,1% не имеют ситуативной тревожности, у 38,4% ситуативная тревожность находится в пределах нормы, у 38,4% обнаружен высокий уровень ситуативной тревожности. У 7,6% пациентов не выявлено личностной тревожности, у 38,4% личностная тревожность находится в пределах нормы, 53,8% имеют высокий уровень личностной тревожности.

Для выявления воздействия арттерапии на уровень тревожности была проведена повторная психодиагностика изучаемых параметров после применения арттерапии. По результатам изучения тревожности у пациентов с высоким СР после арттерапии выявлены значения ситуативной ($22,4 \pm 10,6$) и личностной ($32,8 \pm 7,8$) тревожности, подтверждающие, что тревожность в обоих шкалах находится в пределах нормативных значений. У пациентов с низким СР изучение ситуативной тревожности после арттерапии так же показало её значение в пределах нормы ($19,6 \pm 13,4$), при личностной тревожности полученное значение равно $25,2 \pm 4,1$, оба показателя соответствуют по двум шкалам низкому уровню тревожности (табл.).

Т а б л и ц а

Динамические изменения изучаемых показателей при проведении арттерапии			
Показатель	До арттерапии	После арттерапии	T-критерий (Wilcoxon)
Депрессия	$15,7 \pm 10,2$	$8,4 \pm 7,3$	0,002
Ситуативная тревожность	$32,7 \pm 8,8$	$22,4 \pm 10,6$	0,001
Личностная тревожность	$45,04 \pm 8,6$	$33,8 \pm 7,8$	0,004
Суицидальные реакции	$0,52 \pm 0,1$	$0,36 \pm 0,04$	0,002

На следующем этапе исследования проведено измерение различий с помощью критерия Вилкоксона (Т) и обнаружены изменения показателей по всем шкалам (депрессия, ситуативная тревожность, личностная тревожность, суицидальные реакции).

Арттерапия как форма психотерапии, которая практикуется уже более 60 лет [17], представляет собой способ оказания помощи людям, которым может быть трудно вербализировать свои проблемы. В арттерапии людям предоставляется выбор художественных материалов и предлагается использовать их для свободного выражения. Трехсторонняя связь между пациентом, терапевтом и художественным произведением позволяет регулировать особенности межличностного контакта и интенсивности. Арттерапия считается особенно полезной для пациентов, которые не могут выразить свою внутреннюю жизнь в устной форме, возможно из-за ее «ненормального» или «невыразимого» содержания [21]. Более того, создание художественных работ способствует доброкачественному самосознанию и повышает чувство самоэффективности в процессе выздоровления [15, 16]. Арттерапия у пациентов с расстройствами психотического спектра может помочь найти новые способы выражения своих эмоций и новые способы общения с миром. В процессе терапии пациенты перестают воспринимать свою работу как «исполнение долга» и начинают рассматривать ее как свободную и творческую игру, начинают находить в своей работе «открытия», позволяющие увидеть новый смысл в привычных материалах и предметах, а также в том, что они чувствуют, воспринимают и делают.

ВЫВОДЫ

В процессе проведенного исследования выявлено снижение склонности к суицидальным реакциям после проведения арттерапии у пациентов с психическими расстройствами. Арттерапевтическое воздействие сопровождалось положительной динамикой уровней тревожности и депрессии. Результаты подтверждают целесообразность применения арттерапии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и актуализируют необходимость дальнейших исследований с целью подтверждения положительных результатов как в симптоматическом плане, так и в аспекте восстановления когнитивных функций и улучшения процессов социально-психологической адаптации пациентов.

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 № 104 от 25 января 2018 г. заседания Комитета по этике ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университета» Минздрава России).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Семке В.Я., Агарков А.П. Коморбидность в наркологии: актуальное состояние и перспективы изучения проблемы. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 1997; 1–2: 14–21.
2. Бохан Н.А., Коробичина Т.В. Ассоциированные формы алкоголизма в общесоматической амбулаторной сети. Томск, 2000: 232.
3. Бохан Н.А., Овчинников А.А. Диссоциативная модель формирования алкоголизма (клиника, феноменология, реабилитация). Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008: 210.
4. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение при шизофрении. Часть I: Эпидемиология и факторы риска. *Суицидология*. 2013; 1 (26), 8: 15–28.
5. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология*. 2017; 1 (10), 4: 3–17.
6. Шелехов И.Л., Корнетов А.Н., Гребенщикова Е.В. Суицидология: история и современные представления: учебное пособие. Томск: Изд-во Томского государственного педагогического университета, 2016: 300.
7. Aleman A., Denys D. Mental health: a road map for suicide research and prevention. *Nature*. 2014. 509: 421–3. 10.1038/509421
8. Barret E.A., Mork E., Færden A., Nesvag R., Agartz I., Andreassen O.A. The development of insight and its relationship with suicidality over one-year follow-up in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2015; 162: 97–102. 10.1016/j.schres.2015.01.004
9. Barrett E.A., Sundet K., Faerden A., Nesvag R., Agartz I., Fosse R. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2010; 119 (1–3): 11–7. 10.1016/j.schres.2010.03.022
10. Castelein S., Liemburg E.J., de Lange J.S., van Es F.D., Visser E., Aleman A., et al. Suicide in recent onset psychosis revisited: significant reduction of suicide rate over the last two decades – a replication study of a Dutch incidence cohort. *PLoS One*. 2015; 10 (6): 0129263. 10.1371/journal.pone.0129263
11. Chung Chang W., Chen E.S.M., Hui C.L.M., Chan S.K.W., Lee E.H.M., Chen E.Y.H. The relationships of suicidal ideation with symptoms, neurocognitive function, and psychological factors in patients with first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2014; 157: 12–8. 10.1016/j.schres.2014.06.009
12. Crumlish N., Whitty P., Kamali M., Clarke M., Browne S., McTigue O. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 112 (6): 449–55. 10.1111/j.1600-0447.2005.00620
13. Dutta R., Murray R.M., Hotopf M., Allardyce J., Jones P.B., Boydell J. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67: 1230–7. 10.1001/archgenpsychiatry.2010.157
14. Gill K.E., Quintero J.M., Poe S.L., Moreira A.D., Brucato G., Corcoran C.M. Assessing suicidal ideation in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res*. 2015; 165 (2–3): 152–6. 10.1016/j.schres.2015.04.022
15. Harrow M., Hansford B.G., Astrachan-Fletcher E.B. Locus of control: relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis – A 15-year longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2009; 168: 186–192.
16. Hassan S., Flett G.L., Ganguli R., Hewitt P.L. Perfectionistic self-presentation and suicide in a young woman with major depression and psychotic features. *Case Rep Psychiatry*. 2014. 2014: 901981. 10.1155/2014/901981
17. Hogan S. Healing arts: the history of Art Therapy. London: Jessica Kingsley, 2005.
18. Mc Girr A., Tousignant M., Routhier D., Pouliot L., Chawky N., Margolese H.C. Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study. *Schizophr Res*. 2006; 84: 132–43. 10.1016/j.schres.2006.02.025.
19. Minzenberg M.J., Lesh T.A., Niendam T.A., Yoon J.H., Rhoades R.N., Carter C.S. Frontal cortex control dysfunction related to long-term suicide risk in recent-onset schizophrenia. *Schizophr Res*. 2014; 157: 19–25. 10.1016/j.schres.2014.05.039.
20. Patterson S., Debate J., Anju S., Waller D., Crawford M.J. Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey. *J Ment Health*. 2011; 20: 328–35.

21. Patterson S., Crawford M.J., Ainsworth E., Waller D. Art therapy for people diagnosed with schizophrenia: Therapists' views about what changes, how and for whom. *International Journal of Art Therapy*. 2011; 16: 70–80.
22. Robinson J., Cotton S., Conus P., Schimmelmann B.G., McGorry P., Lambert M. Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009; 43 (2): 149–57.
23. Sanchez-Gistau V., Baeza I., Arango C., Gonzalez-Pinto A., de la Serna E., Parellada M. The affective dimension of early-onset psychosis and its relationship with suicide. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56 (7): 747–55. 10.1111/jcpp.12332
24. Tesky V.A., Schall A., Pantel J. Kunsttherapeutische Ansätze bei Menschen mit Demenz Übersicht zum aktuellen Forschungsstand und Ausblick. [Art Therapeutic Approaches in People with Dementia. Overview of Current Research and Outlook] *Zeitschrift für Musik, Tanz und Kunsttherapie*. 2015; 26: 79–87.

Поступила в редакцию 15.10.2017

Утверждена к печати 5.02.2018

Раздобарова Елена Владимировна, врач-психиатр высшей категории, заместитель главного врача по медицинской части.
Хачикян Елена Родионовна, медицинский психолог.
Шабанова Лариса Сергеевна, преподаватель кафедры клинической психологии.
Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии.
Султанова Аклима Накиповна, к.м.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии.



Раздобарова Елена Владимировна, 2402252@gnpkb3.ru

УДК 616.895.8:616.89-008.441.44:615.851:159.946.4

For citation: Razdobarova E.V., Khachikyan E.R., Shabanova L.S., Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N. Social-psychological predicates of suicidal behavior and efficiency of art-therapeutic intervention in patients with schizophrenia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 75–80. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-75-80](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-75-80)

Social-psychological predicates of suicidal behavior and efficiency of art-therapeutic intervention in patients with schizophrenia

Razdobarova E.V.¹, Khachikyan E.R.¹, Shabanova L.S.², Ovchinnikov A.A.², Sultanova A.N.²

¹ Novosibirsk Clinical Psychiatric Hospital no. 3
Vladimirovskaya Street 2, 630003, Novosibirsk, Russian Federation

² Novosibirsk State Medical University
Krasny Avenue 52, 630091, Novosibirsk, Russian Federation

ABSTRACT

Schizophrenia varies according to severity level and symptoms, is found irrespective of culture, class or race. In the article theoretical aspects of the problem of emotional expression in schizophrenia, features of suicide risk as one of causes of death in this given disease are considered and efficiency of art-therapeutic intervention is practically proved. In results of research authors present statistically reliable indices of favorable influence of art therapy on mental state of patients of schizophrenia spectrum, in particular on decrease in level of suicidal reactions, depression and anxiousness. Authors notice that art therapy is not a pharmacotherapy substitution, however, this therapeutic direction raises feeling of control both over own private world, and over occurring external events that is the major aspect in the etiopathogenetic link of schizophrenia spectrum disorders.

Keywords: schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, suicide risk, suicidal behavior, art therapy, anxiety, depression.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Semke V.Ya., Agarkov A.P. Komorbidnost v narkologii: aktualnoye sostoyaniye i perspektivy izucheniya problemy [Comorbidity in addiction psychiatry: state-of-the-art and prospects of study of the problem]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 1997; 1–2: 14–21 (in Russian).
2. Bokhan N.A., Korobitsina T.V. Assotsirovannyye formy alkoholizma v obshchesomaticheskoy ambulatornoy seti [Associated forms of alcoholism in general medicine network]. Tomsk. 2000: 232 (in Russian).
3. Bokhan N.A., Ovchinnikov A.A. Dissotsiativnaya model formirovaniya alkoholizma (klinika, fenomenologiya, reabilitatsiya) [Dissociative model of formation of alcoholism (clinical picture, phenomenology, rehabilitation)]. Tomsk: Izdatelstvo Tomskogo universiteta, 2008: 210 (in Russian).
4. Lyubov E.B., Tsuprun V.E. Suitsidalnoye povedeniye pri shizofrenii. Chast I: Epidemiologiya i faktory riska [Suicidal behavior in schizophrenia. Part I: Epidemiology and risk factors]. *Suitsidologiya - Suicidology*. 2013; 1 (26). 8: 15–28 (in Russian).
5. Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suitsidalnoye povedeniye pozhilykh [Suicidal behavior of the elderly]. *Suitsidologiya - Suicidology*. 2017; 1 (10). 4: 3–17 (in Russian).
6. Shelekhov I.L., Kornetov A.N., Grebenshchikova E.V. Suitsidologiya: istoriya i sovremennyye predstavleniya [Suicidology: history and modern ideas]: uchebnoye po-sobiye. Tomsk: Izdatelstvo Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta, 2016: 300 (in Russian).
7. Aleman A., Denys D. Mental health: a road map for suicide research and prevention. *Nature*. 2014. 509: 421–3. 10.1038/509421
8. Barret E.A., Mork E., Færden A., Nesvag R., Agartz I., Andreasen O.A. The development of insight and its relationship with suicidality over one-year follow-up in patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2015; 162: 97–102. 10.1016/j.schres.2015.01.004
9. Barrett E.A., Sundet K., Faerden A., Nesvag R., Agartz I., Fosse R. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2010; 119 (1–3): 11–7. 10.1016/j.schres.2010.03.022
10. Castelein S., Liemburg E.J., de Lange J.S., van Es F.D., Visser E., Aleman A., et al. Suicide in recent onset psychosis revisited: significant reduction of suicide rate over the last two decades – a replication study of a Dutch incidence cohort. *PLoS One*. 2015; 10 (6): 0129263. 10.1371/journal.pone.0129263

11. Chung Chang W., Chen E.S.M., Hui C.L.M., Chan S.K.W., Lee E.H.M., Chen E.Y.H. The relationships of suicidal ideation with symptoms, neurocognitive function, and psychological factors in patients with first-episode psychosis. *Schizophr Res.* 2014; 157: 12–8. 10.1016/j.schres.2014.06.009
12. Crumlsh N., Whitty P., Kamali M., Clarke M., Browne S., McTigue O. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 112 (6): 449–55. 10.1111/j.1600-0447.2005.00620
13. Dutta R., Murray R.M., Hotopf M., Allardyce J., Jones P.B., Boydell J. Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67: 1230–7. 10.1001/archgenpsychiatry.2010.157
14. Gill K.E., Quintero J.M., Poe S.L., Moreira A.D., Brucato G., Corcoran C.M. Assessing suicidal ideation in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res.* 2015; 165 (2–3): 152–6. 10.1016/j.schres.2015.04.022
15. Harrow M., Hansford B.G., Astrachan-Fletcher E.B. Locus of control: relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis – A 15-year longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2009; 168: 186–192.
16. Hassan S., Flett G.L., Ganguli R., Hewitt P.L. Perfectionistic self-presentation and suicide in a young woman with major depression and psychotic features. *Case Rep Psychiatry.* 2014. 2014: 901981.10.1155/2014/901981
17. Hogan S. Healing arts: the history of Art Therapy. London: Jessica Kingsley, 2005.
18. Mc Girr A., Tousignant M., Routhier D., Pouliot L., Chawky N., Margolese H.C. Risk factors for completed suicide in schizophrenia and other chronic psychotic disorders: a case-control study. *Schizophr Res.* 2006; 84: 132–43. 10.1016/j.schres.2006.02.025.
19. Minzenberg M.J., Lesh T.A., Niendam T.A., Yoon J.H., Rhoades R.N., Carter C.S. Frontal cortex control dysfunction related to long-term suicide risk in recent-onset schizophrenia. *Schizophr Res.* 2014; 157: 19–25. 10.1016/j.schres.2014.05.039.
20. Patterson S., Debate J., Anju S., Waller D., Crawford M.J. Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: results of a national survey. *J Ment Health.* 2011; 20: 328–35.
21. Patterson S., Crawford M.J., Ainsworth E., Waller D. Art therapy for people diagnosed with schizophrenia: Therapists' views about what changes, how and for whom. *International Journal of Art Therapy.* 2011; 16: 70–80.
22. Robinson J., Cotton S., Conus P., Schimmelmann B.G., McGorry P., Lambert M. Prevalence and predictors of suicide attempt in an incidence cohort of 661 young people with first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009; 43 (2): 149–57.
23. Sanchez-Gistau V., Baeza I., Arango C., Gonzalez-Pinto A., de la Serna E., Parellada M. The affective dimension of early-onset psychosis and its relationship with suicide. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015; 56 (7): 747–55. 10.1111/jcpp.12332
24. Tesky V.A., Schall A., Pantel J. Kunsttherapeutische Ansätze bei Menschen mit Demenz Übersicht zum aktuellen Forschungsstand und Ausblick. [Art Therapeutic Approaches in People with Dementia. Overview of Current Research and Outlook] *Zeitschrift für Musik, Tanz und Kunsttherapie.* 2015; 26: 79–87.

Received October 15.2017

Accepted February 5.2018

Razdobarova Elena V., psychiatrist of higher category, Deputy Chief Medical Officer, Novosibirsk Clinical Psychiatric Hospital no. 3, Novosibirsk, Russian Federation.

Khachikyan Elena R., medical psychologist, Novosibirsk Clinical Psychiatric Hospital no. 3, Novosibirsk, Russian Federation.

Shabanova Larisa S., academic of the Department of Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

Ovchinnikov Anatoly A., MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

Sultanova Aklima N., candidate of medical sciences, senior lecturer of the Department of Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.



Razdobarova Elena V., 2402252@gnkpb3.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13:575.1:159.9.07:615.851

Для цитирования: Мандель А.И., Гуткевич Е.В., Пешковская А.Г., Мазурова Л.В., Назарова И.А., Белокрылов И.И. Семейная психотерапия созависимых родственников больных алкоголизмом с учетом данных семейно-генетического анализа и индивидуально-психологической диагностики: результаты и оценка эффективности. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 81–88. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-81-88](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-81-88)

Семейная психотерапия созависимых родственников больных алкоголизмом с учетом данных семейно-генетического анализа и индивидуально-психологической диагностики: результаты и оценка эффективности

Мандель А.И., Гуткевич Е.В., Пешковская А.Г.,
Мазурова Л.В., Назарова И.А., Белокрылов И.И.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (НИИ психического здоровья Томский НИМЦ)

Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

В статье представлена апробация комплексного психодиагностического инструментария, способного на основе психологических средств сформировать адаптивное поведение у созависимых членов семьи. **Цель** исследования: совершенствование комплексного подхода к оказанию помощи созависимым лицам с применением психологических средств коррекции и оценка его эффективности. **Материалы.** Клинико-динамически и экспериментально-психологически обследовано 35 женщин – родственников больных алкогольной зависимостью (F10.2) в среднем возрасте $43,7 \pm 10,4$ года, посещавших курс психокоррекции созависимости в отделении аддиктивных состояний НИИ психического здоровья. **Методы.** Шкала тревоги и депрессии HADS, методика «Life Style Index», тест-опросник удовлетворенности браком, методика исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман, ММИЛ, «Паспорт здоровья семьи». **Результаты.** По итогам исследования получены новые данные о зависимой от психоактивных веществ личности, формирующей вокруг себя комплекс патологических, болезненных отношений, приводящих к различным отклонениям в семейном окружении, определяемых как созависимость. Способы психологической защиты и копинг-стратегии у женщин в условиях семейной созависимости являются факторами, оказывающими влияние на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий. В семьях женщин, созависимых от больных алкоголизмом мужей, выявлена высокая степень наследственной отягощенности алкоголизмом. Зафиксирована дисфункциональность семейно-брачных отношений, что формирует механизмы созависимости и увеличивает вероятность реализации различных рисков наркологической патологии. Выявлены личностные характеристики, особенности актуального состояния, а также стили психологических защит созависимых женщин – родственников больных алкоголизмом. После краткосрочной групповой психотерапии с учетом данных семейно-генетического анализа и индивидуально-психологической диагностики установлено снижение показателя тревоги и депрессии, улучшение межличностного взаимодействия в семьях женщин с созависимостью. **Заключение.** Применение программы психокоррекции созависимости позволяет депатологизировать отношения в семьях больных алкоголизмом, сформировать новое адаптивное поведение у созависимых членов семьи, что является одним из важнейших аспектов лечебно-реабилитационного процесса. Разработанная технология семейной психотерапии созависимых родственников больных алкоголизмом доказала свою эффективность на начальном этапе ее реализации. Продолжение психокоррекционной работы на последующих этапах планируется в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, созависимость, семейно-генетический анализ, семейная психотерапия, программа психологической помощи, оценка эффективности терапии.

Статья подготовлена в рамках выполнения медицинской технологии «Технология семейной психотерапии созависимых родственников больных алкоголизмом».

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема психологической помощи людям с нарушениями здоровья, обусловленными зависимостью от психоактивных веществ, сохраняет свою значимость – тяжесть медико-социальных последствий алкоголизации обуславливает необходимость разработки новых подходов, повышающих эффективность медицинской помощи при алкогольной зависимости [2, 3, 4, 5, 8, 19, 20, 21]. Исследователи отмечают, что нарушения психического здоровья выявляются не только у лиц, склонных к алкоголизации, но и у членов их семей [15, 28, 30].

Зависимая от психоактивных веществ личность неизбежно формирует вокруг себя комплекс патологических, неадекватных, болезненных отношений, приводящих к различным отклонениям у семейного окружения [6]. Проявления нарушений на семейном (социально-психологическом) уровне определяются термином «алкогольная семья», на личностном – созависимость (co-dependency) [2, 3, 4, 17, 27]. Этот феномен определяется, в частности, как состояние, развивающееся у родственников больных алкогольной зависимостью в результате длительной подверженности стрессу и сосредоточенности на проблемах больного, когда его алкогольные проблемы становятся стержневыми и определяют поведение и деятельность всей семьи, вплоть до самоотречения [22, 26].

Созависимые лица используют отношения с другим человеком так же, как химические или нехимические аддикты используют аддиктивный агент [13]. Выступая как нехимическая форма аддикции, созависимость встречается у родственников разных поколений и возрастов, чаще всего страдают матери [1, 23], дети [9] и супруги [7, 10, 19]. Очевидно, что личностные особенности, способы психологической защиты и копинг-стратегии родственников в условиях семейной созависимости являются факторами, оказывающими влияние на эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий [24, 29]. Кроме того, семейная отягощенность служит наиболее зримым, клинически доступным и анамнестически выявляемым феноменом, дающим основание предполагать наличие биологической (генетической) предрасположенности как к зависимости от психоактивных веществ, так и созависимости [12]. Однако, как пишут А. Corello, J. Orford [25]: «Парадокс состоит в том, что накопилось достаточно данных о роли семьи и ее страданиях. Но сервис по-прежнему ориентирован только на больного индивида».

Таким образом, психотерапевтическая работа с феноменом созависимости, являясь одним из важнейших этапов в терапии зависимых состояний, должна учитывать комплекс данных об индивидуально-психологических особенностях всех родственников и членов семейной системы, а также данные семейно-генетического анализа. Семейный уровень позволяет работать в реальных «группах риска», разработать эффективные программы коррекции, терапии, превенции и реабилитации [11].

Цель исследования – совершенствование комплексного подхода к оказанию помощи созависимым лицам с применением психологических средств коррекции и оценка его эффективности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Группу исследования составили 35 женщин – родственников лиц, больных алкоголизмом (F10.2), проходивших лечение в отделении аддиктивных состояний НИИ психического здоровья в период 2016–2017 гг. Средний возраст в группе исследования составил $43,7 \pm 10,4$ года. Оценка эффективности комплексного подхода к оказанию помощи созависимым лицам выполнялась среди посещавших психокоррекционные мероприятия не менее 1 месяца.

Мероприятия по психологическому сопровождению созависимых родственников больных алкогольной зависимостью проводились с использованием методов психологического тестирования как части психотерапевтического процесса.

Для исследования эффективности психокоррекционных мероприятий созависимых родственников больных алкоголизмом была проведена пре- и постинтервенционная диагностика. Диагностический блок включал: исследование личности и оценку актуального психического состояния на основе Методики многостороннего исследования личности (ММИЛ) (Березин Ф.Б., Мирошников М.П.); диагностика депрессии и тревоги по шкале тревоги

и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, A. S. Zigmond, R. P. Snaith); методика выявления ведущих механизмов психологической защиты «Life Style Index» в адаптации Е.С. Романовой и Л.Р. Гребенникова; методика исследования базисных убеждений личности в модификации Р. Янофф-Бульман; тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ), предложенный В. В. Столиным, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко.

С целью определения генеалогических и семейно-психологических предикторов созависимого поведения были исследованы 11 семей лиц с алкогольной зависимостью. Семейно-психологические аспекты психического здоровья изучали с помощью методического комплекса «Паспорт здоровья семьи»: применяли метод составления геносоциогамм нуклеарной и расширенной семьи; выявления мотивационных особенностей и жизнестойкости членов семьи; определения уровней адаптации и сплоченности, функционального ресурса семьи; адаптационно-превентивного потенциала семьи [10]. Были получены сведения о пяти поколениях родственников пробандов, обследованы родственники первой степени родства (матери и дочери) и супруги (жены и мужья).

Психотерапевтические мероприятия включали индивидуальную психологическую коррекцию, рациональную и когнитивную психотерапию, семейное консультирование, групповую психотерапию, обучение технике релаксации и преодолению стресса, поведенческую терапию, дыхательную гимнастику, поддерживающую психотерапию. Описание программы семейной психокоррекции представлено в Приложении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

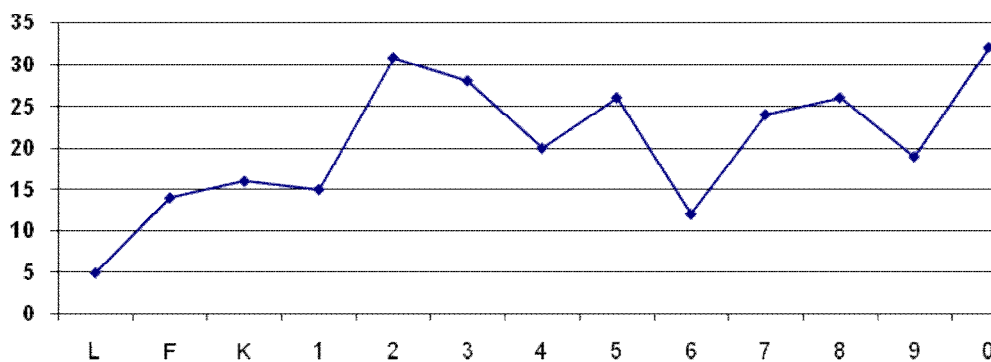
Семейно-генетический анализ больных алкогольной зависимостью с созависимыми родственниками показал, что в расширенных семьях среди родственников, чаще мужчин, выявляются случаи алкогольной, наркотической и других зависимостей, суициды, несчастные случаи и повышенный травматизм – «травмофильность», как формы несудимого аутоагрессивного поведения. Кроме того, наблюдались фатальные алкогольные отравления, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний; язвенная болезнь и другие заболевания ЖКТ; легочная патология, проводящая к летальному исходу. Родственники-мужчины часто имеют пониженный фон настроения, тревожные, «никудышные», с низкими уровнями мотивации достижения и одобрения. В свою очередь родственники-женщины – активные, целеустремленные, «всегда на виду» с повышенной мотивацией достижения и одобрения, средними баллами жизнестойкости.

На протяжении нескольких поколений в исследуемых семьях отмечаются многочисленные разводы, повторные браки, конфликтные взаимоотношения в родительских семьях, низкий культурный и образовательный уровни родителей, бессистемное воспитание. Наряду с этим отмечается рождение

детей вне брака, а также «алкогольные браки» с супружеским алкоголизмом, структурная и функциональная патология внешних и внутренних границ браков – «закрытая семейная система», изменение структуры брака и внутрисемейных отношений; средние уровни адаптации и сплоченности. Основной семейной стратегией является стратегия избегания; определяются дисфункциональные ситуационно-обусловленные стратегии – невосприятие стрессора, пересылка собственных негативных эмоций

другим людям; формирование финально-открытого варианта семейной системы [16], т.е. дисфункциональные семьи.

Далее проводилось исследование личности и оценка актуального психического состояния женщин с созависимостью с помощью методики многостороннего исследования личности (ММИЛ). Исследование позволило построить усредненный психологический профиль, представленный подъемами по шкалам 0, 2, 5, 8, 7 (рис. 1).

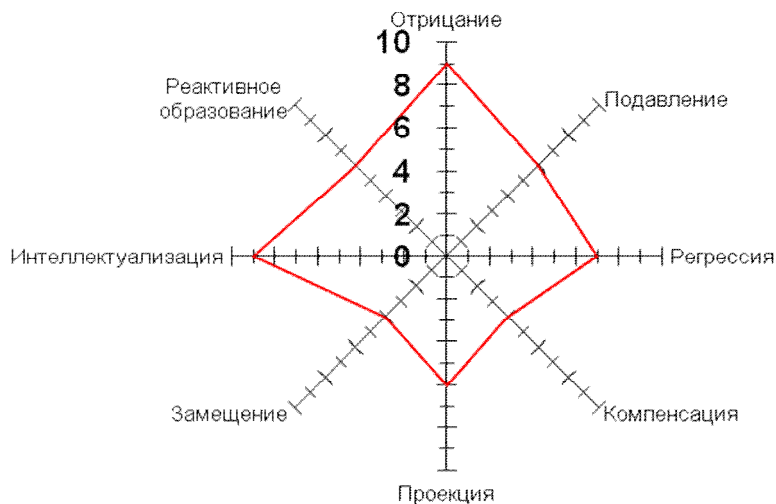


Р и с у н о к 1. Усредненный график профиля ММИЛ у женщин с созависимостью

Данная конфигурация шкал в исследуемой группе позволяет построить следующий портрет созависимых лиц: подъем по шкале 0 (социальных контактов) характерен для замкнутости, неразговорчивости, ухода в себя. В сочетании с пиком по шкале 2 (пессимизма) свидетельствует о выраженности тревожных расстройств. Пик по шкале 5 (выраженности мужских или женских черт характера) отражают черты мужественности, независимости, стремление

самостоятельно принимать решения, пониженное настроение, потребность в психологической помощи, вынужденное обременение мужскими обязанностями, приводящими к глубокому психическому дискомфорту.

Анализ усредненных групповых показателей защитного комплекса у пациенток с проблемами созависимости выявил следующие особенности (рис. 2).



Р и с у н о к 2. Усредненные показатели защитного комплекса у женщин с проблемами созависимости

Результаты исследования позволяют установить в изучаемой выборке преобладание механизмов психологической защиты по типам «интеллектуализация» (8,6) и «отрицание» (8,8). Наименее напряженными оказались защиты «замещение» (4,5) и «компенсация» (3,8). С помощью механизма интеллектуализации (рационализации) пресекаются

негативные переживания посредством логических установок и рациональных убеждений даже при наличии доказательств в пользу обратного. Данный механизм позволяет созависимым женщинам объяснять себе и окружающим необходимость поддержания патологических отношений в собственных семьях.

Отрицание – механизм психологической защиты, посредством которого личность отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства или какой-либо внутренний импульс, сторону самого себя. Отрицание, как механизм психологической защиты, реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности. У женщин, длительное время живущих с больными алкогольной зависимостью, этот механизм имеет сходство с феноменом анозогнозии, характерным для алкогольных больных – их родственников. Иными словами, алкоголик отрицает зависимость, их родственники – собственные проблемы.

Компенсация является механизмом, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой-либо эмоционально-психологической «недостаточности» с помощью подмены объекта таким образом, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало эту нехватку. У созависимых женщин весь спектр компенсирующих объектов и действий резко сужен за счет универсального компенсатора – переживаний за состояния зависимого родственника, помогающего не замечать личностные проблемы.

Действие защитного механизма замещение проявляется в разрядке подавленных эмоций (как правило, враждебности, гнева) с помощью направления на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции или чувства. Как правило, снижение этого механизма психологической защиты свидетельствует о возможности реализовать свои негативные эмоции непосредственно на объект раздражения.

Таким образом, у женщин с созависимостью защитный комплекс характеризуется избыточным использованием психологической защиты по типу отрицания, интеллектуализации; умеренным – реактивные образования, подавления, регрессия, а также низким уровнем задействования механизмов компенсации, замещения.

Для оценки эффективности терапии женщин с созависимостью было проведено клиническое обследование с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) до и после терапии. Результаты диагностики представлены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Показатели тревоги и депрессии женщин с созависимостью до и после персонализированной терапии, баллы		
Показатель	До терапии	После терапии
Тревога, баллы	10,8±3,9	8,6±3,2
Депрессия, баллы	7,7±2,1	7,2±3

После терапии наблюдается тенденция к снижению показателей депрессии у женщин с созависимостью. В свою очередь снижение показателя тревоги, несмотря на длительное воздействие стрессовой ситуации и трудности ее преодоления, носит более выраженный характер: с 10,8 до 8,6 балла ($p=0,046$). Изменения в показателях выраженности данных

симптомов свидетельствуют об эффективности проведенной комплексной терапии состояния женщин с созависимостью.

Шкала базисных убеждений личности также использовалась для оценки эффективности проведенной терапии. Результаты представлены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Показатели шкалы базисных убеждений женщин с созависимостью до и после персонализированной терапии, баллы		
Показатель	До терапии	После терапии
Шкалы базисных убеждений		
Доброжелательность	24±4,2	24,31±5,9
Справедливость	16,15±3,7	16,46±3,9
Образ «Я»	19,92±5,9	24,09±5,4
Удача	23,38±6,4	24,62±6,5
Локус-контроль	19,85±3,7	20,31±3,8
Позитивное мировосприятие	98,85±13,5	101,62±15,8
Атипичность ответов	3,23±4	3,23±3,5

Значимые различия по итогам психотерапевтических мероприятий получены по шкале образ «Я», содержащей представления индивида о себе, как о достойном любви и уважения человеке ($p=0,041$). Кроме того, наблюдается повышение средних показателей по шкале удача (отражает убеждение о том, что индивид считает себя удачливым и везучим человеком), а также повышение баллов по позитивному мировосприятию.

Оценка удовлетворенности браком так же возросла с 27,2 до 29,5 балла после психотерапии (табл. 3). Женщины отметили более позитивное отношение к своему семейному положению.

Т а б л и ц а 3

Степень удовлетворенности браком женщин с созависимостью до и после персонализированной терапии, баллы		
Показатель	До терапии	После терапии
Удовлетворенность браком, баллы	27,2±7,7	29,5±12,5

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить в семьях больных алкогольной зависимостью и их родственников с созависимостью высокую степень наследственной отягощенности алкоголизмом. Зафиксирована комплиментарность психологических характеристик супругов, с лидирующим положением жен и подчиненно-зависимым статусом мужей. Семейно-брачные отношения дисфункциональны, из чего каждый член семьи извлекает определенную выгоду, что формирует механизмы созависимостей и увеличивает вероятность реализации различных рисков наркологической патологии. Исследованием также обнаружены личностные свойства, особенности актуального состояния и стили психологических защит созависимых женщин – родственников больных алкоголизмом.

Метод краткосрочной групповой психотерапии с интегративным выбором психотерапевтических техник, примененный для коррекции указанных выше личностных проблем, оказался эффективным в условиях дефицита времени. После терапии установлено снижение показателя тревоги и формирующаяся тенденция к снижению показателя депрессии у женщин с созависимостью. Положитель-

ная динамика по итогам психотерапевтических мероприятий зарегистрирована в отношении образа «Я», связанного с представлением о себе, как о достойном любви и уважения человеке. Также наблюдается повышение позитивного мировосприятия, улучшение межличностного взаимодействия в семье и удовлетворенности браком.

Применение программы психокоррекции созависимости позволяет депатологизировать отношения в семьях больных алкоголизмом, сформировать новое адаптивное поведение членов семей алкоголиков, что является одним из важных аспектов лечебно-реабилитационного процесса. Представленная программа психологической помощи показала свою эффективность на начальном этапе её реализации. Продолжение психокоррекционной работы на последующих этапах планируется в амбулаторных условиях.

П р и л о ж е н и е

Программа семейной психотерапии созависимых родственников больных алкоголизмом

Структура программы

I этап: Создание психотерапевтического альянса. Достижение психотерапевтических эффектов: эмоциональная поддержка, помощь в осознании проблемы созависимости (родственники больных алкоголизмом лишь в редких случаях способны критически оценить происходящее, в большей части случаев они видят решение своих проблем в изменении другого человека) и формировании мотивации на позитивные изменения

II этап: Осознание личностных глубинных проблем. Достижение психотерапевтических эффектов: нормализация самовосприятия, самооценки, преодоление избыточной тревоги, обиды, вины.

III этап: Нормализация взаимоотношений. Достижение психотерапевтических эффектов: снижение гиперконтроля в межличностных взаимодействиях, преодоление манипулятивных способов общения.

IV этап: Осознание внутрисемейных проблем, включая патологизацию семейных ролей. Достижение психотерапевтических эффектов: развитие техники внутрисемейного общения, корригирующая рекапитуляция первичной семейной группы.

V этап: Стабилизация психологического равновесия и нового опыта семейного взаимодействия. Достижение психотерапевтических эффектов: повышение стрессоустойчивости, формирование уверенного поведения в проблемных ситуациях, закрепление позитивного опыта семейного взаимодействия.

Содержание программы

В рамках психокоррекционной работы основное внимание уделено осознанию деструктивных стилей адаптивно-защитного комплекса. На первых занятиях проводится работа, направленная на осознание применяемой психологической защиты. В последующем расширяется опыт использования эффективных адаптивно-защитных стилей.

В рамках групповых дискуссий предлагаются к обсуждению следующие темы: «Психологическая защита: способ или барьер реализации жизненных планов», «Цели и средства преодоления жизненных трудностей», «Мои способы разрешения сложных ситуаций», «Избегание как средство разрешения проблем», «Способы совладания с семейной проблематикой».

Психокоррекционная программа базируется на техниках психосинтеза, которые включают мишени экзистенциального порядка и требуют использования методов

анализа ранних психотравмирующих переживаний; гештальттерапии, психодрамы, приемах поведенческой терапии и рационально-эмотивных технологиях.

Направленность психокоррекционной работы включает осознание внутриличностных противоречий, доверительное взаимодействие, снижение деструктивных стилей психологической защиты и усиление конструктивных стратегий совладания с реальностью, а также приобретение нового опыта разрешения проблем.

Групповая психокоррекционная работа с проблемой созависимости начинается с распознавания и отреагирования чувств и переживаний. Цель данного блока – научиться опереждать собственные чувства, увидеть и оценить их уникальность и одновременную универсальность и схожесть с чувствами других членов группы, обрести опыт неразрушительного для себя и других эмоционального реагирования.

Дальнейшие этапы групповой работы предполагают обсуждение следующей проблематики: 1) вина и обида как основные чувства созависимой личности; 2) психологические защиты (понятие защит, их распознавание); 3) признаки психологической зависимости; способы преодоления созависимости; 4) созависимые взаимоотношения в семье; 5) психологические приемы самопомощи в преодолении созависимости.

Кроме дискуссионной формы работы в конце каждого занятия проводится сеанс музыкально-релаксационной терапии с освоением навыков аутотренинга. Эти способы психологической коррекции формируют навыки контроля и помогают укрепить веру в свои возможности.

Следующий этап групповой работы связан с актуализацией проблем созависимых членов семьи. Цель – адаптироваться к семейным изменениям в связи с прекращением алкоголизации и направленностью на трезвеннический образ жизни страдающего алкогольной зависимостью. Поскольку алкогольная зависимость способствует личностной деформации и нарушению семейного функционирования, члены семейной группы нуждаются в новом опыте семейного взаимодействия. Психологическая помощь на данном этапе выполняет как профилактическую, так и психокоррекционную задачу. Первая заключается в преодолении возможных рецидивов у бывших пациентов, вторая – в сохранении здоровья и личностного развития у членов семьи и семейной структуры в целом.

Очередной этап групповой работы – коррекция самооценки. Её цель – обучение самоанализу и коррекции самооценки. В процессе психодиагностики пациенток с проявлениями созависимости отмечаются низкая самооценка, острая реакция на критику окружающих, непереносимость критического отношения. При этом защитные, маскированные формы поведения проявляются в демонстративной самоуверенности, надменности, сокрытии за этой маской чувства вины, обиды, неполноценности. Повышение самооценки способствует адекватному самоотношению и гармонизации межличностных взаимодействий.

Направленность на избавление от роли жертвы – важный аспект психокоррекции. Её цель – увидеть негативные последствия функционирования в этой роли и отказаться от нее. Роль жертвы обуславливает переживания, связанные с проявлениями чувства вины, а также трансформации в судью и обвинителя. Отказ от патологизирующих ролей способствует раскрытию творческих возможностей, установлению истинных взаимоотношений, преодолению межличностных проблем.

Продолжительность курса

Психокоррекционные занятия проводятся 3 раза в неделю, длительностью 1 час 20 минут, включая время на групповую дискуссию и релаксационные упражнения.

Продолжительность психокоррекционного цикла определяется особенностями групповой динамики и составляет 7–15 занятий.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Статья подготовлена по теме, выполняемой в рамках поисковых научных исследований НИИ психического здоровья «Разработка методов персонализированной терапии у больных аддитивными расстройствами». Шифр темы 0550-2016-0401. Номер государственной регистрации АААА-А16-116042610053-7.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 100 от 22.05.2017 г., дело № 100/1.2017).

ЛИТЕРАТУРА

- Бисалиев Р.В. Анамнестические и клинко-феноменологические предикторы аутоагрессивного поведения при созависимости. *Наркология*. 2008; 10: 61–66.
- Бохан Н.А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем. *Наркология*. 2002; 1 (2): 31–37.
- Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009: 510.
- Бохан Н.А., Анкудинова И.Э., Мандель А.И. Коморбидные формы алкоголизма у женщин. Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2013: 186.
- Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадырғы И.О., Асланбекова Н.В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 6: 9–14.
- Бохан Т.Г., Пешковская А.Г. Трудности самореализации в субъективной картине жизненного пути больных алкоголизмом. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 2 (65): 34–40.
- Бочаров В.В., Ерофеева Н.А. Клинико-психологические особенности жен пациентов с алкогольной и игровой зависимостью. *Вестник психотерапии*. 2013; 45 (50): 76–84.
- Булатников А.Н., Заретский В.В. Психотерапевтическая помощь семье при наркологических расстройствах. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017; 17 (1): 73–79.
- Гатальская Г.В., Короткевич О.А. Психологическая помощь взрослым детям алкоголиков. *Психотерапия*. 2011; 5: 59–63.
- Гуткевич Е.В. Семейно-генетический кризис: ресурсы, стратегии поведения и технологии совладания семьи. Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие: материалы Междунар. науч. конф. (Кострома, 22–24 сент. 2016 г.) / в 2-х т. / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, М.В. Сапаровская, С.А. Хазова. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2016; 2: 42–44.
- Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф. Организация иерархической системы генетической превенции психических расстройств в семьях как развитие предиктивно-превентивной и персонализированной медицины. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 6: (81) 33–40.
- Кибитов А.О. Медико-генетическое консультирование в наркологии: принципы, задачи и перспективы. *Вопросы наркологии*. 2013; 4: 125–136.
- Короленко Ц.П., Дмитриева Н.А. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический проект, 2000: 464.
- Мазурова Л.В. Методологические аспекты изучения созависимости. *Вестник Томского государственного университета*. 2009; 328: 158–160.
- Мазурова Л.В., Стоянова И.Я., Бохан Н.А. Особенности адаптивно-защитного стиля у женщин с семейной созависимостью и алкогольной зависимостью. *Сибирский психологический журнал*. 2009; 31: 33–35.
- Меринов А.В. Феномен финальной открытости семейной системы в браках мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 2 (2): 39–44.
- Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Современные взгляды на феномен созависимого поведения при алкогольной зависимости. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2011; 3: 136–141.
- Пешковская А.Г., Мандель А.И., Белокрылов И.И., Назарова И.А., Кисель Н.И. Проблема анозогнозии при женском алкоголизме: мишени и эффективность терапевтического воздействия. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 57–63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-3\(96\)-57-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-3(96)-57-63)
- Рожнова Т.М. Клинико-генеалогическое исследование феномена созависимости с позиции системного семейного подхода. *Наркология*. 2013; 10: 59–64.
- Семке В.Я., Галактионов О.К., Мандель А.И., Бохан Н.А., Мещеряков Л.В. Алкоголизм: региональный аспект / под общ. ред. В.Я. Семке. Томск, 1992: 217.
- Семке В.Я., Бохан Н.А., Мандель А.И. Персоналогический анализ в контексте систематики аддитивных состояний. *Наркология*. 2006; 5, 1 (49): 60–65.
- Шайдукова Л.К. Проблемы алкоголизма у супругов. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007; 3: 96–101.
- Шарыгина К.С. Возможности синергетики в описании и лечении аддикций. *Психическое здоровье*. 2013; 5: 53–56.
- Bokhan N.A., Mandel A.I., Stoyanova I.Ya., Mazurova L.V., Aslanbekova N.V. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women. *J Psychol Psychother*. 2013; 3: 128. doi: 10.4172/2161-0487.1000128
- Orford J., Copello A., Velleman R. et al. Family members affected by a close relative's addiction: the stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2010; 17: 36–43.
- Dawson D.A., Grant B.F., Chou P. and Stinson F.S. The Impact of Partner Alcohol Problems on Women's Physical and Mental Health. *Alcohol and Drugs*. 2007: 66–75.
- Fuller J.A., Warner R.M. Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social and General Psychology*. Monographs. 2000: 5–22.
- Hurcom C., Copello A. The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualization of spouses over recent decades. *Substance Use & Misuse*. 2000; 35 (4): 473–502.
- Lewis B., Nixon S.J. Characterizing Gender Differences in Treatment Seekers. *Alcohol Clin Exp*. 2014; 38(1): 275–84. doi: 10.1111/acer.12228.
- Litt M.D., Kadden R.M., Tennen H. Network Support treatment for alcohol dependence: gender differences in treatment mechanisms and outcomes. *Addictive Behaviors*. 2015; 45: 87–92.

Поступила в редакцию 3.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Мандель Анна Исаевна, д-р мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения аддитивных состояний.

Гуткевич Елена Владимировна, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств.

Пешковская Анастасия Григорьевна, м.н.с. отделения аддитивных состояний.

Мазурова Лариса Васильевна, к.м.н., психолог четвертого клинического наркологического отделения.

Белокрылов Илья Игоревич, м.н.с. отделения аддитивных состояний.

Назарова Ирина Анатольевна, м.н.с. отделения аддитивных состояний.

✉ Мандель Анна Исаевна, anna-mandel@mail.ru

УДК 616.89-008.441.13:575.1:159.9.07:615.851

For citation: Mandel A.I., Gutkevich E.V., Peshkovskaya A.G., Mazurova L.V., Belokrylov I.I., Nazarova I.A. Family psychotherapy of co-dependent relatives of alcoholic patients with regard to data of family-genetic analysis and individual-psychological diagnosis: results and evaluation of efficiency. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 81–88. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-81-88](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-81-88)

Family psychotherapy of co-dependent relatives of alcoholic patients with regard to data of family-genetic analysis and individual-psychological diagnosis: results and evaluation of efficiency

Mandel A.I., Gutkevich E.V., Peshkovskaya A.G., Mazurova L.V., Belokrylov I.I., Nazarova I.A.

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

The work was performed with use of medical technology "Technology of heightening the efficiency of personalized therapy based on overcoming the anosognosia in women with alcoholism"

ABSTRACT

The article presents a testing of complex psychodiagnostic tools capable based on psychological means to form adaptive behavior in co-dependent family members. **Objective:** to improve the complex approach to rendering assistance for co-dependent persons with use of psychological means of correction and evaluation of its efficiency. **Materials:** 35 women – relatives of patients with alcohol dependence (F10.2) with a median age 43.7±10.4 years, visiting the course of co-dependence psychocorrection at the Addictive State Department of Mental Health Research Institute are examined with use of clinical-dynamic and experimental-psychological methods. **Methods:** Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS), Life Style Index, Marriage Satisfaction Questionnaire, World Assumptions Scale By R. Janoff-Bulman, Technique of Multiphasic Personality Investigation (TMPI), Passport of Health of the Family. **Results:** As a result of the study new data on substance dependent personality forming around him a complex of pathological, unhealthy relations resulting in various deviations in the family environment defined as co-dependence were obtained. Ways of psychological defense and coping strategies in women in the conditions of family co-dependence are factors influencing the efficiency of therapeutic-rehabilitative activities. In families of women co-dependent on alcoholic husbands a high degree of family history of alcoholism is revealed. Dysfunctions in family-marital relations are shown that forms mechanisms of co-dependence and increases likelihood of realization of various risks of addictive pathology. Personality traits, features of the actual status as well as styles of psychological defenses of co-dependent women – relatives of alcoholic patients are revealed. After short-term group psychotherapy with regard to data of family-genetic analysis and individual-psychological diagnosis decrease in indices of anxiety and depression and improvement of interpersonal interaction in families of women with co-dependence are established. **Conclusion:** Use of the program of co-dependence psychocorrection allows depathologizing the relations in families of alcoholic patients, forming the new adaptive behavior in co-dependent family members that is one of the most important aspects of the therapeutic-rehabilitative process. Developed technology of family psychotherapy of co-dependent relatives of alcoholic patients proves its efficiency at the initial stage of its implementation. Continuation of psychocorrective work at the next stages is planned in outpatient conditions.

Keywords: alcoholism, codependency; family, therapy; counseling, genetic; program development, efficiency

REFERENCES

1. Bisaliev R.V. Anamnestichekieskie i kliniko-fenomenologicheskie prediktoryi autoagressivnogo povedeniya pri sozavisimosti [Anamnestic and clinical-phenomenological predictors of auto-aggressive behavior in codependency]. *Narkologiya – Narcology*. 2008; 10: 61–66 (in Russian).
2. Bokhan N.A. Klinicheskaya geterogennost' alkogolizma i komorbidnost': paradigma mult'iaksial'noy sopryazhennosti problem. [Clinical heterogeneity of alcoholism and comorbidity: paradigm of multiaxial contingency of problems]. *Narkologiya – Narcology*. 2002; 1(2): 31–37 (in Russian).
3. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (in Russian).
4. Bokhan N.A., Ankudinova I.E., Mandel A.I. Komorbidnyie formyi alkogolizma u zhenschin. Tomsk: Izd-vo «Ivan Fedorov», 2013: 186 (in Russian).
5. Bokhan N.A., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G., Badyrgy I.O., Aslanbekova N.V. Etnoterritorialnaya geterogennost formirovaniya alkogolnoy zavisimosti u korennoogo naseleniya Sibiri [Ethnoterritorial heterogeneity of alcohol dependence formation in the native population of Siberia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013; 6: 9–14 (in Russian).
6. Bokhan T.G., Peshkovskaya A.G. Trudnosti samorealizatsii v sub'ektivnoy kartine zhiznennogo puti bolnykh alkogolizmom [Challenges of self-realization in subjective picture of life span of patients with alcoholism]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2011; 2 (65): 34–40 (in Russian).
7. Bocharov V.V., Erofeeva N.A. Kliniko-psihologicheskie osobennosti zhen patsientov s alkogolnoy i igrovoy zavisimostyu [Clinical and psychological characteristics in wives of patients with alcohol dependence and gambling addiction]. *Vestnik psihoterapii – Bulletin of Psychotherapy*. 2013; 45 (50): 76–84 (in Russian).
8. Bulatnikov A.N., Zaretskiy V.V. Psihoterapevticheskaya pomoshch seme pri narkologicheskikh rasstroystvakh [Psychotherapeutic aid families in substance abuse]. *Voprosy psihicheskogo zdorovya detey i podrostkov – Issues of Mental Health of Children and Adolescents*. 2017; 17 (1): 73–79 (in Russian).
9. Gatalskaya G.V., Korotkevich O.A. Psihologicheskaya pomoshch vzroslyim detyam alkogolikov [Psychological aid for adult children of alcoholics]. *Psihoterapiya – Psychotherapy*. 2011; 5: 59–63 (in Russian).
10. Gutkevich E.V. Semeyno-geneticheskiy krizis: resursyi, strategii povedeniya i tehnologii sovladaniya semi. Psihologiya stressa i sovladayushchego povedeniya: resursyi, zdorove, razvitiye: materialyi Mezhdunar. nauch. konf. (Kostroma, 22–24 sent. 2016 g.) / v 2-h t. / otv. red.: T.L. Kryukova, M.V. Saporovskaya, S.A. Hazova. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, 2016; 2: 42–44 (in Russian).
11. Gutkevich E.V., Lebedeva V.F. Organizatsiya ierarhicheskoy sistemyi geneticheskoy preventsii psihicheskikh rasstroystv v semyah kak razvitiye prediktivno-preventivnoy i personalizirovannoy meditsiny [Organization of hierarchic system of

- genetic prevention of mental disorders in families as development of predictive-preventive and personalized medicine]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 6 (81): 33–40 (in Russian).
12. Kibitov A.O. Mediko-geneticheskoe konsultirovanie v narkologii: printsipy, zadachi i perspektivy [Genetic counseling in drug addiction treatment: principles, objectives and prospects]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2013; 4: 125–136 (in Russian).
 13. Korolenko C.P., Dmitrieva N.A. Sotsiodinamicheskaya psikiatriya. M.: Akademicheskii proekt, 2000: 464 (in Russian).
 14. Mazurova L.V., Stoyanova I.Ya., Bohan N.A. Metodologicheskie aspekty izucheniya sozavisimosti [Methodological aspects of study of co-dependence]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta – Tomsk State University Bulletin*. 2009; 328: 158–160 (in Russian).
 15. Mazurova L.V., Stoyanova I.Ya., Bohan N.A. Osobennosti adaptivno-zaschitnogo stilya u zhenshin s semeynoy sozavisimostyu i alkogolnoy zavisimostyu [Peculiarities of adaptive-defensive style in patients with family co-dependence and alcohol dependence]. *Sibirskiy psichologicheskii zhurnal – Siberian Psychological Journal*. 2009; 31: 33–35 (in Russian).
 16. Merinov A.V. Fenomen finalnoy otkryitosti semeynoy sistemy v brakakh muzhchin, stradayushchih alkogolnoy zavisimostyu [Phenomenon of secondary openness of the family system in marriages of men suffering from alcohol dependence]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal – Tyumen Medical Journal*. 2013; 2 (2): 39–44 (in Russian).
 17. Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Sovremennyye vzglyady na fenomen sozavisimogo povedeniya pri alkogolnoy zavisimosti [The modern views of the phenomenon of co-dependent behavior in alcohol addiction (review of literature data)]. *Rossiyskiy mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova – Academician I.P. Pavlov Russian Medico-Biological Bulletin*. 2011; 3: 136–141 (in Russian).
 18. Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Belokrylov I.I., Nazarova I.A., Kisel N.I. Problema anozognozii pri zhenskom alkogolizme: misheni i effektivnost terapevticheskogo vozdeystviya [Problem of anosognosia in female alcoholism: targets and efficiency of therapeutic intervention]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 57–63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-3\(96\)-57-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-3(96)-57-63) (in Russian).
 19. Rozhnova T.M. Kliniko-genealogicheskoe issledovanie fenomena sozavisimosti s pozitsii sistemnogo semeynogo podhoda [Clinical and genealogical study of the phenomenon of co-dependence in terms of system family approach]. *Narkologiya – Narcology*. 2013; 10: 59–64 (in Russian).
 20. Semke V.Ya., Galaktionov O.K., Mandel A.I., Bokhan N.A., Meshcheryakov L.V. [Alcoholism: regional aspect]. V.Ya. Semke, ed. Tomsk, 1992: 217 (in Russian).
 21. Semke V.Ya., Bokhan N.A., Mandel A.I. Personologicheskii analiz v kontekste sistematiки addiktivnykh sostoyaniy [Personological analysis in the context of systematics of addictive states]. *Narkologiya – Narcology*. 2006; 5, 1(49): 60–65 (in Russian).
 22. Shaydukova L.K. Problemy alkogolizma u suprugov [Problems of alcoholism in spouses]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2007; 3: 96–101 (in Russian).
 23. Sharygina K.S. Vozmozhnosti sinergetiki v opisaniy i lechenii addiktitsiy [The opportunities of synergy in description and treatment of addiction]. *Psichicheskoe zdorove – Mental Health*. 2013; 5: 53–56 (in Russian).
 24. Bokhan N.A., Mandel A.I., Stoyanova I.Ya., Mazurova L.V., Aslanbekova N.V. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women. *J Psychol Psychother*. 2013; 3: 128. doi: 10.4172/2161-0487.1000128.
 25. Orford J., Copello A., Velleman R. et al. Family members affected by a close relative's addiction: the stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2010; 17: 36–43.
 26. Dawson D.A., Grant B.F., Chou P. and Stinson F.S. The Impact of Partner Alcohol Problems on Women's Physical and Mental Health. *Alcohol and Drugs*. 2007: 66–75.
 27. Fuller J.A., Warner R.M. Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social and General Psychology. Monographs*. 2000: 5–22.
 28. Hurcom C., Copello A. The family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualization of spouses over recent decades. *Substance Use & Misuse*. 2000; 35 (4): 473–502.
 29. Lewis B., Nixon S.J. Characterizing Gender Differences in Treatment Seekers. *Alcohol Clin Exp*. 2014; 38(1): 275–84. doi: 10.1111/acer.12228.
 30. Litt M.D., Kadden R.M., Tennen H. Network Support treatment for alcohol dependence: gender differences in treatment mechanisms and outcomes. *Addictive Behaviors*. 2015; 45: 87–92.

Received November 3.2017

Accepted February 5.2017

Mandel Anna I., MD, Professor, lead researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Gutkevich Elena V., MD, lead researcher of Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Peshkovskaya Anastasia G., junior researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Mazurova Larisa V., PhD, psychologist of the 4th Clinical Addiction Abuse Treatment Ward, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Belokrylov Iliya I., junior researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

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

✉ Mandel Anna I., anna-mandel@mail.ru

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.891-054.72

Для цитирования: Овчинников А.А., Султанова А.Н., Лазурина А.С., Сычева Т.Ю. Особенности социально-психологической адаптации мигрантов (литературный обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 89–96. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-89-96](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-89-96)

Особенности социально-психологической адаптации мигрантов (литературный обзор)

Овчинников А.А.¹, Султанова А.Н.¹, Лазурина А.С.¹, Сычева Т.Ю.^{1,2}

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

²Новосибирский государственный университет экономики и управления (НИИХ)
630099, Новосибирск, ул. Каменская, д. 52/1

РЕЗЮМЕ

Цель – изучить особенности социально-психологической адаптации мигрантов по материалам отечественных и зарубежных публикаций. Проблема социально-психологической адаптации мигрантов актуальна во все времена, не теряет своей важности и злободневности она и сейчас, когда люди уезжают из родных мест по ряду разных причин, как вынужденно, так и добровольно. Данная категория людей находится в уязвимом положении, так как оказывается оторвана от знакомого окружения, от родной культуры, теряет «опору» в жизни и сталкивается с кризисом, связанным с миграцией. Известно, что от успешности процесса адаптации зависит качество дальнейшей жизни, а во время приспособления к новой окружающей среде мигранты встречаются с проблемами как социального, так и психологического характера.

Ключевые слова: мигранты, социально-психологическая адаптация, аккультурация, психические расстройства не-психотического уровня.

ВВЕДЕНИЕ

Во все времена люди сталкивались с необходимостью мигрировать со своей родины в другие страны по различным причинам: кто-то добровольно уезжал в поисках лучшей жизни для себя, для своей семьи, кто-то покидал родные места вынужденно, например, в связи с политическими или экономическими условиями. Миграция представляет собой сложный процесс, в первую очередь социально-экономический. Известно, что миграция часто отражается на жизни государства, затрагивая многие стороны ее жизни. Большой интерес с исследовательской точки зрения вызывает адаптация индивидов, покинувших родину по каким-либо причинам.

По статистическим данным, приблизительно 244 миллиона человек по всем мире покидают страну своего происхождения, стремясь спастись от войны и её тяжелых последствий, от низкого уровня жизни, надеясь улучшить свои жизненные условия. Проблема адаптации мигрантов рассматривалась учеными, психологами и исследователями особенно часто со второй половины XX века, что связано с рядом процессов, происходящих в современном мире. Немалое количество исследований было посвящено данному вопросу в последние десятилетия, также имеются совсем недавние исследования. Также особый интерес вызывают выбор неудачных, неуспешных моделей адаптации, последствия такой адаптации для мигрантов и различные возможности помощи данной категории людей, безусловно, все эти проблемы актуальны в настоящее время и будут таковыми еще длительное время.

Исходя из сказанного, можно сделать вывод, что проблема социально-психологической адаптации мигрантов требует отдельного изучения.

Цель исследования – изучить особенности социально-психологической адаптации мигрантов по материалам отечественной и зарубежной литературы.

ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Психологическая адаптация, аккультурация, модели аккультурации

Люди, столкнувшиеся с миграцией, переживают определенные трудности, оказавшись в новом для себя месте. Эти трудности включают в себя проблемы как психологической, так и социокультурной адаптации. Психологическая адаптация – очень важный вопрос, касающийся здоровья мигрантов. Так как исследования, проведенные ранее, показывают, что иммигранты в большей степени страдают от ухудшения психического здоровья и от эмоциональных расстройств, чем от проблем с местным населением. Ряд исследователей считает, что так называемые бедные модели адаптации, используемые мигрантами, связаны с высоким уровнем тревоги, депрессии, с низкой самооценкой и прочими психологическими проблемами [2, 7, 33].

L.V. Klyuchnikova [26] предлагает свое определение социально-психологической адаптации. С её точки зрения, социально-психологическая адаптация – это процесс вхождения индивида во взаимодействие с новой окружающей средой. В данный термин автор включает как ориентацию в новой среде, так и осознание существующих проблем, и поиск их оптимального решения. Наиболее ус-

пешно адаптация к новым условиям проходит в тех случаях, когда потребности индивида, входящего в новые условия, совпадают с потребностями и требованиями окружающих социальных условий, общества.

J.W. Berry и соавт. [12] считают, что адаптация – это процесс изменения, приспособления к новым условиям окружающей среды. О психологических последствиях миграции писали и другие психологи. В частности C.S. Ward и соавт. [41] утверждали, что большая часть мигрантов при адаптации испытывает так называемый культурный шок, который оказывает большое значение на их дальнейшее благополучие и зависит от многих факторов. Авторы считают, что существуют два аспекта межкультурной адаптации: социокультурная (основана на подходе к изучению культуры, способность конструктивно взаимодействовать) и психологическая коррективка (облегчает чувство благополучия личности, способствует положительному оцениванию жизни и происходящих событий). F. Rudmin [34] подтверждает предыдущие исследования, определяя аккультурацию как процесс культурного обучения человека, который происходит при адаптации к чужой, новой культуре.

J.W. Berry [11] предложил категорическую модель аккультурации, которая основана на двух измерениях: первое измерение относится к той степени, в которой культура происхождения предпочитается человеком, второе – к той степени, в которой предпочитается новая принимающая культура. На основе взаимодействия между этими двумя измерениями были выделены четыре различные модели аккультурации: разделение, ассимиляция, интеграция и маргинализация.

C.S. Ward [42] предложил альтернативную модель. В ней рассматривается ряд переменных, которые имеют значение в процессе аккультурации: личные факторы (причины миграции, культурная самобытность, беглость языка и стратегии аккультурации), ситуационные факторы (культурная дистанция, социальная поддержка, продолжительность контакта). Классические исследования характеризуют аккультурацию как однонаправленный линейный процесс. В ходе такого процесса человек адаптируется к нормам, традициям новой культуры, которая его принимает.

Исследователи в области этнопсихологических проблем считают, что выбор определенной модели аккультурации зависит от ряда факторов. Выделяются факторы двух уровней: микросоциальные и макросоциальные.

К микросоциальным факторам исследователи относят индивидуальные и групповые. Во-первых, это индивидуально-личностные характеристики индивидов (к таковым относятся такие параметры, как возраст, самооценка, уровень образования, профессиональная занятость и компетентность, жизненный опыт, деятельностная мотивация, личностные качества и т.д.).

Во-вторых, это характеристики групп, находящихся во взаимодействии (прежде всего культурная дистанция между данными группами, количество и степень различий и сходств между ними, субъективное к ним отношение взаимодействующих индивидов). К макросоциальным факторам относят политическое и экономическое положение страны, которая является принимающей, и мира в целом, уровень коррупции и преступности, особенности правового статуса мигрантов, характер иммиграционной политики в принимающей стране, наличие соотечественников в новом обществе, разных национальных автономий, групп и их положение и др. [3, 4].

Таким образом, существуют различные подходы к пониманию психологической адаптации в целом и адаптации среди мигрантов; на настоящий момент исследователями была рассмотрена проблема аккультурации, выделены различные модели аккультурации. Так же были выделены факторы, которые оказывают значительное влияние на выбор определенной модели аккультурации среди мигрантов.

Факторы, оказывающие влияние на социально-психологическую адаптацию

Известны различные факторы, способствующие успешной социально-психологической адаптации мигрантов, помогающие «прижиться» в новой культуре и испытывать минимальный стресс. Можно выделить следующие важные факторы в адаптации мигрантов: наличие языковой свободы, физическое здоровье, востребованность на рынке труда, отсутствие иждивенцев. Выяснилось, что большая часть мигрантов (92%) могут легко адаптироваться к новым социальным условиям в течение полугода. Также для адаптации мигрантов важную роль играют общественные объединения, например, национальные центры, которые способствуют сохранению культурных связей, обычаев, традиций и помогают «проникнуть» в новое общество [5, 9].

Некоторые исследователи отмечают, что мигрантам необходимо иметь определенные знания о новой культуре, которую они выбрали для своей дальнейшей жизни. Уровень адаптации напрямую связан с осведомленностью мигранта об особенностях принимающего общества. Считается, что на процесс адаптации к новой культуре влияют знание языка страны миграции, исторического прошлого, основ правового и государственного устройства. Также на процесс интеграции оказывают уровень образования мигранта, знание норм поведения в новой культуре, традиций и негласных правил поведения. Важно учитывать и особенности страны, в которую мигрировал индивид. Показано, что экономическая ситуация в стране и миграционная политика государства оказывают значительное влияние на социально-психологическую адаптацию индивидов [6].

Были выявлены и другие факторы, помогающие мигрантам в адаптации. E. Diener и соавт. [20] считают, что удовлетворенность жизнью напрямую связана со стабильностью браков, целеустремленностью, трудолюбием, самоэффективностью.

Именно удовлетворенность жизнью является психологической силой, которая имеет эффект буферизации в стрессовых жизненных обстоятельствах, помогает не отчаиваться и не «опускать руки» [38]. В. Headey и соавт. [22] указывают на то, что удовлетворенность жизнью представляет собой конкретный аспект психического здоровья, который имеет отрицательную корреляцию с депрессией.

R. Greene и соавт. [21] выявили другой фактор, являющийся буфером против патологии, – это жизнестойкость. Устойчивость понимается как способность «удерживаться» перед лицом стрессовых событий. Известно, что жизнерадостный человек готов принимать меры для решения проблем, имеет высокую целеустремленность, сильный внутренний locus контроля и т.д. D.M. Davydov и соавт. [18] считают, что устойчивость при поддержании психического здоровья работает в трех направлениях: сведение вреда к минимуму, защита и продвижение.

Также имеет значение индивидуальный уровень когнитивной гибкости: именно он позволяет переключать культурную ориентацию в зависимости от контекста. Когнитивная гибкость гарантирует более качественную защиту психического здоровья, чем высокий уровень ассимиляции или аккультурации [27].

Исследование, выполненное M. Basin и соавт. [9], показало, что социально-психологическая адаптация проходит успешнее в том случае, если есть полноценная семья, в которой имеются активные и положительно настроенные представители, оказывающие поддержку другим членам своей семьи. Семья является важнейшим источником социальной поддержки в условиях миграции. Мигранты, которые самостоятельно приняли решение переехать в новую страну, принимают больше активных действий для адаптации, поскольку оказались оторванными от родной культуры не насильно. Исследователи отмечают, что большое значение имеют образование и знание языка принимающей культуры. Результаты исследования свидетельствуют о том, что мигранты, имеющие среднее или высшее образование и владеющие языком принимающей культуры, более легко находят работу и имеют хотя и небольшое количество материальных средств, но достаточное для жизни.

E. Maydell-Stevens и соавт. [30] описывают исследование, проведенное в университете Виктории, в котором изучалась адаптация русскоязычных мигрантов, проживающих в Новой Зеландии. В результате данного исследования было выявлено, что участниками-мигрантами использовались три стратегии решения проблем: поведенческие и когнитивные стратегии, социальная поддержка. Важным источником социальной поддержки являлись семьи мигрантов. К когнитивным стратегиям относились оптимизм, позитивное мышление, переосмысление перспектив и т.д. – это сознательные и рациональные методы. Поведенческих стратегий выделилось несколько, среди которых значимыми были избега-

ние и отвлечение внимания в какой-либо деятельности – изучение, забота о семье, общение в русскоязычном обществе. Исследователи в области этнопсихологии обращают внимание на то, что наибольшие проблемы с адаптацией испытывают те семьи мигрантов, в которых взрослые представители имеют физические недуги, страдают наркотической зависимостью. Также авторы утверждают, что со значительными трудностями в адаптации сталкиваются те семьи, в которых имеется только один родитель, и многодетные семьи. Такие семьи редко ориентированы на собственные возможности, не проявляют активности по улучшению своего положения. Еще одна особенность представителей данной группы – высокий уровень боязни потери социальной помощи от государства, потери права на социальное обеспечение семьи. Считается, что подобные признаки свидетельствуют о наличии выученного манипулирования социальными властями [9].

Таким образом, психологами и исследователями в области этнопсихологии были обнаружены и рассмотрены различные факторы, которые оказывают влияние на социально-психологическую адаптацию мигрантов. Рассматривая воздействующие факторы, мы можем прогнозировать возможные варианты исходов адаптации. Разными исследователями выделяются десятки факторов, которые в той или иной мере влияют на психологическое состояние и уровень адаптации мигрантов в новой культурной среде.

Психотические нарушения у мигрантов как следствие дезадаптации

Известно, что миграция имеет ряд негативных последствий для людей, оказавшихся в новой культуре. К негативным последствиям относятся, в том числе, и психические расстройства непсихотического уровня. Психоз – одно из следствий дезадаптации мигрантов. Связь между психозами и миграцией была подтверждена более чем в 20 исследованиях и 2 метаанализах [14, 16]. Авторами сделан вывод, что риск появления психоза напрямую связан с разными социальными факторами, а не с выборочной миграцией людей, которые имеют генетическую предрасположенность [35]. Все ранее проведенные исследования продемонстрировали явные различия во встречаемости и распространенности такого нарушения, как психоз, среди разных групп мигрантов. Стоит отметить, что данный механизм недостаточно изучен, несмотря на то что актуальность этой проблемы с каждым днем расширяется в среде как этнопсихологов, так и этнопсихиатров [19].

Обнаружены социальные детерминанты психотических нарушений среди мигрантов. С. Morgan и соавт. [32] считают, что разные социальные невзгоды, дискриминация и этническая плотность в принимающей стране повышают вероятность возникновения психоза среди мигрантов и этнических меньшинств. С. Morgan и соавт. [31] выдвинули предположение, что именно социальные аспекты определяют различия в вероятности появления психоза.

Одним из доминирующих этиологических факторов в контексте социальных предикторов выделяют этническую принадлежность индивидов, адаптирующихся к новой культуре, и их миграционный статус. Кросскультурные психологи считают, что имеет большое значение накопление социального неблагополучия в ряде различных областей жизни. К ним относятся образование, занятость, социальные сети, окружающая среда и т. д. [23, 29, 39]. Этнические меньшинства и мигранты в частности имеют повышенный риск возникновения психоза, если оказываются подвержены расовым нападениям, проявлениям расизма [24] или социальной дискриминации [40]. Также исследователи делают важное замечание, что если группа мигрантов составляет значительную часть населения страны, в которую они переехали, то психоз появляется и развивается с меньшей степенью вероятности. Этническая плотность оказывает значительное влияние на мигрантов [15, 17].

Несмотря на сложность диагностики психотических расстройств в выборке мигрантов, авторы предлагают ввести термин «психоз, как опыт», поскольку в процессе практической работы диагностируется достаточно высокий процент нарушений, по многим критериям относящихся к психотическим расстройствам [43]. На обширной выборке кросскультуральных исследований выявлено, что миграция связана с высокой вероятностью возникновения психоза и галлюцинаций. J.E. DeVlyder и соавт. [19] провели исследование, в котором изучалась взаимосвязь между психозом и стрессом аккультурации у двух первых поколений мигрантов. Были выявлены достоверно значимые результаты между изучаемыми показателями.

K. Vanheusden и соавт. [39] ранее указывали на взаимосвязь между галлюцинациями и миграцией среди незападных мигрантов, проживающих в Нидерландах, однако данные авторы не различали слуховые и зрительные галлюцинации A.O. Berg и соавт. [10] нашли положительные симптомы среди мигрантов в Норвегии (в первую очередь у азиатских и африканских), однако они не очерчивали границы между подтипами положительных симптомов. Были проведены и другие исследования, в результате которых у марокканских мигрантов в Нидерландах были обнаружены галлюцинации и бред [40]. При исследовании турецких мигрантов, проживающих на территории Германии, было обнаружено, что помимо галлюцинаций они имеют и депрессивные симптомы. Различия в результатах вышеприведенных исследований можно объяснить причинами, которые связаны с измерением, с различиями между группами мигрантов, с разницей выборов в целом, с различиями между культурой и особенностями принимающих стран.

Существуют исследования, в которых была выявлена взаимосвязь между стрессом, получаемым ежедневно, и усилением психотических симптомов [1, 19] среди молодых людей, имеющих риск воз-

никновения психоза, которые обращались за помощью. Важно отметить, что стресс аккультурации может представлять собой совокупность различных мелких неприятностей, которые происходят систематически. Было выяснено, что высокая восприимчивость, сенситивность к текущим стрессовым факторам, которые связаны с проникновением в новую культуру и с её освоением, и невозможность справиться с часто встречающимися стрессовыми ситуациями, могут способствовать связи между миграцией и психозом. Но не стоит забывать о вероятности того, что стресс аккультурации может быть лишь одной из причин, которая опосредует связь между миграцией и психозом. Среди этих причин могут быть также дискриминация [24, 40] и этническая плотность [15, 17, 25, 36]. Исследователи считают, что аккультурация – это определенный механизм, который имеет возможность к изменению путем вмешательства на индивидуальном уровне, например, на уровне семьи, в отличие от дискриминации со стороны принимающей культуры или этнической плотности. Для предотвращения стресса аккультурации и снижения последствий были предложены различные меры, например, бикультурные тренинги, группы поддержки для семей, находящихся в миграции, и для отдельных индивидов [37]. Подобные мероприятия для мигрантов, которые испытывают стресс аккультурации, способны понизить вероятность возникновения психоза.

Таким образом, исследователями были рассмотрены различные варианты психотических расстройств среди мигрантов, которые являются последствием дезадаптации в новой культурной среде. Взаимосвязь между дезадаптацией и психическими расстройствами очень интересна исследователям, поскольку в настоящее время нередко обнаруживается среди мигрантов.

Исследователи считают, что аккультурация – это многомерный процесс, при котором происходят значительные изменения в различных сферах жизни мигрантов. При этом изменения имеются в таких областях, как языковая, этническая и культурная идентичность, иными становятся ценности, обычаи, традиции, видоизменяются общественные отношения и гендерные роли, особенности общения, творческой деятельности и т.д. [28]. По мнению исследователей, процесс аккультурации состоит из нескольких этапов. Так, J.W. LeMaster [28] считает, что психологическая аккультурация представляет собой процесс, начинающийся в тот момент, когда мигранты оказываются в новой стране, в новой культуре, начинают приспосабливаться к ее особенностям. Исследователи уверены в том, что процесс аккультурации может быть причиной ряда проблем, с которыми сталкиваются мигранты. К таким проблемам авторы относят смену ролей в семейных отношениях, внутрисемейные конфликты, сложности в общении и взаимопонимании, изменения в гендерных ролях. Также зачастую мигранты имеют проблемы с определением собственной идентич-

ности, происходит изменение отношения к культуре своего происхождения и к принимающей культуре, нередко утрачивается лояльность. Мигранты склонны испытывать одиночество и чувство изолированности. Исследователи отмечают, что часто в семьях мигрантов имеются межпоколенные конфликты, которые базируются на различиях в особенностях аккультурации детей и их родителей. Известно, что дети-мигранты быстро адаптируются к новой культуре, легко изменяют свое поведение в соответствии с новыми нормами. Отмечается, что мигранты, находящиеся в пожилом возрасте, имеют наибольшую вероятность появления проблем, связанных с психическим здоровьем; они находятся в наиболее уязвимом положении. Ученые считают, что структуры психологической и психиатрической помощи в обязательном порядке должны иметь программы, которые направлены на помощь мигрантам в социокультурной адаптации к изменившимся условиям. Исследователи отмечают тот факт, что конфликты и проблемы, связанные с аккультурацией, в большем количестве случаев приводят к тому, что мигранты оказываются вынуждены обращаться как за психологической, так и за психиатрической помощью. Необходимо помнить о том, что даже мигранты, проживающие в новой стране продолжительное время, часто продолжают идентифицировать себя с культурой своего происхождения, несмотря на принятие нового образа жизни. Данная особенность может способствовать развитию психологических проблем у мигрантов.

На настоящий момент многие исследователи пришли к выводу, что миграция в большинстве случаев является стрессовым процессом, следствием которого являются многочисленные нарушения. Ввиду высокого уровня стресса у мигрантов могут возникнуть психические заболевания и психологические расстройства в период адаптации к новой культуре [13]. Безусловно, социально-психологическая помощь оказывает большое влияние на успешность адаптации мигрантов, также она устраняет негативные последствия выбора «неудачных» моделей адаптации, помогает справиться с трудностями приспособления к новой культуре и связанными с данными проблемами переживаниями.

ВЫВОДЫ

Теоретический анализ литературных источников по вопросам социально-психологической адаптации мигрантов позволил выделить факторы, способствующие успешной социально-психологической адаптации мигрантов, помогающие «прижиться» в новой культуре и испытывать минимальный стресс, такие как наличие языковой свободы, физическое здоровье, востребованность на рынке труда, отсутствие иждивенцев. Также для адаптации мигрантов важную роль играют общественные объединения, например, национальные центры, которые способствуют сохранению культурных связей, обычаев, традиций и помогают «проникнуть» в новое общество. Проанализированы различные варианты

психотических расстройств среди мигрантов, которые являются последствием дезадаптации в новой культурной среде.

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, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (№ 102 от 24 ноября 2017 г. заседания Комитета по этике ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университета» Минздрава России).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Овчинников А.А., Султанова А.Н. Аддиктивные расстройства у мигрантов при аккультурации в российское общество. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 4 (93): 98–105.
2. Бохан Н.А., Султанова А.Н., Овчинников А.А. Кросскультуральные аспекты посттравматических стрессовых расстройств (литературный обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 3 (92): 88–92.
3. Кашпур В.В., Поправко И.Г. Социокультурная адаптация мигрантов: проблемы и стратегии (томский кейс). *Вестник Томского государственного университета*. 2012; 354: 88–93.
4. Киселева Л.Т., Овчинников А.А., Султанова А.Н. Особенности эмоционального реагирования мигрантов как фактор, снижающий успешность адаптации. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 1 (90): 9–14.
5. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Киселева Л.Т. Кросскультуральные аспекты психотерапии (литературный обзор). *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2016; 2: 8–14.
6. Штоп Д.А. Основные факторы, оказывающие влияние на адаптацию мигрантов. Сборник научных трудов по материалам XIV Международной научно-практической конференции. М., 2017: 67–70.
7. Aroian K.J., Norris A. Assessing risk for depression among immigrants at two-year follow-up. *Arch Psychiatr Nurs*. 2002. Dec; 16 (6): 245–53.
8. Bacallao M.L., Smokowski P.R. “Entre dos mundos” (between two worlds): bicultural skills training with Latino immigrant families. *J. Prim. Prev*. 2005; 26 (6): 485–509.
9. Basin M., Haidov S., Cherkasova S., Shalaginova K. Socio-psychological Adaptation of Migrants Being in Difficult Life Situation. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. MCSER Publishing, Rome, Italy, 2015; 6 (6): 7.
10. Berg A.O., Melle I., Rossberg J., Romm K., Larsson S., Lagerberg T.V., Andreassen O.A., Hauff E. Perceived discrimination is associated with severity of positive and depression/anxiety symptoms in immigrants with psychosis: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2011; 11 (1): 77.
11. Berry J.W. “A psychology of immigration”. *Journal of Social Issues*. 2001; 57: 615–631.
12. Berry J.W., Poortinga M.H., Segall P.R. *Dasen Cross-Cultural Psychology: Research and Applications*. 2nd ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
13. Bhugra D., Jones P. Migration and mental illness. *Advanced in Psychiatric Treatment*. 2001; 7: 216–222.
14. Bourque F., Van der Ven E., Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol. Med*. 2011; 41 (5): 897–910.
15. Boydell J., Van Os J., McKenzie K., Allardyce J., Goel R., McCreddie R.G., Murray R.M. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ*. 2001; 323 (7325): 1336–1338.

16. Cantor-Graae E., Selten J.-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am. J. Psychiatry*. 2005; 162 (1): 12–24.
17. Das-Munshi J., Bécarea L., Boydell J.E., Dewey M.E., Morgan C., Stansfeld S.A., Prince M.J. Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC). *Br. J. Psychiatry*. 2012; 201(4): 282–290.
18. Davydov D.M., Stewart R., Ritchie K., Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(5): 479–495.
19. DeVlyder J.E., Ben-David S., Schobel S.A., Kimhy D., Malaspina D., Corcoran C.M. Temporal association of stress sensitivity and symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychol. Med.* 2013; 43(2).
20. Diener E., Napa-Scollon C.K., Oishi S., Dzokoto V., Suh E.M. Positivity and the construction of life satisfaction judgments: Global happiness is not the sum of its parts. *Journal of Happiness Studies*. 2000. 1(2): 159–176.
21. Greene R., Galambos C., Lee Y. Resilience theory. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2004; 8(4): 75–91.
22. Headey B., Kelley J., Wearing A. Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*. 1993; 29(1): 63–82.
23. Hjern A., Wicks S., Dalman C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychol. Med.* 2004; 34(6): 1025–1033.
24. Karlsen S., Nazroo J.Y. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am. J. Public Health*. 2002; 92(4): 624–631.
25. Kirkbride J.B., Morgan C., Fearon P., Dazzan P., Murray R.M., Jones P.B. Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychol. Med.* 2007; 37(10): 1413–1425.
26. Klyuchnikova L.V. The relationship of socio-psychological adaptation of immigrants and intergroup perception. PhD thesis. 2001.
27. Lechuga J. Is acculturation a dynamic construct? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 30(3): 324–339.
28. LeMaster J.W., Broadbridge C.L., Lumley M.A., Arnetz J.E., Arfken C., Fetters M.D. Acculturation and post-migration psychological symptoms among Iraqi refugees: a path analysis. *Am J Orthopsychiatry*. 2017; Mar 2.
29. Mallett R., Leff J., Bhugra D., Pang D., Zhao J.H. Social environment, ethnicity and schizophrenia – a case-control study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2002; 37(7): 329–335.
30. Maydell-Stevens E., Masgoret A.-M., Ward T. Problems of psychological and sociocultural adaptation among Russian-speaking immigrants in New Zealand. *Social Policy Journal of New Zealand TePunaWhakaaro*. 2007; 30 March, Moscow: Institute of psychology, RAS.
31. Morgan C., Kirkbride J., Leff J., Craig T., Hutchinson G., Morgan K., Dazzan P., Doody G.A., Jones P. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol. Med.* 2007; 37(4): 495–504.
32. Morgan C., Charalambides M., Hutchinson G., Murray R.M. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr. Bull.* 2010; 36(4): 655–664.
33. Pernice R.A., Trlin A. Henderson and N. North Employment and mental health of three groups of immigrants to New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology*. 2000; 29(1): 24–29.
34. Rudmin F. Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. *Int. J. Intercult. Relat.* 2009; 33(2): 106–123.
35. Selten J.-P., Cantor-Graae E., Kahn R.S. Migration and schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2007; 20(2): 111–115.
36. Schofield P., Ashworth M., Jones R. Ethnic isolation and psychosis: re-examining the ethnic density effect. *Psychol. Med.* 2011; 41(6): 1263–1269.
37. Smokowski P.R., Bacallao M. Entre dos mundos/between two worlds: youth violence prevention for acculturating Latino families. *Res. Soc. Work. Pract.* 2009; 19(2): 165–178.
38. Suldo S.M., Huebner E.S. Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *School Psychology Quarterly*. 2004; 19(2): 93–105.
39. Vanheusden K., Mulder C.L., Van Der Ende J., Selten J.P., Van Lenthe F.J., Verhulst F.C., Mackenbach J.P. Associations between ethnicity and self-reported hallucinations in a population sample of young adults in The Netherlands. *Psychol. Med.* 2008; 38(8): 1095–1102.
40. Veling W., Selten J.P., Mackenbach J.P., Hoek H.W. Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic minorities. *Schizophr. Res.* 2007; 95 (1–3): 30–38.
41. Ward C., Bochner S., Furnham A. *The Psychology of Culture Shock*. Routledge, Hove, England, 2001.
42. Ward C. “Acculturation” / in D. Landis and R.S. Bhagat (eds.) *Handbook of Intercultural Training*. 2nd ed. Sage Publications, Thousand Oaks, California, 1996: 24–147.
43. Werbeloff N., Drukker M., Dohrenwend B.P., Levav I., Yoffe R., Van Os J., Davidson M., Weiser M. Self-reported attenuated psychotic symptoms as forerunners of severe mental disorders later in life. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2012; 69(5): 467–475.

Поступила в редакцию 2.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии.
Султанова Аклима Накиповна, к.м.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии.
Лазурин Анастасия Сергеевна, клинический психолог.
Сычева Татьяна Юрьевна, канд. пед. наук, доцент.

✉ Султанова Аклима Накиповна, sultanova.aklima@yandex.ru

УДК 616.891-054.72

For citation: Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Lazurina A.S., Sycheva T.Yu. Peculiarities of social-psychological adaptation of migrants (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 89–96. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-89-96](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-89-96)

Peculiarities of social-psychological adaptation of migrants (literary review)

Ovchinnikov A.A.¹, Sultanova A.N.¹, Lazurina A.S.¹, Sycheva T.Yu.^{1,2}

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

² Novosibirsk State University of Economics and Management
Kamenskaya Street 52/1, 630099, Novosibirsk, Russian Federation

ABSTRACT

Research objective – to study features of socially-psychological adaptation of migrants on materials of domestic and foreign publications. The problem of socio-psychological adaptation of migrants is relevant at all times, it does not lose its importance and topicality even today, when people leave their homes for a number of different reasons, both compulsorily and voluntarily. This category of people is in a vulnerable position, as it is detached from the familiar environment, from the native culture, loses its "support" in life and faces a crisis related to migration. It is known that the quality of further life depends on the success of the adaptation process, and when adapting to a new environment, migrants meet with problems of both a social and a psychological nature.

Keywords: migrants, social-psychological adaptation, acculturation, mental disorders of non-psychotic level.

REFERENCES

- Bokhan N.A., Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N. Additivnyie rasstroystva u migrantov pri akkulturratsii v rossiyskoe obshchestvo [Addictive disorders in migrants under acculturation in Russian society]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016. 4 (93): 98–105 (in Russian).
- Bokhan N.A., Sultanova A.N., Ovchinnikov A.A. Krosskulturalnyie aspektyi posttraumaticheskikh stressovyih rasstroystv (literaturnyy obzor) [Cross-cultural aspects of posttraumatic stress disorders (literature review)]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016. 3 (92): 88–92 (in Russian).
- Kashpur V.V., Popravko I.G. Sotsiokulturnaya adaptatsiya migrantov: problemy i strategii (tomskiy keys) [Socio-cultural adaptation of migrants: problems and strategies (Tomsk case)]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta – Tomsk State University Bulletin*. 2012; 354: 88–93 (in Russian).
- Kiseleva L.T., Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N. Osobennosti emotsionalnogo reagirovaniya migrantov kak faktor, snizhayushchiy uspehnost adaptatsii [Features of emotional response of migrants as a factor for successful adaptation]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016. 1 (90): 9–14 (in Russian).
- Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Kiseleva L.T. Krosskulturalnyie aspektyi psihoterapii (literaturnyy obzor) [Cross-cultural aspects of psychotherapy (literature review)]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psihologii im. V.M. Behtereva – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016; 2: 8–14 (in Russian).
- Shtop D.A. Osnovnyie faktoryi, okazyivayushchie vliyanie na adaptatsiyu migrantov [The main factors influencing adaptation of migrants]. *Sbornik nauchnyih trudov po mezhduнародnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. M., 2017: 67–70 (in Russian)*.
- Aroian K.J., Norris A. Assessing risk for depression among immigrants at two-year follow-up. *Arch Psychiatr Nurs*. 2002. Dec; 16 (6): 245–53.
- Bacallao M.L., Smokowski P.R. "Entre dos mundos" (between two worlds): bicultural skills training with Latino immigrant families. *J. Prim. Prev*. 2005; 26 (6): 485–509.
- Basin M., Haidov S., Cherkasova S., Shalaginova K. Socio-psychological Adaptation of Migrants Being in Difficult Life Situation. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. MCSER Publishing, Rome, Italy, 2015; 6 (6): 7.
- Berg A.O., Melle I., Rossberg J., Romm K., Larsson S., Lagerberg T.V., Andreassen O.A., Hauff E. Perceived discrimination is associated with severity of positive and depression/anxiety symptoms in immigrants with psychosis: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2011; 11 (1): 77.
- Berry J.W. "A psychology of immigration". *Journal of Social Issues*. 2001; 57: 615–631.
- Berry J.W., Poortinga M.H., Segall P.R. *Dasen Cross-Cultural Psychology: Research and Applications*. 2nd ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
- Bhugra D., Jones P. Migration and mental illness. *Advanced in Psychiatric Treatment*. 2001; 7: 216–222.
- Bourque F., Van der Ven E., Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol. Med*. 2011; 41 (5): 897–910.
- Boydell J., Van Os J., McKenzie K., Allardyce J., Goel R., McCreddie R.G., Murray R.M. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ*. 2001; 323 (7325): 1336–1338.
- Cantor-Graae E., Selten J-P. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am. J. Psychiatry*. 2005; 162 (1): 12–24.
- Das-Munshi J., Bécarea L., Boydell J.E., Dewey M.E., Morgan C., Stansfeld S.A., Prince M.J. Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC). *Br. J. Psychiatry*. 2012; 201(4): 282–290.
- Davydov D.M., Stewart R., Ritchie K., Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(5): 479–495.
- DeVylder J.E., Ben-David S., Schobel S.A., Kimhy D., Malaspina D., Corcoran C.M. Temporal association of stress sensitivity and symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychol. Med*. 2013; 43(2).
- Diener E., Napa-Scollon C.K., Oishi S., Dzokoto V., Suh E.M. Positivity and the construction of life satisfaction judgments: Global happiness is not the sum of its parts. *Journal of Happiness Studies*. 2000. 1(2): 159–176.
- Greene R., Galambos C., Lee Y. Resilience theory. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 2004; 8(4): 75–91.
- Headley B., Kelley J., Wearing A. Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*. 1993; 29(1): 63–82.
- Hjern A., Wicks S., Dalman C. Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants – a national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychol. Med*. 2004; 34(6): 1025–1033.
- Karlsen S., Nazroo J.Y. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *Am. J. Public Health*. 2002; 92(4): 624–631.
- Kirkbride J.B., Morgan C., Fearon P., Dazzan P., Murray R.M., Jones P.B. Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychol. Med*. 2007; 37(10): 1413–1425.
- Klyuchnikova L.V. The relationship of socio-psychological adaptation of immigrants and intergroup perception. PhD thesis. 2001.
- Lechuga J. Is acculturation a dynamic construct? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 30(3): 324–339.
- LeMaster J.W., Broadbridge C.L., Lumley M.A., Arnetz J.E., Arfken C., Fetters M.D. Acculturation and post-migration psychological symptoms among Iraqi refugees: a path analysis. *Am J Orthopsychiatry*. 2017; Mar 2.
- Mallett R., Leff J., Bhugra D., Pang D., Zhao J.H. Social environment, ethnicity and schizophrenia – a case-control study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 2002; 37(7): 329–335.
- Maydell-Stevens E., Masgoret A.-M., Ward T. Problems of psychological and sociocultural adaptation among Russian-speaking immigrants in New Zealand. *Social Policy Journal of New Zealand TePunaWhakaaro*. 2007; 30 March, Moscow: Institute of psychology, RAS.
- Morgan C., Kirkbride J., Leff J., Craig T., Hutchinson G., Morgan K., Dazzan P., Doody G.A., Jones P. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol. Med*. 2007; 37(4): 495–504.
- Morgan C., Charalambides M., Hutchinson G., Murray R.M. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr. Bull*. 2010; 36(4): 655–664.
- Pernice R.A., Trlin A., Henderson N. North Employment and mental health of three groups of immigrants to New Zealand. *New Zealand Journal of Psychology*. 2000; 29(1): 24–29.

34. Rudmin F. Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. *Int. J. Intercult. Relat.* 2009; 33(2): 106–123.
35. Selten J.-P., Cantor-Graae E., Kahn R.S. Migration and schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2007; 20(2): 111–115.
36. Schofield P., Ashworth M., Jones R. Ethnic isolation and psychosis: re-examining the ethnic density effect. *Psychol. Med.* 2011; 41(6): 1263–1269.
37. Smokowski P.R., Bacallao M. Entre dos mundos/between two worlds: youth violence prevention for acculturating Latino families. *Res. Soc. Work. Pract.* 2009; 19(2): 165–178.
38. Suldo S.M., Huebner E.S. Does life satisfaction moderate the effects of stressful life events on psychopathological behavior during adolescence? *School Psychology Quarterly.* 2004; 19(2): 93–105.
39. Vanheusden K., Mulder C.L., Van Der Ende J., Selten J.P., Van Lenthe F.J., Verhulst F.C., Mackenbach J.P. Associations between ethnicity and self-reported hallucinations in a population sample of young adults in The Netherlands. *Psychol. Med.* 2008; 38(8): 1095–1102.
40. Veling W., Selten J.P., Mackenbach J.P., Hoek H.W. Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic minorities. *Schizophr. Res.* 2007; 95 (1–3): 30–38.
41. Ward C., Bochner S., Furnham A. *The Psychology of Culture Shock.* Routledge, Hove, England, 2001.
42. Ward C. “Acculturation” / in D. Landis and R.S. Bhagat (eds.) *Handbook of Intercultural Training.* 2nd ed. Sage Publications, Thousand Oaks, California, 1996: 24–147.
43. Werbeloff N., Drukker M., Dohrenwend B.P., Levav I., Yoffe R., Van Os J., Davidson M., Weiser M. Self-reported attenuated psychotic symptoms as forerunners of severe mental disorders later in life. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2012; 69(5): 467–475.

Received November 2.2017

Accepted February 5.2017

Ovchinnikov Anatoly A., MD, Professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

Sultanova Aklima N., candidate of medical sciences, senior lecturer, of Department of Clinical Psychology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

Lazurina Anastasia S., clinical psychologist, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

Sycheva Tatiana Yu., candidate of pedagogical sciences, senior lecturer, Novosibirsk State Medical University; Novosibirsk State University of Economics and Management, Novosibirsk, Russian Federation.

✉ Sultanova Aklima N., sultanova.aklima@yandex.ru

УДК 616.89-008.441.33:612.82

Для цитирования: Асадуллин А.Р., Анцыборов А.В., Ахметова Э.А. Нейровизуализации в клинике расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (введение в проблему). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 97–103. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-97-103](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-97-103)

Нейровизуализации в клинике расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (введение в проблему)

Асадуллин А.Р.^{1,2}, Анцыборов А.В.³, Ахметова Э.А.^{1,2}

¹ *Башкирский государственный медицинский университет
Башкортостан, 450077, Уфа, ул. Ленина, 3*

² *Республиканский наркологический диспансер № 1
Башкортостан, 450005, Уфа, ул. Пушкина, 119*

³ *Медицинский центр «Альфа Центр Здоровья»
Россия, 344022, Ростов-на-Дону, ул. Социалистическая, 154 «а»*

РЕЗЮМЕ

Проведенный анализ литературы, посвященной нейровизуальной картине головного мозга пациентов с наркотической зависимостью, позволяет сделать вывод о том, что практически у всех пациентов имеется дефицит нейрональных связей в отделах мозга, отвечающих за вознаграждение и импульсивность. В настоящем обзоре основное внимание уделено исследованиям, использующим позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ), функциональную магнитно-резонансную томографию (МРТ) и электроэнцефалографию (ЭЭГ) для исследования поведенческих нарушений у пациентов с наркотической зависимостью.

Ключевые слова: дофамин, электроэнцефалография (ЭЭГ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), префронтальная кора.

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день существует широкий спектр методов нейровизуализации процессов и структур головного мозга, которые можно условно разделить на три основные категории: 1) двухфотонные методы визуализации – позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), однофотонные методы визуализации – эмиссионная компьютерная томография (СПЕКТ); 2) магнитно-резонансная томография (МРТ), включающая в себя структурную МРТ, функциональную МРТ (fMRI) и МР-спектроскопию; 3) электрофизиологические методы визуализации – электроэнцефалография (ЭЭГ) и магнитоэнцефалография (МЭГ). Наркотические вещества повышают уровень мезолимбического и мезокортикального дофамина (DA), что способствует формированию зависимости [16, 42]. При длительном употреблении наркотических веществ плотность дофаминовых рецепторов D2 снижается [59, 60, 90, 94]. Меняется функционирование дофаминергических рецепторов в кортиколимбической области (с вовлечением орбитофронтальной коры – OFC) и передней коры головного мозга (ACC), т.е. отделов, отвечающих за процессы вознаграждения, мотивации и контроля [28, 56, 89].

Цель: анализ литературы, посвященной нейровизуальной картине головного мозга пациентов с наркотической зависимостью

ОБСУЖДЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Основные данные нейровизуальных исследований при наркотической зависимости

Интоксикация

В ситуации острой интоксикации происходит увеличение внеклеточного содержания DA в лимби-

ческих областях головного мозга, особенно в области Nucleus accumbens (NAcc). Психостимуляторы, такие как кокаин и метилфенидат (МФН), увеличивают концентрацию DA, блокируя механизмы транспортера дофамина (DAT), как основной механизм рециркуляции DA в нервные окончания. При употреблении «ударных» доз психостимуляторов (например, кокаина) включается механизм, непосредственно связанный с интоксикацией, регулирующий «уровень» блокады DAT [100], как ответ на индукцию ПАВ, увеличивающих содержание DA [83, 99]. Практически все эффекты повышения концентрации DA напрямую связаны с фармакологическими свойствами кокаина, МФН, амфетамина и других психостимуляторов [29, 45].

ПАВ, относящиеся к так называемым депрессантам (бензодиазепины, барбитураты, алкоголь), лишь косвенно повышают концентрацию DA, во многом за счет воздействия на рецепторный комплекс GABA/бензодиазепин [93, 96]. Опиаты, такие как героин, оксиконт и викодин, оказывают действие путем стимуляции μ -опиоидных рецепторов, из которых некоторые расположены на DA-нейронах и других на GABA-нейронах [103]. Никотин оказывает свои эффекты частично за счет активации ацетилхолиновых никотиновых рецепторов $\alpha 4\beta 2$, которые также располагаются на DA-нейронах. Никотин, так же как героин и алкоголь, по мнению некоторых авторов, способен влиять на выделение эндогенных опиоидов, что способствует положительным эффектам подкрепления [53]. Марихуана оказывает свои эффекты путем активирующего влияния на каннабиноидные рецепторы первого типа (CB1).

Последние в свою очередь способны модулировать DA-клетки, а также усиливать ответ постсинаптических нейронов DA [31]. Помимо мезолимбических субкортикальных отделов головного мозга, задействованных при интоксикации ПАВ, префронтальные корковые области (PFC) так же вовлекаются в патофизиологические механизмы интоксикации. Величина повышения концентрации DA уменьшается по мере динамики заболевания – от злоупотребления наркотиками вплоть до сформированной наркотической зависимости [84]. У лиц, употребляющих кокаин, а также в состоянии острой интоксикации кокаином, как и у пациентов с алкоголизмом, отмечается нарушение процессов метаболизма глюкозы в головном мозге [1, 33, 49, 50, 82].

В состоянии острой интоксикации метилфенидатом (МРН) уровень метаболизма глюкозы увеличивается в PFC (префронтальной), OFC (орбитофронтальной) коре и в стриатуме. Аналогичные результаты получены при исследовании активных потребителей кокаина, у которых также отмечается низкий уровень доступности рецепторов D2 [69, 91, 99]. Употребление кокаина лицами с еще не сформированной зависимостью, наоборот, уменьшает метаболизм глюкозы в префронтальных областях (PFC и OFC) [81]. Исследования состояний наркотической интоксикации с применением fMRI демонстрируют изменения в субкортикальном функционировании стрии после достижения максимальной плазменной концентрации ПАВ [1, 24, 39, 44, 55, 61, 75, 80, 85]. Острая интоксикация никотином продемонстрировала сильное увеличение активности ЭЭГ-показателей – от низких (дельта, тета, альфа) до высоких (альфа, бета) частот, что является маркером состояния возбуждения [17, 79]. Низкие дозы алкоголя вызывают изменения в тета- и альфа-диапазонах [25]. Эффекты, возникающие на более высоких частотах, как правило, зависят от истории употребления алкоголя и исходных данных ЭЭГ [20, 46, 47]. Рост альфа-активности связан с вызванной употреблением наркотиков эйфорией, «ударных доз» марихуаны [51] или кокаина [36].

Согласно многочисленным исследованиям, в зависимости от стадии кокаиновой зависимости при ЭЭГ-исследовании можно наблюдать увеличение бета- [35, 36], дельта- [35] и альфа-волн в лобных отделах [36], а также процессы увеличения глобальной ЭЭГ-активности [66]. Исследования состояний, связанных с наркотической интоксикацией, с применением различных методик нейровизуализации демонстрируют огромное влияние DA- в PFC-областях, а также влияние на функции стриатума, что количественно определяется увеличением медленных волн ЭЭГ [3, 43].

Крейвинг

В условиях эксперимента явления крейвинга исследуются показом изображений (видео), содержащих раздражители, связанные с употреблением наркотиков. При использовании данной методики у потребителей кокаина с применением PET и ра-

лоприда [11] демонстрировались стимульные видеоролики с кокаином (показ вещества и самого процесса употребления) [97]. У участников эксперимента отмечалось мощное высвобождение DA в дорсальном стриатуме, что напрямую коррелировало с данными самоотчетов потребителей, описывающих явления крейвинга. Наиболее выраженные проявления крейвинга отмечались у лиц с тяжелой зависимостью от кокаина [52, 92, 95].

В другом исследовании с применением PET было показано, что лица с большим стажем наркотизации кокаином могут сохранять определенный уровень когнитивного контроля явлений крейвинга [87, 106]. Результаты исследований показывают наличие связи между рецепторами дофамина D2 в вентральном стриатуме и явлениями мотивации употребления кокаина, что подтверждалось введением раклоприда [11] и десметоксифаллиприда [18, 34, 54].

Области головного мозга, включая амигдалу, гиппокамп и ствол мозга, которые связаны с функциями обработки информации и извлечением ее из памяти, активируются во время усиления явлений крейвинга [5, 11, 14, 18, 31, 40]. Активация данных структур головного мозга также отмечается при синдроме отмены наркотических веществ [23].

Исследования, посвященные изучению изменения метаболизма глюкозы в головном мозге лиц с наркотической зависимостью, подтверждают, что усиление явлений крейвинга у лиц со сформированной зависимостью от наркотиков связано с активацией *вентрально-теgmentальной области* и других *мезенцефальных структур* [6, 7, 11, 14, 40, 77, 78, 106], *медиальных отделов префронтальной коры* [28, 77], *орбитальных отделов фронтальной коры* [14, 58, 77, 78, 107], *инсулы* [18, 26, 74].

При усилении явлений крейвинга активизируются мезокортикальные отделы головного мозга (в том числе орбитальные отделы фронтальной коры). Заинтересованность данных отделов головного мозга отмечается также при ожидании употребления наркотического вещества. У употребляющих кокаин женщин, в отличие от мужчин, исследования при помощи ПЭТ демонстрируют снижение процессов метаболизма в префронтальных областях, связанных с функцией самоконтроля, после стимульных сигналов, демонстрирующих ПАВ (кокаин). По мнению исследователей, данный фактор делает женщин более подверженными рецидиву заболевания [98].

Полученные данные коррелируют с доклиническими исследованиями, демонстрирующими, что уровень эстрогена может увеличивать риск формирования наркотической зависимости у женщин [2]. У пациентов с зависимостью от кокаина в эксперименте регистрировался количественно определяемый высокий бета-ритм и угнетение альфа-ритма [48]. В исследовании зависимых от кокаина пациентов показано усиление бета-ритма наряду с дельта-ритмом при использовании стимульных раздражителей, связанных с кокаином (просмотр видеоролика с кокаином).

Сходные данные были получены в другом исследовании, где сравнивались наркологически здоровые люди и потребители кокаина (употребившие за сутки до эксперимента наркотик) во время состояния отдыха [37, 62]. При никотиновой зависимости в ответ на стимульные раздражители, связанные с сигаретами, наблюдалось усиление тета- и бета-ритмов [38, 41, 104]. Приведенные выше результаты различных исследований подтверждают теории, которые описывают зависимость как изменение систем мотивации и вознаграждения головного мозга [29, 70, 101] и напрямую связаны с явлениями крейвинга [22, 57, 105].

Утрата ситуационного контроля и бинджинг ПАВ

Нарушение поведенческого самоконтроля возникает во время употребления наркотиков и в состоянии интоксикации, что обусловлено изменениями в области префронтальной коры (ингибирующий эффект в субкортикальной стриарной области) [29]. Исследования с применением методик нейровизуализации показывают, что нейронные субстраты в виде связи отделов таламоорбитофронтальной коры и передней коры головного мозга лежат в основе явлений бинджинга.

У зависимых лиц наблюдается значительное снижение доступности рецепторов D2 в полосатом теле [84], что связано с нарушением процессов метаболизма в области префронтальной коры (особенно в орбитофронтальной коре и дорсолатеральных отделах ПФК). Однако данные нарушения не объясняют полностью поведенческие изменения и нарушения мотивации [27]. Процессы дисрегуляции дофамина в указанных областях головного мозга повышают мотивационную ценность употребления наркотических веществ и зачастую приводят к утрате контроля над потреблением наркотических веществ [29, 101].

В недавно проведенном исследовании с использованием метода fMRI пациентам с зависимостью от кокаина разрешили выбирать, когда и как часто они будут самостоятельно вводить кокаин внутривенно в течение одной контролируемой часовой сессии. Повторяющиеся инъекции наркотика в течение отведенного времени отрицательно коррелировали с активностью в лимбических, паралимбических и мезокортикальных областях, включая оптикофронтальную часть коры головного мозга и лобно височные отделы. У тех пациентов, кто воздерживался от инъекций наркотика, отмечалась положительная корреляция активности в указанных отделах головного мозга [21, 68].

Процессы искусственного моделирования компульсивного влечения по отношению к нехимическим зависимостям (например, к азартным играм), так же как и исследование возможности контроля над ним, могут сыграть очень важную роль в понимании механизмов утраты контроля при различных зависимостях [27].

Имеющиеся врожденные аномалии в областях островковой доли (*insula*) и медиальной части префронтальной коры (включая медиальную область орбитофронтальной коры), а также в подкорковых областях (включая стриатум) зачастую связаны с нарушением функции поведенческого контроля, которые отмечаются еще до формирования наркотической зависимости [4]. Результаты цитируемого исследования расширяют привычную нам концепцию формирования наркотической зависимости, выходя за пределы системы вознаграждения [4, 29] и нарушения в системе долговременной памяти [26, 84].

Исследования феномена бинджинга у больных алкоголизмом с применением ЭЭГ выявили преобладание низкочастотного бета-ритма [62]. Бета-активность может соответствовать количеству и частоте употребления алкоголя [71]. Используя данный признак, возможно инструментально дифференцировать «мало» и «умеренно» пьющих пациентов (коррелируя данные с количеством потребляемого алкоголя) [19, 20]. Увеличение дельта-ритма наблюдалось у зависимых от алкоголя пациентов с частыми запоями в сравнении со злоупотребляющими алкоголем пациентами и малопьющими людьми [64]. Тета- и альфа-ритмы одновременно увеличивались по частоте спустя 25 минут после употребления алкоголя в привычных для испытуемых дозах [67]. В основе бинджинга лежат изменения в дофаминергической, серотонинергической и глутаматергической системах организма [12].

Синдром отмены и рецидив

Исследования синдрома отмены у потребителей кокаина с применением методики ПЭТ демонстрируют снижение метаболизма глюкозы в области префронтальной коры в первые 10 дней лишения наркотика в сравнении с контрольной группой [85, 86]. В другом исследовании после ночного воздержания употребления и замены никотина на жвачку у обследуемых отмечалось снижение МРТ-сигнала в области таламуса во время лишения никотина. При этом МРТ-сигнал усиливался в области вентрального стриатума, когда происходило замещение никотина [76]. При исследовании метаболизма глюкозы во время синдрома отмены алкоголя отмечалось снижение метаболической активности в области стриато-таламо-орбитофронтальной коры. Аналогичные изменения отмечались и на этапе детоксикации [10, 86, 100]. У пациентов с зависимостью от кокаина сообщается о схожих метаболических изменениях в области вентрального стриатума [102]. При процедуре детоксикации большая метаболическая активность отмечалась в орбитофронтальной коре и базальных ганглиях, особенно на ранних этапах синдрома отмены (1-я неделя абстиненции) [86]. Низкая метаболическая активность имела место в области префронтальной коры в период от 1-й до 6-й недели после последнего употребления наркотика [82].

Низкий показатель связывания D2 дофаминовых рецепторов в области стрии во время абстинентного синдрома отмечался у потребителей кокаина [99], алкоголя [100], героина [103], метамфетамина [84], а также у курильщиков со стажем, но в период лишения сигарет [22]. Замедление метаболической активности исключительно в области орбитофронтальной коры наблюдалось у зависимых от метамфетамина лиц [81]. Данное обстоятельство делает систему вознаграждения менее чувствительной к естественным наградам [9] и другим нехимическим вознаграждениям (например, деньгам) [28].

Индукцированные наркотическим веществом изменения в функциях префронтальной коры и орбитофронтальной коры (а также стрии и инсулы) ухудшают способность моделировать эмоции, что имеет важное значение для преодоления стрессовых ситуаций [65]. Многими исследователями отмечается, что этот фактор является мощным предиктором в развитии рецидива заболевания [73].

Исследования абстинентного периода вследствие употребления кокаина с использованием ЭЭГ демонстрирует *уменьшение дельта-* [12, 37] и *тета-волн* [13, 37]. При этом отмечается увеличение альфа- и бета-активности [37]. В другом исследовании описано увеличение альфа-активности на раннем этапе развития абстинентного синдрома у пациентов с зависимостью от героина [72]. В отличие от ЭЭГ-картины, наблюдаемой при кокаиновой абстиненции, при синдроме отмены никотина происходит усиление тета-активности на фоне снижения альфа- и бета-активности [17, 79]. Снижение альфа-активности, по мнению некоторых авторов, напрямую связано с длительностью абстинентного периода. Показатель альфа-активности может выступать в роли своеобразной «меры измерения» острых эффектов отмены ПАВ [30].

Анализ ERP во время синдрома отмены у пациентов с алкоголизмом представил увеличение латентности амплитуд N200 и P300 наряду с уменьшенные амплитуд N100 и P300 [64]. Уменьшение амплитуды P300 явилось частым признаком во время абстинентного периода у зависимых от кокаина [30], героина [63], а также у лиц с никотиновой абстиненцией [6, 8, 15]. Показатели ЭЭГ и ERP предлагается использовать для прогнозирования возможного рецидива. Так, альфа- и тета-активность у трезвых алкоголиков различались с точностью 83–85% в сравнении с абстинентами и теми, у кого произошел рецидив заболевания [88].

Повышенная активация ЦНС, определяемая по высокой бета-активности, по мнению некоторых исследователей, является надежным маркером между абстинентами и теми, у кого произошел рецидив заболевания [71]. Исследования ERP у трезвых алкоголиков демонстрировали задержку периода латентности N200, что позволяет провести различие между абстинентами и теми, у кого произошел рецидив, с общей достоверностью прогноза до 71% [32]. Уменьшение амплитуды P300 при выполнении

ERP можно использовать в качестве фактора достоверного прогноза рецидива (до 71%) у пациентов с зависимостью от кокаина [7].

ВЫВОДЫ

Исследования в области нейровизуализации помогают лучше понять сложные процессы головного мозга, формирующиеся в результате употребления наркотических веществ. Нейровизуальные маркеры помогают практикующим врачам в возможности прогнозирования рецидива заболевания и в ряде случаев могут играть решающую роль в разработке новых методик лечения.

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/REFERENCES

- Adams K.M. et al. The significance of family history status in relation to neuropsychological test performance and cerebral glucose metabolism studied with positron emission tomography in older alcoholic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1998; 22 (1): 105–110.
- Anker J.J., Carroll M.E. Females are more vulnerable to drug abuse than males: evidence from preclinical studies and the role of ovarian hormones. *Biological Basis of Sex Differences in Psychopharmacology*. Springer Berlin Heidelberg, 2010: 73–96.
- Bassareo V., De Luca M. A., Di Chiara G. Differential expression of motivational stimulus properties by dopamine in nucleus accumbens shell versus core and prefrontal cortex. *Journal of neuroscience*. 2002; 22 (11): 4709–4719.
- Bechara A. Decision making, impulse control and loss of will-power to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature neuroscience*. 2005; 8 (11): 1458–1463.
- Bonson K.R. et al. Neural systems and cue-induced cocaine craving. *Neuropsychopharmacology*. 2002. 26: 376–386. doi:10.1016/S0893-133X(01)00371-3712
- Brody A.L. et al. Attenuation of cue-induced cigarette craving and anterior cingulate cortex activation in bupropion-treated smokers: a preliminary study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2004; 130 (3): 269–281.
- Brody A. L. et al. Brain metabolic changes during cigarette craving. *Archives of General Psychiatry*. 2002; 59 (12): 1162–1172.
- Buckley P. Association of Low Striatal Dopamine D2 Receptor Availability with Nicotine Dependence Similar to That Seen with Other Drugs of Abuse. *Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health*. 2009; 2009: 324.
- Cassens G. et al. Amphetamine withdrawal: effects on threshold of intracranial reinforcement. *Psychopharmacology*. 1981; 73 (4): 318–322.
- Catafau A.M. et al. Regional cerebral blood flow changes in chronic alcoholic patients induced by naltrexone challenge during detoxification. *Journal of Nuclear Medicine*. 1999; 40 (1): 19.
- Childress A.R. et al. Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156 (1): 11–18.
- Cornish J.L., Duffy P., Kalivas P.W. A role for nucleus accumbens glutamate transmission in the relapse to cocaine-seeking behavior. *Neuroscience*. 1999; 93 (4): 1359–1367.
- Courtney K.E., Polich J. Binge drinking effects on EEG in young adult humans. *International journal of environmental research and public health*. 2010; 7 (5): 2325–2336.
- Daglish M.R.C. et al. Functional connectivity analysis of the neural circuits of opiate craving: “more” rather than “different”? *Neuroimage*. 2003; 20 (4): 1964–1970.
- Daurignac E. et al. 522 Attentional withdrawal and smoking cessation: A longitudinal ERP study. *International Journal of Psychophysiology*. 1998; 30 (1–2): 201–202.

16. Di Chiara G. A motivational learning hypothesis of the role of mesolimbic dopamine in compulsive drug use. *Journal of psychopharmacology*. 1998; 12 (1): 54–67.
17. Domino E.F. Effects of tobacco smoking on electroencephalographic, auditory evoked and event related potentials. *Brain and cognition*. 2003; 53 (1): 66–74.
18. Due D. L. et al. Activation in mesolimbic and visuospatial neural circuits elicited by smoking cues): evidence from functional magnetic resonance imaging. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159 (6): 954–960.
19. Ehlers C.L., Schuckit M.A. EEG fast frequency activity in the sons of alcoholics. *Biological psychiatry*. 1990; 27 (6): 631–641.
20. Ehlers C.L., Wall T.L., Schuckit M.A. EEG spectral characteristics following ethanol administration in young men. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. 1989; 73 (3): 179–187.
21. Foltin R.W. et al. The effects of escalating doses of smoked cocaine in humans. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003; 70 (2): 149–157.
22. Franken I.H.A. Drug craving and addiction): integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2003; 27 (4): 563–579.
23. Franklin T.R. et al. Limbic activation to cigarette smoking cues independent of nicotine withdrawal): a perfusion fMRI study. *Neuropsychopharmacology*. 2007; 32 (11): 2301–2309.
24. Gilman J.M. et al. Why we like to drink): a functional magnetic resonance imaging study of the rewarding and anxiolytic effects of alcohol. *Journal of Neuroscience*. 2008; 28 (18): 4583–4591.
25. Glenn S.W., Sinha R., Parsons O.A. Electrophysiological indices predict resumption of drinking in sober alcoholics. *Alcohol*. 1993; 10 (2): 89–95.
26. Goldstein R.Z. et al. Anterior cingulate cortex hypoactivations to an emotionally salient task in cocaine addiction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2009; 106 (23): 9453–9458.
27. Goldstein R.Z. et al. Dopaminergic response to drug words in cocaine addiction. *Journal of Neuroscience*. 2009; 29 (18): 6001–6006.
28. Goldstein R.Z. et al. Role of the anterior cingulate and medial orbitofrontal cortex in processing drug cues in cocaine addiction. *Neuroscience*. 2007; 144 (4): 1153–1159.
29. Goldstein R. Z., Volkow N. D. Drug addiction and its underlying neurobiological basis): neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159 (10): 1642–1652.
30. Gooding D. C., Burroughs S., Boutros N. N. Attentional deficits in cocaine-dependent patients): converging behavioral and electrophysiological evidence. *Psychiatry Research*. 2008; 160 (2): 145–154.
31. Grant S. et al. Activation of memory circuits during cue-elicited cocaine craving. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 1996; 93 (21): 12040–12045.
32. Grüsser S. M. et al. Cue-induced activation of the striatum and medial prefrontal cortex is associated with subsequent relapse in abstinent alcoholics. *Psychopharmacology*. 2004; 175 (3): 296–302.
33. Gu H. et al. Mesocorticolimbic circuits are impaired in chronic cocaine users as demonstrated by resting-state functional connectivity. *Neuroimage*. 2010; 53 (2): 593–601.
34. Heinz A., Siessmeier T., Wrase J. Correlation Between Dopamine D Receptors in the Ventral Striatum and Central Processing of Alcohol Cues and Craving. *Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health*. 2006; 2006): 81–82.
35. Herning R.I. et al. Cocaine increases EEG beta): a replication and extension of Hans Berger's historic experiments. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. 1985; 60 (6): 470–477.
36. Herning R.I. et al. Cocaine-induced increases in EEG alpha and beta activity): evidence for reduced cortical processing. *Neuropsychopharmacology*. 1994; 11 (1): 1–9.
37. Herning R.I. et al. Neurophysiological signs of cocaine dependence): increased electroencephalogram beta during withdrawal. *Biological Psychiatry*. 1997; 41 (11): 1087–1094.
38. Herrmann M.J. et al. Event related potentials and cue reactivity in alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2000; 24 (11): 1724–1729.
39. Ingvar M. et al. Alcohol activates the cerebral reward system in man. *Journal of Studies on Alcohol*. 1998; 59 (3): 258–269.
40. Kilts C.D. et al. Neural activity related to drug craving in cocaine addiction. *Archives of General Psychiatry*. 2001; 58 (4): 334–341.
41. Knott V. et al. EEG correlates of imagery-induced cigarette craving in male and female smokers. *Addictive Behaviors*. 2008; 33 (4): 616–621.
42. Koob G.F. et al. Role for the mesocortical dopamine system in the motivating effects of cocaine. NIDA research monograph. 1994; 145: 1–1.
43. Koob G.F., Volkow N.D. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*. 2010; 35 (1): 217–238.
44. Kufahl P.R. et al. Neural responses to acute cocaine administration in the human brain detected by fMRI. *Neuroimage*. 2005; 28 (4): 904–914.
45. Laruelle M. et al. SPECT imaging of striatal dopamine release after amphetamine challenge. *Journal of Nuclear Medicine*. 1995; 36 (7): 1182–1190.
46. Lehtinen I. et al. Individual alcohol reaction profiles. *Alcohol*. 1985; 2 (3): 511–513.
47. Lehtinen I., Lang A.H., Keskinen E. Acute effect of small doses of alcohol on the NSD parameters (normalized slope descriptors) of human EEG. *Psychopharmacology*. 1978; 60 (1): 87–92.
48. Liu X. et al. Effect of cocaine-related environmental stimuli on the spontaneous electroencephalogram in polydrug abusers. *Neuropsychopharmacology*. 1998; 19 (1): 10–17.
49. London E.D. et al. Cocaine-induced reduplication of glucose utilization in human brain): A study using positron emission tomography and [fluorine 18]-fluorodeoxyglucose. *Archives of General Psychiatry*. 1990; 47 (1): 73–81.
50. London E.D. et al. Morphine-induced metabolic changes in human brain): studies with positron emission tomography and [fluorine 18] fluorodeoxyglucose. *Archives of General Psychiatry*. 1990; 47 (1): 73–81.
51. Lukas S.E., Mendelson J.H., Benedikt R. Electroencephalographic correlates of marijuana-induced euphoria. *Drug and Alcohol Dependence*. 1995; 37 (2): 131–140.
52. Maas L.C. et al. Functional magnetic resonance imaging of human brain activation during cue-induced cocaine craving. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155 (1): 124–126.
53. Mansvelder H.D., McGehee D.S. Long-term potentiation of excitatory inputs to brain reward areas by nicotine. *Neuron*. 2000; 27 (2): 349–357.
54. Martinez D. et al. Alcohol dependence is associated with blunted dopamine transmission in the ventral striatum. *Biological Psychiatry*. 2005; 58 (10): 779–786.
55. Mathew R.J. et al. Regional cerebral blood flow after marijuana smoking. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*. 1992; 12 (5): 750–758.
56. McClure S.M., York M.K., Montague P.R. The neural substrates of reward processing in humans): the modern role of fMRI. *The Neuroscientist*. 2004; 10 (3): 260–268.
57. Mogg K. et al. Eye movements to smoking-related pictures in smokers): relationship between attentional biases and implicit and explicit measures of stimulus valence. *Addiction*. 2003; 98 (6): 825–836.
58. Myrick H. et al. Differential brain activity in alcoholics and social drinkers to alcohol cues): relationship to craving. *Neuropsychopharmacology*. 2004; 29 (2): 393.
59. Nader M.A. et al. PET imaging of dopamine D2 receptors during chronic cocaine self-administration in monkeys. *Nature Neuroscience*. 2006; 9 (8).
60. Nader M.A., Czoty P.W. PET imaging of dopamine D2 receptors in monkey models of cocaine abuse): genetic predisposition versus environmental modulation. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162 (8): 1473–1482.
61. Nakamura H. et al. Activation of fronto-limbic system in the human brain by cigarette smoking): evaluated by a CBF measurement. *The Keio Journal of Medicine*. 2000; 49: A122–4.

62. Noldy N.E. et al. Quantitative EEG changes in cocaine withdrawal: Evidence for long-term CNS effects. *Neuropsychobiology*. 1994; 30 (4): 189–196.
63. Papageorgiou C.C. et al. Long-term abstinence syndrome in heroin addicts: indices of P300 alterations associated with a short memory task. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2004; 28 (7): 1109–1115.
64. Parsons O.A., Sinha R., Williams H.L. Relationships between Neuropsychological Test Performance and Event Related Potentials in Alcoholic and Nonalcoholic Samples. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1990; 14 (5): 746–755.
65. Payer D.E. et al. Differences in cortical activity between methamphetamine-dependent and healthy individuals performing a facial affect matching task. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008; 93 (1): 93–102.
66. Reid M.S. et al. Cocaine cue versus cocaine dosing in humans: evidence for distinct neurophysiological response profiles. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2008; 91 (1): 155–164.
67. Reid M.S. et al. Topographic imaging of quantitative EEG in response to smoked cocaine self-administration in humans. *Neuropsychopharmacology*. 2006; 31 (4): 872–884.
68. Risinger R.C. et al. Neural correlates of high and craving during cocaine self-administration using BOLD fMRI. *Neuroimage*. 2005; 26 (4): 1097–1108.
69. Ritz M.C. et al. Cocaine receptors on dopamine transporters are related to self-administration of cocaine. *Science*. 1987; 237: 1219–1224.
70. Robinson T.E., Berridge K.C. Incentive sensitization and addiction. *Addiction*. 2001; 96 (1): 103–114.
71. Saletu-Zyhlarz G.M. et al. Differences in brain function between relapsing and abstaining alcohol-dependent patients, evaluated by EEG mapping. *Alcohol and Alcoholism*. 2004; 39 (3): 233–240.
72. Shufman E. et al. Electro-encephalography spectral analysis of heroin addicts compared with abstainers and normal controls. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1996; 33 (3): 196–206.
73. Sinha R. et al. Imaging stress-and cue-induced drug and alcohol craving: association with relapse and clinical implications. *Drug and Alcohol Review*. 2007; 26 (1): 25–31.
74. Smolka M.N. et al. Severity of nicotine dependence modulates cue-induced brain activity in regions involved in motor preparation and imagery. *Psychopharmacology*. 2006; 184 (3–4): 577–588.
75. Stein E.A. et al. Nicotine-induced limbic cortical activation in the human brain: a functional MRI study. *American Journal of Psychiatry*. 1998; 155 (8): 1009–1015.
76. Tanabe J. et al. Ventral striatal blood flow is altered by acute nicotine but not withdrawal from nicotine. *Neuropsychopharmacology*. 2008; 33 (3): 627–633.
77. Tapert S.F. et al. fMRI BOLD response to alcohol stimuli in alcohol dependent young women. *Addictive Behaviors*. 2004; 29 (1): 33–50.
78. Tapert S.F. et al. Neural response to alcohol stimuli in adolescents with alcohol use disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2003; 60 (7): 727–735.
79. Teneggi V. et al. EEG power spectra and auditory P300 during free smoking and enforced smoking abstinence. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2004; 77 (1): 103–109.
80. Tiihonen J. et al. Acute ethanol-induced changes in cerebral blood flow. *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151 (10): 1505–1508.
81. Volkow N.D. et al. Activation of orbital and medial prefrontal cortex by methylphenidate in cocaine-addicted subjects but not in controls: relevance to addiction. *Journal of Neuroscience*. 2005; 25 (15): 3932–3939.
82. Volkow N.D. et al. Acute effects of ethanol on regional brain glucose metabolism and transport. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 1990; 35 (1): 39–48.
83. Volkow N.D. et al. Association of methylphenidate-induced craving with changes in right striato-orbitofrontal metabolism in cocaine abusers: implications in addiction. *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156 (1): 19–26.
84. Volkow N.D. et al. Brain DA D2 receptors predict reinforcing effects of stimulants in humans: replication study. *Synapse*. 2002; 46 (2): 79–82.
85. Volkow N.D. et al. Cerebral blood flow in chronic cocaine users: a study with positron emission tomography. *The British Journal of Psychiatry*. 1988; 152 (5): 641–648.
86. Volkow N.D. et al. Changes in brain glucose metabolism in cocaine dependence and withdrawal. *The American Journal of Psychiatry*. 1991; 148 (5): 621.
87. Volkow N.D. et al. Cognitive control of drug craving inhibits brain reward regions in cocaine abusers. *Neuroimage*. 2010; 49 (3): 2536–2543.
88. Volkow N.D. et al. Decreased brain metabolism in neurologically intact healthy alcoholics. *The American Journal of Psychiatry*. 1992; 149 (8): 1016.
89. Volkow N.D. et al. Decreased dopamine D2 receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers. *Synapse*. 1993; 14 (2): 169–177.
90. Volkow N.D. et al. Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent subjects. *Nature*. 1997; 386 (6627): 830–833.
91. Volkow N.D. et al. Decreases in dopamine receptors but not in dopamine transporters in alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1996; 20 (9): 1594–1598.
92. Volkow N.D. et al. Dopamine increases in striatum do not elicit craving in cocaine abusers unless they are coupled with cocaine cues. *Neuroimage*. 2008; 39 (3): 1266–1273.
93. Volkow N.D. et al. Effects of acute alcohol intoxication on cerebral blood flow measured with PET. *Psychiatry Research*. 1988; 24 (2): 201–209.
94. Volkow N.D. et al. Effects of chronic cocaine abuse on postsynaptic dopamine receptors. *Am J Psychiatry*. 1990; 147 (6): 719–724.
95. Volkow N.D. et al. High levels of dopamine D2 receptors in unaffected members of alcoholic families: possible protective factors. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63 (9): 999–1008.
96. Volkow N.D. et al. Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. *Neuropharmacology*. 2009; 56: 3–8.
97. Volkow N.D. et al. Imaging endogenous dopamine competition with [¹¹C] raclopride in the human brain. *Synapse*. 1994; 16 (4): 255–262.
98. Volkow N.D. et al. Reduced metabolism in brain “control networks” following cocaine-cues exposure in female cocaine abusers. *PLoS one*. 2011; 6 (2): e16573.
99. Volkow N.D. et al. Reinforcing effects of psychostimulants in humans are associated with increases in brain dopamine and occupancy of D2 receptors. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 1999; 291 (1): 409–415.
100. Volkow N.D. et al. Relationship between subjective effects of cocaine and dopamine transporter occupancy. *Nature*. 1997; 386 (6627): 827–830.
101. Volkow N.D., Fowler J.S. Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*. 2000; 10 (3): 318–325.
102. Volkow N.D., Fowler J.S., Wang G.J. Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans. *Journal of Psychopharmacology*. 1999; 13 (4): 337–345.
103. Wang G.J. et al. Dopamine D2 receptor availability in opiate-dependent subjects before and after naloxone-precipitated withdrawal. *Neuropsychopharmacology*. 1997; 16 (2): 174–182.
104. Warren C.A., McDonough B.E. Event-related brain potentials as indicators of smoking cue-reactivity. *Clinical Neurophysiology*. 1999; 110 (9): 1570–1584.
105. Waters A.J. et al. Attentional shifts to smoking cues in smokers. *Addiction*. 2003; 98 (10): 1409–1417.
106. Wexler B.E. et al. Functional magnetic resonance imaging of cocaine craving. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158 (1): 86–95.
107. Wrase J. et al. Development of alcohol-associated cues and cue-induced brain activation in alcoholics. *European Psychiatry*. 2002; 17 (5): 287–291.

Поступила в редакцию 3.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Асадуллин Азат Раилевич, психиатр-нарколог, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО.
Анцыборов Андрей Викторович, психиатр-нарколог.
Ахметова Эльвина Аслямовна, психиатр-нарколог, ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО.

✉ Ахметова Эльвина Аслямовна, aea1202@yandex.ru

УДК 616.89-008.441.33:612.82

For citation): Asadullin A.R., Antsyborov A.V., Akhmetova E.A. Neuroimaging of the clinical picture of substance use disorders (Introduction to the problem). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 97–103. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-97-103](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-97-103)

Neuroimaging of the clinical picture of substance use disorders (Introduction to the problem)

Asadullin A.R.^{1,2}, Antsyborov A.V.³, Akhmetova E.A.^{1,2}

¹ *Bashkir State Medical University
Lenin Street 3, 450077, Ufa, Bashkortostan*

² *Republican Narcological Dispensary no. 1
Pushkin Street 119, 450005, Ufa, Bashkortostan*

³ *Medical Center “Alpha Health Center”
Socialisticheskaya Street 154 “a”, 344022, Rostov-on Don, Russian Federation*

ABSTRACT

The analysis of the literature on the neuroimaging of the cerebral brain of patients with drug dependence suggests that virtually all patients have a deficit of neural connections, in the brain responsible for remuneration and impulsivity. This review focuses on studies using positron emission tomography (PET), functional magnetic resonance imaging (MRI), and electroencephalography (EEG) to investigate behavioral disorders in patients with drug dependence.

Keywords: dopamine; electroencephalography; magnetic resonance imaging; positron emission tomography; prefrontal cortex.

Received November 3.2017

Accepted February 5.2017

Asadullin Azat R., psychiatrist-expert in narcology, PhD, senior lecturer of the Department of Psychiatry and Narcology with course of IAPE, Bashkir State Medical University; Republican Narcological Dispensary no. 1, Ufa, Bashkortostan.
Antsyborov Andrey V., psychiatrist-expert in narcology, Medical Center “Alpha Health Center”, Rostov-on Don, Russian Federation
Akhmetova Elvina A., psychiatrist-expert in narcology, assistant to the Department of Psychiatry and Narcology with course of IAPE, Bashkir State Medical University; Republican Narcological Dispensary no. 1, Ufa, Bashkortostan.

✉ Akhmetova Elvina A., aea1202@yandex.ru

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

УДК 616.89:615.03:615.851

Для цитирования: Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Смирнова Н.С., Горшкова Л.В., Лукьянова Е.В., Балычева Т.А. Эффективность психофармакотерапии в сочетании с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 104–107. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-104-107](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-104-107)

Эффективность психофармакотерапии в сочетании с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Смирнова Н.С., Горшкова Л.В., Лукьянова Е.В., Балычева Т.А.

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

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явился сравнительный анализ эффективности психофармакотерапии и сочетанной психофармако- и психотерапии при БАР. Было обследовано 40 пациентов с биполярным аффективным расстройством. С целью объективизации динамики клинических характеристик биполярного аффективного расстройства на фоне лечения использовались следующие психометрические инструменты: Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version (SIGH-SAD), The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Clinical Global Impression Scale (CGI), The Social Adaptation Self-evaluation Scale. Результаты исследования указали на более высокую эффективность психофармакотерапии в сочетании с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией у пациентов с биполярным аффективным расстройством по сравнению с психофармакотерапией без психотерапии.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, интерперсональная и социальная ритмическая психотерапия, психофармакотерапия, социальная адаптация.

Работа выполнена в рамках темы новой медицинской технологии «Сочетанная психофармако- и психотерапия при биполярном расстройстве I типа», реализуемой по плану ПНИ НИИ психического здоровья (Тема 0550-2017-0014 «Разработка предикторов прогноза и методов комплексной реабилитации у больных аффективными расстройствами»). Номер государственной регистрации АААА-А16-116042610054-4).

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на большое количество публикуемых исследований, посвященных биполярному аффективному расстройству (БАР), проблема диагностики и терапии данного расстройства на сегодняшний день остается недостаточно изученной [Мосолов С.Н. и др., 2014]. В ходе множества исследований было показано, что БАР плохо поддается диагностике [Hirschfeld R.M. et al., 2003; Azorin J.-M. et al., 2006]. В начале аффективного расстройства до 40% пациентам с БАР ошибочно выставляется другой диагноз и лишь спустя 10 лет в 2/3 случаев диагностируется БАР [Siwek M. et al., 2009]. БАР приводит к серьезным социальным последствиям [Judd L.L. et al., 2002]. При правильной диагностике данного расстройства, несмотря на огромный арсенал нормотимических препаратов, выбор лекарства в каждом отдельном случае требует учета множества факторов и нередко вызывает затруднения у клиницистов [Матюха А.В., 2008; Костюкова Е.Г., 2014; Мосолов С.Н. и др., 2014].

Хронобиологическая модель патогенеза аффективных расстройств опирается на предположение о наличии при данных расстройствах нарушений циркадианных ритмов [Wirz-Justice A., 2006]. В свою очередь дестабилизации циркадианных ритмов могут способствовать социальные, задающие ритм факторы [Aschoff J. et al., 1981; Monk T. et al., 1990, 1991]. Социальные ритмы представляют собой стереотипную организацию жизнедеятельности человека [Monk T. et al., 1991]. К патогенным социальным, задающим ритм факторам относятся: работа в «ночную» смену, вахтовый график работы, смен часовых поясов при перелетах и т.д. С. Ehlers, E. Frank, D. Kupfer [1988] предложили модель, согласно которой аффективная патология у предрасположенных людей развивается под воздействием патогенного влияния факторов социального окружения на циркадианные ритмы. Стабилизация социальных ритмов – основная цель интерперсональной и социальной ритмической психотерапии, предложенной G.L. Klerman [1984] при работе с большими униполярной депрессией, а в последующем Ellen Frank [2005] – с большими биполярным аффективным расстройством. Интерперсональная и социальная ритмическая психотерапия является одной из методик поведенческой психотерапии и эффективна при биполярном аффективном расстройстве [Симуткин Г.Г., 2014; Frank E. et al., 2007; Inder M.L. et al., 2014].

Целью нашего исследования явилась сравнительная оценка эффективности психофармакотерапии и ее сочетания с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией при БАР.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы пациенты (n=40) с верифицированным биполярным аффективным расстройством по критериям МКБ-10. Все пациенты получали лечение в отделении аффективных расстройств клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. В обследуемой группе преобладали женщины – 76,6% (n=23), значение медианы возраста пациентов составило 40 лет [31–53]. Изучаемая группа была разделена на 2 подгруппы: основная группа – 20 пациентов, получающих медикаментозное лечение в сочетании с интерперсональной и социальной ритмической психотерапией, группа сравнения – 20 пациентов, принимающих психотропные препараты без сопровождения психотерапией.

Сравниваемые группы не имели статистически значимых различий по полу и возрасту ($p>0,05$). В обеих группах преобладали пациенты женского пола: основная группа – 80% (n=16); группа сравнения – 75% (n=15). Значение медианы возраста пациентов основной группы составило 45 лет [34–55,5], контрольной группы – 40 лет [31–51].

Степень выраженности депрессивной и тревожной симптоматики, динамика состояния пациентов на фоне комплексного лечения оценивалась клинически, а также при помощи психометрического подхода с использованием следующих клинических шкал: SIGH-SAD – шкала депрессии Гамильтона, версия для сезонных аффективных расстройств [Williams J. et al., 1992]; HARS – шкала тревоги Гамильтона [Hamilton M., 1959]; CGI – шкала глобальной клинической оценки [Guy W., 1976]. Определение безопасности и переносимости терапии психотропными препаратами проводилось с использованием шкалы оценки побочных явлений (Udvald for Kliniske Undersogelser Scale – UKU) [Lingjaerde O. et al., 1987]. Уровень качества жизни и социального функционирования пациентов в различных сферах жизнедеятельности определялся при помощи опросника «The Social Adaptation Self-evaluation Scale» (Шкала самооценки социальной адаптации – SASS), разработанного в 1997 г. M. Bosc, A. Dubini, V. Polin. Вопросы, включенные в эту шкалу, направлены на оценку удовлетворенности отдельными сферами жизни (работой, внутрисемейными отношениями и отношениями за пределами семьи, досугом и т. д.) и своим социальным функционированием. В зависимости от общего количества баллов по шкале самооценки социальной адаптации пациенты исследуемых групп были разделены на 3 подгруппы: от 0 до 22 баллов – дезадаптация; от 22 до 35 баллов – затрудненная социальная адаптация; от 35 до 52 баллов – хорошая социальная адаптация.

Основными методами исследования являлись: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический, статистический.

Для количественных показателей, не отвечающих критериям нормального распределения, определяли медиану, 25% и 75% квартили – ME, IQR. Статистическую значимость межгрупповых различий выявляли по критериям Манна-Уитни (для двух независимых выборок), Вилкоксона (для двух зависимых выборок). Для оценки частот в двух анализируемых группах использован критерий χ^2 Фишера. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V.8.0).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Пациенты обеих групп принимали медикаментозное лечение, которое назначалось с учетом клинико-биологических и клинико-динамических предикторов эффективности терапии БАР. В качестве базисной терапии использовались нормотимики различных групп, при этом чаще применялись вальпроаты: основная группа – в 85% (n=17), группа сравнения – в 90% (n=18). Комплексная медикаментозная терапия назначалась с использованием атипичных нейролептиков и транквилизаторов. С пациентами основной группы наряду с психофармакотерапией проводилась интерперсональная и ритмическая социальная психотерапия. В ходе психотерапии выявлялись типичные причины сбоя обычного режима дня пациентов и пути их устранения, пациенты обучались навыкам преодоления стресса, самоконтроля и саморегулирования, новым конструктивным стратегиям коммуникативного поведения.

Распределение пациентов в зависимости от текущего аффективного эпизода не различалось ($p>0,05$): в основной группе в 70% случаев (n=14) отмечался текущий депрессивный эпизод, в 30% случаев (n=6) – смешанный эпизод, в группе сравнения – в 65% (n=13) и 25% (n=7) соответственно. На старте терапии сравниваемые группы были сопоставимы по уровню социальной адаптации, тяжести заболевания, степени выраженности депрессии и тревоги (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Эффективность лечения БАР в исследуемых группах				
Шкала	Основная группа		Группа сравнения	
	0-й день	28-й день	0-й день	28-й день
SIGH-SAD	24 [22;26,5]	6 [4,5;7,5] #	24 [24,5;28,5]	9 [5,5;12]
HARS	24 [19;24,5]	4 [3;9]	22 [20,5;23]	6 [4;9]
CGI-S	5 [4;5]	2 [2;2]#	4 [4;5]	2,5 [2,3]
SASS	29 [25;34]	33 [25,5;35]	27,5 [26;34,5]	30 [27;36]

П р и м е ч а н и е. # – $p<0,05$, где # – межгрупповые различия.

К 28-му дню лечения в обеих группах отмечалась статистически значимая ($p<0,01$) обратная динамика депрессивной и тревожной симптоматики, оцененная по шкалам SIGH-SAD и HARS. Межгрупповая оценка выявила более высокий уровень депрессии к 28-му дню терапии в группе сравнения по сравнению с основной группой. Также в группе сравнения к 28-му дню лечения отмечалась более выраженная тяжесть заболевания по шкале CGI-S.

Статистический анализ динамики состояния в ходе терапии по подшкале CGI-I показал, что к 28-му дню лечения в основной группе ($p < 0,05$) пациентов с выраженным улучшением было больше по сравнению с группой сравнения (55% и 20%). Полученные данные указывают на то, что степень улучшения психического состояния в ходе лечения оказалась выше в основной группе. На фоне лечения выявлено повышение субъективной оценки уровня социальной адаптации у пациентов обеих групп: средний балл достоверно ($p < 0,01$) увеличился на 28-й день терапии (табл. 1). При этом в группе сравнения пациентов, не изменивших субъективную оценку уровня социальной адаптации на фоне терапии, оказалось больше ($p < 0,05$) по сравнению с основной группой – 35% ($n=7$) и 5% ($n=1$) соответственно.

К 28-му дню лечения в основной группе в 20% случаев ($n=4$), а в группе сравнения в 10% случаев ($n=2$) отмечалось восстановление уровня социальной адаптации (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в исследуемых группах на 0-й и 28-й день лечения				
Уровень социальной адаптации	n (%)			
	Основная группа		Группа сравнения	
	0-й день	28-й день	0-й день	28-й день
Дезадаптация	2 (10)	2 (10)	3 (15)	3 (15)
Затрудненная адаптация	12 (60)	8 (40)	13 (65)	11 (55)
Хорошая адаптация	6 (30)	10 (50)	4 (20)	6 (30)

Представленные результаты демонстрируют, что улучшение психического состояния способствует повышению уровня социальной адаптации пациентов обеих групп. В основной группе положительная динамика показателей социальной адаптации более выражена по сравнению с группой сравнения.

ВЫВОДЫ

Использование сочетанной психофармакотерапии и интерперсональной и социальной ритмической психотерапии в большей степени способствует улучшению психического состояния пациентов с БАР и их субъективной оценки социальной адаптации по сравнению с применением медикаментозной терапии без психотерапевтического сопровождения.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнена в рамках темы ПНИ НИИ психического здоровья 0550-2017-0014 «Разработка предикторов прогноза и методов комплексной реабилитации у больных аффективными расстройствами». Номер госрегистрации АААА-А16-116042610054-4.

Васильева Светлана Николаевна, к.м.н., научный сотрудник отделения аффективных состояний.
Симуткин Герман Геннадьевич, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний.
Счастный Евгений Дмитриевич, д.м.н., профессор, заведующий отделения аффективных состояний.
Смирнова Наталья Сергеевна, медицинский психолог консультативно-диагностического отделения.
Горшкова Лидия Владимировна, врач-психиатр третьего клинического психиатрического отделения.
Лукьянова Елена Владимировна, к.м.н., заведующая третьего клинического психиатрического отделения.
Бальчева Тальяна Александровна, к.м.н., врач-психиатр третьего клинического психиатрического отделения.

✉ Васильева Светлана Николаевна, vasilievasn@yandex.ru

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА и одобрена Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья (протокол № 98 от 20.03.2017 г. Дело № 98/1.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Ладыженский М.Я. Проблемы и новые возможности дифференцированной терапии больных биполярным расстройством. *Современная терапия психических расстройств*. 2014; 4: 8–15.
2. Матюха А.В. Лечение биполярного расстройства: ожидания и действительность. *НейроNews*. 2008; 1: 21–29.
3. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ушкалова А.В. и др. Алгоритмы биологической терапии биполярного аффективного расстройства. *Современная терапия психических расстройств*. 2014; 4: 32–40.
4. Симуткин Г.Г. Нелекарственные методы хронобиологической терапии аффективных расстройств / В книге «Хронобиологическая теория аффективных расстройств» / Под общей редакцией С.Н. Мосолова. М.: АВАНПОРТ, 2014: 352.
5. Aschoff J. Handbook of Behavioral Neurobiology: Vol. 4. Biological Rhythms. New York: Plenum Press, 1981.
6. Azorin J.M., Akiskal H., Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J. Affect. Disord*. 2006; 96: 215–223.
7. Ehlers C.L., Frank E., Kupfer D.J. Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understand the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 948–952.
8. Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Clin Neurosci*. 2007; Sep; 9 (3): 325–332.
9. Frank E., Kupfer D.J., Thase M.E. et al. Two-year outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 996–1004.
10. Hirschfeld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M., Reed M., Davies M.A., Frye M.A., Keck P.E.Jr., Lewis L., McElroy S.L., McNulty J.P., Wagner K.D. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003. Jan; 64 (1): 53–9.
11. Inder M.L., Crowe M.T., Luty S.E., Carter J.D., Moor S., Frampton C.M. et al. Randomized, controlled trial of interpersonal and social rhythm therapy for young people with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2014; 17 (2): 128–38.
12. Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002; 59 (6): 530–537.
13. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1984.
14. Monk T.H., Flaherty J.R., Frank E. et al. The Social Rhythm Metric: An instrument to quantify the daily rhythms of life. *J Nerv Mental Dis*. 1990; 178: 120–6.
15. Siwek M., Dudek D., Rybakowski J. et al. Mood Disorder Questionnaire characteristic and indications. *Psychiatr. Pol*. 2009; 43 (3): 287–299.
16. Wirz-Justice A. Biological rhythm disturbances in mood disorders. *Internat Clin Psychopharmacol*. 2006; Suppl. 1: S11–5.

Поступила в редакцию 2.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

УДК 616.89:615.03:615.851

For citation: Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Smirnova N.S., Gorshkova L.V., Lukiyanova E.V., Balycheva T.A. Efficiency of psychopharmacotherapy combined with interpersonal and social rhythmic psychotherapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 104–107. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-104-107](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-104-107)

Efficiency of psychopharmacotherapy combined with interpersonal and social rhythmic psychotherapy

Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Smirnova N.S., Gorshkova L.V., Lukiyanova E.V., Balycheva T.A.

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

ABSTRACT

Objective was a comparative analysis of the efficiency of psychopharmacotherapy and combined psychopharmaco- and psychotherapy in bipolar affective disorder (BAD). 40 BAD patients were examined. To objectify the dynamics of clinical characteristics of BAD against the background of the treatment the following psychometric tools were used: Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version (SIGH-SAD), The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Clinical Global Impression Scale (CGI), The Social Adaptation Self-Evaluation Scale. Results of the study showed a higher efficiency of psychopharmacotherapy combined with interpersonal and social rhythmic psychotherapy in BAD patients in comparison with psychopharmacotherapy alone.

Keywords: bipolar affective disorder, interpersonal and social rhythmic psychotherapy, psychopharmacotherapy, social adaptation.

REFERENCES

1. Kostyukova E.G., Shafarenko A.A., Ladyzhensky M.Ya. Problemy i novyye vozmozhnosti differentsirovannoy terapii bolnykh bipolyarnym rasstroystvom [Problems and new possibilities of differentiated therapy of patients with bipolar disorder]. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstroystv – Modern Therapy of Mental Disorders*. 2014; 4: 8–15 (in Russian).
2. Matyukha A.V. Lechenie bipolyarnogo rasstroystva: ozhidaniya i deystvitel'nost' [Treatment of bipolar disorder: expectations and reality]. *NeuroNews*. 2008; 1: 21–29 (in Russian).
3. Mosolov S.N., Kostyukova E.G., Ushkalova A.V. i dr. Algoritmy biologicheskoy terapii bipolyarnogo affektivnogo rasstroystva [Algorithms of biological therapy of bipolar affective disorder]. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstroystv - Modern Therapy of Mental Disorders*. 2014; 4: 32–40 (in Russian).
4. Simutkin G.G. Nelekarstvennyye metodyi hronobiologicheskoy terapii affektivnykh rasstroystv [Non-medication methods of chronobiological therapy of affective disorders] / V knige "Hrono-biologicheskaya teoriya affektivnykh rasstroystv" / Pod obshchey redaktsiyey S.N. Mosolova. M.: AVANPORT, 2014: 352 (in Russian).
5. Aschoff J. Handbook of Behavioral Neurobiology: Vol. 4. Biological Rhythms. New York: Plenum Press, 1981.
6. Azorin J.M., Akiskal H., Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J. Affect. Disord.* 2006; 96: 215–223.
7. Ehlers C.L., Frank E., Kupfer D.J. Social zeitgebers and biological rhythms: a unified approach to understand the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45: 948–952.
8. Frank E. Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. *Dialogues. Clin Neurosci*. 2007; Sep; 9 (3): 325–332.
9. Frank E., Kupfer D.J., Thase M.E. et al. Two-year outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 996–1004.
10. Hirschfeld R.M., Calabrese J.R., Weissman M.M., Reed M., Davies M.A., Frye M.A., Keck P.E.Jr., Lewis L., McElroy S.L., McNulty J.P., Wagner K.D. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003. Jan; 64 (1): 53–9.
11. Inder M.L., Crowe M.T., Luty S.E., Carter J.D., Moor S., Frampton C.M. et al. Randomized, controlled trial of interpersonal and social rhythm therapy for young people with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2014; 17 (2): 128–38.
12. Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J. et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002; 59 (6): 530–537.
13. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books, 1984.
14. Monk T.H., Flaherty J.R., Frank E. et al. The Social Rhythm Metric: An instrument to quantify the daily rhythms of life. *J Nerv Mental Dis*. 1990; 178: 120–6.
15. Siwek M., Dudek D., Rybakowski J. et al. Mood Disorder Questionnaire characteristic and indications. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43 (3): 287–299.
16. Wirz-Justice A. Biological rhythm disturbances in mood disorders. *Internat Clin Psychopharmacol*. 2006; Suppl. 1: S11–5.

Received November 2.2017
Accepted February 5.2017

Vasilieva Svetlana N., candidate of medical sciences, research assistant of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

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

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

Smirnova Natalia S., medical psychologist of Consultative-Diagnostic Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Gorshkova Lydia V., psychiatrist of the third clinical psychiatric unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Lukiyanova Elena V., candidate of medical sciences, Head of the third clinical psychiatric unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Balycheva Taliana A., candidate of medical sciences, psychiatrist of the third clinical psychiatric unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

✉ Vasilieva Svetlana N., vasilievsn@yandex.ru

ЗАРУБЕЖНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008.441.13:661.89-008.441.33:159.922.4:615.851

Для цитирования: Кох Э., Бахманн В., Мюллер М.Й., Ассион Г.-Й. Диагностика и психотерапия аддиктивных расстройств в разных культурах (распространенность, концепции и факты). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 108–115. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-108-115](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-108-115)

Диагностика и психотерапия аддиктивных расстройств в разных культурах (распространенность, концепции и факты)

Кох Э.¹, Бахманн В.², Мюллер М.Й.³, Ассион Г.-Й.⁴

¹ Марбургский университет имени Филиппа, Марбург, Германия

² Психотерапевтическая практика, Гоф, Германия

³ Клиники Оберберг, Берлин, Германия

⁴ LWL-клиника, Дортмунд, Германия

РЕЗЮМЕ

Аддиктивные расстройства широко распространены в разных странах независимо от принадлежности к определенной культуре и влекут за собой высокие медицинские и экономические издержки. Растет количество исследований аддиктивного поведения, но по-прежнему недостаточно научных данных относительно культуральных аспектов. Отсутствуют достоверные данные, полученные по материалам исследований, объектом которых являются представители различных наций и культур. В статье обсуждаются распространенность, этиология и психотерапевтическое лечение пациентов с аддиктивным поведением с транскультуральной точки зрения.

Ключевые слова: аддиктивные расстройства, употребление алкоголя, транскультуральная медицина, наркологическое лечение, психотерапия.

Встречаемость аддиктивных расстройств (эмпирические данные)

Используемое в статье понятие «аддиктивное расстройство» (англ. Substance Use Disorder) относится к новому определению в DSM-5. В нем обобщены более ранние категории злоупотребления психоактивными веществами и зависимости DSM-IV, которые в зависимости от степени тяжести распределяются от легких до тяжелых [1].

Спиртные напитки употребляют во всем мире, но в разных регионах количественные показатели потребления на душу населения различаются. Германия со средним ежегодным потреблением 9,6 л чистого алкоголя на душу населения стоит на 13-м месте в Европе, после Чехии, Румынии, Словении и других государств [2]. При выборочном учете в Германии в 2012 г. обнаружено, что 15,1% опрошенных в течение последних 30 дней воздерживались от употребления алкоголя, 57,3% употребляли спиртные напитки с низким риском для здоровья, 14,2% – с высоким риском. Злоупотребляют 3,1%, зависимы от алкоголя 3,4%. Алкогольная зависимость составляет у женщин 2,0%, у мужчин – 4,8% [3]. В Африке, Азии или на Среднем Востоке по сравнению с этим характерно употребление менее 1 л алкоголя на душу населения в год. Такие большие различия обусловлены не только культурными, но и социологическими и экономическими причинами [4].

В России в 2008-2010 гг. потребление было выше среднего уровня, составляя 15,1 л чистого алкоголя на человека в год, причем потребление у мужчин составляло 23,9 л и было значительно выше, чем у женщин – 7,8 л. Для сравнения: в Европе среднее потребление составило 10,9 л на душу населения в год. Таким образом, употребление алкоголя в России намного превышало этот показатель. Опрошенные употребляли преимущественно водку (51%), пиво (38%) и вино (11%).

По данным ВОЗ, 17,4% населения России (31,0% мужчин, 6,2% женщин) имели психическое расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и 9,3% (16,5% мужчин; 3,3% женщин) страдали алкогольной зависимостью. По сравнению с европейским регионом, где в среднем 7,5% населения больны психическими расстройствами вследствие употребления алкоголя и 4,0% страдают алкогольной зависимостью, частота встречаемости этих заболеваний в России намного выше средней [5].

Резюме: употребление алкоголя зависит от культурных, экономических и социальных факторов.

Аддиктивные и другие психические расстройства у меньшинств

Данные по распространенности алкогольной зависимости в течение жизни как сопутствующего заболевания с другими психиатрическими диагнозами сильно различаются. Более трети пациентов с биполярным расстройством и шизофренией страдают коморбидной алкогольной зависимостью. Можно ожидать, что с похожей частотой распространена заболеваемость биполярным или шизофреническим расстройствами в разных культурах, при всем этом в контексте миграции целенаправленные исследования по этой проблеме отсутствуют до сих пор [6].

Корреляции между расстройством дефицита внимания/гиперактивности (РДВГ) и аддикцией в последнее время привлекают возрастающее внимание. Нарушения мотивации постулировались для обоих заболеваний. Результаты, полученные при помощи методов нейровизуализации, подчеркивают коморбидность аддиктивных расстройств при РДВГ во взрослом возрасте и приписывают её нейронным дисфункциям в системе вознаграждения [7]. В то время как общая распространённость РДВГ составляет во взрослом возрасте 2–6%, до 30-50% зависимых от ПАВ страдают РДВГ.

По исследованию König et al. [8], из 50 зависимых от опиатов соответствовали критериям РДВГ во взрослом возрасте 35 человек, 19% демонстрировали стойкие симптомы. В выборке больные РДВГ на начало заболевания аддикцией были моложе, имели более низкие значения IQ и были чаще осуждены или лишены свободы, чем больные РДВГ без сопутствующей зависимости. Авторами сделан вывод, что РДВГ может оказывать негативное влияние на возникновение и выраженность болезней зависимости. Несмотря на высокую корреляцию между РДВГ во взрослом возрасте и аддиктивными расстройствами, до сих пор отсутствуют основные данные для пациентов-мигрантов.

Отмечена высокая коморбидность аддиктивных расстройств с депрессиями и тревожными расстройствами. Если рассматривать, например, частоту тревожных расстройств в международном сравнении, то можно ожидать, что болезни зависимости часты и у мигрантов, при этом работы по этому вопросу ограничены [9, 10].

Резюме: алкогольная зависимость часто сопутствует другим нервно-психическим заболеваниям. Нет работ, целенаправленно исследующих культуральные взаимосвязи этого явления, или их очень мало.

Аддикция и миграция: ситуация в Германии

И в Германии всё ещё отсутствуют федеральные эпидемиологические исследования. Тем не менее несколько важных для психотерапевтического процесса высказываний можно встретить в локальных или региональных исследованиях: 1) возраст заболевания выше в определенных группах мигрантов [11]; 2) мигранты недостаточно представлены в наркологических учреждениях, скорее избыточно представлены в судебных клиниках [12]; 3) чем более специализировано предложение, тем более незначительна доля мигрантов [12]. Примером служит Гамбург, где доля мигрантов на рынке наркотиков составляет примерно треть, а доля их в амбулаторной или стационарной наркологической помощи составляет 5–10% [11]; 4) посещающие консультации лучше интегрированы в общество и семье [11, 13]; 5) у наркозависимых мигрантов установлена лучшая интеграция в семью, чем у немцев [11, 13].

Рабочая группа «Миграция и Психиатрия» федеральной конференции директоров проводила исследование ситуации обеспечения помощью в психиатрических больницах Германии. При этом учитывались доля пациентов с миграционным происхождением и их диагнозы. При сравнении пациентов из Турции и Восточной Европы были установлены различия в диагнозах. В то время как тревога и депрессия оказывались более частыми у пациентов турецкого происхождения, они значительно реже страдали болезнями зависимости по сравнению с пациентами, происходящими из Восточной Европы, у которых алкогольная зависимость была самым частым расстройством [14, 15].

Этиология аддиктивных расстройств: культурально-специфические факторы риска у мигрантов

Многофакторный генез аддиктивного поведения охватывает индивидуальные, социальные, культуральные и биологические факторы, которые, взаимодействуя, обуславливают злоупотребление ПАВ. Генетические факторы риска, по оценкам, составляют примерно 50%. Алкогольная зависимость независимо от культу-

ры высоко конкордантна у близнецов. Четверть зависимых от алкоголя имеют хронически больного алкоголизмом отца, у трети лиц с альфа-алкогольной зависимостью оба родителя страдали алкоголизмом [16].

Алкогольная зависимость описана как поведение, связанное с научением [17]. Важным фактором болезненной зависимости является научение родительским способам поведения. Копинг-стратегии и неадекватное решение проблем родителями имеют большое влияние на поведение детей [18]. Этот аспект мог бы играть роль, прежде всего, у детей переселенцев из бывшего СССР, так как в этой группе существует высокая нагруженность алкогольной зависимостью [14, 15, 19]. Еще один социально-биологический аспект – эффект стресса как фактор роста потребления спиртных напитков или алкогольной зависимости [20]. Мигранты имеют более высокий риск столкнуться с рискованными жизненными событиями, травматическим опытом или обременительными жизненными обстоятельствами. Кроме того, они должны справиться с языковыми проблемами, экономическими трудностями или социальной маргинальностью [21].

Положительное влияние алкоголя на негативный аффект и тревожные состояния может повлечь увеличение потребления спиртных напитков при проблематичных жизненных событиях. У лиц с зависимостью в прошлом существует более высокий риск рецидива при увеличении стресса. Szaflarski, Cubbins и Ying [22] нашли у мигрантов первого поколения меньшую частоту злоупотребления алкоголем, чем у рожденных в США членов второго поколения. Риск клинического диагноза в связи с травматическими переживаниями был выше у мигрантов, чем у коренных жителей.

Лица с историей иммиграции подвергаются обусловленным миграцией нагрузкам [23], которые могут негативно влиять на уверенность в себе. Люди с меньшей уверенностью в себе или недостаточными копинг-стратегиями чаще реагируют импульсивным или агрессивным поведением. Таким образом, диссоциальное поведение может возрастать в семейном кругу. Высокие эмоциональные нагрузки могут способствовать потреблению спиртных напитков. Специфические черты личности для развития аддиктивного поведения не известны, хотя при алкогольной зависимости часто имеют место коморбидные личностные расстройства и антисоциальные аспекты.

Насыщенное конфликтами социальное взаимодействие считается еще одним этиологическим фактором аддиктивных расстройств. С одной стороны, в семьях мигрантов и в трудных ситуациях обычно существует высокая сплоченность. Зависимость от ПАВ зависит также от взаимодействия в семьях с миграционным происхождением [24]. Аддиктивное поведение индексного пациента может иметь первоначально стабилизирующий эффект на семейную связь и заслонять эмоциональные, травматические или финансовые конфликты. Ориентированные на семьи культуры склонны к укреплению семейной связи. Посредством нее пытаются избежать утраты уважения в этнических группах, которая обычно наступает вследствие аддиктивного поведения.

Социальная поддержка со стороны семьи может тормозить отрицательные эффекты зависимости до-

вольно долгое время, тем не менее недолго предотвращая утрату самоконтроля и социальное небрежение. Разные культурные аспекты и традиции могут отражаться на разнообразных формах аддиктивного поведения. Так, в разных культурах значительно различаются количество и вид употребляемых ПАВ [25].

Однако этнокультуральная дифференциация мигрантов с болезнями зависимости является проблематичной и базируется исключительно на клинических впечатлениях в рутинной практике лечения. Так как не хватает до сих пор систематических исследований, стоит избегать поспешных обобщений [26].

Аккультурация и аддикция

Процессы аккультурации сильно варьируют и зависят от социальных и личностных различий, что касается общества происхождения, интеграции в принимающей переселенцев стране и результата приспособления, аккультурации [27].

Существует мало публикаций, где обсуждается проблема аккультурации и лечения алкогольных заболеваний. В полевом исследовании 50 афганских мигрантов в Германии исследовалось потребление алкоголя [28]. Обнаружена значимая корреляция между бременем аккультурации и психическим расстройством, так же как между психическим расстройством и степенью тяжести потребления спиртных напитков. Эти отношения были независимы от того, существовало ли уже перед миграцией потребление спиртных напитков. Этим подкрепляется гипотеза, что проблемы аккультурации могут вызывать или усиливать потребление алкоголя.

Neff и Норре [29] исследовали злоупотребление алкоголем белых, черных и мексиканских американцев. Количество и частота потребления спиртных напитков были выше у мало аккультурированных мужчин и лучше у аккультурированных женщин. Слабо аккультурированные члены второго поколения потребляют большее количество алкоголя. Эти результаты показывают, что недостаточно назвать статус поколений или этническое происхождение, чтобы иметь возможность обсуждать аккультурацию. Авторы подчеркивают значение понятия маргинализации для аккультурации, хотя также оказывают влияние демографические и психосоциальные факторы.

Kulis et al. [30] охватили 4 измерения гендерной идентичности. Гендерный аспект в отдельности недостаточно информативен в отношении потребления наркотиков и установки на наркотики, в то время как гендерная идентичность дает возможность лучшего прогноза. Половая идентичность в большой мере связана с аккультурацией. Культурно предписанные половые роли обнаруживали защитный эффект по сравнению с потреблением наркотиков как у мужчин, так и у женщин.

Другое исследование указывает, что аккультурация связана с меньшей частотой алкогольных заболеваний среди мужчин и большей частотой высокого эпизодического употребления у женщин. Аккультурация оказывает разные эффекты на злоупотребление алкоголем мужчин и женщин. Это признается значимым Caetano et al. [31], так как специальная литература обнаруживает указания на повышенное потребление и рост обусловленных алкоголем проблем при лучшей аккульту-

рации. Однако связь между аккультурацией и обусловленными алкоголем заболеваниями нелинейная и эффект аккультурации на злоупотребление алкоголем неоднороден.

Резюме: стили аккультурации и культурное происхождение – это факторы, способствующие или защищающие от формирования алкогольной зависимости.

Потребление спиртных напитков в Турции и мусульманских странах

Грубая категоризация по религиозным аспектам показывает большие различия. Потребление алкоголя незначительно, к примеру, в Африке и Турции (большинство мусульман), наконец, ислам запрещает употребление алкоголя и наркотиков; запрету следуют, тем не менее, по-разному, данные не поддаются статистическому учету [32, 33]. Потребление спиртного варьирует в мусульманских странах от 0,5% в Египте до 35,6% в Ливане. Соответствующим образом различна доля людей с алкогольной зависимостью – от 0,2% в Египте до 7,3% в Иране. В Турции ежегодная распространенность потребления алкоголя меньше (19,6%), чем во всех других европейских странах. Доля лиц с алкогольной зависимостью также очень низкая (1,3%). В европейских странах эта частота распространенности составляет около 62–97,5% и 2,2–12,2 % [34]. Традиционные семьи в этих культурах следуют запрету спиртных напитков. Типично иерархическое отношение родителя и ребенка. Копинг-стиль характеризуется в соответствии с этим репрессиями и санкциями, и социальная интеграция скорее незначительна [35].

В таких группах любое употребление ПАВ презируется как социальное отклонение. Могут актуализироваться конфликты норм при сильном отличии идеальных представлений и будней [36]. Неудивительно, что молодые люди с турецким происхождением ищут помощь в русле семейных структур и этнических общин и мало знают о профессиональном консультировании или не пользуются им вовсе [37].

В Турции установлена алкогольная зависимость и вредное потребление у 0,65% женщин и 1,77% мужчин. Наркомания очень низка как у женщин (0,01%), так и у мужчин (0,03%). О внутреннем потреблении нет данных. Масштаб алкогольной и наркотической зависимостей долгое время недооценивали и пренебрегали исследованиями по этой теме. Только в начале 80-х годов был основан в Психиатрической клинике в районе Бакыркёй центр для лечения алкогольной и наркотической зависимостей [33]. Потребление табака высоко в Турции: 17,3% женщин и 45,9% мужчин курят ежедневно. Продолжительность жизни составляет для женщин 75 лет и для мужчин 71 год [38, 39].

Резюме: потребность в обеспечении помощи зависимым от алкоголя лицам существует вопреки запрету спиртных напитков и в мусульманских странах.

Потребление спиртных напитков в России

В России недостаточно эпидемиологических данных об употреблении алкоголя. Социальное значение потребления спиртных напитков высоко и широко распространено самогонварение. Масштаб злоупотребления алкоголем оценивается приблизительно. Иначе чем в официальной статистике (10,6 л на каждого в год) потребление чистого алкоголя оценивается экспертами в 13–15 л с тенденцией роста с 1990-х гг. [34, 40].

Согласно ВОЗ, существуют следующие данные: имеет место алкогольная зависимость и вредное потребление у 2,58% женщин и у 16,29% мужчин. Наркомания у женщин составляет примерно 0,23%, у мужчин – 0,72%. Внутривенное потребление, по оценкам, составляет 274,6 человек на 100 000 жителей.

Репрезентативное исследование 151 000 участников в России показало, что 19% опрошенных мужчин и 2% опрошенных женщин потребляют одну или большее количество 0,5-литровых бутылок водки в неделю. Далее оказалось, что потребление водки соотносилось высоко с потреблением табака: 69% участников исследований, которые пили бутылку водки в неделю, сообщали о потреблении табака. Среди лиц с более тяжелым злоупотреблением алкоголем потребление табака составляло 89%. Из умерших в период опроса мужчин-участников исследования 51,9% умерли в связи с потреблением спиртных напитков, в то время как доля женщин составила примерно 34% [41].

В России и государствах бывшего Советского Союза много курильщиков; так, 19,7% женщин и 65,5% мужчин курят ежедневно. Высокое потребление спиртных напитков и потребление табака отражается также на продолжительности жизни, в России для женщин примерно 73 года и для мужчин примерно 60 лет [38, 39].

Shield & Rehm установили, что алкоголь отвечает в среднем за 187 смертельных случаев на 100 000 человек населения [42]. Алкоголь в России – это частая причина ранних случаев смерти, что происходит в силу вида и размера потребления. С тех пор как появились изменения в алкогольной политике, потребление и частота смертности снизились [43].

Перед и непосредственно после миграции русские мигранты склонны к нереально высоким ожиданиям качества жизни в Германии, которая идеализируется как страна иммиграции. Но опыт безработицы и проблемы понимания, как стрессовые жизненные события, разочаровывают людей. Это склоняет к усиленному потреблению спиртных напитков. С одной стороны, могут существовать трудные семейные сочетания, с другой стороны – существует тесная семейная связь. Злоупотребление ПАВ взаимосвязано со стилями взаимодействия в семьях [24]. Семьи с аддиктивным членом из Восточной Европы или России склонны к варибельному копинг-стилю. Потребление спиртных напитков принято на их родине. Семейная роль ребенка менее иерархична и семьи частично хорошо интегрированы.

При сравнении русских и турецких мигрантов оказывается, что турки обнаруживали более высокую частоту никотиновой зависимости и, напротив, меньшую частоту алкогольной зависимости. Русские и немецкие выборочные пробы были сопоставимы в отношении потребления спиртных напитков [44].

Сначала зависимость индексного пациента в семьях мигрантов имеет часто стабилизирующий эффект на семейную связь и может помогать заслонять эмоциональные, травматические или финансовые конфликты. Именно ориентированные на семьи культуры склонны к сплоченности в нуклеарной семье. Вследствие этого избегается утрата уважения в этнической группе, так как зависимость видится как негативная во многих культурах. Знание об обычных группах сверстников

и социально-политическом происхождении, а также об экономической ситуации – это важная предпосылка для успешного лечения мигрантов с заболеваниями зависимости в Германии [35].

Резюме: в Восточной Европе и России при растущей частоте распространенности потребления спиртных напитков имеется высокая потребность в обеспечении наркологической помощью и исследовании.

Психотерапевтические приемы и выводы для клиники

Основы терапии заболеваний зависимости охватывают ослабление синдрома отмены, введение регенерации, сенсбилизацию для сокращения поражения и профилактику рецидивов. Мигранты с риском или существующим заболеванием зависимости нуждаются в полипрофессиональной поддержке, учитывая культуральные и относящиеся к миграции факторы. Научно обоснованное лечение с опорой на существующие медицинские руководства положения должно быть частью стратегии, равным образом учитывающей психотерапию, психофармакотерапию и психосоциальную поддержку. Таким образом, достигаются лучшие результаты [45]. Поэтому лечебный процесс нуждается в культуральном компоненте дополнительно к общепринятому процессу.

Разумеется, существующее положение с данными недостаточно. Мы знаем, что использование стационарной психотерапии мигрантами с заболеваниями зависимости незначительно. Доля пациентов с миграционным происхождением составляла при уже упомянутом предварительном исследовании федеральной конференции директоров [14] примерно 21,8%, в психотерапевтически ориентированной реабилитации аддикций, напротив, только 11,4%. О частоте амбулаторной психотерапии пока нет достоверных данных.

Также нет значимых исследований по вопросу психотерапевтических концепций. Публикации по теме появились из практики и часто содержат описания единичного случая. При этом по достоверным источникам эффективные консультативные и терапевтические приемы, такие как концепция 12 шагов Анонимных Алкоголиков (где центрально важны духовность и ориентация на ценности) или мотивационные короткие воздействия по Prochaska и DiClemente [46], не исследованы у пациентов-мигрантов.

Указания на возможную эффективность психотерапии у пациентов с историей иммиграции дает разработанный Miller и Rollnick прием мотивационных интервью (МИ) [47, 48]. На переднем плане при этом хотя и клиент-ориентированном, но все же директивном приеме ведения разговора, иначе, чем при конфронтационном методе, стоит целенаправленное содействие внутренней мотивации к изменению проблематичного поведения. Терапевтическая общая концепция опирается на 2 фазы терапии: содействие мотивации к изменению (фаза 1) и укрепление целей, пути и конкретного плана изменения (фаза 2). Здесь важно подчеркивать достигнутое партнерское отношение между пациентом и терапевтом, в котором профессионально встречается также сопротивление со стороны обратившегося за помощью и целенаправленно оценивается и укрепляется его индивидуальный потенциал изменения при соблюдении его автономии.

Чтобы учреждать эту концепцию как прочный терапевтический прием в транскультуральной психотерапии, необходимы адаптации в соответствии с различным культурным фоном. Li et al [49], проводившие культурально адаптированные мотивационные интервью (КАМИ) с зависимыми от алкоголя лицами испанского происхождения, сообщали, что 95% опрошенных высказывали точку зрения, что понимание их алкогольной зависимости возможно только при понимании их культуры.

Parla [32] указывает в этой связи на значение родного языка как эмоционального языка, на котором можно лучше выразить чувства. Мигрант может быстрее построить доверительные отношения с терапевтом, говорящим на его родном языке, что повышает возможности идентификации и укрепляет терапевтическую мотивацию пациента. Таким образом, не является неожиданностью, что американцы с мексиканским происхождением, получавшие короткое мотивационное воздействие от специалистов, говорящих на родном языке, обнаруживали лучшие результаты в 12-месячный катамнестический период. Лечение на родном языке было особенно успешно у лиц испанского происхождения, которые не были рождены в Америке или были меньше аккультурированы. Специалисты, говорящие на родном языке, могут способствовать успеху лечения за счет культуральной компетенции и этноспецифического видения аддиктивного поведения и структуры доверительной коммуникации, что часто помогает больным [50]. Однако есть случаи, в которых мигранты предпочитают немецких терапевтов, прежде всего, если тема аддикции представляет собой табу в собственной общине. Эти мигранты полагают, что могут оставаться анонимными или что с ними будут обращаться более непредвзято [51].

Построение терапевтических концепций на лечении на родном языке не является, с нашей точки зрения, главной целью, так как соответствующие специалисты не находятся в распоряжении в необходимом разнообразии языков и количестве. Психотерапевтическая работа с переводчиками в амбулаторной сфере еще непривычна и расходы на переводчика в основном не оплачиваются больничными кассами, что и дальше ограничивает этот рациональный метод.

Lackner [52] считает терпение при преодолении феноменов сопротивления и приемлемость культурно привычных ритуалов основой психотерапии в транскультуральном контексте. Семейно-терапевтическая организация психотерапевтического лечения рекомендуется Naasen et al. [11], которые занимались исследованием психосоциальных аспектов зависимости у мигрантов. Семейная структура была исправна еще у двух третей из 51 участника (43 мужчины и 8 женщин, 66% турецкого миграционного происхождения). Тяжесть зависимости была значимо меньше у участников с законченным школьным образованием, профессиональной подготовкой или хорошим знанием немецкого языка. Имело место высокое совпадение аддиктивного поведения с конфликтами в семье и в социальном контексте. Хороший прогноз был, прежде всего, у тех, кто позже начинал употребление аддиктивных средств и имел действующую семейную структуру.

По возможности в процессе лечения должен участвовать член семьи или хороший друг, чтобы усиливать такие социальные ресурсы. Если существуют сомнения в отношении достаточности знания немецкого языка, с целью поддержки пациента нужно обязательно привлекать переводчика [36].

Связь между хорошим знанием немецкого языка и более легким течением наркологического заболевания объясняется как положительный эффект лучшей интеграции. Naasen et al. рекомендовали [28] необходимость ранних вмешательств как в медицинских рамках, так и в консультативных центрах. Из 50 участников 36 посетили в прошлом месяце перед беседой врача либо консультанта.

Также есть сообщения по поводу таких особых наблюдений, как терапевтические приемы по лечению зависимости от анальгетика тилидин молодых мигрантов [53]. В нескольких публикациях обсуждаются превентивные мероприятия [44, 54, 55] и указывается на необходимость информационного материала на родном языке. Однако в полиэтничном обществе превентивные стратегии равным образом не могут подходить для всех групп, так что необходимо дифференцировать программы и терапевтические подходы для разного культурного фона [56].

Группы самопомощи, к примеру, у некоторых этносов не известны и существуют высокие барьеры для участия в них. Поэтому требуется специальная информация и видоизменение терапевтического сеттинга [57]. Это необходимо в силу появления новых амбулаторных видов лечения и оценки [58].

Кроме того, коморбидность аддиктивных расстройств может скрывать симптомы других психиатрических расстройств, уменьшать их или даже усиливать. Это может вести к диагностическим трудностям у людей с историей иммиграции. Заболевания зависимости отличаются как среди этнических групп, так и в зависимости от различных окружающих факторов. Интегрированная стратегия лечения должна достигать и того и другого, учитывать как миграционное происхождение, так и содержать классические стратегии лечения [59].

Резюме: культуральная компетенция, этноспецифическое видение аддиктивного поведения и структуры доверительной коммуникации нужно учитывать в концепциях лечения наркологических больных с миграционным происхождением.

Индивидуализированная наркологическая работа среди больных с историей иммиграции. Сообщение об опыте клиники психиатрии и психотерапии Vitos в Марбурге

Как следствие волны переселенцев из областей бывшего Советского Союза в конце 1980-х гг. появился большой спрос на детоксикацию примерно с 1990-го года. Однако пациентов нельзя было интегрировать в большинстве случаев в немецкую систему наркологической помощи, в отделениях обнаруживался высокий агрессивный потенциал и процесс лечения часто нарушался. Как ответ на эти проблемы различные модели интеграции специфических для культуры элементов испытывались в лечении этой группы пациентов. Лечение продолжало оставаться неудовлетворительным.

В Марбурге пациенты русского происхождения принимались в небольшие группы, были созданы дополнительные предложения по лечению на русском языке, к лечению приобщены родственники, однако результаты лечения не улучшались. Как следствие осталось ограничение доступа пациентов русского происхождения к стационарной дезинтоксикации, чтобы иметь возможность контролируемо отслеживать тяжелую динамику.

Чтобы проверить этот опыт, в клинике Vitos Марбурга точнее рассматривались данные пациентов-мигрантов, находящихся на лечении в 2012 г. по поводу заболевания зависимости. При этом выявлена гетерогенная группа относительно различных параметров течения аддикции. Количество предшествовавших курсов дезинтоксикации варьировало от 0 до 20. Примерно треть пациентов закончили один или несколько курсов наркологического лечения. Относительно терапевтического ассортимента медикаментозное лечение (в большинстве случаев синдром отмены) было оценено примерно 2/3 пациентов как очень полезное; психотерапевтические индивидуальные беседы принимались более положительно, чем групповая терапия.

В транскультурально организованном наркологическом ассортименте следует обращать внимание на следующие аспекты в содержании и методике: в начале лечения аддикции большинство пациентов находятся в фазе двойственности, и потребность в продолжении потребления ПАВ противоречит вызванным вследствие этого проблемам. Как мотивы для потребления, так и опасения в отношении собственной компетенции абстиненции, а также, например, страх перед утратой автономии индивидуально очень различны. Давно интернационально оправданный метод для исследования этих индивидуальных целевых представлений, желаний, двойственностей и страхов – это мотивационное интервью [47, 48, 60]. Учет специфических для культуры особенностей содержится там имплицитно и становится терапевтически эффективным. При последовательно персонализированном приеме лечения аддикции становится очевидным для пациента как индивидуальный, так и сопряженный с ним культурный фон (например, определенные семейные ритуалы, запреты, догматы веры и т. д.), который понимается терапевтом и становится актуальным для лечения. Это имеет значение не только для единичного сессинга. Так, например, для укрепления мотивации к абстиненции к концу групповой терапии в стационаре дезинтоксикации с просьбой, чтобы каждый участник высказал два самых важных для него преимущества действительной абстиненции, терапевтом может быть введено укрепление мотивации без ограничений по миграционному признаку. При этом их личная оценка часто понятна из миграционного фона, может оставаться в группе как вотум и содействовать их интеграции, как правило, в относящееся к разным культурам сообщество пациентов. МИ предлагает, таким образом, также в транскультуральной терапии аддикции поддающуюся изучению основу для создания рабочих отношений в терапевтическом контексте, улучшает мотивацию к изменению, исследует и разрешает двойственность и фокусируется вместе с тем всегда на культурно-обусловленных составляющих личности [61].

В присоединяющемся к дезинтоксикации дневном клиническом/амбулаторном лечении можно продолжить работать углубленно над созданием и учетом (культурно-) специфических особенностей, которые внесли, возможно, вклад в начало/поддержание проблемы или все еще вносят, чтобы получить снова доступ к управлению собственным поведением в желаемом смысле.

В таких цитатах, как например: «*Не дело вешивать полицию в семейные дела ...*», «*Если ты со мной за рождение твоего сына не вытешь ...*», «*Идешь в клинику, платишь, и они все сделают*», – частично проясняется, что за этими высказываниями иногда лежат глубоко укоренившиеся убеждения, способствующие более близкому пониманию соответствующей культуры с ее причинной обусловленностью, в которую так верят или перенимают пациенты. В каждом отдельном случае ставится вопрос: Как мне побудить сидящего передо мной рассказать о себе, и открыть себя самого и мои стереотипы для него, если и не забывать их, то, по крайней мере, не упускать из виду и контролировать? В регулярных обучающих мероприятиях основы мотивационного ведения разговора способствуют ознакомлению новых сотрудников с этим методом и гарантируют всеобщий высокий уровень знаний в стационаре.

Перспективное направление

Транскультуральная психотерапия при аддиктивных расстройствах имеет социальное и медицинское значение. До сих пор имеются недостаточные научные данные, а значение стресса и связанного с миграцией травматического опыта едва исследовано.

Необходимо оказывать большее внимание культурным аспектам в будущем, если речь идет о психотерапии наркологических заболеваний и зависимости. Мы нуждаемся в опросниках и других инструментах исследования с возможностью оценки в разных культурах. Кроме того, отсутствуют концепции и терапевтические руководства или модификация существующих концепций для транскультурального лечения и его оценки. Это требует закрепления культуральной компетентности в психотерапевтическом образовании, психотерапевтических и медицинских профессиональных обществах и учреждениях [19, 62, 63].

Итог для практики

Компетентный в вопросах миграционного фона сбор анамнестических данных должен охватывать наряду с данными о миграционной биографии также стратегии аккультурации. Беседа об опыте миграции укрепляет отношение между пациентом и врачом [64, 65]. Речь идет о том, чтобы видеть не только чужое в другом во встрече с пациентами, но и отражать собственные установки [66] и изменять культуру наркологической терапии таким образом, чтобы все пациенты получали справедливый и возможно наиболее равноправный доступ к психиатрическому и психотерапевтическому лечению.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

LITERATURE/REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, 2013.
2. DHS. Jahrbuch Sucht 2013.
3. Pabst A., Kraus L., Gomes de Matos E., Piontek D. Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*. 2013; 59(6): 321–31.
4. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon: EMCDDA, 2012.
5. Global status report on alcohol and health. 2014.
6. Assion H.J., Brieger P., Bauer M. (Hrsg). Bipolare Störungen: Das Praxishandbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 2013: 74–81.
7. Stoy M., Wrase J., Heinz A., Ströhle A. ADHS und Sucht – Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren. *Sucht*. 2006; 52(6) 386–394.
8. König S., Wodarz N., Unglaub W., Johann M. Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei erwachsenen Drogenabhängigen. *Psychiatr Prax*. 2007; 34(1): S71–72.
9. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990; 264: 2511–18.
10. Agorastos A., Ströhle A. Angststörungen. In: Machleidt W., Heinz A. (Hrsg). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier Urban & Fischer 2011: 293–306.
11. Haasen C., Toprak M.A., Yagdiran O., Kleinemeier E. Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. *Suchttherapie*. 2001; 2: 161–166.
12. Krahl W. Sucht und Migration in der Forensischen Psychiatrie. In: Koch E., Müller M.J., Schouler-Ocak M., Hrsg. Sucht und Migration. Freiburg: Lambertus, 2013: 92–118.
13. Haasen C., Heimann H., Penka S., Heinz A. Abhängigkeit und Sucht. In: Machleidt W., Heinz A., Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Aufl. München: Elsevier, 2011: 375–385.
14. Koch E., Hartkamp N., Siefen R.G., Schouler-Ocak M. Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz. *Nervenarzt*. 2008; 79: 328–339.
15. Schouler-Ocak M., Bretz H.J., Penka S., Koch E. et al. Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. *Eur Psychiatry*. 2008; 23, S1: 21–27.
16. Clark D.B., Moss H.B., Kirisci L., Mezzich A.C. et al. Psychopathologia in Preadolescent Sons of Fathers with Substance Use Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36: 495–502.
17. Kiefer F. Complete Suppression of Craving in Alcohol-Dependent Individuals. Is it Possible? *CNS Drugs*. 2009; 23: 361–367.
18. Tuna S. Entwicklungskrisen und migrationsbedingte Belastungen als Suchgefährdungspotentiale jugendlicher Migranten. In: Salman R., Tuna S., Lessing A., Hrsg. Handbuch interkulturelle Suchthilfe. Modelle, Konzepte und Ansätze der Prävention, Beratung und Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag, 1999.
19. Koch E., Müller M.J. Migration und Krankenhaus: Interkulturelle Öffnung des Vitos Klinikums für Psychiatrie und Psychotherapie Gießen-Marburg. *Hess. Ärzteblatt*. 2012; 7: 434–39.
20. Zimmermann U., Blomeyer D., Laucht M., Mann K.F. How gene-stress-behavior interactions can promote adolescent alcohol use: the roles of predrinking allostatic load and childhood behavior disorders. *Pharmacol Biochem Behav*. 2007; 86: 246–262.
21. Patel V., Flisher A.J., Cohen A. Social and cultural determinants of mental health. In: Murray R.M., Kendler K.S., McGuffin P., Wessely S. et al. Eds. Essential Psychiatry. Fourth Edition, Cambridge University Press, 2008: 419–433.
22. Szaflarski M., Cubbins L.A., Ying J. Epidemiology of alcohol abuse among US immigrant populations. *J Immigr Minor Health*. 2011; Aug; 13(4): 647–58.
23. Müller M.J., Koch E. Stressors related to immigration and migration background in Turkish patients with psychiatric disorder: validity of a short questionnaire. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011; 13(6), 1019–1026.
24. Kimil A., Salman R. Migration und Sucht. In: Hegemann T., Salman R., Hrsg. Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag, 2010: 368–382.
25. Randolph W.M., Stroup-Benham C., Black S.A., Markides K.S. Alcohol use among Cuban-Americans, Mexican-Americans, and Puerto Ricans. *Alcohol Health Res World*. 1998; 22(4): 265–9.
26. Assion H.J., Koch E. Substance Abuse and Addiction Among Divergent Ethnic Groups. In: Barnow S., Balkir N. (Hrsg) Cultural Variation in Psychopathology: From Research to Practice. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2012: 206–218.
27. Berry J.W. Immigration, Acculturation and Adaptation. *Applied Psychology: An international review*. 1997, 46(1): 5–34.
28. Haasen C., Sinaa M., Reimer J. Alcohol Use Disorders Among Afghan Migrants in Germany. *Substance Abuse*. 2008. 29(3).
29. Neff J.A., Hoppe S.K. Acculturation and drinking patterns among U.S. Anglos, blacks, and Mexican Americans *Alcohol*. *Alcohol*. 1992; May; 27(3): 293–308.
30. Kulis S., Marsiglia F.F., Hurdle D. Gender Identity, Ethnicity, Acculturation, and Drug Use: Exploring Differences among Adolescents in the Southwest. *J Community Psychol*. 2003; 31(2): 167–188.
31. Caetano R., Ramisetty-Mikler S., Wallisch L.S., McGrath C., Spence R.T. Acculturation, drinking, and alcohol abuse and dependence among Hispanics in the Texas-Mexico border. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; Feb; 32(2): 314–21.
32. Parla F. Migration und Drogenabhängigkeit. Eine vergleichende Studie von türkischen Jugendlichen in Deutschland und in der Türkei. Forschungsergebnisse zur Suchtprävention, Band 9. Hamburg: Verlag Dr. Kovač, 2007.
33. Mutlu E. Strategien der Entzugsbehandlung in der Türkei. In: Koch E., Müller M.J., Schouler-Ocak M., Hrsg. Sucht und Migration. Freiburg: Lambertus, 2013: 47–58.
34. Obot I.S., Room R. Eds. Alcohol, Gender and Drinking Problems Perspectives from Low and Middle Income Countries. WHO, 2005.
35. Boos-Nünning U., Siefen R., Kirkcaldy B., Otyakmaz B.Ö. et al. Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos, 2002.
36. Westermeyer J. Culture and Addiction Psychiatry. In: Tseng W.S., Streltzer J., Eds. Cultural Competence in Clinical Psychiatry. Washington: American Psychiatric Publishing, 2004: 85–106.
37. Penka S., Heimann H., Heinz A., Schouler-Ocak M. Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. *Eur Psychiatry*. 2008; 23(1): 36–42.
38. WHO. Atlas on substance use: resources for the prevention and treatment of substance use disorders, Geneva: WHO, 2010.
39. WHO. Global Health Observatory. 2013. www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life
40. Malyutina S., Bobak M., Kurilovitch S. et al. Trends in alcohol intake by education and marital status in an urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol and Alcoholism*. 2004; 39: 64–69.
41. Zaridze D., Lewington S., Boroda A. et al. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151.000 adults. *The Lancet*. 2014; 383: 1465–1473.
42. Shield K., Rehm J. Russia-specific relative risks and their effects on the estimated alcohol-attributable burden of disease. *BMC Public Health*. 2015; 15: 482.
43. Neufeld M., Rehm J. Alcohol Consumption and Mortality in Russia since 2000: Are there any Changes Following the Alcohol Policy Changes Starting in 2006? *Alcohol and Alcoholism*. 2013; 48: 222–230.
44. Zeef A., Salman R., Krauth C., Walter U., Machleidt W. Prävention bei Migranten am Beispiel der Sucht. In: Machleidt W., Heinz A., Hrsg. Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier, 2011: 541–550.
45. Assion H.J., Bingöl H., Ozguerdel S., Basiliowski M. Patients of Turkish origin in an institutional psychiatric outpatient service. *MMW*. 2007; 149: 57–58.

46. Prochaska J., DiClemente C., Norcross C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 2004; 37: 1102–1114.
47. Miller W.R., Rollnick S. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behavior. Third ed., New York: Guilford Press, 2012.
48. Miller W.R., Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus-Verlag, 2004.
49. Lee C.S., López S.R., Hernández L., Colby S.M., Caetano R., Borrelli B., Rohsenow D. A Cultural Adaption of Motivational Interviewing to Address Heavy Drinking among Hispanics. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2011; 17:317–324.
50. Field C., Caetano R. The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2010. Feb; 34(2): 262–71.
51. Gaitanides S. Zugangsbarrieren von Migranten zu den Drogendiensten. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg: Lambertus Verlag, 1998: 62–76.
52. Lackner R. Zugangswege zu jugendlichen Migranten mit Abhängigkeitsproblemen aus den ehemaligen GUS-Staaten. In: Erim Y., Hrsg. Klinische interkulturelle Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, 2009: 278–287.
53. Ziemer M. Therapieansätze für die Behandlung von Tilidin-Abhängigkeit bei jugendlichen Migranten. *Suchtmed*. 2007; 3: 160.
54. Bermejo I., Frank F., Härter M., Walter-Hamann R. Alkoholprobleme älterer Migranten. Evaluation eines transkulturellen Präventionskonzeptes. *Soziale Arbeit*. 2011; 9: 329–336.
55. Bermejo I. Transkulturelle Prävention alkoholbezogener Störungen bei Migrantinnen und Migranten. In: Koch E., Müller M.J., Schouler-Ocak M., Hrsg. Sucht und Migration. Freiburg: Lambertus, 2013: 67–76.
56. Schouler-Ocak M., Haasen C. Sucht und Migration. *Sucht*. 2008; 54 (4): 268–270.
57. Kofahl C., Hollmann J., Möller-Bock B. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe bei Menschen mit Migrationshintergrund. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*. 2009; 52: 55–63.
58. Assion H.J., Zarouchas I., Multamäki S., Zolotova J., Schröder S.G. Patients' use of alternative methods parallel to psychiatric therapy: does the migrational background matter? *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 116: 220–225.
59. Czycholl D. Stationäre Therapie für abhängigkeitskranke Migranten. Erfahrungen mit einer Spezialisierung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Sucht in unserer multikulturellen Gesellschaft. Freiburg, 1998
60. Arkowitz H., Westra H.A., Miller W.R., Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Weinheim Basel: Beltz Verlag, 2010.
61. Dlabal H., Volksdorf P. Individualisierte Suchtarbeit – ein sinnvoller Ansatz für Patienten mit Zuwanderungsgeschichte? In: Koch E., Müller M.J., Schouler-Ocak M., Hrsg. Sucht und Migration. Freiburg: Lambertus, 2013: 59–66.
62. Barth W., Czycholl D. Sucht. Migration. Hilfe. Geesthacht: Neuland, 2006.
63. Machleidt W., Koch E., Calliess I.T., Schepker R., Ziegenbein M., Sieberer M.G., Salman R. Integration of Immigrants in Psychiatry and Psychotherapy. Experiences and Concepts in Germany and Europe. In: Barnow S., Balkir N. (Hrsg) Cultural Variation in Psychopathology: From Research to Practice. Göttingen: Hogrefe, 2012: 270–282.
64. Koch E., Assion H.J. Transkulturelle Psychiatrie: Alltag in Kliniken und Praxen: Psychiatrie und Psychotherapie up2date 2011; (5): 301–11.
65. Koch E. Arzt-Patient-Beziehung und Transkulturelle Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen. 2011; 41(1): 26–9.
66. Alarcon R.D. Culture, cultural factors and psychiatric diagnoses: Review and projections. *World Psychiatry*. 2009; 8: 131–9.

Поступила в редакцию 3.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018



Экхардт Кох, Профессор, доктор медицины Институт Европейской этнологии/культурологии Марбургского университета имени Филиппа, улица Вильгельма Росера 33а, 35 037. Марбург, Германия. E-mail: eckhardt.koch@vitos.de

УДК 616.89-008.441.13:661.89-008.441.33:159.922.4:615.851

For citation: Koch E., Bachmann V., Müller M.J., Assion H.-J. Culture Sensitive Aspects in Diagnosis and Psychotherapy of Substance Use Disorder (Prevalence, Concepts and Evidence). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 108–115. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-108-115](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-108-115)

Culture Sensitive Aspects in Diagnosis and Psychotherapy of Substance Use Disorder (Prevalence, Concepts and Evidence)

Koch E.¹, Bachmann V.², Müller M.J.³, Assion H.-J.⁴

¹ Philipps-University Marburg, Marburg, Germany

² Psychotherapeutic Practice, Hof, Germany

³ Oberberg Clinics, Berlin, Germany

⁴ LWL – Clinic, Dortmund, Germany

ABSTRACT

Substance Use Disorder is very common independent from cultural background thus generating immense medical and economic costs. Research on substance abusive behavior reflects an increasing scientific interest in this topic. Aspects of specific cultural features are still underrepresented though and reliable data of a variety of different nations and ethnicities are scarce. This article discusses topics of prevalence and aetiology including a transcultural perspective and furthermore focuses on various approaches of psychotherapeutic addiction therapy.

Keywords: Substance Use Disorder, alcohol consumption, transcultural medicine, addiction therapy, psychotherapeutic treatment.

Received November 3.2017
Accepted February 5.2017



MD, Prof. Eckhardt Koch, Institute der European Ethnology/Culturology of the Philipps-University Marburg, Wilhelm-Roser-Street 33a, 35037, Marburg, Germany. E-mail: eckhardt.koch@vitos.de

НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89:159.922.4:316.6(048.82)

Для цитирования: Куприянова И.Е., Лебедева В.Ф. Культуральные и социальные аспекты современной психиатрии (по материалам XVII Всемирного конгресса ВПА). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 1 (98): 116–118. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-116-118](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-116-118)

Культуральные и социальные аспекты современной психиатрии (по материалам XVII Всемирного конгресса ВПА)

Куприянова И.Е., Лебедева В.Ф.

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

РЕЗЮМЕ

На прошедшем в октябре 2017 г. конгрессе в Берлине большое внимание было уделено вопросам культуральной и социальной психиатрии. Транскультуральные проблемы касались психического здоровья коренного населения, особенностей клинической картины психических расстройств: депрессии, алкоголизма, психосоматических заболеваний. В обсуждении вопросов диагностики и терапии отмечена важность культурально сформулированных интервью в квалификации психического здоровья. Другим важным направлением представленных исследований были данные по психическому здоровью детей, отмечена значимость вовлеченности семей в социальную адаптацию детей с психическими расстройствами. Большое число докладов было посвящено адаптации системы охраны психического здоровья в Европе к нуждам беженцев. Социальные проблемы психиатрии были отражены в докладах, посвященных анализу работы психиатрических служб в Белоруссии, Украине, Азербайджане, Молдавии, Киргизии. Поднимались вопросы коморбидности, превенции, психиатрического образования.

Ключевые слова: психическое здоровье, культуральная психиатрия, социальная психиатрия, коморбидность, превенция.

8–12 октября 2017 г. в Берлине (Германия) состоялся конгресс Всемирной психиатрической ассоциации. На конгрессе собралось 10 000 участников, приглашенных из 130 стран. Основная тема конгресса была определена организаторами как «Психиатрия 21-го века: контекст, противоречия и заинтересованность». В течение этих осенних дней участники имели благоприятную возможность разобраться в текущем состоянии психиатрии, изучить взгляды различных школ и увидеть будущие направления развития в этой области. Информационный фокус конгресса был сосредоточен не только на новых научных открытиях, но и на вопросах превенции, диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами [6, 8]. Целью конгресса был не только обмен знаниями между различными специалистами, но и заинтересованный равноправный диалог психиатров, лиц с психическими расстройствами и их родственниками в Европе и во всем мире.

Открывая конгресс, президент ВПА Dinesh Bугра (Великобритания) отметил, что основная задача Всемирной психиатрической ассоциации – улучшить помощь пациентам с психическими расстройствами через повышение стандартов лечения. Конгресс предоставил уникальную возможность обмениваться академическими, клиническими научными исследованиями для социального взаимодействия, обучения и внедрения новейших разработок в клиническую практику.

Президент конгресса P. Falcaí (Германия) поблагодарил всех участников данного форума за активную творческую подготовку к общепсихиатрическому мероприятию.

На пленарном заседании были заслушаны лекции, получившие международные премии. Сэр Simon Wessely (Великобритания) презентовал исследования по синдрому Найджела (люди, которые не имеют психических расстройств, но абсолютно дезадаптированы в современном обществе). J. Angst (Швейцария), лауреат премии Jean Delay, акцентировал внимание собравшихся на проблемах пациентов с психосоматическими расстройствами и на вопросах гипердиагностики депрессии в данной группе больных.

В работе конгресса приняли участие сотрудники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Начиная с 1996 г. сотрудники института регулярно участвуют в работе форумов Всемирной психиатрической ассоциации. Стало традицией, когда ученые представляют свои данные в коллаборации с исследователями различных стран в форме симпозиума [1, 2, 3, 4]. В этом году был организован симпозиум «Транскультуральные проблемы психического здоровья коренного населения Сибири и Дальнего Востока: клиническая, биологическая гетерогенность и коморбидность» (председатели: Н.А. Бохан и И.Е. Куприянова, Россия). На симпозиуме были обсуждены вопросы психического здоровья и коморбидности аддитивных состояний среди коренного населения Сибири и Дальнего Востока (Н.А. Бохан, Д.И. Кургак, А.К. Костин – Россия), психическое здоровье подростков в Китае и Сибири (Hu Jian, Na Zhao – КНР, И.Е. Куприянова, Б.А. Дашиева, И.С. Карауш, Т.И. Иванова – Россия), вклад личностного фактора в формирование психических и соматических взаимодействий (С.А. Алтынбеков – Казахстан, В.Ф. Лебедева, Н.А. Бохан, Т.Г. Бохан –

Россия), психические расстройства и возможности этнокультурально обусловленной реабилитации детей-инвалидов (И.Е. Куприянова, Б.А. Дашиева – Россия).

Представленные доклады были встречены аудиторией с большим интересом. Плодотворная дискуссия оставила благоприятное впечатление у слушателей, и симпозиум отметили как один из интересных организаторов конгресса. В обсуждении новых перспектив развития культуральной психиатрии выступили профессор Т. Heise (Германия), профессор J. Weigl (Германия), профессор С. Cianconi (Италия), А. Schaht (Австрия).

Ассоциация культуральной психиатрии, в состав которой входит НИИ психического здоровья, представила несколько симпозиумов, где вектор внимания акцентировался на психическом здоровье иммигрантов [5, 7]. В частности на симпозиуме «Общество и социальная психиатрия. Интеркультуральное открытие в лечении иммигрантов и этнических меньшинств», организованном под председательством М. Schouler-Osak (Германия) и М. Kastrup (Дания), обсуждалась роль Европейской психиатрической ассоциации в управлении психическим здоровьем иммигрантов (I.T. Graef-Callies, Германия), рассматривалась культуральная компетенция в организации служб психического здоровья иммигрантов (А. Qureshi, Испания), были представлены культурально сформулированные интервью для квалификации психического здоровья мигрантов (Н. Rolof, Нидерланды), намечены пути лечения иммигрантов в системе охраны психического здоровья (S. Vaarnhielm, Швеция).

Симпозиум «Общество и социальная психиатрия. Улучшение охраны психического здоровья беженцев и ищущих политического убежища», прошедший под председательством S. Vaarnhielm (Швеция) и Н. Rolof (Нидерланды) был посвящен клиническим проблемам психических расстройств у иммигрантов, особенностям диагностики и терапии. Изменения в диагностике и лечении беженцев были освещены в докладе Н. Rolof (Нидерланды), вопросы эмоционального дистресса у ищущих политического убежища в Израиле были отражены в сообщении R. Youngmann (Израиль). Клиническим и социальным опытом приема в психиатрических службах беженцев, совершивших суицидальную попытку, поделился М. Sundvall (Швеция). Адаптация системы охраны психического здоровья к нуждам беженцев и ищущих политического убежища была представлена в докладе S. Vaarnhielm (Швеция).

Культуральные вопросы в сфере современной психиатрии тесным образом связаны с семейным окружением и психическим здоровьем детей [2]. Это направление представлял симпозиум «Семья и транскультуральная психиатрия» (председатели: J. Yang – КНР, R.A. Baldawi – Швеция).

Роль семейного окружения в социальном функционировании детей и подростков в Чили проанализирована в докладе R. Kohn (США). Поддержке интеркультуральных семей в Японии было посвящено сообщение Т. Акајата (Япония). Взаимообусловленность психического здоровья и функционирования семьи в Китае отражена в презентации J. Yang (КНР). Клиническое наблюдение за иммигрантами из Ближнего Востока в Швеции позволило проследить R.A. Baldawi (Шве-

ция), как влияет изгнание на семейные связи и структуру семьи. На симпозиуме, посвященном факторам риска при суицидальном поведении, был представлен доклад И.С. Карауш, И.Е.Куприяновой «Дети с сенсорными нарушениями: проблемы депрессии и суицидального риска».

Социальные проблемы активно обсуждались на симпозиуме «Современные достижения в российской психиатрии» (председатели: П.В. Морозов, В.Н. Краснов). «О методологических подходах к психиатрии: различные взгляды на современное понимание коморбидности в психиатрии» доложил В.Н. Краснов. Взаимотношениям психического здоровья и ревматических заболеваний, внедрению результатов исследований в клиническую практику было посвящено сообщение Д.Ю. Вельтищева. «Комплексное здравоохранение для пациентов с психическими расстройствами: работа по направлению к сервисным разработкам» рассмотрено в презентации Г. Костюка. «Психологическое лечение шизофрении: инсайты от клинической психологии» стало темой сообщения Н. Семеновой, М. Кульгиной. Вопросы дифференциальной превенции суицидального поведения обсуждались Б.С. Положим на симпозиуме «Суицид и неотложная психиатрия». Профессор кафедры психиатрии СибГМУ Н.А. Корнетов принял участие в президентском симпозиуме с докладом «Коморбидность – интегративный подход психиатрии в клинической медицине».

Симпозиум «Общество и социальная психиатрия» (председатели: П.В. Морозов и О.А. Скугаревский) собрал исследователей из стран бывшего СССР. Вполне естественно, что здесь дискутировались вопросы охраны психического здоровья в этих регионах. Динамичным выглядело сообщение «Альянс: психиатрия и общество против отчуждения» (А. Васильева, Н. Незанов). Охрана и превенция психического здоровья в Азербайджане в течение последних 25 лет была проанализирована Н. Исмаиловым. Современная тенденция перехода от стационарной психиатрии к альтернативным формам психиатрической помощи была представлена в докладе Т. Салака (Киргизстан). Состояние психиатрии в Молдова: 25 лет развития и взгляд в будущее было освещено в презентации Е. Синицы.

П.В. Морозов, Н.А. Марута председательствовали на симпозиуме «Психическое здоровье в Восточной Европе», в ходе его работы обсуждалась каникулярная подготовка психиатров Восточной Европы ВПА зоны (Н. Марута, Украина), обзвевались последние 25 лет современной психиатрии (О.А. Скугаревский, Беларусь), ВПА-Сервье Академия как важный источник психиатрических журналов ВПА зоны 10 (П.В. Морозов), развитие скрытого ресурсного потенциала как одна из приоритетных реформ сервиса психического здоровья в Кыргызстане (Т. Салака, Киргизия).

Дружественная атмосфера конгресса, демократизм общения, взаимопонимание, толерантность к иным взглядам – всё это способствовало плодотворному обогащению знаниями ученых разных стран. Было отмечено, что психиатрия является наиболее комплексной, интеллектуально насыщенной медицинской специальностью и находится на стадии все большего понимания об изменениях в мозге и их влиянии на индивидуальное, социальное и культуральное функционирование.

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. Семке В.Я., Куприянова И.Е., Шушпанова Т.В. Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2007; 107 (3): 78.
2. Семке В.Я., Куприянова И.Е., Дашиева Б.А. Психическое здоровье школьников: транскультуральный аспект. Томск, 2006: 162.
3. Семке В.Я., Бохан Н.А. Транскультуральная аддиктология. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008: 588.
4. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001.
5. De Luca V. Cultural psychiatry in a timeline perspective. *World Cultural Psychiatry Research Review*. 2014; 9 (2): 1–2.
6. Carta M.G., Patten S., Nardi A.E. & Bhugra D. Mental health and chronic diseases: a challenge to be faced from a new perspective. *International Review of Psychiatry*. 2017; 29 (5): 373–376.
7. Tseng W., Bartocci G., Rovera G., Infante V., De Luca V. The future of cultural psychiatry. *World Cultural Psychiatry Research Review*. 2014; 9 (2): 27–39.
8. Miresco M.J., Kirmayer L.J. The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163 (5): 913–918.

Поступила в редакцию 2.11.2017
Утверждена к печати 5.02.2018

Куприянова Ирина Евгеньевна, д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний.
Лебедева Валентина Федоровна, л.м.н., главный врач клиники.

✉ Куприянова Ирина Евгеньевна, irinakup@rambler.ru

УДК 616.89:159.922.4:316.6(048.82)

УДК 616.89:159.922.4:316.6(048.82)

For citation: Kupriyanova I.E., Lebedeva V.F. Cultural and social aspects of modern psychiatry (materials of XVII World Congress of the WPA). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 1 (98): 116–118. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-116-118](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-116-118)

Cultural and social aspects of modern psychiatry (materials of the XVII World Congress of the WPA)

Kupriyanova I.E., Lebedeva V.F.

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

ABSTRACT

During the held in October 2017 Congress of Berlin, much attention was paid to issues of cultural and social psychiatry. Transcultural problems rocked mental health of the indigenous population, clinical features of mental disorders: depression, alcoholism, psychosomatic disorders. In the discussion of issues of diagnosis and therapy the importance of culturally formulated interview in the qualifications of mental health was noted. Another important aspect of the research was data on mental health of children, the importance of large families in the social adaptation of children with mental disorders was noted. A large number of reports was devoted to the adaptation of the system of mental health in Europe to the needs of refugees. Social problems of psychiatry were reflected in the reports on the analysis of the work of mental health services in Belarus, Ukraine, Azerbaijan, Moldova, and Kyrgyzstan. The issues of comorbidity, prevention, mental health education were raised.

Keywords: mental health, cultural psychiatry, social psychiatry, comorbidity, prevention.

REFERENCES

1. Semke V.Ya., Kupriyanova I.E., Shushpanova T.V. Psikhicheskoe zdorov'e naseleniya Sibiri i Dal'nego Vostoka [Mental health of the population of Siberia and the Far East]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova - S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2007; 107 (3): 78 (in Russian).
2. Semke V.Ya. Kupriyanova I.E., Dashiyeva B.A. Mental health of schoolchildren: transcultural aspect. – Tomsk: 2006: 162 (in Russian).
3. Semke V.Ya., Bokhan N.A. Transcultural addictology. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2008: 588 (in Russian).
4. Semke V.Ya., Erdenebayar L., Bokhan N.A., Semke A.V. Transcultural Addictology and Psychotherapy. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2001 (in Russian).
5. De Luca V. Cultural psychiatry in a timeline perspective. *World Cultural Psychiatry Research Review*. 2014; 9 (2): 1–2.
6. Carta M.G., Patten S., Nardi A.E. & Bhugra D. Mental health and chronic diseases: a challenge to be faced from a new perspective. *International Review of Psychiatry*. 2017; 29 (5): 373–376.
7. Tseng W., Bartocci G., Rovera G., Infante V., De Luca V. The future of cultural psychiatry. *World Cultural Psychiatry Research Review*. 2014; 9 (2): 27–39.
8. Miresco M.J., Kirmayer L.J. The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios. *American Journal of Psychiatry*. 2006; 163 (5): 913–918.

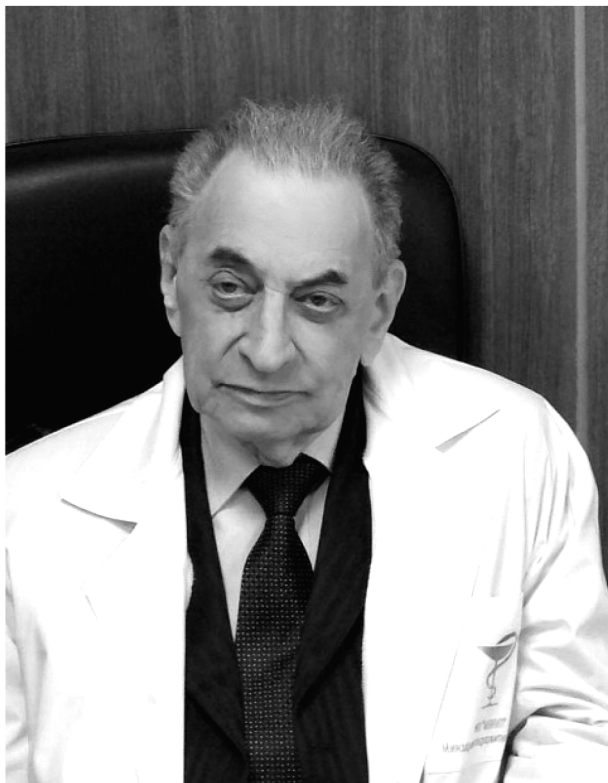
Received November 2.2017
Accepted February 5.2017

Kupriyanova Irina E., MD, Professor, leading researcher of Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Lebedeva Valentina F., MD, chief physician of clinic, , Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

✉ Kupriyanova Irina E., irinakup@rambler.ru

НЕКРОЛОГИ



20 февраля 2018 года на 91-м году жизни скончался выдающийся отечественный психиатр, доктор медицинских наук, профессор Исаак Яковлевич Гурович

Творческий путь Исаака Яковлевича более 50 лет был связан с Московским НИИ психиатрии. Начав научную карьеру в клинике одного из корифеев советской психиатрии профессора Самуила Григорьевича Жислина, он с успехом продолжал традиции его школы. Отличительными чертами научного подхода профессора И.Я. Гуровича всегда были чутье на все новое, широта взглядов и комплексность оценок.

Сфера его научных интересов была обширна: клиника психических заболеваний (преимущественно шизофрении), психофармакология, внебольничная психиатрия, научные основы организации психиатрической помощи, психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных.

Исаак Яковлевич по праву считается одним из основоположников отечественной психофармакотерапии. На его работах воспитывались многие поколения российских психиатров, и они в значительной степени не утратили своего значения до настоящего времени. В последующие годы целая серия исследований профессора И.Я. Гуровича была связана с организационной психиатрией. Еще начиная с 70-х годов, он высказывал идеи о необходимости переноса акцента помощи

во внебольничные условия, развития дневных стационаров, внедиспансерного звена и децентрализации психиатрического обслуживания населения. Он являлся одним из основных разработчиков Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Являясь сторонником концепции комплексности оказания психиатрической помощи с привлечением не только биологических, но и социально-средовых и психологических методов воздействия, он во многом творчески переосмыслил концепцию психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, сформулировав ее в современном понимании и заложив основу внедрения данного подхода в значительном числе территорий Российской Федерации. Его идеи положены в основу многих инновационных форм оказания психиатрической помощи. В частности усилиями Исаака Яковлевича в Московском НИИ психиатрии не только была создана впервые в нашей стране клиника первого психотического эпизода, но и в последующем передовой опыт был широко распространен в регионах и получил широкое признание.

Неразрывный сплав науки и практики характерен для всех работ профессора И.Я. Гуровича. Его исследования всегда являлись основой чрезвычайно важных практических рекомендаций, отражающих наиболее насущные потребности отечественной психиатрии.

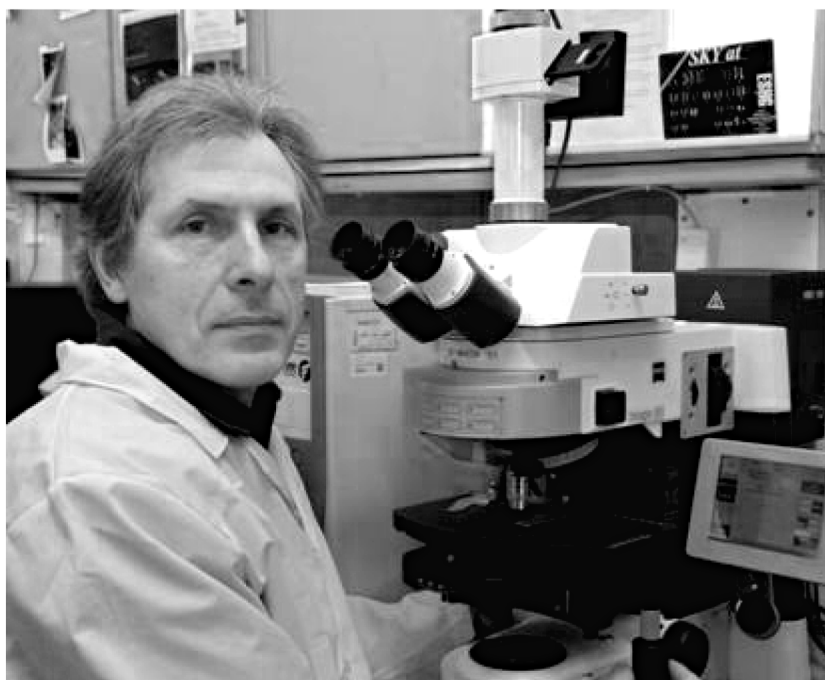
Является автором свыше 350 опубликованных научных работ, в том числе ряда известных монографий. В течение 27 лет был бессменным главным редактором журнала «Социальная и клиническая психиатрия», который был создан во многом по его инициативе и его усилиями; многие годы активно работал в Российском обществе психиатров, являясь одним из наиболее эффективных членов его Президиума.

Исаак Яковлевич воспитал значительное количество учеников, развивающих его идеи как в научно-исследовательских институтах, в первую очередь в Московском НИИ психиатрии, так и в региональных практических учреждениях.

Заслуги И.Я. Гуровича имели высокую оценку, был награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, медалью «В память 850-летия Москвы», Орденом Почёта, почётным званием «Отличник здравоохранения». Являлся почётным членом Российского общества психиатров.

Исаак Яковлевич достиг в жизни высокого профессионального успеха и реализовал свои уникальные качества в интересах укрепления психического здоровья россиян. Коллеги высоко ценили его жизненный опыт, знания, профессионализм, ответственность. Свою жизнь он прожил достойно, оставив после себя плоды своих добрых дел. Уход из жизни Исаака Яковлевича – большая и невосполнимая потеря для российской психиатрии и всех, кто его знал.

Редколлегия СВПН скорбит о кончине Исаака Яковлевича Гуровича и приносит искренние соболезнования его коллегам, ученикам, родным и близким, разделяя тяжесть утраты



Редколлегия СВПН с прискорбием сообщает, что 12 декабря 2017 года на 67-м году жизни скончался крупнейший отечественный учёный в области биологической психиатрии, заведующий лабораторией цитогенетики и геномики ФГБНУ Научного центра психического здоровья

Юрий Борисович Юров

Ю.Б. Юров в 1974 году закончил МГУ имени М.В. Ломоносова по специальности «Физиология» и всю свою жизнь посвятил интересам науки, результатом которых стали выдающиеся достижения в области медицинской генетики и биологической психиатрии. Являлся ведущим специалистом по генетике психических заболеваний, картированию генома человека, цитогенетике и клеточной нейробиологии. Разработал приоритетное научное направление в биологии и медицине – молекулярная цитогенетика и цитогеномика. Фундаментальные работы Ю.Б. Юрова имеют широкое признание, обеспечивая существенный технологический прорыв и лидерство в этой области биомедицины как в России, так и за рубежом. Ю.Б. Юровым получены принципиально новые данные о генетической природе заболеваний психики, открыто явление хромосомной нестабильности в мозге человека и разработана новая теория нестабильности генома нервных клеток при психических болезнях раннего и позднего возраста.

Создал межотраслевую научную школу, организовал экспериментальную лабораторию по молекулярной цитогенетике, геномике и клеточной нейробиологии. Под его руководством прошли профессиональную подготовку ведущие ученые РФ – доктора и кандидаты наук, работающие в области медицинской цитогенетики.

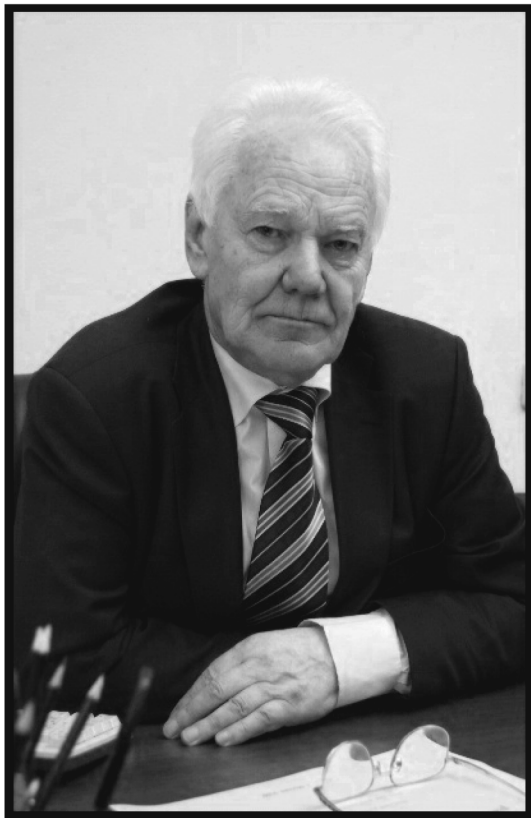
Ю.Б. Юров успешно разработал и внедрил в практику здравоохранения комплекс инновационных молекулярных и геномных технологий для диагностики генетических нарушений, им создана оригинальная коллекция диагностических ДНК зондов и изделий медицинского назначения, защищенная 10 патентами и изобретениями.

Результаты научной деятельности Ю.Б. Юрова широко известны и признаны научным сообществом. Ю.Б. Юров – основатель и главный редактор международного научного журнала «Молекулярная цитогенетика» («Molecular Cytogenetics», BioMed Central – Springer), а также член редколлегий многих международных журналов. Им опубликовано более 450 научных работ, 5 монографий и 22 главы в монографиях, 7 учебных пособий (критерий Хирша равен 31). Под руководством Ю.Б. Юрова защищено 7 кандидатских диссертаций, 2 докторские диссертации, подготовлены специалисты для региональных медико-генетических центров, осуществлялась научно-исследовательская деятельность студентов, аспирантов и молодых ученых различных вузов Российской Федерации.

Научные достижения Ю.Б. Юрова и участие в конкурсах отмечены почетной грамотой Российской академии медицинских наук, премией Президиума Российской академии медицинских наук и Регионального общественного фонда содействия отечественной медицине; золотой, серебряной медалями и дипломами лауреатов ВДНХ (ВВЦ). Решением Президиума Российской Академии Естественных наук присвоено Почетное звание «Основатель научной школы», Ю.Б. Юров был избран членом-корреспондентом РАЕ, награжден медалью имени А. Нобеля за вклад в развитие изобретательства и медалью имени Н.И. Вавилова за выдающиеся работы в области генетики, селекции и растениеводства.

Смерть Юрия Борисовича Юрова стала невосполнимой потерей для отечественной науки.

Редколлегия СВПН приносит искренние соболезнования коллегам, ученикам, родным и близким Юрия Борисовича Юрова, переживая скорбь утраты



6 декабря 2017 г. после тяжелой болезни ушел из жизни известный отечественный психиатр, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, руководитель отдела организации психиатрических служб научного центра психического здоровья

Василий Степанович Ястребов

Вся жизнь его – пример бескорыстного служения людям, медицине, психиатрии. Человек с большой буквы, замечательный ученый и общественный деятель он прошел большой трудовой путь.

После окончания в 1968 г. 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова работал в психиатрических учреждениях Московской области и г. Москвы врачом-психиатром, заведующим отделением, главным врачом. После окончания клинической ординатуры и аспирантуры в 1978 г. перешел на работу в Институт психиатрии АМН СССР. Здесь защитил кандидатскую диссертацию по проблеме длительных поздних ремиссий при шизофрении по типу «второй жизни», и докторскую, в которой была сформулирована концепция внебольничной шизофрении.

Участвовал в создании Всесоюзного научного центра психического здоровья АМН СССР, организации в его структуре 3 институтов (клинической психиатрии, профилактической психиатрии и института мозга) и в создании филиалов Центра в Ереване и Томске. С 1989 г. возглавил институт профилактической психиатрии, а с 1991 г. до последних дней – вновь созданный им Центр по изучению систем поддержки психического здоровья.

Под руководством В.С. Ястребова созданы новые направления научной и практической психиатрии, разработаны концепции научных основ организации психиатрической помощи, экономической политики психиатрии, критериев качества психиатрической помощи, геронтопсихиатрии, системного подхода к определению эффективных моделей помощи, изучения факторов стигматизации

и самостигматизации психически больных, определения правовых и этических стандартов психиатрической помощи.

Участвовал в разработке законопроекта о психиатрической помощи, Этического кодекса психиатра, ведомственных нормативных документов, программ и проектов. С его участием разработаны и внедрены в практику психиатрической помощи организационные формы помощи больным разных возрастных групп (геронтопсихиатрические кабинеты, дневные стационары для лиц различных возрастных и нозологических групп, психоневрологические кабинеты в городских поликлиниках и др.).

Являлся активным сторонником формирования общественного сектора психиатрической помощи, принимал активное участие в создании нескольких общественных организаций пользователей помощи в отечественной и зарубежной психиатрии, многие годы был президентом Региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье», председателем Общественного совета по вопросам психического здоровья при Главном психиатре МЗ РФ, выступил инициатором проведения ежегодных конкурсов «За подвижничество в области душевного здоровья». В течение 8 лет был заместителем Председателя Правления Российского общества психиатров, входил в состав Правления и Президиума ряда известных международных психиатрических организаций, ассоциаций пользователей психиатрической помощи. Избирался депутатом муниципальных органов власти. С 1997 по 2002 г. был национальным представителем РФ в Европейском бюро ВОЗ, координатором национальных представителей Восточно-Европейского региона, входил в состав рабочих групп секций ВПА, ВОЗ, НАТО.

В.С. Ястребов – автор и соавтор более 330 печатных работ, 20 книг, руководств, многих методических рекомендаций и пособий. Являлся членом редколлегии «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», членом редакционного совета журнала «Социальная и клиническая психиатрия», других зарубежных психиатрических журналов, вел активную педагогическую и просветительскую работу; под его руководством выполнены и защищены 11 диссертаций.

Многогранная медицинская и общественная деятельность В.С. Ястребова отмечена многочисленными знаками признания, почетным званием Заслуженный врач Российской Федерации, рядом правительственных наград. Его жизнь является примером бескорыстного и преданного служению делу охраны психического здоровья в нашей стране. Коллеги будут помнить его как принципиального, светлого и доброжелательного человека.

Василий Степанович Ястребов пользовался огромным авторитетом у своих коллег и многочисленных друзей, ему были свойственны оптимизм, сила воли, ум, готовность прийти на помощь в трудную минуту, честность и порядочность. До самых последних дней своей жизни он трудился над научными статьями, книгами, заряжая свои мужеством всех, кто его окружал.

Светлая память о Василии Степановиче навсегда сохранится в сердцах его коллег, учеников и благодарных пациентов.

Редколлегия СВПН скорбит о кончине Василия Степановича Ястребова, замечательного врача, ученого, организатора психиатрической помощи, и выражает глубокие соболезнования его родным и близким.

Sir Robin Murray and Staff of Maudsley Hospital, London, invite you to the

5th Maudsley Mediterranean Forum

Palermo, 21-24 May 2018

www.mediterranean-maudsley-forum.co.uk



#UNIPA2017
PALERMO CITTÀ UNIVERSITARIA

Professor Sir Robin Murray,



UNIVERSITY OF MALTA
L-Università ta' Malta

in collaboration with **Professor Daniele La Barbera**,
Head of the Department of Psychiatry, Palermo Medical School, with
Dr Anton Grech, Chairman of Mental Health Services Malta and Senior Lecturer
University of Malta, and **Professor Nikos Stefanis**, Professor of Psychiatry at the
National and Kapodistrian University of Athens Medical School and vice-director of the
University Mental Health Research Institute in Greece



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

& the magnificent city of **Palermo, city of culture 2018**,
with its history, art and food

are delighted to invite Psychiatrists, Clinical Psychologists and other Mental Health
Professionals to:-

The 5th Mediterranean Maudsley Forum

<https://www.mediterranean-maudsley-forum.co.uk>

Registration deadline 1/5/2018

*For registration fee (10 Students discount places available) details please see website above or
contact:*

*Dr Nicoletta Giganti : ngiganti@tiscali.it
& Dr Olesya Ajnakina: olesya.ajnakina@kcl.ac.uk*



HELLENIC REPUBLIC
National and Kapodistrian
University of Athens

