

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

Клиническая психиатрия
Клиническая наркология
Детско-подростковая психиатрия
Суицидология
Психотерапия и медицинская психология
Психосоматика
Лекции. Обзоры
Психофармакотерапия
Этнопсихиатрия и этнонаркология
Пенитенциарная психиатрия
Юбилеи

2019. № 2 (103)

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2019. № 2 (103)

Учредитель и издатель:

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

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

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

профессор М.М. Аксенов	Томск, Россия
профессор В.М. Алифирова	Томск, Россия
академик РАН Л.И. Афтanas	Новосибирск, Россия
член-корр. РАН Э.В. Галажинский	Томск, Россия
член-корр. РАН Н.Н. Иванец	Москва, Россия
профессор З.И. Кекелидзе	Москва, Россия
профессор А.О. Кибитов	Москва, Россия
член-корр. РАН М.А. Кинкулькина	Москва, Россия
профессор А.Н. Корнетов	Томск, Россия
профессор В.Н. Краснов	Москва, Россия
профессор И.Е. Куприянова	Томск, Россия
профессор А.И. Мандель	Томск, Россия
профессор Н.Г. Незнанов	С-Петербург, Россия
профессор А.А. Овчинников	Новосибирск, Россия
профессор Л.Д. Рахмазова	Томск, Россия
профессор Ю.П. Сиволап	Москва, Россия
академик РАН А.Б. Смулевич	Москва, Россия
профессор Е.Д. Счастный	Томск, Россия
член-корр. РАН Д.Ф. Хритинин	Москва, Россия
член-корр. РАН Б.Д. Цыганков	Москва, Россия

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

профессор С.А. Алтынбеков	Алматы, Казахстан
профессор Т.П. Ветлугина	Томск, Россия
профессор С. Вилласенор Баярдо	Мексика
профессор Н.В. Говорин	Москва, Россия
профессор П. Джонсон	США
профессор Г.В. Залевский	Калининград, Россия
профессор Ц.П. Короленко	Новосибирск, Россия
профессор Е.М. Крупицкий	С-Петербург, Россия
профессор Ф. Ланг	Германия
профессор А. Лунен	Нидерланды
профессор В.Д. Менделевич	Казань, Татарстан
профессор П.В. Морозов	Москва, Россия
профессор Ю.В. Попов	С-Петербург, Россия
профессор К. Ю. Ретюнский	Екатеринбург, Россия
профессор Н. Сарториус	Швейцария
д-р мед.наук А.В. Сахаров	Чита, Россия
профессор А.М. Селедцов	Кемерово, Россия
профессор И.Я. Стоянова	Томск, Россия
профессор М.Г. Узбеков	Москва, Россия
профессор И.Г. Ульянов	Владивосток, Россия
профессор Ху Цзянь	Китай
профессор Л. Эрдэнэбаяр	Монголия

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

Индекс по каталогу «Роспечать» 66013

Редакция журнала:

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

Выпускающий редактор И.А. Зеленская

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

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

Web-сайт института: tomsk institute.mental-health.ru

Web-сайт журнала: svpin.org

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

Подписано в печать 25.06.2019 г. Формат 60x84_{1/8}. Печать офсетная.

Бумага мелованная. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 16,25; усл.-печ. л. 15,12; уч.-изд. л. 11,07. Тираж 500 экз. Заказ № 19251.

Цена договорная. Дата выхода в свет 30.06.2019

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

2019. No. 2 (103)

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
Academician of RAE E.V. Galazhinsky	Tomsk, Russia
Corresponding member of RAS N.N. Ivanets	Moscow, Russia
Prof. Z.I. Kekelidze	Moscow, Russia
Prof. A.O. Kibitov	Moscow, Russia
Corresponding member of RAS M.A. Kinkulkina	Moscow, Russia
Prof. 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
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
Prof. T.P. Vetlugina	Tomsk, Russia
Prof. S. Villaseñor-Bayardo	Mexico
Prof. N.V. Govorin	Moscow, Russia
Prof. P. Johnson	USA
Prof. G.V. Zalevsky	Kaliningrad, Russia
Prof. C.P. Korolenko	Novosibirsk, Russia
Prof. E.M. Krupitsky	S-Petersburg, Russia
Prof. F. Lang	Germany
Prof. A. Loonen	Netherlands
Prof. V.D. Mendelevich	Kazan, Tatarstan
Prof. P.V. Morozov	Moscow, Russia
Prof. Yu.V. Popov	S-Petersburg, Russia
Prof. K.Yu. Retyunsky	Ekaterinburg, Russia
Prof. N. Sartorius	Switzerland
M.D. A.V. Sakharov	Chita, Russia
Prof. A.M. Seledtsov	Kemerovo, Russia
Prof. I.Ya. Stoyanova	Tomsk, Russia
Prof. I.G. Ulyanov	Vladivostok, 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: tomsk institute.mental-health.ru

Website of the journal: svpin.org

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

Signed to press 25.06.2019. Format 60x84_{1/8}. Offset printing.

Coated paper. Font “Times New Roman”.

Printer’s sheets 16,25; conventional printer’s sheets 15,12; published sheets 11,07. Circulation 500 copies. Order no 19251.

Negotiated price. Date of publication 30.06.2019

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

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Дорофеев Е.В., Касимова Л.Н., Зайцев О.С.** (Нижний Новгород) Особенности психопатологической картины депрессий в зависимости от индивидуального профиля функциональной асимметрии 5
- Сахаров А.В., Озорнин А.С., Голыгина С.Е.** (Чита) Некоторые показатели микроциркуляции крови у пациентов при острой шизофрении и алкогольном делирии в сравнительном аспекте 13

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

- Катан Е.А.** (Оренбург) Факторы нарушенных семейных взаимоотношений в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных 22

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Григорьева А.А.** (Москва) Характеристика подростков с риском самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ 32
- Коломышев Д.Ю., Дроздовский Ю.В.** (Омск) Дифференцированные программы реабилитации подростков с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением 41

СУИЦИДОЛОГИЯ

- Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б.** (Гродно, Тюмень) Суициды и смертность от прочих отравлений: сравнительный анализ трендов 47
- Руженкова В.В., Руженков В.А.** (Белгород) Влияние домашнего физического насилия, перенесенного в дошкольном возрасте, на социальную адаптацию и суицидальное поведение студентов-медиков 55

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

- Воеводин И.В.** (Томск) Значение направленности иррациональной установки долженствования: дифференцированная программа когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств 65

ПСИХОСОМАТИКА

- Куприянова И.Е., Гураль Е.С.** (Томск) Психические расстройства у пациентов с онкопатологией определенной локализации (рак легких, желудка, кишечника) 74

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

- Шпорт С.В., Васильченко А.С., Стрюцкова М.Ю.** (Москва) Клинико-психиатрические и социально-психологические последствия дорожно-транспортных происшествий (обзор литературы) 82

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

- Корнетова Е.Г., Дмитриева Е.Г., Тигунцев В.В., Гончарова А.А., Полежаев П.К., Иванова С.А., Семке А.В.** (Томск) Гиперпролактинемия у больных шизофренией, получающих галоперидол и рisperidon: клинико-социальный аспект 90

ЭТНОПСИХИАТРИЯ

- Куприянова И.Е., Карауш И.С., Дашиева Б.А., Иванова Т.И., Салмина-Хвостова О.И.** (Томск, Омск, Новокузнецк) Негативные жизненные события у подростков – учащихся городских и сельских школ Сибири как риск развития депрессии 98
- Логинов И.П., Солодкая Е.В.** (Хабаровск) Клинические характеристики депрессивных расстройств у подростков Дальнего Востока России и Северного Китая 108
- Ху Диан** (Харбин) Клинико-биологические исследования депрессий и алкогольной зависимости среди населения Китая 113

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

- Макушкина О.А.** (Москва) Назначение и выбор вида принудительных мер медицинского характера в аспекте эффективной профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами 118

ЮБИЛЕИ

- 75-летие научной и лечебной деятельности ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» 128

C O N T E N T S

CLINICAL PSYCHIATRY

- Dorofeev E.V., Kasimova L.N., Zaitsev O.S.** (Nizhny Novgorod) Features of the psychopathology of depressions depending on the individual profile of functional asymmetry 5
- Sakharov A.V., Ozornin A.S., Golygina S.E.** (Chita) Parameters of blood microcirculation in patients with acute schizophrenia and delirium tremens in a comparative aspect 13

CLINICAL NARCOLOGY

- Katan E.A.** (Orenburg) Factors of dysfunctional family interrelations in the structure of adverse childhood experience in substance addicted patients 22

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

- Grigorieva A.A.** (Moscow) Characteristics of adolescents with risk of self-harm behavior and substance use 32
- Kolomytsev D.Yu., Drozdovsky Yu.V.** (Omsk) Differentiated rehabilitation programs for adolescents with borderline mental disorders and suicidal behavior 41

SUICIDOLOGY

- Razvodovsky Yu.E., Zotov P.B.** (Grodno, Tyumen) Suicides and fatal poisonings with other toxic substances: a trend analysis 47
- Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A.** (Belgorod) The outcomes of childhood physical abuse: influence on social adaptation and suicidal behavior of medical students 55

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

- Voevodin I.V.** (Tomsk) The significance of irrational demandingness' directionality: The differentiated program of cognitive-behavioural coping-therapy of addictive and nonpsychotic anxiety and depressive disorders 65

PSYCHOSOMATICS

- Kupriyanova I.E., Gural E.S.** (Tomsk) Mental disorders in patients with oncological pathology of a certain localization (cancer of the lung, stomach, intestines) 74

LECTURES. REVIEWS

- Shport S.V., Vasilchenko A.S., Stryutskova M.Yu.** (Moscow) Clinical-psychiatric and socio-psychological consequences of road traffic accidents (literature review) 82

PSYCHOPHARMACOTHERAPY

- Kornetova E.G., Dmitrieva E.G., Tiguntsev V.V., Goncharova A.A., Polezhaev P.K., Ivanova S.A., Semke A.V.** (Tomsk) Hyperprolactinemia in patients with schizophrenia receiving haloperidol and risperidone: clinical-social features 90

ETHNOPSYCHIATRY

- Kupriyanova I.E., Karaush I.S., Dashieva B.A., Ivanova T.I., Salmina-Khvestova O.I.** (Tomsk, Omsk, Novokuznetsk) Negative life events among adolescents, students of urban and rural schools of Siberia as the risk for developing depression 98
- Loginov I.P., Solodkaya E.V.** (Khabarovsk) Clinical characteristics of depressive disorders in adolescents in the Russian Far East and North China 108
- Hu Jian** (Harbin) Clinical-biological studies of depressions and alcohol addiction among the population of China 113

PENAL PSYCHIATRY

- Makushkina O.A.** (Moscow) The purpose and choice of the type of coercive measures of a medical nature in the aspect of effective prevention of socially dangerous actions of persons with mental disorders 118

JUBILEES

- 75th anniversary of scientific and medical activity of Federal State Budgetary Scientific Institution "Scientific Center of Mental Health" 128

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.4:616.85-009.86:61.79:616.8-009.836.14:616.89-008.428.1

Для цитирования: Дорофеев Е.В., Касимова Л.Н., Зайцев О.С. Особенности психопатологической картины депрессий в зависимости от индивидуального профиля функциональной асимметрии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 5–12. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-5-12](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-5-12)

Особенности психопатологической картины депрессий в зависимости от индивидуального профиля функциональной асимметрии

Дорофеев Е.В., Касимова Л.Н., Зайцев О.С.

*Приволжский исследовательский медицинский университет
Россия, 603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д.10/1*

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена исследованию связи функциональной асимметрии с психопатологическими проявлениями эндогенных аффективных расстройств. В современной научной литературе имеются данные о достоверном влиянии функциональной асимметрии на психопатологию очаговых поражений головного мозга. Однако данные, касающиеся роли функциональной асимметрии в проявлениях эндогенных психических расстройств, носят противоречивый характер. Предполагается, что различные варианты функциональной асимметрии связаны с возникновением отдельных психопатологических феноменов. **Материалы:** обследовано 46 пациентов с эндогенными аффективными расстройствами. Для всех пациентов составлялся индивидуальный профиль асимметрии, в отношении каждого проводилась тщательная регистрация клинических феноменов. **Результаты:** сенестопатии чаще всего обнаруживались у пациентов с симметричным профилем моторных асимметрий. Нарушения сна возникали только у испытуемых с левым или симметричным профилем сенсорных асимметрий. Апатия достоверно чаще возникала у больных с сенсомоторной диссоциацией. Сочетание дереализации и деперсонализации определялось статистически чаще в группе пациентов с большей латерализацией сенсорных функций. **Выводы:** обнаружена достоверная связь психопатологических проявлений эндогенных аффективных расстройств с отдельными показателями функциональной асимметрии.

Ключевые слова: аффективные расстройства, депрессия, психопатология, функциональная асимметрия, церебральная латерализация.

ВВЕДЕНИЕ

Имеющиеся в отечественной литературе исследования, описывающие влияние функциональной асимметрии на особенности психических нарушений, в основном касаются изучения группы органических поражений головного мозга и эпилепсии [1, 2, 3, 4]. При этом публикуемые данные о связи проявлений эндогенных психических расстройств с церебральной латерализацией, особенностями межполушарного взаимодействия весьма скудны и противоречивы [5, 6, 7, 8]. Многими авторами высказывается предположение, что особенности латерализации мозговых функций и функциональной асимметрии психических процессов могут определять клиническую картину депрессии, возникновение коморбидных тревожных расстройств, реакцию пациентов на антидепрессанты и когнитивно-поведенческую терапию [6, 9, 10, 11, 12].

Результаты исследований связи функциональной асимметрии с возникновением патологических психических проявлений указывают

на различие симптоматики в зависимости от поражения правого или левого полушария головного мозга [13, 14, 15, 16]. Функциональный дефицит каждого полушария сопровождается особенными, лишь только ему присущими аффективными нарушениями [2].

Влияние функциональной асимметрии на вероятность возникновения того или иного аффективного расстройства обнаружено в результате анализа посткоматозных состояний. Так, при поражении правого полушария наиболее часто появляются эйфория (в случае преимущественного поражения правой лобной доли) и тоска (при поражении задних отделов), а при левополушарном поражении развиваются апатия (при фронтальном дефиците) и тревога (при височно-теменно-затылочной локализации), в то время как дисфория отмечалась одинаково часто при поражении разных полушарий [3, 4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить особенности психопатологической картины эндогенных депрессий с зависимости от индивидуального профиля функциональной асимметрии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучено 46 пациентов, находившихся на лечении и обследовании в стационарных и амбулаторных условиях ГБУЗ НО «ГКПБ № 1» и ГБУЗ НО «НОПНБ № 1» с установленным диагнозом эндогенных аффективных расстройств согласно критериям МКБ-10. Из исследовательской выборки исключались пациенты с органическим поражением мозга, алкогольной и наркотической зависимостями, а также имеющие в анамнезе черепно-мозговые травмы, страдающие врожденными дефектами зрения и слуха, проявляющие клинические признаки шизофрении.

Составление индивидуального профиля функциональной асимметрии проводилось по 4 парным органам: руке, ноге, глазу и уху. Для определения функциональной асимметрии использовались клинические пробы Лурия для каждого из выбранных органов, опросник ведущей руки Annet, Тест определения ведущей руки «Hand Dominanz Test» (HDT), тест дихотического прослушивания D. Kimura (1961), адаптированный на русский язык Б.С. Котик (1974).

Тест HDT состоял из 3 заданий для выполнения каждой рукой на время: проведение линий в лабиринте, расставление точек в кругах и расставление точек в квадратах. Использовались стандартные бланки заданий, разработанные для этого теста, на выполнение каждого задания одной рукой отводилось 30 секунд. Результат рассчитывался в соответствии с формулами, рекомендованными для теста HDT.

Тест дихотического прослушивания состоял из тренировочного предъявления и последующих двух основных серий, включающих по 9 предъявлений испытуемому в наушники 4 дихотических пар односложных слов. Наушники между сериями менялись местами. Испытуемым предлагалось повторить все услышанные ими слова. Для анализа использовались обе серии предъявлений.

С помощью проб Лурия осуществлялась фенотипическая оценка асимметрии, при которой предпочтение в пробах левой стороны обозначалось как «-1», правой стороны – как «1», симметрия – как «0». Кроме того, фенотипические показатели функциональной асимметрии разделялись на моторные (рука и нога) и сенсорные (глаз и ухо). Выделялись две группы пациентов. Первая группа – пациенты с сенсомоторной диссоциацией, при которой моторные и сенсорные функции латерализованы в разных полушариях (фенотипические показатели соот-

ветствующих асимметрий имели разные знаки). Вторая группа – пациенты без сенсомоторной диссоциации (фенотипические показатели моторных и сенсорных асимметрий имели одинаковые знаки).

Для количественного анализа асимметрии использовались коэффициенты КПР и КПУ (коэффициенты продуктивности правой руки и правого уха) и определялось их количественное отношение друг к другу.

Коэффициент КПР, показывающий асимметрию моторных функций, рассчитывался для теста НТД и опросника Аннет по формуле:

$$КПР=(A+B)/2, \text{ где}$$

A – итоговый балл по НТД, B – балл по опроснику Аннет.

Коэффициент КПУ, по которому можно судить об асимметрии слухоречевого восприятия, рассчитывался для дихотического прослушивания по формуле:

$$КПУ=(R-L)/(R+L)*100, \text{ где}$$

R – число слов, распознанных в дихотическом тесте правым ухом; L – число слов, распознанных в дихотическом тесте левым ухом.

Все пациенты по соотношению КПР/КПУ были разделены на 7 типов согласно концепции В.Г. Обьедкова и Т.И. Тетеркиной [17]:

1-й тип $1 < \text{КПР/КПУ} < 5$ – преимущественное обеспечение моторных и сенсорных функций одним полушарием, КПР превосходит КПУ по модулю не более чем в 5 раз.

2-й тип $-5 < \text{КПР/КПУ} < -1$ – преимущественное обеспечение моторных и сенсорных функций разными полушариями, КПР превосходит КПУ по модулю не более чем в 5 раз.

3-й тип $\text{КПР/КПУ} > 5$ – преимущественное обеспечение моторных и сенсорных функций одним полушарием, КПР превосходит КПУ по модулю более чем в 5 раз.

4-й тип $\text{КПР/КПУ} < -5$ – преимущественное обеспечение моторных и сенсорных функций разными полушариями, КПР превосходит КПУ по модулю более чем в 5 раз.

5-й, 6-й и 7-й типы являются инвертированными, так как при них $\text{КПУ} > \text{КПР}$.

5-й тип $\text{КПР/КПУ} = 0$ – симметрично-латеральная инверсия, преимущественное обеспечение слуха справа или слева, а $\text{КПР} = 0$.

6-й тип $0 < \text{КПР/КПУ} < 1$ – унилатеральная инверсия, преимущественное обеспечение функций одним полушарием.

7-й тип $-1 < \text{КПР/КПУ} < 0$ – билатеральная инверсия, преимущественное обеспечение функций разными полушариями.

Всем пациентам проводилось психопатологическое исследование с тщательной регистрацией всех клинических феноменов. Полученные результаты заносились в таблицу и подвергались статистической обработке. Достоверность различий между группами устанавливалась по статистическим критериям t-Стьюдента для сравнения средних значений в группах и хи-квадрат Пирсона для непараметрических данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Не обнаружено достоверной связи между фенотипическими показателями асимметрии и возникновением депрессии в рамках бипо-

лярного либо рекуррентного расстройства ($p > 0,05$). Вместе с тем выявлена достоверная связь некоторых психопатологических феноменов с отдельными показателями функциональной асимметрии.

Показано, что возникновение сенестопатий в структуре эндогенных депрессий было связано со степенью асимметрии по руке. Достоверно чаще этот феномен возникал у пациентов с отсутствием явного предпочтения левой или правой руки в различных пробах ($p = 0,009$) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Связь между наличием сенестопатий и предпочтением по руке

Связь между наличием сенестопатий и предпочтением по руке	Предпочтение по руке		Итого
	Без явного предпочтения по руке	Явное предпочтение какой-либо руки	
Отсутствие сенестопатий	4	24	28
Сенестопатии	9	9	18
Итого	13	33	46

Нарушения сна, в частности такие как трудности при засыпании, ночные пробуждения и отсутствие чувства сна, имели место у всех 19 пациентов с отсутствием предпочтения правого или левого глаза, что встречалось достоверно

чаще, чем у остальных ($p = 0,011$). Наблюдения с отсутствием нарушений сна отмечены только при явном предпочтении какого-либо глаза (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Связь между нарушениями сна и предпочтением по глазу

Связь между нарушениями сна и предпочтением по глазу	Предпочтение по глазу		Итого
	Без явного предпочтения по глазу	Явное предпочтение какого-либо глаза	
Отсутствие нарушений сна	0	9	9
Нарушения сна	19	18	37
Итого	19	27	46

Фенотипические показатели слуховой асимметрии, т.е. предпочтение в клинических пробах правого или левого уха, оказались статистически достоверно связанными с нарушением внимания ($p = 0,008$) (табл. 3).

Пациенты с явным предпочтением правого

уха достоверно чаще предъявляли жалобы на рассеянность, которая в свою очередь коррелировала с погруженностью в собственные внутренние переживания. Отсутствие этих феноменов отмечено только при симметрии или при предпочтении левого уха.

Т а б л и ц а 3

Связь между нарушениями внимания и предпочтением по уху

Связь между нарушениями внимания и предпочтением по уху	Внимание		Итого
	Отсутствие изменений внимания	Нарушения внимания из-за погруженности в свои переживания	
Предпочтение левого уха	1	4	5
Отсутствие предпочтения	6	11	17
Предпочтение правого уха	0	24	24
Итого	7	39	46

Наличие сенсомоторной диссоциации оказалось тесно связанным с частым возникновением апатии ($p = 0,019$) и редким возникновением бре-

довых идей ($p = 0,015$) в структуре депрессии (табл. 4 и 5).

Т а б л и ц а 4

Связь между апатией и сенсомоторной диссоциацией

Связь между апатией и сенсомоторной диссоциацией		Апатия		Итого
		Отсутствие апатии	Апатия	
Диссоциация	Отсутствие диссоциации	25	7	32
	Сенсомоторная диссоциация	6	8	14
Итого		31	15	46

Т а б л и ц а 5

Связь между бредом и сенсомоторной диссоциацией

Связь между бредом и сенсомоторной диссоциацией		Бред		Итого
		Отсутствие бреда	Бред	
Диссоциация	Отсутствие диссоциации	18	14	32
	Сенсомоторная диссоциация	13	1	14
Итого		31	15	46

При анализе соотношения КПР/КПУ получены следующие данные. Нарушения внимания, погруженность в свои переживания при депрессии достоверно чаще встречаются при 1-м типе соотношения асимметрий по сравнению с другими типами ($p=0,015$) (табл. 6).

Выявлено, что соотношение $КПР/КПУ < 1$ достоверно чаще встречалось у пациентов с сочетанием дереализации и деперсонализации в психопатологической картине депрессий ($p=0,044$) (табл. 7).

Т а б л и ц а 6

Связь между нарушением внимания и соотношением КПР/КПУ

Связь между нарушением внимания и соотношением КПР/КПУ	Внимание		Итого
	Отсутствие изменений внимания	Нарушения внимания из-за погруженности в свои переживания	
$1 < КПР/КПУ < 5$	2	22	24
Другие варианты КПР/КПУ	5	17	22
Итого	7	39	46

Т а б л и ц а 7

Связь между дереализацией-деперсонализацией и соотношением КПР/КПУ

Связь между дереализацией-деперсонализацией и соотношением КПР/КПУ	Деперсонализация-дереализация		Итого
	Отдельно деперсонализация или дереализация	Сочетание деперсонализации и дереализации	
$КПР/КПУ \geq 1$	22	6	28
$КПР/КПУ < 1$	9	9	18
Итого	31	15	46

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Феномен «левшества», в классическом понимании означающий доминантность в моторных функциях левой руки, согласно полученным результатам не оказывает существенного влияния на вероятность возникновения маниакальных фаз при эндогенных аффективных расстройствах. Интересно отметить, что в исследованиях некоторых авторов с возникновением депрессии и тревоги связано не предпочтение правой или левой руки, а степень латерализации. Другими словами, в случае депрессии не имеет значения правша человек или левша, важна степень «правшества» или «левшества» [18, 19]. Отдельные показатели функциональ-

ной асимметрии, очевидно, оказывают влияние на клиническую картину депрессий. Наиболее значимой представляется связь сенсомоторной диссоциации с возникновением апатии при депрессии, что может иметь прогностическую значимость. Однако характер этой связи остается до конца не ясным, поэтому требует дальнейшего изучения.

Определение типа соотношения асимметрий также можно считать прогностически важным. На это указывает связь сочетания дереализации и деперсонализации с типом $КПР/КПУ < 1$. При данном типе асимметрии либо наблюдается инверсия латерализации моторных и сенсорных функций, либо присутствует сенсомоторная

диссоциация, когда эти функции латерализованы в разных полушариях. В случае инверсии латерализации повышение показателя КПУ происходит в результате выпадения части слухоречевых стимулов, поступающих из левого уха. Восприятие становится «моноуральным» – правосторонним. Сенсорные стимулы, попадающие в левое полушарие, обрабатываются не обычным, одновременным способом, а последовательно. В этих условиях возможно нарушение целостности восприятия ситуации [17]. В таких случаях субъективно тягостное переживание собственной измененности, внутренней эмоциональной опустошенности может сопровождаться ощущением измененности окружающего мира, в том числе переживаемым как чувство безжизненности и «застывания». Такое сочетание, ассоциированное, по всей видимости, с более глубоким искажением восприятия вследствие отклонений в межполушарном взаимодействии, обычно свидетельствует о более тяжелом течении депрессии. Таким образом, проведенное измерение соотношения моторных и сенсорных асимметрий потенциально может использоваться в практической психиатрии с целью оценки тяжести аффективного расстройства и прогноза исхода заболевания.

ВЫВОДЫ

По материалам исследования показано, что существует связь между отдельными показателями функциональной асимметрии и психопатологическими проявлениями депрессий. Симметричный профиль моторных асимметрий оказывает влияние на возникновение при депрессиях сенестопатий. Симметричный и левый профили сенсорной асимметрии взаимосвязаны с расстройствами сна. В то время как правый профиль связан с нарушениями внимания из-за погруженности в свои переживания.

Сенсомоторная диссоциация может считаться условно неблагоприятной, поскольку достоверно связана с возникновением апатических состояний и, вероятно, ассоциирована с функциональными нарушениями в префронтальной коре.

Большая латерализованность сенсорных функций по сравнению с моторными функциями достоверно связана с вероятностью проявлений дереализации и деперсонализации при аффективных расстройствах.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (Протокол заседания этического комитета ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» № 15 от 21.11.2016).

ЛИТЕРАТУРА

1. Деглин В.Л. Функциональная асимметрия мозга человека (исследование методом электросудорожных припадков): Автореферат дис. ... д.м.н. Л., 1984: 41.
2. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. Издание второе, испр. М.: Издательство БИНОМ, 2017: 304.
3. Зайцев О.С. Аффективные расстройства в посткоматозном периоде после тяжелой травмы мозга. *Психиатрия*. 2015; 4: 25–31.
4. Зайцев О.С. Нейропсихиатрические аспекты тяжёлых повреждений мозга. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2012; Спецвыпуск 2: 40–45.
5. Bruder G.E., Alvarenga J., Abraham K., Skipper J., Warner V., Voyer D., Peterson B.S., Weissman M.M. Brain laterality, depression and anxiety disorders: New findings for emotional and verbal dichotic listening in individuals at risk for depression. *Laterality*. 2016 Jul – Nov; 21 (4–6): 525–548. doi: 10.1080/1357650X.2015.1105247
6. Bruder G.E., Stewart J.W., Hellerstein D., Alvarenga J.E., Alschuler D., McGrath P.J. Abnormal functional brain asymmetry in depression: evidence of biologic commonality between major depression and dysthymia. *Psychiatry Res*. 2012 Apr 30; 196 (2-3): 250–4. doi: 10.1016/j.psychres.2011.11.019
7. Hecht D. Depression and the hyperactive right-hemisphere. *Neurosci Res*. 2010 Oct; 68 (2): 77–87. doi: 10.1016/j.neures.2010.06.013
8. Haghghi M., Ludyga S., Rahimi B., Jahangard L., Ahmadpanah M., Torabian S., Esnaashari F., Nazariabadie M., Bajoghli H., Sadeghi Bahmani D., Holsboer-Trachsler E., Brand S. In patients suffering from major depressive disorders, quantitative EEG showed favorable changes in left and right prefrontal cortex. *Psychiatry Res*. 2017 May; 251: 137–141. doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.012
9. Trinkl M., Greimel E., Bartling J., Grünwald B., Schulte-Körne G., Grossheinrich N. Right-lateralization of N2-amplitudes in depressive adolescents: an emotional go/no-go study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Jan; 56 (1): 76–86. doi: 10.1111/jcpp.12282
10. Christou A.I., Endo S., Wallis Y., Bair H., Zeegers M.P., McCleery J.P. Variation in serotonin transporter linked polymorphic region (5-HTTLPR)

- short/long genotype modulates resting frontal electroencephalography asymmetries in children. *Dev Psychopathol.* 2016 Feb; 28 (1):239–50. doi: 10.1017/S0954579415000413
11. Bruder G.E., Stewart J.W., McGrath P.J. Right brain, left brain in depressive disorders: Clinical and theoretical implications of behavioral, electrophysiological and neuroimaging findings. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017 Jul; 78: 178–191. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.04.021
 12. Jesulola E., Sharpley C.F., Agnew L.L. The effects of gender and depression severity on the association between alpha asymmetry and depression across four brain regions. *Behav Brain Res.* 2017 Mar 15; 321: 232–239. doi: 10.1016/j.bbr.2016.12.035
 13. Власов П.Н., Червяков А.В. Значение феномена дежа вю у здоровых. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2009; 2: 53–56.
 14. Scanlon G.C., Jain F.A., Hunter A.M., Cook I.A., Leuchter A.F. Neurophysiologic correlates of headache pain in subjects with major depressive disorder. *Clin EEG Neurosci.* 2017 May; 48 (3): 159–167. doi: 10.1177/1550059416632411
 15. Quinn C.R., Rennie C.J., Harris A.W., Kemp A.H. The impact of melancholia versus non-melancholia on resting-state, EEG alpha asymmetry: electrophysiological evidence for depression heterogeneity. *Psychiatry Res.* 2014 Mar 30; 215 (3): 614–7. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.049
 16. Tas C., Cebi M., Tan O., Hızlı-Sayar G., Tarhan N., Brown E.C. EEG power, cordance and coherence differences between unipolar and bipolar depression. *J Affect Disord.* 2015 Feb 1; 172: 184–90. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.001
 17. Обьедков В.Г., Тетеркина Т.И. Исходы шизофрении в контексте индивидуального профиля функциональной асимметрии головного мозга. *Психическое здоровье.* 2014; 9 (100): 48–55.
 18. Savitz J., van der Merwe L., Solms M., Ramesar R. Lateralization of hand skill in bipolar affective disorder. *Genes Brain Behav.* 2007 Nov; 6 (8): 698–705. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1601-183X.2006.00299.x>
 19. Yu J., Rawtaer I., Mahendran R., Kua E.H., Feng L. Degree, but not direction of grip strength asymmetries, is related to depression and anxiety in an elderly population. *Laterality.* 2017 May; 22 (3): 268–278. doi: 10.1080/1357650X.2016.1184677
- Поступила в редакцию 15.01.2019
Утверждена к печати 08.04.2019

Дорофеев Евгений Викторович, врач-психиатр, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии

Касимова Лала Наримановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и медицинской психологии.

Зайцев Олег Семенович, доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии.

✉ Дорофеев Евгений Викторович, dorofe_ev@mail.ru

УДК 616.895.4:616.85-009.86:61.79:616.8-009.836.14:616.89-008.428.1

For citation: Dorofeev E.V., Kasimova L.N., Zaitsev O.S. Features of the psychopathology of depressions depending on the individual profile of functional asymmetry. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2019; 2 (103): 5–12. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-5-12](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-5-12)

Features of the psychopathology of depressions depending on the individual profile of functional asymmetry

Dorofeev E.V., Kasimova L.N., Zaitsev O.S.

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Privolzhsky Research Medical University” of the Ministry of Health of the Russian Federation
Minin and Pozharsky Square 10/1, 603005, Nizhny Novgorod, Russian Federation*

ABSTRACT

Article is dedicated to the study of association of functional asymmetry with psychopathological features of endogenous affective disorders. According to modern studies, there are reliable scientific data on influence of functional asymmetry on psychopathology of focal lesion of a brain. However, results, concerning roles of functional asymmetry in manifestations of endogenous mental disorders have contradictory character. It is supposed that variants of functional asymmetry are associated with occurrence of some psychopathological phenomena. **Materials:** 46 patients with endogenous affective disorders are examined. For all patients the individual profile of asymmetry is formed and careful registration of clinical phenomena is carried out. **Results:** Senesthopathias most often are found in patients with the symmetric profile of motor asymmetries. Sleep disorders arise only in subjects with the left or symmetric profile of sensory asymmetries. Apathy arises in patients with sensory-motor dissociation reliably more often. The combination of derealization and depersonalization arises statistically more often in group of patients with greater lateraliza-

tion of sensory functions. **Conclusions:** Reliable association of psychopathological manifestations of endogenous affective disorders with different indicators of functional asymmetry is found.

Keywords: affective disorders, depression, psychopathology, functional asymmetry, cerebral lateralization.

REFERENCES

- Deglin V.L. Funkcional'naya asimmetriya mozga cheloveka (issledovanie metodom ehlektrosudorozhnyh pripadkov) [Human functional brain asymmetry (research by method of electroconvulsive attacks)]: Abstract of thesis ... doctor of medical Sciences. Leningrad, 1984: 41 (in Russian).
- Dobrohotova T.A. Nejropsihiatriya. Izdanie vtoroe, ispravlennoe [Neuropsychiatry. 2nd edition, corrected]. Moscow: BINOM Publishing House, 2017: 304 (in Russian).
- Zajcev O.S. Affektivnye rasstrojstva v postkoma-toznom periode posle tyazheloj travmy mozga [Affective disorders in the post-coma period after a severe injury of a brain]. *Psihiatriya – Psychiatry*. 2015; 4: 25–31 (in Russian).
- Zajcev O.S. Nejropsihiatricheskie aspekty tyazhyolyh povrezhdenij mozga [Neuropsychiatric aspects of heavy injuries of a brain]. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihoosomatika – Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2012. Special Issue 2: 40–45 (in Russian).
- Bruder G.E., Alvarenga J., Abraham K., Skipper J., Warner V., Voyer D., Peterson B.S., Weissman M.M. Brain laterality, depression and anxiety disorders: New findings for emotional and verbal dichotic listening in individuals at risk for depression. *Laterality*. 2016 Jul – Nov; 21 (4–6): 525–548. doi: 10.1080/1357650X.2015.1105247
- Bruder G.E., Stewart J.W., Hellerstein D., Alvarenga J.E., Alschuler D., McGrath P.J. Abnormal functional brain asymmetry in depression: evidence of biologic commonality between major depression and dysthymia. *Psychiatry Res*. 2012 Apr 30; 196 (2-3): 250–4. doi: 10.1016/j.psychres.2011.11.019
- Hecht D. Depression and the hyperactive right-hemisphere. *Neurosci Res*. 2010 Oct; 68 (2): 77–87. doi: 10.1016/j.neures.2010.06.013
- Haghighi M., Ludyga S., Rahimi B., Jahangard L., Ahmadpanah M., Torabian S., Esnaashari F., Nazariabadie M., Bajoghli H., Sadeghi Bahmani D., Holsboer-Trachslers E., Brand S. In patients suffering from major depressive disorders, quantitative EEG showed favorable changes in left and right prefrontal cortex. *Psychiatry Res*. 2017 May; 251: 137–141. doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.012
- Trinkl M., Greimel E., Bartling J., Grünewald B., Schulte-Körne G., Grossheinrich N. Right-lateralization of N2-amplitudes in depressive adolescents: an emotional go/no-go study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Jan; 56 (1): 76–86. doi: 10.1111/jcpp.12282
- Christou A.I., Endo S., Wallis Y., Bair H., Zeegers M.P., McCleery J.P. Variation in serotonin transporter linked polymorphic region (5-HTTLPR) short/long genotype modulates resting frontal electroencephalography asymmetries in children. *Dev Psychopathol*. 2016 Feb; 28 (1):239–50. doi: 10.1017/S0954579415000413
- Bruder G.E., Stewart J.W., McGrath P.J. Right brain, left brain in depressive disorders: Clinical and theoretical implications of behavioral, electrophysiological and neuroimaging findings. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 Jul; 78: 178–191. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.04.021
- Jesulola E., Sharpley C.F., Agnew L.L. The effects of gender and depression severity on the association between alpha asymmetry and depression across four brain regions. *Behav Brain Res*. 2017 Mar 15; 321: 232–239. doi: 10.1016/j.bbr.2016.12.035
- Vlasov P.N., Chervyakov A.V. Znachenie fenomena dezha vyy u zdorovyh [Value of a phenomenon déjà vu at healthy]. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika – Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2009; 2: 53–56 (in Russian).
- Scanlon G.C., Jain F.A., Hunter A.M., Cook I.A., Leuchter A.F. Neurophysiologic correlates of headache pain in subjects with major depressive disorder. *Clin EEG Neurosci*. 2017 May; 48 (3): 159–167. doi: 10.1177/1550059416632411
- Quinn C.R., Rennie C.J., Harris A.W., Kemp A.H. The impact of melancholia versus non-melancholia on resting-state, EEG alpha asymmetry: electrophysiological evidence for depression heterogeneity. *Psychiatry Res*. 2014 Mar 30; 215 (3): 614–7. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.049
- Tas C., Cebi M., Tan O., Hizli-Sayar G., Tarhan N., Brown E.C. EEG power, cordance and coherence differences between unipolar and bipolar depression. *J Affect Disord*. 2015 Feb 1; 172: 184–90. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.001
- Ob'edkov V.G., Teterkina T.I. Iskhody shizofrenii v kontekste individual'nogo profilya funkcional'noj asimmetrii golov'nogo mozga [Schizophrenia outcomes in the context of an individual profile of functional asymmetry of a brain]. *Psihicheskoe zdorov'e – Mental Health*. 2014; 9 (100): 48–55 (in Russian).
- Savitz J., van der Merwe L., Solms M., Ramesar R. Lateralization of hand skill in bipolar affective disorder. *Genes Brain Behav*. 2007 Nov; 6 (8): 698–705. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1601-183X.2006.00299.x>
- Yu J., Rawtaer I., Mahendran R., Kua E.H., Feng L. Degree, but not direction of grip strength asymmetries, is related to depression and anxiety in an elderly population. *Laterality*. 2017 May; 22 (3): 268–278. doi: 10.1080/1357650X.2016.1184677

Received January 2.2018

Accepted April 08.2019

Dorofeev Evgeny V., psychiatrist, assistant of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation.

Kasimova Lala N., MD, Prof., Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation.

Zaitsev Oleg S., MD, Associate Professor of psychiatry and medical psychology, Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation.

✉ Dorofeev Evgeny V., dorofe_ev@mail.ru

УДК 616.895.8:616.89-008.441.13:611.018.74

Для цитирования: Сахаров А.В., Озорнин А.С., Голыгина С.Е. Некоторые показатели микроциркуляции крови у пациентов при острой шизофрении и алкогольном делирии в сравнительном аспекте. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 13–21. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-13-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-13-21)

Некоторые показатели микроциркуляции крови у пациентов при острой шизофрении и алкогольном делирии в сравнительном аспекте

Сахаров А.В.¹, Озорнин А.С.^{1, 2}, Голыгина С.Е.^{1, 3}

¹ Читинская государственная медицинская академия
Россия, 672000, Чита, ул. Горького, 39-а

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

³ Забайкальский краевой наркологический диспансер
Россия, 672039, Чита, ул. Верховенская, 1

РЕЗЮМЕ

Патогенез нарушений микроциркуляции при психических и наркологических расстройствах изучен недостаточно. **Целью** работы стало изучение состояния микроциркуляции крови методом лазерной доплеровской флоуметрии у больных в психотическом состоянии при шизофрении и при синдроме отмены алкоголя с делирием в сравнительном аспекте. Было обследовано с помощью лазерного анализатора кровотока 40 пациентов с шизофренией и 25 пациентов с алкогольным делирием в остром психотическом состоянии и через 2 недели терапии. Контрольную группу составили 35 здоровых добровольцев. Установлены общие системные нарушения микроциркуляции у пациентов в остром психотическом состоянии при шизофрении и при алкогольном делирии в виде ускорения кровотока в единицу времени и чрезмерного усиления локальных механизмов его регуляции. При этом регистрируемые изменения показателей микроциркуляции сохранялись даже через 2 недели терапии, оказывая, вероятно, более длительное патологическое действие, нежели само течение острого психоза.

Ключевые слова: шизофрения, алкоголизм, параноидная шизофрения, алкогольный делирий, микроциркуляция, эндотелиальная дисфункция.

ВВЕДЕНИЕ

Во второй половине XX века активно разрабатывалась гипотеза об общности некоторых механизмов в развитии психических заболеваний, особенно в период возникновения психотических расстройств, как эндогенной, так и экзогенной этиологии [1]. В последующем общими проявлениями стали сопровождающие эти заболевания когнитивные расстройства и регистрируемая соматическая патология.

Безусловно, основы данных процессов, например при хронической алкогольной интоксикации, были весьма понятны [2] и давно описаны патологоанатомами [3]. Объективизированы структурные изменения во внутренних органах, введено понятие алкогольной болезни [4, 5], сформировано представление о механизмах повреждающего действия алкоголя [2]. Вполне очевидно, что кровеносные сосуды страдают при злоупотреблении алкоголем в первую очередь, так как осуществляют транспорт алкоголя ко всем органам. Установлено системное поражение сосудистых стенок, в первую очередь

микроциркуляторного русла, при алкоголизме [6, 7, 8, 9, 10, 11].

Исследователями изучались различные лабораторные показатели эндотелиальной дисфункции при употреблении спиртных напитков [12, 13, 14, 15, 16, 17], хотя единой точки зрения на происходящие при этом процессы так и не сформировано [18, 19].

Что касается пациентов с шизофренией, то в последние десятилетия отмечен рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний: выявлено превышение этой причины смертности у больных шизофренией в 2 раза над показателями в общей популяции [20]. Накапливаются данные о развитии у лиц данной группы множества соматических заболеваний, таких как атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, сахарный диабет и другие [21, 22, 23]. Сложившаяся ситуация традиционно объяснялась ростом встречаемости метаболических осложнений у пациентов с шизофренией, получающих антипсихотики второго поколения [24, 25].

В то же время некоторые авторы указывают и на другие возможные причины повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний при шизофрении – эндотелиальную дисфункцию [22] и дисфункцию вегетативной нервной системы [26], особенно у пациентов в остром психотическом состоянии. При этом имеющиеся исследования на эту тематику единичны, в них установлены неблагоприятные изменения показателей синтазы оксида азота [27], оксида азота и эндотелина-1 [28], реактивности микроциркуляции с помощью метода реактивной (постокклюзионной) гиперемии [29].

Несмотря на значимость представленной информации, точные патофизиологические механизмы нарушений микроциркуляции при шизофрении и злоупотреблении спиртными напитками по-прежнему не установлены.

Между тем, на наш взгляд, объективно регистрируемое повреждение гематоэнцефалического барьера и развитие висцеропатий у пациентов в любом остром психотическом состоянии обусловлено, в том числе, вероятной общностью патогенеза происходящих системных нарушений в микроциркуляторном русле.

Следовательно, определение клинико-прогностического значения нарушений микроциркуляции требует дальнейшего изучения в сравнительном аспекте при психотических расстройствах разной этиологии (например, при эндогенных и экзогенных психозах).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение состояния микроциркуляции крови методом лазерной доплеровской флоуметрии у пациентов в психотическом состоянии при параноидной форме шизофрении и при синдроме отмены алкоголя с делирием в сравнительном аспекте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе отделения первого психотического эпизода Краевой клинической психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского сплошным методом было обследовано 40 пациентов в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст составил $28,6 \pm 0,9$ года) с диагнозом «параноидная шизофрения» (F20.0). Аналогично на базе Забайкальского краевого наркологического диспансера обследовано 25 человек с диагнозом «синдром отмены алкоголя с делирием» (F10.40) в возрасте от 25 до 40 лет (средний возраст – $34,1 \pm 1,2$ года). Исследование проводилось в динамике: перед началом лечения в остром психотическом состоянии и через 2 недели стандартной терапии.

Критериями включения в исследование являлись возраст от 18 до 40 лет, отсутствие грубой соматической патологии, такой как вирусные гепатиты, цирроз печени, заболевания сердца, гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии, эндокринная патология, злокачественные новообразования, ХОБЛ с дыхательной недостаточностью, хроническая почечная и печеночная недостаточность, воспалительные заболевания любой этиологии (острые, хронические в стадии обострения).

Контрольную группу составили 35 здоровых добровольцев в возрасте от 21 до 40 лет. Исследуемые и контрольная группы не имели гендерных и возрастных различий ($p \geq 0,05$). Все обследованные предоставили добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовался неинвазивный метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью лазерного анализатора кровотока «ЛАКК-02» с компьютерным интерфейсом (НПП «ЛАЗМА», Москва). Датчик устанавливался в нижней трети предплечья по наружной поверхности на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Выбор этой области обусловлен тем, что она бедна артериоло-веноулярными анастомозами, поэтому в большей степени отражает кровоток в нутритивном русле. Все исследования осуществлялись в положении лежа, рука находилась на уровне сердца; ЛДФ-граммы регистрировались в течение 3 минут. Оценивались показатель микроциркуляции (ПМ), среднеквадратическое отклонение (σ) и коэффициент вариации (K_v). Параметр ПМ отражает величину потока крови в интервал времени, выражаемую в перфузионных единицах (пф.ед.); σ и K_v – вариабельность микрососудистого кровотока. Для оценки функционального состояния регуляторного звена микроциркуляции использовался Вейвлет-анализ, с помощью которого рассчитывались показатели шунтирования (ПШ), нейрогенного (НТ) и миогенного (МТ) тонуса сосудов [30].

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel 2007 и пакета прикладных статистических программ «Statistica-10». При описании количественных результатов исследования использовали медиану со стандартным отклонением ($Me \pm SD$).

Полученные данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного (25-й и 75-й перцентили) интервала. Для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применяли непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения связанных между собой показателей (одна группа в динамике) использовали непараметрический критерий W-

Вилкоксона. Различия считали достоверными при показателе $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что у пациентов с шизофренией в остром психотическом состоянии до лечения общий показатель микроциркуляции (ПМ) не отличался от контрольных значений (табл. 1), у больных алкоголизмом в делирии он превышал значения контрольной группы в 1,4 раза ($p=0,0000$).

Т а б л и ц а 1

Показатели микроциркуляции крови здоровых и пациентов с острой параноидной шизофренией и алкогольным делирием до лечения

Показатель (ед. измерения)	Группа	Me (25; 75)	Критерий Манна-Уитни с группой контроля	Критерий Манна-Уитни между группами
ПМ (пф.ед.)	Контроль (n=35)	6,63 (5,91; 7,22)		
	F20.0 (n=40)	6,88 (5,13; 8,74)	1,04075; $p=0,297993$	3,90412; $p=0,000095$
	F10.40 (n=25)	9,37 (7,78; 10,91)	5,45438; $p=0,000000$	
Kv (%)	Контроль (n=35)	11,51 (7,08; 26,86)		
	F20.0 (n=40)	61,59 (38,73; 80,86)	6,10112; $p=0,000000$	5,50514; $p=0,000000$
	F10.40 (n=25)	15,53 (11,21; 33,4)	1,26151; $p=0,207127$	
σ (пф.ед.)	Контроль (n=35)	0,78 (0,52; 1,60)		
	F20.0 (n=40)	4,92 (2,56; 6,71)	6,25511; $p=0,000000$	3,52355; $p=0,000426$
	F10.40 (n=25)	2,02 (0,88; 3,51)	3,15742; $p=0,001592$	
ПШ	Контроль (n=35)	1,07 (0,97; 1,35)		
	F20.0 (n=40)	0,92 (0,83; 1,09)	2,70807; $p=0,006768$	1,92253; $p=0,054539$
	F10.40 (n=25)	1,09 (0,92; 1,39)	0,10209; $p=0,918687$	
НТ	Контроль (n=35)	1,90 (1,77; 2,34)		
	F20.0 (n=40)	2,09 (1,91; 2,90)	2,24080; $p=0,025040$	3,12986; $p=0,001749$
	F10.40 (n=25)	1,81 (1,60; 2,08)	1,56048; $p=0,118648$	
МТ	Контроль (n=35)	2,21 (1,79; 2,71)		
	F20.0 (n=40)	2,13 (1,88; 2,75)	0,29205; $p=0,770251$	0,80051; $p=0,423416$
	F10.40 (n=25)	2,01 (1,86; 2,27)	1,00629; $p=0,314217$	

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые результаты.

Через 2 недели терапии при шизофрении показатель микроциркуляции увеличивался ($p=0,002$), в результате превышал контрольные значения в 1,2 раза ($p=0,001$). При алкогольном делирии в динамике, наоборот, общий показатель микроциркуляции крови снизился в 1,1 раза ($p=0,02$), хотя сохранялось существенное отличие от показателя в контрольной группе ($p=0,001$).

Полученные результаты отражают выраженное ускорение потока крови в интервал времени через микроциркуляторное русло у пациентов при синдроме отмены алкоголя с делирием, которое сохраняется даже после купирования психоза (табл. 2–3). При острой шизофрении таких существенных изменений не наблюдается.

В состоянии острого психотического расстройства при шизофрении было зарегистрировано значимое увеличение (в 5,3 раза; $p=0,0000$) коэффициента вариации (Kv) в срав-

нении с контролем. При алкогольном делирии таких изменений не отмечалось, показатель не отличался от контрольных значений (табл. 1).

В процессе лечения при шизофрении значение коэффициента вариации практически не изменилось, тогда как в группе пациентов после выхода из алкогольного психоза этот показатель вырос в 1,4 раза ($p=0,04$), отмечено превышение в 1,9 раза контрольных значений ($p=0,04$), хотя он был значимо ниже, чем у больных шизофренией ($p=0,0000$) (табл. 2–3).

При этом коэффициент вариации является отражением воздействия на микроциркуляторный кровоток активных механизмов регуляции. Вероятно, при параноидной шизофрении в остром психотическом состоянии изначально происходит чрезмерное усиление локальных механизмов регуляции микроциркуляции, что является неблагоприятным фактором и косвенно может говорить о дисбалансе между медиаторами, обеспечивающими оптимальное тече-

ние эндотелийзависимых процессов. При алкогольном делирии изначально каких-либо изменений не наблюдается, что может свидетельствовать о существенной недостаточности регуляторных процессов на уровне микроциркуляции при имеющихся зачастую объективных расстройствах гомеостаза. В то же время после

перенесенного алкогольного делирия происходит усиление локальных механизмов регуляции микрокровотока, что может выступать неблагоприятным фактором, который при длительном воздействии может усугублять течение имеющихся соматических расстройств.

Т а б л и ц а 2

Показатели микроциркуляции крови здоровых и пациентов с острой параноидной шизофренией и алкогольным делирием в динамике через 2 недели

Показатель (ед. измерения)	Группа	Me (25; 75)	Критерий Манна-Уитни с группой контроля	Критерий Манна-Уитни между группами
ПМ (пф.ед.)	Контроль (n=35)	6,63 (5,91; 7,22)		0,03281; p=0,973828
	F20.0 (n=40)	7,90 (6,22; 10,12)	3,15942; p=0,001581	
	F10.40 (n=25)	8,45 (6,53; 10,05)	3,17200; p=0,001514	
Kv (%)	Контроль (n=35)	11,51 (7,08; 26,86)		4,19283; p=0,000028
	F20.0 (n=40)	63,61 (47,93; 86,15)	6,41972; p=0,000000	
	F10.40 (n=25)	21,18 (9,05; 53,49)	2,01987; p=0,043397	
σ (пф.ед.)	Контроль (n=35)	0,78 (0,52; 1,60)		2,42121; p=0,015469
	F20.0 (n=40)	3,82 (2,14; 6,26)	6,86045; p=0,000000	
	F10.40 (n=25)	2,32 (0,68; 5,36)	2,63969; p=0,008299	
ПШ	Контроль (n=35)	1,07 (0,97; 1,35)		0,22965; p=0,818361
	F20.0 (n=40)	1,06 (0,84; 1,74)	0,15399; p=0,877619	
	F10.40 (n=25)	1,17 (0,93; 1,33)	0,08021; p=0,936069	
НТ	Контроль (n=35)	1,90 (1,77; 2,34)		3,31358; p=0,000921
	F20.0 (n=40)	3,06 (2,07; 4,06)	4,58779; p=0,000004	
	F10.40 (n=25)	2,1 (1,78; 2,85)	1,96154; p=0,049817	
МТ	Контроль (n=35)	2,21 (1,79; 2,71)		0,66272; p=0,507512
	F20.0 (n=40)	2,48 (1,99; 3,85)	1,51864; p=0,128853	
	F10.40 (n=25)	2,26 (1,99; 2,83)	1,13755; p=0,255311	

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые результаты.

Т а б л и ц а 3

Показатели микроциркуляции крови пациентов с острой параноидной шизофренией и алкогольным делирием в динамике в процессе лечения

Показатель (ед. измерения)	Группа	До лечения	Через 2 недели	Критерий Вилкоксона между группами
ПМ (пф.ед.)	F20.0 (n=40)	6,88 (5,13; 8,74)	7,90 (6,22; 10,12)	2,970527; p=0,002973
	F10.40 (n=25)	9,37 (7,78; 10,91)	8,45 (6,53; 10,05)	2,273119; p=0,023020
Kv (%)	F20.0 (n=40)	61,59 (38,73; 80,86)	63,61 (47,93; 86,15)	0,914008; p=0,360713
	F10.40 (n=25)	15,53 (11,21; 33,4)	21,18 (9,05; 53,49)	1,968343; p=0,049029
σ (пф.ед.)	F20.0 (n=40)	4,92 (2,56; 6,71)	3,82 (2,14; 6,26)	2,009474; p=0,044488
	F10.40 (n=25)	2,02 (0,88; 3,51)	2,32 (0,68; 5,36)	1,054016; p=0,291876
ПШ	F20.0 (n=40)	0,92 (0,83; 1,09)	1,06 (0,84; 1,74)	2,449102; p=0,014332
	F10.40 (n=25)	1,09 (0,92; 1,39)	1,17 (0,93; 1,33)	0,050796; p=0,959488
НТ	F20.0 (n=40)	2,09 (1,91; 2,90)	3,06 (2,07; 4,06)	3,313280; p=0,000922
	F10.40 (n=25)	1,81 (1,60; 2,08)	2,1 (1,78; 2,85)	2,349313; p=0,018809
МТ	F20.0 (n=40)	2,13 (1,88; 2,75)	2,48 (1,99; 3,85)	2,721863; p=0,006422
	F10.40 (n=25)	2,01 (1,86; 2,27)	2,26 (1,99; 2,83)	2,654089; p=0,007953

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые результаты.

При параноидной шизофрении зарегистрированы существенные изменения среднего колебания перфузии (σ). Среднеквадратическое отклонение было максимальным в остром психотическом состоянии (превышение в 6,3 раза значений контрольной группы, $p=0,0000$), затем

показатель уменьшался в процессе лечения ($p=0,04$), но все равно не достигал контрольных значений, по-прежнему превышая их в 4,8 раза ($p=0,0000$). У пациентов в состоянии алкогольного делирия среднее колебание перфузии превышало контрольные значения в 2,6–2,9 раза

как в остром состоянии ($p=0,001$), так и после купирования психоза ($p<0,008$), показывая тенденцию к некоторому росту (табл. 1–2). При этом величина среднеквадратического отклонения была значимо ниже, чем при острой параноидной шизофрении ($p=0,001$).

Показатель шунтирования в острый период психоза при шизофрении оказался сниженным ($p=0,001$), однако через 2 недели произошло его увеличение до контрольных значений ($p=0,01$). При алкогольном делирии показатель шунтирования не отличался от аналогичного показателя в контрольной группе, хотя можно наблюдать тенденцию к его росту в процессе выхода из психоза (табл. 1–2).

Нейрогенный тонус прекапиллярных резистентных микрососудов был изначально увеличенным в 1,1 раза ($p=0,02$) в группе пациентов с шизофренией, демонстрируя рост в 1,5 раза в динамике ($p=0,0009$). Через 2 недели он превышал контрольные значения в 1,6 раза ($p=0,0000$). У пациентов группы с алкогольным делирием увеличение нейрогенного тонуса наблюдалось только после купирования психоза (в 1,2 раза через 2 недели; $p=0,001$), формируя отличия от группы контроля в 1,1 раза ($p=0,04$). Исходный показатель не отличался от показателя контрольной группы.

Миогенный тонус метартериол и прекапиллярных сфинктеров в обеих группах пациентов был несколько ниже, чем в контрольной группе. Через 2 недели показатель увеличивался в 1,1–1,2 раза ($p=0,006$), хотя отличия оказались незначимыми от контрольных (табл. 1–2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при анализе полученных результатов выявлены существенные нарушения микроциркуляции у пациентов в остром психотическом состоянии при шизофрении и при алкогольном делирии. Наблюдаемые изменения при данных расстройствах носят выраженный и распространенный характер, они имеют как много общих черт, так и некоторые отличия.

Общие изменения выражаются в системном ускорении тока крови в единицу времени через микроциркуляторное русло, выраженных колебаниях перфузии и усилении локальных механизмов регуляции кровотока. Особенностью регистрируемых изменений при шизофрении являются изначально присутствующие сниженные показатели шунтирования при высоком нейрогенном тонусе прекапиллярных резистентных микрососудов и чрезмерно высокие показатели коэффициента вариации и среднего

колебания перфузии, что свидетельствует о серьезном дисбалансе между медиаторами, обеспечивающими оптимальное течение локальных эндотелийзависимых процессов. В состоянии алкогольного делирия отмечены более выраженные системные нарушения микроциркуляции в виде серьезного ускорения тока крови в единицу времени и роста показателя шунтирования при менее выраженных, но тем не менее присутствующих нарушениях локальных механизмов регуляции кровотока.

Стоит отметить, что изменения многих показателей тока крови в микроциркуляторном русле, определяемых методом лазерной доплеровской флоуметрии, сохраняются даже через две недели терапии психотического расстройства или выхода из него. Вероятно, все это приводит к патологическому действию регистрируемых нарушений в течение более длительного времени, нежели период острого психотического состояния.

Полученные результаты нуждаются в уточнении при помощи лабораторных методов, что станет предметом дальнейших исследований.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской финансовой поддержки, выполнялось в рамках Государственного задания Минздрава России на осуществление научных исследований и разработок.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания Комитета по этике Читинской государственной медицинской академии № 74 от 06.11.2015).

ЛИТЕРАТУРА

1. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы: руководство. М.: Медицина, 1997; 352.
2. Афанасьев В.В. Алкогольный абстинентный синдром. СПб.: Интермедика. 2002; 336.
3. Пауков В.С., Ерохин Ю.А. Патологическая анатомия пьянства и алкоголизма. *Архив патологии*. 2004; 4: 3–9.
4. Пауков В.С. Структурно-функциональная концепция алкогольной болезни. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2007; 1: 8–11.

5. Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патофизиология алкогольной болезни и наркоманий. М.: Университет дружбы народов, 1990; 104.
6. Пауков В.С., Ерохин Ю.А. Изменения крови при хронической алкогольной интоксикации. *Российский психиатрический журнал*. 2001; 5: 58–62.
7. Хохрина Н.Т., Гофман А.Г., Узбеков М.Г., Сорокина З.Х. Сосудистая церебральная патология у больных алкогольной энцефалопатией, перенесших алкогольный делирий. *Российский психиатрический журнал*. 2006; 6: 38–40.
8. Шорманов С.В. Структурные изменения головного мозга человека в условиях острой алкогольной интоксикации. *Архив патологии*. 2004; 4: 9–13.
9. Галанкин Л.Н., Ливанов Г.А. Роль расстройств кровообращения в развитии изменений сознания при непсихотическом и делириозном синдроме отмены алкоголя. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2004; 5: 15–19.
10. Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Пляскина Е.В., Говорин Н.В. Состояние микроциркуляции при синдроме отмены алкоголя (неосложненном и осложненном делирием). *Наркология*. 2015; 8: 36–40.
11. Бохан Н.А., Пронин В.С. Состояние микроциркуляции и сосудистая реактивность при хронической интоксикации никотином, этанолом и опиоидами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2008; 2: 47–51.
12. Корякин А.М., Ещѐва Л.А., Дементьева Л.А., Екимовских А.В., Коваленко В.М. Особенности эндотелиальной дисфункции у больных хроническим алкоголизмом. *Сибирский медицинский журнал*. 2011; 2: 66–70.
13. Сидоров П.И., Чумакова Г.Н., Соловьев А.Г., Кирпич И.А. Поражение тромбоцитарного звена гемостаза при алкогольном абстинентном синдроме и при острых алкогольных психозах. *Вопросы наркологии*. 1996; 4: 29–32.
14. Bertola A., Park O., Gao B. Chronic plus binge ethanol feeding synergistically induces neutrophil infiltration and liver injury in mice: a critical role for E-selectin. *Hepatology*. 2013; 58(5): 1814–1823. <https://doi.org/10.1002/hep.26419>
15. Kaku B., Mizumo S., Ohsato K. Plasma endothelin-1 elevation associated with alcohol – induced variant angina. *Jpn Circ J*. 1999; 63(7): 554–8. <https://doi.org/10.1253/jcj.63.554>
16. Sacanella E., Estruch R., Badia E., Fernandez-Sola F., Nicolas J.M. Chronic alcohol consumption increases serum levels of circulating endothelial cell/leucocyte adhesion molecules E-selectin and ICAM-1. *Alcohol & Alcoholism*. 1999; 34(5): 678–684.
17. Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Терешков П.П. Динамика некоторых показателей эндотелиальной дисфункции и нейромаркеров у больных алкогольной зависимостью при синдроме отмены алкоголя, неосложненном и осложненном делирием. *Вопросы наркологии*. 2017; 10: 53–63.
18. Maiorano G., Bartolomucci F., Contursi V. Noninvasive detection of vascular dysfunction in alcoholic patients. *Am. J. Hypertens*. 1999; 12(2): 137–144. DOI: 10.1016/S0895-7061(98)00173-3
19. Puddey I.B., Zilkens R.R., Croft K.D., Beilin L.J. Alcohol and endothelial function: a brief review. *Clin. Exp. Pharmacol. Physiol*. 2001; 28: 1020–1024. <http://www.biomedsearch.com/nih/Alcohol-endothelial-function-brief-review/11903307.html>
20. Brown S., Inskip H., Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br. Journal Psychiatry*. 2000; 177: 212–217. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11040880>
21. Meyer J.M. Cardiovascular illness and hyperlipidemia in patients with schizophrenia. Medical illness and Schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Press. Inc. 2003; 53–80.
22. Chen P.H., Tsai S.Y., Kuo C.J., Chung K.H., Huang S.H., Chen C.C. Physiological characteristics of patients with schizophrenia prematurely dying from circulatory diseases. *Asia Pac Psychiatry*. 2016; 8(3): 199–205. <https://doi.org/10.1111/appy.12207>
23. Berrocal-Izquierdo N., Bioque M., Bernardo M. Is cerebrovascular disease a silent condition in patients with chronic schizophrenia-related disorders? *Int Clin. Psychopharmacol*. 2017; 32(2): 80–86. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000153
24. Medved V., Kuzman M., Jovanovic N., Grubisin J., Kuzman T. Metabolic syndrome in female patients with schizophrenia treated with second generation antipsychotics: a 3-month follow-up. *Psychopharmacology*. 2008; 23(8): 915–922. <http://www.biomedsearch.com/nih/Metabolic-syndrome-in-female-patients/18635691.html>
25. Горобец Л.Н., Буланов В.С., Василенко Л.М., Литвинов А.В., Иванова Г.П., Поляковская Т.П. Нейролептические метаболические нарушения при лечении антипсихотическими средствами нового поколения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; 114(2): 59–68.
26. Protopopova D., Masopust J., Malý R., Valis M., Dostalova G., Ranna K., Bažant J. Peripheral endothelial dysfunction as a marker of cardiovascular risk in physically healthy patients with schizophrenia and related psychoses: a matched case control study. *Neuro Endocrinol Lett*. 2014; 35(6): 503–509.
27. Burghardt K., Grove T., Ellingrod V. Endothelial nitric oxide synthetase genetic variants, metabolic syndrome and endothelial function in schizophrenia. *J. Psychopharmacol*. 2014; 28(4): 349–356. doi: 10.1177/0269881113516200
28. Васильева А.И., Говорин Н.В. Нейромаркеры и показатели эндотелиальной дисфункции у пациентов в клинике первого психотического эпизода [Электронный ресурс]. *Забайкальский медицинский вестник*. 2011; 1: 26–32. Режим доступа: <http://medacadem.chita.ru/zmv>

29. Israel A.K., Seeck A., Boettger M.K., Rachow T., Berger S., Voss A., Bär K.J. Peripheral endothelial dysfunction in patients suffering from acute schizophrenia: a potential marker for cardiovascular morbidity? *Schizophr Res.* 2011; 128(1–3): 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.02.007>
30. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови: руководство для врачей / под редакцией А.И. Крупаткина, В.В. Сидорова. М.: Медицина. 2005; 256.
Поступила в редакцию 28.01.2018
Утверждена к печати 8.04.2019

Сахаров Анатолий Васильевич – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Озорнин Александр Сергеевич – к.м.н., заведующий отделением клиники первого психотического эпизода ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского», ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Голыгина Светлана Евгеньевна – ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, врач психиатр-нарколог ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер».

✉ Сахаров Анатолий Васильевич, sawt@list.ru

УДК 616.895.8:616.89-008.441.13:611.018.74

For citation: Sakharov A.V., Ozornin A.S., Golygina S.E. Parameters of blood microcirculation in patients with acute schizophrenia and delirium tremens in a comparative aspect. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2019; 2 (103): 13–21. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-13-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-13-21)

Parameters of blood microcirculation in patients with acute schizophrenia and delirium tremens in a comparative aspect

Sakharov A.V.¹, Ozornin A.S.^{1, 2}, Golygina S.E.^{1, 3}

¹ Chita State Medical Academy

Gorky Street 39-a, 672000, Chita, Russian Federation

² V.Kh. Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital

Okruzhnoj proezd 3, 672042, Chita, Russian Federation

³ Trans-Baikal Regional Narcological Dispensary

Verkholskaya Street 1, 672039, Chita, Russian Federation

ABSTRACT

The pathogenesis of microcirculation disorders in mental and narcological disorders is not well understood. The aim of the work is to study the state of microcirculation of blood by the method of laser Doppler flowmetry in patients in a psychotic state with schizophrenia and with alcohol withdrawal syndrome with delirium in a comparative aspect. 40 patients with schizophrenia and 25 patients with delirium tremens in an acute psychotic state and after 2 weeks of therapy are examined using a laser blood flow analyzer. The control group consists of 35 healthy volunteers. General and systemic microcirculation disorders in patients with acute psychotic state in schizophrenia and delirium tremens in the form of accelerated blood flow per unit of time and excessive strengthening of local mechanisms of its regulation are established. At the same time, changes in microcirculation indices persist even after two weeks of therapy, having probably a longer pathological effect than the course of acute psychosis itself.

Keywords: schizophrenia, alcoholism, paranoid schizophrenia, delirium tremens, microcirculation, endothelial dysfunction.

REFERENCES

1. Kryzhanovsky G.N. Obshhaya patofiziologiya nervnoj sistemy [General pathophysiology of nervous system: management]. Moscow: Medicine, 1997; 325 (in Russian).
2. Afanas'ev V.V. Alkogol'nyj abstinennyj sindrom [Alcohol withdrawal syndrome]. Sankt Peterburg: Intermedika, 2002; 336 (in Russian).
3. Paukov V.S., Erokhin Yu.A. Patologicheskaya anatomiya p'yanstva i alkogolizma [Pathological anatomy of drinking and alcoholism]. *Arkhiv patologii – Archive of Pathology.* 2004; 4: 3–9 (in Russian).
4. Paukov V.S. Strukturno-funktsional'naya kontseptsiya alkogol'noj bolezni [The structural-functional concept of an alcoholic disease]. *Zhurnal nevrologii i psikhia-*

- trii imeni S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2007; 1: 8–11 (in Russian).
5. Bilibin D.P., Dvornikov V.E. Patofiziologiya alkogol'noj bolezni i narkomanij [Pathophysiology of an alcoholic disease and drug addiction]. Moscow: Peoples' Friendship University, 1990: 104 (in Russian).
 6. Paukov V.S., Erokhin Yu.A. Izmeneniya krovi pri khronicheskoy alkogol'noj intoksikatsii [Changes of blood under chronic alcohol intoxication] *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2001; 5: 58–62 (in Russian).
 7. Khokhrina N.T., Gofman A.G., Uzbekov M.G., Sorokina Z.Kh. Sosudistaya tserebral'naya patologiya u bol'nykh alkogol'noj ehntsefalopatiej, pernessikh alkogol'nyj delirij [Vascular cerebral pathology in patients with alcoholic encephalopathy who have suffered from delirium tremens]. *Rossiiskij psikiatricheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2006; 6: 38–40 (in Russian).
 8. Shormanov S.V. Strukturnye izmeneniya golovno-mozga cheloveka v usloviyakh ostroj alkogol'noj intoksikatsii [Structural changes in the human brain in conditions of acute alcohol intoxication]. *Arkhiv patologii – Archives of Pathology*. 2004; 4: 9–13 (in Russian).
 9. Galankin L.N., Livanov G.A. Rol' rasstrojstv krovoobrashheniya v razvitii izmenenij soznaniya pri nepsikhoticheskom i delirioznom syndrome otmeny alkogolya [The role of circulatory disorders in the development of changes in consciousness in non-psychotic and delirious alcohol withdrawal syndrome]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2004; 5: 15–19 (in Russian).
 10. Sakharov A.V., Golygina S.E., Plyaskina E.V., Govorin N.V. Sostoyanie mikrotsirkulyatsii pri syndrome otmeny alkogolya (neoslozhnennom i oslozhnennom delirium) [The state of microcirculation in alcohol withdrawal syndrome (uncomplicated and complicated by delirium)]. *Narkologiya – Narcology*. 2015; 8: 36–40 (in Russian).
 11. Bokhan N.A., Pronin V.S. Sostoyanie mikrotsirkulyatsii i sosudistaya reaktivnost' pri khronicheskoy intoksikatsii nikotinom, ehntanolom i opioidami [The state of microcirculation and vascular reactivity in chronic intoxication with nicotine, ethanol and opioids]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2008; 2: 47–51 (in Russian).
 12. Koryakin A.M., Eshhyova L.A., Dement'eva L.A., Ekimovskikh A.V., Kovalenko V.M. Osobennosti ehndotelial'noj disfunktsii u bol'nykh khronicheskim alkogolizmom [Features of endothelial dysfunction in patients with chronic alcoholism]. *Sibirskij meditsinskij zhurnal – Siberian Medical Journal*. 2011; 2: 66–70 (in Russian).
 13. Sidorov P.I., Chumakova G.N., Solov'ev A.G., Kirpich I.A. Porazhenie trombotsitarnogo zvena gemostaza pri alkogol'nom abstinentnom syndrome i pri ostrykh alkogol'nykh psikhozakh [The defeat of platelet hemostasis in alcohol withdrawal syndrome and in acute alcoholic psychosis]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 1996; 4: 29–32 (in Russian).
 14. Bertola A., Park O., Gao B. Chronic plus binge ethanol feeding synergistically induces neutrophil infiltration and liver injury in mice: a critical role for E-selectin. *Hepatology*. 2013; 58(5): 1814–1823. <https://doi.org/10.1002/hep.26419>
 15. Kaku B., Mizumo S., Ohsato K. Plasma endothelin-1 elevation associated with alcohol – induced variant angina. *Jpn Circ J*. 1999; 63(7): 554–8. <https://doi.org/10.1253/jcj.63.554>
 16. Sacanella E., Estruch R., Badia E., Fernandez-Sola F., Nicolas J.M. Chronic alcohol consumption increases serum levels of circulating endothelial cell/leucocyte adhesion molecules E-selectin and ICAM-1. *Alcohol & Alcoholism*. 1999; 34(5): 678–684.
 17. Sakharov A.V., Golygina S.E., Tereshkov P.P. Dinamika nekotorykh pokazatelej ehndotelial'noj disfunktsii i nejromarkerov u bol'nykh alkogol'noj zavisimost'yu pri syndrome otmeny alkogolya, neoslozhnennom i oslozhnennom delirium [The dynamics of some indicators of endothelial dysfunction and neuromarkers in patients with alcohol dependence in alcohol withdrawal syndrome, uncomplicated and complicated by delirium]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2017; 10: 53–63 (in Russian).
 18. Maiorano G., Bartolomucci F., Contursi V. Noninvasive detection of vascular dysfunction in alcoholic patients. *Am. J. Hypertens*. 1999; 12(2): 137–144. DOI: 10.1016/S0895-7061(98)00173-3
 19. Puddey I.B., Zilkens R.R., Croft K.D., Beilin L.J. Alcohol and endothelial function: a brief review. *Clin. Exp. Pharmacol. Physiol*. 2001; 28: 1020–1024. <http://www.biomedsearch.com/nih/Alcohol-endothelial-function-brief-review/11903307.html>
 20. Brown S., Inskip H., Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br. Journal Psychiatry*. 2000; 177: 212–217. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11040880>
 21. Meyer J.M. Cardiovascular illness and hyperlipidemia in patients with schizophrenia. Medical illness and Schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Press. Inc. 2003; 53–80.
 22. Chen P.H., Tsai S.Y., Kuo C.J., Chung K.H., Huang S.H., Chen C.C. Physiological characteristics of patients with schizophrenia prematurely dying from circulatory diseases. *Asia Pac Psychiatry*. 2016; 8(3): 199–205. <https://doi.org/10.1111/appy.12207>
 23. Berrocal-Izquierdo N., Bioque M., Bernardo M. Is cerebrovascular disease a silent condition in patients with chronic schizophrenia-related disorders? *Int Clin. Psychopharmacol*. 2017; 32(2): 80–86. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000153
 24. Medved V., Kuzman M., Jovanovic N., Grubisin J., Kuzman T. Metabolic syndrome in female patients

- with schizophrenia treated with second generation antipsychotics: a 3-month follow-up. *Psychopharmacology*. 2008; 23(8): 915–922. <http://www.biomedsearch.com/nih/Metabolic-syndrome-in-female-patients/18635691.html>
25. Gorobets L.N., Bulanov V.S., Vasilenko L.M., Litvinov A.V., Ivanova G.P., Polyakovskaya T.P. Neurolepticheskie metabolicheskie narusheniya pri lechenii antipsikhoticheskimi sredstvami novogo pokoleniya [Neuroleptic metabolic disorders in the treatment with new generation antipsychotics]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014; 114(2): 59–68 (in Russian).
 26. Protopopova D., Masopust J., Malý R., Valis M., Dostalova G., Ranna K., Bažant J. Peripheral endothelial dysfunction as a marker of cardiovascular risk in physically healthy patients with schizophrenia and related psychoses: a matched case control study. *Neuro Endocrinol Lett*. 2014; 35(6): 503–509.
 27. Burghardt K., Grove T., Ellingrod V. Endothelial nitric oxide synthetase genetic variants, metabolic syndrome and endothelial function in schizophrenia. *J. Psychopharmacol*. 2014; 28(4): 349–356. doi: 10.1177/0269881113516200
 28. Vasil'eva A.I., Govorin N.V. Nejromarkery I pokazateli ehndotelial'noj disfunktsii u patsientov v klinike pervogo psikhoticheskogo ehpizoda [Neuro-markers and indicators of endothelial dysfunction in patients in the clinic of the first psychotic episode] [Electronic Resource]. *Zabajkal'skij meditsinskij vestnik – Trans-Baikal Medical Bulletin*. 2011; 1: 26–32/ Access Mode: <http://medacadem.chita.ru/zmv> (in Russian).
 29. Israel A.K., Seeck A., Boettger M.K., Rachow T., Berger S., Voss A., Bär K.J. Peripheral endothelial dysfunction in patients suffering from acute schizophrenia: a potential marker for cardiovascular morbidity? *Schizophr Res*. 2011; 128(1–3): 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.02.007>
 30. Lazernaya dopplerovskaya floumetriya mikrotsirkulyatsii krovi: rukovodstvo dlya vrachej [Laser Doppler flowmetry of microcirculation of blood: a guide for physicians]. A.I. Krupatkin, V.V. Sidorov, eds. Moscow: Medicine, 2005; 256 (in Russian).

Received January 28.2018

Accepted April 08.2019

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

Ozorin Alexander S. – PhD, Head of the Clinic of the First Psychotic Episode V.Kh. Kandinsky Territorial Clinical Psychiatric Hospital, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Chita State Medical Academy, Chita, Russian Federation.

Golygina Svetlana E. – Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology at the Chita State Medical Academy, Doctor of Trans-Baikal Regional Narcological Dispensary, Chita, Russian Federation.

✉ Sakharov Anatoly V., sawt@list.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.13-056.83:316.812.1-055.52-055.6:159.922.74

Для цитирования: Катан Е.А. Факторы нарушенных семейных взаимоотношений в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 22–31. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-22-31](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-22-31)

Факторы нарушенных семейных взаимоотношений в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных

Катан Е.А.

*Оренбургский государственный медицинский университет
Россия, 460000, Оренбург, ул. Советская, 6*

РЕЗЮМЕ

Изучение поведения, связанного с риском для здоровья, психических и физических заболеваний во взрослом возрасте в качестве отдаленных последствий эмоционального, физического, сексуального насилия в детстве или проживания в дисфункциональных семьях родителей/опекунов, является одной из значимых междисциплинарных проблем научных исследований в международном масштабе. **Цель:** изучение роли факторов, определяющих нарушенные семейные взаимоотношения в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных. **Материалы и методы.** Итоговая выборка (в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ») составила 402 наблюдения (304 мужчины и 98 женщин). В работе применен Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ). **Результаты.** Выделено 4 фактора неблагоприятного детского опыта, объясняющие 51,8% общей совокупной дисперсии. 1-й фактор «Жестокое обращение» отражает физическое (внутрисемейное) насилие ($r=0,951$), физическое (внутрисемейное) пренебрежение ($r=0,907$), эмоциональное (внутрисемейное) насилие ($r=0,759$), домашнее/партнерское насилие ($r=0,573$). 2-й фактор «Общественное насилие» (буллинг, издевательства) и физическое насилие (драки, избиение сверстниками, представителями силовых структур) интегрирован с эмоциональным (внутрисемейным) пренебрежением. 3-й фактор «Сексуальное насилие» связан с виктимизацией и предрасположенностью к сексуальному насилию в результате психологического (внутрисемейного) насилия. 4-й фактор «Семейная дисфункция» характеризуется тем, что наибольшая нагрузка легла на переменные F1 ($r=0,879$) и F2 ($r=0,860$), описывающие психические заболевания и употребление ПАВ членами семьи. Переменные F4 ($r=0,849$) и F5 ($r=0,828$) были связаны с разводом родителей, разлукой с родителями или смертью родителей, а также с их тюремным заключением. **Выводы.** Среди пациентов с расстройствами употребления ПАВ преобладают такие деструктивные семейные взаимоотношения, как эмоциональная депривация в отношении младших членов семьи, постоянные ссоры и конфликты между родителями, наличие негативного примера для детей в виде старших членов семьи – потребителей ПАВ. Предложено проводить ретроспективную диагностику детских психотравмирующих событий опосредованно, через выявление факторов нарушенных взаимоотношений в семьях родителей/опекунов наркологических пациентов.

Ключевые слова: неблагоприятный детский опыт, семейная дисфункция, пациенты, употребляющие психоактивные вещества.

ВВЕДЕНИЕ

Дисфункциональные семьи – это закрытые семейные системы, в которых присутствуют жесткие правила поведения и закрепленные роли за каждым членом семьи [2]. В таких семьях часто блокируются актуальные потребности членов семьи, имеющих самый низкий социальный статус (чаще всего это дети, подростки, пожилые люди). Субъективно значимые внутрисемейные формы психического воздействия нередко являются семейной психической травмой, приводящей к дезорганизации личностного реагирования, психическим, сома-

тическим расстройствам и поведенческим нарушениям. Асоциальные семьи, а также семьи с затяжными конфликтными отношениями – достаточно большая социальная группа в обществе с повышенным риском эмоционального отторжения детей, отсутствием у них условий для реализации жизненно важных потребностей в защите и уходе. Эти семьи относятся также к группе повышенного риска насилия в отношении детей, развития у детей стабильной социальной дезадаптации с высокой вероятностью формирования зависимости от психоактивных веществ.

В 80-х годах XX века Винсент Фелитти, директор Кайзеровского центра контроля и профилактики заболеваний (Сан-Диего, США) (далее Кайзеровский центр) обратил внимание на высокий отказ (около 50% участников) от дальнейшего участия в программе похудения именно тех клиентов, кто успешно терял лишний вес. При тактичном и детальном собеседовании (n=286) с покинувшими программу было выявлено, что пациенты неосознанно используют ожирение как форму защиты от нежелательного сексуального внимания или как щит от физического нападения. Кроме того, для этих пациентов была характерна высокая распространенность воспоминаний о перенесенном в детстве сексуальном или физическом насилии. В связи со свойственным тому времени общественным запретом на обсуждение сексуального насилия в детстве или детских суицидов это было неожиданно и потребовало качественных научных исследований [7].

Для подтверждения предположения о взаимосвязи детских психотравмирующих событий и здоровья взрослых был разработан опросник неблагоприятных событий детства (Adversive Childhood Exposure, ACE). Полученные результаты оказались беспрецедентными. Из 26 000 постоянных клиентов Кайзеровского центра 17 337 человек, обратившихся за всесторонним медицинским обследованием, имели опыт болезненных детских переживаний и воспитывались в условиях насилия (эмоциональное насилие – 10%, физическое насилие – 26%, сексуальное насилие – 21%) и пренебрежения (эмоциональное пренебрежение – 15%, пренебрежение физиологическими потребностями – 10%) или в условиях серьезных нарушений внутрисемейных отношений (партнерское насилие над матерью или сиблингами – 13%, психические расстройства членов семьи – 20%, развод или разлука с родителями – 24%, тюремное заключение родителей – 6%) [10]. Так же исследовательская группа установила, что указанные психотравмирующие факторы существовали в повседневной жизни ребенка. В последующем предложенная методика оценки неблагоприятных событий детства позволила исследователям структурировать весь спектр тяжелых и болезненных переживаний, связанных с детским возрастом, и определить три основных группы вредоносных факторов: злоупотребление, пренебрежение, внутрисемейная дисфункция. В целом был выделен неблагоприятный детский опыт (НДО) (Adversive Child-

hood Experience, ACE) как термин, описывающий все вышеперечисленные факторы детской психотравматизации [7, 12]. В опроснике была использована простая система подсчета баллов неблагоприятных событий детства (Adversive Childhood Exposure score, ACE-score), суммирующая каждый балл за указанное психотравмирующее обстоятельство. Результаты показали, что только 33% не указали неблагоприятных событий детства, 1 психотравмирующее событие было указано у 25% опрошенных, от 2 до 4 – у 25%, переживание 4 и более случаев психотравм вспомнили 17% респондентов [16]. Дальнейшие исследования обнаружили, что увеличение баллов оценки ACE-score повышает шансы употребления табака в 2 раза, приема алкоголя – в 7 раз, риска внутривенного использования наркотиков – в 10 раз, попыток совершить суициды – в 12 раз [15].

Тем не менее оценка детских переживаний только как неполных, конфликтных, диссоциированных, асоциальных явно недостаточна и ошибочна, потому что, во-первых, определенный уровень конфликтности является постоянным спутником межличностных отношений, так как бесконфликтных отношений нет. Во-вторых, существует достаточно примеров, когда длительные напряженные семейные конфликты не являлись причиной аффективно-личностных расстройств, не вызывали у несовершеннолетних членов семьи цепной реакции патологических изменений. Согласно концепции Дж. Белски (Belsky J., 2007), неблагоприятные последствия от перенесенных детских переживаний более вероятны, если существует наслаивающееся влияние следующих деструктивных факторов: психологические (психопатологические) особенности родителей (опекунов), деструктивная динамика семейных отношений и неблагоприятный характер семейного климата, негативное социальное окружение, некорректное отношение общества к фактам плохого обращения с ребенком [8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение роли факторов, определяющих дисфункциональные семейные взаимоотношения в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе Оренбургского областного клинического диспансера. Подбор больных осуществлялся из числа готовящихся к выписке пациентов при наличии информированного согласия о целях исследования.

Критериями включения в выборку являлось соответствие состояния пациентов диагностическим критериям МКБ-10: алкогольная зависимость: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (F10.2x) – 356 пациентов (87,0%); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости (F11.2x) – 28 (6,8%). Указанные химические зависимости сочетались с другими расстройствами: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов, синдром зависимости (F12.2x) – 68 респондентов (16,8%); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других психостимуляторов (F15.2x) – 47 (11,7%); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака, синдром зависимости (F17.2x) – 249 (61,9%); психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ (F19) – 8 (1,99%).

Общее число участников исследования составило 432 стационарных пациента, однако 30 пациентов по разным причинам не выполнили полный объем инструкций, поэтому в окончательном варианте итоговая выборка составила 402 наблюдения (304 мужчины и 98 женщин). В качестве оценочного инструмента насыщенности указанных переживаний применен Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ) [20].

Согласно положениям разработчиков (Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ), дизайн опросника неблагоприятного детского опыта предполагает перекрестное распределение вопросов на 13 категорий, имеющих непосредственное отношение к неблагоприятному детскому опыту: физическое насилие (A3, A4); эмоциональное насилие (A1, A2); сексуальное насилие (A5, A6, A7, A8); употребление ПАВ родителями и опекунами (F1); криминальное поведение родителей и опекунов (F3); хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей опекунов (F2); партнерское внутрисемейное/домашнее насилие (F6, F7, F8); развод, разлука, смерть родителей (F4, F5); эмоциональное пренебрежение (P1, P2); физическое пренебрежение/пренебрежение основными потребностями (P3, P4, P5); буллинг, издевательства со стороны сверстников (V1, V2, V3.); коллективное насилие (V4, V5, V6); общественное насилие (V7, V8, V9, V10).

Для статистического анализа, т.е. оценки стандартизированного веса регрессии категорий НДО (r) использована программа IBM SPSS-17.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В таблице 1 отражены результаты оценки насыщенности факторами неблагоприятного детского опыта (категорий пренебрежения/применения силы в семейных и социальных взаимоотношениях) в детстве у взрослых наркологических больных.

Т а б л и ц а 1

Интенсивность неблагоприятных событий детского возраста в выборке наркологических больных

Код вопроса	Категории ACE-IQ	Max*	Min**	Баллы ACE и ее категориальных шкал/стандартное отклонение		
				Мужчины	Женщины	Общая
A3 A4	Физическое насилие	1	4	3,94±1,19	3,74±1,09	3,84±0,01
A1 A2	Эмоциональное насилие	1	4	3,42±1,36	3,44±1,32	3,43±0,01
A4 A6 A7 A8	Сексуальное насилие	1	4	3,94±0,02	2,94±1,15	3,4±0,01
F1	Употребление ПАВ родителями/опекунами	1	2	1,63±0,35	1,42±0,02	1,52±0,18
F3	Горемное заключение родителей/опекунов	1	2	1,87±0,64	1,84±0,67	1,85±0,65
F2	Хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей/опекунов	1	2	1,81±0,76	1,83±0,78	1,82±0,77
F6 F7 F8	Материнское/родительское (партнерское) насилие	1	4	3,05±1,95	2,8±0,94	2,97±1,44
F4 F5	Разлука, развод между родителями	1	2	1,64±1,85	1,98±0,82	1,91±1,33
P1 P2	Эмоциональное пренебрежение	5	1	1,98±1,76	2,11±1,54	2,05±1,62
P3 P4 P5	Пренебрежение потребностями	1	4	3,42±1,68	3,44±0,87	3,43±1,28
V1 V3	Буллинг, издевательства	1	4	2,92±0,96	2,77±1,54	2,85±1,28
V4 V5 V6	Насилие в сообществе	1	4	3,24±0,88	3,66±1,1	3,45±0,91
V7 V8 V9 V10	Коллективное насилие	1	4	3,85±0,77	3,90±1,16	3,87±0,96

П р и м е ч а н и е . * – Максимальная выраженность в баллах наличия фактора НДО (много раз, всегда/имело наличие), ** – отсутствие воздействия фактора НДО (никогда/не было).

Наиболее часто респонденты указывали эмоциональное пренебрежение (включает в себя заметное невнимание к потребности ребенка в любви, отказ или непредставление необходимой психологической поддержки (пренебрежение – P1 и P2 – $2,05 \pm 1,62$; партнерское насилие среди родителей/опекунов – F6, F7 и F8 $2,97 \pm 1,44$). Насилие по отношению к матери происходит так же часто, как и насилие по отношению к братьям и сестрам. На самом деле, данный фактор, по-видимому, оказывает существенное влияние в отношении риска для развития экстерналиных и интерналиных расстройств. Издевательства со стороны сверстников, буллинг (V1 и V3 – $2,85 \pm 1,28$) является не менее распространенным фактором НДО. Опрошенными были отмечены и другие неблаго-

приятные обстоятельства детского периода жизни, связанные с употреблением ПАВ родителями/опекунами (F1 – $1,52 \pm 0,18$), их криминальным поведением (F3 – $1,85 \pm 0,65$), хроническими психическими заболеваниями домочадцев (F2 – $1,82 \pm 0,77$). Кроме того, указаны детские переживания, связанные с категориями «Насилие в сообществе» (V4, V5 и V6 – $3,45 \pm 0,91$) и «Коллективное насилие» (V7, V8, V9 и V10 – $3,87 \pm 0,96$). Сексуальное насилие (A3 и A4 – $3,84 \pm 0,01$) и физическое насилие (A4, A6, A7 и A8 – $3,4 \pm 0,01$) являлись наиболее тяжелыми травмами детского периода и были сочетаны. Однако именно эти две формы НДО были наиболее редко встречаемыми в отчетах испытуемых.

Таблица 2

Расчет отношения шансов формирования расстройств употребления ПАВ в связи с факторами НДО

Показатель	СН*	ФН*	ЭН*	ППР*	НСК*	ПП*	ОН*
Шанс найти фактор риска в основной группе	6,246	5,298	4,684	3,246	2,719	1,596	0,807
Шанс найти фактор риска в контрольной группе	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Отношение шансов (OR)	6,246	5,298	4,684	3,246	2,719	1,596	0,807
Стандартная ошибка отношения шансов (S)	0,159	0,161	0,162	0,167	0,170	0,183	0,210
Нижняя граница 95% ДИ (CI)	4,572	3,867	3,409	2,339	1,948	1,115	0,534
Верхняя граница 95% ДИ (CI)	8,532	7,260	6,436	4,503	3,796	2,286	1,219

Примечание. *СН – сексуальное насилие; *ФН – физическое насилие; *ЭН – эмоциональное насилие, в том числе партнерское внутрисемейное/домашнее насилие над матерью и сиблингами; *ППР – психопатологические состояния родителей/опекунов, в том числе употребление ПАВ родителями и опекунами, хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей и опекунов; *НСК – нарушенные семейные коммуникации (развод, разлука, смерть родителей, криминальное поведение родителей и опекунов с последующей тюремной изоляцией); *ПП – пренебрежение потребностями, в том числе эмоциональное пренебрежение, физическое пренебрежение; *ОН – общественное насилие со стороны сверстников, членов общины.

По сравнению с пациентами с благополучным периодом детства у пациентов, перенесших сексуальное насилие в раннем детстве, в 6,2 раза выше вероятность развития расстройств употребления ПАВ. У жертв физического насилия в 5,3 раза чаще в последующем могут возникнуть проблемы с алкоголем и наркотиками. У имевших опыт эмоционального насилия в 4,7 раза чаще вероятнее формирование зависимости от ПАВ. Кроме того, в 3,2 раза увеличивается риск указанных нарушений при наличии психических расстройств или зависимостей от ПАВ у родителей и опекунов. Вероятность употребления ПАВ возрастает в 1,6 раза при воспитании детей в условиях физического и эмоционального пренебрежения. Несмотря на распространённость прецедентов общественного насилия, его влияние на формирование расстройств употребления ПАВ оказалось статистически незначимым.

Регрессионный факторный анализ результатов оценки НДО среди наркологических больных позволил определить факторную структуру детских переживаний у респондентов, представленную в таблице 3.

Было выделено 4 фактора, объясняющие 51,8% общей совокупной дисперсии, содержащие 24 латентных переменных, представленные следующим образом. 1-й компонент интерпретируется как фактор «Жестокое обращение» (26,65% совокупной дисперсии). Наиболее высокие значения зарегистрированы в отношении переменных, отражающих физическое (внутрисемейное) насилие (A4 $r=0,951$, A3 $r=0,908$); физическое (внутрисемейное) пренебрежение (P5 $r=0,907$, P3 $r=0,867$), эмоциональное (внутрисемейное) насилие (A2 $r=0,759$, A1 $r=0,556$), домашнее/партнерское насилие (F8 $r=0,573$, F7 $r=0,449$).

Результаты регрессионного факторного анализа

Компонент	Фактор			
	Жестокое обращение	Общественное насилие	Сексуальное насилие	Семейная дисфункция
A4	0,951	-0,186	0,053	-0,234
A3	0,908	-0,178	-0,056	-0,200
P5	0,907	-0,070	0,013	-0,244
P3	0,867	-0,074	0,434	-0,200
A2	0,759	-0,196	0,485	-0,140
A1	0,556	-0,292	0,380	-0,327
F8	0,573	-0,198	0,430	-0,065
F7	0,449	-0,376	0,560	-0,303
V5	-0,150	0,906	0,042	-0,127
P2	0,095	-0,885	0,084	0,209
V4	-0,165	0,860	-0,136	-0,050
P1	-0,110	-0,684	0,217	0,386
V1	-0,103	0,544	0,282	-0,259
A7	0,105	-0,019	0,964	-0,217
A8	0,186	-0,120	0,868	-0,340
A6	-0,053	0,020	0,798	0,056
F6	0,263	-0,407	0,770	-0,468
A5	0,060	0,157	-0,658	-0,055
F2	0,222	0,192	0,239	-0,879
F1	0,039	0,128	0,269	-0,860
F4	0,325	0,033	0,071	-0,849
F5	0,309	0,214	0,009	-0,828
F3	0,036	0,294	0,369	-0,694
V7	0,079	0,020	-0,019	-0,157
V9	-0,149	0,055	0,258	-0,080
V2	0,131	0,261	0,054	0,024
V6	0,367	-0,066	-0,166	-0,100
V3	-0,326	0,012	-0,210	0,129
P4	0,307	0,159	0,297	-0,268
V8	-0,067	-0,043	0,010	0,179

2-й компонент был связан с фактором «Общественное насилие» (11,38% совокупной дисперсии) и включал ответы пациентов, связанные с эмоциональным (буллинг, издевательства) (микросоциальным) и физическим (микросоциальным) (драки, избивание сверстниками, представителями силовых структур) насилием. Логично появление в этом блоке переменных, связанных с эмоциональным (внутрисемейным) пренебрежением: P1 «Ваши родители разделяли ваши проблемы и переживания?» ($r=0,684$) и P2 «Ваши родители/опекуны владели реальной информацией о том, где вы проводите время, свободное от учебы или работы?» ($r=0,885$).

3-й компонент включал переменные, отражающие фактор «Сексуальное насилие» (9,78% совокупной дисперсии) A7, A8, A6. Выявление в этом блоке переменной F6 «Вы видели или слышали родителей/опекунов/домочадцев, которые кричали, проклинали, оскорбляли или

унижали вас?» ($r=0,770$), объясняется виктимизацией и предрасположенностью к сексуальному насилию как следствие психологического (внутрисемейного) насилия.

4-й фактор «Семейная дисфункция» включал переменные, определяющие нарушения внутрисемейного взаимодействия. Наибольшая нагрузка легла на переменные F1 ($r=0,879$) и F2 ($r=0,860$), описывающие психические заболевания и факты употребления ПАВ членами семьи. Переменные F4 ($r=0,849$) и F5 ($r=0,828$) были связаны с разводом родителей, разлукой с родителями или смертью родителей, так же как и их тюремным заключением.

ОБСУЖДЕНИЕ

Цель исследования состояла в том, чтобы определить опосредованность дисфункции в семьях родителей/опекунов между всем массивом неблагоприятных детских переживаний и употреблением ПАВ во взрослом возрасте.

Анализ полученных данных позволил выявить три категории нарушенных внутрисемейных взаимоотношений. К ним относятся нарушения эффективной и устойчивой коммуникации (психические заболевания, употребление ПАВ членами семьи, развод родителей, разлука с родителями, смерть одного или обоих родителей, их тюремное заключение; нарушения авторитетного руководства и поддержки со стороны родителей (эмоциональное насилие и эмоциональное пренебрежение, партнерское насилие между родителями/опекунами). Перечисленные факторы предполагают роли и обязанности родителей, которые не могут быть делегированы подрастающему поколению. Наличие указанных категорий неблагоприятного детского опыта способствует виктимизации и последующей подверженности жестокому обращению.

Выявленное в настоящем исследовании сильное влияние факторов среды воспитания наркологических пациентов, имевших неблагоприятный детский опыт, согласуется с результатами исследований De Rick [14], определившим, что низкий уровень эмоциональных взаимоотношений с родителями и отсутствие эмоциональной близости являются предиктором хронического эмоционального дистресса у лиц, имеющих проблемы с употреблением ПАВ. Показано, что холодные взаимоотношения в семье взаимосвязаны с трудностями вербализации и анализа эмоциональных изменений, что совпадает с выводами G. Loas [18] о том, что отсутствие возможности пациентов, употребляющих ПАВ, обрабатывать информацию аналитическим путем приводит к отсутствию у них в дальнейшем социальной уверенности, подкрепляемой эмоциональной неуверенностью в себе и, как следствие, к развитию зависимого поведения. Низкий уровень эмоционального участия родителей в процессе воспитания или, наоборот, высокие, но формальные требования к соблюдению строгой дисциплины predisполагают к заключению о формировании экстернального мышления, проявляющегося значительной привязанностью к внешней реальности, но при этом влияние интроспективного познания значительно снижается, формируя недостаточный уровень прагматического мышления [11].

Третья группа факторов непосредственно является травмирующей и связана с применением открытой силы против ребенка (физическое пренебрежение, физическое и сексуальное со стороны родителей/опекунов насилие).

Данные результаты согласуются с многочисленными исследованиями, доказавшими прочные связи между воздействием жестокого обращения в детстве, посттравматическим расстройством и дисрегуляцией эмоций, нарушением способности к регулированию эмоциональных конфликтов в результате развития «fear structures» – патологической когнитивной структуры, насыщенной эмоцией страха, приводящей к восприятию доброкачественных стимулов как угрожающих. Трудности регуляции эмоций могут функционировать как механизм, связывающий предшествующие в детском возрасте травмирующие переживания и последующее употребление ПАВ. Отсутствие эффективной стратегии регуляции эмоций, нарушения обработки эмоциональных сигналов у перенесших жестокое обращение и получающих лечение в связи с проблемным употреблением ПАВ увеличивают риск развития экстернальных расстройств поведения, в том числе антисоциальное поведение и паранойю. Для таких лиц характерно нежелание принимать помощь, что делает их более уязвимыми к рецидивам. Увеличен риск для интернальных проблем, особенно депрессии и тревоги [13].

В основе подверженности к психическим нарушениям и злоупотреблению ПАВ у детей, рожденных в семьях индивидов с алкогольной или наркотической зависимостью, лежит двойной механизм: с одной стороны, определенную роль играет наследственный фактор, а именно генетическая трансмиссия predisположения к аддиктивным расстройствам, с другой – пристрастие к ПАВ у родителей порождает либо усугубляет насилие в семье, что закономерно ухудшает психическое здоровье ребенка [4].

В целом исследовательская литература, объединяющая проблемы жестокого обращения с детьми и последующего употребления ПАВ, с одной стороны, и проблемы употребления психоактивных веществ родителями и виктимизации потомства, с другой стороны, рассматривает гипотезу «intergenerational continuity» как возможный путь внутрисемейной преемственности поколений. Согласно этому положению, жестокое обращение родителей с детьми повышает риск последующих проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, которые затем, по мере того, как перенесшие насилие в детстве сами становятся родителями, повышают риск жестокого обращения и безнадзорности для их собственных детей [8, 10].

С другой стороны, более недавние исследования показывают, что ранний жизненный стресс также может вызвать изменения на клеточном уровне в виде ускоренного сокращения теломеры, что способствует быстрому старению клеток, их отмиранию или приобретению свойств злокачественной опухоли. Длина теломер была значительно короче у детей с высоким риском неблагоприятного детского опыта, находящихся в учреждениях социальной защиты по сравнению с детьми из группы низкого риска, находящихся в семье. Кроме того, родительская отзывчивость смягчила связь между ранними невзгодами и длиной теломеры, при этом более высокая эмпатийность родителей прогнозирует более длинные теломеры только среди детей высокого риска. Совместно рассматриваемые, эти результаты подтверждают критическую роль высококачественного родительского поведения в изменении биологического воздействия стресса ранней жизни [9, 19].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Доказанная взаимосвязь последствий неблагоприятного детского опыта с употреблением психоактивных веществ во взрослом возрасте [4, 5, 6, 7] предполагает необходимость обязательного исследования этой части жизни наркологических пациентов. Однако, несмотря на высокую чувствительность и информативность в отношении выявления массива НДО факторов физического, сексуального насилия, в связи с их особым значением для опрашиваемых, определяющимся болезненным погружением в воспоминания и опасением предполагаемых последствий раскрытия, делает для респондента вопросы об этом нежелательными, тем самым снижая эффективность скрининга неблагоприятного детского опыта. В связи с этим целесообразно проводить ретроспективную диагностику детских психотравмирующих событий опосредованно, т.е. через выявление факторов нарушенных взаимоотношений в семьях родителей/опекунов наркологических пациентов. Подтверждение сведений анамнеза о неблагоприятном детском травматическом опыте с последующей целевой коррекцией проблем дисрегуляции эмоций может являться эффективным дополнением к терапевтическим и профилактическим мероприятиям у пациентов, употребляющих ПАВ или находящихся в группе риска употребления.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор подтверждает отсутствие финансирования и спонсорской поддержки при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета ГАУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер» № 1/2017 от 4 октября 2017 г., на базе которого проведено исследование).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметова Э.А. Дисгармоничная семья как фактор формирования зависимости к новым синтетическим «дизайнерским» наркотикам. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2017; 12, 1(67): 15–20.
2. Семья как объект антинаркотической профилактической работы / под ред. проф. В.Н. Вострокнутова. М.: Министерство Образования РФ, 2002: 398.
3. Кибитов А.О. Семейная отягощенность по наркологическим заболеваниям: биологические, генетические и клинические характеристики. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 25(1): 98–104.
4. Портнова А.А., Сиволап Ю.П. Злоупотребление психоактивными веществами: связь с травмами детского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017; 117(4): 92–95. doi: 10.17116/jnevro20171174192-95
5. Цымбал Е.И. Жестокое обращение с детьми: причины, проявления, последствия. Издание второе исправленное и дополненное. М.: РБФ НАН, 2010: 286.
6. Ярцева Е.В., Гречаная Т.Б., Корчагина Г.А., Исаев Р.Н. Распространенность неблагоприятного детского опыта у реабилитантов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2018; 7(31–45).
7. Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Child Maltreatment Violence Prevention Injury Center CDC [Electronic Resource]. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/> (Дата обращения 23.09.2017)
8. Appleyard K., Berlin L.J., Rosanbalm K.D. Preventing Early Child Maltreatment: Implications from a Longitudinal Study of Maternal Abuse History, Substance Use Problems, and Offspring Victimization. *Prevention science*. *Society for Prevention Research*. 2011; 12(2): 139–149. <https://doi.org/10.1007/s11121-010-0193-2>
9. Asok A., Bernard K., Roth T.L., Rosen J.B., Dozier M. Parental Responsiveness Moderates the Association Between Early-life Stress and Reduced Telomere Length. *Development and Psychopathology*. 2013; 25 (3): 577–585. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000011>

10. Belsky J., Bakermans-Kranenburg M., Van Ijzendoorn M. For Better and for Worse: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Current directions in psychological science*. 2007; 12(6): 300–304. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00525.x
11. Barahmand U., Khazae A., Hashjin G.S. Emotion Dysregulation Mediates Between Childhood Emotional Abuse and Motives for Substance Use. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30 (6): 653–659. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.007>
12. Bethell C.D., Carle A., Hudziak J., Gombojav N., Powers K., Wade R., Braveman P. Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. *Acad. Psychiatr*. 2017; 17: S51–S69. doi: 10.1016/j.acap.2017.04.161
13. Curran E., Adamson G., Stringer M. Severity of mental illness as a result of multiple childhood adversities: US National Epidemiologic Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 1(5): 647–57. DOI: 10.1007/s00127-016-1198-3
14. De Rick A., Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*. 2006; 31(7): 1265–1270. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.010>
15. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Chapman D.P., Williamson D.F., Giles W.H. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001. 286: 3089–3096. doi.org/10.1001/jama.286.24.3089
16. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4): 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
17. Loas G., Otmani O., Lecercle C., Jouvent R. Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*. 2000; 96 (1): 63–74. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00189-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00189-X)
18. Powers A., Etkin A., Gyurak A., Bradley B., Jovanovic T. Associations Between Childhood Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and implicit Emotion Regulation Deficits: Evidence From a Low-Income Inner City Population. *Psychiatry*. 2015; 78 (3): 251–264. doi:10.1080/00332747.2015.1069656
19. Price L.H., Kao H.-T., Burgers D.E., Carpenter L.L., Tyrka A.R. Telomeres and Early-Life Stress: An Overview. *Biological Psychiatry*. 2013; 73(1): 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.025>
20. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [website]: Geneva: WHO, 2018. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experience

Поступила в редакцию 28.01.2019
Утверждена к печати 8.04.2019

Катан Евгения Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии Оренбургского государственного медицинского института.

✉ Катан Евгения Александровна, k_psynark_fkp@orgma.ru

УДК 616.89-008.441.13-056.83:316.812.1-055.52-055.6:159.922.74

For citation: Katan E.A. Factors of dysfunctional family interrelations in the structure of adverse childhood experience in substance addicted patients. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 22–31. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-22-31](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-22-31)

Factors of dysfunctional family interrelations in the structure of adverse childhood experience in substance addicted patients

Katan E.A.

Orenburg State Medical University
Sovetskaya Street 6, 460000, Orenburg, Russian Federation

ABSTRACT

The factor structure of adverse childhood events in substance addicted patients was studied. Three categories of dysfunctional family relationships were identified: ineffective and unsustainable communication (mental illness and substance use by family members, divorce of parents, separation from parents or death of one/both parents, as well as their imprisonment; non-authoritative guidance and lack of support from parents (emotional abuse and emotional neglect, partner violence between parents/guardians); the use of open force against the child or the use of his feebleness (physical neglect, physical and sexual (by parents/guardians) abuse). It was suggested to carry out retrospective diag-

nostics of children's traumatic events indirectly, through identification of factors of the dysfunctional family of parents/guardians of substance addicted patients.

Keywords: adverse childhood experience, dysfunctional family, substance addicted patients.

REFERENCES

1. Akhmetova E.A. Disgarmnichnaya sem'ya kak faktor formirovaniya zavisimosti k novym sinteticheskim «dizajnerskim» narkotikam» [Importance of Family Issues as a Factor Contributing to Development of Addiction to New “Designer” Drugs]. *Meditsinskij vestnik Bashkortostana – Medical Bulletin of Bashkortostan*. 2017; 12, 1(67): 15–20 (in Russian).
2. Sem'ya kak ob'ekt antinarkoticheskoy profilakticheskoy raboty / pod redakciej professora V.N. Vostroknutova [Family as the object of anti-drug preventive work]. V.N. Vostroknutov, ed. Moscow: Ministry of Education, 2002: 398 (in Russian).
3. Kibitov A.O. Semejnaya otyagoshchennost' po narkologicheskim zabolevaniyam: biologicheskie, geneticheskie i klinicheskie karakteristiki [Familial Vulnerability for Addictions: Biological, Genetic and Clinical Characteristics]. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2015; 25(1): 98–104 (in Russian).
4. Portnova A.A. Sivolap Yu.P. Zloupotreblenie psihoaktivnymi veshchestvami: svyaz' s travmami detskogo vozrasta [Substance abuse: a relationship with childhood traumas]. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017; 117(4): 92–95 doi: 10.17116/jnevro20171174192-95 (in Russian).
5. Cymbal E.I. Zhestokoe obrashchenie s det'mi: prichiny, proyavleniya, posledstviya. Izdanie vtoroe ispravlennoe i dopolnennoe [Child abuse: causes, manifestations, consequences. 2nd edition corrected and supplemented]. Moscow, 2010: 286 (in Russian).
6. Yarceva E.V., Grechanaya T.B., Korchagina G.A., Isaev R.N. Rasprostranennost' neblagopriyatnogo detskogo opyta u reabilitantov s rasstrojstvami, svyazannymi s upotrebleniem psihoaktivnyh veshchestv [Prevalence of Adverse Childhood Experiences among Clients of Drug Rehab Centers with Substance Use Disorders]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2018; 7(31–45).
7. Adverse Childhood Experiences (ACE) Study Child Maltreatment Violence Prevention Injury Center CDC [Electronic Resource]. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/> (Date of Access 23.09.2017)
8. Appleyard K., Berlin L.J., Rosanbalm K.D. Preventing Early Child Maltreatment: Implications from a Longitudinal Study of Maternal Abuse History, Substance Use Problems, and Offspring Victimization. *Prevention science. Society for Prevention Research*. 2011; 12(2): 139–149. <https://doi:10.1007/s11121-010-0193-2>
9. Asok A., Bernard K., Roth T.L., Rosen J.B., Dozier M. Parental Responsiveness Moderates the Association Between Early-life Stress and Reduced Telomere Length. *Development and Psychopathology*. 2013; 25 (3): 577–585. <https://doi:10.1017/S0954579413000011>
10. Belsky J., Bakermans-Kranenburg M., Van Ijzendoorn M. For Better and For Worse: Differential Susceptibility to Environmental Influences. *Current directions in psychological science*. 2007; 12(6): 300–304. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00525.x
11. Barahmand U., Khazaei A., Hashjin G.S. Emotion Dysregulation Mediates Between Childhood Emotional Abuse and Motives for Substance Use. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016; 30 (6): 653–659. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.007>
12. Bethell C.D., Carle A., Hudziak J., Gombojav N., Powers K., Wade R., Braveman P. Methods to Assess Adverse Childhood Experiences of Children and Families: Toward Approaches to Promote Child Well-being in Policy and Practice. *Acad. Psychiatr*. 2017; 17: S51–S69. doi: 10.1016/j.acap.2017.04.161
13. Curran E., Adamson G., Stringer M. Severity of mental illness as a result of multiple childhood adversities: US National Epidemiologic Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 1(5): 647–57. DOI: 10.1007/s00127-016-1198-3
14. De Rick A., Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*. 2006; 31(7): 1265–1270. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.010>
15. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Chapman D.P., Williamson D.F., Giles W.H. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001. 286, 3089–3096. doi.org/10.1001/jama.286.24.3089
16. Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 14(4): 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
17. Loas G., Otmani O., Lecercle C., Jouvent R. Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*. 2000; 96 (1): 63–74. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(00\)00189-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00189-X)
18. Powers A., Etkin A., Gyurak A., Bradley B., Jovanovic T. Associations Between Childhood Abuse,

- Posttraumatic Stress Disorder, and implicit Emotion Regulation Deficits: Evidence From a Low-Income Inner City Population. *Psychiatry*. 2015; 78 (3): 251–264. doi:10.1080/00332747.2015.1069656
19. Price L.H., Kao H.-T., Burgers D.E., Carpenter L.L., Tyrka A.R. Telomeres and Early-Life Stress: An Overview. *Biological Psychiatry*. 2013; 73(1): 15–23. <https://doi:10.1016/j.biopsych.2012.06.025>
20. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [website]: Geneva: WHO, 2018. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_expe

Received January 28.2018

Accepted April 08.2019

Katan Evgenia A., PhD, Associate Professor of Psychiatry and Narcology Department of Orenburg State Medical Institute, University, Orenburg, Russian Federation.

✉ Katan Evgenia A., k_psynark_fkp@orgma.ru

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.444-9:343.615.1:178.8:616.89-008.441.44-053.6

Для цитирования: Григорьева А.А. Характеристика подростков с риском самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 32–40. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-32-40](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-32-40)

Характеристика подростков с риском самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ

Григорьева А.А.

*Национальный научный центр наркологии – Филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России
Россия, 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23*

РЕЗЮМЕ

В статье представлены эпидемиологические данные, отражающие значимость проблемы аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте. Рассматриваются основные характеристики самоповреждающего поведения подростков, связанного с употреблением психоактивных веществ, полученные по результатам эмпирического исследования, проводившегося в общеобразовательных школах Московской области. **Цель** проводимого исследования – выявление и характеристика групп риска подростков с аутоагрессивным поведением. В исследовании участвовали 2 085 учащихся в возрасте от 10 до 18 лет. На основании данных однофакторного и многофакторного дисперсионного анализа получены значимые различия в характеристиках аутоагрессивного поведения подростков разных возрастных групп. На основании статистических данных выделены гендерные особенности разных видов аутоагрессивного поведения подростков. Показано, что риск употребления психоактивных веществ, а также проявление интереса и/или осведомленности подростков в данной теме сочетаются с увеличением рисков самоповреждающего и суицидального поведения. Были выявлены группы подростков с рисками самоповреждающего, суицидального поведения и употребления психоактивных веществ. Показаны различия в семейном анамнезе подростков групп риска. В каждой пятой семье у подростков групп риска присутствовали разные виды аутоагрессивного поведения, среди которых суицидальное поведение, употребление алкоголя и наркотических веществ. Выявлена роль алкоголя как фактора самоповреждающего и суицидального поведения подростков. Показана значимая роль употребления психоактивных веществ как среди самих подростков, так и среди их родителей, что статистически значимо отличает их от группы нормы.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, аутоагрессивное поведение, употребление психоактивных веществ, подростки, суицидальный риск, гендерные особенности, возрастные особенности.

ВВЕДЕНИЕ

Подростковый возраст наиболее чувствителен к формированию различных форм аутоагрессии, к которым относятся самоповреждающее (суицидальное и несуйцидальное) поведение, употребление психоактивных веществ, рискованное поведение. Наиболее социально значимыми с учетом распространенности и прогностической ценности являются проблемы самоповреждающего поведения (СПП) и употребления психоактивных веществ (ПАВ). При этом последняя может выступать как в качестве варианта аутоагрессивного поведения, так и самостоятельной наркологической проблемы [1, 2]. По данным ряда исследований, СПП и употребление ПАВ имеют общие патогенетические и патопсихологические механизмы, что делает актуальным их совместное изучение [3, 4, 5, 6].

Об уязвимости именно подросткового возраста свидетельствует частота встречаемости СПП, составляющая, по данным разных источников, 8,8–16,6%, что в несколько раз превышает показатели у взрослых (1–4%) [7, 8]. Наряду с этим процент подростков (11–24 года), употребляющих ПАВ, составляет: 68,1% – употребляют алкоголь и курят, 13,3% – употребляют наркотики [9, 10]. Если для возраста 13 лет употребление ПАВ не превышает 7–14%, то к 16 годам достигает уже 24–41% [11].

При этом среди подростков с СПП процент употребляющих ПАВ в 4 раза превышает популяционные показатели [12]. Подростки, употребляющие ПАВ, имеют повышенный риск СПП, при этом показано, что чем раньше начинается употребление веществ, тем выше этот риск [13].

Описывается, что помимо возрастной специфики выбор вида аутоагрессивного поведения обусловлен гендерными особенностями [14, 15, 16, 17]. Сообщается, что для мальчиков специфичным выбором являются самоожоги, «сковыривание болячек», для девочек – расцарапывание кожи, выдергивание волос [18]. Известно также, что в возрасте 14–15 лет суицидальное поведение (СЦП) как у девушек, так и юношей проявляется с одинаковой частотой. В то же время после 15 лет преобладает доля суицидальных попыток среди девушек [19, 20]. По данным зарубежных исследований, девочки сообщают о большем употреблении алкоголя, чем мальчики, и о более высоких показателях курения сигарет, при этом мальчики употребляют больше марихуаны в сравнении с девочками [11]. Приводимые эпидемиологические показатели определяют целесообразность и значимость исследования гендерных и возрастных особенностей самоповреждающего поведения и персонализированного подбора интервенций, направленных на профилактику с учетом специфики пола и возраста подростков групп риска.

Отсутствие комплексных психопрофилактических программ, направленных на выявление и снижение процента лиц с аутоагрессивными тенденциями, связано с рядом трудностей. Первая из которых – многофакторность причин, приводящих к появлению аутоагрессивного поведения, среди них выделяют макро- и микросоциальное окружение, наличие психопатологической симптоматики как у самих подростков, так и у их родителей. Другой проблемой является подростковый возраст, с точки зрения выраженности патохарактерологических проявлений (протестное поведение, аффективная неустойчивость и т.д.) ограничивающий выбор скрининговых методик и видов профилактических воздействий. Третья сложность заключается в отсутствии достаточного количества эмпирических, популяционных исследований с привлечением больших выборок обследованных [6, 21] при одновременно большом количестве научных данных, собранных на клиническом материале.

Проведенное собственное исследование на базе общеобразовательных школ Московской области позволило выявить подростков группы риска с аутоагрессивным поведением, включая самоповреждающее (суицидальное и несуйцидальное) поведение и употребление ПАВ.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление дифференцированных групп риска подростков с самоповреждающим и суицидальным поведением, связанным с употреблением ПАВ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2018 по 2019 г. обследовано 2 025 подростков – учащихся 25 общеобразовательных школ в возрасте от 10 до 18 лет (6–11-й классы), среди них 1 010 мальчиков, 967 девочек, 48 человек пол не указали. Обследование проходило анонимно. Подросткам предлагалось самостоятельно ответить на вопросы трех психометрических опросников.

Методика модификации тела и самоповреждения [18]. Анкета предназначена для выявления отношения к модификациям тела (татуировки, шрамирование, пирсинг) и самоповреждениям (повреждение тканей тела, суицидальные попытки, употребление ПАВ).

Опросник для определения риска суицида «Суицидальная личность-19». Данная методика констатирует начальный уровень склонности личности к суициду на момент обследования. Используется анкета, включающая социально-демографические данные по параметрам: «возраст», «пол», «семейное положение», «количество человек в семье», «вероисповедание», «собственная/съемная квартира», «отдельная комната», «проживание с прародителями», «материальное положение», «случаи суицидов в семье», «злоупотребление алкоголем», «злоупотребление наркотиками», «случаи насилия в семье», «частота конфликтов в семье».

«Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ». Позволяет выявить интерес (пассивный и активный), отношение (тревожное, положительное, отрицательное) и осведомленность в теме ПАВ. Метод разработан специалистами НМИЦПН им. В.П. Сербского на основе качественного анализа описаний подростками опыта употребления ПАВ.

Для статистической обработки эмпирических данных использовали программу SPSS-17, непараметрический критерий Краскела–Уоллиса, однофакторный и многофакторный дисперсионный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Социально-демографические характеристики общей выборки

Средний возраст обследуемых подростков составил 14 ± 4 года. Среднее количество членов семьи, в которых проживают подростки, – 4 человека. Среди всех обследуемых ($n=2\,025$) преобладали подростки из полных семей (71%), 26% – из неполных, 3% – данные о семье не указали. Аутоагрессивное и агрессивное поведение среди членов семьи выявлено в 23,85%

случаев, из них 348 (76%) – семьи, где родители употребляют алкоголь, 28 (13%) случаев – употребляют наркотики, 46 (10%) – случаи суицида среди родителей, 61 (13%) – случаи насилия в семье. По вероисповеданию получено следующее распределение: 1229 – православие, 52 – ислам, католицизм – 3, иудаизм – 4, иная вера – 86 человек. Не указали отношения к какой-либо религиозной конфессии 398 человек. Уровень дохода на одного человека в месяц составил: менее 10 000 рублей – 586 человек, от 10 000 до 20 000 рублей – 889 человек, более 20 000 рублей – 342 человека. Проживают в стесненных жилищных условиях, в одной комнате с родителями или прародителями – 446 человек, 1 544 подростка имеют отдельную комнату, 35 человек данные не предоставили.

Возрастные и гендерные различия проявлений у подростков самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ

Анализ полученных данных на общей выборке подростков (n=2 025) в возрастном аспекте позволил выявить различия в группах подростков 10–11, 12–15 и 16–18 лет по проявлениям аутоагрессивного поведения. По сравнению с двумя другими группами для подростков 10–11 лет характерны высокие значения переменных, отражающих уровень тревожного (p=0,000) и отрицательного (p=0,045) отношения к ПАВ. Для несовершеннолетних 12–15 лет свойственны высокие показатели риска суицида (p=0,002), при этом в группах 10–11 и 12–15 лет выявлены схожие показатели позитивного отношения к модификациям. Группа подростков 16–18 лет отличается высокими значениями позитивного отношения к модификациям тела (p=0,002), активного интереса к ПАВ (p=0,000), при этом высокой осведомленностью о ПАВ (p=0,000), готовностью к пробе ПАВ (p=0,000), интересом к наркотикам (p=0,000) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Возрастные различия в проявлениях риска самоповреждающего, суицидального поведения и употребления ПАВ у подростков*

Вид аутоагрессивного поведения	Подростки 10–11 лет	Подростки 12–15 лет	Подростки 16–17 лет	p
Позитивное отношение к самоповреждению	34,4	41	44,5	p=0,000
Суицидальный риск	1,78	2,86	2,42	p=0,000
Интерес к ПАВ	6,03	7,96	10,22	p=0,000
Употребление ПАВ (алкоголь)	3,1	17,1	35	p=0,000
Употребление ПАВ (табак)	3,1	4,5	10,4	p=0,000

П р и м е ч а н и е. * – Непараметрический критерий Краскела–Уоллиса и однофакторный дисперсионный анализ (%).

Анализ гендерных особенностей показал, что на протяжении всех возрастных периодов отмечаются значимые гендерные различия, проявляющиеся в повышенном интересе девочек к употреблению ПАВ (p=0,000). Сходную динамику можно наблюдать и в случае с СПП, при котором девочки обнаруживают наибольшую заинтересованность и позитивное отношение к модификациям тела. Положительное отношение и интерес к СПП повышается в 16–

18 лет в обеих гендерных группах (p=0,002), но наиболее выражен у девочек в сопоставлении с мальчиками (p=0,001). Суицидальный риск у девочек также наиболее выражен по сравнению с мальчиками, наибольшие значения отмечаются в возрасте 12–15 лет (3,29; p=0,001). В группе девушек 16–18 лет показатель суицидального риска снижается (3,0; p=0,001), в то время как у мальчиков, напротив, возрастает (табл.2).

Т а б л и ц а 2

Гендерные особенности самоповреждающего поведения и употребления ПАВ у подростков

Вид самоповреждающего поведения	p	Возраст юношей, лет			Возраст девушек, лет		
		10–11	12–15	16–18	10–11	12–15	16–18
СЦП	0,012	1,31	2,49	1,59	2,25	3,29	3,03
СПП. Позитивное отношение	0,001	0,81	0,86	0,94	1,18	1,16	1,48
СПП	0,010	2,43	3,18	2,97	2,87	3,95	4,34
ПАВ. Активный интерес	0,000	2	3,03	4,30	3,81	4,55	5,55

Особенности подростков группы риска с самоповреждающим поведением и употреблением психоактивных веществ

Общая выборка делилась на контрольную группу и группы риска в соответствии с преобладающим видом аутоагрессивного поведения.

Для формирования контрольной группы и групп риска отбирались значения по выборке обследуемых с использованием верхнего квартиля (процентили свыше и ниже 75%) по шкалам Экспресс-теста ПАВ «Активный интерес к ПАВ», «Положительное отношение к ПАВ», итоговый балл по тесту «Суицидальная личность-19», а также положительные и отрицательные ответы на вопросы Методики модификации тела и самоповреждения: «Вы курите?», «Иногда Вы употребляете алкогольные напитки?», «Пробовали ли Вы наркотические вещества?»), а также вопросы относительно самостоятельного нанесения модификаций тела.

Респонденты, не набравшие баллов ни по одному из вопросов, касающихся СПП или употребления ПАВ (по методу Н.А. Польской [2007]), а также получившие результаты ниже 75

квартилей по тестам СЛ-19 и «Экспресс-тест ПАВ» составили группу контроля (553 человека). Подростки, набравшие свыше 75 квартилей (СЛ-19 и «Экспресс-тест ПАВ»), а также давшие положительные ответы на вопросы, касающиеся СПП и употребления ПАВ (по методу Н.А. Польской), были включены в группы риска: «подростки с суицидальным поведением» (130 человек), «подростки с самоповреждающим поведением» (142 человека), «подростки с употреблением ПАВ» (159 человек). Несмотря на выделение групп по преобладающим признакам, каждая из них включает в себя другие виды аутоагрессивного поведения. Мономодальные виды аутоагрессивного поведения, не пересекающиеся с другими видами, выявлены в незначительном числе случаев. Критерии распределения по группам представлены в таблице 3.

Т а б л и ц а 3

Критерии групп риска у подростков

Группа риска	Методы	Кол-во чел
СПП	Методика модификации тела (МТ) и самоповреждения: Наличие единичного положительного ответа на вопрос относительно МТ (+). Наличие более двух видов МТ, наносимых самостоятельно	142
СЦП	1) «Суицидальная личность-19»: Процентили свыше 75% итогового балла по тесту. 2) Методика модификации тела и самоповреждения: Положительный ответ на вопрос «Были ли в Вашей жизни ситуации, когда Вы собирались «свести счеты с жизнью»	130
ПАВ	1) «Экспресс-тест ПАВ»: процентили свыше 75% по шкалам «Активный интерес к ПАВ», «Положительное отношение к ПАВ». 2) Методика модификации тела и самоповреждения: положительный ответ на вопросы: «Вы курите?», «Иногда Вы употребляете алкогольные напитки?», «Пробовали ли Вы наркотические вещества?»	159

В среднем процент групп риска от общей выборки составил 7% по каждому виду аутоагрессивного поведения. Контрольная группа, не включающая ни один из показателей групп риска, составила 553 человека. В группу контроля были включены преимущественно мальчики. Средний возраст группы составил 14 лет. Подростки данной группы преимущественно имеют полные семьи, хорошие жилищные условия, низкий уровень конфликтов в семье.

Анамнестические данные семей подростков, попавших в группы риска, так же имеют отличия (табл. 4).

Группа подростков с рисками употребления ПАВ оказалась самой многочисленной. Средний возраст подростков данной группы выше, чем в других, и составляет 15 лет. Подростки данной группы характеризуются низким количеством конфликтов в семье, низким показателем семейного насилия и употребления родителями ПАВ (по сравнению с другими группами

риска). В семьях подростков с рисками употребления ПАВ отмечен только один факт суицида среди родителей. Уровень дохода семей так же выше, чем в других группах.

Группа подростков с рисками СПП отличается ростом показателей употребления алкоголя в семье, количеством случаев насилия и суицида среди родственников, повышенной конфликтностью в семьях по сравнению с другими группами.

Самые неблагоприятные социально-демографические характеристики обнаружены в группе риска детей с суицидальными интенциями. Данную группу преимущественно составляют девочки (72%). Средний возраст группы риска 14 лет. В семьях отмечается наиболее высокий показатель по употреблению ПАВ, в особенности алкоголя (39%), по сравнению с другими группами. Отмечается высокий процент случаев насилия в семье (14,6%). Процент семей со случаями суицида в семей-

ном анамнезе у подростков с высоким суицидальным риском составил 9,2%. Обнаружены плохие жилищные условия у подростков: лишь

менее половины из них имеют собственную комнату.

Т а б л и ц а 4

Социодемографические характеристики подростков группы риска

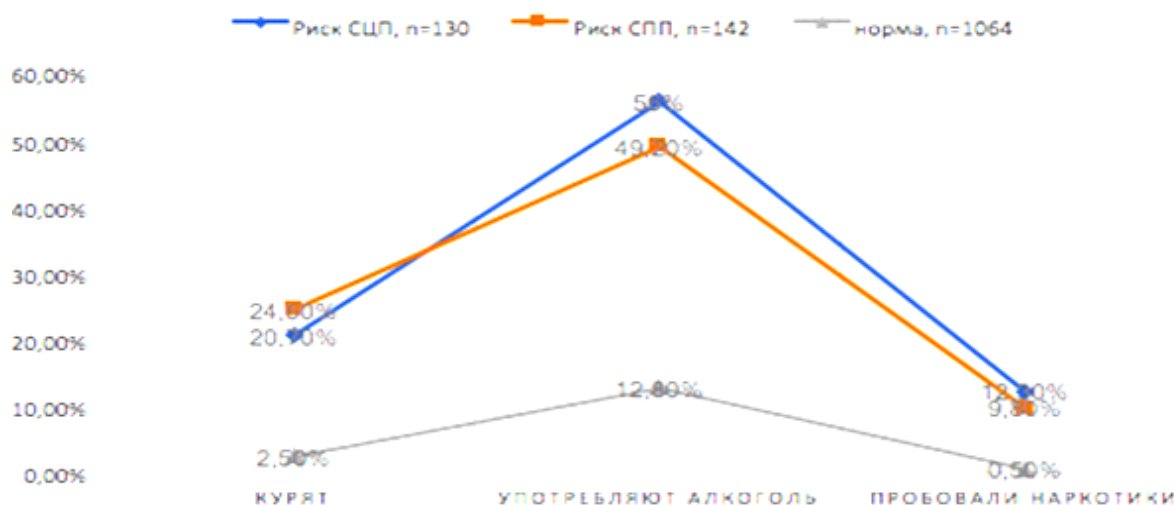
Социодемографическая характеристика подростков	СЦП (n=130)	СПП (n=142)	ПАВ (n=159)	Норма (n=553)
Средний возраст	14,3	14,7	15,3	14±3
Мальчики	28% (37)	35% (51)	32% (51)	63% (351)
Девочки	72% (94)	63% (90)	67% (107)	35% (194)
Отдельная комната (есть/нет)	45%/25% (59/33)	69%/28% (98/41)	73%/26% (117/42)	80%/18%(444/102)
Полная семья	60% (79)	63% (90)	63% (99)	77% (428)
Неполная семья	38% (50)	33% (48)	34% (55)	21% (117)
Уровень дохода в месяц на 1 человека: ≤10 тысяч/10–20 тысяч/≥20 тысяч	30%/46%/15% (40/60/20)	29%/45%/19% (42/64/27)	27%/49%/15% 44/79/24	29%/45%/15% 162/250/85
Верят в бога	44,60% (58)	52%(74)	57,20% (91)	79% (441)
Случаи суицида в семье	9,20% (12)	9,10% (13)	1% (3)	0,50% (3)
Употребление алкоголя в семье	39% (51)	26% (37)	17,60% (55)	8,40% (47)
Употребление наркотиков в семье	6,90% (9)	5,60% (8)	1,80% (10)	0,50% (3)
Насилие в семье	14,60% (19)	6,30% (9)	2,50% (11)	0,70% (4)
Конфликты 3–5 раз в неделю	27% (35)	35,20% (50)	6,90% (5)	2,50% (14)

Интересный факт получен в сравнении анкетных данных подростков групп риска при ответе на вопрос «Верите ли Вы в Бога?». Выявлены различия в выраженности фактора «вера в бога» в разных группах: в группе контроля наибольшая доля подростков (79%) дает положительный ответ («Да, верю»); в группе с суицидальными рисками, напротив, наименьшее количество (44,5%).

Все три группы риска (СПП, ПАВ, СЦП) отличаются рядом общих характеристик: в группах преобладают девочки, 1/3 семей имеют не-

полный состав, всем семьям свойствен отягощенный аутоагрессивными видами поведения анамнез, зарегистрирован высокий процент семей, в которых родители подростков употребляют алкоголь.

Употребление ПАВ рассматривалось нами не только как самостоятельная характеристика группы риска подростков с аутоагрессивным поведением, но и как самостоятельный тип поведения, сопровождающий самоповреждающее, суицидальное и нормативное поведение.



Р и с у н о к 1. Структура потребления ПАВ подростками групп риска СПП и СЦП по сравнению с нормой

В общей выборке (n=2 025) обследованных была определена структура потребителей ПАВ, ее составили: 118 подростков, использующих табакокурение, 419 употребляющих алкоголь, 48 пробовавших наркотики. Структура потребления ПАВ выделена также в двух группах риска: с самоповреждающим поведением и суицидальным поведением. Из числа опрошенных подростков группы риска самоповреждающего поведения ответили, что курят – 35 человек, употребляют алкоголь – 70, пробовали наркотические вещества – 14. В группе подростков с суицидальным риском 27 человек дали ответ, что курят, 73 употребляют алкоголь, 16 отмечают употребление наркотиков (рис. 1).

У детей групп риска СПП и СЦП по сравнению с группой «нормы» (в которой не выявлено рисков самоповреждения и суицида) следует отметить значительное повышение интереса ко всем психоактивным веществам: табак, алкоголь, наркотики. И в группе подростков с суицидальным риском, и в группе с риском самоповреждения распределение по видам психоактивных веществ оказалось аналогичным, с выраженным преобладанием употребления алкоголя. Как в одной, так и в другой группе риска употребление алкоголя отмечает половина респондентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проявления аутоагрессивного поведения у подростков отличаются полиморфным характером. Об этом свидетельствуют высокие показатели употребления ПАВ, а также выраженный интерес и осведомленность в данной тематике, сочетающиеся с увеличением рисков прямого самоповреждающего и суицидального поведения. Активный интерес и компетентность в тематике употребления психоактивных веществ возрастает с 10 до 18 лет. Немаловажную роль играет так же и такой фактор, как аутоагрессивное поведение родителей подростков. Специфика групп риска во многом связана с возрастными и гендерными особенностями.

Риски проявления разных видов аутоагрессивного поведения в возрастные периоды 10–11, 12–15 и 16–18 лет у девочек отличаются. Склонность к самоповреждению тела, так же как и к употреблению психоактивных веществ, у девочек более выражена, чем у мальчиков. Девочки с наибольшей вероятностью попадают в группу риска развития разных видов аутоагрессивного поведения.

Среди подростков групп риска с СПП и СЦП отмечается значимая роль употребления ПАВ как среди самих подростков, так и среди их родителей, что статистически значимо отличает их от группы нормы. Подростки с суицидальными интенциями отличаются отягощенным аутоагрессивными фактами семейным анамнезом и снижением проективного нравственно-духовного фактора. Употребление ПАВ родителями подростков выступает в роли наиболее выраженного внешнего фактора, характеризующего группу риска.

Прямые аутоагрессивные интенции среди подростков подготавливаются как внутри семьи в рамках косвенного самоповреждающего поведения родителей, проявляющегося в употреблении психоактивных веществ, так и подкрепляются аутоагрессивным выбором подростков, выражающимся в употреблении психоактивных веществ. Наиболее значимую роль в структуре наркопотребления играет алкоголь, выступая как значимая характеристика не только для родителей, но и для самих подростков группы риска с самоповреждающим и суицидальным поведением.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор подтверждает отсутствие финансирования и спонсорской поддержки при проведении исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева А.А., Бульгина В.Г., Афонина Ю.С. Взаимосвязь самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ подростками (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 4 (101): 98–104. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4\(101\)-98-104](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4(101)-98-104)
2. Григорьева А.А., Корчагина Г.А. Суицидальное поведение, спровоцированное употреблением психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2017; 6: 53–55.
3. Moran P., Coffey C., Romaniuk H., Degenhardt L., Borschmann R., Patton G.C. Substance use in adulthood following adolescent self-harm: a population-based cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2015; 131(1): 61–68. <https://doi.org/10.1111/acps.12306>
4. Шустов Д.И. Аутоагрессия и самоубийство при алкогольной зависимости: клиника и психотерапия. СПб.: СпецЛит, 2016: 207.
5. Kaminer Y. et al. (ed.). Youth substance disorders. Washington (D.C.): American Psychiatric Pub, 2015: 133.

6. Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 44(3): 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
7. Hilt L.M., Hilt L.M., Nock M.K., Lloyd-Richardson E.E., Prinstein M.J. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*. 2008; 28(3): 455–469. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0272431608316604>
8. Nock M.K., Joiner Jr.T.E., Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.J. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*. 2006; 144(1): 65–72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010
9. Дроздецкая И.А. Результаты исследования по выявлению уровня девиаций среди младших подростков общеобразовательных школ. *Вестник Томского государственного педагогического университета*. 2011; 10(112): 157–161.
10. Федорова Н.Н., Болотников И.Ю. Эпидемиологическое исследование вредных привычек у студенческой молодежи. *Вестник Астраханского государственного технического университета*. 2007; 1(36): 200–202. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskoe-issledovanie-vrednyh-privyчек-u-studencheskoymolodezhi> (дата обращения: 18.03.2019).
11. Mason M., Mennis J., Way T. et al. Young adolescents' perceived activity space risk, peer networks, and substance use. *Health & Place*. 2015; 34(July): 143–149. DOI: 10.1016/j.healthplace.2015.04.005
12. Moran P., Coffey C., Romaniuk H., Degenhardt L., Borschmann R., Patton G.C. Substance use in adulthood following adolescent self-harm: a population-based cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015; 131(1): 61–68. <https://doi.org/10.1111/acps.12306>
13. Kaminer Y. et al. (ed.). *Youth substance disorders*. Washington (D.C.): American Psychiatric Pub, 2015: 133.
14. Yang X., Feldman M.W. A reversed gender pattern? A meta-analysis of gender differences in the prevalence of non-suicidal self-injurious behaviour among Chinese adolescents. *BMC Public Health*. 2018; 18 (1): 66. DOI: 10.1186/s12889-017-4614-z
15. Gratz K.L., Chapman A.L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*. 2007; 8: 1–14.
16. Bresin K., Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2015; 38: 55–64. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.009
17. Sornberger M.J., Heath N.L., Toste J., McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012. 42 (3): 266–278. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x
18. Польская Н.А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии: дис. ... д-ра психол. наук. М., 2017: 423.
19. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. СПб.: СпецЛит, 2017: 366.
20. Усачева Е.М., Страхов С.И., Долгинов Д.М., Суходолова Г.Н., Шпрехер Б.Л. Социально-психологические аспекты самоотравлений бензодиазепинами у подростков. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2004; 6: 72–73.
21. Whitlock J., Wyman P.A., Moore S.R. Connectedness and suicide prevention in adolescents: pathways and implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014; 44(3): 246–272 DOI: 10.1111/sltb.12071

Поступила в редакцию 01.02.2019

Утверждена к печати 8.04.2019

Григорьева Александрина Андреевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отделения организации профилактической помощи в наркологии (SPIN-код 5868-9127, Researcher ID U-7400-2018, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5204-4887>).

✉ Григорьева Александрина Андреевна, alexandrina_gr@mail.ru

УДК 616.89-008.444-9:343.615.1:178.8:616.89-008.441.44-053.6

For citation: Grigorieva A.A. Characteristics of adolescents with risk of self-harm behavior and substance use. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 32–40. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-32-40](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-32-40)

Characteristics of adolescents with risk of self-harm behavior and substance use

Grigorieva A.A.

*Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Psychiatry named after V.P. Serbsky"
Ministry of Health of the Russian Federation
Kropotkinsky Lane 23, 119034, Moscow, Russian Federation*

ABSTRACT

The article presents epidemiological data reflecting the importance of the problem of autoaggressive behavior in adolescence. The main characteristics of self-injurious behavior of adolescents associated with the use of psychoactive substances obtained from empirical research conducted in secondary schools of the Moscow Region are considered. The aim of the study is to identify and characterize risk groups of adolescents with autoaggressive behavior. The study involved 2,085 students aged 10 to 18 years. On the basis of the data of univariate and multivariate analysis of variance significant differences in the characteristics of autoaggressive behavior of adolescents of different age groups were obtained. On the basis of statistical data gender characteristics of different types of self-injurious behavior in adolescents were distinguished. It was shown that risk of using psychoactive substances, as well as the manifestation of interest and/or awareness of adolescents in this topic were combined with an increase in the risks of self-injurious and suicidal behavior. Groups with risks of self-injurious, suicidal behaviour and substance use were identified. Differences in family history of adolescents at risk were shown. In every fifth family, adolescents at risk had different types of autoaggressive behavior, including: suicidal behavior, alcohol and drug use. The role of alcohol as a factor of self-injurious and suicidal behavior of adolescents was revealed. The significant role of use of psychoactive substances both among adolescents and among their parents was shown, which statistically significantly distinguished them from the norm group.

Keywords: self-injurious behavior, autoaggressive behavior, substance use, adolescents, suicidal risk, gender features, age features.

REFERENCES

1. Grigorieva A.A., Bulygina V.G., Afonina Yu.S. Vzaimosvyaz' samopovrezhdayushchego povedeniya i upotrebleniya psihoaktivnykh veshchestv podrostkami (literaturnyj obzor) [The relationship between self-harming behavior and substance use in adolescents (literature review)]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 4 (101): 98–104 [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4\(101\)-98-104](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4(101)-98-104) (in Russian).
2. Grigorieva A.A., Korchagina G.A. Suicidal'noe povedenie, sprovocirovannoe upotrebleniem psihoaktivnykh veshchestv [Suicidal behavior provoked by the use of psychoactive substances]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2017; 6: 53–55 (in Russian).
3. Moran P., Coffey C., Romaniuk H., Degenhardt L., Borschmann R., Patton G.C. Substance use in adulthood following adolescent self-harm: a population-based cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2015; 131(1): 61–68. <https://doi.org/10.1111/acps.12306>
4. Shustov D.I. Autoagressiya i samoubijstvo pri alkogol'noj zavisimosti: klinika i psihoterapiya. [Autoaggression and suicide in alcohol addiction: clinic and psychotherapy]. Saint-Petersburg: SpecLit, 2016: 207 (in Russian).
5. Kaminer Y. et al. (ed.). Youth substance disorders. Washington (D.C.): American Psychiatric Pub, 2015: 133.
6. Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 44(3): 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
7. Hilt L.M., Hilt L.M., Nock M.K., Lloyd-Richardson E.E., Prinstein M.J. Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*. 2008; 28(3): 455–469. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0272431608316604>
8. Nock M.K., Joiner Jr.T.E., Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.J. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*. 2006; 144(1): 65–72. [doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010)
9. Drozdetskaya I.A. Rezul'taty issledovaniya po vyyavleniyu urovnya deviacij sredi mladshih podrostkov obshcheobrazovatel'nykh shkol [The results of the study to identify the level of deviations among younger adolescents of secondary schools]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogi-*

- cheskogo universiteta – Bulletin of Tomsk State Pedagogical University*. 2011; 10(112): 157–161 (in Russian).
10. Fedorova N.N., Bolotnikov I.Yu. Epidemiologicheskoe issledovanie vrednyh privyчек u studentcheskoj molodezhi [Epidemiological study of bad habits among students]. *Vestnik Astrahanskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta – Bulletin of Astrakhan State Technical University*. 2007; 1(36): 200–202. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epidemiologicheskoe-issledovanie-vrednyh-privyчек-u-studentcheskoj-molodezhi> (date of treatment: 18.03.2019) (in Russian).
 11. Mason M., Mennis J., Way T. et al. Young adolescents' perceived activity space risk, peer networks, and substance use. *Health & Place*. 2015; 34(July): 143–149. DOI: 10.1016/j.healthplace.2015.04.005
 12. Moran P., Coffey C., Romaniuk H., Degenhardt L., Borschmann R., Patton G.C. Substance use in adulthood following adolescent self-harm: a population-based cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2015; 131(1): 61–68. <https://doi.org/10.1111/acps.12306>
 13. Kaminer Y. et al. (ed.). Youth substance disorders. Washington (D.C.): American Psychiatric Pub, 2015: 133.
 14. Yang X., Feldman M.W. A reversed gender pattern? A meta-analysis of gender differences in the prevalence of non-suicidal self-injurious behaviour among Chinese adolescents. *BMC Public Health*. 2018; 18 (1): 66. DOI: 10.1186/s12889-017-4614-z
 15. Gratz K.L., Chapman A.L. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*. 2007; 8: 1–14.
 16. Bresin K., Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2015; 38: 55–64. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.009
 17. Sornberger M.J., Heath N.L., Toste J., McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012. 42 (3): 266–278. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x
 18. Pol'skaya N.A. Fenomenologiya i funkcii samopovrezhdayushchego povedeniya pri normativnom i narushennom psihicheskom razvitii: dis. ... d-ra psihol. nauk [Phenomenology and function self-injuring behavior under normal and disturbed psychological development: thesis ... doctor of psychology]. Moscow, 2017: 423 (in Russian).
 19. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Suicidal'noe povedenie u podrostkov [Suicidal behavior in adolescents]. Saint-Petersburg: SpecLit, 2017: 366 (in Russian).
 20. Usacheva E.M., Strahov S.I., Dolginov D.M., Suhodolova G.N., Shprekher B.L. Social'no-psihologicheskie aspekty samootravlenij benzodiazepinami u podrostkov [Socio-psychological aspects of self-poisoning with benzodiazepines in adolescents]. *Pediatriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo. Pediatrics – Journal named after G.N. Speransky*. 2004; 6: 72–73 (in Russian).
 21. Whitlock J., Wyman P.A., Moore S.R. Connectedness and suicide prevention in adolescents: pathways and implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2014; 44(3): 246–272 DOI: 10.1111/sltb.12071

Received February 01.2019

Accepted April 08.2019

Grigorieva Alexandrina A., candidate of psychological sciences, senior researcher of the Department of Organization of Preventive Care in Narcology, National Research Center of Narcology-branch of “National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation (SPIN-code 5868-9127, Researcher ID U-7400-2018, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5204-4887>).

✉ Grigorieva Alexandrina A., alexandrina_gr@mail.ru

УДК 616.895:616.891.4:616.89-008.441.41-053.6:364.786

Для цитирования: Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В. Дифференцированные программы реабилитации подростков с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 41–46. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-41-46](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-41-46)

Дифференцированные программы реабилитации подростков с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением

Коломыцев Д.Ю., Дроздовский Ю.В.

Омский государственный медицинский университет
Россия, 644001, Омск, ул. Ленина, 12

РЕЗЮМЕ

Совершенствование терапевтических подходов к проблеме суицидального поведения подростков подразумевает исследование модифицируемых факторов риска, к которым, в частности, относятся особенности мышления подростков в рамках переживаемого кризисного состояния. Исследование особенностей кризисного мышления может иметь значение для эффективной психотерапии суицидального поведения, что снижает суицидальный риск в будущем. **Целью исследования** явилась разработка методов реабилитации и психопрофилактических мероприятий на основе оценки особенностей кризисного мышления подростков с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением. **Результаты.** Были исследованы 122 подростка с различными вариантами суицидального поведения, они были разделены на 3 клинические группы: с депрессивным эпизодом (n=26), с реакциями на стресс и нарушениями адаптации (n=64), с формирующимися личностными расстройствами (n=32). Были изучены клиничко-динамические особенности пограничных психических расстройств и суицидального поведения, а также особенности кризисного мышления: когнитивные искажения и метапрограммы сферы суицидогенного конфликта, а также мотивы и личностный смысл суицидального поведения. Суицидальное поведение отличалось своеобразием в клинических группах: было тесно связано с депрессивным синдромом у подростков с депрессивным эпизодом, с острыми психическими травмами по механизмам личностной уязвимости у подростков с реакциями на стресс и нарушениями адаптации, с патохарактерологическим стереотипом реагирования у подростков с формирующимися расстройствами личности. Характеристики кризисного мышления подростков, такие как «эмоциональная отстраненность», «когнитивная слабость», «внимание к недостаткам, цинизм» и «решительность», оказались связанными со степенью тяжести суицидального поведения. В результате были разработаны комплексные дифференцированные программы реабилитации, включающие психофармакологические и психотерапевтические мероприятия, учитывающие когнитивное своеобразие кризисных переживаний подростков, которые показали высокую эффективность в плане снижения суицидального риска.

Ключевые слова: суицидальное поведение, подростки, когнитивные искажения, метапрограммы, пограничные психические расстройства.

ВВЕДЕНИЕ

Повторное суицидальное поведение является наиболее значимым фактором риска завершённого суицида в будущем [1]. При этом после 17–18 лет суицидальные попытки чаще всего являются повторными [2], что позволяет говорить о формировании стереотипа кризисного реагирования и суицидального поведения в подростковом возрасте, а также остро ставит проблему качественного и наиболее полного оказания помощи подросткам с различными формами суицидального поведения.

Следует отметить, что с целью совершенствования терапевтических подходов к суицидальному поведению наиболее оправданным видится исследование модифицируемых факторов риска [3], к которым относятся, в частности, особенности мышления в рамках пережи-

вания кризисного состояния. В связи с тем, что в происхождении суицидального поведения важнейшую роль играет развитие суицидогенного конфликта [4], исследование когнитивной составляющей кризисного реагирования подростков представляется перспективным для понимания динамики суицидального поведения и разработки на этой основе психотерапевтических подходов. Особенности кризисного мышления подростков могут быть рассмотрены как про- и антисуицидальные факторы, поскольку существенно меняют восприятие и переживание суицидогенного конфликта, приводя к различным способам совладания со стрессом [5].

На сегодняшний момент исследователями разработаны различные эффективные лечебно-реабилитационные меры, направленные на оказание помощи при суицидальном поведении,

включающие психофармакологические, психотерапевтические и психосоциальные воздействия [6]. Наиболее целесообразным при этом представляется комплексный и дифференцированный подход, основанный на учете разнообразия клиники суицидального поведения, личностных особенностей суицидента и других факторов [7]. Центральное место в лечебно-реабилитационных мероприятиях при суицидальном поведении занимает краткосрочная кризисная психотерапия, разработан и внедрен в практику протокол когнитивно-поведенческой психотерапии суицидального поведения [8, 9]. Современные подходы к кризисной психотерапии также предполагают и полимодальный подход [10]. Существенной задачей психотерапии является не только помощь в рамках преодоления текущего кризиса, но и предотвращение суицидального поведения в будущем [11], что особенно актуально у подростков. Известно, что успешная психотерапия, проводимая в детском и подростковом возрастах, способствует в будущем снижению суицидального риска [12].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка методов реабилитации и профилактических мероприятий на основе оценки особенностей кризисного мышления подростков с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследовано 122 подростка с пограничными психическими расстройствами, которые были разделены на 3 клинические группы, исходя из предполагаемых механизмов психогенеза суицидального поведения: с депрессивным эпизодом (ДЭ) (n=26), с реакциями на стресс и нарушениями адаптации (РСНА) (n=64), с формирующими личностными расстройствами (ФЛР) (n=32). Обследованные подростки обнаруживали внутренние и внешние формы суицидального поведения (суицидальные мысли, суицидальные замыслы и намерения, совершенная суицидальная попытка). Подростки с демонстративно-шантажным поведением и намерениями не отделялись от подростков с истинным суицидальным поведением в связи с условностью данных категорий для подростков и наличием кризисных переживаний в обоих случаях.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический и методы когнитивно-поведенческой психотерапии и нейролингвистического программирования для исследования когнитивного своеобразия сферы суицидогенного конфликта у подростков.

Полученные данные были обработаны с помощью статистических методов (непараметрические критерии для сравнения связанных и несвязанных выборок, факторный анализ). Все приведенные результаты базируются на обнаруженных статистически значимых закономерностях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нами проведено исследование клинико-динамических закономерностей пограничных психических расстройств у подростков. В результате обнаружено, что для подростков с депрессивным эпизодом существенную роль играли хронические психические травмы, а суицидальное поведение отличалось постепенным развитием и было тесно связано с динамикой депрессивного синдрома. Для подростков с реакциями на стресс и нарушениями адаптации первоочередную роль играли острые психические травмы, которые находили яркое выражение в клинике психических расстройств, а также тесной связи суицидального поведения в первую очередь с характером психической травмы. У большинства подростков данной группы психические расстройства не достигали степени развернутых психопатологических синдромов, при этом суицидальное поведение отличалось относительно быстрым развитием (часы-дни) и отражало срыв адаптационных возможностей личности, в том числе и по механизмам личностной уязвимости, в рамках актуальной психотравмирующей ситуации. Для подростков с формирующимися расстройствами личности была характерна длительная динамика патохарактерологических расстройств с постепенным их становлением под влиянием конституционально-биологических, экзогенно-органических и социально-психологических факторов. Суицидальное поведение у данных подростков в первую очередь было обусловлено патохарактерологическим стереотипом реагирования, носило преимущественно шантажно-демонстративный характер, характеризовалось относительно быстрой динамикой и сопровождалось осознанием собственных мотивов и целей.

Нами были изучены характеристики кризисного мышления подростков: когнитивные искажения и метапрограммы сферы суицидогенного конфликта, а также мотивы и личностный смысл суицидального поведения. Все изученные характеристики кризисного мышления сводились к 8 стратегиям, которые были выделены нами на основании факторного анализа.

Была обнаружена связь между степенью тяжести суицидального поведения и выраженностью 4 когнитивных стратегий. Когнитивной стратегией, носящей антисуицидальный характер, явилась «эмоциональная отстраненность», которая была связана с возможностью внутренне отстраняться от ситуации, не входить в конфликт, не преувеличивать последствия событий, способностью подростка анализировать мотивы других людей, не вовлекаясь эмоционально в их переживания. Просуицидальной когнитивной стратегией на этапе формирования суицидальных тенденций явилась «когнитивная слабость», которая была связана со склонностью к бездоказательным суждениям, мышлению без оценки контекста ситуации. Просуицидальными когнитивными стратегиями на этапе реализации суицидальных намерений выступали «недостатки, цинизм» (склонность выделять в первую очередь недостатки, сохранять дистанцию с другими людьми со стремлением «читать» их мотивы, построение доводов на основании деталей вне контекста, общие негативные ожидания) и «решительность» (склонность опираться на собственное мнение при принятии решений, наличие в целом оптимистических ожиданий, способность вступать в конфликт).

На основании изученных нами клинико-динамических закономерностей пограничных психических расстройств и суицидального поведения у обследованных подростков, а также особенностей их кризисного мышления были разработаны комплексные дифференцированные программы реабилитации. Выделение особенностей кризисного мышления позволяло дифференцированно использовать психотерапевтические методы, выявлять и обозначать мишени для терапии.

Следует отметить, что при относительно высоком суицидальном риске в рамках комплексной психореабилитации требовалось проведение кризисной психотерапии в соответствии с протоколом когнитивно-поведенческой терапии суицидального поведения вне зависимости от диагноза психического расстройства. По миновании кризисного этапа психотерапевтическое вмешательство было ориентировано на индивидуально-психологическую основу пограничных психических расстройств (психические травмы, внутриличностные конфликты) и на восстановление социальной адаптации, активацию защитно-ресурсного потенциала личности.

Коррекция стратегий кризисного мышления обследованных подростков реализовывалась за счет комплексного применения техник когнитивно-поведенческой психотерапии (коррекция когнитивных искажений, дезадаптивных когнитивных схем и убеждений) и нейролингвистического программирования (расширение динамического диапазона метапрограмм за счет применения широкого ряда технологий). Применение данных методов позволяло влиять на индивидуально-личностные факторы динамики суицидального поведения и психологические факторы патогенеза пограничных психических расстройств. В частности на такую когнитивную стратегию, как «эмоциональная отстраненность», была направлена техника визуально-кинестетической диссоциации при работе с психотравмирующим опытом, а также трехпозиционное восприятие конфликтных ситуаций, на стратегии «когнитивная слабость», «недостатки, цинизм» – работа с когнитивными искажениями и убеждениями методами когнитивно-поведенческой терапии.

Программа реабилитации подростков с депрессивным эпизодом включала в себя назначение антидепрессантов (при тщательном мониторинге суицидального риска) и преимущественно методов когнитивно-поведенческой терапии. Основной мишенью являлась когнитивная депрессивная триада и «автоматические» мысли, связанные с чувством безнадежности. При уменьшении клинических проявлений депрессивного синдрома использовались и психотерапевтические методы, обращенные на дезактуализацию психотравмирующего опыта, разрешение внутриличностных конфликтов. После окончания программы назначалось профилактическое лечение антидепрессантами сроком до 12 месяцев.

Программа реабилитации подростков с реакциями на стресс и нарушениями адаптации подразумевала ведущую роль психотерапии. Основную роль играли методы, направленные на дезактуализацию психических травм, внутриличностных конфликтов, развитие навыков саморегуляции и коммуникации. Психофармакологические средства использовались как вспомогательная мера на кризисном и основном этапах реабилитации, на заключительном этапе происходила их отмена.

Программа реабилитации, разработанная для подростков с формирующимися расстройствами личности, включала назначение патогенетической психофармакотерапии на длитель-

ный срок в комплексе с психотерапевтическими мероприятиями. Психотерапия преследовала главную цель – изменение когнитивных схем, характерных для того или иного расстройства личности, обучение навыкам саморегуляции, дезактуализацию психотравмирующего опыта.

В отношении всех подростков с актуальным суицидогенным конфликтом в ходе реабилитации была проведена оценка суицидального риска, в том числе с использованием клинического интервью и шкалы безнадежности Бека (Beck Hopelessness Inventory).

Т а б л и ц а 1

Динамика показателей шкалы безнадежности Бека у подростков с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением

Диагноз	Шкала безнадежности Бека (начало терапии)	Шкала безнадежности Бека (конец терапии)	Критерий Вилкоксона, Z	Значимость, p
Депрессивный эпизод	13,79±2,62	7,36±2,85	-3,829	<0,001
Реакции на стресс и нарушения адаптации	9,93±2,98	5,41±1,96	-5,721	<0,001
Формирующиеся расстройства личности	9,33±3,03	7,73±2,46	-2,379	0,02

В таблице 1 представлена динамика показателей шкалы безнадежности в процессе реабилитации у подростков всех клинических групп. Согласно критерию Вилкоксона для сравнения связанных выборок были обнаружены статистически значимые различия, что говорит об эффективности реабилитации в плане снижения суицидального риска у подростков с пограничными психическими расстройствами и суицидальным поведением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексные реабилитационные мероприятия, разработанные нами на основе клинико-психопатологического подхода, учитывающие патогенез и динамику пограничных психических расстройств у подростков, а также специфику их кризисного мышления, показали положительные результаты. В ходе проведенного исследования была определена роль стратегий кризисного мышления как фактора динамики суицидального поведения у подростков с пограничными психическими расстройствами в условиях сложного взаимовлияния суицидогенных факторов. На основании полученных результатов могут применяться научно обоснованные дифференцированные меры персонализированной психореабилитации, учитывающие своеобразие кризисного мышления лиц подросткового возраста.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы подтверждают отсутствие финансирования и спонсорской поддержки при проведении данного исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Clarke M.C., Coughlan H., Harley M., Connor D., Power E., Lynch F., Fitzpatrick C., Cannon M. The impact of adolescent cannabis use, mood disorder and lack of education on attempted suicide in young adulthood. *World Psychiatry*. 2014; 13 (3): 322–4. Doi: 10.1002/wps.20170
2. Goldston D.B., Daniel S.S., Erkanli A., Heilbron N., Doyle O., Weller B., Sapyta J. Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: evidence of escalation. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2015; 83(2): 253–64. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038657>
3. Carter G., Milner A., McGill K., Pirkis J. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *British Journal of Psychiatry*. 2017. 210(6): 387–395; <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980: 61.
5. Крюкова Т.Л. Когнитивная психология совладания с одиночеством. *Вестник Костромского государственного университета*. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2013; 19(2): 93–97.
6. Wasserman D., Rihmer Z., Rujesku D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., Zalsman G., Zemishlany Z., Carli V. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicidal treatment and prevention. *European Psychiatry*. 2012. 27(2): 129–141. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003
7. Положий Б.С., Панченко Е.А., Григорьева М.В. Дифференцированные подходы к психотерапии

- лиц, совершивших покушение на самоубийство. *Психическое здоровье*. 2014; 7: 32–36.
8. Wenzel A., Jager-Hyman S. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. *The Behavior Therapist*. 2012; 35(7): 121–130.
 9. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington: American Psychological Association, 2009: 377.
 10. Меринов А.В., Федотов И.А., Куликов С.О. Сравнение методов психотерапевтического лечения аутоагрессивного поведения (обзор литературы). *Академический журнал Западной Сибири*. 2015; 11, 2(57): 128–132.
 11. Холмогорова А.Б. Суицидальное поведение: теоретическая модель и практика помощи в когнитивно-бихевиоральной терапии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2016; 24 (3): 144–163. Doi: 10.17759/cpp.20162403009
 12. Wolk C.B., Kendall Ph.C., Beidas R.C. Cognitive-behavioral therapy for child anxiety confers long-term protection from suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015; 54(3): 175–179. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.004>

Поступила в редакцию 04.02.2019
Утверждена к печати 8.04.2019

Коломыцев Дмитрий Юрьевич – ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (SPIN-код: 2454-7852. Researcher ID: Q-7409-2018. ORCID iD: 0000-0002-9330-4438)

Дроздовский Юрий Викентьевич – профессор, доктор медицинских наук; заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ.

✉ Коломыцев Дмитрий Юрьевич, d.kolomytsev@icloud.com
Дроздовский Юрий Викентьевич, jwdrozd@mail.ru

УДК 616.895:616.891.4:616.89-008.441.41-053.6:364.786

For citation: Kolomytsev D.Yu., Drozdovsky Yu.V. Differentiated rehabilitation programs for adolescents with borderline mental disorders and suicidal behavior. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 41–46. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-41-46](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-41-46)

Differentiated rehabilitation programs for adolescents with borderline mental disorders and suicidal behavior

Kolomytsev D.Yu., Drozdovsky Yu.V.

*Omsk State Medical University
Lenin Street 12, 644001, Omsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Improving therapeutic approaches to the problem of suicidal behavior of adolescents involves the study of modifiable risk factors, which include, in particular, the specificity of adolescent thinking in crisis state. Investigating the characteristics of crisis thinking may be important for effective psychotherapy of suicidal behavior, which reduces suicidal risk in the future. The aim of the study was to develop methods of rehabilitation and preventive measures based on an assessment of the characteristics of crisis thinking of adolescents with borderline mental disorders and suicidal behavior. 122 adolescents with various suicidal behaviors were studied, they were divided into 3 clinical groups: with a depressive episode (n=26), with stress reactions and adjustment disorders (n=64), with emerging personality disorders (n=32). The clinical and dynamic features of borderline disorders and suicidal behavior were studied, as well as features of crisis thinking: cognitive distortions and meta-programs of suicidal conflict, as well as motives and personal meaning of suicidal behavior. Suicidal behavior was specific in clinical groups: it was closely associated with depressive syndrome in adolescents with a depressive episode, with acute mental trauma according to the mechanisms of personality vulnerability in adolescents with stress reactions and adjustment disorders, with a pathocharacterological stereotype of response in adolescents with emerging personality disorders. Characteristics of adolescent crisis thinking such as “emotional resignation,” “cognitive weakness,” “attention to shortcomings, cynicism,” and “decisiveness” turned out to be related to the severity of suicidal behavior. As a result, complex differentiated rehabilitation programs were developed, including psychopharmacological and psychotherapeutic measures that took into account the cognitive identity of crisis experiences of adolescents, which had shown high efficacy in reducing suicidal risk.

Keywords: suicidal behavior, adolescents, cognitive distortions, meta-programs, borderline mental disorders.

REFERENCES

1. Clarke M.C., Coughlan H., Harley M., Connor D., Power E., Lynch F., Fitzpatrick C., Cannon M. The impact of adolescent cannabis use, mood disorder and lack of education on attempted suicide in young adulthood. *World Psychiatry*. 2014; 13 (3): 322–4. Doi: 10.1002/wps.20170
2. Goldston D.B., Daniel S.S., Erkanli A., Heilbron N., Doyle O., Weller B., Sapyta J. Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: evidence of escalation. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2015; 83(2): 253–64. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038657>
3. Carter G., Milner A., McGill K., Pirkis J. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *British Journal of Psychiatry*. 2017. 210(6): 387–395; <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>
4. Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedeniya. Metodicheskie rekomendacii [Diagnosis of suicidal behavior. Methodical recommendation]. Moscow, 1980: 61 (in Russian).
5. Kryukova T.L. Kognitivnaya psihologiya sovladaniya s odinochestvom [Cognitive psychology of coping with loneliness]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo univesiteta. Seriya: Pedagogika. Psihologiya. Sociokinetika – Bulletin of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociogenetics*. 2013; 19(2): 93–97 (in Russian).
6. Wasserman D., Rihmer Z., Rujesku D., Sarchiapone M., Sokolowski M., Titelman D., Zalsman G., Zemishlany Z., Carli V. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicidal treatment and prevention. *European Psychiatry*. 2012. 27(2): 129–141. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003
7. Polozhy B.S., Panchenko E.A., Grigorieva M.V. Differencirovannye podhody k psihoterapii lic, sovershivshih pokushenie na samoubijstvo [Differentiated approaches to psychotherapy of persons who attempted suicide]. *Psihicheskoe zdorov'e – Mental Health*. 2014; 7: 32–36 (in Russian).
8. Wenzel A., Jager-Hyman S. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. *The Behavior Therapist*. 2012; 35(7): 121–130.
9. Wenzel A., Brown G.K., Beck A.T. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington: American Psychological Association, 2009: 377.
10. Merinov A.V., Fedotov I.A., Kulikov S.O. Sravnenie metodov psihoterapevticheskogo lecheniya autoagressivnogo povedeniya (obzor literatury). [Comparison of methods of psychotherapeutic treatment of self-injurious behavior (literature review)]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. Academic Journal of Western Siberia*. 2015; 11, 2(57): 128–132 (in Russian).
11. Kholmogorova A.B. Suicidal'noe povedenie: teoreticheskaja model' i praktika pomoshhi v kognitivno-behavioral'noj terapii [Suicidal behavior: theoretical model and practice of assistance in cognitive-behavioral therapy]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija – Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2016; 24 (3): 144–163 (in Russian). Doi: 10.17759/cpp.20162403009
12. Wolk C.B., Kendall Ph.C., Beidas R.C. Cognitive-behavioral therapy for child anxiety confers long-term protection from suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015; 54(3): 175–179. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.004>

Received February 04.2019

Accepted April 08.2019

Kolomytsev Dmitry Yu. – Assistant of the Department of Psychiatry, Medical Psychology, Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (SPIN-code: 2454-7852. Researcher ID: Q-7409-2018. ORCID iD: 0000-0002-9330-4438)

Drozdovsky Yury V. – Prof. MD, Head of the Department of Psychiatry, Medical Psychology, Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

✉ Kolomytsev Dmitry Yu., d.kolomytsev@icloud.com
Drozdovsky Yury V., jwdrozd@mail.ru

СУИЦИДОЛОГИЯ

УДК 616.89-008.441.44:615.099.036.88:343.612.1:311.3:303.446.3-055.1-055.2

Для цитирования: Разводовский Ю.Е., Зотов П.Б. Суициды и смертность от прочих отравлений: сравнительный анализ трендов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 47–54. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-47-54](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-47-54)

Суициды и смертность от прочих отравлений: сравнительный анализ трендов

Разводовский Ю.Е.¹, Зотов П.Б.^{1,2}

¹ Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, 230009, г. Гродно, ул. Горького, 80

² Тюменский государственный медицинский университет
Россия, 625023, Тюмень, ул. Одесская, д. 54

³ Областная клиническая психиатрическая больница
Россия, 627010, Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19

РЕЗЮМЕ

Во многих странах мира суициды недоучитываются, что снижает качество официальной статистики. **Целью** настоящего исследования является сравнительный анализ динамики уровня суицидов и уровня смертности от прочих (неалкогольных) случайных отравлений в России. **Результаты.** Проведен анализ временных серий уровня суицидов и уровня смертности от прочих случайных отравлений в период с 1956 по 2005 г. Показано, что в рассматриваемый период уровень суицидов среди мужчин вырос в 2 раза (с 296,3 до 598,8 на 1 млн населения), а уровень смертности от прочих отравлений повысился в 3,5 раза (с 78,4 до 270,4 на 1 млн населения). В этот же период уровень суицидов среди женщин увеличился на 24,6% (с 75,2 до 93,7 на 1 млн населения), в то время как уровень смертности от прочих отравлений возрос в 1,6 раза (с 37,0 до 60,2 на 1 млн населения). Результаты корреляционного анализа Спирмана свидетельствуют о существовании статистически значимой положительной связи между динамикой уровня суицидов и уровня смертности от прочих отравлений как у мужчин ($r=0,82$; $p=0,000$), так и у женщин ($r=0,55$; $p=0,000$). Представленные данные косвенно подтверждают предположение о том, что диагностическая рубрика смертности от прочих случайных отравлений маскирует суициды. Повышение качества официальной статистики самоубийств необходимо для мониторинга эффективности профилактики суицидального поведения.

Ключевые слова: суициды, смертность от прочих случайных отравлений, тренды, Россия, 1956–2005.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из серьезных методологических проблем проводимых исследований в области суицидологии является низкая надёжность данных официальной статистики вследствие недоучета истинного числа суицидов [1, 2, 3, 4]. При этом мнения исследователей относительно масштабов данного явления расходятся. По различным оценкам, надёжность сертификации суицидов варьирует в разных странах в широких пределах – от 55 до 99% [5]. В некоторых странах масштабы недоучёта суицидов столь велики, что ставят под сомнение надёжность официальной статистики [6]. Вследствие различий социокультуральных норм и существования множества вариаций в практике сертификации смертности сравнения между странами по уровню суицидов могут быть затруднены.

Существует целый ряд причин неполного учёта суицида: неточность в процедуре регистрации смертности от внешних причин, дефицит ресурсов для проведения аутопсий и недостаток квалифицированных специалистов, социокультуральные факторы (стигматизация суицидов) [8], семейная диссиммуляция, политические мотивы (давление со стороны администрации), изменения в практике кодирования причин смерти в связи с переходом на новую версию МКБ [8, 9, 10]. Социокультуральный аспект проблемы недоучёта суицидов заключается в том, что эксперт под влиянием родственников может манипулировать данными и скрыть суицид под другим диагнозом. В некоторых странах в силу религиозных традиций диагноз «самоубийство» устанавливается крайне редко [11].

Суициды могут маскироваться под различными диагностическими рубриками, включая несчастные случаи (V01–V59), повреждения с неопределёнными намерениями (Y10–Y34), плохо определенная и неизвестная причина смерти (R96), другие внезапные смерти (R98). Потенциальным резервуаром латентных самоубийств может являться диагностическая рубрика «Прочие (неалкогольные) случайные отравления» (T36–T65).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования был сравнительный анализ динамики уровня суицидов и уровня смертности от прочих случайных отравлений в России.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В сравнительном аспекте изучена динамика уровня суицидов и уровня смертности от прочих случайных отравлений в России за 50-летний период с 1956 по 2005 г. Используются стандартизированные половые коэффициенты смертности от самоубийств и смертности от прочих случайных отравлений (в расчете на 1000000 населения). Отравления токсическими веществами в МКБ-10 соответствуют следующие рубрики: T36–T50 «Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» и T51–T65 «Токсическое воздействие веществ, преимущественно немедицинского назначения». Прочие отравления включают в себя отравления суррогатами алкоголя (метиловый, пропиловый, амиловый

спирты, ацетон, этиленгликоль, тормозная жидкость, антифризы, стеклоочистители), фосфорорганические соединения (карбофос, хлорофос), вещества прижигающего действия (уксусная эссенция, неорганические кислоты, щелочи), лекарственные препараты (транквилизаторы, димедрол, фенобарбитал).

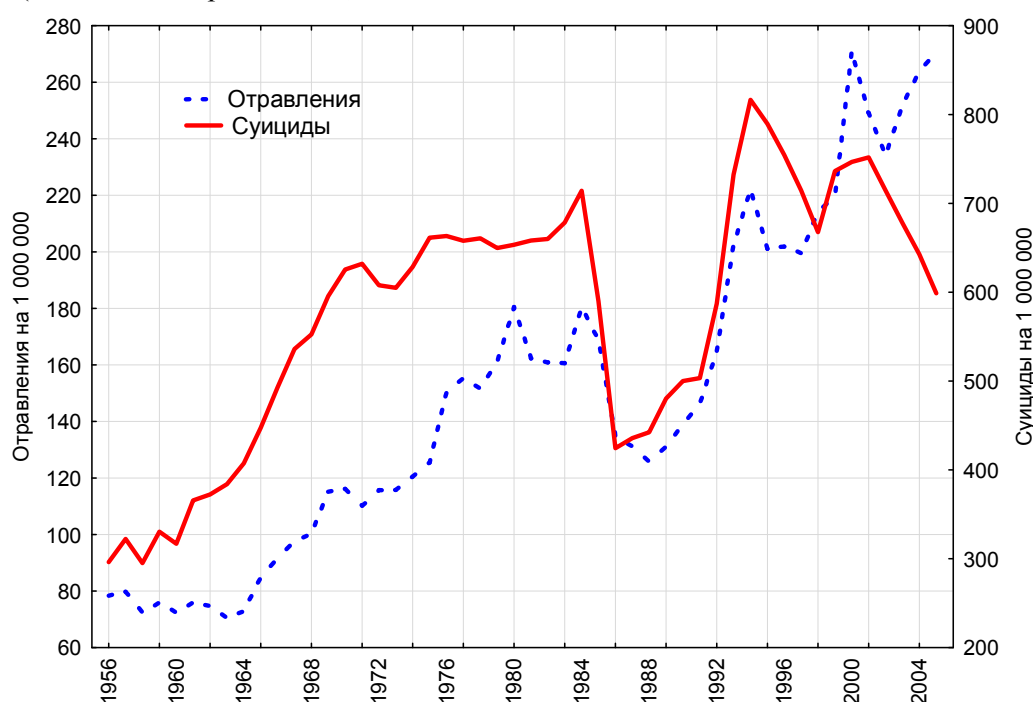
Источник данных – база данных ВОЗ (WHO Mortality Database).

Статистическая обработка данных (описательная статистика, корреляционный анализ Спирмана) проводилась с помощью программного пакета «Statistica 12. StatSoft». Для оценки и удаления тренда из временного ряда использовался метод простых разностных операторов (дифференцирование) [12].

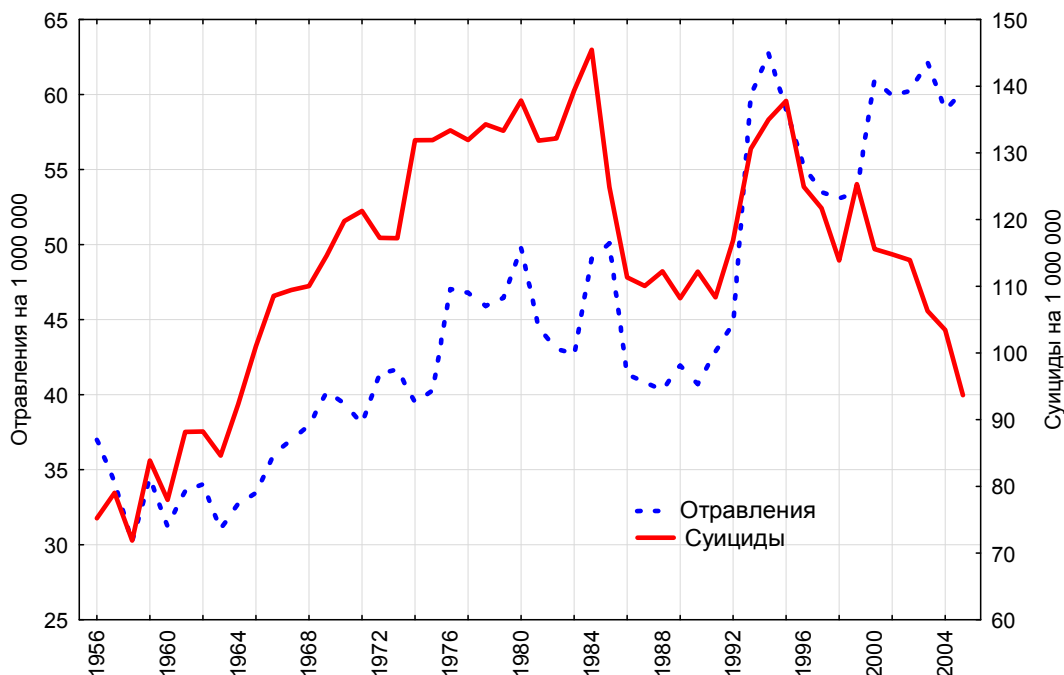
РЕЗУЛЬТАТЫ

Следует отметить, что в период с 1956 по 2005 г. уровень суицидов среди мужчин вырос в 2 раза (с 296,3 до 598,8 на 1 млн населения), а уровень смертности от прочих отравлений повысился в 3,5 раза (с 78,4 до 270,4 на 1 млн населения). Кроме того, в этот же период уровень суицидов среди женщин увеличился на 24,6% (с 75,2 до 93,7 на 1 млн населения), вместе с тем уровень смертности от прочих отравлений возрос в 1,6 раза (с 37,0 до 60,2 на 1 млн населения).

Динамика уровня суицидов и уровня смертности от прочих отравлений представлена отдельно для мужчин (рис. 1) и женщин (рис. 2).



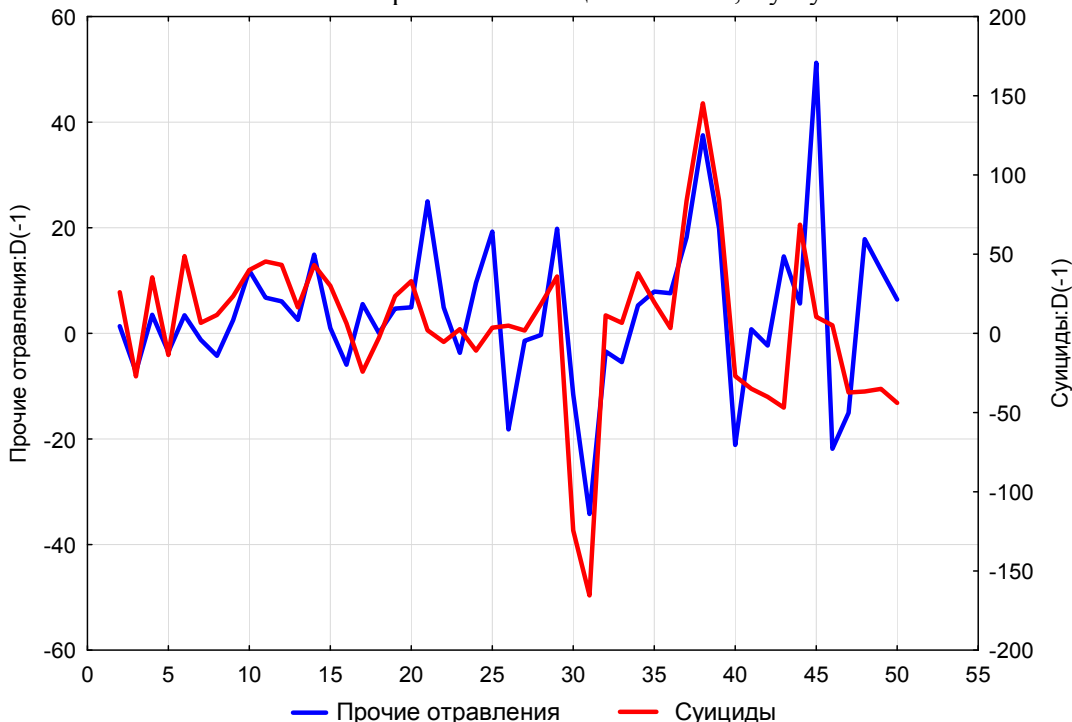
Р и с у н о к 1. Динамика уровня суицидов и прочих случайных отравлений среди мужчин в России в 1956–2005 гг.



Р и с у н о к 2. Динамика уровня суицидов и прочих случайных отравлений среди женщин в России в 1956–2005 гг.

На представленных рисунках показано, что уровень суицидов среди мужчин и женщин был подвержен резким колебаниям. Он значительно вырос в период с 1956 по 1984 г., а затем резко снизился в середине 1980-х гг. В первой половине 1990-х гг., напротив, вновь отчетливо вырос, после чего в середине 1990-х гг. заново начал снижаться. С 1998 по 2001 г. произошел

очередной рост, а вслед за тем снижение. Динамика уровня смертности от прочих отравлений среди мужчин и женщин была достаточно сходной с динамикой уровня суицидов. Различия в динамике этих показателей (рост уровня смертности от прочих отравлений на фоне снижения уровня суицидов) начались у женщин в 1999 г., а у мужчин в 2001 г.



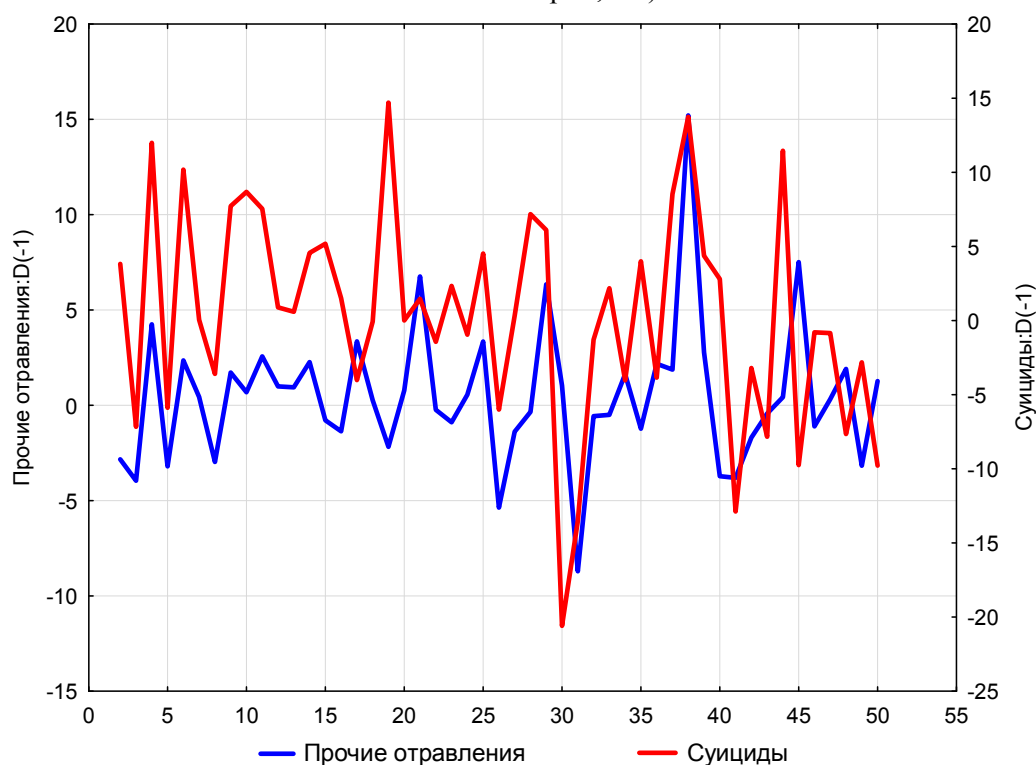
Р и с у н о к 3. Динамика уровня суицидов и прочих случайных отравлений среди мужчин в России в период с 1956 по 2005 г. после удаления временного тренда

Результаты корреляционного анализа Спирмана свидетельствуют о существовании статистически значимой положительной связи между динамикой уровня суицидов и уровня смертности от прочих отравлений как у мужчин ($r=0,82$; $p=0,000$), так и у женщин ($r=0,55$; $p=0,000$).

Анализ графических данных выявил существование временного тренда, который был

устранен с помощью процедуры дифференцирования (рис. 3, 4).

После удаления нестационарной компоненты была произведена оценка связи между временными рядами. Кросс-корреляционный анализ «выбеленных» временных серий выявил существование связи между изучаемыми временными рядами на нулевом лаге как у мужчин ($r=0,55$; $SE=0,143$), так и у женщин ($r=0,37$; $p=0,143$).



Р и с у н о к 4. Динамика уровня суицидов и прочих случайных отравлений среди женщин в России в период с 1956 по 2005 г. после удаления временного тренда

ОБСУЖДЕНИЕ

Наличие тесной корреляции между суицидами и смертностью от прочих случайных отравлений не предполагает причинно-следственных связей между этими показателями. Схожесть динамики может свидетельствовать в пользу того, что смертность от этих причин представляет собой явление одного и того же рода, т.е. смерть от прочих отравлений, по сути, является неучтенным суицидом. Подтверждением данной гипотезы послужило бы наличие более тесной связи между динамикой изучаемых показателей у женщин, поскольку они чаще совершают суицид посредством самоотравления, нежели мужчины [13].

Однако результаты корреляционного анализа выявили обратную закономерность – более тесная связь между суицидами и прочими отравлениями имеет место у мужчин. Поэтому, не

исключая вероятность того, что часть случаев смерти от прочих случайных отравлений являются скрытыми суицидами, можно предположить, что речь идет о совпадающих трендах, сформированных под влиянием каких-то общих неучтенных факторов. Одним из таких факторов может являться психосоциальный дистресс, уровень которого снизился в середине 1980-х гг. и резко вырос в первой половине 1990-х гг. после распада Советского Союза [14]. Колебания уровня суицидов в рассматриваемый период хорошо соотносятся с изменениями в уровне психосоциального дистресса. Кроме того, в ряде исследований было показано, что резкие колебания уровня суицидов, отмечавшиеся на протяжении последних десятилетий в России, в значительной степени были обусловлены произошедшими изменениями в уровне доступности алкоголя [15, 16, 17].

Динамика смертности от прочих случайных отравлений также могла быть подвержена влиянию уровня доступности алкоголя. Ожидаемым эффектом снижения уровня доступности алкоголя в период антиалкогольной кампании 1985–1988 гг. был рост уровня смертности от прочих случайных отравлений, чего, на самом деле, не произошло. Более того, уровень данного показателя наоборот снизился, что можно интерпретировать в пользу важной роли психосоциального дистресса в этиологии данного вида смертности.

Ряд исследователей указывает на то, что в силу социальной значимости отдельных видов смертности от внешних причин, в том числе самоубийств, имеют место определённые манипуляции со статистикой смертности [18, 19, 20]. Наиболее известным способом искажения статистики самоубийств является увеличение доли смертности от повреждений с неопределёнными намерениями [21, 22, 23, 24]. Возможной причиной роста числа смертей от прочих случайных отравлений на фоне снижения числа самоубийств в начале нынешнего века является использование административного ресурса с целью «улучшения» социальной статистики. Судя по различиям гендерной динамики изучаемых показателей, статистическим манипуляциям в большей степени подвержен уровень суицидов среди женщин.

ВЫВОДЫ

Результаты настоящего исследования косвенно подтверждают предположение о том, что диагностическая рубрика «Прочие (неалкогольные) отравления» маскирует суициды. Представленные данные косвенным образом свидетельствуют об ухудшении качества официальной статистики суицидов. Повышение качества официальной статистики самоубийств необходимо для мониторинга эффективности профилактики суицидального поведения.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы подтверждают отсутствие финансирования и спонсорской поддержки при проведении данного исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давидовский С.В., Старцев А.И., Березовская Н.А., Мартынова Е.В., Разводовский Ю.Е. Отражение суицидальной активности в статистической отчетности. *Тюменский медицинский журнал*. 2017; 19 (3): 3–7.
2. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Петров И.М., Жмуров В.А., Шнейдер В.Э., Безносоев Е.В., Севастьянов А.А. Регистрация и учет суицидального поведения. *Суицидология*. 2018; 9(2): 104–112.
3. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения. *Общественное здоровье и профилактика заболеваний*. 2004; 2: 11–19.
4. O'Carroll P.W. A consideration of the validity and reliability of suicide mortality data. *Suicide Life Threat Behav.* 1989; 19(1): 1–16. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.1989.tb00362.x>
5. Kapusta N.D., Tran U.S., Rockett I.R., De Leo D., Naylor C.P., Niederkrotenthaler T., et al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(10): 1050–1057. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.66
6. Rockett I.R., Kapusta N.D., Bhandari R. Suicide misclassification in an international context: revisitation and update. *Suicidology online*. 2011; 2: 48–61. <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2011-2-48-61.pdf>
7. Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация суицидентов с психическими расстройствами. *Суицидология*. 2016; 7(3): 12–20.
8. Tøllefsen I.M., Hem E., Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012; 12(9): 1–11. DOI: 10.1186/1471-244X-12-9
9. Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Уманский С.М. Суицидологический регистр – важный организационный элемент системы суицидальной профилактики. *Суицидология*. 2010; 1: 8–9.
10. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект. *Суицидология*. 2014; 5(1): 3–11.
11. Speechley M., Stavray K.M. The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health. *Can J Public Health*. 1991; 82: 38–42. <http://www.biomedsearch.com/nih/adequacy-suicide-statistics-use-in/2009484.html>
12. Box G.E.P., Jenkins G.M. *Time Series Analysis: forecasting and control*. London: Holden-Day Inc., 1976.
13. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 484–485. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>
14. Wasserman D., Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 98(394): 34–41. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10763.x>
15. Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia. *Crisis*. 2009; 30: 186–191. <http://www.biomedsearch.com/nih/Beverage-specific-alcohol-sale-suicide/19933064.html>

16. Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956–2005. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2009; 16(2): 127–139. DOI: 10.1080/09687630801931804
17. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Алкогольная смертность в отдалённых сельских районах Западной Сибири. *Наркология*. 2011; 10, 9 (117): 43–47.
18. Кондричин С.В., Разводовский Ю.Е. Качество региональной статистики самоубийств в Беларуси. *Суицидология*. 2016; 7(3): 58–62.
19. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian mortality crisis and the quality of vital statistics. *Popul Res Policy Rev*. 2008; 27: 551–574. <https://doi.org/10.1007/s11113-008-9085-6>
20. Разводовский Ю.Е. Суицид как индикатор психосоциального дистресса: опыт глобального экономического кризиса 2008 года. *Суицидология*. 2017; 8(2): 54–59.
21. Андреев Е.М. Плохо определенные и точно не установленные причины смерти в России. *Демографическое обозрение*. [Сетевое издание.] 2016; 2(3). URL: <https://demreview.hse.ru/data/2016/09/19/1123158017>
22. Васин С.А. Смертность от повреждений с неопределёнными намерениями в России и в других странах. *Демографическое обозрение*. [Сетевое издание.] 2015; 1(2). URL: <https://demreview.hse.ru/data/2015/10/22/1079399391>
23. Ohberg A., Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 98: 214–218. <http://www.biomedsearch.com/nih/Suicides-hidden-among-undetermined-deaths/9761408.html>
24. Varnik P., Sisask M., Varnik A., Yur'yev A., Kolves K., Leppik L., Nemtsov A., Wasserman D. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: hidden suicides? *Scand J Public Health*. 2010; 38(4): 395–403. <http://www.biomedsearch.com/nih/Massive-increase-in-injury-deaths/19933222.html>

Поступила в редакцию 14.02.2019
Утверждена к печати 8.04.2019

Разводовский Юрий Евгеньевич – кандидат медицинских наук (SPIN-код: 3373-3879, ORCID iD: 0000-0001-7185-380X, Researcher ID: T-8445-2017), старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет» Минздрава Республики Беларусь

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X; Researcher ID: U-2807-2017), заведующий кафедрой онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница».

✉ Разводовский Юрий Евгеньевич, razvodovsky@tut.by
Зотов Павел Борисович, note72@yandex.ru

УДК 616.89-008.441.44:615.099.036.88:343.612.1:311.3:303.446.3-055.1-055.2

For citation: Razvodovsky Yu.E., Zotov P.B. Suicides and fatal poisonings with other toxic substances: a trend analysis. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 47–54. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-47-54](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-47-54)

Suicides and fatal poisonings with other toxic substances: a trend analysis

Razvodovsky Yu.E.¹, Zotov P.B.^{2, 3}

¹ Grodno State Medical University
Gorky Street 80, 230009, Grodno, Republic of Belarus

² Tyumen State Medical University
Odesskaya Street 54, 625023, Tyumen, Russian Federation

³ Regional Clinical Psychiatric Hospital
Sosnovaya Street 19, 627010, Tyumen Region, township Vinzili, Russian Federation

ABSTRACT

Background: There is a general agreement that suicides are likely to be undercounted. In many countries the degree of undercounting of suicides is so great that it threatens the validity of research based on official statistics. **Objective:** In this article the trends in suicides and deaths classified as poisonings with other toxic substances were analyzed in Russia from 1956 to 2005 using time series analysis to evaluate the relationship between time series. **Methods:** To examine the relation between suicides and poisonings with other toxic substances trends across the study period a time series analysis was performed using the statistical package “Statistica 12.StatSoft”. **Results:** Between 1956 and 2005 the male suicide

rate increased two times (from 296.3 to 598.8 per one million of population), while the rate of poisonings with other toxic substances increased 3.5 times (from 78.4 to 270.4 per one million of population). During the same period the female suicide rate increased by 24.6% (from 75.2 to 93.7 per one million of population), while the rate of poisonings with other toxic substances increased 1.6 times (from 37.0 to 60.2 per one million of population). The results of the analysis indicated the presence of a statistically significant association between these variables for males ($r=0.82$; $p=0.000$) and females ($r=0.55$; $p=0.000$). Conclusion: The present study raised the possibility that many deaths classified as poisonings with other toxic substances (especially in women) in Russia were actually suicides. The improvement of official statistics of suicides is a crucial issue for the comprehensive strategy of prevention.

Keywords: suicides, poisonings with other toxic substances, trends, Russia, 1956–2005.

REFERENCES

- Davidovsky S.V., Startsev A.I., Berezovskaya N.A., Martynova E.V., Razvodovsky Yu.E. Otrazheniye suitsidalnoy aktivnosti v statisticheskoy otchetnosti [Reflection of the suicidal activity in the official statistic]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal – Tyumen Medical Journal*. 2017; 19 (3): 3–7 (in Russian).
- Zotov P.B., Rodyashin E.V., Petrov I.M., Zhmurov V.A., Shneyder V.E., Beznosov E.V., Sevastyanov A.A.. Registratsiya i uchet suitsidalnogo povedeniya [Registration and account of suicidal behavior]. *Suitsidologiya – Suicidology*. 2018; 9(2): 104–112 (in Russian).
- Semenova V.G., Gavrilova N.S., Evdokushkina G.N., Gavrilov L.A. Kachestvo mediko-statisticheskikh dannykh kak problema sovremennogo rossijskogo zdravoohraneniya [Quality of medical statistical data as a problem of the modern Russian health care]. *Obshchestvennoe zdorov'e i profilaktika zabolevaniy – Public Health Care and Prophylaxis of Diseases*. 2004; 2: 11–19 (in Russian).
- O'Carroll P.W. A consideration of the validity and reliability of suicide mortality data. *Suicide Life Threat Behav*. 1989; 19(1): 1–16. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.1989.tb00362.x>
- Kapusta N.D., Tran U.S., Rockett I.R., De Leo D., Naylor C.P., Niederkrotenthaler T., et al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68(10): 1050–1057. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.66
- Rockett I.R., Kapusta N.D., Bhandari R. Suicide misclassification in an international context: revisitation and update. *Suicidology online*. 2011; 2: 48–61. <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2011-2-48-61.pdf>
- Polozhy B.S., Ruzhenkova V.V. Stigmatizatsiya i samostigmatizatsiya suitsidentov s psihicheskimi rassstrojstvami [Stigmatization and self-stigmatization by persons with mental disorders who committed suicidal attempts]. *Suicidologiya – Suicidology*. 2016; 7(3): 12–20 (in Russian).
- Tøllefsen I.M., Hem E., Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012; 12(9): 1–11. DOI: 10.1186/1471-244X-12-9
- Zotov P.B., Rodyashin E.V., Umansky S.M. Suicidologicheskij registr – vazhnyj organizacionnyj element sistemy suitsidal'noj prevencii [Suicidology register is an important organizational element of the system of suicide prevention]. *Suicidologiya – Suicidology*. 2010; 1: 8–9 (in Russian).
- Morev M.V., Shmatova J.E., Lyubov E.B. Dinamika suitsidal'noj smertnosti naseleniya Rossii: regional'nyj aspekt [Dynamics of suicide mortality in Russia: the regional level]. *Suicidologiya – Suicidology*. 2014; 5(1): 3–11 (in Russian).
- Speechley M., Stavratsky K.M. The adequacy of suicide statistics for use in epidemiology and public health. *Can J Public Health*. 1991; 82: 38–42. <http://www.biomedsearch.com/nih/adequacy-suicide-statistics-use-in/2009484.html>
- Box G.E.P., Jenkins G.M. Time Series Analysis: forecasting and control. London: Holden-Day Inc., 1976.
- Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 177: 484–485. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>
- Wasserman D., Värnik A. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970–1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1998; 98(394): 34–41. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10763.x>
- Razvodovsky Y.E. Beverage-specific alcohol sale and suicide in Russia. *Crisis*. 2009; 30: 186–191. <http://www.biomedsearch.com/nih/Beverage-specific-alcohol-sale-suicide/19933064.html>
- Razvodovsky Y.E. Suicide and fatal alcohol poisoning in Russia, 1956–2005. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2009; 16(2): 127–139. DOI: 10.1080/09687630801931804
- Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. *Narkologiya – Narcology*. 2011; 10, 9 (117): 43–47 (in Russian).
- Kondrichin S.V., Razvodovsky Y.E. Kachestvo regionalnoy statistiki samoubiystv v Belarusi [The quality of regional statistics of suicides in Belarus]. *Suicidologiya – Suicidology*. 2016; 7(3): 58–62 (in Russian).
- Gavrilova N.S., Semenova V.G., Dubrovina E., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian mortality crisis and the quality of vital statistics. *Popul Res Policy Rev*. 2008; 27: 551–574 (in Russian). <https://doi.org/10.1007/s11113-008-9085-6>

20. Razvodovsky Y.E. Suitsid kak indikator psihosotsialnogo distressa: opyt globalnogo ekonomicheskogo krizisa 2008 goda [Suicide as an indicator of psychosocial distress: the experience of the 2008 global economic crisis]. *Suicidologiya – Suicidology*. 2017; 8(2): 54–59 (in Russian).
21. Andreev E.M. Ploho opredelennyye i tochno ne ustanovlennyye prichiny smerti v Rossii [Setevoe izdanie.] [Poorly defined and uncertain causes of death in Russia]. [Online edition.] *Demograficheskoe obozrenie – Demographic Review*. 2016; 2(3) (in Russian). URL: <https://demreview.hse.ru/data/2016/09/19/1123158017>
22. Vasin S.A. Smertnost ot povrezhdeniy s neopredelennymi namereniyami v Rossii i v drugih stranah [Setevoe izdanie.] [[Mortality from injuries of undetermined intent in Russia and in other countries]. [Online edition.] *Demograficheskoe obozrenie – Demographic Review*. 2015; 1(2) (in Russian). URL: <https://demreview.hse.ru/data/2015/10/22/1079399391>
23. Ohberg A., Lonnqvist J. Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 98: 214–218. <http://www.biomedsearch.com/nih/Suicides-hidden-among-undetermined-deaths/9761408.html>
24. Varnik P., Sisask M., Varnik A., Yur'yev A., Kolves K., Leppik L., Nemtsov A., Wasserman D. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: hidden suicides? *Scand J Public Health*. 2010; 38(4): 395–403. <http://www.biomedsearch.com/nih/Massive-increase-in-injury-deaths/19933222.html>

Received February 14.2019

Accepted April 08.2019

Razvodovsky Yury E., PhD, senior researcher of the Research Laboratory, Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus (SPIN-code: 3373-3879, ORCID iD: 0000-0001-7185-380X, Researcher ID: T-8445-2017).

Zotov Pavel B., MD, Prof. (SPIN-code: 5702-4899; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X; Researcher ID: U-2807-2017), Head of the Department of Oncology, Tyumen State Medical University, Tyumen, Russian Federation, specialist of the centre for suicide prevention, Regional Clinical Psychiatric Hospital Tyumen region.

✉ Razvodovsky Yury E., razvodovsky@tut.by
Zotov Pavel B., note72@yandex.ru

УДК 364.632-053.4:616.89-008.441.44:364-785.14:614.253.4

Для цитирования: Руженкова В.В., Руженков В.А. Влияние домашнего физического насилия, перенесенного в дошкольном возрасте, на социальную адаптацию и суицидальное поведение студентов-медиков. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 55–64. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-55-64](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-55-64)

Влияние домашнего физического насилия, перенесенного в дошкольном возрасте, на социальную адаптацию и суицидальное поведение студентов-медиков

Руженкова В.В., Руженков В.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Россия, 308015, Белгород, ул. Победы, 85

РЕЗЮМЕ

Введение. Насилие, перенесенное в детском возрасте, является неблагоприятным фактором, приводящим к нарушениям социальной адаптации, формированию пограничных психических расстройств и суицидально-го поведения. **Цель** исследования: разработка рекомендаций по профилактике суицидального поведения у студентов-медиков на основе изучения дезадаптирующих факторов и их взаимосвязи с перенесенным в дошкольном возрасте физическим насилием в семье. **Материал и методы.** Медико-социологическим и психометрическим методами обследовано 275 русскоязычных студентов-медиков в возрасте 20–32 (22,1±1,6) года: 195 (70,9%) лиц женского и 80 (29,1%) лиц мужского пола, воспитанных в формально благополучных семьях. В выборку включено 85 (30,9%) человек, перенесших до 7-летнего возраста в семье физическое насилие – основная группа (61 женщина и 24 мужчины) и 157 (57,1%) человек без физического насилия (111 женщин и 46 мужчин) – контрольная группа. Оставшиеся 33 (12%) человека, указавших на психологическое давление со стороны родителей в дошкольном возрасте, в исследование не включались. **Результаты.** При неблагоприятных условиях воспитания формируются высокий уровень цинизма и враждебности, а также затруднения в социальной адаптации в большинстве социальных сфер. Более чем в половине случаев (52,9%) социальная дезадаптация и конфликтные отношения в семье обуславливали формирование суицидального поведения (внутренних форм – 47,1% и суицидальных попыток – 8,3%). Корреляционный анализ выявил прямую зависимость суицидального поведения со степенью неудовлетворенности отношениями с родителями и обратную зависимость – с уровнем самоуважения. **Заключение.** Полученные данные могут быть положены в основу дифференцированного подхода к профилактике суицидального поведения и социально-психологической дезадаптации лиц юношеского возраста, воспитывающихся в условиях семейной жестокости.

Ключевые слова: студенты-медики, физическое насилие, дошкольный возраст, социальная фрустрированность, самоуважение, суицидальное поведение.

ВВЕДЕНИЕ

По данным ООН [1], насилие в отношении детей – широко распространенное явление в мире, ему подвергается фактически 10% школьников, причем этот показатель ежегодно растет. Домашнее насилие, перенесенное в детском возрасте [2], оказывает существенное влияние на поведение и социальную адаптацию в подростковом возрасте (плохие отношения со сверстниками, повышенная агрессивность, тревожность, недовольство собой, делинквентное и аддиктивное поведение, а также применение насилия в межличностных отношениях). В настоящее время под насилием и жестоким обращением над детьми понимаются как наиболее распространенные его формы [3], такие как физическое, психологическое и сексуальное, так и новые – насилие и эксплуатация детей посредством информационных и коммуникационных технологий.

В России семейное насилие по отношению к детям характеризуется как проблема национальной безопасности, влияющая на демографическую ситуацию [4]. Насилие в семье представляет собой многогранное социальное явление [5], представляющее в различных формах (психологическое, экономическое, физическое, бытовое, сексуальное и др.), и является неблагоприятным социальным фактором, обуславливающим развитие в подростковом возрасте психических расстройств [6]. Причем семейное насилие осуществляется также и в благополучных семьях, с достаточным материальным уровнем обеспечения, родителями, имеющими высшее образование и занимающими высокое социальное положение [7, 8].

У подростков, пострадавших в результате жестокого обращения, обнаруживаются устойчивые невротические расстройства (нарушения сна, тревога, фобии, дезадаптивные копинг-

стратегии), приводящие к социальной дезадаптации [9], и отмечается высокий риск совершения противоправных действий [10] и суицидального поведения [11].

Литературные данные свидетельствуют, что у студентов-медиков выявляется высокий уровень учебного стресса [12]. Более того, [13] стресс, тревога и депрессия широко распространены уже среди поступающих в медицинские институты. Наиболее высокая распространенность стресса характерна в течение первых трех лет обучения с постепенным снижением от 58,3% до 56,6% на четвертом курсе и до 25% на шестом курсе [14]. Наибольший стресс у студентов вызывает ряд факторов: конкуренция с сокурсниками, давление со стороны преподавателей и семьи, увеличение нагрузки перед экзаменами, большие объемы изучаемой информации, недостаток времени для повторения материала, неполучение ожидаемых оценок, слишком долгое обучение, необходимость работы с трупным материалом и жесткий распорядок дня, а также недостаточность навыков планирования времени и самодисциплины, неспособность устанавливать приоритеты [15].

Высокий уровень учебного стресса приводит к эмоциональному выгоранию студентов-медиков [16, 17], негативно сказывается на общем состоянии здоровья и академической успеваемости [18, 19, 20], является причиной развития тревоги и депрессии, вызывает срыв процессов психической адаптации [21]. В результате у большого числа студентов-медиков, число их варьирует от 40,7% [22] до 66% [12], отмечаются суицидальные мысли в результате снижения социальной активности [23, 24].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования являлась разработка рекомендаций по профилактике суицидального поведения у студентов-медиков на основе изучения дезадаптирующих факторов и их взаимосвязи с перенесенным в дошкольном возрасте физическим насилием в семье.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследована выборка, состоящая из 275 русскоязычных студентов-медиков старших курсов в возрасте 20–32 ($22,1 \pm 1,6$) года, из них 195 (70,9%) лиц женского и 80 (29,1%) лиц мужского пола, воспитанных в формально благополучных семьях (стабильное материальное и достаточное финансовое обеспечение, высшее образование у большинства родителей, все родители имеют профессию и работают), объединенных общими интересами.

Из числа обследованных было выделено 85 (30,9%) человек, перенесших до 7-летнего возраста физическое насилие – основная группа (61 женщина и 24 мужчины) и 157 (57,1%) человек без физического насилия в семье в дошкольном возрасте (111 женщин и 46 мужчин) – группа сравнения.

По субъективной оценке степени выраженности физического насилия мы разделили основную группу на 2 подгруппы: 1-я подгруппа – с выраженным насилием (по самооценке 5–10 баллов) – 25 человек; 2-я подгруппа – с легким насилием (2–4 балла) – 60 человек. Оставшиеся 33 (12%) человека указывали на наличие в дошкольном возрасте только психологического давления со стороны родителей, поэтому в исследование не включались.

Основными методами исследования были медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, включающей социально-демографические сведения, информацию о перенесенном насилие, его формах и субъективной оценке степени выраженности по 10-балльной шкале: от 0 (отсутствие) до 10 (выраженное насилие) баллов, об особенностях социальной адаптации, виктимности и суицидальном поведении), психометрический (шкала враждебности Кука, шкала самоуважения Розенберга, шкала социальной фрустрации Вассермана).

Суицидологическая оценка была проведена с привлечением критериев, предложенных А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980).

Статистическая обработка базы данных проводилась методами непараметрической статистики: описательная статистика, критерий χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2x2, отношение шансов, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сочетание физического насилия, перенесенного в дошкольном возрасте у студентов-медиков основной группы с психологическим и сексуальными видами насилия представлено в таблице 1.

Установлено, что во всех случаях выраженное физическое насилие сочеталось с психологическим: в 76% случаев с выраженным (5–10 баллов), в 24% – с легким (1–4 балла). Кроме того, в 1 (4%) случае имело место выраженное сексуальное насилие (10 баллов) и в 2 (8%) – легкое (2 балла).

Т а б л и ц а 1

Сочетание физического насилия с другими видами насилия у студентов-медиков

Тип насилия (выраженность в баллах)	Физическое насилие (2–4 балла), n=60		Физическое насилие (5–10 баллов), n=25	
	n	%	n	%
Психологическое (2–4)	22	36,7	6	24,0
Психологическое (5–10)	15	25,0	19	76,0
Сексуальное (2–4)	1	1,7	2	8,0
Сексуальное (5–10)	2	3,3	1	4,0

Легкое физическое насилие (2–4 балла) в 25,0% случаев сочеталось с выраженным психологическим насилием и в 36,7% – с легким психологическим. Кроме того, в 3 случаях наблюдалось сексуальное насилие.

Анализ содержания перенесенного физического насилия (5–10 баллов) показал, что в 11 (44%) случаях обследуемые часто (10 – 40%) периодически получали шлепки, удары ремнем, подзатыльники. 10 (40%) опрошенных сообщили, что их периодически избивали рукой или ремнем. Кроме того, за проступок их ставили в угол, с ними обращались грубо и жестоко, с принуждением, оказывали на них психологическое давление (угрозы, оскорбления, унижения). При легком физическом насилии обследо-

уемые претерпевали в отношении себя те же действия, только в более мягкой форме.

Изучение враждебности по шкале Кука (табл. 2) показало, что в 1-й подгруппе высокий уровень цинизма наблюдался в 16% случаев, а в контрольной группе – только у 1,9% ($\chi^2=8,08$, $p=0,005$; $OR=9,8$, 95% $CI=1,7-60,3$). Причем вероятность формирования высокого уровня цинизма при воспитании в неблагоприятных условиях (жестокость в семье отмечалась до достижения ребенком 7-летнего возраста) почти в 10 раз выше, чем при воспитании в нормальной семейной обстановке. Статистически значимых различий между 1-й и 2-й подгруппами не выявлено.

Т а б л и ц а 2

Уровни цинизма, агрессивности и враждебности в основной и контрольной группах студентов-медиков

Уровень	Основная группа				Контрольная группа		Различия [1–3]		Различия [2–3]	
	1-я подгруппа		2-я подгруппа		3-я подгруппа		χ^2	p	χ^2	p
	n	%	n	%	n	%				
<i>Цинизм</i>										
Высокий	4	16,0	2	3,4	3	1,9	8,080	0,005	***	***
Средний	19	76,0	53	88,3	130	82,8	***	***	***	***
Тенденция к низкому	2	8,0	5	8,3	24	15,3	***	***	***	***
<i>Агрессивность</i>										
Высокая	–	–	–	–	2	1,3	***	***	***	***
Средняя	11	44,0	24	40,0	69	43,9	***	***	***	***
Тенденция к низкой	13	52,0	36	60,0	82	52,2	***	***	***	***
Низкая	1	4,0	–	–	4	2,5	***	***	***	***
<i>Враждебность</i>										
Высокая	1	4,0	–	–	8	5,1	***	***	***	***
Средняя	14	56,0	40	66,7	47	29,9	5,457	0,02	22,879	0,0005
Тенденция к низкой	8	32,0	17	28,3	88	56,1	4,087	0,043	12,269	0,001
Низкая	2	8,0	3	5,0	14	8,9	***	***	***	***

Примечание. *** – Различия статистически незначимые.

В общей сложности в основной группе преобладал средний уровень враждебности – 54 (63,5%) человека, в контрольной группе он выявлен у 47 (29,9%) человек. Обнаруженные различия были статистически значимы ($\chi^2=24,229$, $p=0,0005$; $OR=4,1$, 95% $CI=2,3-7,4$). Таким образом, установлено, что при воспитании ребенка в дошкольном возрасте в семьях с

жестоким обращением почти в 2/3 случаев формируется личность со средним уровнем враждебности. Вероятность формирования среднего уровня враждебности при воспитании с насилием более чем в 4 раза выше, чем в семьях с благоприятными условиями. Аналогичные данные получены нами и в 1-й подгруппе ($OR=2,98$, 95% $CI=1,2-7,6$).

Уровень враждебности во 2-й подгруппе по сравнению с контрольной группой был выше ($\chi^2=22,879$, $p=0,0005$; $OR=4,7$, $95\% CI=2,4-9,3$). Более того, легкое физическое насилие над ребенком в семье в дошкольном возрасте обуславливает вероятность формирования среднего уровня враждебности более чем в 4 раза, чем при воспитании в благоприятной семейной атмосфере. При благоприятных условиях воспитания более чем в половине случаев (56,1%)

враждебность характеризовалась тенденцией к низкой ($\chi^2=12,269$, $p=0,001$; $OR=3,2$, $95\% CI=1,6-6,5$) с вероятностью, более чем в 3 раза превышающей аналогичный показатель при воспитании даже с легким насилием. Выявленные личностные особенности будут затруднять социально-психологическую адаптацию.

Результаты, полученные по шкале изучения социальной фрустрации Вассермана, представлены в таблице 3.

Т а б л и ц а 3

Сравнительные характеристики социальной фрустрированности в основной и контрольной группах (критерий Манна-Уитни) студентов-медиков

Сфера социальной фрустрации	Основная группа			Контрольная группа			p
	Me	Q25	Q75	Me	Q25	Q75	
Своим образованием	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0091
Отношениями с коллегами	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0000
Взаимоотношениями с администрацией	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0009
Взаимоотношениями с преподавателями	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0003
Содержанием своей работы (учебы) в целом	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	0,0003
Условиями профессиональной деятельности	2,0	2,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,0263
Своим положением в обществе	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0001
Материальным положением	2,0	2,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,0221
Жилищно-бытовыми условиями	2,0	1,0	3,0	2,0	1,0	2,0	***
Отношениями с родителями	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	0,0002
Обстановкой в обществе (государстве)	3,0	2,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,0025
Отношениями с друзьями, знакомыми	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	0,0010
Сферой услуг и бытового обслуживания	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0	3,0	***
Сферой медицинского обслуживания	3,0	2,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,0087
Проведением досуга	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0059
Возможностью проводить отпуск (каникулы)	2,0	2,0	4,0	2,0	1,0	3,0	0,0182
Возможностью выбора места работы	3,0	2,0	4,0	3,0	2,0	4,0	***
Своим образом жизни в целом	2,0	2,0	3,0	2,0	1,0	2,0	0,0001

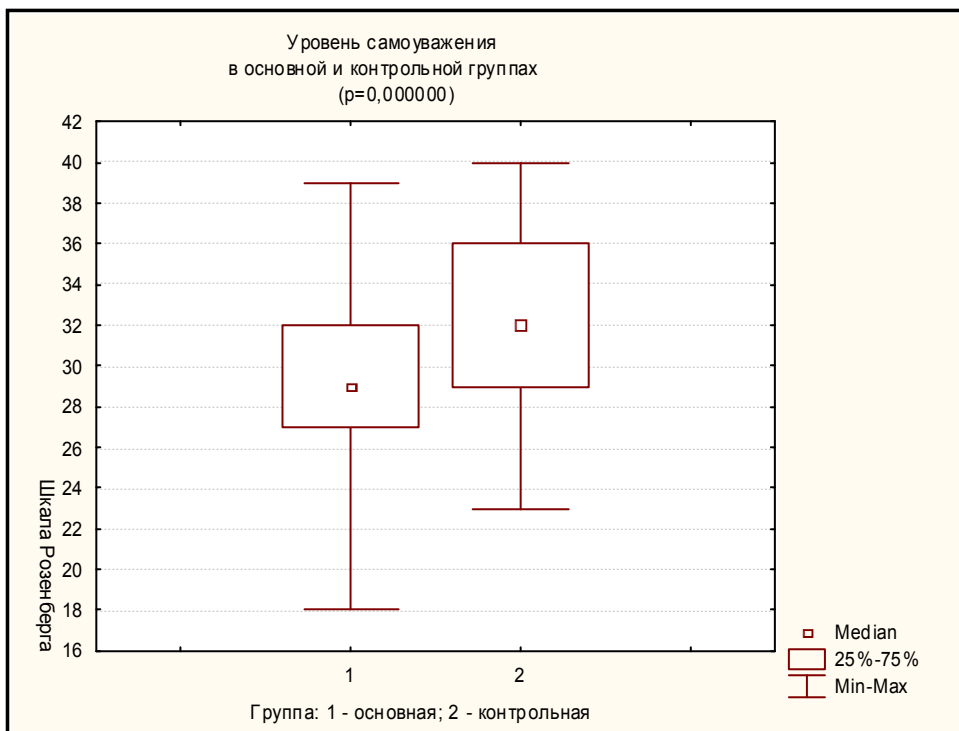
П р и м е ч а н и е. *** – Различия статистически незначимые.

Как показано в таблице 3, обследуемые основной группы фактически по всем социальным параметрам статистически значимо были более фрустрированы, чем студенты контрольной группы. Интерквартильный размах у них находился в диапазоне от «скорее удовлетворен» до «затрудняюсь ответить» и «скорее не удовлетворен». Одинаковая степень неудовлетворенности выявлена по параметрам неудовлетворенности: жилищно-бытовыми условиями, сферой услуг и возможностью выбора места работы. В 1-й подгруппе обследуемые были в большей степени не удовлетворены отношениями с родителями по сравнению с опрошенными 2-й подгруппы ($p=0,04$).

Результаты исследования у студентов-медиков самоуважения по шкале Розенберга показаны на рисунке 1. Установлено, что у студентов-медиков, перенесших в дошкольном возрасте физическое и психологическое насилие, уро-

вень самоуважения ($Me=29$; $Q_{25}-Q_{75}=27-32$) был статистически значимо ниже ($p=0,000000$), чем у воспитывавшихся в благоприятных условиях ($Me=32$; $Q_{25}-Q_{75}=29-36$). Если в контрольной группе он был высоким в большинстве случаев (100 – 63,7%), то в основной группе – только у 30 (35,3%): $\chi^2=16,767$, $p=0,0006$; $OR=3,2$, $95\% CI=1,8-5,8$. Таким образом, воспитание в условиях жестокого обращения более чем в 3 раза повышает вероятность формирования личности с низким самоуважением.

Изучение суицидального поведения показало (табл. 4), что в общей совокупности в основной группе все виды суицидального поведения наблюдались у 45 (52,9%) студентов-медиков, причем суицидальные попытки имели место в 5 (8,3%) случаях. Кроме того, в течение последнего года суицидальное поведение (внутренние формы) имело место у 17 (20%) студентов основной группы.



Р и с у н о к 1. Распределение студетов-медиков по уровню самоуважения в основной и контрольной группах

Т а б л и ц а 4

Распределение суицидального поведения по типам в основной и контрольной группах студентов-медиков

Тип суицидального поведения	Основная группа				Контрольная группа		Различия [1–3]		Различия [2–3]	
	1-я подгруппа		2-я подгруппа		3-я подгруппа		χ^2	p	χ^2	p
	n	%	n	%	n	%				
Суицидальные замыслы	11	44,0	25	41,7	30	19,1	6,297	0,012	7,799	0,006
Суицидальные намерения	1	4,0	3	5,0	4	2,5	–	–	–	–
Суицидальные попытки	3	12,0	2	3,3	–	–	–	–	–	–
Суицидальные замыслы в текущем году	7	28,0	10	16,7	8	5,1	–	–	–	–

Суицидальное поведение в 1-й подгруппе зарегистрировано в общей сложности (все формы) в 15 (60%) случаях и приходилось на возрастной диапазон 13–24 (17,6±3,0) года. Кроме того, в текущем году суицидальные замыслы выявлены у 28% студентов, в 1 (4%) случае произошла суицидальная попытка.

Наиболее часто (10 – 66,7%) причиной возникновения суицидального поведения являлись конфликты с родителями, часто сочетавшиеся с проблемами в учебе, конфликтными отношениями со сверстниками, конфликтами в интимно-личностной сфере (несчастливая любовь, разрыв отношений). В трети (5 – 33,3%) случаев суицидальное поведение мотивировалось утратой смысла жизни, подавленным настроением, проблемами со здоровьем. Характерно, что в данной подгруппе в 6 (40,0%) случаях суицидальное поведение мотивировалось сочетанием суицидогенных конфликтов от 2 до 5.

Суицидальное поведение во 2-й подгруппе (без статистически значимых различий с 1-й подгруппой) наблюдалось у 30 (50%) студентов и проявлялось в возрасте 8–24 (14,9±3,6) года. В текущем году внутренние формы суицидального поведения имели место в 16,7% случаев. Суицидальное поведение мотивировалось в 11 (36,7%) случаях конфликтами с родителями. В остальных случаях это были конфликтные отношения со сверстниками, проблемы с собственным здоровьем, утрата смысла жизни, беспричинное снижение настроения. Характерно, что в данной подгруппе только в 5 (16,6%) случаях суицидальное поведение обуславливало сочетание конфликтов – от 2 до 3.

В контрольной группе суицидальное поведение наблюдалось в 34 (21,7%) случаях, в текущем году – в 8 (5,1%). Конфликты с родителями, явившиеся причиной суицидального поведения, зафиксированы в 4 (11,8%) случаях.

Сравнение частоты всех видов суицидального поведения в основной группе (45 – 52,9%) с контрольной группой (34 – 21,7%) показало статически значимые различия ($\chi^2=23,145$, $p=0,0005$; $OR=4,1$, 95% $CI=2,2-7,5$). Другими словами, перенесенное студентами-медиками в дошкольном возрасте физическое насилие более чем в 4 раза повышает вероятность суицидального поведения, чем у воспитывающихся в благоприятных условиях.

Более того, частота суицидального поведения в 1-й подгруппе (60%) статически значимо выше ($\chi^2=14,227$, $p=0,0008$; $OR=5,4$, 95% $CI=2,1-14,4$), чем в контрольной группе (21,7%). Говоря иными словами, выраженное физическое насилие, перенесенное обследуемыми в дошкольном возрасте, более чем в 5 раз повышает вероятность суицидального поведения по сравнению с воспитывавшимися в благоприятных условиях.

Характерно, что конфликты с родителями как мотив суицидального поведения в 1-й подгруппе (66,7%) встречались статически значимо чаще ($\chi^2=4,882$, $p=0,028$; $OR=5,0$, 95% $CI=1,2-23,1$), чем в контрольной группе (11,8%). Приведенные данные свидетельствуют, что вероятность формирования суицидального поведения под влиянием конфликтов с родителями у лиц, перенесших выраженное физическое насилие в дошкольном возрасте, в 5 раз выше, чем у воспитывающихся в благоприятных условиях. Аналогичные результаты получены соответственно во 2-й подгруппе: 36,7% и 11,8% ($\chi^2=4,207$, $p=0,040$; $OR=4,3$, 95% $CI=1,1-19,2$).

В 1-й подгруппе корреляционный анализ выявил слабую прямую корреляционную зависимость суицидального поведения со степенью неудовлетворенности отношениями с родителями ($r=0,401$ $p=0,047$), а во 2-й подгруппе обнаружена обратная корреляционная зависимость степени выраженности суицидального поведения с уровнем самоуважения по шкале Розенберга ($r=-0,403$, $p=0,001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате исследования установлено, что перенесенное в дошкольном возрасте физическое насилие обуславливает вероятность формирования высокого уровня цинизма почти в 10 раз выше, чем при воспитании в благоприятных условиях. Перенесенное ребенком жестокое обращение в детстве способствовало формированию личности со средним уровнем враждебности по отношению

к окружающим. Помимо того, перенесшие в детстве насилие по большинству социальных сфер были более фрустрированы и обнаруживали статически значимо более низкий уровень самоуважения, чем их сверстники из благополучных семей. Установлено, что более чем в половине случаев (52,9%) социальная дезадаптация и конфликтные отношения в семье обуславливали формирование суицидального поведения (внутренних форм – 47,1% и суицидальных попыток – 8,3% случаев). Корреляционный анализ выявил слабую прямую зависимость суицидального поведения со степенью неудовлетворенности отношениями с родителями и обратную зависимость – с уровнем самоуважения. Полученные данные могут быть положены в основу дифференцированного подхода к профилактике суицидального поведения и социально-психологической дезадаптации лиц юношеского возраста, воспитывавшихся в условиях жестокого семейного воспитания.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы подтверждают отсутствие финансирования и спонсорской поддержки при проведении данного исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» № 3 от 19 февраля 2015 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Pinheiro S.P. World report on violence against children. Geneva: UN, Secretary-Generals study on violence against children, 2006, XIX: 364.
2. Hagemester A.K., Nakajima Y., Beeman S.K., Edleson J.L., Baker P. Collaborating for woman and child safety: a training curriculum for multidisciplinary teams to enhance practice and policy when domestic violence and child maltreatment co-occur. St Paul: Minnesota Center Against Violence and Abuse, 2003.
3. Защита детей от насилия и жестокого обращения: межрегиональный тематический доклад. М.: Институт семьи и воспитания РАО, 2010: 36.
4. Колпакова Л.А. Насилие в семье (виктимологический аспект, вопросы дифференциации ответственности и законодательной техники). М.: Юрлитинформ, 2009: 196.
5. Плешкова Н.А. Семейное насилие и пути его преодоления в современном российском обще-

- стве: региональный аспект: автореф. дис. ... канд. социол. наук. Пенза, 2017: 22.
6. Касимова Л.Н., Демчева Н.К., Катерная Ю.Е. Влияние социальных факторов на психическое здоровье подростков. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2017; 9: 3–13.
 7. Бессчётнова О.В. Детско-родительские отношения в контексте семейного насилия: социологический аспект. *Известия Волгоградского государственного педагогического университета*. 2009; 3: 79–83.
 8. Попова И.В. Опыт исследования проблемы семейного насилия. *Научный диалог*. 2012; 4: 124–135.
 9. Белов В.Г., Парфенов Ю.А., Кирьянов В.М., Москаленко Г.В. Психологический статус подростков в раннем периоде после психической травмы, связанной с насилием в семье. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. 2012; 2: 12–19.
 10. Бадмаева В.Д., Чибисова И.А., Русинова С.С. Предикторы криминального поведения у несовершеннолетних подростков с психическими расстройствами (гендерный аспект). *Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области*. 2017; 3(1): 10–15.
 11. Капитонова Н.С., Банщикова А.В., Кузык Я.С., Забозлаева И.В., Патракова А.А., Смирнова Т.А. Факторы риска суицидального поведения у девочек-подростков. *Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области*. 2017; 3 (1): 24–30.
 12. Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A., Leksowski Ł., Leksowski K. Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2016; 13(2): 212. doi: 10.3390/ijerph13020212
 13. Yusoff M.S., Abdul Rahim A.F., Baba A.A., Ismail S.B., Mat Pa M.N., Esa A.R. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J. Psychiatr.* 2013; 6(2): 128–133. doi: 10.1016/j.ajp.2012.09.012
 14. Melaku L., Mossie A., Negash A. Stress among medical students and its association with substance use and academic performance. *J. Biomed. Educ.* 2015; 2015: Article ID: 149509, 1-9 149509. URL: <https://www.hindawi.com/journals/jbe/2015/149509/>. doi: 10.1155/2015/149509
 15. Qamar K., Khan N.S., Bashir Kiani M.R. Factors associated with stress among medical students. *J. Pak. Med. Assoc.* 2015; 65(7): 753–755. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26160086>
 16. Fares J., Saadeddin Z., Al Tabosh H., Aridi H., El Mouhayyar C., Koleilat M.K., Chaaya M., El Asmar K. Extracurricular activities associated with stress and burnout in preclinical medical students. *J. Epidemiol. Glob. Health*. 2016; 6(3): 177–185. doi: 10.1016/j.jegh.2015.10.003.
 17. Popa-Velea O., Diaconescu L., Mihăilescu A., Jidveian Popescu M., Macarie G. Burnout and its relationships with alexithymia, stress, and social support among Romanian medical students: a cross-sectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2017; 14(6): 560. URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/6/560>. doi: 10.3390/ijerph14060560
 18. Al Kadri H.M., Al-Moamary M.S., Elzubair M., Magzoub M.E., AlMutairi A., Roberts C., van der Vleuten C. Exploring factors affecting undergraduate medical students' study strategies in the clinical years: a qualitative study. *Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract.* 2011; 16 (5): 553–567. doi: 10.1007/s10459-010-9271-2
 19. Reisbig A.M., Danielson J.A., Wu T.F., Hafen M.Jr., Krienert A., Girard D., Garlock J. A study of depression and anxiety, general health, and academic performance in three cohorts of veterinary medical students across the first three semesters of veterinary school. *J. Vet. Med. Educ.* 2012; 39(4): 341–58. doi: 10.3138/jvme.0712-065R.
 20. Crego A., Carrillo-Diaz M., Armfield J.M., Romero M. Stress and academic performance in dental students: the role of coping strategies and examination-related self-efficacy. *J. Dent. Educ.* 2016; 80(2): 165–172. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26834134>
 21. Глазачев О.С. Психосоматическое здоровье студентов-медиков: возможности коррекции на основе оптимизации образовательных технологий. *Вестник МГУ им. М.А. Шолохова. Социально-экологические технологии*. 2011; 1: 63–78.
 22. Хритинин Д.Ф., Сумарокова М.А., Есин А.В., Самохин Д.В., Щукина Е.П. Условия формирования суицидального поведения у студентов медицинского вуза. *Суицидология*. 2016; 7 (2): 49–54.
 23. Руженков В.А., Руженкова В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения учащейся молодежи и возможные пути предупреждения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 4(67): 52–54.
 24. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Pahomov S.P., Zhernakov E.V., Lukyantseva I.S. Internal forms of suicidal behavior among medical students. *Journal of Pharmacy Research*. 2017; 11(12): 1579–1583.

Поступила в редакцию 28.02.2019

Утверждена к печати 8.04.2019

Руженкова Виктория Викторовна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (SPIN 8424-7632, Researcher ID: E-9468-2018; Scopus Author ID: 56362612200; ORCID 0000-0002-1740-4904).

Руженков Виктор Александрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (SPIN 12747247, Researcher ID: E-9496-2018, Scopus Author ID: 6507266676, ORCID 0000-0002-6903-9697).

✉ Руженкова Виктория Викторовна, ruzhenkova@bsu.edu.ru

УДК 364.632-053.4:616.89-008.441.44:364-785.14:614.253.4

For citation: Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A. The outcomes of childhood physical abuse: influence on social adaptation and suicidal behavior of medical students. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 55–64. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-55-64](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-55-64)

The outcomes of childhood physical abuse: influence on social adaptation and suicidal behavior of medical students

Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A.

*Belgorod National Research University
Pobedy Street 85, 308015, Belgorod, Russian Federation*

ABSTRACT

Introduction. Violence in childhood is a negative social factor leading to social maladjustment, the formation of mental disorders and suicidal behavior. The aim of the study was to develop recommendations for the prevention of suicidal behavior among medical students on the basis of studying its relationship with the physical violence in the family during the preschool years. **Material and methods.** A continuous sample of 275 fifth-year students of the Medical Institute was examined using the medico-sociological and psychometric methods. There were 195 (70.9%) females and 80 (29.1%) males aged 20–32 (22.1 ± 1.6) years. All students had a formally prosperous (well-to-do families, higher education from most parents, all working) families. A sample was divided into two groups: the main group included 85 (30.9%) students who experienced physical abuse in preschool years (61 females and 24 males) and the control group – 157 (57.1%) students without abuse in the preschool age (111 females and 46 males). The remaining 33 (12%) students who indicated psychological abuse at preschool age were excluded. **Results.** Unfavorable conditions of upbringing resulted in a high level of cynicism and hostility, difficulties in social adaptation in most social spheres. In more than half of the cases (52.9%), social maladjustment and conflicting relationships in the family led to the formation of suicidal behavior (internal forms – 47.1% and suicidal attempts – 8.3% of cases). Correlation analysis revealed a direct relationship of suicidal behavior with dissatisfaction of relationship with parents and the opposite relationship with the level of self-esteem. **Conclusion.** The data could be used as a basis for a differentiated approach to the prevention of suicidal behavior and socio-psychological maladjustment of young persons who were brought up in conditions of family cruelty.

Keywords: medical students, physical abuse, preschool age, social frustration, self-esteem, suicidal behavior.

REFERENCES

1. Pinheiro S.P. World report on violence against children. Geneva: UN, Secretary-Generals study on violence against children, 2006, XIX: 364.
2. Hagemester A.K., Nakajima Y., Beeman S.K., Edleson J.L., Baker P. Collaborating for woman and child safety: a training curriculum for multidisciplinary teams to enhance practice and policy when domestic violence and child maltreatment co-occur. St Paul: Minnesota Center Against Violence and Abuse, 2003.
3. Zashchita detey ot nasiliya i zhestokogo obrashcheniya: mezhhregional'nyy tematicheskiy doklad [Protecting children from violence and abuse: interregional thematic report]. Moscow: Institute of family and education Russian Education Academy, 2010: 36 (in Russian).
4. Kolpakova L.A. Nasiliye v sem'ye (viktimologicheskii aspekt, voprosy differentsiatsii otvetstvennosti i zakonodatel'noy tekhniki) [Family violence (victimological aspect, issues of differentiation of responsibility and legislation)]. Moscow: Yurlitinform, 2009: 196 (in Russian).
5. Pleshkova N.A. Semejnoe nasilie i puti ego preodoleniya v sovremennom rossijskom obshchestve: regional'nyj aspekt [Family violence and ways to overcome it in modern Russian society: the regional aspect]: thesis abstract of candidate of sociological Sciences. Penza, 2017: 22 (in Russian).

6. Kasimova L.N., Demcheva N.K., Katernaya Yu.E. Vliyaniye sotsial'nykh faktorov na psikhicheskoye zdorov'ye podrostkov [Influence of social factors on mental health of adolescents]. *Vestnik nevrologii, psikiatrii i neyrokhirurgii – Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2017; 9: 3–13 (in Russian).
7. Besschetnova O.V. Detsko-roditel'skiye otnosheniya v kontekste semeynogo nasiliya: sotsiologicheskii aspekt [Parent-children relationship in the context of family violence: sociological aspect]. *Izvestiya Volgogradskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – News of the Volgograd State Pedagogical University*. 2009; 3: 79–83 (in Russian).
8. Popova I.V. Opyt issledovaniya problemy semeynogo nasiliya [Experience in studying the problem of family violence]. *Nauchnyy dialog – Scientific Dialogue*. 2012; 4: 124–135 (in Russian).
9. Belov V.G., Parfenov Yu.A., Kir'yanov V.M., Moskalenko G.V. Psikhologicheskii status podrostkov v rannem periode posle psikhicheskoy travmy, svyazannoy s nasiliyem v sem'ye [The psychological status of adolescents in the early period after mental trauma associated with domestic violence]. *Uchenyye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta – Scientific Notes of the University named after P.F. Lesgaft*. 2012; 2: 12–19 (in Russian).
10. Badmayeva V.D., Chibisova I.A., Rusinova S.S. Prediktory kriminal'nogo povedeniya u nesovershennoletnikh podrostkov s psikhicheskimi rasstroystvami (gendernyy aspekt) [Predictors of criminal behavior in juvenile adolescents with mental disorders (gender aspect)]. *Vestnik soveta molodykh uchënykh i spetsialistov Chelyabinskoy oblasti – Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*. 2017; 3(1): 10–15 (in Russian).
11. Kapitonova N.S., Banshchikova A.V., Kuzyk Ya.S., Zabozyayeva I.V., Patrakova A.A., Smirnova T.A. Faktory riska suitsidal'nogo povedeniya u devochek-podrostkov [Risk factors of suicide behaviour in girls-teenagers]. *Vestnik soveta molodykh uchënykh i spetsialistov Chelyabinskoy oblasti – Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk Region*. 2017; 3 (1): 24–30 (in Russian).
12. Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A., Leksowski Ł., Leksowski K. Chronic stress and suicidal thinking among medical students. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2016; 13(2): 212. doi: 10.3390/ijerph13020212
13. Yusoff M.S., Abdul Rahim A.F., Baba A.A., Ismail S.B., Mat Pa M.N., Esa A.R. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J. Psychiatr.* 2013; 6(2): 128–133. doi: 10.1016/j.ajp.2012.09.012
14. Melaku L., Mossie A., Negash A. Stress among medical students and its association with substance use and academic performance. *J. Biomed. Educ.* 2015; 2015: Article ID: 149509, 1-9 149509. URL: <https://www.hindawi.com/journals/jbe/2015/149509/>. doi: 10.1155/2015/149509
15. Qamar K., Khan N.S., Bashir Kiani M.R. Factors associated with stress among medical students. *J. Pak. Med. Assoc.* 2015; 65(7): 753–755. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26160086>
16. Fares J., Saadeddin Z., Al Tabosh H., Aridi H., El Mouhayyar C., Koleilat M.K., Chaaya M., El Asmar K. Extracurricular activities associated with stress and burnout in preclinical medical students. *J. Epidemiol. Glob. Health*. 2016; 6(3): 177–185. doi: 10.1016/j.jegh.2015.10.003.
17. Popa-Velea O., Diaconescu L., Mihăilescu A., Jidveian Popescu M., Macarie G. Burnout and its relationships with alexithymia, stress, and social support among Romanian medical students: a cross-sectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2017; 14(6): 560. URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/6/560>. doi: 10.3390/ijerph14060560
18. Al Kadri H.M., Al-Moamary M.S., Elzubair M., Magzoub M.E., AlMutairi A., Roberts C., van der Vleuten C. Exploring factors affecting undergraduate medical students' study strategies in the clinical years: a qualitative study. *Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract.* 2011; 16 (5): 553–567. doi: 10.1007/s10459-010-9271-2
19. Reisbig A.M., Danielson J.A., Wu T.F., Hafen M.Jr., Krienert A., Girard D., Garlock J. A study of depression and anxiety, general health, and academic performance in three cohorts of veterinary medical students across the first three semesters of veterinary school. *J. Vet. Med. Educ.* 2012; 39(4): 341–58. doi: 10.3138/jvme.0712-065R.
20. Crego A., Carrillo-Diaz M., Armfield J.M., Romero M. Stress and academic performance in dental students: the role of coping strategies and examination-related self-efficacy. *J. Dent. Educ.* 2016; 80(2): 165–172. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26834134>
21. Glazachev O.S. Psikhosomaticheskoye zdorov'ye studentov-medikov: vozmozhnosti korrektsii na osnove optimizatsii obrazovatel'nykh tekhnologiy [Psychosomatic health of medical students: correction on the base of educational technologies optimization]. *Vestnik MGU im. M.A. Sholohova. Sotsial'no-ekologicheskkiye tekhnologii – Bulletin of Moscow State University named after M.A. Sholokhov. Socio-environmental Technologies*. 2011; 1: 63–78 (in Russian).
22. Khritinin D.F., Sumarokova M.A., Esin A.V., Samokhin D.V., Shchukina E.P. Usloviya formirovaniya suitsidal'nogo povedeniya u studentov meditsinskogo vuza [Conditions for the formation of suicidal behavior among medical students]. *Suitsidologiya – Suicidology*. 2016; 7 (2): 49–54 (in Russian).
23. Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V. Nekotoryye aspekty suitsidal'nogo povedeniya uhashcheysya molodezhi i vozmozhnyye puti preduprezhdeniya [Some aspects of suicidal behavior of students and

possible ways to prevent]. *Sibirskiy vestnik psikhii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2011; 4(67): 52–54 (in Russian).

24. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Pahomov S.P., Zhernakov E.V., Lukyantseva I.S. Internal forms of

suicidal behavior among medical students. *Journal of Pharmacy Research*. 2017; 11(12): 1579–1583.

Received February 28.2019

Accepted April 08.2019

Ruzhenkova Viktoriya V. – PhD, Associate Professor, Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, “Belgorod State National Research University”, Belgorod, Russian Federation (SPIN 8424-7632, Researcher ID: E-9468-2018; Scopus Author ID: 56362612200; ORCID 0000-0002-1740-4904).

Ruzhenkov Viktor A. – MD, Prof., Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, “Belgorod State National Research University”, Belgorod, Russian Federation (SPIN 12747247, Researcher ID: E-9496-2018, Scopus Author ID: 6507266676, ORCID 0000-0002-6903-9697).

✉ Ruzhenkova Viktoriya V., ruzhenkova@bsu.edu.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.015.6-053.83:616.891.6:616.89-008.454:616.8-085.851-043.4

Для цитирования: Воеводин И.В. Значение направленности иррациональной установки долженствования: дифференцированная программа когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 65–73. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-65-73](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-65-73)

Значение направленности иррациональной установки долженствования: дифференцированная программа когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддиктивных и непсихотических тревожно-депрессивных расстройств

Воеводин И.В.^{1, 2}

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

² Национальный исследовательский Томский государственный университет
Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 36

РЕЗЮМЕ

Интеграция когнитивно-поведенческого метода с подходом на базе копинга стресса позволила обосновать новое направление – когнитивной копинг-терапии (ССТ). Эффективность общей программы ССТ при аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройствах с учетом участников, не явившихся на контрольную точку (при комплаентности 60,6%), характеризовалась следующими показателями: ремиссия в отношении злоупотребления алкоголем – 50,9%, употребления наркотиков – 47,1%, редуцирование тревоги – 47,4%, депрессии – 42,2%. **Целью** исследования стал поиск возможного пути оптимизации и повышения эффективности данного вида вмешательств. Методом кластерного анализа были выделены две группы пациентов: стеничный кластер характеризовался иррациональной установкой долженствования в отношении себя, относительно высокой социальной адаптацией и относительно адаптивным копингом, гипостеничный кластер – установкой долженствования в отношении других и противоположными характеристиками. **Результаты.** Сравнительный анализ эффективности вмешательства по общей методике ССТ и с применением подхода, дифференцированного по направленности долженствования, зафиксировал повышение комплаентности до 85,9%, уровня подтвержденной ремиссии при алкоголизации – 72,1%, при наркотизации – 80,0%, редуцирование тревоги – 73,2% и депрессии – 69,7%. Также были улучшены показатели социальной адаптации, когнитивного стиля, копинг-стиля, отказа пациентов от рискованного и противоправного поведения.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия, копинг, аддиктивные расстройства, тревожно-депрессивные расстройства.

ВВЕДЕНИЕ

В качественном сдвиге при разработке новых методов и повышении эффективности психотерапии ведущую роль сыграла когнитивно-бихевиоральная парадигма [1]. С позиций когнитивно-поведенческой терапии (СВТ), риск возникновения и поддержания аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройств сопряжен с нарушениями эмоционального регулирования [2], неразрывно связанными с когнитивными процессами и вторичными поведенческими нарушениями [3]. Главной мишенью психотерапии в данном случае становятся неадекватные когнитивные схемы [4], способствующие эмоциональной и поведенческой дисрегуляции и корре-

лирующие с акцентуациями характера, терминальными и инструментальными ценностями, направленностью личности и особенностями стресс-реагирования [5]. Многочисленные отечественные и зарубежные исследования подтверждают эффективность СВТ при зависимостях [6], тревожных [7, 8] и депрессивных [9] расстройствах.

S.U. Johnson et al. (2017) подчеркивают выраженность и стойкость эффекта СВТ при тревожных расстройствах [10]. E.E. Epstein et al. (2018) отмечают, что успех при СВТ алкогольной зависимости достигается в первую очередь за счет выраженного редуцирования тревожной и депрессивной симптоматики, повышения

внутреннего локуса контроля, формирования адаптивных коммуникативных навыков, а также навыков стрессоустойчивости и самоконтроля [11]. I. Milosevic et al. (2017) исследовали эффективность СВТ при коморбидных аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройствах; лучшие результаты получены в отношении стресс-симптомов, алкоголизации, роста самооценки; менее выражены результаты редуцирования тревоги, депрессии и наркотизации [12].

Подход P.J. Conrod et al. (2006) к когнитивно-поведенческим интервенциям среди студентов, злоупотребляющих алкоголем, предполагает рассмотрение в виде мишеней индивидуально-личностных особенностей и неадекватного когнитивного функционирования, а самого злоупотребления – в виде неадаптивной поведенческой копинг-стратегии [13]. На значимую связь когнитивных оценок стрессовых ситуаций и стилей совладания с ними указывают M.J. Kang et al. (2018) [14].

Отечественными исследователями уделялось внимание взаимосвязи между когнитивным стилем и копинг-стратегией [15, 16], а также роли данной взаимосвязи в формировании зависимостей. Практическая реализация идей интеграции когнитивной теории с теорией копинга стресса в терапии зависимостей нашла отражение в публикациях A.I. Mellentin et al. (2017) [17], а в терапии тревожных расстройств – в исследовании H.Z. Zhao et al. (2017), с введением нового термина – когнитивная копинг-терапия (ССТ) [18].

Однако приоритет в публикации результатов исследований по данному направлению и внедрению в практику термина «когнитивно-поведенческая копинг-профилактика» принадлежит специалистам НИИ психического здоровья (Томск, 2015) [19].

С целью повышения эффективности психотерапевтического воздействия также целесообразно обеспечить его дифференцированность, учет индивидуальных особенностей пациента. В качестве основы для дифференцирования авторами описываются личностные особенности [20]; указывается на необходимость применения индивидуализированного подхода к пациентам с личностными чертами тормозимого круга, прежде всего из-за специфических проблем с социальной адаптацией [21].

Коморбидность аддиктивных, тревожных и депрессивных расстройств приобретает социальную актуальность в условиях напряженного

характера региональной наркологической ситуации, требуя в том числе эффективного психотерапевтического вмешательства [22, 23, 24].

Таким образом, представляется актуальным оптимизация психотерапевтических когнитивно-поведенческих копинг-вмешательств при тревожно-депрессивных и аддиктивных расстройствах путем их индивидуализации на различных основаниях.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая оценка возможностей повышения эффективности когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройств за счет дифференцирования вмешательств на основе когнитивного стиля.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эффективность методики общей когнитивно-поведенческой копинг-терапии была оценена на клинической группе из 127 пациентов в возрасте от 18 до 35 лет, средний возраст которых на момент обследования составил 24 (20; 30) года; из них лиц мужского пола – 60 (47,2%), женского пола – 67 (52,8%). Это были пациенты с алкогольной зависимостью и употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.2 и F10.1) – 45 (35,4%) наблюдений; пациенты с наркотической зависимостью и употреблением с вредными последствиями, синтетические каннабиноиды (F12.2 и F12.1) – 34 (26,8%); пациенты с непсихотическими тревожно-депрессивными расстройствами (F4x, исключая F44) – 48 (37,8%).

Результаты психологического обследования данной группы были использованы для обоснования методики дифференцированной терапии. К иррациональным когнитивным установкам (ИКУ), выраженным в баллах (по методике Personal Beliefs Test с приложением НИИ психического здоровья), была применена процедура кластерного анализа по k-среднему в каждой из клинических подгрупп (алкогольная зависимость, наркотическая зависимость, тревожно-депрессивные расстройства). После кластеризации по вариантам и выделения когнитивных кластеров для каждой подгруппы была проведена кластеризация по случаям, с отнесением каждого пациента к одному из выделенных кластеров. Выполнен сравнительный межкластерный анализ микросоциальных характеристик, характерологических особенностей, копинга, социальной адаптации, клинических симптомов и показателей социального функционирования обследованных пациентов. По

результатам анализа обоснован дифференцированный подход к психотерапевтическому компоненту вмешательства.

Для апробации дифференцированной программы сформирована группа из 92 больных, соответствующая первой группе по половозрастным и нозологическим характеристикам (при $p > 0,05$ во всех случаях). В группу вошли пациенты от 19 до 35 лет, средний возраст которых на момент обследования составил 25 (21; 31) лет; из них лиц мужского пола – 43 (46,7%), женского пола – 49 (53,3%); с алкогольной зависимостью – 37 (40,2%); с наркотической зависимостью – 17 (18,5%), с тревожно-депрессивными расстройствами – 38 (41,3%).

Контрольная точка с повторной оценкой психологических, клинических показателей и особенностей социального функционирования пациентов в обоих случаях была проведена через 30 дней после завершения психотерапии. Оценивались следующие показатели: компла-

ентность, употребление алкоголя, употребление наркотиков, тревога, депрессия, социально-психологическая адаптация, рискованное поведение, противоправное поведение, когнитивный стиль, копинг-стиль.

В исследовании использовались методы: клинико-психопатологический, психометрический (оценка тревожной и депрессивной симптоматики по шкалам HADS, Спилбергер-Ханина, депрессии Бека; оценка когнитивного стиля и копинг-стиля по методике Е. Neim в интерпретации сотрудников НИИ психического здоровья [19] и J. Amirkhan); клинико-динамический (оценка психопатологической симптоматики в динамике) и статистический.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Методика общей когнитивно-поведенческой копинг-терапии с учетом комплаентности, составившей 60,6% (77 из 127 пациентов, явившихся на контрольную точку), обнаружила следующую эффективность (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Результаты общей программы когнитивно-поведенческой копинг-терапии

Показатель	Не явились		Значение сопоставимо		Улучшение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Употребление алкоголя (n=55)	20	36,4	7	12,7	28	50,9
Употребление наркотиков (n=51)	24	47,1	3	5,9	24	47,1
Тревога (n=95)	34	35,8	16	16,8	45	47,4
Депрессия (n=45)	15	33,3	11	24,4	19	42,2
Социально-психологическая адаптация (n=102)	39	38,2	48	47,1	15	14,7
Рискованное поведение (n=39)	18	46,2	6	15,4	15	38,5
Противоправное поведение (n=34)	17	50,0	0	0	17	50,0
Когнитивный стиль (n=104)	41	39,4	38	36,5	25	24,0
Копинг-стиль (n=83)	31	37,3	31	37,3	21	25,3

Проанализированы все случаи алкогольной зависимости и употребления алкоголя с вредными последствиями (в том числе коморбидные, при наркотической зависимости и тревожно-депрессивных расстройствах), наркотической зависимости и коморбидного употребления наркотиков, тревоги и депрессии во всех клинических подгруппах, низкого уровня социально-психологической адаптации (СПА), рискованного и противоправного поведения, нерационального когнитивного стиля и неадаптивного копинг-стиля.

Как «сопоставимые значения» показателей рассматривались: единичные алкогольные и наркотические «срывы», не приведшие к возникновению рецидива, отсутствие полной нормализации показателей по всем шкалам тревоги и депрессии, сохранение низкого уровня социально-психологической адаптации, единичные случаи рискованного поведения после выписки

из стационара, сохранение когнитивной иррациональности по двум и более ИКУ, преобладание «избегающего» копинг-стиля над «разрешающим». Как видно из приведенных данных, низкая эффективность выявлена по показателям социально-психологической адаптации, когнитивного и копинг-стиля.

С целью повышения эффективности вмешательств путем дифференцирования, придания адресности был проведен кластерный анализ ИКУ по вариантам в трех клинических группах (табл. 2, 3, 4).

Полученные результаты демонстрируют, что как аддиктивные, так и тревожно-депрессивные расстройства могут формироваться двумя путями, на основе разных типов когнитивной иррациональности. Как основа выделения типов иррациональности может быть рассмотрена направленность ИКУ долженствования – либо на самого себя, либо на других людей.

Т а б л и ц а 2

Варианты формирования алкогольной зависимости с позиций иррациональных когнитивных установок

Кластеризация по k-среднему	CLUSTER	DISTANCE
Катастрофизация	1	0,60
Долженствование в отношении себя	1	0,59
Нарушенный баланс рискованности	1	0,72
Оценочное дихотомическое мышление	1	0,58
Неспособность к отсроченному гедонизму	1	0,73
Нарушенный баланс интересов	2	0,73
Долженствование в отношении других	2	0,54
Внешний локус контроля	2	0,53
Низкая фрустрационная толерантность	2	0,56
Ригидность	2	0,59

Т а б л и ц а 3

Варианты формирования наркотической зависимости с позиций иррациональных когнитивных установок

Кластеризация по k-среднему	CLUSTER	DISTANCE
Долженствование в отношении себя	1	0,52
Нарушенный баланс рискованности	1	0,57
Катастрофизация	1	0,64
Оценочное дихотомическое мышление	2	0,66
Внешний локус контроля	2	0,58
Нарушенный баланс интересов	2	0,68
Низкая фрустрационная толерантность	2	0,55
Долженствование в отношении других	2	0,62
Неспособность к отсроченному гедонизму	2	0,65
Ригидность	2	0,69

Т а б л и ц а 4

Варианты формирования тревожно-депрессивных расстройств с позиций иррациональных когнитивных установок

Кластеризация по k-среднему	CLUSTER	DISTANCE
Катастрофизация	1	0,51
Долженствование в отношении себя	1	0,53
Оценочное дихотомическое мышление	1	0,39
Низкая фрустрационная толерантность	1	0,54
Неспособность к отсроченному гедонизму	1	0,59
Нарушенный баланс интересов	2	0,57
Нарушенный баланс рискованности	2	0,73
Внешний локус контроля	2	0,61
Долженствование в отношении других	2	0,61
Ригидность	2	0,70

Различная направленность долженствования (на самого себя или на других) во всех клинических группах стабильно выступает в кластерах дифференцирующей характеристикой. Последующее разделение пациентов на кластеры (методом кластеризации по случаям) и сравнительный анализ межкластерных различий позволили обосновать дифференцированные подходы к психотерапии. При этом кластер на базе долженствования в отношении себя проявился в большей степени как «стеничный» (психопатоподобный), а при направленности долженствования на других людей – как «гипостеничный» (неврозоподобный).

Разделение на кластеры при алкогольной зависимости обнаруживает сложную картину микросоциальных и клинико-психологических межкластерных различий, где проявления «психопатизации» и «невротизации» могут сочетаться в стеничном и гипостеничном кластерах. Стеничность кластера на основании ИКУ долженствования в отношении себя обусловлена сопряженностью с ИКУ нарушенного баланса интересов, неспособностью к отсроченному гедонизму, сравнительно высоким уровнем использования разрешающего копинга и неадаптивностью отвлечения от стрессовых ситуаций.

При этом сопряженность с ИКУ оценочного дихотомического мышления, повышенный уровень распространенности коммуникативных нарушений и сравнительное преобладание атактической и субмиссивной мотивировок алкоголизаций в большей степени относятся к «невротичным» признакам. Кластер на основании ИКУ долженствования в отношении других имеет гипостеничную природу вследствие сопряженности с ИКУ низкой фрустрационной толерантности и внешнего локуса контроля, сравнительно низкого уровня использования разрешающего копинга и неспособности к принятию неблагоприятных ситуаций. В то же время повышенная частота нарушений дисциплины в учебном заведении, неудовлетворенность приобретаемой специальностью, относительное преобладание мотивировки гиперактивации представляют собой проявления «психопатизации».

Кластеризация пациентов с наркотической зависимостью выявляет атипичные признаки только для гипостеничного кластера. Стеничный кластер на основании долженствования в отношении себя сформировался за счет пациентов, сравнительно чаще воспитывавшихся в условиях гиперопеки (как протектирующей, так и потворствующей), отличающихся достаточно высокой СПА. Стеничность обусловлена преобладанием мотивировки гиперактивации при наркотизациях и рискованного поведения в социальном функционировании. Высокая адаптация сочетается с высоким уровнем применения разрешающего копинга. Когнитивно-поведенческое вмешательство ориентировано на коррекцию ИКУ нарушенного баланса интересов и катастрофизации, помимо собственно ИКУ долженствования в отношении себя.

В гипостеничном кластере на основе долженствования в отношении других обращает на себя внимание нетипичная сопряженность с ИКУ неспособности к отсроченному гедонизму и связанная с ней неадаптивность отвлечения, что чаще характерно для стеничных кластеров. Воспитывались представители данного кластера сравнительно чаще в негармоничных условиях, с преобладанием гипоопеки и бессистемных требований; для них характерна низкая адаптация. Относительно преобладают атактическая и протестная мотивировки наркотизаций. Повышены частота и выраженность гипотимической и астенической симптоматики, соматических проявлений. При сопоставимой в кластерах частоте встречаемости достоверно

повышена выраженность вегетативных и диссомнических нарушений, а также тревоги. Депрессивные расстройства выявляются достоверно чаще. На этом основании когнитивно-поведенческая копинг-профилактика в кластере подразумевает проработку ряда ИКУ, включая неспособность к отсроченному гедонизму, переориентацию с избегающего копинг-стиля, работу с неадаптивным отвлечением. Обращает на себя внимание повышенный риск соматизации депрессии.

Определенная «атипичность» кластеров прослеживается и среди пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами. Стеничный характер кластера на основе долженствования в отношении себя определяется отличительными микросоциальными характеристиками (преобладание либо дружеских, либо конфликтных отношений с членами учебного коллектива, преобладающие интересы, связанные со спортом). Присущая стеничным кластерам «аддиктивность» (ИКУ неспособности к отсроченному гедонизму, повышенная распространенность табакокурения с мотивировками атактической и гиперактивации, сниженная адаптивность отвлечения) сочетается с нехарактерными признаками (ИКУ низкой фрустрационной толерантности, пессимистическое прогнозирование, избегающий копинг и, как результат, повышенная частота распространенности депрессивной симптоматики).

Гипостеничный кластер на основе ИКУ долженствования в отношении других имеет характерные микросоциальные особенности (повышенная частота одиночества в учебном коллективе, связанные с творчеством интересы), особенности симптоматики (сравнительно высокий уровень распространенности тягостного одиночества) и копинга – сравнительная неадаптивность в способности к принятию ситуации и социальной поддержки. «Атипичность» данному кластеру придает сопряженность долженствования в отношении других с ИКУ нарушенного баланса интересов, что характерно для стеничных кластеров. Особенности дифференцированных вмешательства связаны: для стеничного кластера – с работой с ИКУ низкой фрустрационной толерантности, коррекцией избегающего копинга и склонности к пессимистичному прогнозу, устранением депрессивной симптоматики; для гипостеничного кластера – в значительной степени сосредоточены на коммуникативных проблемах и копинге, связанном с социальной поддержкой.

Результаты дифференцированной программы когнитивно-поведенческой копинг-терапии

Показатель	Не явились		Значение сопоставимо		Улучшение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Потребление алкоголя (n=43)	6	14,0	6	14,0	31	72,1
Потребление наркотиков (n=30)	5	16,7	1	3,3	24	80,0
Тревога (n=71)	9	12,7	10	14,1	52	73,2
Депрессия (n=33)	7	21,2	3	9,1	23	69,7
Социально-психологическая адаптация (n=75)	11	14,7	39	52,0	25	33,3
Рискованное поведение (n=25)	4	16,0	3	12,0	18	72,0
Противоправное поведение (n=20)	3	15,0	0	0	17	85,0
Когнитивный стиль (n=83)	12	14,5	14	16,9	57	68,7
Копинг-стиль (n=61)	9	14,8	17	27,9	35	57,4

Применение программы дифференцированной психотерапии позволило повысить комплаентность пациентов до 85,9% (79 явившихся на контрольную точку из 92). Результаты программы когнитивно-поведенческой копинг-терапии представлены в таблице 5.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наибольшую сравнительную эффективность программа дифференцированной когнитивно-поведенческой копинг-профилактики по сравнению с общей (недифференцированной) программой обнаружила в отношении повышения рациональности когнитивного стиля ($\chi^2=37,55$; $df=2$; $p<0,001$), адаптивности копинг-стиля ($\chi^2=16,71$; $df=2$; $p<0,001$) и уровня социально-психологической адаптации ($\chi^2=15,35$; $df=2$; $p<0,001$). Статистически достоверные различия эффективности получены также в отношении редуцирования тревоги ($\chi^2=13,23$; $df=2$; $p=0,002$), ремиссии при наркопотреблении ($\chi^2=8,58$; $df=2$; $p=0,014$), отказа от рискованного поведения ($\chi^2=7,48$; $df=2$; $p=0,024$), ремиссии при злоупотреблении алкоголем ($\chi^2=6,39$; $df=2$; $p=0,041$), редуцирования депрессии ($\chi^2=6,16$; $df=2$; $p=0,046$). Статистически сопоставимый результат получен в отношении отказа от противоправного поведения. Таким образом, программа может быть рекомендована как способ повышения эффективности психотерапевтического компонента вмешательств при аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройствах.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Статья подготовлена по основному плану НИР в рамках выполнения темы «Распространенность, клиничко-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза психических и поведенческих расстройств, вызванных

употреблением психоактивных веществ в социально-организованных популяциях (профилактический, реабилитационный аспекты). Номер государственной регистрации ААА-А15-115123110064-5.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания локального этического комитета НИИ психического здоровья № 36 от 25 октября 2010 г., дело № 36/1.2010).

ЛИТЕРАТУРА

1. Холмогорова А.Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24(4): 53–61.
2. Cheetham A., Allen N.B., Yücel M., Lubman D.I. The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(6): 621–634. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.005
3. Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Гуревич Г.Л., Потапова Р.К. Взаимосвязь эмоциональных и когнитивных нарушений в структуре наркологических заболеваний. *Наркология*. 2014; 13(1): 84–90.
4. Simons R.M., Sistas R.E., Simons J.S., Hansen J. The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive Behaviors*. 2018; 78: 1–8. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.10.020
5. Мирошниченко С.С. Исследование характерологических коррелятов дисфункциональных убеждений учащихся вузов. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. 2014; 4: 93–97. DOI: 10.5930/issn.1994-4683.2014.04.110.p93-97
6. Hendriks V., van der Schee E., Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 119(1–2): 64–71. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021
7. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревож-

- ных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2016; 4: 42–52.
8. Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е. Когнитивно-ориентированная психотерапия при тревожных расстройствах: оценка в контролируемом исследовании. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 25(2): 55–64.
 9. Domènech J.G., Odrizola V.N. Psicoterapias cognitivas. *Psiquiatria Biológica*. 2016; 23(1): 40–45.
 10. Johnson S.U., Hoffart A., Nordahl H.M., Wampold B.E. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 50: 103–112. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.06.004
 11. Epstein E.E., McCrady B.S., Hallgren K.A., Gaba A., Litt M.D. Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2018; 88: 27–43. doi: 10.1016/j.jsat.2018.02.003
 12. Milosevic I., Chudzik S.M., Boyd S., McCabe R.E. Evaluation of an integrated group cognitive-behavioral treatment for comorbid mood, anxiety, and substance use disorders: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 46: 85–100. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.08.002
 13. Conrod P.J., Stewart S.H., Comeau N., Maclean A.M. Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2006; 35(4): 550–563.
 14. Kang M.J., Bang M., Lee S.Y., Lee E., An S.K. Coping styles in individuals at ultra-high risk for psychosis: Associations with cognitive appraisals. *Psychiatry Research*. 2018; 264: 162–168. doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.079
 15. Гречаный С.В. Лечение зависимости от психоактивных веществ у подростков: проблемы и современные подходы. *Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева*. 2014; XLVI(2): 24–30.
 16. Сирота Н.А., Зенцова Н.И. Когнитивно-поведенческая модель профилактики рецидива при наркомании. *Вестник Московского университета*. Серия 14: Психология. 2009; 1: 81–88. http://msupsyj.ru/pdf/vestnik_2009_1/vestnik_2009-1_81-88.pdf
 17. Mellentin A.I., Skøt L., Nielsen B., Schippers G.M., Juhl C. Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2017; 57: 195–207. doi: 10.1016/j.cpr.2017.07.006
 18. Zhao H.Z., Wang C.H., Gao Z.Z., Ma J.D., Hu X.Z. Effectiveness of cognitive-coping therapy and alteration of resting-state brain function in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 208: 184–190. doi: 10.1016/j.jad.2016.10.015
 19. Воеводин И.В., Бохан Н.А. Когнитивно-поведенческая копинг-профилактика аддиктивных и аффективных состояний у студентов (новый подход к оценке иррациональных когнитивных установок и копинга). *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2015; 2: 42–50.
 20. Агибалова Т.В., Бузик О.Ж., Гуревич Г.Л. Значение личности больных алкоголизмом в психотерапевтическом процессе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011; 111(11–2): 39–43.
 21. Джангильдин Ю.Т., Голубев Д.А. Терапевтическое значение клинико-психопатологических особенностей больных алкоголизмом с личностными чертами тормозимого круга. *Наркология*. 2012; 11(2): 39–43.
 22. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Алкогольная смертность в отдалённых сельских районах Западной Сибири. *Наркология*. 2011; 10, 9 (117): 43–47.
 23. Бохан Н.А., Мандель А.И., Артемьев И.А., Ветлугина Т.П., Солонский А.В., Прокопьева В.Д., Иванова С.А., Невидимова Т.И. Эпидемиология, клинико-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006; 3 (42): 25–32.
 24. Бохан Н.А., Иванова С.А., Левчук Л.А. Серотониновая система в модуляции депрессивного и аддиктивного поведения. Томск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2013: 102.

Поступила в редакцию 14.01.2019

Утверждена к печати 8.04.2019

Воеводин Иван Валерьевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН, доцент кафедры социальной работы, философский факультет НИ ТГУ.

✉ Воеводин Иван Валерьевич, i_voevodin@list.ru

УДК 615.015.6-053.83:616.891.6:616.89-008.454:616.8-085.851-043.4

For citation: Voevodin I.V. The significance of irrational demandingness' directionality: The differentiated program of cognitive-behavioural coping-therapy of addictive and nonpsychotic anxiety and depressive disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 65–73. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-65-73](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-65-73)

The significance of irrational demandingness' directionality: the differentiated program of cognitive-behavioural coping-therapy of addictive and nonpsychotic anxiety and depressive disorders

Voevodin I.V.^{1,2}

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

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

ABSTRACT

The integration of cognitive-behavioural approach with stress coping approach allowed to justify a new direction – cognitive coping therapy (CCT). The effectiveness of the common CCT program in addictive and anxiety-depressive disorders, taking into account the patients which were missing control point (compliance 60.6%): remission of alcohol abuse – 50.9%, drug use – 47.1%, anxiety – 47.4%, depression – 42.2%. **The aim of the study** was to find a possible way to optimize and improve the effectiveness of this type of intervention. By cluster analysis two groups of patients were selected: sthenic cluster was characterized by the irrational demandingness of themselves, relatively high social adaptation and relatively adaptive coping, hyposthenic cluster was characterized by demandingness in relation to other, and opposite characteristics. **Result.** A comparative analysis of the intervention's effectiveness by the common CCT technique and using of differentiated approach in the irrational demandingness' directionality, fixed an increase in compliance to 85.9%, the level of confirmed remission in alcohol using – 72.1%, drugs using – 80.0%, anxiety – 73.2%, and depression – 69.7%. Indicators of social adaptation, cognitive style, coping style, refusal of patients from risk-taking and criminal behaviour were also improved.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, coping, addictive disorders, anxiety and depressive disorders.

REFERENCES

1. Kholmogorova A.B. Obostrenie bor'by paradigm v naukah o psihicheskom zdorov'e: v poiskah vyhoda [Clash of paradigms in mental health sciences: In search of a way out]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2014; 24(4): 53–61 (in Russian).
2. Cheetham A., Allen N.B., Yücel M., Lubman D.I. The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(6): 621–634. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.005
3. Agibalova T.V., Rychkova O.V., Gurevich G.L., Potapova R.K. Vzaimosvyaz' emocional'nyh i kognitivnyh narushenij v strukture narkologicheskikh zabojevanij [Interrelation of emotional and cognitive disorders in the structure of narcological diseases]. *Narkologiya – Narcology*. 2014; 13(1): 84–90 (in Russian).
4. Simons R.M., Sistas R.E., Simons J.S., Hansen J. The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive Behaviors*. 2018; 78: 1–8. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.10.020
5. Mirosnichenko S.S. Issledovanie harakterologicheskikh korrelyatov disfunkcional'nyh ubezhdenij uchashchihsya vuzov [Study of the characterological correlates of dysfunctional beliefs of the university students]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta – Scientific Notes of the P.F. Lesgaft University*. 2014; 4: 93–97 (in Russian). DOI: 10.5930/issn.1994-4683.2014.04.110.p93-97
6. Hendriks V., van der Schee E., Blanken P. Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 119(1–2): 64–71. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021
7. Karavaeva T.A., Vasilieva A.V., Poltorak S.V. Principy i algoritmy psihoterapii trevozhnyh rasstrojstv nevroticheskogo urovnya (trevozhno-fobicheskikh, panicheskogo i generalizovannogo trevozhnogo rasstrojstv) [Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy]. *Obozrenie psikhiiartii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2016; 4: 42–52 (in Russian).
8. Tukaev R.D., Kuznetsov V.E. Kognitivno-orientirovannaya psihoterapiya pri trevozhnyh rasstrojstvah: ocenka v kontroliruemom issledovanii [Cognitively oriented therapy in anxiety disorders: Evaluation in a controlled trial]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2015; 25(2): 55–64 (in Russian).
9. Domènech J.G., Odriozola V.N. Psicoterapias cognitivas [Cognitive psychotherapy]. *Psiquiatria Bi-*

- ológica – Biological Psychiatry*. 2016; 23(1): 40–45 (in Spanish).
10. Johnson S.U., Hoffart A., Nordahl H.M., Wampold B.E. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 50: 103–112. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.06.004
 11. Epstein E.E., McCrady B.S., Hallgren K.A., Gaba A., Litt M.D. Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2018; 88: 27–43. doi: 10.1016/j.jsat.2018.02.003
 12. Milosevic I., Chudzik S.M., Boyd S., McCabe R.E. Evaluation of an integrated group cognitive-behavioral treatment for comorbid mood, anxiety, and substance use disorders: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 46: 85–100. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.08.002
 13. Conrod P.J., Stewart S.H., Comeau N., Maclean A.M. Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2006; 35(4): 550–563.
 14. Kang M.J., Bang M., Lee S.Y., Lee E., An S.K. Coping styles in individuals at ultra-high risk for psychosis: Associations with cognitive appraisals. *Psychiatry Research*. 2018; 264: 162–168. doi: 10.1016/j.psychres.2018.03.079
 15. Grechanyi S.V. Lechenie zavisimosti ot psihoaktivnyh veshchestv u podrostkov: problemy i sovremennye podhody [Treatment of substance dependence in adolescents: Problems and modern approaches]. *Nevrologicheskiy vestnik. Zhurnal imeni V.M. Bekhtereva – Neurological bulletin. V.M. Bekhterev Journal*. 2014; XLVI(2): 24–30 (in Russian).
 16. Sirota N.A., Zentsova N.I. Kognitivno-povedencheskaya model' profilaktiki recidiva pri narkomanii [Cognitive-behavioral model of preventive maintenance of relapse in drug addiction]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psihologiya – Moscow University Psychology Bulletin. Series 14: Psychology*. 2009; 1: 81–88 (in Russian). http://msupsyj.ru/pdf/vestnik_2009_1/vestnik_2009_1_81-88.pdf
 17. Mellentin A.I., Skøt L., Nielsen B., Schippers G.M., Juhl C. Cue exposure therapy for the treatment of alcohol use disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2017; 57: 195–207. doi: 10.1016/j.cpr.2017.07.006
 18. Zhao H.Z., Wang C.H., Gao Z.Z., Ma J.D., Hu X.Z. Effectiveness of cognitive-coping therapy and alteration of resting-state brain function in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 208: 184–190. doi: 10.1016/j.jad.2016.10.015
 19. Voevodin I.V., Bokhan N.A. Kognitivno-povedencheskaya koping-profilaktika addiktivnyh i affektivnyh sostoyanij u studentov (novyj podhod k ocenke irracional'nyh kognitivnyh ustanovok i kopinga) [Cognitive-behavioural coping-prevention of addictive and affective disorders among the students (new approach to evaluation of irrational cognitions and coping)]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2015; 2: 42–50 (in Russian).
 20. Agibalova T.V., Buzik O.Zh., Gurevich G.L. Znachenie lichnosti bol'nyh alkogolizmom v psihoterapevticheskom processe [The value of the personality of patients with alcoholism in the psychotherapeutic process]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2011; 111(11–2): 39–43 (in Russian).
 21. Dzhangildin Ju.T., Golubev D.A. Terapevticheskoe znachenie kliniko-psihopatologicheskikh osobennostej bol'nyh alkogolizmom s lichnostnymi chertami tormozimogo kruga [Therapeutic importance of clinical and psychopathological characteristics of alcohol addicted patients with inhibited personality type]. *Narkologiya – Narcology*. 2012; 11(2): 39–43 (in Russian).
 22. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. *Narkologiya – Narcology*. 2011; 10, 9 (117): 43–47 (in Russian).
 23. Bokhan N.A., Mandel A.I., Artemyev I.A., Vetlugina T.P., Solonsky A.V., Prokopyeva V. D., Ivanova S.A., Nevidimova T.I. Epidemiology, pathobiological regularities of prevention of mental and behavioral disorders as a result of substance abuse (regional aspect) *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2006; 3 (42): 25–32 (in Russian).
 24. Bokhan N.A., Ivanova S.A., Levchuk L.A. [Serotonin system in modulation of depressive and addictive behavior]. Tomsk: Publishing House “Ivan Fedorov”, 2013: 102 (in Russian).

Received January 14.2019

Accepted April 08.2019

Voevodin Ivan V., PhD, senior researcher, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, associate professor, Department of Social Work, Philosophical Faculty, National Research Tomsk State University.

✉ Voevodin Ivan V., i_voevodin@list.ru

ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.891:616.895:616.8-008.64:616.891.6:616.8-085.851:616.24-006:616.33-006.6:616.34-006.6

Для цитирования: Куприянова И.Е., Гураль Е.С. Психические расстройства у пациентов с онкопатологией определенной локализации (рак легких, желудка, кишечника). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 74–81. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-74-81](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-74-81)

Психические расстройства у пациентов с онкопатологией определенной локализации (рак легких, желудка, кишечника)

Куприянова И.Е., Гураль Е.С.

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

РЕЗЮМЕ

Психические расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями встречаются чаще, чем в общей популяции, снижая их адаптивность и качество реабилитации. В статье описаны клинические особенности психических расстройств у пациентов с различной онкопатологией (рак легких, желудка, кишечника). **Материал и методы.** В группу исследования вошло 46 человек. Обследование пациентов проводилось с помощью традиционного клинико-психопатологического метода и количественной оценки депрессивных проявлений (шкала депрессии Гамильтона – HDRS-21). **Результаты.** Получено следующее распределение пациентов по нозологической структуре: с расстройством адаптации (20% случаев), аффективными расстройствами (11%), органическими психическими расстройствами (15%), донозологическими расстройствами (54%). Тяжесть депрессии, оцененная по шкале депрессии Гамильтона, была сопоставима у пациентов с диагнозами: расстройство адаптации (13,3±1,1 балла), аффективные расстройства (12,8±2,2 балла), органические расстройства (11,3±1,5 балла) ($p>0,05$), но статистически значимо была более выраженной в сравнении с пациентами с донозологическими расстройствами (6,3±0,4, $p<0,05$). Выявлено, что у пациентов с диагностированным раком кишечника донозологические расстройства встречались чаще, чем в других группах. В статье обсуждается психотерапевтическая и психофармакологическая коррекция наблюдавшихся психических расстройств для каждого вида онкологической нозологии.

Ключевые слова: психоонкология, психотерапия, психопатология, депрессивные расстройства, рак легкого, рак кишечника, рак желудка.

АКТУАЛЬНОСТЬ

По данным интерактивной веб-платформы о статистике рака Globocan (Global Cancer Observatory), 8,2 млн людей в мире ежегодно умирает от рака [2]. В 2016 г. в Российской Федерации было выявлено 599 348 случаев злокачественных новообразований, прирост данного показателя по сравнению с 2015 г. составил 1,7% [5].

Смертность от рака среди всех причин смертности населения занимает второе место. В Томской области, согласно данным Томскстата, в 2010 г. зарегистрировано 15 202 пациента с диагнозом новообразования, установленным впервые в жизни, а в 2015 г. данный показатель возрос до 18 413 [4].

В целом в Сибирском федеральном округе отмечается рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований [17]. Эта тревожная ситуация активно обсуждается и нагнетается СМИ, акцентирующими внимание на

отрицательных реалиях в состоянии здоровья нации. Несмотря на то что создаются национальные программы по борьбе с раком, рак легких, кишечника и желудка продолжает входить в первую пятерку мировой онкологической заболеваемости [3]. Таким образом, злокачественные новообразования ассоциируются среди населения со страхом смерти, инвалидизацией, болью и беспомощностью, порождая серьезные психологические проблемы, что может приводить к повышению психической напряженности, длительным и тяжелым психическим расстройствам, изменениям личности и даже суицидам [1].

При онкологической патологии чаще всего наблюдаются расстройство адаптации (до 68% среди опрошенных) и клиническая депрессия (до 13%) [8]. Тревожные и депрессивные расстройства в целом встречаются чаще у пациентов с диагнозом рака, чем у их сверстников, не имеющих онкологической патологии [9].

Этиология и патогенез злокачественных новообразований изучены недостаточно. Гипотеза о том, что могут быть выявлены психосоциальные, иммунные или эндокринные механизмы, через которые эмоциональные факторы могут влиять на рост или редукцию опухоли, неоднократно обсуждалась в литературе. Кроме того, многими авторами высказывалась точка зрения, что и психические расстройства, в свою очередь, влияют на развитие рака [7, 12, 13, 14, 15].

Почти половина больных со стомой сообщают о послеоперационной депрессии или других психологических трудностях, которые в большинстве случаев через несколько месяцев смягчаются. Стомированные пациенты испытывают проблемы в социальной, личной и интимной жизни, связанные с ощущением стыда и неловкости из-за возможности просачивания содержимого кишечника, справиться с которыми могли бы лучше всего помочь другие, уже адаптировавшиеся пациенты [16]. Для больных раком легкого характерны выраженная тревога, страхи в сочетании с астенией. При раке желудка и кишечника наблюдается тяжелая ипохондрия [12].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клиничко-психопатологические особенности у пациентов с диагнозом рака различ-

ной локализации (желудка, лёгких и кишечника).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведено обследование 46 человек, из них 32 мужчины и 14 женщин, страдающих злокачественными новообразованиями определенной локализации (лёгких, желудка, сигмовидной, толстой и прямой кишки). Возраст обследованных варьировал от 28 до 76 лет, средний возраст пациентов составил $56,2 \pm 1,5$ года. В исследование были включены пациенты, готовящиеся к оперативному лечению, находившиеся в торако-абдоминальном отделении НИИ онкологии Томского НИМЦ.

В работе использованы методы: клиничко-психопатологическое обследование, клиничко-психологическое исследование с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HDRS-21) [18]. Для обработки полученных данных использовался статистический пакет «Statistica v.6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение пациентов с расстройством адаптации, аффективными расстройствами, органическими психическими расстройствами и донозологическими расстройствами в зависимости от локализации онкопатологии представлено в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Распределение психических расстройств по нозологической структуре у пациентов с различной онкологической патологией

Нозология	Рак желудка (абс./%)	Рак легких (абс./%)	Рак кишечника (абс./%)	Всего (абс./%)
Расстройство адаптации	4 (33,3%)	2 (12,5%)	3 (16,7%)	9 (20%)
Аффективные расстройства	1 (8,3%)	2 (12,5%)	2 (11,1%)	5 (11%)
Органические психические расстройства	2 (16,7%)	3 (18,75%)	2 (11,1%)	7 (15%)
Донозологические расстройства	5 (41,7%)	9 (56,25%)	11 (61,1%)	25 (54%)
Всего	12 (100%)	16 (100%)	18 (100%)	46 (100%)

Наибольшее число в исследовательской выборке приходилось на пациентов с донозологическими расстройствами, их объемная доля составила 54,35% (n=25). Пациенты с аффективными расстройствами по частоте встречаемости составили самую минимальную по численности группу (11% – n=5). Далее приводится краткая характеристика психических расстройств у пациентов с онкопатологией.

Донозологические расстройства

Донозологические расстройства выявлялись клинически, проявлялись более мягкими симптомами, чем у пациентов с диагностированной психопатологией. К данной группе были отнесены 25 человек (18 мужчин и 7 женщин) с донозологическими расстройствами (астениче-

ский вариант с преобладанием психической слабости выявлен у 15 человек, астенический вариант с преобладанием физической слабости – у 8 человек, соматовегетативный вариант – у 2 человек).

При астеническом варианте донозологического расстройства с преобладанием психической слабости пациенты, как правило, предъявляли жалобы на рассеянность и утомляемость, слезливость, эмоциональную неустойчивость. Астенический вариант с преобладанием физической слабости характеризовался трудностями при засыпании, утомляемостью, желанием передохнуть, присесть или прилечь в течение дня. Соматовегетативный вариант выражался в периодических головных болях, неожиданно воз-

никающем чувстве тревоги, беспокойства, сопровождающимся общей тяжестью в теле. Донозологические состояния возникали на фоне установления онкологического диагноза и редуцировались в течение 2–4 недель.

Расстройство адаптации

Расстройство адаптации у пациентов с онкологической патологией характеризуется сниженным настроением, тревогой, навязчивыми мыслями о тяжелом заболевании, о жизнеопасном прогнозе. Пациенты считают, что «не перенесут операцию», что предстоящее лечение будет «неэффективным и принесет только боль и страдания». Эти мысли мучительны, они мешают пациентам сконцентрироваться на чём-либо другом, переключиться на какую-то полезную или приятную деятельность. Кроме того, пациентов с расстройством адаптации беспокоило чувство беспомощности перед сложившейся ситуацией и снижение работоспособности. Среди обследованных пациентов расстройство адаптации выявлено у 9 человек (8 женщин и 1 мужчины с диагнозом рака легких). Онкологическая патология у 8 женщин с расстройством адаптации распределялась следующим образом: рак легких – 2 человека, рак кишечника – 2 человека, рак желудка – 4 человека.

Диагноз злокачественного новообразования, действительно, становится психотравмирующей ситуацией. Пациенты тревожатся о последующем неизбежном изменении своего социального статуса, необходимости оформления группы инвалидности, материальных трудностях, которые при этом возникнут. Кроме того, актуализируются семейные и личные конфликты и даже появляются суицидальные мысли. Тем не менее расстройство адаптации не всегда связано именно с диагнозом рака, у некоторых пациентов в анамнезе прослеживается несколько психотравмирующих ситуаций либо одна значимая психотравмирующая ситуация (потеря близкого человека, нежелательный выход на пенсию, переезд в другой населенный пункт и др.).

Аффективные расстройства

Депрессивные проявления у пациентов данной группы развивались с углублением и утяжелением течения онкологического заболевания. Тревога была более характерна для остро возникающих заболеваний, а депрессия – для пациентов, имеющих длительный стаж онкологического заболевания. Диагностированы следующие аффективные расстройства: депрес-

сивный эпизод легкой и средней степени тяжести, без психотических симптомов (2 человека), дистимия (2 человека), гипомания (1 человек).

Дистимия характеризовалась длительно сниженным настроением, утомляемостью, периодическими нарушениями сна, рассеянностью, некоторой раздражительностью, общей слабостью. При этом пациенты старались скрыть свое настроение и произвести хорошее впечатление на окружающих.

Гипомания была диагностирована у мужчины 30 лет с диагнозом рака прямой кишки. Пациент был многоречив, активно жестикулировал, говорил быстро, высказывал уверенность в том, что у него «все замечательно», беспорядочно перескакивая с одной темы на другую, настроение было приподнятым, плохо спал ночью, поздно засыпал и рано просыпался.

Одной из причин грустно-подавленного настроения после операции по поводу онкологической патологии может быть то обстоятельство, что мучительные переживания, связанные, например, с обезображивающим увечьем, удалением пораженного органа или неудачным исходом операции, еще не переработаны психологически. Неспособность переработать актуальную негативную информацию может приводить к формированию психопатологических симптомов, таких как безнадежность, апатия, бессонница, потеря аппетита, возврат к детским защитным реакциям, актуализация суицидального поведения. При перечисленных нарушениях показана кризисная психотерапия. Обсуждается, что комплексная психотерапия в раннем послеоперационном периоде улучшает эффективность лечения [10].

Органические расстройства

В обследованной выборке пациентов были выявлены следующие органические расстройства: органическое депрессивное расстройство (n=3) и органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (n=4), которые возникали как следствие острого нарушения мозгового кровообращения (n=3), травмы головного мозга (n=2). Кроме того, нужно учитывать, что у онкологических пациентов органические расстройства развиваются или усугубляются на фоне токсического воздействия химио- и лучевой терапии (n=2).

При органическом депрессивном расстройстве наблюдались типичные проявления для депрессивного расстройства в виде устойчивого снижения настроения, чувства вины, потери интересов, чувства усталости и слабости, на-

рушения сна и аппетита. В одном случае пациент высказывал суицидальные мысли и намерения. Для органического астенического расстройства характерны эмоциональная лабильность, раздражительность и даже некоторая грубость, уплощенность в суждениях, при этом легкое истощение аффекта и физическая утомляемость. Пациенты с органическими расстройствами нуждались в уменьшении выра-

женности астенической и алгической симптоматики и когнитивных нарушений [11].

В обследованной выборке пациентов был проведен сравнительный анализ показателей тяжести депрессии по 21-пунктовой шкале депрессии Гамильтона (в том числе с выделением наиболее значимых показателей по отдельным подпунктам данной шкалы) в зависимости от варианта психического расстройства (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Показатели по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-21) у пациентов с различной психопатологией

Баллы по шкале Гамильтона	Расстройство адаптации	Аффективные расстройства	Органические расстройства	Донозологические расстройства
Средний суммарный балл	13,3±1,1	12,8±2,2	11,3±1,5	6,3±0,4
Сниженное настроение	1,3±0,2	2,0±0,5	1,0±0,4	0,6±0,1
Чувство вины	0,9±0,4	1,4±0,4	1,0±0,4	0,4±0,1
Ранняя бессонница	0,9±0,1	0,6±0,3	0,7±0,2	0,7±0,1
Тревога психическая	1,1±0,3	1,0±0,0	0,9±0,1	0,6±0,1

При сопоставлении данных по шкале HDRS-21 у пациентов с различной психической патологией статистически значимые данные были получены только при сопоставлении донозологических расстройств с психическими расстройствами ($p < 0,05$). Внутри группы психических расстройств статистически значимых различий не обнаружено ($p > 0,05$). В то же время отмечается тенденция к более высоким показателям тяжести текущих депрессивных симпто-

мов при расстройстве адаптации за счет нарушения сна и психической тревоги.

На следующем этапе исследования была проведена сравнительная оценка показателей тяжести депрессии по шкале HDRS-21 (в том числе также с выделением наиболее значимых показателей по отдельным подпунктам данной шкалы) в зависимости от локализации онкологической патологии (рак желудка, кишечника, легких) (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

Характеристика симптомов депрессии по шкале депрессии Гамильтона (HDRS-21) у пациентов с онкопатологией определенной локализации

Баллы по шкале Гамильтона	Рак желудка	Рак кишечника	Рак легких
Средний суммарный балл	10,5±1,0	8,6±1,1	9,0±1,3
Пониженное настроение	1,4±0,2	0,7±0,2	0,9±0,3
Чувство вины	1,2±0,3	0,6±0,2	0,5±0,2
Ранняя бессонница	0,7±0,1	0,8±0,1	0,7±0,1
Снижение активности, работоспособности	0,4±0,2	0,4±0,1	0,8±0,2
Заторможенность	0,3±0,2	0,3±0,1	0,7±0,2
Ажитация	0,8±0,2	0,9±0,2	0,5±0,1
Тревога психическая	0,9±0,2	0,8±0,1	0,6±0,1

Статистически значимых различий при сравнении онкологических диагнозов не было выявлено ($p > 0,05$), однако отмечается тенденция к росту депрессивных проявлений при раке желудка за счет более высоких показателей по следующим пунктам: сниженное настроение, чувство вины и психическая тревога.

Помимо патологических реакций в ответ на сообщение о диагнозе онкологического заболевания мы наблюдали нормальную эмоциональную реакцию: отрицание, раздражение, принятие. Такие симптомы, как чувство безнадежности, приступы тревоги, паники и всепогло-

щающее чувство вины, мы рассматривали как симптомы психического расстройства. Кроме того, пациенты предъявляют жалобы на тревогу перед будущим, испытывают страх смерти, разочарование, беспокойство по поводу предстоящей операции, её исхода, возможные послеоперационные осложнения, нарушение сна, дискомфорт из-за невозможности продолжать прежний образ жизни. Лечение пациентов проводилось в соответствии с ведущим синдромом в рамках выявленной психопатологии. В остром периоде при выраженной тревоге и бессоннице назначались анксиолитики и снотвор-

ные. В случае расстройств адаптации и депрессивных расстройств, в том числе органического происхождения, назначали антидепрессант из группы СИОЗС – флувоксамин, обладающий выраженным противотревожным и снотворным эффектами, который отменялся за 2 дня перед оперативным вмешательством и вновь назначался после возвращения пациента из реанимационного отделения. В обследованной выборке пациентов не применялись бензодиазепиновые транквилизаторы, так как случаев тяжелой тревоги не выявлялось. Пациенты с органической патологией дополнительно наблюдались у невролога и получали сосудистую и ноотропную терапию.

При наличии психических расстройств, ассоциированных с онкопатологией, сочетание медикаментозного лечения и психотерапии имеет положительные эффекты в виде сокращения периода восстановления, а также в долгосрочной перспективе, способствуя росту адаптивных возможностей пациентов и приводя к уменьшению суицидального риска [11].

При выполнении данного исследования психотерапевтическое консультирование носило индивидуальный характер в связи с тем, что на первых этапах госпитализации в отделение пациенты проходили большое количество медицинских обследований, в связи с чем им было трудно включиться в психотерапевтическую группу. Пациенты с донозологическими расстройствами и пациенты без психических расстройств (нормальная эмоциональная реакция), как правило, обращались с конкретным запросом к врачу-психотерапевту (проблемно-ориентированная терапия). В отношении пациентов с расстройством адаптации делался акцент на снижение тревоги, чувства вины, адаптацию к ситуации (не всегда это была адаптация к диагнозу), нормализацию сна и настроения в рамках поддерживающей и экзистенциальной психотерапии. При аффективных расстройствах в психотерапевтической работе использовались элементы когнитивно-поведенческой терапии для нормализации настроения, сна и снижения психической тревоги. При органических психических расстройствах большое значение также имеет нормализация настроения, снижение психического напряжения за счет поддерживающей психотерапии.

В процессе работы нами было выявлено, что пациенты в зависимости от локализации онкопатологии имели некоторые особенности. Так, пациенты с диагнозом рака легких демонстри-

ровали хороший ответ на поддерживающую психотерапию. Для пациентов с диагнозом рака кишечника необходима поддерживающая психотерапия в пред- и послеоперационном периодах, на этом этапе также должна подключаться образовательная программа о навыках обслуживания колостомы. Пациенты с раком желудка и раком кишечника позитивно реагируют на информационно-образовательные программы о правильном питании и здоровом образе жизни. Пациенты онкологического стационара часто оказываются вне поля зрения специалистов, хотя нуждаются в наблюдении и лечении не только врача психиатра-психотерапевта, в связи с чем необходимо привлечение и других специалистов: социальных работников, психологов, онкологов, персонала отделения, особенно младшего, который осуществляет уход и может сглаживать возникающие у соответствующих пациентов чувство неловкости, стыда и физической неполноценности, особенно в послеоперационном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при онкологических заболеваниях встречается широкий спектр психической патологии: донозологические расстройства, расстройство адаптации, аффективные расстройства, органические расстройства вне зависимости от локализации рака (кишечник, желудок, лёгкие). Значимыми факторами для усугубления психического состояния у соответствующих пациентов становится онкологический диагноз и последствия обширного операционного лечения, а также дальнейшая химио- и лучевая терапия. Психопатологические проявления при различной онкопатологии требуют индивидуальных психофармакологических и психотерапевтических программ в рамках персонализированной терапии, что будет являться дальнейшим направлением исследований.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской и иной финансовой поддержки.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование с участием людей проведено с соблюдением принципов Хельсинкской декларации ВМА и одобрено Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 98 от 20 марта 2017 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Развитие сибирской психоонкологии / В.Я. Семке, Е.Л. Чойнзонов, И.Е., Куприянова, Л.Н. Балацкая. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2008: 198.
2. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin D.M., Forman D., Bray F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.
3. Bray F., Ren J.S., Masuyer E., Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J. Cancer*. 2013 Mar 1; 132(5):1133–45. DOI: 10.1002/ijc.27711
4. Томская область в цифрах. 2016: Краткий статистический сборник. Томск: Томскстат, 2016: 252.
5. Состояние онкологической помощи населению России в 2016 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017: 236.
6. Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Рябова Л.М., Кудяков Л.А., Горшкова Л.В., Семке В.А. Организация психотерапевтической и социально-психологической поддержки пациентов со злокачественными новообразованиями в условиях онкодиспансера. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 4(89): 106–112.
7. Бехер О.А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы. *Сибирский онкологический журнал*. 2008; приложение 1: 16–17.
8. Costa G., Salamero M., Gil F. Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients. *Med. Clin*. 2007; 128(18): 687–691. <http://www.biomedsearch.com/nih/Validity-questionnaire-MOS-SSS-social/17540143.html>
9. Jadoon N.A., Munir W., Shahzad M.A., Choudhry Z.S. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2010; 10: 594. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-10-594>
10. Дубский С.В., Куприянова И.Е., Чойнзонов Е.Л., Балацкая Л.Н. Психологическая реабилитация и оценка качества жизни больных раком щитовидной железы. *Сибирский онкологический журнал*. 2008; 4: 17–21.
11. Комплексная реабилитация пациентов с депрессивными расстройствами, ассоциированными с онкопатологией: Медицинская технология / Е.В. Лебедева, Е.Д. Счастный, Г.Г. Симуткин. Томск: «Иван Федоров», 2016: 40.
12. Марилова Т.Ю., Андрианов О.В., Марилов Т.В. Психопатологические реакции онкологических больных. *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН*. 2003; 2: 28–30.
13. Greer S., Morris T., Pettingale K.W. Psychosocial response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*. 1979; 314(8146): 785–787. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(79\)92127-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(79)92127-5)
14. Frasci I., Litin E.M., Pearson J.S. Comparison of symptoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intra-abdominal neoplasms. *Am J Psychiatry*. 1967 Jun;123(12): 1553–62. DOI: 10.1176/ajp.123.12.1553
15. Boyd A.D., Riba M. Depression and Pancreatic. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007; 5 (1):113–116; DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2007.0012>
16. Thomas C., Madden F., Jehu D.J. Psychological effects of stomas-II. Factors influencing outcome. *J Psychosom Res*. 1987; 31(3): 317–23. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(87\)90051-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(87)90051-1)
17. Слонимская Е.М., Бехер О.А., Куприянова И.Е. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы. *Психические расстройства в общей медицине*. 2009. 01: 22–24.
18. Чойнзонов Е.Л., Писарева Л.Ф., Жуйкова Л.Д., Одинцова И.Н., Ананина О.А., Пикалова Л.В., Батищева М.С. Качество диагностики и учета онкологических больных в Томской области в 2004–2014 гг. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2015; 59(6): 14–18.
19. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1960. 23: 56–62.

Поступила в редакцию 14.02.2019
Утверждена к печати 8.04.2019

Куприянова Ирина Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний.

Гураль Евгения Сергеевна, младший научный сотрудник отделения профилактической психиатрии.

✉ Куприянова Ирина Евгеньевна, irinakupr@rambler.ru

УДК 616.891:616.895:616.8-008.64:616.891.6:616.8-085.851:616.24-006:616.33-006.6:616.34-006.6

For citation: Kupriyanova I.E., Gural E.S. Mental disorders in patients with oncological pathology of a certain localization (cancer of the lung, stomach, intestines). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 74–81. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-74-81](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-74-81)

Mental disorders in patients with oncological pathology of a certain localization (cancer of the lung, stomach, intestines)

Kupriyanova I.E., Gural E.S.

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

ABSTRACT

Mental disorders in patients with cancer are more common than in the general population, reducing their adaptability and the quality of rehabilitation. The article describes the clinical features of mental disorders in patients with various cancer pathologies (cancer of the lung, stomach, intestines). **Material and methods.** The study group included 46 persons. Patients were examined using traditional clinical and psychopathological methods and quantitative assessment of depressive manifestations (Hamilton Depression Scale – HDRS-21). **Results.** We observed patients with adjustment disorder (20% of cases), with affective disorders (11%), with organic mental disorders (15%), with pre-nosological disorders (54%). On the Hamilton Depression Rating Scale, in patients with the diagnosis of adjustment disorder, the average total score is higher (13.33 ± 1.05) than in patients with affective disorders (12.8 ± 2.2), organic disorders (11.3 ± 1.5) ($p > 0.05$), and in patients with pre-nosological conditions (6.3 ± 0.4 , $p < 0.05$). It was found that patients with the diagnosis of bowel cancer were more likely to have pre-nosological disorders than in other groups. The article discusses the psychotherapeutic and psychopharmacological correction of the observed mental disorders for each type of cancer nosology.

Keywords: psycho-oncology, psychotherapy, psychopathology, depressive disorders, lung cancer, bowel cancer, stomach cancer.

REFERENCES

1. Razvitie sibirskoj psihoonkologii [Development of Siberian psycho-oncology] / V.Ya. Semke, E.L. Choinzonov, I.E. Kupriyanova, L.N. Balatskaya. Tomsk: Publishing house Tomsk University, 2008: 198 (in Russian).
2. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin D.M., Forman D., Bray F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.
3. Bray F., Ren J.S., Masuyer E., Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J. Cancer*. 2013 Mar 1; 132(5):1133–45. DOI: 10.1002/ijc.27711
4. Tomskaya oblast' v cifrah. 2016: Kratkij statisticheskij sbornik [Tomsk region in numbers. 2016: Summary of statistics]. Tomsk: Tomskstat, 2016: 252 (in Russian).
5. Sostoyanie onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2016 godu [The state of cancer care in Russia in 2016]. A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova, eds. Moscow: Moscow Research Cancer Institute named after P.A. Herzen – Branch “National Medical Research Center of Radiology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2017: 236 (in Russian).
6. Lebedeva E.V., Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Ryabova L.M., Kudyakov L.A., Gorshkova L.V., Semke V.A. Organizatsiya psikhoterapevticheskoy i sotsial'no-psikhologicheskoy podderzhki patsientov so zlokachestvennymi novoobrazovaniyami v usloviyakh onkodispensera [Organization of psychotherapeutic and social-psychological support of patients with malignant tumors under conditions of Oncologic Dispensary]. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 4(89): 106–112 (in Russian).
7. Bekher O.A. Nervno-psihicheskie rasstrojstva u zhenshchin stradayushchih rakom molochnoj zhelezy [Neuropsychiatric disorders in women with breast cancer]. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal – Siberian Journal of Oncology*. 2008; Supplement 1: 16–17 (in Russian).
8. Costa G., Salamero M., Gil F. Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients. *Med. Clin*. 2007; 128(18): 687–691. <http://www.biomedsearch.com/nih/Validity-questionnaire-MOS-SSS-social/17540143.html>
9. Jadoon N.A., Munir W., Shahzad M.A., Choudhry Z.S. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*. 2010; 10: 594. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-10-594>
10. Dubsky S.V., Kupriyanova I.E., Choinzonov E.L., Balatskaya L.N. Psihologicheskaya reabilitatsiya i oценка kachestva zhizni bol'nyh rakom shchitovid-

- noj zhelezy [Psychological rehabilitation and evaluation of the quality of life of patients with thyroid cancer]. *Sibirskij onkologicheskij zhurnal – Siberian Journal of Oncology*. 2008; 4: 17–21 (in Russian).
11. Kompleksnaya reabilitaciya pacientov s depressivnymi rasstrojstvami, associirovannymi s onkopatologiej: Medicinskaya tekhnologiya [Comprehensive rehabilitation of patients with depressive disorders associated with cancer: medical technology / E.V. Lebedeva, E.D. Stastnyy, G.G. Simuykin. Tomsk: Publishing House “Ivan Fedorov”, 2016: 40 (in Russian).
 12. Marilova T.Yu., Andrianov O.V., Marilov T.V. Psihopatologicheskie reakcii onkologicheskikh bol'nyh [Psychopathological reactions of cancer patients]. *Vestnik RONC im. N.N. Blohina RAMN – Bulletin of the Russian Cancer Research Center named after N. N. Blokhin of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2003; 2: 28–30 (in Russian).
 13. Greer S., Morris T., Pettingale K.W. Psychosocial response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*. 1979; 314(8146): 785–787. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(79\)92127-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(79)92127-5)
 14. Fris I., Litin E.M., Pearson J.S. Comparison of symptoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intra-abdominal neoplasms. *Am J Psychiatry*. 1967 Jun;123(12): 1553–62. DOI: 10.1176/ajp.123.12.1553
 15. Boyd A.D., Riba M. Depression and Pancreatic. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007; 5 (1):113–116; DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2007.0012>
 16. Thomas C., Madden F., Jehu D.J. Psychological effects of stomas-II. Factors influencing outcome. *J Psychosom Res*. 1987; 31(3): 317–23. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(87\)90051-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(87)90051-1)
 17. Slonimskaya E.M., Becher O.A., Kupriyanova I.E. Nervno-psihicheskie rasstrojstva u zhenshchin, stradayushchih rakom molochnoj zhelezy [Neuropsychiatric disorders in women with breast cancer] *Psihicheskie rasstrojstva v obshchej medicine – Mental Disorders in General Medicine*. 2009. 01: 22–24 (in Russian).
 18. Choinzonov E.L., Pisareva L.F., Zhuykova L.D., Odintsova I.N., Ananina O.A., Pikalova L.V., Batischeva M.S. Kachestvo diagnostiki i ucheta onkologicheskikh bol'nyh v Tomskoj oblasti v 2004–2014 gg. [Quality of diagnostics and the account of oncological patients in the Tomsk area in 2004–2014]. *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii – Health Care of the Russian Federation*. 2015; 59(6): 14–18 (in Russian).
 19. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 1960. 23: 56–62.

Received February 14.2019

Accepted April 08.2019

Kupriyanova Irina E., MD, Prof., lead researcher of Borderline State Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Gural Evgenia S., junior researcher, Department of Preventive Psychiatry, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

✉ Kupriyanova Irina E., irinakupr@rambler.ru

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.891.6:159.944.4:612.821.4:364-785.14:355.588.2:656.086.14:364.62

Для цитирования: Шпорт С.В., Васильченко А.С., Стрюцкова М.Ю. Клинико-психиатрические и социально-психологические последствия дорожно-транспортных происшествий (обзор литературы). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 82–89. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-82-89](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-82-89)

Клинико-психиатрические и социально-психологические последствия дорожно-транспортных происшествий (обзор литературы)

Шпорт С.В., Васильченко А.С., Стрюцкова М.Ю.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Россия, 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23

РЕЗЮМЕ

В обзоре литературы обсуждаются клинико-психиатрические и социально-психологические последствия последствий дорожно-транспортных происшествий. Транспортная авария может повлечь за собой гибель людей или причинение телесных повреждений в результате травмы. Особое внимание уделяется факторам риска попадания в ДТП и гендерным особенностям стресс-реагирования участников ДТП. Подчеркивается необходимость оценки реабилитационного потенциала при организации медико-психологического сопровождения участников ДТП, а также учета преморбидных особенностей личности участников ДТП для повышения качества оказания помощи пострадавшим в ДТП.

Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение, участники дорожно-транспортных происшествий, острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство.

ВВЕДЕНИЕ

Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) являются одним из самых распространенных видов чрезвычайных ситуаций (ЧС). За последние несколько лет количество ДТП в РФ постепенно снижалось: так, в 2016 г. было зафиксировано 173 694 ДТП, в 2017 г. – 169 432, а в 2018 г. – 151 291. Также уменьшалось и количество людей, которые погибли или были ранены в данных происшествиях.

Положительная динамика статистических данных так или иначе отражает повышение эффективности комплекса мер, направленных на обеспечение безопасности дорожного движения, в том числе основанного и на научном анализе клинико-социальных, психологических факторов аварийности. Однако вопросы медико-психологического сопровождения пострадавших и получивших телесные повреждения в результате ДТП, дифференцированного по временным и клиническим закономерностям реагирования на стресс, в настоящее время ушли из поля зрения как практиков, так и исследователей. Очевидна актуальность проблемы курации участников ДТП непосредственно после происшествия. Вопросу же сопровождения клиницистами и медицинскими психологами в отдаленном периоде в отечественной практике не уделяется должного внимания.

Развивающаяся острая реакция в ответ на стресс у участников ДТП приводит к дистрессу на физиологическом и психологическом уровнях, что нередко способствует серьезным нарушениям социальной адаптации, развитию выраженных состояний тревоги, страха, эмоционального напряжения, депрессивных переживаний, стойких изменений личности, посттравматического стрессового расстройства [1]. Стрессовая реакция может быть как непосредственной, то есть проявляющейся напрямую после аварии, так и отсроченной. Отсроченная неблагоприятная реакция может проявиться через неделю после попадания в аварию. В ряде случаев последствия аварии в виде отсроченной стрессовой реакции, негативно сказываются на качестве жизни и через несколько месяцев после ситуации ДТП.

Разработка проблемы профилактики отсроченных последствий предполагает учет факторов риска ДТП. Поскольку клинико-психологические факторы ДТП во многом совпадают с факторами, определяющими закономерности реагирования на стресс, их знание позволяет проспективно составлять индивидуализированные программы медико-психологического сопровождения участников ДТП, чтобы предупредить развитие психических расстройств на отдаленном этапе.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клинико-психиатрические и социально-психологические последствия дорожно-транспортных происшествий по материалам российской и зарубежной литературы.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОВЕРШЕНИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

К общим факторам относятся более молодой возраст, повышенная утомляемость, тревога, беспокойство, состояние алкогольного или наркотического опьянения, расстройства невротического и психотического спектра. Водителями, повторно совершившими правонарушение на дороге, чаще всего были мужчины моложе 30 лет, которые садились за руль в нетрезвом состоянии [2]. Следует иметь в виду импульсивность водителя: так, у водителей такси в случаях повышения потенциальной награды увеличивалось рискованное вождение, так же как и у водителей автобусов степень рискованного вождения увеличивает прибыль и вкладываемые в работу усилия [3, 4, 5].

Одним из важнейших факторов, усиливающих риск попадания в дорожно-транспортное происшествие, является принятие алкоголя. Водители, страдающие алкоголизмом, часто пренебрегали правилами дорожного движения, преднамеренно нарушая их [6]. Также употребление алкоголя снижает показатель активного внимания и скорость реакции, тогда как высокий уровень этих показателей является обязательным условием для участия в дорожно-транспортном движении [7]. Важным фактором при принятии алкоголя является возраст: у водителей в возрасте 50–60 лет больше шансов быть вовлеченными в тяжелые аварии, по сравнению с 20–30-летними, в состоянии алкогольного опьянения [8].

На попадание в ДТП влияют такие соматические заболевания, как диабет и сосудистые болезни. Высокая распространенность у водителей ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда в свою очередь является фактором риска аварий, так как эти заболевания снижают работоспособность [9]. Негативное влияние могут оказывать скрытые нарушения сна [10].

Вопрос о влиянии психической болезни водителя на совершение ДТП до сих пор остается открытым. Было проведено множество исследований, доказывающих, что психическое заболевание у водителя повышает риск аварийного поведения на дорогах [11]. Среди водителей с биполярным аффективным расстройством риск аварии достоверно возрастает [12]. К фак-

торам, повышающим риск ДТП, относились психические расстройства определенных нозологических форм (расстройство личности, эпилепсия, органическое поражение головного мозга). К клинико-психопатологическим факторам относят и патохарактерологические особенности. Среди них выделяют негативную установку к миру, сложности управления агрессивными импульсами, враждебность, высокую конфликтность. Мужчины, попавшие в ДТП, отличаются экспансивностью и гиперактивностью, у них обнаруживают психологическую незрелость и интолерантность к психологически напряженным ситуациям, низкую конфликтность. По данным эмпирических исследований, личностный профиль женщин, виновных в авариях, не отличался от профиля женщин, не попадавших в аварии [13].

Также ДТП нередко связывают с суицидальными намерениями участников дорожно-транспортного движения, в частности водителей. Существует мнение, что транспортные происшествия обусловлены психологическими механизмами саморазрушения. Исследователи определяют понятие «саморазрушение» как «результат воздействия силы или комбинации сил, существующих внутри индивида, в связи с чем личность причиняет себе вред или лишает себя жизни». У таких водителей часто обнаруживаются следующие черты характера: агрессивность, несдержанность, гиперактивность, склонность к риску, непереносимость длительного психологического дискомфорта [1, 11].

ВИДЫ РЕАГИРОВАНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

На основании клинического анализа участников ДТП были выделены две формы острых аффективно-шоковых реакций: внешне неадекватная, которая подразделяется на гиперкинетическую и гипокинетическую, и внешне адекватная [1, 11].

Гиперкинетическая форма реакции обычно представлена хаотичным беспорядочным поведением, бессмысленным бегством, иногда даже в сторону опасности. Мимика отражает тяжелые переживания, высказывания бессвязны, отрывочны. Иногда наблюдается острая речевая спутанность в виде бессвязного речевого потока [1, 11].

Гипокинетическая форма реакции на ДТП проявляется в виде внезапно наступающего состояния оцепенения. Речь обычно отсутствует. Затруднено восприятие внешних раздражителей [1, 11].

Внешне адекватная форма реагирования характеризуется внешним спокойствием, упорядоченным поведением, темп речи чаще всего ускорен в силу ситуативного возбуждения, может наблюдаться склонность к излишней детализации [1, 11].

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ

Психические нарушения, возникающие в результате ДТП, связаны с формой реагирования на чрезвычайную ситуацию и имеют гендерную специфичность [1, 11].

НАРУШЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ У МУЖЧИН

Гиперкинетическая форма реакции у мужчин подразделяется на два наиболее частых варианта поведения. При первом варианте водители сами активно в беседу не вступают, пассивно подчиняются указаниям. Вместе с тем отмечаются выраженная мышечная напряженность и скованность движений, которые в дальнейшем редуцируются. Далее мужчины испытывали чувство всепоглощающей тревоги и тоски, что сопровождалось реакциями плача. То есть описанная острая реакция на стресс у водителей, покинувших место ДТП, является примером дезадаптивного поведения. И избегание как неадаптивная форма стратегии совладения является следствием эмоционального реагирования на проблемную ситуацию [1, 11].

При втором варианте отреагирования на аварию сразу после совершения ДТП мужчины покидали водительское место, от волнения начинали беспокойно метаться от пострадавшего (жертвы) к автомобилю. Движения их были энергичными и нецеленаправленными, на первый план выступало моторное возбуждение. В дальнейшем поведение становилось более упорядоченным. Одновременно отмечались выраженная астения, пассивность, безынициативность, отсутствовал интерес к своей судьбе. Через 60 минут после ДТП мужчины-водители с готовностью вступали в беседу с врачом, охотно обсуждали случившееся. Иными словами, ситуация ДТП приводила к быстрому физическому и психическому истощению, вызванному внутренним напряжением и перевозбуждением. Она образует общий паттерн с высоким уровнем эмоциональности и внутренней конфликтности, а также ожиданием негативного отношения со стороны окружающих [1, 11].

Гипокинетическая форма реагирования у мужчин обычно представлена ощущением нереальности происходящего, восприятием себя как постороннего наблюдателя. Они сами в контакт активно не вступали, движения их были замедленными. Через 60 минут после ДТП настроение мужчин постепенно менялось. Они становились излишне оживленными, старались представить себя в лучшем свете. Оценка сложившейся ситуации была неадекватной. На первый план выступали такие симптомы, как пассивность, усталость, опустошенность, часто маскируемые утрированным компенсаторным поведением. В течение 7 дней после ДТП у всех лиц данной группы отмечались сниженный фон настроения, пассивность, нежелание чем-либо заниматься, трудности засыпания, которые в значительной степени были связаны с сохраняющимися воспоминаниями об аварии, актуализирующимися в вечернее время и выражающимися в аффективных галлюцинациях, возникающих при закрытых глазах. Ночной сон носил прерывистый характер. Кроме того, отмечалась повышенная чувствительность к внешним раздражителям: яркий свет или несколько более громкий, чем обычно, звук вызывали резкое вздрагивание, так как в этот момент проносилась мысль о повторении травматической ситуации. Большая часть мужчин испытывала дискомфорт в роли пассажиров. Помимо этого, опасения последствий возможно новой аварии распространялись на близких. Работоспособность у обследуемых в эти дни была снижена. На первый план выступала раздражительность, присутствовавшая в течение всего дня [1, 11].

В последующем (до 3 месяцев) мужчины жалоб не предъявляли, фон настроения определялся как ровный. Уровень тревоги был низким. Ухудшения соматического состояния не отмечалось [1, 11].

При внешне адекватной форме реагирования на ситуацию ДТП мужчины в первые минуты после аварии выглядят спокойными, не высказывают тревоги за жизнь и здоровье жертвы. Многие из участников ДТП своих эмоций не показывают, считая, что «это только мешает делу». Приехавшим на место происшествия врачам жалоб не высказывали. В течение последующих 30–40 минут после ДТП продолжают выглядеть спокойными, хорошо ориентируются в месте, времени и собственной личности. Через 60 минут после аварии по-прежнему оставались спокойными, охотно вступали в бе-

седу, сообщали, что прекрасно помнят все обстоятельства ДТП. Поведение оставалось упорядоченным. Темп речи чаще был ускорен, отмечалась склонность к детализации [1, 11].

НАРУШЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ У ЖЕНЩИН

Гиперкинетическая форма реагирования на ситуацию ДТП у женщин в первые минуты после аварии характеризуется состоянием возбуждения. Женщины часто начинали конфликтовать с малознакомыми людьми, вступали в необоснованные споры. В течение часа после ДТП их поведение становилось более упорядоченным, одновременно с этим на первый план выступали астенические расстройства. Они становились малоразговорчивыми, вялыми, пассивными и безынициативными [1, 11].

В дальнейшем женщины с готовностью вступали в беседу. Ориентировка во времени, месте, собственной личности была сохранена. У них наблюдалось выраженное психомоторное возбуждение [1, 11].

Ситуация ДТП приводила к быстрому физическому и психическому истощению вследствие внутреннего напряжения. Несмотря на преобладание таких поведенческих особенностей, как агрессивные реакции, конфликтность, нетерпеливость и раздражительность, уровень тревоги был низким [1, 11].

Гипокинетическая форма реагирования у женщин характеризовалась ощущением нереальности происходящего и восприятием себя как стороннего наблюдателя. Обращенную к ним речь воспринимали как постороннюю, адресованную не к ним, с трудом могли сосредоточиться на смысле заданного вопроса. В течение последующего часа участницы ДТП по-прежнему оставались пассивными, малоподвижными, молчаливыми. Движения их были замедленными, мимические реакции были выражены незначительно. В течение примерно 2 часов после ДТП фон настроения женщин постепенно менялся. Они становились излишне оживленными, старались себя представить в выгодном свете [1, 11].

Спустя 2 недели после ДТП состояние женщин с гипокинетической формой реагирования соответствовало отсроченной реакции на травматический стресс. Это выражалось в избегании темы ДТП из-за возникающих отрицательных эмоций, появлялись проблемы в семейных отношениях в виде затруднений контроля раздражительности, снижения работоспособности и качества сна [1, 11].

Через месяц после ДТП женщины вели привычный образ жизни, старались больше времени уделять семье, получать положительные эмоции. Но по-прежнему избегали расспросов о деталях аварии, воспоминания о произошедшем ДТП вызывали у них раздражительность, головные боли и тревожность [1, 11].

При *внешне адекватной форме реагирования* женщины старались оказать помощь пострадавшему. Внешне были спокойны, поведение отличалось упорядоченностью. Полностью ориентировались в месте, времени, собственной личности. Часть женщин к пострадавшим не прикасалась, объясняя это тем, что до приезда скорой медицинской помощи жертву трогать и передвигать нельзя, так как можно навредить пострадавшему. В течение последующих 30–40 минут после ДТП женщины оставались спокойными, охотно отвечали на вопросы. Примерно через 2 часа после ДТП обследуемые оставались полностью ориентированными в собственной личности, времени, месте, охотно шли на контакт (Шпорт С.В., 2010; Методические рекомендации) [1, 11].

ВЛИЯНИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЕГО УЧАСТНИКОВ

Современные зарубежные авторы в последнее десятилетие стали проводить исследования, посвященные изучению взаимосвязи качества жизни в отдаленном периоде со степенью тяжести полученных травм в результате ДТП. Так, в ходе опроса в Австралии 382 участников ДТП было выявлено, качество жизни было ниже уровня условной нормы, с его снижением коррелировали ряд факторов, такие как возраст, наличие болевых ощущений, посттравматическое стрессовое расстройство и генерализованное депрессивное состояние [14].

Неожиданными оказались данные о том, что более низкое качество жизни, связанное со здоровьем, коррелирует с более низкой степенью тяжести травмы в результате ДТП. Особого внимания заслуживает тот факт, что низкий уровень качества жизни, связанный со здоровьем, не претерпевает положительной динамики в течение двух лет после ДТП [14]. Хотя физические и психологические последствия являются значительными для всех уровней тяжести травм, некоторые группы пациентов более уязвимы, чем другие категории. К последним относятся лица пожилого возраста, женского пола, более низкого социально-экономического статуса, с диагнозом посттравматического стрессового расстройства.

Было обнаружено, что у женщин наблюдалось более значительное снижение всех показателей качества жизни, чем у мужчин, с момента до аварии до 2 месяцев после нее. У мужчин спустя 8 месяцев после аварии был зафиксирован полный возврат к предаварийным показателям. При значительном увеличении показателей качества жизни в период от 2 до 8 месяцев женщины так и не достигли популяционных норм [15, 16, 17, 18].

Большое значение в зарубежных исследованиях уделяется оценке преморбидных характеристик личности участников ДТП [18]. Было выявлено, что существует тесная связь между показателями качества жизни после ДТП и преморбидными чертами личности. Показано, что аффективные расстройства тревожно-депрессивного регистра, а также посттравматическое стрессовое расстройство отрицательно связаны с показателями качества жизни [16, 18, 19, 20].

Результаты качественных исследований [21, 22] показали, что получение травм вследствие ДТП влияет на дальнейшую личную и семейную жизнь, вызывает переосмысление планов на будущее, обуславливает изменение динамики семейной жизни и финансового положения после аварии [22, 23].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, последствия ДТП зависят от вида реакции на ситуацию аварии. При гиперкинетической форме отреагирования на ситуацию ДТП отсроченная реакция на стресс как у мужчин, так и у женщин минимально влияет на качество жизни. Гипокинетическая форма реакции у представителей обоих полов проявлялась в виде дереализационных расстройств и неадекватных эмоциональных реакций. Внешне адекватные формы реагирования в виде рациональных реакций и минимального уровня психологических защит у мужчин и женщин преимущественно не имеют проявлений в виде краткосрочной стрессовой реакции на аварию.

Однако всё ещё остается малоизученным вопрос об отсроченных проявлениях реакции на стресс. Существует дефицит лонгитюдных исследований, которые позволили бы проследить динамику последствий пережитых событий, так как описанные в статье особенности краткосрочных реакций на стресс не раскрывают в полной мере разнообразие клинико-психологических феноменов и закономерностей реагирования.

Кроме того, последствия полученных в авариях травм часто рассматриваются только с медицинской точки зрения. В то время как психологические аспекты в большинстве исследований игнорируются, несмотря на то что стрессовая реакция приводит к снижению психосоциального функционирования, показателей качества жизни и психологического благополучия на длительный период – до нескольких месяцев после аварии.

Оценка реабилитационного потенциала в долгосрочной перспективе является значимой научно-практической задачей организации медико-психологического сопровождения участников ДТП. Результаты метаанализа показывают, что, несмотря на увеличение различных показателей качества жизни с течением времени после аварии, большинство пациентов никогда не достигает популяционных норм [15, 17, 24]. Также для повышения качества оказания медико-психологической помощи необходимо учитывать преморбидные характеристики личности, которые могут влиять на развитие отсроченных реакций на стресс.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют, что исследование не имело спонсорской и иной финансовой поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шпорт С.В., Васильченко А.С., Дубинский А.А., Проничева М.М., Калинин Д.С. Медико-психологическое сопровождение участников дорожно-транспортных происшествий. М.: ФГУ ГНЦССП, 2018: 20.
2. Watson B., Watson A., Siskind V., Fleiter J., Soole D. Profiling high-range speeding offenders: Investigating criminal history, personal characteristics, traffic offences, and crash history. *Accident Analysis and Prevention*. 2015; 74: 87–96. doi: 10.1016/j.aap.2014.10.013
3. Булыгина В.Г., Дубинский А.А., Шпорт С.В., Калинин Д.С. Психология высокорискового вождения (обзор зарубежных исследований) [Электронный ресурс]. *Психология и право*. 2016; 6(2): 72–92. doi:10.17759/psylaw.2016060206
4. Cheng A.S.K., Ting K.H., Liu K.P.Y., Ba Y. Impulsivity and risky decision making among taxi drivers in Hong Kong: An event-related potential study. *Accident Analysis & Prevention*. 2016; 95 (B): 387–394. doi: 10.1016/j.aap.2015.12.021
5. Useche S. A., Ortiz V. G., Cendales B. E. Stress-related psychosocial factors at work, fatigue, and risky driving behavior in bus rapid transport (BRT)

- drivers. *Accident Analysis & Prevention*. 2017; 104: 106–114. doi: 10.1016/j.aap.2017.04.023
6. Selzer M.L. Alcoholism, mental illness, and stress in 96 drivers causing fatal accidents. *Behavioral Science*. 1969; 14 (1): 1–10. <https://doi.org/10.1002/bs.3830140102>
 7. Захарченко Д.В., Дорохов В.Б. Изменение отдельных параметров зрительно-моторных реакций под действием алкоголя. *Экспериментальная психология*. 2012; 5(2): 5–21.
 8. Chen H., Chen Q., Chen L., Zhang G. Analysis of risk factors affecting driver injury and crash injury with drivers under the influence of alcohol (DUI) and non-DUI. *Traffic Injury Prevention*. 2016; 17(8): 796–802. doi: 10.1080/15389588.2016.1168924
 9. Керефова З.Ш., Жилова И.И., Эльгаров А.А. Ишемическая болезнь сердца у водителей автотранспорта (частота, профессиональная работоспособность). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2007; 7(7): 25–30.
 10. Lemke M.K., Apostolopoulos Y., Hege A., Newnam S., Sönmez S. Can subjective sleep problems detect latent sleep disorders among commercial drivers? *Accident Analysis & Prevention*. 2018; 115: 62–72. doi: 10.1016/j.aap.2018.03.012
 11. Психические расстройства у водителей-участников дорожно-транспортных происшествий / сост. С.В. Шпорт; под ред. З.И. Кекелидзе. М. : ФГУ ГНЦССП; Хабаровск : ГУЗ КПБ, 2010: 227.
 12. Chen V.C.-H., Yang Y.-H., Lee C.-P., Wong J., Ponton L., Lee Y., McIntyre R.S., Huang K.-Y., Wu S.-I. Risks of road injuries in patients with bipolar disorder and associations with drug treatments: A population-based matched cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 226: 124–131. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.029
 13. Tsuang M.T., Boor M., Fleming J.A. Psychiatric aspects of traffic accidents. *Am J Psychiatry*. 1985 May; 142(5): 538–46. doi: 10.1176/ajp.142.5.538
 14. Kenardy J., Heron-Delaney M., Warren J., Brown E. The effect of mental health on long-term health-related quality of life following a road traffic crash: Results from the UQ SuPPORT study. *Injury*. 2015; 46(5): 883–890. doi: 10.1016/j.injury.2014.11.006
 15. Fitzharris M., Fildes B., Charlton J., Kossman T. General health status and functional disability following injury in traffic crashes. *Traffic Inj. Prev*. 2007; 8 (3): 309–320. <http://dx.doi.org/10.1080/15389580701216533>
 16. Littleton S., Cameron I.D., Poustie S.J., Hughes D.C., Robinson B.J., Neeman T., Smith P.N. The association of compensation on longer term health status for people with musculoskeletal injuries following road traffic crashes: Emergency department inception cohort study. *Injury*. 2011; 42(9): 927–933. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2010.02.011>
 17. Khati I., Hours M., Charnay P., Chossegros L., Tardy H., Nhac-Vu H.-T., Boisson D., Laumon B. Quality of life one year after a road accident. *J. Trauma Acute Care Surg*. 2013; 74(1): 301–311. <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e318270d967>
 18. Nhac-Vu H.T., Hours M., Chossegros L., Charnay P., Tardy H., Martin J.L., Mazaux J.M., Laumon B. Prognosis of outcome in adult survivors of road accidents in France: one-year follow-up in the ESPARR cohort. *Traffic Inj. Prev*. 2014; 15(2): 138–147. <http://dx.doi.org/10.1080/15389588.2013.804180>
 19. Gopinath B., Jagnoor J., Harris I.A., Nicholas M., Casey P., Blyth F., Maher C.G., Cameron I.D. Prognostic indicators of social outcomes in persons who sustained an injury in a road traffic crash. *Injury*. 2015; 46 (5): 909–917. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2015.01.002>
 20. Tavernier B.-C., Paire-Ficout L., Charnay P., Tardy H., Izaute M., Silvert L., Hours M. Emotional experiences one year after a traffic accident An exploratory study of verbatim accounts of the ESPAR cohort. *Injury*. 2017; 48(3): 659–670. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.01.011>
 21. Cagnetta E., Cicognani E. Surviving a serious traffic accident: adaptation processes and quality of life. *Journal of Health Psychology*. 1999; 4(4): 551–564. <https://doi.org/10.1177/135910539900400408>
 22. Pérez-Núñez R., Pelcastre-Villafuerte B., Híjar M., Ávila-Burgos L., Celis A. A qualitative approach to the intangible cost of road traffic injuries. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2012; 19(1): 69–79. <https://doi.org/10.1080/17457300.2011.603155>
 23. Pashaei Sabet F., Norouzi Tabrizi K., Khankeh H.R., Saadat S., Ali Abedi H., Bastami A. Road Traffic Accident Victims' Experiences of Return to Normal Life: A Qualitative Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2016; 18(4): e29548. doi: 10.5812/ircmj.29548
 24. Fitzharris M., Bowman D., Ludlow K. Factors associated with return-to-work and health outcomes among survivors of road crashes in Victoria. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2010; 34(2): 153–160. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00500.x>

Поступила в редакцию 28.02.2019

Утверждена к печати 8.04.2019

Шпорт Светлана Вячеславовна, канд. медицинских наук, ученый секретарь ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия (SPIN-код: 2926-9305, Author ID: 565257, Researcher ID: Y-5583-2018, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0739-4121>).

Васильченко Алеся Сергеевна, младший научный сотрудник лаборатории психогигиены и психопрофилактики, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, vasilchenko.alesya@gmail.com

(SPIN-код: 8528-2145, Author ID: 879472, Researcher ID: H-4830-2013, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4942-7975>).

Стрюцкова Мария Юрьевна, лаборант-исследователь лаборатории психогигиены и психопрофилактики, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, strjuckova@gmail.com

✉ Шпорт Светлана Вячеславовна, svshport@mail.ru

УДК 616.891.6:159.944.4:612.821.4:364-785.14:355.588.2:656.086.14:364.62

For citation: Shport S.V., Vasilchenko A.S., Stryutskova M.Yu. Clinical-psychiatric and socio-psychological consequences of road traffic accidents (literature review). *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 82–89. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-82-89](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-82-89)

Clinical-psychiatric and socio-psychological consequences of road traffic accidents (literature review)

Shport S.V., Vasilchenko A.S., Stryutskova M.Yu.

Federal State Budgetary Institution “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kropotkinsky Lane 23, 119034, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

The literature review discusses the clinical-psychiatric and socio-psychological consequences of road traffic accidents. A traffic accident may result in the death of persons or personal injury. Particular attention is paid to the risk factors of getting into traffic accidents and the gender characteristics of the stress response of road accident participants. The need is emphasized to assess the rehabilitation potential in the organization of medical and psychological support of participants of road accidents, as well as taking into account the premorbid features of the personality of participants of road accidents to improve the quality of assistance to victims of accidents.

Keywords: medical and psychological support, road accident participants, acute stress reaction, posttraumatic stress disorder.

REFERENCES

- Shport S.V., Vasilchenko A.S., Dubinsky A.A., Pronicheva M.M., Kalinkin D.S. Mediko-psihologicheskoe soprovozhdenie uchastnikov dorozhno-transportnyh proisshestvij [Medico-psychological support for road traffic crash participants]. Moscow: State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry, 2018: 20 (in Russian).
- Watson B., Watson A., Siskind V., Fleiter J., Soole D. Profiling high-range speeding offenders: Investigating criminal history, personal characteristics, traffic offences, and crash history. *Accident Analysis and Prevention*. 2015; 74: 87–96. doi: 10.1016/j.aap.2014.10.013
- Bulygina V.G., Dubinsky A.A., Shport S.V., Kalinkin D.S. Psihologiya vysokoriskovogo vozhdeniya (obzor zarubezhnyh issledovaniy) [Psychology of high-risk driving (review of foreign studies)] Electronic resource. *Psihologiya i pravo – Psychology and Law*. 2016; 6(2): 72–92. doi:10.17759/psylaw.2016060206 (in Russian).
- Cheng A.S.K., Ting K.H., Liu K.P.Y., Ba Y. Impulsivity and risky decision making among taxi drivers in Hong Kong: An event-related potential study. *Accident Analysis & Prevention*. 2016; 95 (B): 387–394. doi: 10.1016/j.aap.2015.12.021
- Useche S. A., Ortiz V. G., Cendales B. E. Stress-related psychosocial factors at work, fatigue, and risky driving behavior in bus rapid transport (BRT) drivers. *Accident Analysis & Prevention*. 2017; 104: 106–114. doi: 10.1016/j.aap.2017.04.023
- Selzer M.L. Alcoholism, mental illness, and stress in 96 drivers causing fatal accidents. *Behavioral Science*. 1969; 14 (1): 1-10. <https://doi.org/10.1002/bs.3830140102>
- Zakharchenko D.V., Dorokhov V.B. Izmenenie ot del'nyh parametrov zritel'no-motornyh reakcij pod dejstviem alkogolya [Change of individual parameters of visual-motor reactions under the influence of alcohol]. *Ekspirimental'naya psihologiya – Experimental Psychology*. 2012; 5(2): 5–21 (in Russian).
- Chen H., Chen Q., Chen L., Zhang G. Analysis of risk factors affecting driver injury and crash injury with drivers under the influence of alcohol (DUI) and non-DUI. *Traffic Injury Prevention*. 2016; 17(8): 796–802. doi: 10.1080/15389588.2016.1168924
- Kerefova Z.Sh., Zhilova I.I., Elgarov A.A. Ishemicheskaya bolezni' serdca u voditelej avtotransporta (chastota, professional'naya rabotosposobnost') [Ischemic heart disease in motor vehicle drivers (frequency, professional performance)]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika – Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2007; 7(7): 25–30 (in Russian).

10. Lemke M.K., Apostolopoulos Y., Hege A., Newnam S., Sönmez S. Can subjective sleep problems detect latent sleep disorders among commercial drivers? *Accident Analysis & Prevention*. 2018; 115: 62–72. doi: 10.1016/j.aap.2018.03.012
11. Психические расстройства у водителей-участников дорожно-транспортных происшествий [Mental disorders at drivers participating in road accidents] / former S.V. Shport; under the editorship Z.I. Kekeclidze. Moscow: State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry; Khabarovsk : Clinical Psychiatric Hospital, 2010: 227 (in Russian).
12. Chen V.C.-H., Yang Y.-H., Lee C.-P., Wong J., Ponton L., Lee Y., McIntyre R.S., Huang K.-Y., Wu S.-I. Risks of road injuries in patients with bipolar disorder and associations with drug treatments: A population-based matched cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 226: 124–131. doi: 10.1016/j.jad.2017.09.029
13. Tsuang M.T., Boor M., Fleming J.A. Psychiatric aspects of traffic accidents. *Am J Psychiatry*. 1985 May; 142(5): 538–46. doi: 10.1176/ajp.142.5.538
14. Kenardy J., Heron-Delaney M., Warren J., Brown E. The effect of mental health on long-term health-related quality of life following a road traffic crash: Results from the UQ SuPPORT study. *Injury*. 2015; 46(5): 883–890. doi: 10.1016/j.injury.2014.11.006
15. Fitzharris M., Fildes B., Charlton J., Kossman T. General health status and functional disability following injury in traffic crashes. *Traffic Inj. Prev*. 2007; 8 (3): 309–320. <http://dx.doi.org/10.1080/15389580701216533>
16. Littleton S., Cameron I.D., Poustie S.J., Hughes D.C., Robinson B.J., Neeman T., Smith P.N. The association of compensation on longer term health status for people with musculoskeletal injuries following road traffic crashes: Emergency department inception cohort study. *Injury*. 2011; 42(9): 927–933. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2010.02.011>
17. Khati I., Hours M., Charnay P., Chossegros L., Tardy H., Nhac-Vu H.-T., Boisson D., Laumon B. Quality of life one year after a road accident. *J. Trauma Acute Care Surg*. 2013; 74(1): 301–311. <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e318270d967>
18. Nhac-Vu H.T., Hours M., Chossegros L., Charnay P., Tardy H., Martin J.L., Mazaux J.M., Laumon B. Prognosis of outcome in adult survivors of road accidents in France: one-year follow-Up in the ESPARR cohort. *Traffic Inj. Prev*. 2014; 15(2): 138–147. <http://dx.doi.org/10.1080/15389588.2013.804180>
19. Gopinath B., Jagnoor J., Harris I.A., Nicholas M., Casey P., Blyth F., Maher C.G., Cameron I.D. Prognostic indicators of social outcomes in persons who sustained an injury in a road traffic crash. *Injury*. 2015; 46 (5): 909–917. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2015.01.002>
20. Tavernier B.-C., Paire-Ficout L., Charnay P., Tardy H., Izaute M., Silvert L., Hours M. Emotional experiences one year after a traffic accident An exploratory study of verbatim accounts of the ESPARR cohort. *Injury*. 2017; 48(3): 659–670. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.01.011>
21. Cagnetta E., Cicognani E. Surviving a serious traffic accident: adaptation processes and quality of life. *Journal of Health Psychology*. 1999; 4(4): 551–564. <https://doi.org/10.1177/135910539900400408>
22. Pérez-Núñez R., Pelcastre-Villafuerte B., Híjar M., Ávila-Burgos L., Celis A. A qualitative approach to the intangible cost of road traffic injuries. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*. 2012; 19(1): 69–79. <https://doi.org/10.1080/17457300.2011.603155>
23. Pashaei Sabet F., Norouzi Tabrizi K., Khankeh H.R., Saadat S., Ali Abedi H., Bastami A. Road Traffic Accident Victims' Experiences of Return to Normal Life: A Qualitative Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2016; 18(4): e29548. doi: 10.5812/ircmj.29548
24. Fitzharris M., Bowman D., Ludlow K. Factors associated with return-to-work and health outcomes among survivors of road crashes in Victoria. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2010; 34(2): 153–160. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00500.x>

Received February 28, 2019

Accepted April 08, 2019

Shport Svetlana V., PhD, Scientific Secretary of the Federal State Budgetary Institution “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation (SPIN-code: 2926-9305, Author ID: 565257, Researcher ID: Y-5583-2018, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0739-4121>)

Vasilchenko Alesya S., junior researcher of the Laboratory of Psychohygiene and Psychoprevention, Federal State Budgetary Institution “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, vasilchenko.alesya@gmail.com (SPIN-code: 8528-2145, Author ID: 879472, Researcher ID: H-4830-2013, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4942-7975>).

Stryutskova Maria Yu., research assistant of the Laboratory of Psychohygiene and Psychoprevention, Federal State Budgetary Institution “V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation, strjuckova@gmail.com

✉ Shport Svetlana V., svshport@mail.ru

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

УДК 616.895.8-056.34:615.214:577.175.328

Для цитирования: Корнетова Е.Г., Дмитриева Е.Г., Тигунцев В.В., Гончарова А.А., Полежаев П.К., Иванова С.А., Семке А.В. Гиперпролактинемия у больных шизофренией, получающих галоперидол и рисперидон: клинико-социальный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 90–97. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-90-97](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-90-97)

Гиперпролактинемия у больных шизофренией, получающих галоперидол и рисперидон: клинико-социальный аспект

Корнетова Е.Г.^{1,2}, Дмитриева Е.Г.¹, Тигунцев В.В.¹, Гончарова А.А.¹, Полежаев П.К.³, Иванова С.А.^{1,2}, Семке А.В.^{1,2}

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

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

³ Томская клиническая психиатрическая больница
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Введение. В настоящее время для терапии шизофрении применяются атипичные антипсихотические препараты. Одним из наиболее широко используемых препаратов этой группы является рисперидон, однако данный антипсихотик индуцирует повышение уровня пролактина в сыворотке крови. **Цель.** Сравнение распространенности гиперпролактинемии у пациентов с шизофренией, получающих галоперидол и рисперидон, с учетом их клинико-социальных характеристик. **Материалы и методы.** Проведено наблюдательное исследование сравнения клинических и социальных аспектов пациентов с шизофренией, получающих рисперидон и конвенциональный антипсихотик галоперидол. Исследование проводилось в психиатрическом стационаре с определением уровня пролактина в сыворотке крови иммуноферментным методом с использованием набора реагентов PRL Test System. Информация по обследованию всех пациентов вносилась в «Базисную карту формализованных социально-демографических и клинико-динамических признаков для больных шизофренией». Клинико-социальная оценка осуществлялась с использованием Шкалы позитивного и негативного синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V.10.0). Применяли расчет средних величин, критерий χ^2 Пирсона и U-критерий Манна-Уитни. **Результаты.** Полученные в ходе наблюдательного исследования данные показывают, что, несмотря на более выраженные показатели отрицательного социального дрейфа больных шизофренией, которым назначался галоперидол, по сравнению с пациентами, получавшими рисперидон, у последних чаще выявлялась гиперпролактинемия: 58,72% против 80,0% соответственно.

Ключевые слова: гиперпролактинемия, шизофрения, антипсихотики, галоперидол, рисперидон, терапия.

ВВЕДЕНИЕ

Одним из конвенциональных нейролептиков, наиболее часто используемых психиатрами в лечении шизофрении, до сих пор является галоперидол. Среди атипичных антипсихотиков при данном расстройстве применяется рисперидон, который считается средством первой линии терапии. Вместе с тем в ряде исследований показано, что гиперпролактинемия наблюдается более чем у половины пациентов, принимающих данные препараты [1]. Показано, что рисперидон может увеличивать уровень пролактина даже в большей мере, чем конвен-

циональные антипсихотики, а порой назначаемый в низких дозах способен оказывать сильное влияние на содержание в крови этого гормона. Данное явление связано, прежде всего, с блокадой дофаминовых рецепторов [2, 3]. Ранее исследователями проводились попытки, оказавшиеся безуспешными, найти связь гена Taq1A DRD2 с повышением уровня пролактина как нежелательного явления при приеме рисперидона. Однако в это же время была выявлена связь между гиперпролактинемией, возникающей на фоне лечения рисперидоном, с ответом на терапию у больных шизофренией [4].

Так, среди пациентов, у которых зарегистрировано повышение уровня пролактина более чем на 20%, встречалось значимо больше респондеров в сравнении с больными без выраженной гиперпролактинемии. Пациентам с первым эпизодом шизофрении не рекомендуют назначать оланзапин и клозапин из-за повышенного риска развития прибавки веса [5], поэтому наиболее часто используется рисперидон, тем более что на отечественном психофармакологическом рынке имеется большое количество генерических форм данного антипсихотика. В то же время повышение уровня пролактина обнаруживается примерно у 45% пациентов, получающих рисперидон или галоперидол, по сравнению с пациентами, находящимися на лечении клозапином или оланзапином. Галоперидол, как и ранее, часто используется у больных при психозах, причем установлено, что его терапевтический эффект в отношении редукции отдельных симптомов в некоторых случаях наступает быстрее, чем у атипичных антипсихотиков [6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнить распространенность гиперпролактинемии у пациентов с шизофренией, получающих галоперидол и рисперидон, с учетом их клинико-социальных характеристик.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование было наблюдательным и проходило на базе второго клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, ОГБУЗ «Томской клинической психиатрической больницы».

В исследовательскую выборку включались лица от 18 до 65 лет с давностью катмнеза заболевания не менее 1 года, состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10. Из исследования исключались лица с эндокринными и онкологическими заболеваниями, сопровождающимися гиперпролактинемией. Одна группа пациентов получала галоперидол (n=125), другая группа пациентов получала рисперидон (n=70) в качестве базисной терапии.

Информация по обследованию всех пациентов вносилась в «Базисную карту формализованных социально-демографических и клинико-динамических признаков для больных шизофренией». Клинико-социальная оценка осуществлялась с использованием Шкалы позитивного и негативного синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [7].

Среди лиц, находящихся на терапии галоперидолом, дали согласие на исследование уровня пролактина 119 человек, рисперидоном – 65 человек. Перед поступлением в стационар пациенты получали оба препарата не менее 6 месяцев в качестве базисной противорецидивной терапии.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V.10.0). Применяли расчет средних величин, критерий χ^2 Пирсона и U-критерий Манна-Уитни. Поскольку большинство изучаемых показателей не подчинялось нормальному закону распределения, применяли непараметрические критерии, их описательная статистика представлена медианой и межквартильным интервалом. За критический уровень значимости (p) при проверке гипотез было принято значение 0,05.

Исследование уровня пролактина в сыворотке крови пациентов проводили обычно в первые дни госпитализации. Забор венозной крови у всех обследованных лиц осуществлялся в одно и то же время суток, с 8.00 до 9.00 утра. Определение пролактина проводили иммуноферментным методом с использованием набора реагентов PRL Test System (Monobind Inc., США) для количественного определения содержания гормона в сыворотке крови. У женской части выборки репродуктивного возраста забор крови производился в первую фазу менструального цикла. Гиперпролактинемия диагностировалась при уровне пролактина выше 25 нг/мл у женщин и 20 нг/мл – у мужчин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Уровень пролактина в сыворотке крови у больных шизофренией, находящихся на лечении галоперидолом, составил 31,0 (14,4; 60,6) нг/мл, у пациентов, получающих рисперидон, – 46,1 (27,4; 80,6) нг/мл (p=0,0103). Таким образом, средние значения уровня пролактина у последних были значимо больше, чем у больных, принимающих галоперидол. Кроме того, у больных шизофренией, находящихся на лечении рисперидоном, статистически значимо чаще наблюдалась гиперпролактинемия по сравнению с пациентами, получающими галоперидол, что совпадает с данными исследований [8] (табл. 1).

Далее было проведено сравнение данных групп по ряду социально-демографических показателей. Обе группы не имели статистически различий (p=0,1061) по полу (табл. 2).

Т а б л и ц а 1

Распределение больных шизофренией с гиперпролактинемией и без гиперпролактинемии в группах пациентов, получающих галоперидол и рисперидон

Пролактин	Больные шизофренией, получающие галоперидол		Больные шизофренией, получающие рисперидон	
	Абс.	%	Абс.	%
Гиперпролактинемия	70	58,72%	52	80,0%*
Без гиперпролактинемии	49	41,28%	13	20,0%
Всего	119	100,0%	65	100,0%

Пр и м е ч а н и е: * – обозначены данные с уровнем статистической значимости $p=0,0026$.

Т а б л и ц а 2

Распределение пациентов с шизофренией в зависимости от принимаемой терапии по полу

Пол	Больные шизофренией, получающие галоперидол		Больные шизофренией, получающие рисперидон	
	Абс.	%	Абс.	%
Мужчины	63	50,4%	28	40,0%
Женщины	62	49,6%	42	60,0%
Всего	125	100,0%	70	100,0

Возраст пациентов к моменту обследования, принимающих галоперидол, составил 44,0 (33,0; 53,0) года и был статистически значимо выше ($p=0,0019$) по сравнению с пациентами, находившимися на лечении рисперидоном, – 34,0 (28,0; 45,0) года. Возраст манифестации заболевания был примерно одинаковым в обеих группах ($p=0,1296$). Так у больных, получаю-

щих терапию галоперидолом, он составил 25,0 (20,5; 32,0) года, а рисперидоном – 24,0 (20,0; 29,0) года.

Занимаемый социальный статус (табл. 3) и полученное к моменту обследования образование (табл. 4) пациентов двух групп отличались не в пользу больных, принимающих галоперидол ($p=0,0021$ и $p<0,0001$ соответственно).

Т а б л и ц а 3

Социальный статус пациентов с шизофренией, получающих галоперидол и рисперидон ($p=0,0021$, Pearson Chi-square)

Социальный статус	Больные шизофренией, получающие галоперидол		Больные шизофренией, получающие рисперидон	
	Абс.	%	Абс.	%
Не установлен	3	2,4%	0	0,0%
Работник промышленности	3	2,4%	2	2,9%
Бюджетный служащий	4	3,2%	8	11,4%
Студент	0	0,0%	1	1,4%
Безработный	0	0,0%	4	5,7%
Инвалид по соматическому состоянию	10	8,0%	11	15,7%
Инвалид по психическому состоянию	105	84,0%	44	62,9%
Всего	125	100,0%	70	100,0%

Т а б л и ц а 4

Уровень образования у пациентов с шизофренией, получающих галоперидол и рисперидон ($p\leq 0,0001$, Pearson Chi-square)

Образование	Больные шизофренией, получающие галоперидол		Больные шизофренией, получающие рисперидон	
	Абс.	%	Абс.	%
Не установлено	15	12%	0	0,0%
Неполное среднее	14	11,2%	6	8,6%
Среднее	41	32,8%	3	4,3%
Среднее специальное	40	32,0%	26	37,1%;
Незаконченное высшее	3	2,4%	13	18,6 %
Высшее	12	9,6%	22	31,4%
Всего	125	100,0%	70	100,0%

При сравнении семейного положения (табл. 5) обнаружено, что одиноких пациентов в обеих исследовательских группах было зарегистриро-

вано больше, чем проживающих в семье ($p=0,4129$).

Т а б л и ц а 5

Семейное положение пациентов с шизофренией, получающих галоперидол и рисперидон ($p=0,4129$, Pearson Chi-square)

Семейное положение	Больные шизофренией, получающие галоперидол		Больные шизофренией, получающие рисперидон	
	Абс.	%	Абс.	%
Холост/не замужем	2	1,6%	2	2,8%
Женат/замужем	17	13,6%	14	20,0%
Разведен(а)	91	72,8%	48	68,6%
Вдов(а)	15	12,0%	6	8,6%
Всего	125	100,0%	70	100,0%

Частота парасуицидов в анамнезе пациентов обеих групп находилась примерно на одинаковом уровне ($p=0,2156$), в то время как гетероагрессивные действия значительно чаще совершали пациенты, получающие галоперидол ($p=0,0456$).

К отягощающим течение шизофрении факторам можно отнести употребление больными психоактивных веществ [9, 10]. Курение статистически значимо чаще отмечено у пациентов, принимающих галоперидол, по сравнению с больными, находящимися на терапии рисперидоном ($p=0,0024$). Большая часть пациентов в обеих группах не имела сопутствующей алкогольной зависимости, лишь 17,9% больных на терапии галоперидолом регулярно употребляли алкоголь, на терапии рисперидоном таких пациентов оказалось 8,7%.

Анализируя данные показатели, можно предположить, что исследуемые пациенты имеют значительно выраженное по тяжести психическое состояние и низкий уровень социальной адаптации, особенно в группе принимающих галоперидол. Кроме того, это также обусловлено длительностью болезни, которая оказалась статистически значимо выше ($p=0,0103$) у пациентов, находящихся на лечении галоперидолом (14,0 (7,0; 23,0) года), в сравнении с принимающими рисперидон (10,0 (2,0; 17,0) года).

С целью выявления значимых различий между клиническими показателями, характеризующими течение заболевания, и риском развития гиперпролактинемии у исследуемых пациентов проводилось изучение данных психометрической оценки выраженности симптомов шизофрении по шкале PANSS, которые регистрировались на момент поступления в психиатрический стационар (табл. 6).

Анализ полученных по шкале PANSS показателей выявил, что имеются статистически значимые отличия по среднему баллу позитивных симптомов между группой пациентов, получающих галоперидол, – 22,0 (16,0; 26,0) и группой пациентов, принимающих рисперидон, – 18,0 (14,0; 21,0) при $p=0,0061$. По остальным показателям субшкал негативных и общепсихопатологических симптомов отличий не было выявлено ($p=0,6554$ и $p=0,5099$ соответственно).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных, получающих галоперидол, отмечается более тяжелая продуктивная клиническая симптоматика по сравнению с больными, которым назначался рисперидон, что традиционно является определяющим критерием выбора в пользу назначения галоперидола в терапевтической тактике при шизофрении.

Т а б л и ц а 6

Распределение показателей по шкале PANSS у исследуемых пациентов на момент поступления в стационар

Показатели PANSS	Больные шизофренией, получающие галоперидол	Больные шизофренией, получающие рисперидон
	Медиана (LQ – UQ)	Медиана (LQ – UQ)
Позитивные симптомы	22,0 (16,0; 26,0) *	18,0 (14,0; 21,0)
Негативные симптомы	22,0 (18,0; 28,0)	22,0 (18,0; 27,0)
Общепсихопатологические симптомы	41,0 (30,5; 51,5)	37,0 (32,0; 47,0)
Общий балл	87,0 (65,5; 108,5)	78,0 (68,0; 94,0)

Примечание: * – обозначены данные с уровнем статистической значимости $p=0,0061$.

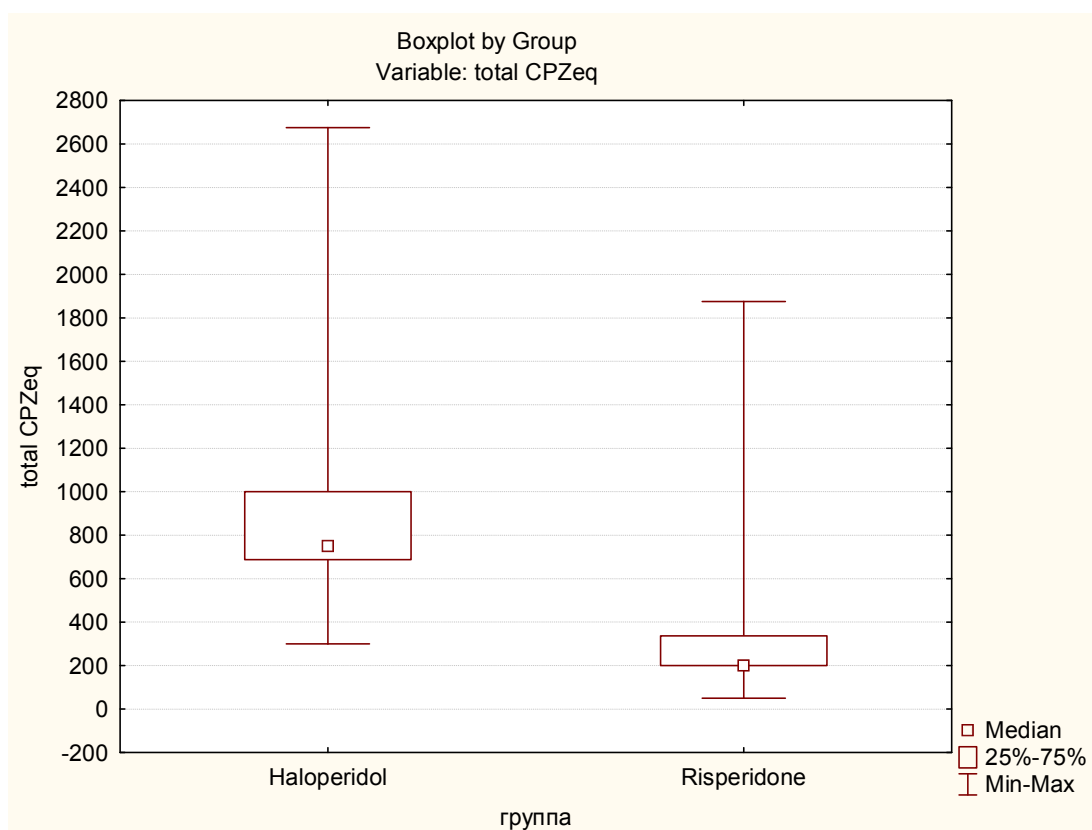
Значимыми факторами, характеризующими клинику, течение и прогноз шизофрении, являются частота госпитализаций в психиатрические стационары в связи с обострением заболевания и длительность приема антипсихотической терапии. Среди больных с установленным

данном показателем при обследовании в обеих группах равномерно распределилась частота поступления в стационары, при этом различия между группами по этим показателям не имели статистической значимости ($p=0,6191$). Результаты сравнения представлены в таблице 7.

Т а б л и ц а 7

Частота госпитализаций больных шизофренией, получающих галоперидол и рisperидон ($p=0,6191$, PearsonChi-square)

Частота госпитализаций	Больные шизофренией, получающие галоперидол		Больные шизофренией, получающие рisperидон	
	Абс.	%	Абс.	%
Впервые	36	29,8%	24	36,4%
Реже 1 раза в год	27	22,3%	17	25,8%
1 раз в год	47	38,8%	20	30,3%
Чаще 1 раза в год	11	9,1%	5	7,6%
Всего	121	100,0%	66	100,0%



Р и с у н о к 1. Различия в хлорпромазиновом эквиваленте между группами больных, получающих галоперидол и рisperидон

Наиболее распространенными факторами риска развития нежелательных явлений терапии у больных шизофренией, в том числе антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемии, являются продолжительность приема и дозирование нейролептиков. При анализе длительности приема пациентами галоперидола и рisperидона статистически значимых различий между исследуемыми группами не выявle-

но ($p>0,05$). Для сравнения терапевтических дозировок галоперидола и рisperидона, использующихся в лечении больных обеих групп, они были переведены в хлорпромазиновый эквивалент. Применяемые дозы у пациентов, получающих галоперидол, были статистически значимо выше ($p\leq 0,0001$) и составили 750,0 (687,5; 1000,0) мг/сут, чем у принимающих рisperидон – 200,0 (200,0; 337,0) мг/сут (рис. 1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные в ходе наблюдательного исследования данные показывают, что, несмотря на более выраженные показатели отрицательного социального дрейфа больных шизофренией, которым назначался галоперидол, по сравнению с пациентами, получавшими рисперидон, у последних с более высокой частотой выявлялась гиперпролактинемия. Данный факт свидетельствует о том, что, вероятно, социальные факторы, с одной стороны, не играют защитной роли, с другой – не выступают факторами риска гиперпролактинемии. С учетом того, что у пациентов, получавших галоперидол, значимо преобладала позитивная симптоматика и отягощение курением и гетероагрессивным поведением в совокупности с фармакологическим профилем обоих антипсихотиков следует предполагать ятрогенный характер гиперпролактинемии. Вместе с тем данный вывод требует проверки, поскольку дозы галоперидола в хлорпромазиновом эквиваленте и длительность терапии были значимо выше по сравнению с дозами и продолжительностью приема рисперидона, что говорит не в пользу выдвинутого предположения. Необходимы дальнейшие исследования, посвященные изучению клинико-социальных факторов при антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемии в динамическом аспекте с учетом того, что данное нежелательное явление существенным образом влияет на качество жизни и социальную адаптацию больных.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено в рамках гранта РФФИ № 17-29-06035 «Новые подходы к фармакогенетике антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемии у больных шизофренией».

СООТВЕТСВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинкской декларации ВМА (протокол этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 80 от 22 июня 2015 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Frighi V., Stephenson M.T., Morovat A., Jolley I.E., Trivella M., Dudley C.A., Anand E., White S.J., Hammond C.V., Hockney R.A., Barrow B., Shakir R., Goodwin G.M. Safety of antipsychotics in people with intellectual disability. *Br. J. Psy-*

- chiatr.* 2011; 199(4): 289–295. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085670>
2. Корнетова Е.Г., Микилев Ф.Ф., Лобачева О.А., Бородюк Ю.Н., Бойко А.С., Семке А.В. Клинические и иммунологические особенности гиперпролактинемии у пациентов с шизофренией, принимающих рисперидон. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2016; 26(1): 5–11.
3. Дмитриева Е.Г., Семке А.В., Бохан Н.А., Дубровская В.В. Особенности адаптации больных шизофренией при раннем выявлении и коррекции риска несоблюдения терапии. *Современная терапия психических расстройств.* 2018; 3: 11–17. DOI:10.21265/PSYPH.2018.46.16767
4. Charan A., Shewade D.G., Rajkumar R.P., Chandrasekaran A. Relation between serum prolactin levels and antipsychotic response to risperidone in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2016. Jun 30; 240: 209–213. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.001.
5. Kreyenbuhl J.A., Medoff D.R., McEvoy J.P., Smith T.E., Hackman A.L., Nossel I.R., Dixon L.B., Essock S.M., Buchanan R.W. The RAISE Connection program: psychopharmacological treatment of people with a first episode of schizophrenia. *Psychiatric Service.* 2016; 67(12): 1300–1306. DOI: 10.1176/appi.ps.201500438
6. Rasmussen S.A., Rosebush P.I., Anglin R.E., Mazurek M.F. The predictive value of early treatment response in antipsychotic-naïve patients with first-episode psychosis: Haloperidol versus olanzapine. *Psychiatry Research.* 2016 Jul 30;241: 72-7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.097
7. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987. 13 (2):261–76. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
8. Горобец Л.Н., Мазо Г.Э. Гиперпролактинемия при использовании антипсихотиков второго поколения: принципы профилактики, диагностики и коррекции. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2017; 1: 63–69.
9. Корнетов А.Н., Кобзев Е.А. Психобиографические показатели юношей, употребляющих никотин. *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта.* 2016; 2 (132): 241–243.
10. Черепкова Е.В., Гуревич К.Г., Счастный Е.Д., Антонов А.Р. Общая характеристика наркотиков-аналогов и их составляющих: курительные смеси «Спайс», энтеогены. *Системный анализ и управление в биомедицинских системах.* 2012; 3(11): 685–688.

Поступила в редакцию 19.02.2019

Утверждена к печати 8.04.2019

Корнетова Елена Георгиевна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья (Томск), консультант психиатр клиник ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

Дмитриева Екатерина Георгиевна, младший научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья (Томск).

Тигунцев Владимир Владимирович, аспирант лаборатории молекулярной биологии и биохимии НИИ психического здоровья (Томск).

Гончарова Анастасия Александровна, аспирант отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья (Томск).

Полежаев Павел Константинович, заведующий вторым клиническим психиатрическим отделением ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» (Томск).

Иванова Светлана Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе, заведующая лабораторией молекулярной биологии и биохимии НИИ психического здоровья (Томск).

Семке Аркадий Валентинович, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора НИИ психического здоровья (Томск), заведующий отделением эндогенных расстройств НИИ психического здоровья (Томск), профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России.

✉ Корнетова Елена Георгиевна, kornetova@sibmail.com

УДК 616.895.8-056.34:615.214:577.175.328

For citation: Kornetova E.G., Dmitrieva E.G., Tiguntsev V.V., Goncharova A.A., Polezhaev P.K., Ivanova S.A., Semke A.V. Hyperprolactinemia in patients with schizophrenia receiving haloperidol and risperidone: clinical-social features. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 90–97. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-90-97](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-90-97)

Hyperprolactinemia in patients with schizophrenia receiving haloperidol and risperidone: clinical-social features

Kornetova E.G.^{1, 2}, Dmitrieva E.G.¹, Tiguntsev V.V.¹, Goncharova A.A.¹, Polezhaev P.K.³, Ivanova S.A.¹, Semke A.V.^{1, 2}

¹ Federal State Budgetary Scientific Institution “Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences” Mental Health Research Institute Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation.

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

³ Tomsk Clinical Psychiatric Hospital Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Atypical antipsychotics are currently used for treatment of schizophrenia. One of the most widely used antipsychotics is risperidone. However, according to research risperidone raises the level of prolactin in the serum. **Objective.** To compare prevalence of hyperprolactinemia, clinical-social features of patients with schizophrenia receiving a conventional antipsychotic haloperidol and risperidone. **Materials and Methods.** An observational study, comparison of clinical and social features of patients with schizophrenia, receiving risperidone and the conventional antipsychotic haloperidol was conducted. ELISA using a reagent kit PRL test system was applied. Information on the examination of all patients was imported into the “Baseline Map Formulated by Sociodemographic and Clinical-Dynamic Signs for Schizophrenic Patients”. Clinical-social assessment was implemented using the scale of positive and negative syndrome. Statistical data processing was made using the Statistica Windows Standard Application Pack (V.10.0). The reliability of the statistical differences was estimated using Pearson χ^2 and Mann-Whitney U-test. **Results.** Obtained during the observational research data show that despite more pronounced indicators of negative social drift in patients with schizophrenia who were prescribed haloperidol, compared with patients receiving risperidone, the latter were more likely to develop hyperprolactinemia: 58.72% and 80.0%, respectively.

Keywords: hyperprolactinemia, schizophrenia, antipsychotics, haloperidol, risperidone, therapy.

REFERENCES

1. Frighi V., Stephenson M.T., Morovat A., Jolley I.E., Trivella M., Dudley C.A., Anand E., White S.J., Hammond C.V., Hockney R.A., Barrow B., Shakir R., Goodwin G.M. Safety of antipsychotics in people with intellectual disability. *Br. J. Psychiatr.* 2011; 199(4): 289–295. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.085670>
2. Kornetova E.G., Mikilev F.F., Lobacheva O.A., Borodyuk Yu.N., Boiko A.S., Semke A.V. Klinicheskie i immunologicheskie osobennosti giperprolaktinemii u pacientov s shizofreniej, prinimayushchih risperidon [Clinical and immunological features of hyperprolactinemia in schizophrenic patients treated with risperidone]. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2016; 26(1): 5–11 (in Russian).
3. Dmitrieva E.G., Semke A.V., Bokhan N.A., Dubrovskaya V.V. Osobennosti adaptatsii bol'nyh shizofreniej pri rannem vyavlenii i korrektsii riska nesoblyudeniya terapii [The adaptive features of schizophrenia patients in early revealing and correction of the non-compliance with therapy]. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv – Contemporary Therapy of Mental Disorders*. 2018; 3: 11–17. DOI:10.21265/PSYPH.2018.46.16767 (in Russian).
4. Charan A., Shewade D.G., Rajkumar R.P., Chandrasekaran A. Relation between serum prolactin levels and antipsychotic response to risperidone in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2016. Jun 30; 240: 209–213. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.001.
5. Kreyenbuhl J.A., Medoff D.R., McEvoy J.P., Smith T.E., Hackman A.L., Nossel I.R., Dixon L.B., Essock S.M., Buchanan R.W. The RAISE Connection program: psychopharmacological treatment of people with a first episode of schizophrenia. *Psychiatric Service*. 2016; 67(12): 1300–1306. DOI: 10.1176/appi.ps.201500438
6. Rasmussen S.A., Rosebush P.I., Anglin R.E., Mazurek M.F. The predictive value of early treatment response in antipsychotic-naïve patients with first-episode psychosis: Haloperidol versus olanzapine. *Psychiatry Research*. 2016 Jul 30;241: 72–7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.097
7. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987. 13 (2): 261–76. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
8. Gorobets L.N., Mazo G.E. Giperprolaktinemiya pri ispol'zovanii antipsihotikov vtorogo pokoleniya: principy profilaktiki, diagnostiki i korrektsii [Hyperprolactinemia under use of the second generation antipsychotics: principles of prevention, diagnosis and correction]. *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva – Review of Psychiatry and Medical Psychology Named after V.M. Bekhterev*. 2017; 1: 63–69 (in Russian).
9. Kornetov A.N., Kobzev E.A. Psihobiograficheskie pokazateli yunoshej, upotreblyayushchih nikotin [Psychobiographic indicators of young men using nicotine]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F.Lesgafta – Scientific Notes of University named after P.F. Lesgaft*. 2016; 2 (132): 241–243 (in Russian).
10. Cherepkova E.V., Gurevich K.G., Schastnyy E.D., Antonov A.R. Obshchaya harakteristika narkotikov-analogov i ih sostavlyayushchih: kuritel'nye smesi "Spajs", ehnteogeny [General characteristics of drugs-analogues and their components: Smoking mixtures "Spice", enteogens]. *Sistemnyj analiz i upravlenie v biomedicinskih sistemah – System Analysis and Control in Biomedical Systems*. 2012; 3(11): 685–688 (in Russian).

Received February 19,2019

Accepted April 08,2019

Kornetova Elena G., MD, lead researcher of the Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences; consultant psychiatrist of clinics, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

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

Tiguntsev Vladimir V., postgraduate student of the Laboratory of Molecular Biology and Biochemistry, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Goncharova Anastasia A., post-graduate student of the Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Polezhaev Pavel K., Head of the 2nd Clinical Psychiatric Unit, Tomsk Clinical Psychiatric Hospital, Tomsk, Russian Federation.

Ivanova Svetlana A., MD, Prof., Deputy Director for Research Work, Head of the Laboratory of Molecular Biology and Biochemistry, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Semke Arkady V., MD, Prof., Deputy Director for Research Work, Head of the Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences; Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ Kornetova Elena G., kornetova@sibmail.com

ЭТНОПСИХИАТРИЯ И ЭТНОНАРКОЛОГИЯ

Вступительное слово главного редактора

Более 20 лет на базе НИИ психического здоровья Томского НИМЦ работает Международная ассоциация этнопсихологов и этнопсихотерапевтов (МАЭЭ) на принципах партнерских отношений, равноправия, независимости, сотрудничества и содействия, с учетом современных технологий в рамках единого информационного пространства. Российское общество психиатров высоко ценит научные разработки МАЭЭ, около 10 лет активно работает на платформе РОП секция этнопсихиатрии (председатель секции – д.м.н., профессор, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ Н.А. Бохан). В состав секции входят ведущие ученые страны, посвятившие свои научные изыскания вопросам культуральной психиатрии. МАЭЭ активно проводит коллаборативные исследования по вопросам психического здоровья коренного населения. С 2013 г. совместно с учеными из КНР изучаются депрессивные проявления у подростков России и Китая. Активно ведется работа по научным договорам «Транскультуральные исследования депрессивных расстройств: клинические и молекулярно-биологические аспекты» (Гос. регистрация НТИМИ 077/01/13), «Транскультуральные исследования депрессивных расстройств у подростков» (Гос. регистрация НТИМИ 0056/02/17).

Проведены три международных монотематические конференции: одна из них – в КНР (Харбин, 2013), две – в России (Томск, 2015 и Хабаровск, 2017).

IV российско-китайская конференция по исследованию депрессий у подростков пройдет 11 июня 2019 г. в Барнауле. Материалы совместных разработок представлены в данном разделе журнала.

УДК 616.008.64-056.3-057.87(1-21)(1-22)(1-925.11/.16):159.944.4:005.332.7

Для цитирования: Куприянова И.Е., Карауш И.С., Дашиева Б.А., Иванова Т.И., Салмина-Хвостова О.И. Негативные жизненные события у подростков – учащихся городских и сельских школ Сибири как риск развития депрессии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 98–107. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-98-107](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-98-107)

Негативные жизненные события у подростков – учащихся городских и сельских школ Сибири как риск развития депрессии

Куприянова И.Е.¹, Карауш И.С.¹, Дашиева Б.А.¹, Иванова Т.И.², Салмина-Хвостова О.И.³

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

² Омский государственный медицинский университет
Россия, 644099, Омск, ул. Ленина, 12

³ ИП «Салмина-Хвостова О.И.»
Россия, 654079, Новокузнецк, ул. Кирова, 11, 216а

РЕЗЮМЕ

Введение. Причиной формирования и развития психических расстройств во взрослом возрасте часто являются перенесенные психогенные события детского и подросткового периодов. **Материал и методы.** В статье представлены данные по 507 учащимся сельских и городских общеобразовательных школ в возрасте от 12 до 18 лет. В работе использованы Шкала жизненных событий для подростков (Adolescent Mental Life Events Scale, ASLEC), Шкала риска возникновения депрессивных симптомов у подростков М. Ковак (Child Depression Inventory Scale M. Kovacs, CDI). **Результаты.** 25% подростков исследуемой группы оценивают пережитые ими негативные жизненные события как имеющие высокую значимость для последующего функционирования в социуме. Высокий уровень риска депрессии наблюдается у 16,6% респондентов. Значимо чаще депрессивные симптомы встречаются у девочек в сравнении с мальчиками (23,9% и 8,8%). При корреляционном анализе выявлена взаимосвязь слабой степени между общими показателями этих шкал у мальчиков, взаимосвязь средней степени отмечалась у девочек. Обсуждается роль влияния негативных жизненных событий на возникновение депрессивных симптомов у подростков.

Ключевые слова: подростки, учащиеся городских и сельских школ, негативные жизненные события, стресс и психогении в детском возрасте, депрессия.

ВВЕДЕНИЕ

В поисках причин возникновения и развития психических расстройств у взрослых исследователи зачастую обращаются к осмыслению событий детского и подросткового периодов. Так, в психоаналитической традиции наличие невротического конфликта тесно связывалось с понятием психической травмы, пережитой пациентом в детстве. В современной научной литературе в этом контексте употребляются такие термины как неблагоприятный детский опыт, негативный детский опыт, негативные жизненные события, ранние детские впечатления [1, 2].

Негативный детский опыт связывают в последующем с когнитивными затруднениями и проблемами обучаемости [3], социального функционирования. Кроме того, неблагоприятные детские переживания могут быть связаны с повышенным риском психических расстройств (депрессии, тревожных, аддиктивных и поведенческих расстройств, посттравматического стрессового расстройства, расстройств личности) [4, 5, 6, 7, 8]. У людей с историей воздействия стресса в раннем возрасте (жестокое обращение, домашнее насилие и психопатология родителей) чаще отмечается употребление психоактивных веществ и зависимость от них. В этом аспекте перспективным направлением является нейробиологическое. Показана эффективность нейробиологической мульти-дименсиональной программы коррекции, направленной на улучшение саморегуляции у детей дошкольного возраста, подвергшихся воздействию стресса в раннем возрасте. Поддержание позитивной адаптации у таких детей способствует улучшению траектории их развития и позволяет предотвратить риск возникновения зависимости [9].

По данным метаанализа результатов 71 независимого исследования показана положительная корреляция жизненных событий с подростковой депрессией, которая опосредована полом (женский), культурно-историческими условиями (восточная культура, в частности китайская) и типом жизненного события [10]. Показана более выраженная связь подростковой депрессии с «обыденными» жизненными событиями в отличие от экстремальных ситуаций. Негативное влияние жизненных событий на психический статус детей младшего школьного возраста нивелируют социальная поддержка семьи, определенный стиль совладания, сформированная адекватная самооценка [11].

В обзоре M.R. Dauvermann, G. Donohoe (2019) показано, что у пациентов с детской травмой в анамнезе и психозом в актуальном состоянии наблюдался больший когнитивный дефицит по сравнению с пациентами без пережитой травмы. Высказывается предположение о связи конкретных стрессоров, их тяжести и частоты с выраженностью когнитивного дефицита. Отмечается разнообразие используемых опросников в выявлении взаимосвязей между детской травмой и когнитивными процессами в разных исследуемых популяциях [12]. Существует мнение, что взаимосвязи между жизненными событиями и подростковой депрессией не зависят от шкал и опросников, применяемых в анализируемых исследованиях [10].

Выполняются исследования по адаптации шкалы измерения стресса в популяциях подростков – представителей разных культур [10, 13]. Проводится поиск причинно-следственных связей между стрессовыми событиями и поведенческими проблемами у детей [14], уровнем психического здоровья и самооэффективностью в юношеском возрасте [15]. Изучается влияние неблагоприятного детского опыта и жизненных событий на способность к ингибирующему контролю, когнитивную гибкость и рабочую память студентов [16, 17]. Продемонстрирована связь типов негативных жизненных событий с депрессией, тревогой, стрессом [17]. Подчеркивается коморбидность аддиктивных, тревожных и депрессивных расстройств на модели региональной наркологической ситуации, в том числе в подростковой популяции [18, 19, 20].

После введения Гансом Селье понятия «стресс» специалистами обсуждается роль жизненных событий как психосоциальных стрессоров. Предложены методы количественной оценки и анализа жизненных событий. Известность в психологической практике приобрел опросник Холмса–Прэя (Social Readjustment Rating Scale – SRRS) (Holmes T.H., Rahe R.H., 1967), выявляющий жизненные события, переживаемые человеком в течение последнего года жизни, и оценивающий риск возникновения психосоматического или депрессивного расстройства. Значимые различия в оценке респондентами частоты событий обусловлены национальностью, культурным происхождением, возрастом, полом, профессиональной группой и когнитивными способностями. Однако опросник не предназначен для детей и подростков, не учитывает влияние стрессогенных ситуаций современности (например, моббинг, буллинг, информационный

прессинг и т.д.). Оценка событий только последнего года оставляет вне поля внимания ситуации, связанные со значимыми детскими переживаниями и опытом подросткового периода.

Созданная для подростков по аналогии с перечнем жизненных событий Холмса–Рея методика Р.Д. Коддингтон предназначена для выявления уровня стресса у учащихся 14–17 лет. Подростку предлагается оценить чувство (от 0 – «никаких чувств» до 10 – «максимально выраженное»), возникающее по поводу предлагаемых в списке 62 жизненных событий. Объем опросника предполагает продолжительную по времени процедуру тестирования, что может отразиться на релевантности полученных данных, особенно у подростков с соматически или психически обусловленной астенией. Вероятно, вне поля зрения исследователей останутся подростки с ограничениями здоровья, в частности с когнитивным дефицитом. Необходимость дать оценку эмоции по полярности (+ / –) и широкому диапазону (от 0 до 10) может вызвать затруднения у подростков с алекситимическими характеристиками. Спектр затруднений, с которыми сталкиваются современные подростки, достаточно широк, поэтому описываемый опросник мало подходит для масштабных популяционных исследований.

В исследовании (Ji Sh., Wang H., 2018) приведены данные, полученные при использовании Шкалы жизненных событий для подростков (ASLEC, 1987), разработанной при обобщении имеющихся в научной литературе данных. Кроме того, были учтены специфические для подросткового периода физиологические и психологические характеристики и особенности социального функционирования семьи. Анкета включает перечень 27 негативных событий в жизни и позволяет выявить психологические реакции подростков. Предполагается оценка частоты каждого события от 1 до 6. Чем выше балл участника, тем более отрицательным является его жизненный опыт. Результаты, полученные при использовании данного опросника в зарубежных странах, подтверждают наличие взаимосвязей ряда негативных жизненных событий, пережитых подростками, с тревогой, нарушениями поведения, психологическими проблемами и клинически выраженными психическими расстройствами. Также в ряде исследований указывается на отсутствие значимых различий между стрессорами, выявленными в процессе исследования у подростков из разных стран.

Таким образом, в изучении влияния негативных жизненных событий на психическое состояние подростков обнаруживаются различия в методиках и представлениях о негативности тех или иных событий и связанные с этим трудности оценки их субъективной значимости для лиц подросткового возраста, что определяется, в том числе, и социальными и культурными нормами.

В рамках настоящей статьи представлен фрагмент исследования, выполненного в рамках договора с Харбинским медицинским университетом (Китайская Народная Республика) «Транскультуральные исследования депрессивных расстройств у подростков» (2013–2019), реализованного с 2013 по 2017 г. с целью изучения клинических, психологических и социокультурных аспектов формирования аффективной патологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление перенесенных негативных жизненных событий и оценка их взаимосвязи с риском развития депрессивных симптомов у подростков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 507 учащихся городских (Томск, Омск, Новокузнецк, n=395) и сельских (Томский район, n=112) общеобразовательных школ, из них 241 – мальчики, 266 – девочки.

Методы: клинико-психопатологический; психологический – Шкала жизненных событий для подростков (Adolescent Mental Life Events Scale, ASLEC), опросник риска развития депрессивных симптомов М. Ковак (Child Depression Inventory scale M. Kovac, CDI). Проверка распределения данных с помощью критерия Колмогорова–Смирнова показала, что распределение отлично от нормального ($p < 0,01$), с учетом чего центральные тенденции и дисперсии количественных признаков представлены медианой (Me) и квартилями [Q25%; Q75%]. Для сопоставления двух групп по количественным признакам использовался непараметрический U-критерий Манна–Уитни. Анализ показателей распространенности осуществлялся с помощью критерия χ^2 с определением уровня значимости (p) и числа степеней свободы (d.f.). Для оценки взаимосвязи между количественными переменными использовался корреляционный анализ с расчетом непараметрического коэффициента Спирмена. За значимые принимались корреляционные связи при значениях коэффициента корреляции $R=0,3–1,0$ при достоверности уровня различий $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Жизненные события, включенные в шкалу, были распределены на пять групп – психологические, школьные, семейные, физическое здо-

ровье и экстремальные. Нами рассмотрены события как составляющие трех основных сфер функционирования подростков, включающие 21 событие из 27 (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Распределение полученных показателей по Шкале жизненных событий у учащихся подростков (n=507)

Сфера функционирования			Суммарный показатель*
Психологическая Me [Q25%; Q75%]	Школьная Me [Q25%; Q75%]	Семейная Me [Q25%; Q75%]	
15 [11;21]	19 [13;23]	14 [11;18]	58 [49;71]

П р и м е ч а н и е. События из сфер «Физическое здоровье» и «Экстремальные события» не были включены в таблицу по причине меньшей их частоты встречаемости по сравнению с событиями, относящимися к психологической, школьной и семейной сферам. При этом суммарный показатель рассчитан по всем жизненным событиям (n=27), включенным в шкалу.

Суммарный показатель по шкале жизненных событий у подростков составил 58 [49;71], что соответствует уровню «выше среднего» для данной группы. Сравнение между мальчиками и девочками по U-критерию Манна–Уитни, как по общему показателю, так и по отдельным сферам, не выявило значимых различий (p=0,844080, U=31729,00).

Кроме количественных показателей (суммарного и по отдельным сферам функционирования) при анализе результатов предполагалось разделение оценки событий, данной подростком, на три уровня субъективной значимости

каждого события. Значения субъективной значимости событий низкого уровня определены в интервале до 54 баллов включительно – по суммарному показателю, в интервале до 14 баллов включительно – по основным сферам для всех респондентов. Определение уровней (среднего и высокого) осуществлялось отдельно для городской и сельской выборок в зависимости от распределения показателей.

В таблице 2 представлено распределение жизненных событий по различным сферам функционирования в зависимости от субъективной значимости для респондентов.

Т а б л и ц а 2

Распределение жизненных событий в зависимости от их субъективной значимости для учащихся подростков (n=507) по сферам функционирования по Шкале жизненных событий для подростков

Уровень	Сферы функционирования						Суммарный показатель	
	Психологическая		Школьная		Семейная			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Низкий	233	46	153	30,2	276	54,4	208	41
Средний	154	30,4	249	49,1	111	21,9	173	34
Высокий	120	23,6	105	20,7	120	23,7	126	25
Всего	507	100	507	100	507	100	507	100

В целом 25% подростков исследуемой группы по суммарному показателю оценивают пережитые ими негативные жизненные события как имеющие высокую значимость для жизненного функционирования. Выявленные показатели уровней субъективной значимости событий по отдельным сферам функционирования существенно не отличались.

В дальнейшем было проведено сравнение субъективной значимости отдельных событий в зависимости от половой принадлежности. Статистически значимые различия между мальчиками и девочками выявлены только в отношении событий высокого уровня субъективной значимости (табл. 3).

Оказалось, что наиболее значимыми для подростков, причем независимо от пола, оказались факторы «Родительские требования к учебе», значимые для 51,8% мальчиков и 40,7% девочек, «Трудности в выборе профессии» – 21,9% мальчиков и 31,2% девочек, «Волнение в связи с учебой» – 20,8% мальчиков и 30% девочек, «Не нравится школа» – 22,7% мальчиков и 24% девочек.

Такие факторы, как жизненные события «Соперничество» и «Экстремальное стрессовое событие», имеют высокий уровень субъективной значимости у мальчиков. Тогда как у девочек наиболее значимый фактор «Проблемы в отношениях с противоположным полом».

Т а б л и ц а 3

Распределение показателей субъективно высокой значимости жизненных событий для учащихся подростков в зависимости от пола по Шкале жизненных событий для подростков

Событие	Мальчики		Девочки		Уровень значимости
	Абс.	%	Абс.	%	
Тебя не понимают или несправедливо относятся	29	12	34	12,5	
Безразличное отношение окружающих	30	12,4	20	7,5	
Неудовлетворительная успеваемость	37	15,3	35	13,1	
Споры с одноклассниками или друзьями	48	20	34	12,8	Тенденция
Существенные изменения привычек*	40	16,5	36	13,5	
Не нравится школа	55	22,7	64	24	
Проблемы в отношениях с противоположным полом	14	5,8	38	14,2	p=0,0045; 8,08
Длительное пребывание вне семьи	20	8,2	11	4,1	
Затруднения в учебе	43	17,8	38	14,3	
Напряженные отношения с учителем	21	8,7	30	11,2	
Заболевание в настоящее время	12	5,9	24	9	
Родственники страдают от заболевания в настоящее время	9	3,6	14	5,3	
Смерть родственников	7	2,9	13	4,9	
Кражи или потери	10	4,1	11	4,1	
Публичное унижение	8	3,2	16	5,2	
Низкий материальный уровень	15	6,1	16	6	
Конфликты в семье	20	8,2	33	12,3	
Трудности в выборе профессии	53	21,9	83	31,2	Тенденция
Тебя критикуют или наказывают	23	9,5	23	8,6	
Вынужденная смена школы	6	2,4	6	2,3	
Штраф*	9	3,7	10	3,8	
Волнение в связи с учебой	50	20,8	80	30	Тенденция
Соперничество	46	19	31	11,5	p=0,0459; 3,98
Физические наказания родителями	7	2,9	8	3	
Родительские требования к учебе	125	51,8	109	40,7	
Экстремальное стрессовое событие	18	7,4	9	3,3	p=0,05; 3,76
Другое событие	13	5,3	13	4,9	

П р и м е ч а н и е. * – Существенные изменения привычек (изменения в режиме питания, отдыха и т.д.). Штраф – преимущественно штрафы, выплачиваемые семьей.

Различия на уровне тенденции обнаружены по фактору «Споры с одноклассниками или друзьями» ($p=0,064$; 3,42), которые оказались более значимыми для мальчиков, и по факторам «Трудности в выборе профессии» ($p=0,075$; 3,17) и «Волнение в связи с учебой» ($p=0,063$;

3,43), имевшим более высокую значимость для девочек.

Распределение показателей риска развития депрессивных симптомов, полученное среди учащихся подростков по шкале М. Ковак (CDI), представлено в таблице 4.

Т а б л и ц а 4

Распределение показателей по уровню риска развития депрессии у учащихся подростков (по шкале М. Ковак, n=503)

Субшкала шкалы депрессии М. Ковак	Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
А – негативное настроение	308	61,2	101	20,1	94	18,7
В – межличностные проблемы	210	41,7	161	32,1	132	26,2
С – неэффективность	337	67	89	17,7	77	15,3
Д – ангедония	308	61,2	109	21,7	86	17,1
Е – негативная самооценка	326	64,8	102	20,3	75	14,9
Общий балл	297	59,0	122	24,4	84	16,6

П р и м е ч а н и е. Разница в количестве респондентов ($n=503$) в сравнении с предыдущим опросником (шкала жизненных событий) объясняется неполным заполнением бланков шкалы депрессии М. Ковак, выполненным 4 респондентами.

Высокий уровень риска депрессии наблюдается у 16,6% респондентов, со статистически значимой достоверностью ($p=0,001$, $\chi^2=14,79$) чаще у девочек в сравнении с мальчиками – 23,9% против 8,8%. Максимальные показатели приходится на подшкалу «Межличностные проблемы» (26,2%). В диапазоне средних значений по риску депрессии (24,4% респонден-

тов) отмечается равномерное распределение показателей по отдельным подшкалам. В целом в исследуемой группе у 59% подростков отмечается низкий риск развития депрессии.

Обнаруженные средние значения показателей риска развития депрессии по отдельным субшкалам в зависимости от пола представлены в таблице 5.

Т а б л и ц а 5

Распределение средних значений показателей риска развития депрессии у учащихся подростков по субшкалам шкалы депрессии М. Ковак (n=503)

Группа	Подшкала А	Подшкала В	Подшкала С	Подшкала D	Подшкала Е	Общий балл
Мальчики (n=239)	48 [44; 57]	56 [50; 63]	48 [42; 53]	51 [44; 58]	50 [40; 60]	51 [45; 58]
Девочки (n=264)	54 [48; 64]	64 [54; 74]	52 [45; 59]	52 [47; 63]	52 [45; 64]	55 [47; 68]
Всего n=503	53 [44; 62]	56 [50; 69]	49 [42; 59]	52 [45; 62]	52 [45; 60]	53 [46; 63]

Необходимо отметить, что для девочек-подростков обследуемой группы наиболее характерными были более высокие показатели по всем субшкалам, хотя их значения располагаются в диапазоне средней степени риска. Наиболее напряженной является подшкала В «Межличностные проблемы» (уровень «выше

среднего»), что является типичным для лиц данной возрастной категории.

Для изучения взаимосвязи суммарных показателей психической, школьной и семейной сфер шкалы жизненных событий с показателями шкалы депрессии М. Ковак был проведен корреляционный анализ по Спирмену, результаты представлены в таблице 6.

Т а б л и ц а 6

Корреляции суммарных показателей психической, школьной и семейной сфер по шкале жизненных событий с показателями по шкале депрессии М. Ковак (корреляционный анализ по Спирмену)

Жизненные события	Шкала депрессии М. Ковак	Коэффициент корреляции Спирмена (r)	t(N-2)	p-level
Психологическая сфера	Общий балл	0,422104	10,42192	0,000000
	Подшкала А	0,357259	8,56155	0,000000
	Подшкала В	0,253452	5,86452	0,000000
	Подшкала С	0,352333	8,42665	0,000000
	Подшкала D	0,351066	8,39206	0,000000
	Подшкала Е	0,402591	9,84422	0,000000
Школьная сфера	Общий балл	0,408739	10,02443	0,000000
	Подшкала А	0,299527	7,02694	0,000000
	Подшкала В	0,251939	5,82711	0,000000
	Подшкала С	0,407032	9,97425	0,000000
	Подшкала D	0,349028	8,33658	0,000000
	Подшкала Е	0,339087	8,06776	0,000000
Семейная сфера	Общий балл	0,211154	4,83529	0,000002
	Подшкала А	0,193662	4,41840	0,000012
	Подшкала В	0,122607	2,76518	0,005899
	Подшкала С	0,185318	4,22109	0,000029
	Подшкала D	0,165080	3,74639	0,000200
	Подшкала Е	0,181398	4,12874	0,000043
Общий балл по шкале жизненных событий	Общий балл	0,473213	12,02336	0,000000
	Подшкала А	0,379360	9,17724	0,000000
	Подшкала В	0,302202	7,09597	0,000000
	Подшкала С	0,429714	10,65190	0,000000
	Подшкала D	0,394356	9,60531	0,000000
	Подшкала Е	0,422318	10,42836	0,000000

При высоком уровне значимости между исследуемыми показателями определена слабая степень тесноты взаимосвязи при ее однонаправленности. При этом наиболее тесная взаимосвязь получена между общими показателями сравниваемых шкал. Общий показатель по шкале жизненных событий также коррелирует с субшкалами «Неэффективность» и «Негативная самооценка».

Общий балл по шкале депрессии М. Ковак коррелирует с суммарными показателями психической и школьной сфер шкалы жизненных событий. По отдельным субшкалам взаимосвязь обнаружена между суммарным показателем психической сферы и «Негативной самооценкой», а также между суммарным показателем школьной сферы и «Неэффективностью».

При сравнении взаимосвязи параметров шкалы жизненных событий с показателями шкалы депрессии М. Ковак в зависимости от пола выявлено, что у девочек все показатели имеют значимый уровень корреляции, тогда как у мальчиков взаимосвязь симптомов депрессии с суммарным показателем по негативным событиям в семейной сфере не является значимой.

Вместе с тем у девочек степень тесноты связи (оставаясь в диапазоне слабой связи) имеет более высокие значения по всем признакам, за исключением связи между общим показателем по шкале жизненных событий и суммарным показателем по шкале депрессии ($R_s=0,528$), относящейся к средней степени связи.

ОБСУЖДЕНИЕ

По суммарному показателю 25% учащихся подростков исследуемой группы оценивают пережитые ими негативные жизненные события как имеющие высокую значимость для функционирования в социуме. Наиболее часто переживаются подростками, причем независимо от пола, негативные события, относящиеся к школьному функционированию. При этом события школьной сферы чаще субъективно воспринимаются на уровне средней степени значимости. Жизненные события, относящиеся к психологической и семейной сферам, чаще воспринимаются как высоко значимые. Так, наиболее значимыми для подростков, так же независимо от пола, оказались факторы «Родительские требования к учебе», «Трудности в выборе профессии», «Волнение в связи с учебой», «Негативное отношение к школе». Высокий уровень субъективной значимости у мальчиков имеют такие события, как «Соперниче-

ство» и «Экстремальное стрессовое событие». Тогда как у девочек высокую субъективную значимость имеют «Проблемы в отношениях с противоположным полом».

Высокий уровень риска развития депрессивных симптомов отмечен у 16,6% учащихся подростков, этот показатель имеет более высокие значения у девочек по сравнению с мальчиками (23,9% против 8,8%). Для девочек-подростков обследуемой группы характерны более высокие показатели по всем субшкалам, хотя их значения находятся в диапазоне средней степени риска. Наиболее напряженной является подшкала В «Межличностные проблемы» (уровень «выше среднего»), что является типичным для лиц данной возрастной категории. Высокий уровень по данной субшкале выявлен у 26,2% респондентов.

Анализ корреляционной взаимосвязи суммарных показателей психической, школьной и семейной сфер шкалы жизненных событий с показателями шкалы депрессии М. Ковак выявил положительную корреляцию со слабой степенью связи ($R=0,422-0,473$). Вероятно, развитие депрессивных симптомов у подростков, имеющих в истории своей жизни негативные жизненные события, воспринимаемые ими как высоко значимые, не является однозначно закономерным. Можно предположить, что на ослабление этой связи влияют другие факторы, такие как адекватная самооценка, адаптивный стиль совладания, формирование более зрелых психологических защит, стрессоустойчивость, наличие социальной поддержки и благоприятный семейный микроклимат.

Тем не менее выявленная связь между общими показателями этих шкал свидетельствует о влиянии негативных жизненных событий на эмоциональное состояние подростков и формирование аффективной симптоматики. Это положение требует более детального рассмотрения путем изучения и анализа вклада личностно-психологических и социальных факторов.

При высоких показателях риска развития депрессии у девочек получены относительно более высокие значения корреляционной взаимосвязи с жизненными событиями. Возможно, у девочек-подростков переживаемые негативные жизненные события вносят более весомый вклад в развитие симптомов депрессии. Большая уязвимость девочек в этом аспекте может объясняться особенностями эмоционального реагирования и совладания со стрессом, чувствительностью к определенным событиям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, негативные жизненные события широко представлены в жизни современных учащихся подростков и имеют для них высокую субъективную значимость. Выявленные положительные корреляционные взаимосвязи между высоким риском развития депрессивных симптомов и негативными жизненными событиями требуют дальнейшего изучения в следующих аспектах: особенности реагирования на определенные типы жизненных событий в зависимости от пола, индивидуально-личностные особенности подростков, уровень состояния здоровья. Также требуют изучения вопросы выявления защитных факторов, условий и психологических характеристик формирующейся личности, опосредованных социокультуральной средой. Социальная поддержка семьи, определенный стиль совладания, самооценка могут смягчить негативное влияние жизненных событий на психический статус учащихся подростков.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы подтверждают отсутствие финансирования и спонсорской поддержки при проведении исследования.

СООТВЕТСВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование было проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (Протокол заседания этического комитета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 103 от 23.10.2017).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Akinkugbe A.A., Hood K.B., Brickhouse T.H. Exposure to adverse childhood experiences and oral health measures in adulthood: findings from the 2010 behavioral risk factor surveillance system. *JDR Clinical & Translational Research*. 2019; 4(2):116-125. <https://doi.org/10.1177/2380084418810218>
2. Brenas J.H., Shin E.K., Shaban-Nejad A. An ontological framework to improve surveillance of adverse childhood experiences (ACEs). *Stud Health Technol Inform*. 2019; 258: 31–35. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-959-1-31>
3. Walsh M., Joyce S., Maloney T., Vaithianathan R. Adverse childhood experiences and school readiness outcomes: results from the Growing Up in New Zealand study. *N Z Med J*. 2019 Apr 12; 132(1493):15–24.
4. Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J. Chapman D.P., Williamson D.F., Giles W.H. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*. 2001; 286 (24): 3089–3096. doi.org/10.1001/jama.286.24.3089
5. Dube S.R., Miller J.W., Brown D.W., Giles W.H., Felitti V.J. Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *J. Adolesc. Health*. 2006; 38:410-421. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.006
6. Norman R.E., Byambaa M., De R., Butchart A., Scott J., Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012; 9: 139–149. doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349
7. Mandavia A., Robinson G., Bradley B. Exposure to childhood abuse and later substance use: indirect Effects of emotion dysregulation and exposure to trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 2016; 29 (5): 422–429. [doi:10.1002/jts.22131](https://doi.org/10.1002/jts.22131)
8. Velikonja T., Velthorst E., McClure M.M., Rutter S., Calabrese W.R., Rosell D., Koenigsberg H.W., Goodman M., New A.S., Hazlett E.A., Perez-Rodriguez M.M. Severe childhood trauma and clinical and neurocognitive features in schizotypal personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2019; 5. [doi: 10.1111/acps.13032](https://doi.org/10.1111/acps.13032)
9. Roos L.E., Horn S., Berkman E.T., Pears K., Fisher Ph.A. Leveraging translational neuroscience to inform early intervention and addiction prevention for children exposed to early life stress. *Neurobiology of Stress*. 2018; 9: 231–240. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.10.004>
10. Li Yue L., Dajun Zh., Yinghao L., Tianqiang H. Meta-analysis of the Relationship between life events and depression in adolescents. *J Pediatr Care*. 2016, 2:1. [doi:10.21767/2471-805X.100008](https://doi.org/10.21767/2471-805X.100008)
11. Man Y., Mengmeng L., Lezhi L., Ting M., Jingping Zh. The psychological problems and related influential factors of left-behind adolescents (LBA) in Hunan, China: a cross sectional study. *International Journal for Equity in Health*. 2017. 16:163. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0639-2>
12. Dauvermann M.R., Donohoe G. The role of childhood trauma in cognitive performance in schizophrenia and bipolar disorder – A systematic review *Schizophr Res Cogn*. 2019 Jun; 16: 1–11. [doi: 10.1016/j.scog.2018.11.001](https://doi.org/10.1016/j.scog.2018.11.001)
13. Moya-Higueras J., Cuevas A., Mezquita L., Mayoral M., Fañanás L., Ortet G., Ibáñez M. Recent stressful life events (SLE) and adolescent mental health: initial validation of the LEIA, a new Checklist for SLE assessment according to their severity, interpersonal, and dependent nature. *Assessment*. 2018 Dec 12:1073191118817648. [doi: 10.1177/1073191118817648](https://doi.org/10.1177/1073191118817648)

14. Aggarwal S., Prabhu C.H., Anand L.C., Kotwal L.C. Stressful life events among adolescents: the development of a new measure. *Indian J Psychiatry*. 2007; 49(2): 96–102. doi: 10.4103/0019-5545.33255.
15. Cui N., Liu X., Bao Y. The Impact of life events on mental health: self-efficacy as a mediator. *International Journal of Science*. 2018; 5(5): 144–147.
16. Ji Sh., Wang H. A study of the relationship between adverse childhood experiences, life events, and executive function among college students in China. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2018 Dec. 31:28. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0107-y>
17. Zou P., Sun L., Yang W., Zeng Y. Associations between negative life events and anxiety, depressive, and stress symptoms: A cross-sectional study among Chinese male senior college students. *Psychiatry Research*. 2018. 26–33. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.019>
18. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Алкогольная смертность в отдалённых сельских районах Западной Сибири. *Наркология*. 2011; 10, 9 (117): 43–47. Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. *Narkologiya – Narcology*. 2011; 10, 9 (117): 43–47 (in Russian).
19. Бохан Н.А., Мандель А.И., Артемьев И.А., Ветлугина Т.П., Солонский А.В., Прокопьева В.Д., Иванова С.А., Невидимова Т.И. Эпидемиология, клиничко-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006; 3 (42): 25–32. Bokhan N.A., Mandel A.I., Artemyev I.A., Vetlugina T.P., Solonsky A.V., Prokopyeva V. D., Ivanova S.A., Nevidimova T.I. Epidemiology, pathobiological regularities of prevention of mental and behavioral disorders as a result of substance abuse (regional aspect) *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2006; 3 (42): 25–32 (in Russian).
20. Бохан Н.А., Иванова С.А., Левчук Л.А. Серотониновая система в модуляции депрессивного и аддиктивного поведения. Томск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2013: 102. Bokhan N.A., Ivanova S.A., Levchuk L.A. [Serotonin system in modulation of depressive and addictive behavior]. Tomsk: Publishing House “Ivan Fedorov”, 2013: 102 (in Russian).

Поступила в редакцию 01.02.2019

Утверждена к печати 8.04.2019

Куприянова Ирина Евгеньевна – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН (Researcher ID I-9441-2017, ORCID ID: 0000-0003-2495-7811).

Карауш Ирина Сергеевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН (Author ID: 668030; Researcher ID J-2343-2017; ORCID ID: 0000-0003-1920-6175).

Дашиева Баирма Антоновна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН (Researcher ID I-1734-2017; ORCID ID: 0000-0003-3755-2952).

Иванова Татьяна Ильинична – доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии ПДО ОмГМА, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет».

Салмина-Хвостова Ольга Ивановна – доктор медицинских наук.

✉ Куприянова Ирина Евгеньевна, irinakupr@rambler.ru

УДК 616.008.64-056.3-057.87(1-21)(1-22)(1-925.11/16):159.944.4:005.332.7

For citation: Kupriyanova I.E., Karaush I.S., Dashieva B.A., Ivanova T.I., Salmina-Khvestova O.I. Negative life events among adolescents, students of urban and rural schools of Siberia as the risk for developing depression. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 98–107. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-98-107](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-98-107)

Negative life events among adolescents, students of urban and rural schools of Siberia as the risk for developing depression

Kupriyanova I.E.¹, Karaush I.S.¹, Dashieva B.A.¹,
Ivanova T.I.², Salmina-Khvestova O.I.³

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

² *Omsk state medical University
Lenin Street 12, 644099, Omsk, Russian Federation*

³ *Individual Enterprise «Salmina-Khvestova O.I.»
Kirova street, 11, 216a, 654079, Novokuznetsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Introduction. The experienced psychogenic events of childhood and adolescence are often the causes for the formation and development of mental disorders in adulthood. **Material and Methods.** The article presents data on 507 pupils of rural and urban secondary schools aged from 12 to 18 years. In the study Adolescent Mental Life Events Scale (ASLEC), Child Depression Inventory Scale by M. Kovac (CDI) are used. **Results.** 25% of adolescents in the study group assess the negative life events experienced by them as having high significance for the subsequent functioning in society. A high risk of depression is observed in 16.6% of respondents. Significantly more often depressive symptoms occur in girls compared to boys (23.9% and 8.8%). The correlation analysis reveals a weak relationship between the overall performance of these scales in boys and the relationship of the average degree – in girls. The role of the influence of negative life events on the occurrence of depressive symptoms in adolescents is discussed.

Keywords: adolescents, pupils of urban and rural schools, negative life events, stress and psychogenic factors in childhood, depression.

Received February 01.2019

Accepted April 08.2019

Kupriyanova Irina E. – MD, Prof., lead researcher of the Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation (Researcher ID I-9441-2017, ORCID ID: 0000-0003-2495-7811).

Karaush Irina S. – MD, lead researcher of the Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation (Author ID: 668030; Researcher ID J-2343-2017; ORCID ID: 0000-0003-1920-6175).

Dashieva Bairma A. – MD, lead researcher of the Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation (Researcher ID I-1734-2017; ORCID ID: 0000-0003-3755-2952).

Ivanova Tatyana I. – MD, Professor of the Department of Neurology of Postgraduate Education, Professor of the Department of Psychiatry, Medical Psychology, Omsk State Medical University, Omsk, Russian Federation.

Salmina-Khvestova Olga I. – MD.

✉ Kupriyanova Irina E., irinakupr@rambler.ru

УДК 616.89-008.454-053.6(571.6)(511):615.214:615.851.8

Для цитирования: Логинов И.П., Солодкая Е.В. Клинические характеристики депрессивных расстройств у подростков Дальнего Востока России и Северного Китая. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 108–112. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-108-112](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-108-112)

Клинические характеристики депрессивных расстройств у подростков Дальнего Востока России и Северного Китая

Логинов И.П., Солодкая Е.В.

*Дальневосточный государственный медицинский университет
Россия, 680000, Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35*

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось определение клинических и социально-психологических закономерностей формирования структуры и динамики непсихотических депрессивных расстройств у подростков, проживающих на Дальнем Востоке России и в Китае. **Материалом** для решения поставленных задач послужили данные рандомизированного исследования 123 подростков, из них 61 подросток с симптомами депрессивного расстройства, проживающих в северно-китайской провинции Хэйлуцзян, и 62 подростка с депрессивной симптоматикой, проживающих на Дальнем Востоке России. **Результаты.** Проведенное транскультуральное исследование выявило значительное преобладание среди подростков с депрессивными расстройствами лиц женского пола в обеих этнических группах (российская группа – 78,0%, китайская группа – 68,2%). Установленная психопатологическая структура депрессивных расстройств показала неоднородность клинических проявлений в зависимости от возрастного периода подростков, что позволило отнести российских и китайских пациентов к двум возрастным периодам: подростки 11–14 лет (1-я группа, 20% и 15,9%) и подростки 15–18 лет, на которых приходился пик депрессивных расстройств (2-я группа, 80,0% и 84,1%).

Ключевые слова: транскультуральная психиатрия, подростки, депрессивные расстройства.

ВВЕДЕНИЕ

По современным эпидемиологическим данным [1, 2], распространенность депрессий в популяции 15–20-летних колеблется от 8 до 20%. Отмечается, что более 50% всей психической заболеваемости приходится на лиц подросткового и юношеского возрастов, а пик суицидов – на возрастную группу от 15 до 25 лет [3]. Проведенные исследования показывают, что аффективная патология представляет собой гетерогенную группу расстройств. Своевременная диагностика и терапия аффективных расстройств до сих пор представляет собой сложную клиническую задачу [4, 5]. Проблема изучения психического здоровья с позиций раскрытия его специфических региональных и этнокультуральных особенностей диктует необходимость рассмотрения клинико-динамических параметров для отдельных групп населения и этносов [6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определение клинических и социально-психологических закономерностей формирования структуры и динамики непсихотических депрессивных расстройств у подростков, проживающих в культурально различных странах – на Дальнем Востоке России и в Северном Китае, с целью разработки и внедрения модели дифференцированной профилактики подростковых депрессий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования явились пациенты 11–18 лет, классифицируемые как ранние подростки (11–14 лет) и поздние подростки (15–18 лет), находившиеся на амбулаторном и стационарном лечении в КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» МЗ ХК и в Первом специальном госпитале г. Харбина (The First Special Hospital of Harbin) по поводу аффективных расстройств, родители которых дали информированное согласие на участие в исследовании.

Достоверность результатов исследования подтверждается достаточным числом наблюдений в основной и контрольной группах, позволяющим проводить статистическую обработку и формулировать выводы. Статистическую обработку проводили с применением пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Материалом для решения поставленных задач послужили данные рандомизированного исследования 123 пациента с симптомами депрессивного расстройства, из которых 61 – этнические китайцы, проживающие в северно-китайской провинции Хэйлуцзян и поступившие на стационарное лечение в 1-й специальный госпиталь г. Харбина, и 62 – российские подростки, проживающие на Дальнем Востоке, получавшие лечение в Хабаровской краевой психиатрической больнице.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

По результатам первоначального исследования выявлено отсутствие статистически достоверных различий между подростками российской и китайской групп по возрастному, половому составу, психопатологической отягощенности и соматоневрологической заболеваемости.

Всем пациентам, поступавшим в психиатрический стационар с симптомами депрессии, проводилось клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое и лабораторное обследование.

Проведенное транскультуральное исследование выявило значительное преобладание среди подростков с депрессивными расстройствами лиц женского пола в обеих этнических группах: российская группа – 78,0%, китайская группа – 68,2%.

Были сформированы две возрастные группы (11–14 и 15–18 лет). В первой возрастной группе (11–14 лет) среди российских и китайских подростков достоверных отличий в клинико-нозологической структуре депрессивных расстройств не выявлено. Вместе с тем у российских подростков второй возрастной группы (15–18 лет) клинико-психопатологическая структура депрессивных расстройств достоверно чаще характеризовалась кратковременными (42%) и пролонгированными (24%) депрессивными реакциями, тогда как среди китайских подростков достоверно чаще встречался умеренный депрессивный эпизод (23%) и тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов (41%).

На следующем этапе исследования было изучено распределение больных по клинико-психопатологической структуре ведущего синдрома. Получены достоверные данные о структуре ведущего синдрома среди подростков второй возрастной группы (15–18 лет): у китайских подростков достоверно чаще выявлено преобладание астено-адинамического варианта депрессивных расстройств (36%) в сравнении с российскими подростками.

В клиническом интервью китайские подростки отмечали, что прежние интересы и увлечения перестали играть в их жизни какую-либо значимую роль, что переставали справляться с обычными повседневными нагрузками, а это влекло за собой снижение умственной и физической работоспособности и негативно сказывалось на качестве получаемых знаний и текущей успеваемости.

Как правило, подростки не связывали ухудшение настроения с актуальным психическим состоянием и пытались объяснить низкую успеваемость необоснованно растущими требованиями педагогов и родителей и недоброжелательным отношением со стороны окружающих. Часть пациентов (15%) в подобной ситуации пытались справиться с учебными нагрузками, «взять себя в руки», «направить все силы на учебу», но неудачные попытки самостоятельно преодолеть школьную дезадаптацию только усиливали астенизацию и приводили к еще большему ухудшению настроения. Параллельно появлялись нарушения сна, ухудшался аппетит, резко снижался жизненный тонус в целом. Постепенно появлялись идеи самоуничтожения и собственной никчемности, сниженная самооценка в силу неспособности быть «нормальным, полноценным человеком», что закономерно приводило к обострению депрессии.

В начале депрессивного эпизода многие пациенты, критически оценивая свое психическое состояние, всё же пытались справиться с ним самостоятельно. Только 5% из них обращались к специалистам (психиатрам, психотерапевтам, психологам, участковым терапевтам). Преобладающее большинство подростков искали помощь у близких, но чаще всего не находили поддержки, так как ближайшее окружение воспринимало их жалобы как «неуместные», «непонятные», «навязчивые». Часто пациенты пытались справиться с депрессией, используя алкоголь и другие ПАВ, но это только ухудшало и без того тяжелое психическое состояние.

Вышеуказанные выводы подтверждаются полученными показателями по психологическим шкалам Гамильтона (HAMD-17, HARS). Так, в первой возрастной группе у 14% российских подростков состояние тревоги оценивалось как средне выраженное, тогда как во второй возрастной группе данный показатель возрастает до 42%. Тревожное состояние, наблюдавшееся у 34% респондентов, клинически проявлялось переживанием выраженного чувства тревоги в ответ на возникновение даже незначительных по силе психогенных ситуаций. Эти опрошенные были отнесены к лицам с высоким уровнем ситуационной тревожности. Таким образом, 84,1% от общего числа респондентов отличались высокими уровнями как личностной, так и ситуационной тревожности, что можно расценивать как их специфическую психологическую особенность, предрасполагающую к развитию суицидального поведения.

Следующей задачей сравнительного исследования стала разработка терапевтической стратегии и системы превентивных мероприятий, позволяющей улучшить качество профилактической помощи подросткам с непсихотическими депрессивными расстройствами.

В ходе настоящего исследования был разработан прогностически-триггерный программный комплекс развития депрессивных расстройств по медико-социальным факторам риска. Дизайн исследования предполагал, что внедрение данного комплекса позволит улучшить качество оказываемой профилактической помощи подросткам с непсихотическими депрессивными расстройствами на основе включения в его структуру медикаментозной, психотерапевтической и психопревентивной составляющих. Этот комплекс построен в соответствии с классическими подходами к терапии депрессивных расстройств и суицидального процесса, а также с учетом индивидуально-психологических характеристик пациентов. При этом необходимо иметь в виду, что психофармакотерапия назначалась только в случае наличия у подростка тех или иных психических расстройств.

Согласно нашему опыту, наиболее эффективными средствами в психофармакотерапии расстройств депрессивного спектра являются антидепрессанты, среди которых наиболее предпочтительны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). При этом мы отдавали себе отчет в том, что для детей и подростков до 15-летнего возраста в клинической практике в России разрешен к применению только феварин (с 8 лет), в то время как в КНР в инструкциях по применению лекарственных препаратов, включая антидепрессанты, нет возрастных ограничений. В психиатрических клиниках КНР антидепрессантами выбора для лечения детей и подростков являются флуоксетин, эсциталопрам, сертралин и венлафаксин, при этом предпочтению отдается первым двум. Антидепрессивная терапия дополнялась назначением транквилизаторов, нормотимиков, нейролептиков. Помимо медикаментозной терапии подросткам проводили психотерапию. При выборе методов психотерапии в отношении китайских и российских подростков предпочтение отдавалось арттерапевтическим и игровым методикам, обязательным компонентом была семейная терапия с позиции партнерских отношений в семье и применение методов когнитивно-поведенческой психотерапии.

Основным принципом охраны психического здоровья детей и подростков является предупредительное (превентивное) направление. Известно, что применение современных информационных и математико-статистических методов может значительно повысить качество оказания как первичной, так и вторичной профилактики депрессивных расстройств.

С применением модели логистической регрессии Logistica (≥ 2) у подростков российской группы было выявлено пять переменных статистически значимых факторов, вносящих вклад в формирование депрессивных расстройств: родительский прессинг, неблагоприятные отношения с одноклассниками, разногласия и непонимание с родителями, наследственная отягощенность психическими заболеваниями, преморбидные акцентуации личностных черт. Регрессионный анализ факторов риска депрессивных расстройств у подростков китайской группы доказал наличие статистически значимой корреляции с пессимистическими взглядами и планами на будущее, родительским прессингом, плохими условиями проживания, проблемами в отношениях с одноклассниками и родителями. Анализируя статистически значимые факторы риска депрессивных расстройств у подростков, мы определили те из них, которые можно использовать как бинарные вопросы для создания модели депрессивного поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Значимым мероприятием в алгоритме антидепрессивной терапии у подростков является раннее распознавание депрессий. В его основе должна лежать достаточная осведомленность врачей общесоматической сети о проявлениях депрессии, поскольку именно к ним на начальном этапе заболевания обращаются подростки и их родители. Поэтому большое значение играет качественная организация взаимодействия между психиатрической службой и учреждениями общемедицинской сети. Кроме того, знание этнокультуральной специфики заболеваний у представителей коренных дальневосточных этносов позволит достичь лучшего понимания механизмов формирования депрессивных расстройств. Выявленные клинические особенности позволят более дифференцированно и эффективно осуществлять профилактику, диагностику и лечение этой патологии, что внесет существенный вклад в улучшение психического здоровья подростков Дальнего Востока России и Северного Китая.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование имеет спонсорскую поддержку в форме гранта РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00018.

СООТВЕТСВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование было проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики и этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (Протокол заседания этического комитета Дальневосточного государственного медицинского университета № 3 от 05.02.2018 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Wong J.P.S., Stewart S.M., Claassen C., Lee P.W.H., Rao U., Lam T.H. Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. *Social Science and Medicine*. 2008, 66: 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.031>
2. Yunming L., Changsheng C., Haibo T., Wenjun C., Shanhong F., Yan M., Yongyong X., Qianzhen H.

- Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi'an China: a community-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Jan; 27 (1): 31–39. doi: 10.1002/gps.2685
3. Krasnov V.N. Diagnosis and classification of mental disorders in Russian speaking psychiatry: focus on affective spectrum disorders. *European Psychiatry*. 2011; 26 (2): 11–14.
4. Краснов В.Н., Алфимова М.В., Мельникова Т.С., Фролов А.М. Взаимосвязи когнитивных и эмоциональных нарушений при депрессиях (обзор литературы). *Доктор.Ру*. 2013.5 (83): 70–76.
5. Куприянова И.Е., Карауш И.С., Дроздовский Ю.В., Усов Г.М. Дети и подростки с сенсорными нарушениями: проблемы депрессии и суицидального риска. *Суицидология*. 2017; 8, 2 (27): 70–81.
6. Семке В.Я., Бохан Н.А. Транскультуральная аддиктология. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008: 588.

Поступила в редакцию 11.02.2019
Утверждена к печати 8.04.2019

Логинов Игорь Павлович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии.

Солодкая Евгения Владимировна – аспирант кафедры психиатрии и наркологии.

✉ Логинов Игорь Павлович, log-i-p1954@mail.ru

УДК 616.89-008.454-053.6(571.6)(511):615.214:615.851.8

For citation: Loginov I.P., Solodkaya E.V. Clinical characteristics of depressive disorders in adolescents in the Russian Far East and North China. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 108–112. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-108-112](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-108-112)

Clinical characteristics of depressive disorders in adolescents in the Russian Far East and North China

Loginov I.P., Solodkaya E.V.

Far Eastern State Medical University

Muravyev-Amursky Street 35, 680000, Khabarovsk, Russian Federation

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the clinical and socio-psychological patterns of formation of the structure and dynamics of non-psychotic depressive disorders in adolescents living in the Russian Far East and in China. **Material** for solving the set tasks was given by data of a randomized study of 123 adolescents, 61 of them were adolescents with symptoms of depressive disorder living in the North China province of Heilongjiang, and 62 adolescents with depressive symptoms living in the Far East of Russia. **Results.** A transcultural study revealed a significant predominance among adolescents with depressive disorders of females in both ethnic groups (the Russian group – 78.0%, the Chinese group – 68.2%). The established psychopathological structure of depressive disorders showed heterogeneity of clinical manifestations depending on the age of adolescents, which refers Russian and Chinese patients to two age periods: adolescents 11–14 years old (group 1, 20% and 15.9%) and adolescents 15–18 years old, which accounted for the peak of depressive disorders (group 2, 80.0% and 84.1%).

Keywords: transcultural psychiatry, adolescents, depressive disorders.

REFERENCES

1. Wong J.P.S., Stewart S.M., Claassen C., Lee P.W.H., Rao U., Lam T.H. Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. *Social Science and Medicine*. 2008, 66: 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.08.031>
2. Yunming L., Changsheng C., Haibo T., Wenjun C., Shanhong F., Yan M., Yongyong X., Qianzhen H. Prevalence and risk factors for depression in older people in Xi'an China: a community-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Jan; 27 (1): 31–39. doi: 10.1002/gps.2685
3. Krasnov V.N. Diagnosis and classification of mental disorders in Russian speaking psychiatry: focus on affective spectrum disorders. *European Psychiatry*. 2011; 26 (2): 11–14.
4. Krasnov V.N., Alfimova M.V., Melnikova T.S., Frolov A.M. Vzaimosvyazi kognitivnykh i emotsionalnykh narusheniy pri depressiyah (obzor literatury) [The relationship of cognitive and emotional disorders in depression (review of literature)]. *Doctor.Ru*. 2013.5 (83): 70–76 (in Russian).
5. Kupriyanova I.E., Karaush I.S., Drozdovsky Yu.V., Usov G.M. Deti i podrostki s sensornymi narusheniyami: problemy depressii i suitsidalnogo riska [Children and adolescents with sensory disorders: problems of depression and suicidal risk]. *Suitsidologiya – Suicidology*. 2017; 8, 2 (27): 70–81 (in Russian).
6. Semke V.Ya., Bokhan N.A. Transkul'tural'naya addiktologiya [Transcultural addictology]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2008: 588 (in Russian).

Received February 11.2019

Accepted April 08.2019

Loginov Igor P. – MD, Prof., Head of the Department of Psychiatry and Narcology Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russian Federation.

Solodkaya Eugenia V. – graduate student of the Department of Psychiatry and Narcology Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russian Federation.

✉ Loginov Igor P., log-i-p1954@mail.ru

УДК 616.895.4:616.89-008.441.13-056.34(510):550.87

Для цитирования: Ху Диан. Клинико-биологические исследования депрессий и алкогольной зависимости среди населения Китая. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 113–117. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-113-117](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-113-117)

Клинико-биологические исследования депрессий и алкогольной зависимости среди населения Китая

Ху Диан

Харбинский медицинский университет

№ 157 Бэоджиэн-Роуд, Нэнгэнг-Дистрикт, Харбин-Сити, провинция Хэйлуңцзян, Китайская Народная Республика, 150081

РЕЗЮМЕ

Харбинский медицинский университет проводит стратегию активного научного сотрудничества с зарубежными университетами по совместным медицинским программам, тенденция углубления межгосударственных и творческих контактов проявляется и во взаимодействии с российскими психиатрами. С этой целью осуществляется двустороннее сотрудничество по реализации медико-технологических проектов, в которых задействованы высококвалифицированные научные кадры, а разработки проводятся с привлечением современного оборудования. Китайские и российские психиатры видят свою задачу в избавлении современного глобального общества от психиатрической стигмы и в создании комплаентной основы для сотрудничества врача и пациента.

Ключевые слова: депрессия, алкогольная зависимость, клинико-биологические характеристики, этнопсихиатрия.

Харбинский медицинский университет имеет почти столетнюю историю, он был организован в 1926 г. Сейчас это передовой медицинский вуз, в структуру которого входят 5 аффилированных больниц. Здесь работают выдающиеся ученые, имена которых известны во всем мире. К примеру, исследования д-ра В.Ф. Yang в 2007 г. были оценены авторитетным медицинским научным журналом "Nature Medicine", публикующим результаты инновационных разработок в области биомедицины, как «одно из десяти достижений в области наук о жизни». Так как микроРНК задействованы в биологических процессах, связанных с развитием сердечно-сосудистой патологии, исследования в этом направлении имеют мировой приоритет. Активация микроРНК miR-1 происходит у пациентов с нарушениями сердечной деятельности, перенесших инфаркт миокарда. Предоставлены доказательства того, что miR-1 опосредует электрическое ремоделирование предсердий при аритмии. Полученные данные вселяют надежду, что ингибирование miR-1 после инфаркта миокарда уменьшит риск внезапной смерти, что является столь распространенным финальным результатом у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Направления исследований распространенности, клинико-динамического течения, терапии и прогноза депрессивных расстройств среди населения КНР связаны как с клинико-

психиатрическим и патопсихологическим аспектами, так и с определением нейроэндокринологических и иммунологических параметров при депрессии. С этой целью проводится исследование уровня глиофибрилярного кислого белка в сыворотке крови пациентов с первым эпизодом депрессии. Осуществляется попытка определить корреляционные связи между уровнем γ -аминомасляной кислоты в плазме крови и нарушением когнитивных функций со снижением познавательных процессов и адаптационного потенциала при депрессии. Исследуются показатели амилоида и галанина в плазме крови у пациентов с депрессивными расстройствами. Продолжено изучение динамики гормональных полипептидов (окситоцина и аргининвазопрессина) в плазме крови у женщин с первым эпизодом депрессии. Найдены коррелятивные связи между сниженным уровнем мелатонина и первым эпизодом депрессии. Проведен анализ и сопоставление нейроэндокринных параметров у пациентов с суицидальными идеями и без них. Осуществлены исследования ассоциации между метилированием промотора SLC6A4 и большим депрессивным расстройством. Изучена клиническая структура депрессий с суицидальными идеями и без них, установлены потенциальные корреляции с негативными событиями в жизни пациентов. Изданы рекомендации по диагностике и лечению депрессии и биполярного расстройства.

Исследования алкогольной зависимости на модели различных возрастно-половых групп, имеют продвинутой научно-практический уровень в Китае. В проектную команду входит руководитель исследовательской группы психиатрического отделения Китайской медицинской ассоциации по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами.

Разработчиками проводится углубленное изучение биохимических процессов и обусловленных ими изменений в головном мозге в результате хронического злоупотребления алкоголем. На экспериментальной модели крыс с хроническим алкоголизмом получены доказательства, что прием флуоксетина может облегчить органическую симптоматику вследствие повреждения головного мозга и гиперкортизолемию в связи с синдромом зависимости от алкоголя.

Выявлена взаимосвязь в зависимости от полиморфизма генов между уровнем серотонина в головном мозге и алкогольной зависимостью на материале исследовательской выборки китайских ханьцев – представителей преобладающей национальности в провинции Хэйлунцзян. По результатам генетических исследований обнаружено, что полиморфизм гена 5-HT_{1B}, гена DRD₂, гена Taq1A и метаболитного глутаматного рецептора 3 (GRM3) связан с предрасположением к развитию алкогольной зависимости в китайской популяции ханьцев, что можно расценивать как новую мишень, на которую должно быть направлено внимание при лечении алкоголизма [1, 2].

Проводится комплексное исследование изменений функции головного мозга с привлечением разных инструментально-измерительных методов (магнитно-резонансная спектроскопия, определение однонуклеотидного полиморфизма, оценка когнитивных способностей) в выборке ханьцев, злоупотребляющих алкоголем. Еще один важный вектор исследовательских разработок – анализ дифференциальной экспрессии и направленный анализ мiРНК в сыворотке крови мужчин-алкоголиков – жителей провинции Хэйлунцзян.

Кроме того, на данном этапе особенно актуальны когортные эпидемиологические аналитические исследования распространенности и течения алкоголизма и изучение связанных с ним медико-социальных последствий (формирование основных форм психических заболеваний среди населения приграничных регионов Китая и Дальнего Востока России).

С помощью компьютерной томографии выявлена структурная атрофия мозжечка, вызванная алкогольной зависимостью. Применение однофотонной эмиссионной компьютерной томографии позволило обнаружить, что региональный мозговой кровоток (rCBF) снижался во многих областях головного мозга пациентов, страдающих алкоголизмом, включая двустороннюю лобную долю, височную долю, теменную долю, поясную извилину, парагиппокампальную извилину, таламус, мозжечок.

Кроме того, у лиц с алкогольной зависимостью зарегистрированы более низкие уровни концентрации N-ацетиласпартата и креатина (одна из концентраций метаболитов головного мозга) в левой префронтальной области серого вещества и белого вещества по сравнению с контрольной группой, так же как и результаты теста оценки исполнительных функций были более низкими, что позволяет предположить, что долгосрочные хронические заболевания, такие как алкоголизм, снижают активность и жизнеспособность нейронов и когнитивные функции. Алкоголизация приводит к пищевым нарушениям в связи с недоеданием и истощению организма, а также к метаболическому синдрому. Выявленный дефицит витамина B и других веществ в крови алкоголизирующихся лиц приводит к энцефалопатии Вернике.

В ближайшем будущем планируется проведение исследований с использованием диффузионной тензорной магнитно-резонансной томографии (Diffusion Tensor Imaging) у пациентов с алкоголизмом.

Патофизиологические исследования показывают снижение числа нейронов в мозге лабораторных крыс на фоне воздействия алкоголя. Инновационное лечение стволовыми клетками, очень популярное в последние 10 лет, показало, что мезенхимальные стволовые клетки могут ингибировать хроническое вызванное этанолом окислительное повреждение у крыс [3, 4].

Международное сотрудничество с Black Dog Institute (Школа психиатрии, Университет Нового Южного Уэльса, Австралия) проходит в русле изучения проблемы коморбидности биполярного расстройства и алкогольной зависимости. В кооперативно подготовленном обеими сторонами документе «Существуют ли какие-либо клинические или демографические различия между больными биполярным расстройством с коморбидным расстройством и без него?» отражены основные результаты исследовательской работы единой научной команды.

В наших позитивных планах намечено продолжение сотрудничества с российскими психиатрами, достижение корпоративными усилиями плодотворных результатов в научных исследованиях, коммуникативное взаимодействие и общение, устранение языковых и межнациональных барьеров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Xia Yan, Wu Zheng, Ma Dongying, Tang Chunling, Liu Lei, XinFeng, Zhu Daling, Hu Jian. Association of single-nucleotide polymorphisms in a metabotropic glutamate receptor GRM3 gene subunit to alcohol-dependent male subjects. *Alcohol and Alcoholism*. 2014; 49(3): 256–260. <http://www.biomedsearch.com/nih/Association-Single-Nucleotide-Polymorphisms-in/24585043.html>
2. Xia Yan, Ma Dongying, Hu Jian, Tang Chunling, Wu Zheng, Liu Lei, Xin Feng. Effect of metabotropic glutamate receptor 3 genotype on N-acetylaspartate levels and neurocognition in non-smoking, active alcoholics. *Behavioral and Brain Functions*. 2012; 8 (1): 42. DOI: 10.1186/1744-9081-8-42
3. Hu Jian, Xia Yan, Wu Zheng, Liu Lei, Tang Chunling. Fluoxetine Might Alleviate Brain Damage and Hypercortisolemia Related to Chronic Alcohol in Rats. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2010, 71(2): 290–4. DOI: 10.15288/jsad.2010.71.290
4. Lei Liu, Jin-Xia Cao, Bo Sun, Yan Xia, Zheng Wu, Chun-ling Tang, Jian Hu. Mesenchymal stem cells inhibition of chronic ethanol-induced oxidative damage via upregulation of PI3K/Akt and modulation of ERK 1/2 activation in PC12 cells and neurons. *Neuroscience*. 2010, 2; 167(4): 1115–24. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2010.01.057>

Поступила в редакцию 13.02.2019
Утверждена к печати 8.04.2019

Ху Диан, профессор Харбинского медицинского университета.

УДК 616.895.4:616.89-008.441.13-056.34(510):550.87

For citation: Hu Jian Clinical-biological studies of depressions and alcohol addiction among the population of China. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 113–117. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-113-117](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-113-117)

Clinical-biological studies of depressions and alcohol addiction among the population of China

Hu Jian

Harbin Medical University

157 Baojian Road Nangang District, Harbin-City, Province of Heilongjiang
People's Republic China, 150081

ABSTRACT

Harbin Medical University pursues the strategy of active scientific cooperation with foreign universities according to joint medical programs, the trend of deepening of interstate and creative contacts is shown also in interaction with Russian psychiatrists. Bilateral cooperation in implementation of medico-technological projects in which highly qualified scientific staff is involved is for this purpose carried out, and is developed with involvement of the modern equipment. Chinese and Russian psychiatrists consider their task in removal of psychiatric stigma in the modern global society and in creation of a compliant basis for cooperation of the doctor and the patient.

Keywords: depression, alcohol dependence, clinical and biological characteristics, ethnopsychiatry.

Harbin Medical University has almost centenary history, it was founded in 1926. Now it is the advanced medical school which structure includes 5 affiliated hospitals. Here outstanding scientists work whose names are known worldwide. For example, research by Dr. B.F. Yang in 2007 was evaluated the authoritative medical scientific journal "Nature Medicine" publishing results of the innovative developments in the field of biomedicine as "one of ten achievements in the field of life sciences". As microRNAs are involved in the biological processes connected with development of cardiovascular pathology, research in this direction has a world priority. Activation of mikroRNKmir-1 happens

in patients with disturbances of cardiac activity who had a myocardial infarction. Proofs that miR-1 mediates electric remodeling of the atrium in arrhythmia are provided. The obtained data inspire hope that miR-1 inhibition after a myocardial infarction will reduce risk of sudden death that is so widespread final result in patients with cardiovascular diseases.

The directions of research of prevalence, clinical-dynamic course, therapy and prognosis of depressive disorders among the population of the People's Republic China are connected both with clinical-psychiatric and pathopsychological aspects, and determination of neuroendocrine and immunological parameters in depres-

sion. The investigation of level of glial fibrillary acidic protein is for this purpose conducted in blood serum of patients with the first episode depression. The attempt to define correlation between level of γ -aminobutyric acid in blood plasma and disturbance of cognitive functions with decrease in informative processes and adaptation potential in depression is made. Indices of amyloid and galanin in blood plasma in patients with depressive disorders are investigated. Study of dynamics of hormonal polypeptides (oxytocin and arginine – vasopressin) in blood plasma in women with the first episode depression is continued. Correlations between the reduced level of melatonin and the first episode depression are found. The analysis and comparison of neuroendocrine parameters in patients with suicidal ideation and without it is carried out. Investigations of association between methylation of SLC6A4 promoter and Major Depressive Disorder are conducted. The clinical structure of depressions with the suicidal ideation and without it is studied; potential correlations with negative life events experienced by patients are established. The recommendations about diagnosis and treatment of depression and bipolar disorder are published.

The research of alcohol addiction conducted on model of various age and sex groups has advanced scientific and practical level in China. The Head of research group of Psychiatric Department of the Chinese Medical Association for counteraction against substance abuse enters into project team.

Developers carry out in-depth study of biochemical processes and changes caused by them in the brain in result of chronic alcohol abuse. On experimental model of rats with chronic alcoholism proofs are received that intake of fluoxetine can facilitate organic injury of the brain and hypercortisolemia connected with the syndrome of alcohol dependence.

The interrelationship depending on gene polymorphism between serotonin level in the brain and alcohol addiction on the material of study sample of the Chinese Han – representatives of the prevailing nationality in the Province of Heilongjiang is revealed. According to results of genetic studies it is revealed that the polymorphism of gene 5-HT1B, gene DRD2, gene TaqIA and metabotropic glutamate receptor 3 (GRM3) is associated with predisposition to development of alcohol addiction in the Chinese population of Han that can be regarded as a new target at which the attention during treatment of alcoholism has to be directed [1, 2].

The complex research of changes of function of the brain with involvement of different tools and measuring methods (magnetic-resonance spectroscopy, determination of one-nucleotide polymorphism, assessment of cognitive abilities) among the Han abusing alcohol is conducted. One more important vector of research developments – the analysis of a differential expression and the directed analysis of miRNA in serum of blood of alcoholic males – residents of the Province of Heilongjiang.

Besides, at this stage the cohort epidemiological analytical studies of prevalence and course of alcoholism and study of the related medico-social conse-

quences are especially relevant (formation of the main forms of mental diseases among the population of border regions of China and the Far East of Russia).

By means of the computer tomography the structural atrophy of the cerebellum caused by alcohol addiction is revealed. Use of a one-photon emission computer tomography allowed to find that the regional cerebral blood flow (rCBF) decreased in many areas of the brain of patients having alcoholism including bilateral frontal lobe, temporal lobe, parietal lobe, cingulate gyrus, parahippocampal gyrus, thalamus, and cerebellum.

Besides, in persons with alcoholic dependence lower levels of concentration of N-acetylaspartate and creatinine (one of concentration of metabolites of the brain) in the left prefrontal area of gray matter and white matter in comparison with control group as well as test results of assessment of executive functions were lower that allows to assume that long-term chronic diseases, such as alcoholism, reduce activity and viability of neurons and cognitive dysfunctions are registered. Alcoholization leads to nutritional disturbances in connection with malnutrition and to organism exhaustion and also to a metabolic syndrome. The revealed deficiency of vitamin B and other substances in blood of abusing alcohol leads persons to Wernicke's encephalopathy.

In the near future carrying out the research with use of Diffusion Tensor Imaging in patients with alcoholism is planned.

Pathophysiological studies show decrease in number of neurons in the brain of laboratory rats against the background of alcohol influence. The innovative treatment with stem cells, being very popular in the last 10 years, showed that mesenchymal stem cells can inhibit in rats the chronic oxidative damage caused by ethanol [3, 4].

The international cooperation with Black Dog Institut (School of Psychiatry, the University of New South Wales, Australia) takes place in the course of study of the problem of comorbidity of bipolar disorder and alcoholic dependence. In the cooperatively prepared by both parties document "Whether There Are Any Clinical or Demographic Differences between Patients with Bipolar Disorders with Comorbid Disorder and without It?" the main results of research of united scientific team are outlined.

In our positive plans we consider continuation of cooperation with the Russian psychiatrists, achievement by corporate efforts of fruitful results in scientific research, communicative interaction and communication, elimination of language and international barriers.

REFERENCES

1. Xia Yan, Wu Zheng, Ma Dongying, Tang Chunling, Liu Lei, XinFeng, Zhu Daling, Hu Jian. Association of single-nucleotide polymorphisms in a metabotropic glutamate receptor GRM3 gene subunit to alcohol-dependent male subjects. *Alcohol and Alcoholism*. 2014; 49(3): 256–260. <http://www.biomedsearch.com/nih/Association-Single-Nucleotide-Polymorphisms-in/24585043.html>

2. Xia Yan, Ma Dongying, Hu Jian, Tang Chunling, Wu Zheng, Liu Lei, Xin Feng. Effect of metabotropic glutamate receptor 3 genotype on N-acetylaspartate levels and neurocognition in non-smoking, active alcoholics. *Behavioral and Brain Functions*. 2012; 8 (1): 42. DOI: 10.1186/1744-9081-8-42
3. Hu Jian, Xia Yan, Wu Zheng, Liu Lei, Tang Chunling. Fluoxetine Might Alleviate Brain Damage and Hypercortisolemia Related to Chronic Alcohol in Rats. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2010, 71(2): 290–4. DOI: 10.15288/jsad.2010.71.290
4. Lei Liu, Jin-Xia Cao, Bo Sun, Yan Xia, Zheng Wu, Chun-ling Tang, Jian Hu. Mesenchymal stem cells inhibition of chronic ethanol-induced oxidative damage via upregulation of PI3K/Akt and modulation of ERK 1/2 activation in PC12 cells and neurons. *Neuroscience*. 2010, 2; 167(4): 1115–24. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2010.01.057>

Received February 13.2019

Accepted April 08.2019

Hu Jian, Professor of Harbin Medical University, China

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 340.114.6:340.63:343.119.6-056.34:343.811:343.268:343.85

Для цитирования: Макушкина О.А. Назначение и выбор вида принудительных мер медицинского характера в аспекте эффективной профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019; 2 (103): 118–127. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-118-127](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-118-127)

Назначение и выбор вида принудительных мер медицинского характера в аспекте эффективной профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами

Макушкина О.А.

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского
Россия, 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23*

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Разработка научно обоснованных подходов к назначению и выбору вида принудительных мер медицинского характера. **Материалы и методы.** Проведен анализ данных Государственных статистических отчетов за 2017 г. по России и субъектам Российской Федерации, а также 155 заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий в части назначения и выбора вида принудительного лечения. **Результаты и заключение.** Установлен большой разброс фактических статистических данных о соотношении применяемых видов принудительного лечения в разных территориях страны, что связано с различиями в подходах к определению потенциальной общественной опасности больных, недооценкой факторов риска. Сформирована модель организации деятельности судебных психиатров экспертов и врачей-психиатров при вынесении рекомендаций для судов о назначении принудительных мер медицинского характера. Данная модель заключается в определении и обосновании потенциальной общественной опасности больного при использовании, наряду с клиническим методом, структурированного профессионального суждения, двухэтапного алгоритма принятия экспертного решения с комплексным анализом клинических, личностных, криминологических и социальных параметров.

Ключевые слова: профилактика правонарушений, лица с психическими расстройствами, общественная опасность, общественно опасные действия, оценка риска, принудительные меры медицинского характера, выбор вида принудительного лечения.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных проблем психиатрической службы является профилактика общественной опасности лиц с психическими расстройствами [1, 2, 3, 15, 17]. Важными показателями, позволяющими судить об эффективности профилактической работы, принято считать общее число правонарушений, совершенных больными в состоянии невменяемости, и их повторность [7, 8].

Большое число повторных общественно опасных действий (ООД) исследователи связывают с несовершенством и недостаточностью мер вторичной профилактики [9, 13, 16]. При этом особое значение придается всем аспектам лечебно-профилактической работы: назначению принудительных мер медицинского характера (ПММХ), срокам их проведения, предпочтительности той или иной терапевтической и реабилитационной тактики, показаниям к от-

мене или изменению ПММХ, особенностям диспансерного наблюдения и пр. Важной профилактической мерой является правильный выбор вида принудительного лечения (ПЛ) [4, 5].

Вопрос о дифференцированном применении ПММХ в самой общей форме затрагивается в УК РФ (ст. 99–101). Более подробно эта проблема рассматривалась в различных инструктивно-методических материалах: временной инструкции о порядке применения принудительных мер медицинского характера, утвержденной приказом Минздрава СССР от 21.03.1988 г. № 225 «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи», методических рекомендациях [6]. В настоящее время отсутствует нормативный документ, в котором были бы регламентированы обязательные показания для назначения той или иной названной меры.

Несовершенство нормативной базы вызвало разночтение в публикациях на эту тему и существенную разницу в суждениях специалистов, в компетенцию которых входит решение данного вопроса.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка научно обоснованных подходов к назначению и выбору вида ПММХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе использованы результаты безвыборочного анализа 155 заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий (СПЭК) в части назначения и выбора вида ПММХ; данные Государственных статистических отчетов за 2017 г. по России и субъектам Российской Федерации: «Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении» (отчетная форма № 36-ПЛ); данные статистических отчетов по судебно-психиатрической экспертизе (отчетная форма № 38).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

По материалам анализа государственной статистической отчетности установлено, что в 2017 г. в целом по стране назначение ПММХ было рекомендовано в отношении 97,5% лиц, совершивших правонарушение в состоянии невменяемости. Соответственно рекомендации о применении так называемых непринудительных мер (лечение на общих основаниях) имели место в 2,5% случаев. При этом в Республике Коми их доля была в 10 раз выше среднероссийского показателя и составляла 25,0%, в Архангельской и Калужской областях – 21,5% и 17,1% соответственно. Рекомендации о назначении ПЛ в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением отсутствовали в 24 территориях страны, однако в Костромской области эта мера была рекомендована в 26,3% случаев (в среднем по РФ – 4,4%). Заключение СПЭК о применении принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях (АПНЛ) отсутствовали в Воронежской и Новгородской областях, Чукотском АО. Вместе с тем их доля в Республике Ингушетия составляла 68,8%, в Республике Калмыкия – 57,7%, в Камчатском крае – 53,8%, в Рязанской области – 48,4% при среднероссийском показателе 14,4%.

Полученные результаты позволяют также утверждать, что в части случаев суды не соглашались с экспертным заключением и выно-

сили решение о назначении иного вида ПММХ. К примеру, в 2017 г. направление больного на АПНЛ было рекомендовано СПЭК в 1 524 случаях, при этом принято на этот вид ПЛ впервые по данному уголовному делу 2 119 человек, в то время как стационарное ПЛ имело обратную пропорцию (8 777 и 6 646 случаев соответственно). Расхождение в статистических показателях между числом заключений экспертных комиссий с рекомендациями о назначении АПНЛ и числом поступивших на этот вид ПЛ можно объяснить тем, что суды чаще принимают такого рода решения, нежели им рекомендуют судебные психиатры-эксперты, что может быть связано с качеством обоснования вынесенных экспертами рекомендаций.

Для определения адекватности выбора ПММХ было проанализировано 155 заключений СПЭК на лиц, признанных невменяемыми в связи с тяжелыми психическими расстройствами. В выполнении этой работы участвовали сотрудники НМИЦ ПН им. В.П. Сербского со стажем экспертной работы более 25 лет. Установлено, что в 15,5% случаев отсутствовало экспертное обоснование назначения и выбора меры медицинского характера. Например, после заключения о неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими следовала фраза: «по психическому состоянию в настоящее время подэкспертный нуждается в принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа». В 25,1% случаев экспертные рекомендации были сформулированы неудовлетворительно и выглядели, к примеру, следующим образом: «в настоящее время в связи с повышенной общественной опасностью, отсутствием критики к своему состоянию подэкспертного рекомендуется направить на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа». В 9,6% случаев принудительная мера, рекомендованная экспертами, была оценена как не соответствующая особенностям психического состояния и имеющимся факторам риска, определяющим опасность подэкспертного для общества.

В целом проведенное исследование выявило проблемы в работе экспертов при выборе вида ПЛ. С одной стороны, неправомерным является так называемый уголовно-правовой подход, когда решающая роль придается тяжести и характеру ООД, в соответствии с которым определяется строгость ограничительного режима.

Это противоречит принципу необходимости и достаточности рекомендуемой меры для предотвращения повторных ООД и проведения показанных больному лечебно-реабилитационных мероприятий, который должен лежать в основе выбора мер медицинского характера в соответствии с уголовным законодательством. С другой стороны, к проблемам можно отнести недооценку позиций, характеризующих выраженность общественной опасности подэкспертных (грубые поведенческие нарушения в анамнезе, ауто- и гетероагрессивное поведение, повторность деликтов, наличие асоциальных установок и пр.). Рекомендую неадекватно мягкую меру медицинского характера, эксперты не учитывают, что такие больные нуждаются не только в медикаментозном лечении, но также в достаточно строгом режиме наблюдения, длительных реабилитационных мероприятиях, осуществление которых в ряде случаев возможно только в стационарах специализированного типа или специализированного типа с интенсивным наблюдением.

С учетом полученных результатов сформирована модель организации деятельности судебных психиатров экспертов и врачей-психиатров при вынесении рекомендаций для судов о необходимости применения ПММХ в отношении лиц с психическими расстройствами и выборе их вида. Данная модель заключается в определении и обосновании потенциальной общественной опасности больного на основе анализа клинических, личностных, криминологических и социальных параметров при использовании, наряду с клиническим методом, структурированного профессионального суждения. Эта деятельность осуществляется преимущественно психиатрами, судебными психиатрами экспертами с привлечением других компетентных специалистов (медицинские психологи, сексологи).

Алгоритм принятия экспертного решения состоит из двух основных этапов: первый этап – вынесение решения о потенциальной общественной опасности и его обоснование; второй этап – выбор вида ПЛ, достаточного для предупреждения повторного противоправного поведения и реализации необходимых лечебно-реабилитационных мероприятий.

Вынесение решения об общественной опасности психически больного основано на традиционном понимании данного феномена как такого психического состояния, при котором психопатологические проявления предопределяют

неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному. Современная модель оценки риска предполагает не абстрактный прогноз возможного ООД психически больного, а связь прогнозирования с целым рядом сопутствующих обстоятельств, комплексный анализ факторов, как способствующих, так и препятствующих общественно опасному поведению [11, 14]. Использование при этом одного лишь клиникопсихопатологического метода не всегда обеспечивает точность такого прогноза [12]. С целью ее повышения целесообразно применение валидных оценочных инструментов, к таковым, в частности, относится оригинальная отечественная методика структурированной оценки риска опасного поведения – СОРОП [10]. Результаты ее апробации и внедрения свидетельствуют о том, что СОРОП обладает высокими прогностическими способностями и может использоваться в качестве эффективного метода определения потенциальной общественной опасности, дополняя клинический анализ.

Важной частью оценки риска является также учет результатов исследования психологических характеристик больного, таких как саморегуляция, фрустрационная толерантность, агрессивность с анализом способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями, выявлением тенденций к агрессивным, насильственным поступкам, эмоционально значимых чувственных переживаний с квалификацией их аномального, асоциального вектора направленности. Соответствующая патопсихологическая диагностика может повысить точность прогноза. То же касается выявления в процессе сексологического исследования расстройств сексуального предпочтения, парафильного синдрома, рецидивности поступков и актуальных идеаторных переживаний, фантазий, что в совокупности с клиническими, патопсихологическими характеристиками предопределяет заключение о потенциальной опасности больного как при производстве судебно-психиатрической экспертизы, так и в ситуации продления или изменения вида ПЛ.

На втором этапе экспертного решения выбирается и обосновывается вид ПЛ, необходимый для предупреждения повторного противоправного поведения. При решении этого вопроса требуется проанализировать сведения, позволяющие судить о степени общественной

опасности больного, а также определить комплекс мер, достаточный для ее снижения. Целесообразно учитывать психическое состояние больного в динамике; наличие зависимости либо злоупотребления ПАВ; личностные характеристики и установки; повторность и психопатологический механизм ООД; анамнестические данные об образе жизни больного, его социальных установках и уровне социальной адаптации; сведения о комплаентности при наблюдении участкового психиатра и прежних госпитализациях; информацию о поведении в следственном изоляторе; наличие критического отношения к состоянию, совершенному ООД и сложившейся ситуации, реальных планов на будущее; своеобразии социальной микросреды. Алгоритм принятия решения представляет собой целостный анализ совокупности клинических (с учетом психопатологического механизма совершенного ООД), личностных, криминологических и социальных показателей в их взаимодействии, на основе которого принимается решение о выборе вида ПММХ.

Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях в соответствии со ст. 100 УК РФ может быть назначено, если психическое расстройство связано с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц, в тех случаях, когда лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар. Важными условиями направления на АПНЛ являются упорядоченное поведение больного, его приверженность терапии (комплаентность), наличие полного или частичного критического осмысления имеющегося болезненного расстройства, отсутствие необходимости в постоянном медицинском контроле в условиях стационара, психопатоподобной симптоматики, зависимости или злоупотребления ПАВ.

В таблице 1 представлены признаки, наличие которых целесообразно учитывать при вынесении рекомендации о назначении данного вида ПЛ в качестве первичной принудительной меры.

Т а б л и ц а 1

Признаки, наличие которых целесообразно учитывать при вынесении рекомендации о назначении АПНЛ

Признак	Краткая характеристика признака
Анамнестические	Больной в прошлом не совершал противоправных действий. Девиантное и делинквентное поведение в детском (подростковом) возрасте отсутствовало
Характеристика ООД	ООД имущественного характера было ситуационно спровоцировано у больного с интеллектуальной несостоятельностью или апато-абулическим психическим дефектом. Или ООД совершено в психотическом состоянии, которое полностью купировано
Клинические	Отсутствуют нарушения поведения. Отсутствует психотическая симптоматика, заболевание протекает с частотой экзacerbации продуктивной симптоматики менее 1 раза в 2–3 года. Отсутствует зависимость или злоупотребление ПАВ. Больной способен к соблюдению амбулаторного режима лечения и наблюдения, выполняет предписания врача, имеет установку на прием поддерживающей терапии
Личностные	Отсутствуют такие личностные характеристики, как эмоциональная неустойчивость, возбудимость, агрессивность, диссоциальность. Больной имеет индивидуально-личностные особенности, препятствующие совершению противоправных действий. При этом личностные установки могут отличаться некоторой неустойчивостью, планы на будущее не вполне реалистичны
Социальные (адаптационные)	Больной социально адаптирован на доступном уровне: имеет постоянное место жительства, поддержку и заботу со стороны родных, близких; материально обеспечен. Отсутствуют конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение. Однако в силу снижения способности к прогностической оценке ситуации, выраженной пассивности, ведомости существует риск вовлечения в неблагоприятное, асоциальное окружение

К противопоказаниям для первичного назначения АПНЛ относятся тенденция к спонтанному частому возникновению психотических обострений хронического психического расстройства или легкость провоцирования психотических состояний экзогенными факторами; неполная ремиссия заболевания; психопатоподобные нарушения со вспыльчивостью, эмоциональной

огрубленностью, морально-этическим снижением; непрерывное течение заболевания с резистентностью к терапии, затрудняющее лечение в амбулаторных условиях; устойчивое противоправное поведение; социальная дезадаптация (бытовая неустроенность, отсутствие работы, семьи, поддержки родственников); асоциальная микросреда, способствующая вовлечению в

криминальную деятельность; злоупотребление/зависимость от ПАВ.

Как следует из текста ч. 2 ст. 101 УК РФ, ПЛ в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, общего типа, может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию нуждается в лечении и наблюдении в стационарных условиях, но не требует интенсивного наблюдения. Решение о рекомендации этого вида ПЛ целесообразно обосновывать тем, что совершенное ООД обусловлено психическим рас-

стройством, при котором больной не обнаруживает тенденции к нарушениям предписанного больничного режима, асоциальных установок, но в силу отсутствия достаточной критической оценки своего болезненного состояния добровольное проведение показанных лечебно-реабилитационных мероприятий не может быть осуществимо.

В таблице 2 представлены признаки, наличие которых необходимо учитывать при вынесении экспертной рекомендации о назначении ПЛ в стационаре общего типа.

Т а б л и ц а 2

Признаки, наличие которых целесообразно учитывать при вынесении рекомендации о назначении принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа

Признак	Краткая характеристика признака
Анамнестические	В прошлом больной не совершал противоправных действий. Девиантное и делинквентное поведение в детском (подростковом) возрасте отсутствовало. Ранее не нарушал режим психиатрического стационара
Характеристика ООД	ООД совершено в психотическом состоянии. Или ООД имущественного характера ситуационно спровоцировано у больного с негативными расстройствами, интеллектуальной несостоятельностью
Клинические	Психотическое состояние при отсутствии тенденций к нарушениям режима психиатрического стационара, течения заболевания с редкими обострениями. Хроническое психическое расстройство или слабоумие без тенденции к нарушениям режима психиатрического стационара при наличии недостаточной критики больного к своему состоянию, делающей невозможным проведение лечения в амбулаторных условиях. Отсутствуют нарушения поведения, зависимость или злоупотребление ПАВ. Улучшение состояния и редукция общественной опасности могут быть достигнуты путем проведения биологической терапии, психообразования, больной не нуждается в специальных реабилитационных мероприятиях
Личностные	Отсутствуют такие личностные характеристики, как эмоциональная неустойчивость, возбудимость, агрессивность, диссоциальность. Больной имеет индивидуально-личностные особенности, препятствующие совершению противоправных действий
Социальные (адаптационные)	Отсутствуют конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение, требующие специальных длительных реабилитационных мероприятий

С учетом особенностей организации наблюдения и лечения в стационарах общего типа, причем вне зависимости от степени тяжести совершенного ООД, данный вид ПЛ нецелесообразно назначать в качестве первичной принудительной меры при наличии у больного патологического склада личности (неустойчивая, возбудимая, диссоциальная личностные структуры), криминального опыта, нарушений поведения, зависимости или злоупотребления ПАВ.

ПЛ в медицинской организации специализированного типа, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в соответствии с ч. 3 ст. 101 УК РФ может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения. Рекомендация этого вида ПЛ целесообразна в тех случаях, если больной, хотя и не представляет особой опасности для общества, но

всё же в силу психических нарушений обнаруживает тенденцию к асоциальному образу жизни, имеет в прошлом криминальный опыт, зависимость или злоупотребление ПАВ, нарушения в поведенческой и эмоциональной сферах, ранее отмечались факты нарушения режима психиатрического стационара, что определяет потребность нахождения в специально организованном режиме наблюдения при исполнении ПММХ. При этом с целью редукции общественной опасности необходимо применять комплексное лечебное воздействие, включающее биологическую терапию и психосоциальную реабилитацию в виде тренингов коммуникативных, познавательных и социальных навыков, а также работу с зависимостью от психоактивных веществ, нарушениями поведения и эмоциональной сферы пр.).

В таблице 3 представлены признаки, наличие которых целесообразно учитывать при вынесении рекомендации о назначении ПЛ в пси-

хиатрическом стационаре специализированного типа.

Т а б л и ц а 3

Признаки, наличие которых целесообразно учитывать при вынесении рекомендации о назначении принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа

Признак	Краткая характеристика признака
Анамнестические	Больной ранее совершал противоправные действия, привлекался к уголовной или административной ответственности. Имело место девиантное поведение в детском (подростковом) возрасте. Ранее нарушал режим психиатрического стационара.
Характеристика ООД	Негативно-личностный механизм ООД (извращенность и расторможенность влечений, аффектогенная гиперактивность, дефицит высших эмоций с морально-этическим снижением). Или продуктивно-психотический механизм ООД у больного с неблагоприятным течением хронического психического расстройства (психотические обострения чаще 1 раза в год, наличие нарушений поведения)
Клинические	Психотическое состояние при неблагоприятном течении заболевания, наличии склонности к повторным ООД, нарушениям режима психиатрического стационара. Хроническое психическое расстройство или слабоумие, клинические проявления которого определяют склонность к повторным ООД и нарушениям больничного режима. Наличие нарушений поведения и эмоциональной сферы в виде эксплозивности, ригидности аффекта, дисфорий, эмоциональной неадекватности, холодности и пр. с недостаточностью волевого контроля и аффективной переключаемости. Наличие зависимости или злоупотребления ПАВ. Отсутствие критики больного к своему состоянию, совершенному ООД. Улучшение состояния и редукция общественной опасности не могут быть достигнуты путем проведения только биологической терапии, больной нуждается в специальных реабилитационных мероприятиях
Личностные	Больной имеет такие личностные характеристики, как эмоциональная неустойчивость, возбудимость, агрессивность, диссоциальность, антисоциальный характер личностных установок
Социальные (адаптационные)	Нарушение социальной (трудовой, семейной) адаптации. Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение

Т а б л и ц а 4

Признаки, наличие которых целесообразно учитывать при вынесении рекомендации о назначении принудительного лечения в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением

Анамнестические	Антисоциальная структура личности в преморбиде. Больной ранее совершал противоправные действия. Ранее нарушал режим психиатрического стационара
Характеристика ООД	Негативно-личностный механизм ООД (расторможенность влечений, дефицит высших эмоций с морально-этическим снижением). Или продуктивно-психотический механизм ООД у больного с неблагоприятным течением хронического психического расстройства
Клинические	Значительная прогрессивность заболевания, стойкость болезненной симптоматики, наличие психопатоподобных состояний с эксплозивностью и импульсивностью, некорректируемыми антисоциальными установками, отличающимися особой устойчивостью, малой курабельностью и тенденцией к частому обострению, рецидивированию. Частая (более 1 раза в год) экзacerbация продуктивной психотической симптоматики с выраженными нарушениями поведения, эмоциональной сферы. Зависимость или злоупотребление алкоголем, иными ПАВ. Отсутствие приверженности к лечению. Отсутствие критики к своему состоянию и совершенному ООД. Больной нуждается в постоянном и интенсивном наблюдении, проведении комплекса специальных реабилитационных мероприятий
Личностные	Больной имеет индивидуально-личностные особенности и морально-нравственные установки, способствующие совершению противоправных действий
Социальные (адаптационные)	Нарушение социальной (трудовой, семейной) адаптации, асоциальность. Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение

ПЛ в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, специализированного типа с интенсивным наблюдением, в соответствии с ч. 4 ст. 101 УК РФ может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения. Особая опасность для общества определяется рядом факторов: тяжестью совершенных правонарушений, стойкостью опасного поведения с повторными ООД, склонностью больных к протестным реакциям с нарушением режима ПЛ, а в некоторых случаях – с агрессией, направленной на медперсонал, и импульсивностью поступков, что делает невозможным их содержание и лечение в психиатрических отделениях общего или специализированного типа.

Признаки, наличие которых целесообразно учитывать при вынесении рекомендации относительно назначения ПЛ в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, представлены в таблице 4.

Важными составляющим для принятия решения являются выраженная прогрессивность заболевания, по сути «злокачественное» течение психического расстройства, массивность продуктивной психопатологической симптоматики, приводящая к нарушениям поведения, выраженность негативных расстройств, неадекватность, злоупотребление или зависимость от алкоголя и иных видов ПАВ, нарушение социальной адаптации, асоциальность, т.е. сочетание неблагоприятных клинических и социальных факторов, требующих комплексного биологического и психосоциального воздействия для предотвращения повторного противоправного поведения.

Заключение с рекомендацией изменения вида или прекращения применения ПММХ дается комиссией врачей-психиатров в случае такого изменения психического состояния больного, при котором отпадает необходимость в применении ПЛ либо возникает необходимость в ином его виде. При решении данного вопроса целесообразно использовать принцип «ступенчатости», в соответствии с которым полная отмена ПММХ осуществляется после предварительного изменения более строгого вида наблюдения на менее строгий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представлена модель организации деятельности судебных психиатров экспертов и врачей-психиатров при вынесении рекомендаций для суда о назначении ПММХ и выборе их вида. Ее применение направлено на повышение точности и обоснованности принятия экспертного решения о сохранении либо отсутствии общественной опасности больного и определению необходимых медицинских мероприятий для предупреждения повторного совершения ООД. Отличительной особенностью рассматриваемой модели является обоснование оценки наличия и степени риска опасного поведения результатами анализа клинических, личностных, криминологических и социальных параметров при использовании, наряду с клиническим методом, структурированного профессионального суждения, двухэтапного алгоритма принятия экспертного решения.

По мнению автора, практическое использование описанных подходов к дифференцированному применению ПММХ позволит избежать ряда проблем, связанных с недостаточным нормативно-правовым регулированием, повысит доказательность экспертных заключений для судов, будет способствовать обеспечению эффективности вторичной профилактики общественной опасности лиц с психическими расстройствами.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов при подготовке и публикации статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование не имело спонсорской и другой финансовой поддержки.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. С учетом содержания рассмотрению на этическом комитете данная статья не подлежит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонян Ю.М. Современные проблемы предупреждения преступности. *Вестник Воронежского института ФСИН России*. 2015; (4): 63–70.
2. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в двух томах / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. Москва, Томск, Кемерово, 2007; 1: 576; 2: 524.
3. Диденко А.В. Расстройства личности у осужденных в условиях исправительных учреждений: социокультуральный и адаптационный аспекты: автореф. дис. ... д.м.н. Томск, 2012: 49.

4. Котов В.П., Мальцева М.М. Диагностика потенциальной общественной опасности. Функциональный диагноз в судебной психиатрии. М., 2001; 8: 148–166.
5. Котов В.П., Мальцева М.М. Предупреждение опасных действий лиц с психической патологией. Руководство по судебной психиатрии. М., 2004; Ч. 5: 428–507.
6. Котов В.П., Голланд В.Б., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Критерии и обоснование дифференцированного применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния: Методические рекомендации. М., 2011: 24.
7. 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.
8. Макушкина О.А., Казаковцев Б.А. Оценка эффективности профилактики общественно опасных действий психически больных. *Психическое здоровье*. 2012; 4: 3–10.
9. Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А., Полубинская С.В. Профилактика опасных действий психически больных в амбулаторных условиях. М., 2016: 279.
10. Макушкина О.А., Муганцева Л.А. Методика структурированной оценки риска опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами. *Психическое здоровье*. 2016; (10): 18–26.
11. Harris G.T., Rice M.E., Cormier C.A. Prospective Replication of the Violence Risk Appraisal Guide in Predicting Violent Recidivism Among Forensic Patients. *Law Human Behavior*. 2002; 26 (4): 377–394. <https://doi.org/10.1023/A:1016347320889>
12. Skeem J.L., Monahan J. Current Directions in Violence Risk Assessment. *Current Directions in Psychological Science*. 2011; 20 (1): 38–42. DOI: 10.1177/0963721410397271
13. Singh J.P. Predictive Validity Performance Indicators in Violence Risk Assessment: A Methodological Primer. *Behavioral Sciences and the Law*. 2013; 31: 8–22. <https://doi.org/10.1002/bsl.2052>
14. Singh J.P., Desmarais S.L., Hurducas C. et al. International Perspectives of the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2014; 13 (3): 193–206. DOI: 10.1080/14999013.2014.922141
15. Snowden R.J., Gray N.S., Taylor J., MacCulloch M.J. Actuarial Prediction of Violent Recidivism in Mentally Disordered Offenders. *Psychol Med*. 2007 Nov 31; 37 (11): 1539–49. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291707000876>
16. Steadman H.J., Silver E., Monahan J. et al. A Classification Tree Approach to the Development of Actuarial Violence Risk Assessment Tools. *Law Human Behavior*. 2000; 24 (1): 83–100. <https://doi.org/10.1023/A:1005478820425>
17. Wallace C., Mullen P.E., Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; 161 (4): 716–727. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.4.716

Поступила в редакцию 18.02.2019
Утверждена к печати 8.04.2019

Макушкина Оксана Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики (SPIN-код: 7676-1630, Author ID: 298990, Researcher ID A-5403-2016, Orcid.org/0000-0002-9081-825).

✉ Макушкина Оксана Анатольевна, makushkina@serbsky.ru

УДК 340.114.6:340.63:343.119.6-056.34:343.811:343.268:343.85

For citation: Makushkina O.A. The purpose and choice of the type of coercive measures of a medical nature in the aspect of effective prevention of socially dangerous actions of persons with mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2019; 2 (103): 118–127. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-118-127](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-118-127)

The purpose and choice of the type of coercive measures of a medical nature in the aspect of effective prevention of socially dangerous actions of persons with mental disorders

Makushkina O.A.

*Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky" of Ministry of Health of the Russian Federation
Kropotkinsky Lane 23, 119034, Moscow, Russian Federation*

ABSTRACT

Purpose of the study. Development of scientifically based approaches to the administration and selection of the type of compulsory medical measures. **Materials and methods.** The analysis of data of the State Statistical Reports for 2017 for Russia and the subjects of the Russian Federation, as well as 155 conclusions of forensic psychiatric expert commissions in terms of the purpose and choice of the type of compulsory treatment was carried out. **Results and conclusion.** A large scatter of actual statistical data on the ratio of the applied types of compulsory treatment in different territories of the country has been established, which is associated with differences in the approaches to determining the potential public danger of patients, underestimation of risk factors. A model of organizing the activities of forensic psychiatrists, experts and psychiatrists has been formed when making recommendations for the courts on the appointment of compulsory medical measures. This model consists in determining and justifying the potential public danger of a patient when using, along with a clinical method, a structured professional judgment, a two-stage algorithm for making expert decisions with a comprehensive analysis of clinical, personal, criminological and social parameters.

Keywords: prevention of offenses, persons with mental disorders, social danger, socially dangerous actions, risk assessment, compulsory medical measures, the choice of the type of compulsory treatment.

REFERENCES

1. Antonyan YU. M. Sovremennye problemy preduprezhdeniya prestupnosti [Current problems of crime prevention]. *Vestnik Voronezhskogo instituta FSIN Rossii – Bulletin of the Voronezh Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia*. 2015; (4): 63–70 (in Russian).
2. Penitentsiarnaya psikhologiya i psikhopatologiya: rukovodstvo v dvukh tomakh [Penitentiary psychology and psychopathology: handbook in two volumes]. T.B. Dmitriyeva, V.Ya. Semke, A.S. Kononets, eds. Moscow, Tomsk, Kemerovo, 2007; 1: 576; 2: 524 (in Russian).
3. Didenko A.V. Rasstrojstva lichnosti u osuzhdennykh v usloviyah ispravitel'nykh uchrezhdenij : sociokul'tural'nyj i adaptacionnyj aspekty [Personality disorders in prisoners under conditions of correctional institutions: socio-cultural and adaptation aspects]: avtoreferat dis. ... doktora medicinskih nauk [abstract of the thesis of the doctor of medical sciences]. Tomsk, 2012: 49 (in Russian).
4. Kotov V.P., Maltseva M.M. Diagnostika potencial'noj obshchestvennoj opasnosti [Diagnosis of potential public danger]. In: *Funkcional'nyjdiagnoz v sudebnojpsihiatrii* [Functional diagnosis in forensic psychiatry] Moscow, 2001; 8: 148–166 (in Russian).
5. Kotov V.P., Maltseva M.M. Preduprezhdenie opasnykh dejstvij lic s psihicheskoy patologiej. Rukovodstvo po sudebnoj psihiatrii [Prevention of dangerous actions of persons with mental pathology. Handbook of forensic psychiatry]. Moscow, 2004; part. 5: 428–507 (in Russian).
6. Kotov V.P., Holland V.B., Maltseva M.M., Yakhimovich L.A. Kriterii i obosnovanie differencirovannogo primeneniya prinuditel'nykh mer medicinskogo haraktera v otnoshenii lic s tyazhelymi psihicheskimi rasstrojstvami, sovershivshih obshchestvenno opasnye deyaniya : Metodicheskie rekomendacii [Criteria and justification for the differential use of coercive measures of a medical nature in relation to persons with severe mental disorders who have committed socially dangerous acts : Methodical recommendations]. Moscow, 2011: 24 (in Russian).
7. Makushkina O.A., Kazakovtsev B.A. Monitoring effektivnosti profilaktiki obshchestvenno opasnykh dejstvij psihicheski bol'nykh na etape prinuditel'nogo lecheniya [Monitoring the effectiveness of prevention of socially dangerous actions of mentally ill at the stage of compulsory treatment]. *Sudebnaya psihiatriya. Aktual'nye problemy* [Forensic Psychiatry. Actual problems] V.V. Vandysh, ed. Moscow, 2012: 139–152 (in Russian).
8. Makushkina O.A., Kazakovtsev B.A. Ocenka effektivnosti profilaktiki obshchestvenno opasnykh dejstvij psihicheski bol'nykh [Evaluation of the effectiveness of prevention of socially dangerous ac-

- tions of mentally ill]. *Psichicheskoe zdorov'e – Mental Health*. 2012; 4: 3–10 (in Russian).
9. Makushkina O.A., Kotov V.P., Maltseva M.M., Yakhimovich L.A., Polubinskaya S.V. Profilaktika opasnyh deystvij psichicheski bol'nyh v ambulatornyh usloviyah [Prevention of dangerous actions of mentally ill people on an outpatient basis]. Moscow, 2016: 279 (in Russian).
 10. Makushkina O.A., Mugantseva L.A. Metodika strukturirovannoj ocenki riska opasnogo povedeniya lic, stradayushchih psichicheskimi rassstrojstvami [Technique of structured risk assessment of dangerous behavior of persons with mental disorders]. *Psichicheskoe zdorov'e – Mental Health*. 2016; (10): 18–26 (in Russian).
 11. Harris G.T., Rice M.E., Cormier C.A. Prospective Replication of the Violence Risk Appraisal Guide in Predicting Violent Recidivism Among Forensic Patients. *Law Human Behavior*. 2002; 26 (4): 377–394. <https://doi.org/10.1023/A:1016347320889>
 12. Skeem J.L., Monahan J. Current Directions in Violence Risk Assessment. *Current Directions in Psychological Science*. 2011; 20 (1): 38–42. DOI: 10.1177/0963721410397271
 13. Singh J.P. Predictive Validity Performance Indicators in Violence Risk Assessment: A Methodological Primer. *Behavioral Sciences and the Law*. 2013; 31: 8–22. <https://doi.org/10.1002/bsl.2052>
 14. Singh J.P., Desmarais S.L., Hurducas C. et al. International Perspectives of the Practical Application of Violence Risk Assessment: A Global Survey of 44 Countries. *International Journal of Forensic Mental Health*. 2014; 13 (3): 193–206. DOI: 10.1080/14999013.2014.922141
 15. Snowden R.J., Gray N.S., Taylor J., MacCulloch M.J. Actuarial Prediction of Violent Recidivism in Mentally Disordered Offenders. *Psychol Med*. 2007 Nov 31; 37 (11): 1539–49. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291707000876>
 16. Steadman H.J., Silver E., Monahan J. et al. A Classification Tree Approach to the Development of Actuarial Violence Risk Assessment Tools. *Law Human Behavior*. 2000; 24 (1): 83–100. <https://doi.org/10.1023/A:1005478820425>
 17. Wallace C., Mullen P.E., Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorder. *Am J Psychiatry*. 2004; 161 (4): 716–727. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.4.716

Received February 18.2019

Accepted April 08.2019

Makushkina Oksana A., MD, Prof., Head of the Department of Forensic Psychiatric Prevention, Federal State Budgetary Institution “National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky” of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation (SPIN code: 7676-1630, Author ID: 298990, Researcher ID A-5403-2016, [Orcid.org/0000-0002-9081-8257](https://orcid.org/0000-0002-9081-8257)).

✉ Makushkina Oksana A., makushkina@serbsky.ru

ЮБИЛЕИ

7 июня 2019 года исполнилось 75 лет Научному центру психического здоровья. Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ) начал свое существование в 1944 г. как Институт психиатрии Академии медицинских наук СССР (АМН СССР) и был в числе первых 25 научных учреждений этой Академии, которая была создана в 1944 г. В этом статусе Институт психиатрии находился до 1981 г., когда он был трансформирован в Всесоюзный Научный центр психического здоровья АМН СССР (позднее РАМН)

Создание и открытие Института в трудное для страны военное время явилось крупным событием в психиатрии. В те тяжелые годы в связи с расширением и совершенствованием психиатрической помощи, организацией психиатрических больниц по всей стране остро чувствовалась необходимость в создании координирующего органа. На Институт психиатрии АМН СССР были возложены функции управления и координации, связанные с разработкой и реализацией планов в сфере психиатрической фундаментальной науки и клинической практики. Институт сразу же занял достойную лидерскую позицию благодаря высокой профессиональной компетентности, авторитетности, огромному багажу научного опыта и знаний своих талантливых сотрудников

За 75-летний период времени в Центре работало несколько поколений замечательных российских ученых-психиатров, в этой когорте ярких личностей и крупных фигур в психиатрии следует отметить директоров института и центра, работавших в разное время.

Академик АМН СССР Василий Алексеевич Гиляровский (с 1944 по 1952 г.) – выдающийся отечественный психиатр, крупнейший учёный, много сделавший для разработки теоретических основ психиатрии и сближения её с другими медицинскими дисциплинами. Как виднейший представитель московской психиатрической школы, Василий Алексеевич использовал достижения современной физиологии, анатомии, общей медицины и экспериментальные данные в клинике для разработки основных проблем теоретической и клинической психиатрии.

Профессор Дмитрий Дмитриевич Федотов (с 1952 по 1960 г.) – крупный отечественный психиатр, выдающийся организатор научной и практической психиатрии. При его участии были подготовлены программа и документация по дальнейшему развитию психиатрической науки в стране. Широкие научные интересы Дмитрия Дмитриевича включали вопросы истории отечественной психиатрии, психогигиены, психопрофилактики, психофармакотерапии, организации психиатрической помощи, проблемы алкоголизма, психиатрические аспекты диэнцефальной патологии, пограничных психических расстройств. Большое внимание Дмитрий Дмитриевич уделял организации и повышению уровня внебольничной психиатрической и наркологической помощи. По его предложению были введены дополнительные штатные нормативы медицинского персонала наркологических кабинетов ПНД и общих поликлиник. По его инициативе и при непосредствен-

ном участии велась работа по реконструкции, строительству новых психиатрических больниц, оснащению их современным оборудованием.

Академик АМН СССР Андрей Владимирович Снежневский (с 1962 по 1987 г.) – знаменитый советский психиатр, основатель одной из нескольких школ в отечественной психиатрии. Круг научных интересов А.В. Снежневского был поразительно широк – от исследований психопатологических синдромов, клиники психических нарушений при эндогенных и экзогенно-органических заболеваниях головного мозга и психофармакологии до биологической психиатрии, теоретико-философских проблем медицины и организации психиатрической помощи. После того как А.В. Снежневский возглавил Институт психиатрии АМН СССР, возможности исследования шизофрении существенно расширились. А.В. Снежневский относился к числу тех, кто считал, что в нашей стране должна быть разработана национальная классификация психических болезней. А.В. Снежневский был также крупным организатором науки, свидетельством чему является создание в 1981 г. Всесоюзного научного центра психического здоровья, что стало важным шагом в консолидации клинической и биологической психиатрии и расширении масштабов соответствующих исследований.

Академик АМН СССР (позднее РАМН) Марат Енокович Вартанян (с 1987 по 1993 г.) – выдающийся советский психиатр, организатор медицинской науки и общественный деятель. На посту директора Всесоюзного Научного центра психического здоровья АМН СССР Марат Енокович внес огромный вклад в развитие биологической психиатрии. Его заслугой является создание основных направлений современной нейробиологии – исследований в области нейроиммунологии,

биохимии и нейрохимии, нейроморфологии, нейрорпсихофармакологии. Будучи не только широко образованным психиатром, но и генетиком, М.Е. Вартамян придавал огромное значение в изучении заболеваний нервной системы развитию нейрогенетики. Признавая важность методов прижизненного изучения мозговых структур – компьютерной томографии и других вариантов томографических и обменно-томографических исследований, он обращал внимание на необходимость комбинирования их с электроэнцефалографией, исследованием мозгового кровотока, нейропсихологическими методами в клинике и методами нейроморфологии в теоретической психиатрии.

Академики АМН СССР А.В. Снежневский и М.Е. Вартамян в начале 80-х гг. приложили много личных усилий для открытия на томской земле Сибирского филиала ВНИЦПЗ. До сих пор томские и сибирские психиатры чувствуют неразрывную связь с родной *alma mater* в лице центра.

Академик РАН Александр Сергеевич Тиганов (с 1994 г. по февраль 2015 г.) – один из ведущих отечественных ученых, получивший широкую известность в стране и за рубежом благодаря своим трудам в области психиатрии, психопатологии, психофармакологии и последипломного образования врачей. Он долгое время являлся членом Бюро Отделения клинической медицины РАМН, председателем Научного совета по проблемам психического здоровья РАМН, руководителем отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «НЦПЗ» РАМН, а также членом Президиума Российского общества психиатров, заведующим кафедрой психиатрии Российской медицинской академии постдипломного образования и главным психиатром Медицинского центра при Президенте РФ. А.С. Тиганов был главным редактором и организатором журнала «Психиатрия», членом редколлегии ряда других психиатрических журналов. Под его редакцией и при его непосредственном активном участии вышло два издания «Руководства по психиатрии» (второе издание 1999 г., третье издание 2012 г.), в котором обобщены самые передовые достижения в области систематики, патогенеза, диагностики и лечения психических заболеваний.

Профессор Татьяна Павловна Ключник (с марта 2015 г.) – доктор медицинских наук, ведущий ученый в области психиатрической науки, получившая известность в стране и за рубежом пионерными разработками в области нейроиммунологии и нейрохимии, а также исследованиями по выявлению молекулярных маркеров психических заболеваний. Ей удалось творчески развить уникальный подход, объединяющий клинико-

психопатологические и биомедицинские исследования в единое целое. Под руководством Т.П. Ключник опубликованы работы, сочетающие результаты иммунологических, биохимических, ЭЭГ, МРТ и клинико-психопатологических исследований, результаты которых нашли свое применение в практической медицине. В настоящее время Т.П. Ключник разрабатывает новое направление, связанное с кинурениновой гипотезой психических заболеваний.

Научные разработки НЦПЗ всегда на острие актуальности и перспективности, с момента создания – это травматические поражения, неврозы и соматопсихические расстройства военного времени, вопросы теории бреда и галлюцинаций, впоследствии приоритетными и концептуальными являлись проблемы организации психиатрической помощи и координирования научных исследований в стране. В дальнейшем усилия коллектива были сконцентрированы на возрастном аспекте при шизофрении, клинико-биологическом направлении психофармакологии и эпидемиологических исследованиях.

За прошедшие годы создан сплоченный творческий монолитный коллектив, блестяще сочетающий приоритетные научные разработки мирового уровня и проведение вдохновенно-творческой работы в области биологической психиатрии, клинической психофармакологии и апробации новых лекарственных веществ. Гуманная и новаторская деятельность Центра направлена на благородную цель – сохранить и укрепить психическое здоровье российской нации.

В последние годы научными сотрудниками и практическими врачами Центра сделаны новые шаги в сфере разработки и применения современных конструктивно обоснованных методов диагностики, терапии, реабилитации, психопрофилактики и психокоррекции больных с разными формами психической патологии. Убедительным тому подтверждением служат изданные научные труды и полученные патенты по приоритетным и перспективным научным направлениям. На базе Центра постоянно проходят международные, общероссийские и региональные научные форумы, где обсуждаются наиболее актуальные проблемы отечественной и зарубежной психиатрии.

Редколлегия СВПН поздравляет коллектив НЦПЗ. Пусть воплощаются в жизнь Ваши масштабные идеи, планы и проекты, способствующие процветанию российской психиатрии! Крепкого здоровья, оптимизма, энергии, счастья и благополучия Вам и Вашим близким! Мы убеждены, что в тесном сотрудничестве с Вами сможем воплотить новые творческие совместные программы, создавая перспективы для укрепления имиджа отечественной психиатрии.