

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 1810-3111 (Print)

СВПН

**СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY
AND ADDICTION PSYCHIATRY**

SHRAP

2017. № 3 (96)

СИБИРСКИЙ ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

2017. № 3 (96)

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
академик РАН Л.И. Афтанас	Новосибирск, Россия
профессор Т.П. Ветлугина	Томск, Россия
академик РАО Э.В. Галажинский	Томск, Россия
член-корр. РАН Н.Н. Иванец	Москва, Россия
профессор З.И. Кекелидзе	Москва, Россия
профессор В.Н. Краснов	Москва, Россия
профессор И.Е. Куприянова	Томск, Россия
профессор А.И. Мандель	Томск, Россия
профессор Н.Г. Незнамов	С-Петербург, 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
академик РАН А.С. Тиганов	Москва, 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
д.м.н. И.А. Артемьев	Томск, Россия
д.м.н. М.Ф. Белокрылова	Томск, Россия
профессор С. Вилласенор Баярдо	Мексика
профессор Н.В. Говорин	Москва, Россия
профессор П. Джонсон	США
профессор В.Л. Дресвянников	Новосибирск, Россия
профессор Г.В. Залевский	Калининград, Россия
профессор Ц.П. Короленко	Новосибирск, Россия
профессор Ф. Ланг	Германия
профессор А. Лунен	Нидерланды
профессор Н.А. Марута	Харьков, Украина
профессор В.Д. Менделевич	Казань, Татарстан
профессор П.В. Морозов	Москва, Россия
профессор А.А. Овчинников	Новосибирск, Россия
профессор Ю.В. Попов	С-Петербург, Россия
профессор М.И. Рыбалко	Барнаул, Россия
профессор Н. Сарториус	Швейцария
профессор А.М. Селедцов	Кемерово, Россия
д.п.н. И.Я. Стоянова	Томск, Россия
профессор А.А. Сумароков	Красноярск, 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: redo@mail.tomsknet.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 25.09.2017 г. Формат 60x84_{1/8}. Печать офсетная.

Бумага мелованная. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 12,75; усл.-печ. л. 11,86; уч.-изд. л. 12,93. Тираж 500 экз. Заказ № 17546.

Цена договорная. Дата выхода в свет 28.09.2017

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

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

SIBERIAN HERALD OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

Scientific-practical journal

Four issues per year

2017. No. 3 (96)

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
academician of RAS L.I. Aftanas	Novosibirsk, Russia
Prof. T.P. Vetlugina	Tomsk, Russia
academician of RAE E.V. Galazhinsky	Tomsk, Russia
corresponding member of RAS N.N. Ivanets	Moscow, Russia
Prof. Z.I. Kekelidze	Moscow, Russia
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. L.D. Rakhmazova	Tomsk, Russia
Prof. Yu.P. Sivolap	Moscow, Russia
academician of RAS A.B. Smulevich	Moscow, Russia
Prof. E.D. Schastnyy	Tomsk, Russia
academician of RAS A.S. Tiganov	Moscow, Russia
corresponding member of RAS D.F. Khritinin	Moscow, Russia
corresponding member of RAS B.D. Tsygankov	Moscow, Russia

EDITORIAL COUNCIL

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

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

Index according to catalogue “Rospechat” 66013

Editorial staff:

Responsible secretary PhD O.E. Perchatkina

Production editor I.A. Zelenskaya

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

Tel./fax: + 7 (382-2)-72-44-25. Tel.: + 7 (382-2)-72-35-16, + 7 (382-2)-72-43-79. E-mail: redo@mail.tomsknet.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 25.09.2017. Format 60x84_{1/8}. Offset printing.

Coated paper. Font “Times New Roman”.

Printer's sheets 12,75; conventional printer's sheets 11,86; published sheets 12,93. Circulation 500 copies. Order no 17546.

Negotiated price. Date of publication 28.09.2017

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

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

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Лобачева О.А., Мандель А.И., Ляшенко Г.П., Рошина О.В. (Томск) Уровень кортизола и тестостерона у больных алкоголизмом при синдроме отмены	5
Прокопьева В.Д., Ярыгина Е.Г., Мандель А.И. (Томск) Динамика окислительной модификации белков и липидов плазмы крови у больных алкоголизмом в процессе терапии	11

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

Кекелидзе З.И., Клименко Т.В., Козлов А.А., Шахова С.М. (Москва) Лечение острого психоза вследствие употребления синтетических каннабиноидов	16
Шигакова Ф.А. (Ташкент) Роль гендерных различий в механизмах формирования опиийной наркомании	21
Евсеев В.Д. (Томск) Клиническая динамика сексуальных дисфункций у больных опиоидной зависимостью в периоды наркотизации, постабстинентного состояния и ремиссии	27

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Семин И.Р., Андрусенко И.В., Илюхина А.В. (Томск) Случай гипертоксической шизофрении у подростка	34
---	----

ПРЕВЕНТИВНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Бохан Н.А., Воеводин И.В., Лукьянова Н.А., Пушкаренко А.Б. (Томск) Аддиктивные и тревожно-депрессивные расстройства у студентов Томской области: динамика, половозрастной и миграционный аспекты	38
---	----

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Ворсина О.П. (Иркутск) Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение лиц, совершивших общественно опасные действия, в Иркутском ПНД	46
---	----

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Султанмуратов Ю.М., Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю. (Новосибирск) Индивидуально-психологические особенности военнослужащих, влияющие на успешность адаптации	50
Пешковская А.Г., Мандель А.И., Белокрылов И.И., Назарова И.А., Кисель Н.И. (Томск) Проблема анозогнозии при женском алкоголизме: мишени и эффективность терапевтического воздействия	57
Костарев В.В. (Красноярск) Психологические предикторы нарушений психического здоровья у супругов в ситуации развода	64

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А., Щукина Е.П. (Москва) Основные модели суицидального поведения	71
Афанасьева Н.А., Березовская М.А., Коробицина Т.В., Пичугина Ю.А., Сергиенко Н.Н. (Красноярск) Клинико-динамические особенности интоксикационных психозов, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ	78

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Иванов М.В., Костерин Д.Н. (Санкт-Петербург) Эффективность антипсихотической терапии препаратами пролонгированного действия у больных шизофренией в долгосрочной перспективе	84
Герасимчук М.Ю. (Москва) Фармакотерапия депрессии: комплексный клинический подход	92
Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л. (Томск) Эффективность фармакотерапии биполярного аффективного расстройства при коморбидности с расстройством личности	97

C O N T E N T S

BIOLOGICAL RESEARCH

- Vetlugina T.P., Nikitina V.B., Lobacheva O.A., Mandel A.I., Lyashenko G.P., Roshchina O.V.** (Tomsk) Cortisol and testosterone levels in alcoholic patients in withdrawal syndrome 5
- Prokopieva V.D., Yarygina E.G., Mandel A.I.** (Tomsk) Dynamics of oxidative modification of proteins and lipids of blood plasma in alcoholic patients in the process of the therapy 11

CLINICAL NARCOLOGY

- Kekelidze Z.I., Klimentko T.V., Kozlov A.A., Shakhova S.M.** (Moscow) Therapy of acute psychosis due to use of synthetic cannabinoids 16
- Shigakova F.A.** (Tashkent) Role of gender differences in mechanisms of opium addiction formation 21
- Evseyev V.D.** (Tomsk) Clinical features and dynamics of sexual functioning in patients with opioid dependence in periods of narcotization, post-withdrawal state and remission 27

CHILD-ADOLESCENT PSYCHIATRY

- Semin I.R., Andrusenko I.V., Ilyukhina A.V.** (Tomsk) A case of hypertoxic schizophrenia in an adolescent 34

PREVENTIVE PSYCHIATRY

- Bokhan N.A., Voevodin I.V., Lukiyanova N.A., Pushkarenko A.B.** (Tomsk) Addictive, anxiety, and depressive disorders among students of the Tomsk Region: dynamics, gender, age, and migration aspects 38

PENAL PSYCHIATRY

- Vorsina O.P.** (Irkutsk) Outpatient compulsory observation and treatment of persons who have committed socially dangerous actions, at the Irkutsk Psychoneurological Dispensary 46

PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY

- Sultanmuratov Yu.M., Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu.** (Novosibirsk) Individual-psychological characteristics of military servants influencing adaptation success 50
- Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Belokrylov I.I., Nazarova I.A., Kisel N.I.** (Tomsk) Problem of anosognosia in female alcoholism: targets and efficiency of therapeutic intervention 57
- Kostarev V.V.** (Krasnoyarsk) Psychological predictors of mental health problems in spouses in the situation of divorce 64

LECTURES. REVIEWS

- Khritin D.F., Esin A.V., Sumarokova M.A., Shchukina E.P.** (Moscow) Main models of suicidal behavior 71
- Afanasyeva N.A., Berezovskaya M.A., Korobitsina T.V., Pichugina Yu.A., Sergienko N.N.** (Krasnoyarsk) Clinical and dynamic features of intoxication psychoses caused by the use of modern synthetic psychoactive substances 78

PSYCHOPHARMACOTHERAPY

- Ivanov M.V., Kosterin D.N.** (Saint-Petersburg) Long-term outcomes of long-acting injection antipsychotic treatment in patients with schizophrenia 84
- Gerasimchuk M.Yu.** (Moscow) Pharmacotherapy of depression: a comprehensive clinical approach 92
- Simutkin G.G., Yakovleva A.L.** (Tomsk) Efficiency of pharmacotherapy of bipolar affective disorder comorbid with personality disorder 97

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616-092.6:616.89-008.441.13:577.175.534:577.175.624

Для цитирования: Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Лобачева О.А., Мандель А.И., Ляшенко Г.П., Рощина О.В. Уровень кортизола и тестостерона у больных алкоголизмом при синдроме отмены. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 5—10. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-5-10

Уровень кортизола и тестостерона у больных алкоголизмом при синдроме отмены

Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Лобачева О.А., Мандель А.И.,
Ляшенко Г.П., Рощина О.В.

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

РЕЗЮМЕ

Чрезмерное потребление алкоголя является мощным стрессором, стимулирующим гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось и синтез глюкокортикоидов. Реакция организма на отмену этанола также является реакцией на стресс. Алкоголь и гормоны стресса вызывают устойчивые нейроадаптивные изменения, которые могут способствовать прогрессивному течению алкогольной зависимости и рецидиву заболевания.

Цель исследования: изучение уровня кортизола и тестостерона у больных алкоголизмом в динамике терапии синдрома отмены. **Материалы и методы.** Материалом исследования являлась сыворотка крови 39 больных алкоголизмом мужчин (синдром отмены F10.3; средний возраст $46,6 \pm 10,0$ года; длительность заболевания $10,6 \pm 9,2$ года). Контрольную группу при биологических исследованиях составили 20 практически здоровых мужчин. Концентрацию кортизола и тестостерона в сыворотке крови определяли методом ИФА в динамике терапии синдрома отмены: 1-я точка на 3–4-й день поступления пациента в стационар после проведения курса дезинтоксикационной терапии, 2-я точка – на 12–14-й день терапии. **Результаты.** У больных алкоголизмом установлено повышение по сравнению с контролем концентрации кортизола в сыворотке крови на всех исследуемых этапах синдрома отмены, концентрации тестостерона – в 1-й точке. У пациентов катаболические процессы метаболизма преобладали над анаболическими, и коэффициент отношения концентрации кортизола к тестостерону (К/Т) к концу срока наблюдения в 2 раза превышал соответствующий показатель в группе здоровых мужчин. **Заключение.** Полученные данные о динамике стрессреализующих гормонов в процессе двухнедельного периода интенсивной терапии свидетельствуют о неустойчивости достигнутого терапевтического эффекта и высоком риске рецидива заболевания. Концентрация кортизола, коэффициент К/Т могут быть использованы в качестве маркеров оценки эффективности терапии больных алкоголизмом.

Ключевые слова: алкоголизм, синдром отмены, кортизол, тестостерон.

ВВЕДЕНИЕ. Изучение закономерностей формирования и течения алкогольной зависимости является актуальной проблемой в связи с неуклонным ростом распространенности этой патологии, тяжестью её последствий, нестабильностью ремиссий, достигнутых в ходе интенсивной терапии [4]. Основные исследования патогенеза алкоголизма направлены на изучение функций нейромедиаторных систем мозга, нейроиммунных механизмов [1, 3, 6, 7, 22]. В последние годы растет количество данных, свидетельствующих о том, что длительное чрезмерное потребление алкоголя является мощным стрессором, стимулирующим гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось и синтез глюкокортикоидов, вызывая стойкую дисрегуляцию систем вознаграждения мозга [10, 24]. По данным ряда авторов, связанные с алкоголем изменения функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы являются факторами риска формирования и хронического течения алкогольной зависимости [11, 23]. Важную роль в обеспечении адаптации организма в ответ на воздействие неблагоприятных факторов, помимо регуляции репродуктивной функции, играет также

гипоталамо-гипофизарно-гонадная система; показано ингибирующее влияние тестостерона на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось при остром стрессе [8, 13].

Цель исследования – изучение уровня кортизола и тестостерона у больных алкоголизмом в динамике терапии синдрома отмены.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования являлась сыворотка крови, взятой из локтевой вены утром натощак у 39 мужчин (средний возраст составлял $46,6 \pm 10,0$ года), страдающих психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя (синдром отмены F10.3; средняя длительность заболевания составляла $10,6 \pm 9,2$ года).

Критериями включения больных в группу обследования: верифицированный диагноз алкоголизма, добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: наличие эндогенных заболеваний, эпилепсии, декомпенсированных форм психопатий; наличие заболеваний, передающихся половым путем (ВИЧ-инфекции, сифилиса), отказ больного от участия в исследовании.

Контрольную группу при биологических исследованиях составили 20 здоровых мужчин, соответствующих по возрасту группе пациентов.

Концентрацию кортизола и тестостерона в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов Кортизол-ИФА-БЕСТ и Тестостерон-ИФА-БЕСТ (ЗАО «Вектор-Бест», п. Кольцово, Россия). Лабораторные исследования у пациентов были проведены на этапе синдрома отмены алкоголя в динамике терапии синдрома отмены: 1-я точка – на 3–4-й день поступления пациента в стационар после проведения курса дезинтоксикационной терапии, 2-я точка – на 12–14-й день терапии.

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием пакета программ STATISTICA для Windows, версия 12.0. Описательная статистика представлена в виде (M_e , L_Q-U_Q), где M_e – медиана, L_Q-U_Q – интерквартильный размах. Статистическая значимость различий между группами оценивалась с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни. Различия считали достоверными при значениях p меньше 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты получали в стационаре стандартную терапию [5] с присоединением на первом этапе дезинтоксикационной терапии, направленной на удаление из организма токсических веществ, оказывающих негативные эффекты на сердечно-сосудистую, гепаторенальную, центральную и периферическую нервную системы. Следующим этапом реабилитации является дифференцированное назначение по принципу «минимальной достаточности» основных групп лекарственных препаратов с целью коррекции аффективных, диссомнических, нейровегетативных расстройств и редукции симптомов проявления зависимости от алкоголя в острый период синдрома отмены (обсессивное и компульсивное влечение к психоактивному веществу, комплекс соматовегетативных и психопатологических расстройств). Продолжительность этого этапа варьирует от 7 до 14 дней. На данном этапе у пациентов отмечается уменьшение степени тяжести симптомов абстиненции, исчезновение вегетативно-соматической, алгической симптоматики, субъективно удовлетворительное самочувствие, но при этом сохраняются остаточные симптомы психопатологических и диссомнических расстройств, свойственных постабстинентному периоду.

Исследование, проведенное на 3–4-й день поступления пациентов в стационар, в 1-й точке (рис. 1) выявило у них значимое повышение по сравнению с контрольной группой концентрации глюкокортикоидного гормона кортизола в сыворотке крови (943,0 (732,7–1207,3); 465,8 (365,1–504,0) нмоль/л соответственно, $p=0,000001$).

Через 2 недели лечения, направленного на коррекцию постабстинентного состояния, во 2-й точке обследования (рис. 2) отмечено еще большее повышение концентрации кортизола в сыворотке крови

больных алкоголизмом по сравнению с контрольной группой (1117,6 (972,5–1231,7); 465,8 (365,1–504,0) нмоль/л соответственно, $p=0,000000$).

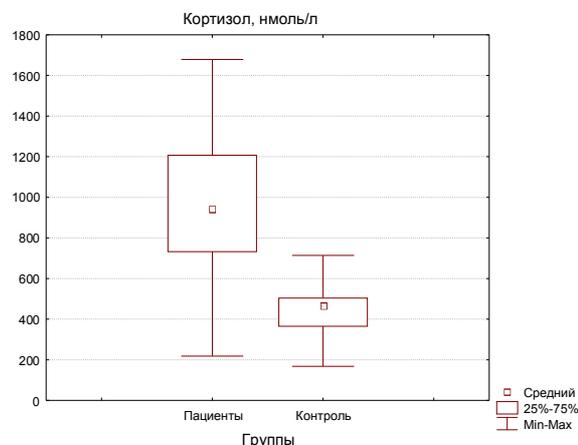


Рис. 1. Концентрация кортизола (нмоль/л) в сыворотке крови больных алкоголизмом в первой точке обследования

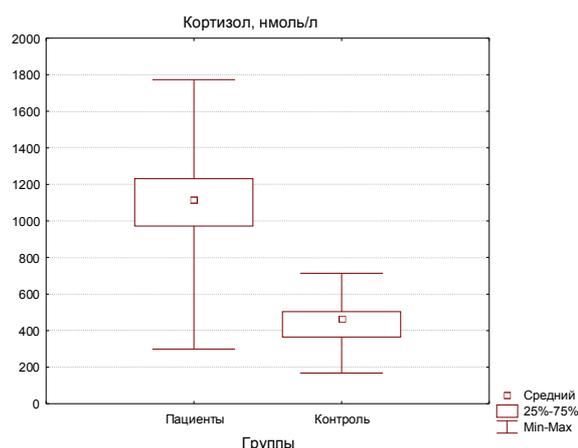


Рис. 2. Концентрация кортизола (нмоль/л) в сыворотке крови больных алкоголизмом во второй точке обследования

Таблица 1

Концентрация тестостерона (нмоль/л) в сыворотке крови обследованных лиц

Показатель	M_e (L_Q-U_Q)		p_2	
	Контроль (n=20)	Пациенты		
		1-я точка (n=39)	2-я точка (n=33)	
Тестостерон, нмоль/л	17,1 (12,8-20,4)	22,1 (18,0-30,5) $p_1=0,005289$	20,1 (13,6-26,3) $p_1=0,163231$	0,160374

Примечание. p_1 – Достоверность различий между пациентами и контрольной группой; p_2 – достоверность различий между 1-й и 2-й точками обследования.

Как показано в таблице 1, при исследовании тестостерона установлено повышение его концентрации в сыворотке крови больных алкоголизмом на первом этапе абстинентного синдрома (1-я точка) и снижение до уровня контроля в динамике терапии постабстинентного состояния (2-я точка).

Анализ отношения кортизола к тестостерону выявил значительное по отношению к контролю преобладание катаболических процессов метаболизма над анаболическими процессами у больных алкоголизмом при абстинентном синдроме как в 1-й точке исследования, так и во 2-й точке (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Отношение кортизола к тестостерону у больных алкоголизмом				
Показатель	Me(L ₀ -U ₀)			p ₂
	Контроль (n=20)	Пациенты		
		1-я точка (n=39)	2-я точка (n=33)	
К/Т	24,0 (15,1-34,8)	36,9 (20,1-58,6) p ₁ =0,034017	48,7 (36,4-88,4) p ₁ =0,000035	0,014682

Примечание. p₁ – Достоверность различий между пациентами и контрольной группой; p₂ – достоверность различий между 1-й и 2-й точками обследования; К/Т – отношение кортизола к тестостерону

Наши исследования у больных с алкогольной зависимостью были проведены в период синдрома отмены, и сама реакция организма на отмену этанола и других психоактивных веществ считается реакцией на стресс, которая модулирует поведенческую, нервную, иммунную и эндокринную активность [15, 18]. Двухнедельная терапия пациентов не приводила к нормализации глюкокортикоидного гормона, напротив, уровень кортизола только нарастал. В ряде исследований показано, что синтез глюкокортикоидов индуцирует устойчивые изменения в нейроэндокринной стресс-системе при переходе от частого употребления алкоголя к алкогольной зависимости; алкоголь и гормоны стресса вызывают нейроадаптивные изменения в префронтальной коре, которые могут способствовать прогрессивному течению алкогольной зависимости и рецидиву заболевания [21, 16]. Высокие концентрации кортизола были выявлены также при остром алкогольном психозе [2].

Концентрация тестостерона в сыворотке крови больных алкоголизмом в 1-й точке исследования превышала уровень контроля, снижаясь в динамике терапии постабстинентного состояния до контрольных значений, и это снижение происходит на фоне нарастания уровня кортизола. Известно, что гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось эндокринной регуляции оказывает непосредственное влияние на гипоталамо-гипофизарно-гонадную систему, вступая с ней в реципрокные отношения [25].

В литературе активно обсуждаются половые различия в эпидемиологии, этиологии и патогенезе алкогольной зависимости [12, 14, 17, 26]. Считается, что мужской пол является решающим фактором риска возникновения данной патологии. Показано, что мужчины с высоким уровнем тестостерона чаще выпивают и у них чаще диагностируют алкогольную зависимость, чем у мужчин с низким уровнем тестостерона. В. Lenz и др. (2012) [20] в статье, посвященной обзору литературы по исследованиям половой гормональной активности при алкогольной зависимости, приходят к заключению о существова-

нии определенных гендерных различий в распространенности, физиологических и поведенческих последствиях употребления алкоголя, молекулярных путях формирования и течения алкогольной аддикции. Эффекты половых гормонов вызывают нейроадаптивные изменения, которые повышают чувствительность системы вознаграждения мозга к стимулирующему действию алкоголя. Более того, авторы полагают, что патологическое потребление алкоголя часто начинается в подростковом возрасте в период полового созревания, и комбинация воздействия внутренних (генетически обусловленных) и внешних (экологически обусловленных) вариаций половых гормонов внутриутробно и в период раннего развития повышают риск возникновения алкогольной зависимости в более позднем возрасте.

В нашем исследовании у больных алкоголизмом в динамике абстинентного синдрома установлено значительное преобладание катаболических процессов метаболизма над анаболическими процессами как в 1-й точке исследования, так и в ещё большей степени во 2-й точке. Коэффициент отношения кортизол/тестостерон (К/Т) в последнем случае превышал контрольные значения в 2 раза. Известно, что глюкокортикоидные гормоны, в частности кортизол, обладают мощным катаболическим действием, а тестостерон имеет анаболические эффекты, и отношение К/Т более точно отражает эндокринные нарушения при действии стресса и различных патологических состояниях [19]. Ранее при анализе ряда клинико-биохимических симптомокомплексов хронической алкогольной интоксикации (уровень общего белка, мочевины, АСТ, АЛТ, глюкозы, билирубина, количество эритроцитов, тромбоцитов и др.) было показано, что сохраняющийся в динамике катаболический вариант метаболизма является одним из показателей тяжести алкогольного абстинентного синдрома [9].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам исследования у больных алкоголизмом установлено повышение по сравнению с контрольной группой концентрации кортизола в сыворотке крови на всех исследуемых этапах синдрома отмены. Концентрация тестостерона превышала уровень контроля на первом этапе синдрома отмены и снижалась в процессе терапии постабстинентного состояния на фоне повышения уровня кортизола. У пациентов установлено значительное преобладание катаболических процессов метаболизма над анаболическими процессами, и коэффициент отношения концентрации кортизола к тестостерону в 1,5–2 раза превышал соответствующий показатель в группе здоровых мужчин. Полученные нами данные о динамике стрессреализующих гормонов в процессе двухнедельного периода интенсивной терапии свидетельствуют о дисрегуляции адаптивных систем организма, неустойчивости достигнутого терапевтического эффекта и высоком риске рецидива заболевания. Концентрация кортизола, тестостерона, отношение этих гормонов могут быть использованы

в качестве маркеров оценки эффективности терапии больных алкоголизмом.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено в рамках темы НИР НИИ психического здоровья «Распространенность, клинико-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ в социально-организованных популяциях (профилактический, реабилитационный аспекты)». Номер госрегистрации ААА-А15-115123110064-5.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета НИИ психического здоровья № 1 от 22.04.2011).

ЛИТЕРАТУРА

- Анохина И.П. Основные биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ. *Вопросы наркологии*. 2013; 6: 40—59.
- Анохина И.П., Веретинская А.Г., Кузнецова М.Н., Векшина Н.Л. Дофамин, кортизол и адренкортикотропный гормон в крови и спинномозговой жидкости больных с алкогольным абстинентным синдромом и алкогольным делирием. *Вопросы наркологии*. 2014; 3: 73—81.
- Бохан Н.А., Иванова С.А., Левчук Л.А. Серотониновая система в модуляции депрессивного и аддиктивного поведения. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2013: 102.
- Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Асаинов Р.Р., Бухна А.Г. Особенности клинической картины и психологического статуса лиц, имеющих соматические осложнения от злоупотребления алкоголем в период длительной ремиссии. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (6): 32—35.
- Дудко Т.Н. Современные модели реабилитации больных алкоголизмом. Глава 29. В книге: Алкоголизм. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Руководство для врачей / под ред. Н.Н. Иванца, М.А. Винниковой. М., 2011: 550—568.
- Евсеев В.А., Давыдова Т.В., Ветрилл Л.А., Грекова Н.А., Фомина В.Г. Общность нейроиммунологических механизмов наркомании, алкоголизма, эпилепсии, неврогенных болевых синдромов. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2006; 7: 38—43.
- Иванова С.А., Ветлугина Т.П., Бохан Н.А., Эпштейн О.И. Иммунобиология аддиктивных расстройств: механизмы психонейроиммуномодуляции. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2002; 1: 50—57.
- Кубасов Р.В., Барачевский Ю.Е., Лупачев В.В. Функциональные изменения гипофизарно-гонадного и тиреоидного эндокринных звеньев в ответ на стрессовые факторы. *Фундаментальные исследования*. 2014; 10-5: 1010—1014.
- Рослый И.М., Абрамов С.В., Агаонов В.Р., Рожкова Е.С., Шуляк Ю.А. Биохимия и алкоголизм (IV): типовые клинико-биохимические синдромы при хронической алкогольной интоксикации. *Вопросы наркологии*. 2004; 5: 46—56.
- Becker H.C. Influence of stress associated with chronic alcohol exposure on drinking. *Neuropharmacology*. 2017; 122: 115—126. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.04.028.
- Blaine S.K., Sinha R. Alcohol, stress, and glucocorticoids: From risk to dependence and relapse in alcohol use disorders. *Neuropharmacology*. 2017; 122: 136—147. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.01.037.
- Ceylan-Isik A.F., McBride S.M., Ren J. Sex difference in alcoholism: who is at a greater risk for development of alcoholic complication? *Life Sci*. 2010; 87 (5-6): 133—138. doi: 10.1016/j.lfs.2010.06.002.
- Gray M., Bingham B., Viau V. A comparison of two repeated restraint stress paradigms on hypothalamic-pituitary-adrenal axis habituation, gonadal status and central neuropeptide expression in adult male rats. *J. Neuroendocrinol.* 2010; 22(2): 92—101. doi: 10.1111/j.1365-2826.2009.01941.x.
- Heberlein A., Lenz B., Opfermann B. [et al.] Association of testosterone and BDNF serum levels with craving during alcohol withdrawal. *Alcohol*. 2016; 54: 67—72. doi: 10.1016/j.alcohol.2016.06.004.
- Houshyar H.B. Differential responsiveness of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to glucocorticoid negative-feedback and corticotropin releasing hormone in rats undergoing morphine withdrawal: possible mechanisms involved in facilitated and attenuated stress responses. *J. Neuroendocrinol.* 2001; 13: 875—886.
- Jung M.E. Alcohol Withdrawal and Cerebellar Mitochondria. *Cerebellum*. 2015; 14 (4): 421—437. doi: 10.1007/s12311-014-0598-8.
- King A.C., Errico A.L., Parsons O.A. Eysenck's personality dimensions and sex steroids in male abstinent alcoholics and nonalcoholics: an exploratory study. *Biol. Psychol.* 1995; 39 (2-3): 103—113. doi: 10.1016/0301-0511(94)00966-2.
- Knapp D.J., Harper K.M., Whitman B.A. [et al.] Stress and Withdrawal from Chronic Ethanol Induce Selective Changes in Neuroimmune mRNAs in Differing Brain Sites. *Brain Sci*. 2016; 6 (3): E25. doi: 10.3390/brainsci6030025.
- Lee J.M., Colangelo L.A., Schwartz J.E. [et al.] Associations of cortisol/testosterone and cortisol/sex hormone-binding globulin ratios with atherosclerosis in middle-age women. *Atherosclerosis*. 2016; 248: 203—209. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.03.028.
- Lenz B., Müller C.P., Stoessel C. [et al.] Sex hormone activity in alcohol addiction: integrating organizational and activation effects. *Prog. Neurobiol.* 2012; 96 (1): 136—163. doi: 10.1016/j.pneurobio.2011.11.001.
- Lu Y.L., Richardson H.N. Alcohol, stress hormones, and the prefrontal cortex: a proposed pathway to the dark side of addiction. *Neuroscience*. 2014; 277: 139—151. doi: 10.1016/j.neuroscience.2014.06.053.
- Mayfield J., Ferguson L., Harris R.A. Neuroimmune signaling: a key component of alcohol abuse. *Curr. Opin. Neurobiol.* 2013; 4: 513—520.
- Mons N., Beracochea D. Behavioral Neuroadaptation to Alcohol: From Glucocorticoids to Histone Acetylation. *Front. Psychiatry*. 2016; 7: 165. doi: 10.3389/fpsy.2016.00165
- Shushpanova T.V., Bokhan N.A., Lebedeva V.F. [et al.] Treatment of alcoholic patients using anticonvulsant urea derivative influences the metabolism of neuro-active steroid hormones – the system of stress markers. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2016; 7 (2): 1—6.
- Smith G.D., Ben-Shlomo Y., Beswick A. [et al.] Cortisol, testosterone, and coronary heart disease: prospective evidence from the Caerphilly study. *Circulation*. 2005; 112: 332—340.
- Sperling W., Biermann T., Bleich S. [et al.] Non-right-handedness and free serum testosterone levels in detoxified patients with alcohol dependence. *Alcohol*. 2010; 45 (3): 237—240. doi: 10.1093/alcalc/agq014.

Поступила в редакцию 20.04.2017

Утверждена к печати 26.06.2017

Ветлугина Тамара Парфеновна, д.б.н., проф., в.н.с. лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии.
Никитина Валентина Борисовна, д.м.н., зав. лабораторией клинической психонейроиммунологии и нейробиологии.
Лобачева Ольга Анатольевна, д.м.н., в.н.с. лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии.
Мандель Анна Исаевна, д.м.н., проф., в.н.с. отделения аддиктивных состояний.
Ляшенко Галина Пантелеевна, к.м.н., зав. четвертого клинического наркологического отделения.
Рощина Ольга Вячеславовна, м.н.с. отделения аффективных состояний.

✉ Ветлугина Тамара Парфеновна, vetlug@mail.tomsknet.ru

УДК 616-092.6:616.89-008.441.13:577.175.534:577.175.624

For citation: Vetlugina T.P., Nikitina V.B., Lobacheva O.A., Mandel A.I., Lyashenko G.P., Roshchina O.V. Cortisol and testosterone levels in alcoholic patients in withdrawal syndrome. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 5—10. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-5-10

Cortisol and testosterone levels in alcoholic patients in withdrawal syndrome

Vetlugina T.P., Nikitina V.B., Lobacheva O.A., Mandel A.I., Lyashenko G.P., Roshchina O.V.

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

ABSTRACT

Overconsumption of alcohol is a strong stressor which stimulates hypothalamo-pituitary-adrenal axis and synthesis of glucocorticoids. Response of the organism to ethanol withdrawal is also the response to stress. Alcohol and stress hormones cause persistent neuroadaptive alterations which are capable to promote progressive course of alcohol dependence and relapse of the disease.

Objective of study: to study cortisol and testosterone levels in alcoholic patients in the dynamics of the withdrawal syndrome therapy. **Materials and Methods.** The material of study was blood serum of 39 male alcoholic patients (withdrawal syndrome F10.3; mean age 46.6±10.0 года; duration of disease 10.6±9.2 years). Control group during biological investigations included 20 practically healthy men. Cortisol and testosterone concentrations in blood serum were measured with use of method of immunoenzyme analysis in the dynamics of withdrawal syndrome therapy: point 1 by days 3–4 of admission of the patient in the hospital after course of detoxification therapy, point 2 by days 12–14 of the therapy. **Results.** Alcoholic patients had increase in cortisol concentration in blood serum in comparison with control at all investigated stages of withdrawal syndrome, testosterone concentration in point 1. Catabolic processes of metabolism in patients predominated over anabolic and coefficient of correlation of cortisol concentration to testosterone concentration (C/T) to the end of term of observation exceeded twice the respective indicator in the group of healthy men. **Conclusion.** Our findings about dynamics stress-releasing hormones in the process of two-week period of intensive therapy are the evidence of instable achieved therapeutic effect and high risk of the relapse of the disease. Cortisol concentration, C/T coefficient can be used as markers of assessment of efficiency of therapy of alcoholic patients.

Keywords: alcoholism, withdrawal syndrome, cortisol, testosterone.

REFERENCES

- Anokhina I.P. Osnovnye biologicheskie mekhanizmy zavisimosti ot psikoaktivnykh veshchestv [Main biological mechanisms of psychoactive substance addiction]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2013; 6: 40—59 (in Russian).
- Anokhina I.P., Veretinskaya A.G., Kuznetsova M.N., Vekshina N.L. Dofamin, kortizol i adrenokortikotropnyy gormon v krovi i spinnomozgovoy zhidkosti bol'nykh s alkogol'nym abstinentsym sindromom i alkogol'nym delirium [Dopamine, cortisol and adrenocorticotrophic hormone in blood and cerebrospinal fluid of patients with alcohol withdrawal syndrome and delirium tremens]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2014; 3: 73—81 (in Russian).
- Bokhan N.A., Ivanova S.A., Levchuk L.A. Serotoninovaya sistema v modulyatsii depressivnogo i addiktivnogo povedeniya [Serotonin system in modulation of depressive and addictive behavior]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2013: 102 (in Russian).
- Bokhan N.A., Prilensky B.Yu., Asainov P.P., Bukhna A.G. Osobennost' klinicheskoy kartiny i psikhologicheskogo statusa lits, imyushchikh somaticheskie oslozhneniya ot zloupotrebleniya alkogolya v period dlitel'noy remissii [The features of the clinical picture and psychological status of people who have medical complications of alcohol abuse during the long-term remission]. *Akademicheskyy zhurnal Zapadnoy Sibiri – Academic Journal of West Siberia*. 2016; 12 (6): 32—35 (in Russian).
- Dudko T.N. Sovremennyye modeli reabilitatsii bol'nykh alkogolizmom [Modern models of rehabilitation of alcoholic patients]. In: *Alkogolizm [Alcoholism]*. Ivanets N.N., Vinnikov M.A., eds. Moscow, 2011: 550—568 (in Russian).
- Yevseyev V.A., Davydova T.V., Vetrile L.A., Grekova N.A., Fomina V.G. Obshchnost' neuroimmunologicheskikh mekhanizmov narkomani, alkogolizma, epilepsii, nevrogennykh bolevykh sindromov [Common neuroimmunological features of drug addiction, alcoholism, epilepsy, and neurogenic pain syndromes]. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk – Bulletin of Russian Academy of Medical Sciences*. 2006; 7: 38—43 (in Russian).
- Ivanova S.A., Vetlugina T.P., Bokhan N.A., Epstein O.I. Immunobiologiya addiktivnykh rasstroystv: mekhanizmy psikhoneuroimmunomodulyatsii [Immunobiology of addictive disorders: mechanisms of psychoneuroimmunomodulation]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2002; 1: 50—57 (in Russian).
- Kubasov R.V., Barachevsky Yu.E., Lupachev V.V. Funktsional'nye izmeneniya gipofizarno-gonadnogo i tireoidnogo jendokrinnykh zven'ev v otvet na stressovyye faktory [Endocrine system functional changes in response to extreme environment factors]. *Fundamental'nye issledovaniya – Basic Research*. 2014; 10-5: 1010—1014 (in Russian).
- Rosly I.M., Abramov S.V., Agaronov V.R., Rozhkova E.S., Shulyak Yu.A. Biohimija i alkogolizm (IV): tipovyye kliniko-biohimicheskie sindromy pri hronicheskoy alkogol'noy intoksikatsii [Biochemistry and alcoholism (IV): typical clinical-biochemical syndromes during chronic alcohol intoxication]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2004; 5: 46—56 (in Russian).
- Becker H.C. Influence of stress associated with chronic alcohol exposure on drinking. *Neuropharmacology*. 2017; 122: 115—126. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.04.028.
- Blaine S.K., Sinha R. Alcohol, stress, and glucocorticoids: From risk to dependence and relapse in alcohol use disorders. *Neuropharmacology*. 2017; 122: 136—147. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.01.037.
- Ceylan-Isik A.F., McBride S.M., Ren J. Sex difference in alcoholism: who is at a greater risk for development of alcoholic complication? *Life Sci*. 2010; 87 (5-6): 133—138. doi: 10.1016/j.lfs.2010.06.002.
- Gray M., Bingham B., Viau V. A comparison of two repeated restraint stress paradigms on hypothalamic-pituitary-adrenal axis habituation, gonadal status and central neuropeptide expression in adult male rats. *J Neuroendocrinol*. 2010; 22(2): 92—101. doi: 10.1111/j.1365-2826.2009.01941.x.
- Heberlein A., Lenz B., Opfermann B. [et al] Association of testosterone and BDNF serum levels with craving during alcohol withdrawal. *Alcohol*. 2016; 54: 67—72. doi: 10.1016/j.alcohol.2016.06.004.
- Houshyar H.B. Differential responsiveness of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis to glucocorticoid negative-feedback and corticotropin releasing hormone in rats undergoing morphine withdrawal: possible mechanisms involved in facilitated and attenuated stress responses. *J. Neuroendocrinol*. 2001; 13: 875—886.

16. Jung M.E. Alcohol Withdrawal and Cerebellar Mitochondria. *Cerebellum*. 2015; 14 (4): 421—437. doi: 10.1007/s12311-014-0598-8.
17. King A.C., Errico A.L., Parsons O.A. Eysenck's personality dimensions and sex steroids in male abstinent alcoholics and nonalcoholics: an exploratory study. *Biol. Psychol.* 1995; 39 (2-3): 103—113. doi: 10.1016/0301-0511(94)00966-2.
18. Knapp D.J., Harper K.M., Whitman B.A. [et al] Stress and Withdrawal from Chronic Ethanol Induce Selective Changes in Neuroimmune mRNAs in Differing Brain Sites. *Brain Sci.* 2016; 6 (3): E25. doi: 10.3390/brainsci6030025.
19. Lee J.M., Colangelo L.A., Schwartz J.E. [et al] Associations of cortisol/testosterone and cortisol/sex hormone-binding globulin ratios with atherosclerosis in middle-age women. *Atherosclerosis*. 2016; 248: 203—209. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.03.028.
20. Lenz B., Müller C.P., Stoessel C. [et al] Sex hormone activity in alcohol addiction: integrating organizational and activational effects. *Prog Neurobiol.* 2012; 96 (1): 136—163. doi: 10.1016/j.pneurobio.2011.11.001.
21. Lu Y.L., Richardson H.N. Alcohol, stress hormones, and the prefrontal cortex: a proposed pathway to the dark side of addiction. *Neuroscience*. 2014; 277: 139—151. doi: 10.1016/j.neuroscience.2014.06.053.
22. Mayfield J., Ferguson L., Harris R.A. Neuroimmune signaling: a key component of alcohol abuse. *Curr. Opin. Neurobiol.* 2013; 4: 513—520.
23. Mons N., Beracochea D. Behavioral Neuroadaptation to Alcohol: From Glucocorticoids to Histone Acetylation. *Front Psychiatry*. 2016; 7: 165. doi: 10.3389/fpsy.2016.00165
24. Shushpanova T.V., Bokhan N.A., Lebedeva V.F. [et al] Treatment of alcoholic patients using anticonvulsant urea derivative influences the metabolism of neuro-active steroid hormones - the system of stress markers. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2016; 7 (2): 1—6.
25. Smith G.D., Ben-Shlomo Y., Beswick A. [et al] Cortisol, testosterone, and coronary heart disease: prospective evidence from the Caerphilly study. *Circulation*. 2005; 112: 332—340.
26. Sperling W., Biermann T., Bleich S. [et al] Non-right-handedness and free serum testosterone levels in detoxified patients with alcohol dependence. *Alcohol*. 2010; 45 (3): 237—240. doi: 10.1093/alcalc/agq014.

Received April 20.2017

Accepted June 26.2017

Vetlugina Tamara P., ScD, Prof., leading researcher of the Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology.
 Nikitina Valentina B., MD, Head of the Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology.
 Lobacheva Olga A., MD, leading researcher of the Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology.
 Mandel Anna I., MD, Prof., leading researcher of Addictive States Department.
 Lyashenko Galina P., PhD, Head of the 4th Clinical Narcological Department.
 Roshchina Olga V., junior researcher of Affective States Department.



Vetlugina Tamara P., vetlug@mail.tomsknet.ru

УДК 616.89-008.441.13-055.1:616-092.6

Для цитирования: Прокопьева В.Д., Ярыгина Е.Г., Мандель А.И. Динамика окислительной модификации белков и липидов плазмы крови у больных алкоголизмом в процессе терапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 11—15. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-11-15

Динамика окислительной модификации белков и липидов плазмы крови у больных алкоголизмом в процессе терапии

Прокопьева В.Д., Ярыгина Е.Г., Мандель А.И.

Научно-исследовательский институт психического здоровья

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук

Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Цель. Оценка динамики оксидативного статуса у больных в процессе антиалкогольной терапии для развития представлений об окислительном стрессе в клинике алкоголизма. **Материалы и методы.** В исследовании участвовало 46 больных алкоголизмом мужчин (F10.302) и 34 здоровых мужчин, составивших группу контроля. Для оценки оксидативного статуса пациентов до и после терапии в плазме крови определяли содержание продуктов окислительной модификации белков (ОМБ), измеряя карбонилированные белки, и продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) с использованием тиобарбитуровой кислоты. **Результаты.** У пациентов с выраженным окислительным стрессом при поступлении на лечение терапия способствует его снижению. У пациентов без признаков окислительного стресса при поступлении после антиалкогольной терапии возможна индукция окислительной модификации белков и липидов в плазме крови. **Заключение.** В процессе антиалкогольной терапии в разных группах пациентов, отличающихся исходным оксидативным статусом, изменение маркеров окислительного стресса происходит разнонаправлено: при отсутствии у больного состояния окислительного стресса за время лечения может произойти его индукция, в то время как при выраженном окислительном стрессе в процессе персонализированной антиоксидантной терапии происходит его купирование.

Ключевые слова: окислительная модификация белков, перекисное окисление липидов, плазма крови, антиалкогольная терапия, алкоголизм.

Статья подготовлена в рамках выполнения медицинской технологии «Технология персонализированной антиоксидантной терапии больных алкоголизмом на основе оценки окислительного стресса».

ВВЕДЕНИЕ

При алкоголизме часто формируется окислительный стресс (ОС), в условиях которого белки, липиды, углеводы, нуклеиновые кислоты подвергаются окислительной модификации, теряя способность нормально функционировать [1, 2, 3, 4]. Продукты такой модификации – карбонилированные, нитрозилированные и гликированные белки; агрегаты, полученные в результате кросс-линкинга белковых молекул; продукты перекисного окисления липидов; разные гибридные аддукты, дигидрогуанозин, гомоцистеин и др. служат маркерами окислительного стресса [5, 6]. Согласно данным литературы, состояние ОС формируется при разных патологиях, и зачастую терапевтические стратегии предполагают подавление ОС [7]. Так, например, хорошо известно о применении антиоксидантов в медицинской практике. Рядом авторов, в частности, показано, что применение антиоксидантов в комплексном антиалкогольном лечении больных алкогольной зависимостью приводит к снижению выраженности ОС у пациентов [8, 9, 10].

С другой стороны, установлено, что ОС для организма необходим, так как он играет существенную роль в иммунном ответе [11]. Высказывается также мнение, что в незначительных дозах окислительный стресс является полезным, так как проводит своеобразную

тренировку организма и готовит его к встрече с более интенсивными стрессовыми условиями [12]. В ряде работ приводятся сведения о том, что не все окислительные модификации биомолекул вредны для организма, что карбонилирование, S-нитрозилирование и нитрование белков могут играть важную роль в процессе деградации поврежденных белков, что необходимо для нормального функционирования здоровых клеток [13, 14, 15]. Таким образом, купирование ОС не всегда может быть полезно для организма.

Ранее нами было отмечено, что использование антиоксидантной терапии при лечении больных алкогольной зависимостью может приводить к индукции ОС [16, 17].

С целью развития представлений об окислительном стрессе в клинике алкоголизма и повышения эффективности противоалкогольного лечения проведено расширенное исследование динамики маркеров окислительного стресса – карбониллов белков и продуктов ПОЛ – в плазме крови больных алкоголизмом до и после антиалкогольной терапии в зависимости от исходного оксидативного статуса пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 46 больных алкоголизмом мужчин, поступивших в отделение аддиктивных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя; абстинентное состояние (F10.302). Средний возраст пациентов составил $46,3 \pm 1,4$ года.

Забор крови осуществляли дважды: первый раз – при поступлении больного в состоянии абстиненции до лечения, второй раз – через 2 недели, в течение которых проводили дезинтоксикацию. Медикаментозная терапия на этом этапе представлена церебро-, ангио- и гепатопротекторными средствами, антиоксидантами, тимолептическими препаратами – серотонинергическими антидепрессантами и антиконвульсантами для снижения патологического влечения к психоактивному веществу.

Для оценки оксидативного статуса пациентов до и после терапии в плазме крови определяли содержание продуктов окислительной модификации белков (ОМБ), измеряя карбонилированные белки по реакции с 2,4-динитрофенилгидразином [18], и продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) с использованием тиобарбитуровой кислоты [19]. Измерение оптической плотности проб проводили на приборе Epoch (BioTek, США). За 100% принимали средние показатели продуктов ОМБ и ПОЛ плазмы крови, полученной от 34 мужчин, составивших группу контроля. В эту группу включали здоровых мужчин, которые не состояли на учете у психиатра или нарколога, не имели хронических соматических заболеваний в стадии обострения и не употребляли алкоголь, по крайней мере последние 10 суток перед исследованием. Средний возраст в группе контроля составил $42,8 \pm 1,8$ года (разница со средним возрастом пациентов не достоверна, $p=0,187$). Контрольное значение для продуктов ОМБ составило $0,37 \pm 0,01$ нмоль/мг, для продуктов ПОЛ – $2,56 \pm 0,10$ нмоль/мл. Если у пациента уровень продуктов ПОЛ и/или ОМБ превышал средние контрольные значения более чем на 20%, мы полагали наличие у больного состояния окислительного стресса. О купировании/активации ОС после проведенной терапии судили по снижению/повышению продуктов ОМБ и ПОЛ в плазме крови.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета компьютерных программ «Statistica», версия 10 для Windows. Для проверки согласия с нормальным законом распределения количественных показателей использовали критерий Шапиро-Уилка. Данные рассчитывали по медиане (Me) и межквартильному интервалу (Q_L–Q_U). Для оценки достоверности межгрупповых различий использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney, U test), для зависимой выборки – тест Вилкоксона (Wilcoxon). Статистически значимыми различия считали при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При оценке оксидативного статуса больных алкогольной зависимостью, поступивших на лечение в состоянии абстиненции, было обнаружено, что из 46 пациентов, принимавших участие в исследовании, у 14 человек оба показателя, характеризующих окислительную модификацию биомолекул (и продукты ОМБ, и продукты ПОЛ), не превышали средние контрольные значения более чем на 20%, то есть у этих больных окислительный стресс не был

выявлен (группа «Без ОС»). У других 32 пациентов было констатировано наличие окислительного стресса, причем у 14 из них оба измеряемые показателя (как ОМБ, так и ПОЛ) превышали средние контрольные значения более чем на 20% (группа «ОС по ОМБ и ПОЛ»). У 12 человек только показатель ПОЛ был выше контрольного уровня более чем на 20%. При этом по ОМБ такого превышения не выявлено (группа «ОС по ПОЛ»). У 6 пациентов, напротив, такое превышение зафиксировано только по показателю ОМБ, но не по ПОЛ (группа «ОС по ОМБ»). После проведения антиалкогольного лечения у всех пациентов вновь измерили маркеры ОС в плазме крови, а затем в каждой группе пациентов провели статистическую оценку их динамики за время лечения. Результаты исследования представлены в таблице.

Т а б л и ц а

Динамика показателей ОМБ и ПОЛ плазмы крови пациентов алкогольной зависимостью в процессе лечения (1-я точка – до лечения, 2-я точка – после лечения, n – количество человек в группе)

Группа доноров	ПОЛ, нмоль/мл		ОМБ, нмоль/мг	
	1-я точка	2-я точка	1-я точка	2-я точка
Здоровые (контроль) (n=34)	2,50 (2,10-2,90)	-	0,37 (0,29-0,44)	-
Общая (n=46) p	3,95 (3,10-5,10) #0,000	2,82 (2,40-3,50) #0,013 *0,000	0,47 (0,38-0,53) #0,001	0,44 (0,32-0,48) #0,072 *0,001
ОС (ПОЛ и ОМБ) (n=14) p	5,10 (4,37-5,30) #0,000	3,50 (2,90-3,90) #0,001 *0,001	0,51 (0,49-0,54) #0,000	0,48 (0,47-0,50) #0,001 *0,013
ОС (ПОЛ) (n=12) p	4,28 (4,10-5,26) #0,000	2,87 (2,45-3,57) #0,041 *0,002	0,36 (0,32-0,38) #0,555	0,31 (0,28-0,37) #0,165 *0,213
ОС (ОМБ) (n=6) p	2,89 (2,50-4,17) #0,060	3,07 (2,80-3,50) #0,091 *0,893	0,47 (0,45-0,49) #0,013	0,34 (0,27-0,38) #0,508 *0,043
Без ОС (n=14) p	3,10 (2,50-3,34) #0,057	3,15 (2,40-4,63) #0,031 *0,382	0,31 (0,28-0,38) #0,085	0,35 (0,33-0,43) #0,907 *0,030

Примечание. # – Сравнение контроля и соответствующей точки; * – сравнение значений 1-й и 2-й точек.

Согласно полученным результатам, в общей группе больных при поступлении (1-я точка) измеряемые показатели статистически значимо превышают соответствующие показатели в группе контроля (повышение статистически значимо как для ОМБ, так и для ПОЛ, в обоих случаях $p < 0,001$). После лечения (2-я точка) в общей группе пациентов наблюдается снижение как ОМБ, так и ПОЛ (для обоих параметров различия между 1-й и 2-й точками статистически значимы, $p < 0,001$). При этом значение ПОЛ остается достоверно выше контроля ($p=0,013$), в то время как для ОМБ различия с контрольными значениями становятся статистически не значимыми ($p=0,072$). Эти результаты хорошо согласуются с данными литературы.

В частности в ранее опубликованных работах нами было показано, что антиалкогольное лечение больных алкоголизмом с включением антиоксиданта карнозина купирует окислительный стресс [7, 8]. О снижении выраженности ОС в процессе терапии сообщается также и в других работах [4, 9, 20].

В группах пациентов, которые поступили в отделение с окислительным стрессом, в процессе терапии произошли следующие изменения измеряемых показателей (см. таблицу). В группе с ОС по обоим показателям (ПОЛ и ОМБ) произошло снижение как значений ОМБ, так и ПОЛ, однако они и после терапии оставались достоверно выше контроля ($p < 0,001$). В группе с ОС по показателю ПОЛ произошло снижение ПОЛ, при этом и после лечения этот показатель превышал контрольное значение ($p = 0,041$). Показатель ОМБ в этой группе изменился статистически незначимо за время лечения, обнаружив лишь тенденцию к снижению. В группе больных с ОС по ОМБ произошло статистически значимое снижение ОМБ ($p = 0,043$). При этом после лечения этот показатель достоверно не отличался от такового в группе контроля ($p = 0,508$). Показатель ПОЛ в этой группе в 1-й точке статистически значимо не отличался от контроля. За время лечения он практически не изменился.

В группе без ОС измеряемые показатели изменялись в процессе терапии по-иному. Так, до лечения (в 1-й точке) в этой группе как показатель ПОЛ, так и показатель ОМБ достоверно не отличались от такового в группе контроля. За время лечения оба показателя несколько увеличились. При этом показатель ОМБ во 2-й точке достоверно вырос относительно 1-й точки ($p = 0,03$), а увеличение ПОЛ было недостоверным, однако во 2-й точке этот показатель стал достоверно превышать таковой в группе контроля ($p = 0,031$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в процессе антиалкогольной терапии в различных группах пациентов, отличающихся исходным оксидативным статусом, изменение маркеров окислительного стресса происходит разнонаправлено: при отсутствии у больного состояния окислительного стресса за время лечения может произойти его индукция, в то время как при выраженном окислительном стрессе в процессе персонализированной антиоксидантной терапии происходит его купирование.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено по теме, выполняемой в рамках поисковых научных исследований НИИ психического здоровья «Разработка методов персонализированной терапии у больных аддиктивными расстройствами». Шифр темы 0550-2016-0401. Номер госрегистрации АААА-А16-116042610053-7.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование проведено с соблюдением норм современной биомедицинской этики, включая получение от обследуемых информированного согласия на участие в исследовании и разрешения на использование их биопроб. Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинкской декларацией ВМА (протокол заседания Локального этического комитета при НИИ психического здоровья № 90 от 23 мая 2016 года, дело № 90/14.2016).

ЛИТЕРАТУРА

1. Прокопьева В.Д., Тюлина О.В. Окислительный стресс при алкоголизме. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2004; 2: 61–66.
2. Das S.K., Vasudevan D.M. Alcohol-induced oxidative stress. *Life Sci*. 2007. 27; 81 (3): 177–187.
3. Parthasarathy R., Kattimani S., Sridhar M.G. Oxidative stress during alcohol withdrawal and its relationship with withdrawal severity. *Indian J. Psychol. Med.* 2015; 37 (2): 175–80.
4. Бохан Н.А., Иванова С.А. Окислительный стресс при алкоголизме: возможности метаболической коррекции на этапе формирования ремиссии. *Наркология*. 2010; 9 (10): 45–49.
5. Halliwell B., Gutteridge J.M.C. Free Radicals in Biology and Medicine 4 ed. Oxford: Clarendon Press; 2007: 851.
6. Меньшикова Е.Б., Ланкин В.З., Зенков Н.К. Окислительный стресс. Проксиданты и антиоксиданты. М.: Слово, 2006: 556.
7. Prokopieva V.D., Yarygina E.G., Bokhan N. A., Ivanova S.A. Use of Carnosine for Oxidative Stress Reduction in Different Pathologies. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. 2016; Article ID 2939087: 8.
8. Прокопьева В.Д., Бохан Н.А., Патышева Е.В., Ярыгина Е.Г., Сафиуллина В.В., Молькина Л.Г., Ляшенко Г.П. Оценка выраженности окислительного стресса у больных алкоголизмом и его коррекция с помощью Севитина. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2007; 2 (45): 37–40.
9. Бохан Н.А., Мандель А.И., Аболонин А.Ф., Ляшенко Г.П., Кисель Н.И., Молькина Л.Г., Бойко А.С., Иванова С.А. Реамберин в комплексной терапии абстинентного синдрома у больных алкоголизмом. *Клиническая медицина*. 2012; 11: 57–62.
10. Жернова Е.В., Вялова Н.М., Иванова С.А., Бохан Н.А. Показатели запрограммированной гибели лимфоцитов и нейтрофилов у лиц с алкогольной интоксикацией в динамике терапии препаратом с антиоксидантными свойствами. *Вестник Томского государственного педагогического университета*. 2009; 3: 59–62.
11. Хаитов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. Норма и патология. М.: Медицина, 2010: 752.
12. <http://immunar.ru/med-novosti/polza-okislitel'nogo-stressa/>
13. Valko M., Leibfritz D., Moncol J., Cronin M.T., Mazur M., Telser J. Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. *Int. J. Biochem. Cell. Biol.* 2007. 39 (1): 44–84.
14. Wong C.M., Marcocci L., Liu L., Suzuki Y.J. Cell Signaling by Protein Carbonylation and Decarboxylation. *Antioxidants & Redox Signaling*. 2010; 12 (3): 393–404.
15. Janssen-Heininger Y.M., Mossman B.T., Heintz N.H., Forman H.J., Kalyanaraman B., Finkel T., Stamler J.S., Rhee S.G., van der Vliet A. Redox-based regulation of signal transduction: principles, pitfalls, and promises. *Free Radic. Biol. Med.* 2008. 45 (1): 1–17.
16. Прокопьева В.Д., Мандель А.И., Ярыгина Е.Г. Технология персонализированной антиоксидантной терапии больных алкоголизмом на основе оценки окислительного стресса: Медицинская технология. Томск: «Иван Федоров», 2016: 22.
17. Прокопьева В.Д., Мандель А.И., Ярыгина Е.Г. Персонализированная антиоксидантная терапия при алкогольной зависимости. *Наркология*. 2017; 16 (6): 31–35.
18. Levine R.L. Carbonyl modified proteins in cellular regulation, aging and disease. *Free Radic. Biol. Med.* 2002; 32: 790–796.

19. Коробейникова Э.Н. Модификация определения продуктов перекисного окисления липидов в реакции с тиобарбитуровой кислотой. *Клиническая лабораторная диагностика*. 1989; 7: 8–9.
20. Мингазов А.Х., Бохан Н.А., Кривулин Е.Н., Бабин К.А., Шатрова Ю.М., Виноградов Д.Б. Гендерные особенности окислительной модификации белков плазмы крови больных

алкоголизмом позднего возраста. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 3 (78): 9–13.

Поступила в редакцию 11.05.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Прокопьева Валентина Даниловна, д-р биол. наук, в.н.с. лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии.

Ярыгина Екатерина Григорьевна, к.б.н., н.с. лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии.

Мандель Анна Исаевна, д.м.н., проф., в.н.с. отделения аддиктивных состояний.

✉ Прокопьева Валентина Даниловна, valyaprok@mail.ru

УДК 616.89-008.441.13-055.1:616-092.6

For citation: Prokopieva V.D., Yarygina E.G., Mandel A.I. Dynamics of oxidative modification of proteins and lipids of blood plasma in alcoholic patients in the process of the therapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 11–15. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-11-15

Dynamics of oxidative modification of proteins and lipids of blood plasma in alcoholic patients in the process of the therapy

Prokopieva V.D., Yarygina E.G., Mandel A.I.

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

ABSTRACT

Objective: to evaluate dynamics of oxidative status in patients in the process of antialcohol therapy for development of ideas about oxidative stress in the clinical picture of alcoholism. **Materials and Methods:** The study enrolled 46 male alcoholic patients (F10.302) and 34 healthy men (control group). For evaluation of oxidative status of patients at baseline and after therapy blood plasma was used for determining the content of products of the protein oxidative modification (POM), measuring carbonylated proteins, and products of lipid peroxidation (LP), using thiobarbituric acid. **Results:** In patients with severe oxidative stress at baseline the therapy contributed to its reduction. In patients without signs of oxidative stress at baseline after antialcohol therapy the induction of oxidative modification of proteins and lipids in blood plasma was possible. **Conclusion:** In the process of antialcohol therapy in different groups of patients with different initial oxidative status, change of markers of oxidative stress occurred differently directed: in patient without state of oxidative stress during therapy its induction could occur while in case of severe oxidative stress its reduction occurred in the process of personalized antioxidant therapy.

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

REFERENCES

1. Prokopieva V.D., Tyulina O.V. Okislitel'nyy stress pri alkogolizme [Oxidative stress in alcoholism]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2004; 2: 61–66 (in Russian).
2. Das S.K., Vasudevan D.M. Alcohol-induced oxidative stress. *Life Sci*. 2007; 27; 81 (3): 177–187.
3. Parthasarathy R., Kattimani S., Sridhar M.G. Oxidative stress during alcohol withdrawal and its relationship with withdrawal severity. *Indian J. Psychol. Med.* 2015; 37 (2): 175–80.
4. Bokhan N.A., Ivanova S.A. Okislitel'nyy stress pri alkogolizme: vozmozhnosti metabolicheskoy korektsii na etape formirovaniya remissii [Oxidative stress in alcoholism: possibilities of metabolic correction at the stage of remission formation]. *Narkologiya – Narcology*. 2010; 9 (10): 45–49 (in Russian).
5. Halliwell B., Gutteridge J.M.C. *Free Radicals in Biology and Medicine* 4 ed. Oxford: Clarendon Press; 2007: 851.
6. Menshchikova E.B., Lankin V.Z., Zenkov N.K. Okislitel'nyy stress. Prooksidanty i antioksidanty [Oxidative stress. Prooxidants and antioxidants]. M.: Slovo, 2006: 556 (in Russian).
7. Prokopieva V.D., Yarygina E.G., Bokhan N. A., Ivanova S.A. Use of Carnosine for Oxidative Stress Reduction in Different Pathologies. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. 2016; Article ID 2939087: 8.
8. Prokopieva V.D., Bokhan N.A., Patysheva E.V., Yarygina E.G., Safiullina V.V., Mol'kina L.G., Lyashenko G.P. Otsenka vyrazhennosti okislitel'nogo stressa u bol'nykh alkogolizmom i ego korektsiya s pomoshch'yu Sevintina [Evaluation of severity of oxidative stress in alcoholic patients and its correction with Sevintin]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry* 2007; 2 (45): 37–40 (in Russian).
9. Bokhan N.A., Mandel A.I., Abolonin A.F., Lyashenko G.P., Kisel' N.I., Mol'kina L.G., Boiko A.S., Ivanova S.A. Reamberin v kompleksnoy terapii abstinentsnogo sindroma u bol'nykh alkogolizmom [Reamberin in complex therapy of withdrawal syndrome in alcoholic patients]. *Klinicheskaya meditsina – Clinical Medicine*. 2012; 11: 57–62 (in Russian).
10. Zhernova E.V., Vyalova N.M., Ivanova S.A., Bokhan N.A. Pokazateli zaprogrammirovannoy gibeli limfotsitov i neytrofilov u lits s alkogol'noy intoksikatsiey v dinamike terapii preparatom s antioksidantnymi svoystvami [Parameters of programmed death of lymphocytes and neutrophils in persons with alcohol intoxication in dynamic of therapy preparation with antioxidant properties]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – Tomsk State Pedagogical University Bulletin*. 2009; 3: 59–62 (in Russian).
11. Khantov R.M., Ignatieva G.A., Sidorovich I.G. *Immunologiya. Norma i patologiya [Immunology. Norm and Pathology]*. M.: Meditsina, 2010: 752 (in Russian).
12. <http://immunar.ru/med-novosti/polza-okislitel'nogo-stressa/> (in Russian).
13. Valko M., Leibfritz D., Moncol J., Cronin M.T., Mazur M., Telser J. Free radicals and antioxidants in normal physiological functions and human disease. *Int. J. Biochem. Cell. Biol.* 2007. 39 (1): 44–84.

14. Wong C.M., Marcocci L., Liu L., Suzuki Y.J. Cell Signaling by Protein Carbonylation and Decarbonylation. *Antioxidants & Redox Signaling*. 2010; 12 (3): 393–404.
15. Janssen-Heininger Y.M., Mossman B.T., Heintz N.H., Forman H.J., Kalyanaraman B., Finkel T., Stamler J.S., Rhee S.G., van der Vliet A. Redox-based regulation of signal transduction: principles, pitfalls, and promises. *Free Radic. Biol. Med.* 2008. 45 (1): 1–17.
16. Prokopieva V.D., Mandel A.I., Yarygina E.G. Tekhnologiya personalizirovannoy antioksidantnoy terapii bol'nykh alkogolizmom na osnove otsenki oksiditel'nogo stressa: Meditsinskaya tekhnologiya [Technology of personalized antioxidant therapy of alcoholic patients based on evaluation of oxidative stress. Medical technology]. Tomsk: Ivan Fedorov, 2016: 22 (in Russian).
17. Prokopieva V.D., Mandel A.I., Yarygina E.G. Personalizirovannaya antioksidantnaya terapiya pri alkogol'noy zavisimosti [Personalized antioxidant therapy in alcohol dependence]. *Narkologiya – Narcology*. 2017; 16 (6): 31–35 (in Russian).
18. Levine R.L. Carbonyl modified proteins in cellular regulation, aging and disease. *Free Radic. Biol. Med.* 2002; 32: 790–796.
19. Korobeinikova E.N. Modifikatsiya opredeleniya produktov perekisnogo okisleniya lipidov v reaktsii s tiobarbiturovoy kislotoy [Modification of determining the products of lipid peroxidation in reaction with thiobarbituric acid]. *Klinicheskaya laboratornaya diagnostika – Clinical Laboratory Diagnostics*. 1989; 7: 8–9 (in Russian).
20. Mingazov A.Kh., Bokhan N.A., Krivulin E.N., Babin K.A., Shatrova Yu.M., Vinogradov D.B. Gendernye osobennosti oksiditel'noy modifikatsii belkov plazmy krovi bol'nykh alkogolizmom pozdnego vozrasta [Gender characteristics of blood plasma oxidative protein modification among older drinkers]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 3 (78): 9–13 (in Russian).

Received May 11.2017

Accepted June 26.2017

Prokopieva Valentina D., ScD, leading researcher of the Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Yarygina Ekaterina G., Candidate of Biological Sciences, researcher of the Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Mandel Anna I., MD, Prof., leading researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.



Prokopieva Valentina D., valyaprok@mail.ru

КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-02:615:616.89-008.441.33

Для цитирования: Кекелидзе З.И., Клименко Т.В., Козлов А.А., Шахова С.М. Лечение острого психоза вследствие употребления синтетических каннабиноидов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 16—20. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-16-20

Лечение острого психоза вследствие употребления синтетических каннабиноидов

Кекелидзе З.И.¹, Клименко Т.В.^{2,3}, Козлов А.А.¹, Шахова С.М.^{2,4}

¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Россия, 119991, ГСП-2, Москва, Кропоткинский пер., д. 23

² Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Россия, 119991, ГСП-2, Москва, Кропоткинский пер., д. 23

³ Всероссийский государственный университет юстиции

Россия, 117638, Москва, ул. Азовская, д. 2, корп. 1

⁴ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

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

РЕЗЮМЕ

Цель: разработка эффективной стратегии терапии больных психотическими расстройствами вследствие употребления синтетических каннабиноидов. **Материал:** 43 больных от 18 до 45 лет в связи с употреблением СК и развитием психотического состояния в 2014–2016 г. проходили стационарное лечение. **Методы:** клинико-anamnestический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, лабораторно-инструментальный, статистический. Всем проведено химико-токсикологическое исследование проб мочи. **Результаты:** сравнительное изучение терапевтической эффективности различных методов лечения психозов вследствие употребления синтетических каннабиноидов показало, что включение в комплексную терапию психозов нейролептических средств повышает эффективность терапии, улучшает приверженность больных к лечению и увеличивает вероятность отказа больных от возобновления приема синтетических каннабиноидов.

Ключевые слова: новые психоактивные вещества, синтетические каннабиноиды, спайсы, психозы.

ВВЕДЕНИЕ

Со второй половины сентября 2014 г. на территории Российской Федерации (далее – РФ) стали регистрироваться случаи массовых отравлений вследствие употребления так называемых курительных смесей. В Кировской области, Сургуте и Ханты-Мансийском автономном округе более 2 тысяч человек было госпитализировано по экстренным показаниям с диагнозом «Отравление веществом неизвестного происхождения». Число летальных исходов на территории РФ только за 2014 г. превысило 900. В анализах мочи пациентов было выявлено вещество MDMB (N)-Bz-F-тридиметилбутановая кислота каннабиноидной синтетической группы JWH [1, 2].

Первой на рынке появилась курительная смесь Spice (спайс), которая до сих пор остается самой известной. Несмотря на большое количество конкурирующих продуктов (Spice Gold, Spice Diamond, Arctic Spice, Silver, Aroma, K2, Genie, Scene, Dream), понятие спайс стало использоваться как имя нарицательное, под которым подразумеваются любые курительные смеси, используемые с целью одурманивания [3, 4].

Помимо сухого растительного материала, например, высушенные листья или смолы, в состав курительных смесей распылялись экстракты разнообразных растений (шалфей предсказателей *Salvia divinorum*, гавайская роза *Argyrea nervosa*, голубой лотос *Nymphaea caerulea* и другие), содержащие в своем составе биологически активные вещества, обладающие психоактивными эффектами [5, 6, 7]. Но в последующем в состав курительных смесей стали вводить синтезируемые в подпольных лабораториях синтетические каннабиноиды (далее – СК) [6], которые в последние годы являются основным психоактивным веществом (далее – ПАВ) в составе курительных смесей.

СК представляют собой большую группу разных химических соединений, не связанных между собой, которые первоначально были синтезированы для изучения эндоканнабиноидов (эндогенные нейромедиаторы, связывающиеся с каннабиноидными рецепторами) и потенциально возможного их применения в терапевтических целях [78]. СК взаимодействуют с CB1 и CB2 каннабиноидными рецепторами, вызывая психотропные эффекты, сходные с дей-

ствием дельта-9-тетрагидроканнабинола, первичной психоактивной составляющей каннабиноидов, являющегося алкалоидом каннабиса и агонистом каннабиноидного рецептора. В отличие от тетрагидроканнабиноидов, оказывающих лишь частичное воздействие на СВ₁-рецепторы, СК являются полными агонистами СВ₁-рецепторов, что обуславливает большую силу их эффекта, приводит к росту продолжительности их действия и повышению количества побочных явлений, в том числе вероятности развития психозов вследствие их употребления.

Несмотря на достаточно длительную историю описания психозов, ассоциированных с потреблением СК, данный вопрос по-прежнему остается малоизученным. Клинические контролируемые исследования, характеризующие психотический потенциал СК, а также исследования, посвященные разработке эффективной терапевтической тактики в отношении данных пациентов, отсутствуют. В литературе встречаются лишь ограниченные клинические данные, основанные на отчетах токсикологических центров [9, 10].

Цель исследования. Разработка эффективной стратегии терапии больных с психотическими расстройствами вследствие употребления синтетических каннабиноидов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 43 больных, у которых на различных этапах употребления СК и формирования зависимости к ним развилось психотическое состояние, по поводу которого они в период с 2014 по 2016 г. находились на стационарном лечении в клинике Национального научного центра наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (далее – ННЦ наркологии). В обследуемой клинической выборке у 15 (35,3%) больных диагностировано пагубное употребление СК, у 28 больных (64,7%) – синдром зависимости от СК. Диагностика пагубного употребления СК и синдрома зависимости от СК осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10.

В исследовании в качестве основных методов использовались клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, лабораторно-инструментальный и статистический. Для квантификации состояния пациентов прилагались психометрические шкалы.

Всем пациентам в лаборатории аналитической токсикологии ННЦ наркологии было проведено химико-токсикологическое исследование проб мочи. Во всех исследованных образцах выявлены СК, наиболее часто среди обнаруженных СК детектированы JWH, AV-PINACA и TMCP [11].

Среди обследованных больных большинство были лицами мужского пола (38; 89,0%). Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 45 лет, средний возраст составил 25±0,1 года.

Психотические состояния развивались либо в состоянии интоксикации СК (28 чел.; 65,1%),

либо на фоне абстинентных расстройств (12 чел.; 27,9%). В отдельных случаях (3 чел.; 7,0%) возникновение психотического состояния имело отсроченный дебют вплоть до 20 дней после последнего употребления СК. Независимо от этапа употребления СК и формирования зависимости к ним (этап пагубного употребления или синдром зависимости от СК) выявлено, что достоверно чаще психоз развивался в состоянии интоксикации СК (65,1%) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Частота психоза в зависимости от фазного состояния		
Фазное состояние	Пагубное употребление СК	Синдром зависимости от СК
Интоксикация	34,9% (15 чел.)	30,2% (13 чел.)
Абстинентный синдром	16,3% (7 чел.)	11,6% (5 чел.)
С отдаленным дебютом	4,7% (2 чел.)	2,3% (1 чел.)
Всего	55,8% (24 чел.)	44,2% (19 чел.)

По психопатологической структуре с учетом клиничко-динамического течения и глубины помрачения сознания было выделено 3 клинических варианта психоза: делириозный (18; 41,9%), делириозно-онейроидный (19; 44,2%), аментивноподобный (6; 13,9%) [12].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основной задачей терапии больного с интоксикационным психозом является быстрое выведение токсинов из организма, купирование имеющейся психотической симптоматики и психомоторного возбуждения, предупреждение развития тяжелых соматоневрологических последствий, поддержание жизненно важных функций (дыхания, кровообращения, диуреза).

По получаемому лечению все больные были разделены на две группы.

1-я группа включала 16 больных, которые получали базовую терапию по традиционным терапевтическим схемам интенсивной терапии пациентов с острым интоксикационным психозом [13]:

- инфузионная терапия (40–50 мл/кг под контролем);
- ноотропы (пирацетам 20% раствор 20 мл в/в с 10 мл 40% раствора глюкозы; пиридитол 0,2–0,8 г/сут, пантогам 1,5–3,0 г/сут, фенибут 0,75–1,0 г/сут);
- витаминотерапия: В₁ и В₆ 2,0 мл 5% раствора (чередовались через день), В₁₂ 400 мкг/сут назначали для стимуляции общего обмена веществ и нормализации работы центральной нервной системы;
- транквилизаторы бензодиазепинового ряда (феназепам до 4–6 мг/сут; диазепам до 80 мг/сут) назначались для купирования психомоторного возбуждения.

Для купирования соматических расстройств проводилась адекватная симптоматическая терапия: но-шпа – с целью понижения тонуса и уменьшения сократительной деятельности гладких мышц, оказы-

вала сосудорасширяющее и спазмолитическое действие, по 2–4 мл 2% раствора внутримышечно; церукал как специфический блокатор дофаминовых и серотониновых рецепторов оказывал противорвотное действие, усиливал тонус и двигательную активность органов пищеварения, не меняя секрецию желудка, назначался по 2 мл (или 10 мг) внутримышечно; гастрал с его антацидным, адсорбирующим и обволакивающим свойствами уменьшал возможность запора, назначался по 1–2 таблетки.

Во 2-ю группу вошло 27 больных, которым наряду с базовой дезинтоксикационной терапией назначались нейролептики: бутирофеноны (подгруппа 2А – 13 чел.), обладающие мощным общим инцизивным действием, равномерно редуцирующим различные психотические расстройства (галоперидол 1,5–20 мг/сут) или атипичные антипсихотические средства из группы замещенных бензаминов (тиапридал® 100–800 мг/сут) как обладающие седативным, противосудорожным, антипсихотическим эффектами (подгруппа 2Б – 14 чел.). Применение нейролептиков было обусловлено их влиянием на дофаминергические и адренергические системы [14].

Терапия начиналась с первого дня пребывания больного в стационаре и продолжалась до полного купирования острой психотической симптоматики.

Эффективность лечения острого психотического состояния определялась по нормализации поведения пациента, купированию психомоторного возбуждения и психотической симптоматики, восстановлению критического отношения к перенесенным психопатологическим расстройствам, окружающей обстановке и собственной личности.

При оценке результатов исследования и проведении сравнительного анализа лечения использовались короткая психиатрическая оценочная шкала и шкала общего клинического впечатления [15]. Эффект признавался хорошим при достижении полной редукции психотической симптоматики. Оценка каждого признака осуществлялась по трёхбалльной шкале: 0 – отсутствие симптома, 1 – слабо выраженный, 2 – умеренно выраженный, 3 – сильно выраженный симптом.

На данном этапе исследования сравнительная терапевтическая динамика психоза оценивалась только по показателю использованной терапии (группы 1 и 2 – подгруппы 2А и 2Б) без учета психопатологической структуры психоза и особенностей динамики основного заболевания (пагубное употребление СК и синдром зависимости от СК). При этом допускалось, что эти клинические показатели имеют значение при выборе тактики терапии.

Как видно из рисунка 1, в результате применения использованных схем терапии уже к 3-му дню участия в лечении наблюдался заметный терапевтический эффект по купированию продуктивной симптоматики, аффективных расстройств, дисфории, диссомнических нарушений. К 7-му дню терапии наблюдалась дезактуализация синдрома патологического влечения к СК. Сравнительный анализ те-

рапевтической динамики психических расстройств у больных, получавших разные схемы терапии, показал, что включение в комплексную терапию галоперидола (подгруппы 2, 2А) обеспечивало купирование психических расстройств в более короткие сроки по сравнению с больными из группы 1 и подгруппы 2Б группы 2.

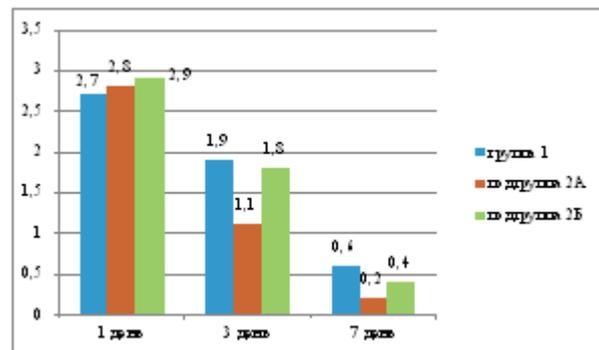


Рисунок 1. Терапевтическая динамика психических расстройств

Соматоневрологическая симптоматика в виде общего гипергидроза, легкого тремора языка и век, выраженной тахикардии, преходящей анизокории, лёгкого менингизма уже с первого дня терапии нивелировалась у больных, получающих в комплексной терапии тиапридал (подгруппа 2Б группы 2), достоверно быстрее по сравнению с больными из группы 1 и подгруппы 2Б группы 2 (рис. 2).

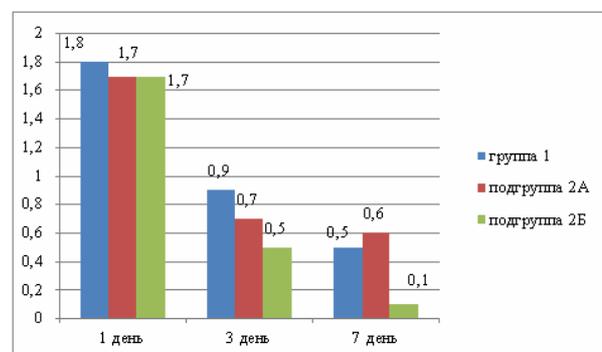


Рисунок 2. Терапевтическая редукция соматоневрологической симптоматики

Уже к 3-му дню терапии выявлено отставание терапевтической динамики соматоневрологических нарушений у больных в подгруппе 2А группы 2 (использование галоперидола) и у больных группы 1, что сохранялось и к 7-му дню терапии. Однако к 10-му дню лечения наблюдалась практически полная редукция соматоневрологических расстройств.

Таким образом, наблюдалось терапевтическое преимущество лечебной программы с использованием галоперидола по купированию психических расстройств и терапевтическое преимущество с присоединением тиапридала по купированию соматоневрологических расстройств у больных с психозом вследствие употребления СК.

После купирования острых психотических и соматоневрологических расстройств больные подгрупп 2А и 2Б группы 2 с целью профилактики рецидивов и обострений основного заболевания переводились на поддерживающую терапию малыми дозами галоперидола и тиапридала. Отдаленное клинико-катамнестическое (спустя 6 месяцев) исследование показало, что среди больных 1-й группы (пролеченных с применением традиционной терапии интоксикационного психоза) 13 (81,3%) прошедших терапевтический курс больных вскоре после выписки из стационара возобновили употребление СК. В то же время большинство пациентов подгруппы 2А группы 2 (10; 76,9%) воздерживались от приема СК. Среди больных подгруппы 2Б группы 2 доля больных, воздержавшихся от приема СК, была достоверно меньше, чем в подгруппе 2А группы 2 ($p \leq 0,001$), но достоверно больше по сравнению с группой 1 ($p \leq 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность применения традиционных терапевтических подходов к терапии психозов, развившихся вследствие употребления СК, может быть значимо повышена за счет включения в схему комплексной терапии нейролептических средств. При этом при выборе тактики лечения необходимо учитывать соотношение в структуре психоза психических и соматоневрологических расстройств, поскольку включение в терапевтическую схему галоперидола достоверно улучшает купирование психических расстройств, а подсоединение тиапридала ускоряет нивелирование соматоневрологической симптоматики. Также использование в комплексной терапии больных с психозом вследствие употребления СК нейролептических средств и их дальнейшее применение в рамках противорецидивной терапии не только улучшает приверженность больных к терапии, но и увеличивает вероятность воздержания больных от употребления СК. При этом противорецидивный потенциал у галоперидола достоверно выше, чем у тиапридала.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета при ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского № 2/6 от 25.02.2015).

ЛИТЕРАТУРА

1. Савчук С.А. Обнаружение синтетических каннабимиметиков, наркотических, психоактивных веществ и их метаболитов в моче, волосах и ногтях методами жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием. Информационное письмо // Наркология. 2014; 8: 42–52.
2. Булыгина И.Е. Клинические проявления интоксикации новым психоактивным веществом MDMA (N)-Bz-F. Совершенствование правовых основ наркологической помощи : Тезисы Всероссийской научно-практической конференции. М., 2014: 45–52.
3. National Advisory Committee on Drugs An Overview of New Psychoactive Substances and the Outlets Supplying Them, 2011. URL: http://www.dit.ie/cser/media/ditcser/documents/Head_Report2011_overview.pdf (дата обращения 12.06.2017)
4. Dillon P., Copeland J. NCPIC Synthetic cannabinoids. *Australian experience*. 2012. Bulletin series 13 march.
5. Schifano F., Orsolini L., Papanti D.G., Corkery J.M. Novel psychoactive substances of interest for psychiatry. *World Psychiatry*. 2015; 14: 15–26.
6. Kikura-Hanajiri R., Uchiyama N., Goda Y. Survey of current trends in the abuse of psychotropic substances and plants in Japan. *Leg. Med. (Tokyo)*. 2011; 13: 109–115.
7. Castaneto M.S., Gorelick D.A., Desrosiers N.A., Hartman R. L., Pirard S., Huestis M.H. Synthetic cannabinoids: Epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014; 144: 12–41.
8. Nacca N., Vatti D., Sullivan R., Sud P., Su M., Marraffa J. The synthetic cannabinoid with drawal syndrome. *J. Addict. Med.* 2013; 7: 296–298.
9. Hu X., Primack B.A., Barnett T.E., Cook R.L. College students and use of K2: an emerging drug of abuse in young persons. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*. 2011; 6: 16–19.
10. Vandrey R., Dunn K.E., Fry J.A., Girling E.R. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids). *Drug and Alcohol Dependence*. 2012; 120: 238–241.
11. Савчук С.А., Григорьев А.М., Катаев С.С., Изотов Б.Н., Гофенберг М.А., Скребкова К.А., Гизетдинова Л.А., Мингазов А.А., Никитина Н.М., Васильев А.Б., Мелентьев А.Б., Лабутин А.В., Печников А.Л., Шитов Л. Н.П., Снятков А.В., Колосова М.В., Самышкина Н.В., Малышкина А.П., Ризванова Л.Н., Подоленко Е.В., Джурко Ю.А. Обнаружение метаболитов синтетических каннабимиметиков в моче, волосах и сыворотке крови методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием. Информационное письмо. *Наркология*. 2014; 1: 96–97.
12. Клименко Т.В., Шахова С.М., Козлов А.А. Психотические расстройства вследствие употребления синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 2 (95): 25–29.
13. Наркология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2008: 720.
14. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. Руководство для врачей. 2-е изд. испр. и доп. М.: Универсум паблишинг, 1997: 531.
15. Bazire S. Risperidon ein schizophrenia. *British Journal Psychiatry*. 1996; Jan; 168 (1): 128. DOI: 10.1192/bjp.168.1.128a

Поступила в редакцию 11.04.2017

Утверждена к печати 26.06.2017

Кекелидзе Зураб Ильич, д.м.н., проф., директор ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный внештатный специалист-психиатр Минздрава России, вице-президент Российского общества психиатров.

Клименко Татьяна Валентиновна, д.м.н., проф., директор ННЦН – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Козлов Александр Александрович, д.м.н., зам. директора по научной работе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный специалист-психиатр Московской области

Шахова Светлана Михайловна, м.н.с. отделения клинической психофармакологии отдела клинической наркологии.

✉ Клименко Татьяна Валентиновна, klimenko17@mail.ru

УДК 616.89-02:615:616.89-008.441.33

For citation: Kekelidze Z.I., Klimenko T.V., Kozlov A.A., Shakhova S.M. Therapy of acute psychosis due to use of synthetic cannabinoids. *Siberian herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 16–20. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-16-20**Therapy of acute psychosis due to use of synthetic cannabinoids****Kekelidze Z.I.¹, Klimenko T.V.^{2,3}, Kozlov A.A.¹, Shakhova S.M.^{2,4},**¹ Branch of V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Kropotkinsky Lane 23, 119991, GSP-2, Moscow, Russian Federation² National Scientific Center of Narcology –Branch of V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Kropotkinsky Lane 23, 119991, GSP-2, Moscow, Russian Federation³ The All-Russian State University of Justice
Azovskaya Street 2, Build. 1, 117638, Moscow, Russian Federation⁴ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Trubetskaya Street, 119991, Moscow, Russian Federation**ABSTRACT**

Objective: to develop efficient strategy of therapy of patients with psychotic disorders due to use of synthetic cannabinoids. **Material:** 43 inpatients from 18 to 45 years were under therapy for use of synthetic cannabinoids (SC) and development of psychotic state between 2014 and 2016. **Methods:** clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, clinical-follow-up, laboratory-instrumental, statistical. All patients underwent chemical-toxicological investigation of urine samples. **Results:** comparative study of therapeutic efficiency of different methods of treatment of psychoses due to use of synthetic cannabinoids showed that inclusion into complex therapy of psychoses of neuroleptic agents heightens efficiency of the therapy, improves adherence of patients to treatment and increases likelihood of withdrawal of patients from renewal of use of synthetic cannabinoids.

Keywords: new psychoactive substances, synthetic cannabinoids (spice), psychosis.**REFERENCES**

- Savchuk S.A. Obnaruzhenie sinteticheskikh kannabimimetikov, narkoticheskikh, psikoaktivnykh veshchestv i ikh metabolitov v moche, volosakh i nogtyakh metodami zhidkostnoy khromatografii s mass-spektrometricheskimi detektirovaniem. Informatsionnoe pis'mo [Detection of synthetic kannabimimetiks, narcotic, psychoactive substances and their metabolites in urine, hair and nails by liquid chromatography with mass spectrometric detection. Circular]. *Narkologiya - Narcology*. 2014; 8: 42–52 (in Russian).
- Bulygina I.E. Klinicheskie proyavleniya intoksikatsii novym psikoaktivnym veshchestvom MDMA (N)-Bz-F. Sovershenstvovanie pravovykh osnov narkologicheskoy pomoshchi : Tezisy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii [Clinical manifestations of intoxication with a new psychoactive substance MDMA (N)-Bz-F. Improvement of legal bases of narcological aid: Abstracts of the Russian scientific-practical conference]. M., 2014: 45–52 (in Russian).
- National Advisory Committee on Drugs An Overview of New Psychoactive Substances and the Outlets Supplying Them, 2011. URL: http://www.dit.ie/cser/media/ditcser/documents/Head_Report2011_overview.pdf (date of address 12.06.2017)
- Dillon P., Copeland J. NCPIC Synthetic cannabinoids. *Australian experience*. 2012. Bulletin series 13 march.
- Schifano F., Orsolini L., Papanti D.G., Corkery J.M. Novel psychoactive substances of interest for psychiatry. *World Psychiatry*. 2015; 14: 15–26.
- Kikura-Hanajiri R., Uchiyama N., Goda Y. Survey of current trends in the abuse of psychotropic substances and plants in Japan. *Leg. Med. (Tokyo)*. 2011; 13: 109–115.
- Castaneto M.S., Gorelick D.A., Desrosiers N.A., Hartman R. L., Pirard S., Huestis M.H. Synthetic cannabinoids: Epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014; 144: 12–41.
- Nacca N., Vatti D., Sullivan R., Sud P., Su M., Marraffa J. The synthetic cannabinoid with drawal syndrome. *J. Addict. Med.* 2013; 7: 296–298.
- Hu X., Primack B.A., Barnett T.E., Cook R.L. College students and use of K2: an emerging drug of abuse in young persons. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*. 2011; 6: 16–19.
- Vandrey R., Dunn K.E., Fry J.A., Girling E.R. A survey study to characterize use of Spice products (synthetic cannabinoids). *Drug and Alcohol Dependence*. 2012; 120: 238–241.
- Savchuk S.A., Grigoriev A.M., Katayev S.S., Izotov B.N., Hofenberg M.A., Skrebkova K.A., Gizetdinova L.A., Mingazov A.A., Nikitina N.M., Vasiliev A.B., Melentiev A.B., Labutin A.V., Pechnikov A.L., Shitov L.N.P., Snyatkov A.V., Kolosova M.V., Samyshkina N.V., Malysheva A.P., Rizvanova L.N., Podolenco E.V., Dzhurko Yu.A. Obnaruzhenie metabolitov sinteticheskikh kannabimimetikov v moche, volosakh i syvorotke krovi metodom gazovoy khromatografii s mass-selektivnym detektirovaniem. Informatsionnoe pis'mo [Detection of metabolites of synthetic kannabimimetiks in urine, hair and serum by gas chromatography with mass-selective detection. Circular]. *Narkologiya - Narcology*. 2014; 1: 96–97 (in Russian).
- Klimenko T.V., Shakhova S.M., Kozlov A.A. Psichoticheskie rasstroystva vsledstvie upotrebleniya sinteticheskikh kannabinoïdov (spaysov) [Psychotic disorders due to use of synthetic cannabinoids (spice)]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 2 (95): 25–29 (in Russian).
- Narkologiya: natsional'noe rukovodstvo* [Narcology: National Handbook]. N.N. Ivanets, I.P. Anokhina, M.A. Vinnikova, eds. M.: GEOTAR-Media; 2008: 720 (in Russian).
- Belousov Yu.B., Moiseev V.S., Lepakhin V.K. *Klinicheskaya farmakologiya i farmakoterapiya. Rukovodstvo dlya vrachev* [Clinical pharmacology and pharmacotherapy. Handbook for physicians]. The 2nd edition, corrected and updated. M: Univer-sum Publishing, 1997: 531 (in Russian).
- Bazire S. Risperidon ein schizophrenia. *British Journal Psychiatry*. 1996; Jan; 168 (1): 128. DOI: 10.1192/bjp.168.1.128a

Received April 11.2017
Accepted June 26.2017

Kekelidze Zurab I., MD, Prof., Director of Branch of V. Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation, chief out-of-staff specialist-psychiatrist of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, vice-president of the Russian Society of Psychiatrists.

Klimenko Tatyana V., MD, Prof., Director of the NNCS-Branch of the V.P. Serbsky FMRCPN, Moscow, Russian Federation.

Kozlov Alexander A., MD, chief specialist-psychiatrist of the Moscow Region, Deputy Director for Scientific Work, FGBU “V.P. Serbsky FMRCPN”, Moscow, Russian Federation.

Shakhova Svetlana M., junior researcher, Department of Clinical Psychopharmacology, NNCS-Branch of the V.P. Serbsky FMRCPN, Moscow, Russian Federation.

✉ Klimenko Tatyana V., e-mail: klimenko17@mail.ru

УДК 616.89-008.441.33-055.1/2

Для цитирования: Шигакова Ф.А. Роль гендерных различий в механизмах формирования опийной наркомании. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 21—26. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-21-26

Роль гендерных различий в механизмах формирования опийной наркомании

Шигакова Ф.А.

*Ташкентский институт усовершенствования врачей
Узбекистан, 100007, Ташкент, ул. Паркент, 51*

РЕЗЮМЕ

Цель: Анализ причин и механизмов развития опийной наркомании с учетом гендерных различий. **Материал:** в Республиканском наркологическом центре в 2010–2015 гг. пролечено 131 больной опийной наркоманией. Основная группа – 66 женщин 18–56 лет. Группа сравнения – 65 мужчин 23–50 лет. **Результаты:** корреляционный анализ причин и механизмов формирования опийной наркомании с учетом гендерных различий выявил достоверную корреляцию ($r=0,31$; $p=0,003$) между полом и наследственной отягощенностью, возрастом употребления алкоголя и полом ($r=0,23$; $p=0,02$). Достоверно большее количество женщин впервые приняли наркотик в компании наркозависимых друзей своего наркозависимого мужа или сожителя. Значимыми факторами явилось то, что достоверно большее количество женщин начали первый приём опиатов с героина, который отличается самой высокой наркогенностью среди опиатов. У многих больных ещё до формирования опийной наркомании имели место признаки девиантного поведения. Отсутствие девиантного поведения достоверно чаще наблюдалось у мужчин (75,4% мужчин и 57,6% женщин; ОШ 2,26; 95% ДИ 1,07–4,76; $p=0,05$) по сравнению с женщинами. Ещё до формирования наркомании более половины исследуемых женщин не занимались трудовой деятельностью, тогда как почти все мужчины были заняты в различных сферах деятельности.

Ключевые слова: пол, корреляция, гендерные различия, опийная наркомания.

ВВЕДЕНИЕ

Изучение механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ является актуальным направлением психиатрии и наркологии в связи с высокой распространенностью и социальной значимостью данного заболевания. Важное влияние на формирование заболевания оказывает целый комплекс предшествующих биологических и социальных факторов. Ряд авторов указывает на большое количество факторов риска для возникновения мотивации на потребление наркотиков [3, 4, 6]. К этим факторам относятся: наследственная отягощенность наркотическими и психическими заболеваниями, отсутствие эмоциональной связи, традиций и правильного уклада жизни в родительской семье, хаотический образ жизни, психопатическая структура личности со склонностью к импульсивным действиям, узость интересов, слабая мотивация к учебе [6].

Гендерные особенности наркоманической зависимости освещены в ряде исследований [1, 2]. Однако в этих работах проблема различных аспектов полоролевого диморфизма больных наркоманией и гносеологическое поле их рассмотрения ограничивается сравнительным изучением наркологических характеристик в рамках дилеммы «женские – мужские». В большей степени изучены вопросы алкоголизма у женщин. Показано, что формирование и течение алкоголизма у женщин отличаются некоторыми особенностями [10].

По сравнению с мужчинами у женщин, страдающих наркоманиями, имеются определенные особенности в мотивации первого употребления наркотиков и приобщения к ним, видах предпочитаемых наркотиков, скорости формирования основных симптомов и синдромов наркомании, тяжести медицинских и социальных последствий [5, 9, 11].

Большинство исследователей считают, что основным мотивом приобщения женщин к наркотикам является влияние мужчин, употребляющих наркотики, преимущественно сексуальных партнеров [8, 12, 13, 14, 15, 16].

Цель исследования. Анализ причин и механизмов развития опийной наркомании с учетом гендерных различий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изученную выборку составили 131 больной опийной наркоманией, проходивших стационарное лечение в Республиканском наркологическом центре с 2010 по 2015 г. Основную группу составили 66 женщин в возрасте от 18 до 56 лет. В группу сравнения вошли 65 мужчин от 23 до 50 лет. К моменту обследования средний возраст мужчин составил $35,6 \pm 5,6$ года, женщин – $34,0 \pm 10,5$ года ($p=0,28$).

Критерии включения: пациенты с диагнозом по МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением опиоидов; синдром зависимости (код F11.2); синдром отмены, обусловленный употреблением опиоидов (код F11.30); возраст больных от 18 до 56 лет.

Критерии исключения: случаи сочетанного употребления разных наркотиков.

Стаж потребления героина преимущественно находился в диапазоне от 5 до 15 лет как у женщин (42 – 63,6%), так и у мужчин (42 – 64,6%).

У всех больных была диагностирована II стадия героиновой наркомании в соответствии с классификацией И.Н. Пятницкой [1994, 2002]. Непосредственное клиническое изучение больных сочеталось с ретроспективным анализом анамнестических данных и объективных сведений, изучением историй болезни предшествующих госпитализаций, выписок из историй болезни лечебных учреждений общего

профиля. Это давало возможность составить достаточно четкое представление об особенностях клиники и течения заболевания, видах и методах проведенной ранее терапии, клинических проявлениях наркомании в периоды воздержания от употребления наркотиков, а также условиях возникновения срывов и рецидивов опиомании. Также изучались анамнестические данные и объективные сведения, полученные от родственников больного и окружающих.

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel, STATISTICA 6 и Biostat. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (95% ДИ) рассчитывали с применением логистической регрессии. Достоверность различий показателей оценивали с помощью непараметрического критерия χ^2 (критерий Пирсона). Количественные показатели представлены в виде $M \pm SD$, медианы (Me) и 25 и 75 перцентилей (IQR). Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводился по Спирману.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ наследственной отягощенности, который проводился на основании оценки наличия или отсутствия психической патологии, алкоголизма и наркоманий у родственников I степени родства (родители, сибсы), показал, что наследственная отягощенность наркологической патологией (алкоголизм, наркомания) достоверно чаще встречалась в группе больных женщин (39,4% женщин против 12,3% мужчин; ОШ 4,63; 95% ДИ 1,90–11,3; $p = 0,001$). Вместе с тем в исследуемых группах не зарегистрировано наследственной отягощенности по таким психическим заболеваниям, как шизофрения, психопатия (только у одной женщины мать страдала эпилепсией).

Выявлена достоверная корреляция ($r = 0,31$; $p = 0,003$) между полом и наследственной отягощенностью.

Анализ предшествующих соматических заболеваний выявил, что корреляции между наличием соматической патологии и полом не обнаружено ($r = 0,05$; $p = 0,57$).

Кроме предшествовавшей соматической патологии необходимо учитывать и экзогенные вредности, которые могли иметь место ещё до приобщения пациентов к препаратам опиоидного ряда. Анализ наркологического анамнеза исследуемых больных показал, что основная часть не только мужчин, но и женщин в качестве первых в своей жизни эйфоризирующих средств употребляли алкоголь, почти половина исследуемых мужчин – гашиш. Из числа обследуемых 8 (12,3%) мужчин и 10 (15,2%) женщин при опросе отрицали употребление алкоголя, 3 (4,6%) мужчин и 6 (9,1%) женщин не смогли указать точный возраст первого приема спиртных напитков, ссылаясь на забывчивость. В обеих группах дальнейшее употребление алкоголя носило эпизодический характер.

Основная часть мужчин (83,1%) и женщин (75,8%), пробовавших алкоголь, указывают на первый приём алкогольных напитков в возрасте от 15 до 20 лет (64,6% мужчин и 51,5% женщин; $p = 0,18$). Первые пробы алкоголя в возрасте до 15 лет наблюдались как в группе мужчин, так и в группе женщин (13,8% мужчин и 9,1% женщин; $p = 0,56$). Среди употребивших впервые алкогольные напитки после 20 лет заметно больше женщин, чем мужчин (4,6% мужчин и 15,2% женщин; $p = 0,08$). Средний возраст первого употребления алкоголя у больных мужчин составил $16,1 \pm 1,7$ года и был достоверно ниже, чем у женщин – $17,3 \pm 2,5$ года ($p = 0,005$).

Установлена слабая достоверная корреляция между возрастом первого употребления алкоголя и полом ($r = 0,23$; $p = 0,02$).

Интересные данные выявлены нами при анализе возраста и характера первого употребления гашиша. Первым наркотиком, к которому прибегали исследуемые, в 45 (34,4%) случаях (из них 32 мужчины и 13 женщин) являлся гашиш. В группе женщин 80% больных, никогда не употребляли гашиш, тогда как в группе мужчин 49,3% больных знакомство с наркотиками начали с употребления гашиша.

Из исследуемых больных мужчин (49,2%) и женщин (19,7%) знакомство с каннабиноидами чаще всего происходило в возрастном интервале от 15 до 20 лет (41,5% мужчин и 10,6% женщин; ОШ 5,99; 95% ДИ 2,37–15,1; $p = 0,001$).

Приобщение к гашишу в возрасте до 15 лет в исследовательской выборке не наблюдалось. Случаи приема гашиша после 20 лет примерно с одинаковой частотой отмечались как в группе мужчин, так и в группе женщин (7,7% мужчин и 6,1% женщин; $p = 0,98$). Средний возраст первого употребления гашиша составлял: у мужчин – $17,4 \pm 1,6$ года, у женщин – $18,7 \pm 4,7$ года ($p = 0,17$).

У большинства больных мужчин и женщин первый прием гашиша сопровождался развитием эйфории (84,3% мужчин и 77% женщин; $p = 0,40$), у остальной части обследуемых курение гашиша первоначально вызывало выраженную защитную реакцию организма в виде тошноты, рвоты, слабости, головной боли (15,7% мужчин и 33% женщин; $p = 0,03$) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Распределение больных в зависимости от характера употребления гашиша до формирования опиоидной наркомании

Характер употребления гашиша	Мужчины (n=65)		Женщины (n=66)		p	Всего (n=131)	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Никогда не употребляли	33	50,8	53	80,3	0,001	86	65,6
Употребляли 1-2 раза	5	7,7	3	4,5	0,69	8	6,2
Эпизодическое употребление	27	41,5	10	15,2	0,002	37	28,2
Всего	65	100,0	66	100,0		131	100,0

Данные таблицы 1 демонстрируют наличие в группе женщин (80,3%) довольно большого количества лиц, которые никогда не принимали каннабиноиды (против 50,8% в группе мужчин; ОШ 3,95; 95% ДИ 1,82–8,60; $p = 0,001$).

Напротив, в группе мужчин наблюдалось значительное количество лиц, прибегавших к курению гашиша (49,2%). При этом 1–2 попытки курения гашиша мели место примерно у равного количества мужчин и женщин (7,7% мужчин и 4,5% женщин; $p=0,69$). Употребляли гашиш эпизодически достоверно большее количество мужчин (41,5% мужчин и 15,2% женщин; ОШ 3,98; 95% ДИ 1,73–9,16; $p=0,002$), чем женщин.

Между характером употребления гашиша до приобщения к опиатам и полом выявлена достоверная корреляция ($r=0,29$; $p=0,05$).

Таким образом, частота приема каннабиноидов до формирования опийной наркомании в группе мужчин и женщин была различной, что, в свою очередь, могло повлиять на формирование опийной наркомании.

Исследование выявило, что больные мужчины и женщины впервые попробовали препараты опиоидного ряда в одном и том же возрастном диапазоне – от 20 до 30 лет (58,5% мужчин и 43,9% женщин; $p=0,14$). Если частота первого употребления опиатов в возрасте от 15 до 20 лет у мужчин и женщин не имела статистически достоверных различий (20% мужчин и 30,3% женщин; $p=0,25$), то знакомство с опиатами в возрастном диапазоне от 20 до 40 лет достоверно реже встречалось в группе женщин (60,6%), чем в группе мужчин (78,5%; ОШ 0,42; 95% ДИ 0,20–0,91; $p=0,04$). Вместе с тем приобщение к опиатам после 40 лет было более характерно для женщин в сравнении с мужчинами (1,5% мужчин и 9,7% женщин; $p=0,13$).

Обнаружена слабая корреляция между возрастом первого приема опиата и полом ($r=0,06$; $p=0,46$).

Принимая во внимание тот факт, что большинство больных мужчин и женщин до первого приема опиатов ранее уже испытывали эйфоризирующий эффект других психоактивных веществ, можно предположить, что более важную роль в формировании опийной наркомании играл возраст первого знакомства с состоянием эйфории, независимо от того, каким веществом она было вызвана. Это предположение согласуется с возрастными показателями приобщения к алкоголю и характером потребления гашиша, которые имели более заметные гендерные различия, чем показатели возраста первого приема опиатов.

Установлены гендерные различия по характеру ситуации, которая предрасполагала к первому приему опиатов. Подавляющее большинство мужчин (89,2%), в отличие от женщин (40,9%; ОШ 12,0; 95% ДИ 4,75–30,2; $p=0,0001$), опиаты употребили впервые в компании друзей, подруг, «по совету» которых принимали наркотик «из любопытства». Женщин, которые принимали наркотик впервые в компании наркозависимого сексуального партнера, оказалось больше (13,6%), чем в группе мужчин (1,5%; ОШ 10,1; 95% ДИ 1,24–82,2; $p=0,02$). Вне компании, под влиянием наркозависимого сожителя приняли опиаты 24 (36,4%) женщины.

В этих случаях, как правило, наркозависимые сексуальные партнеры являлись инициаторами приобщения женщин к употреблению наркотика, тогда как в группе мужчин такого не наблюдалось. Из числа исследованных 6 (9,1%) женщин впервые приняли наркотик под влиянием наркозависимых родственников (братьев, сестер). В группе мужчин 6 (9,2%) больных впервые приняли опиаты на праздничном мероприятии, чаще это происходило на свадьбе в состоянии алкогольного опьянения. В группе женщин такого рода ситуаций вообще не зарегистрировано.

Препараты опия, приготовленные кустарным способом, в 27 (20,6%) случаях (22 мужчины и 5 женщин) являлись первым наркотиком, с которым знакомилась исследуемые. Как правило, это происходило под влиянием «опытного» друга-наркомана, который убеждал, что получить «кайф» можно только от того, что делается из мака. Наряду с побочными явлениями, связанными с передозировкой или низким качеством наркотика, основное значение подобный дебют имеет для прогрессивности наркомании, в силу различной наркогенности опийных веществ. В остальных случаях 104 (79,4%) больных, причем из них достоверно чаще женщины (66% мужчин и 92,4% женщин; $p=0,001$), начали первый прием опиатов с героина, отличавшегося самой высокой наркогенностью среди всех опиатов.

В ходе исследования выявлены гендерные различия по способу первого приема опиатов. Так, прием опиатов путем курения в группах мужчин и женщин был приблизительно одинаков (33,9% мужчин и 24,3% женщин; $p=0,31$), схожая ситуация наблюдалась и в отношении первого интраназального приема опиатов (36,9% мужчин и 43,9% женщин; $p=0,31$). Вместе с тем сравнительный анализ показал, что женщин, которые начали принимать героин сразу внутривенно, оказалось достоверно больше, чем мужчин (9,2% мужчин и 27,3% женщин; ОШ 3,69; 95% ДИ 1,36–10,0; $p=0,01$). Что же касается перорального приема опиатов, то этот путь приема достоверно чаще встречался среди мужчин по сравнению с женщинами (20% мужчин и 4,5% женщин; ОШ 5,25; 95% ДИ 1,42–19,4; $p=0,01$).

В механизмах формирования личностной патологии у больных наркоманиями, как и в развитии личности вообще, а также в формировании психолого-поведенческих свойств индивида немаловажную роль играют условия его воспитания и процессы социализации, система мотивов, побуждающих его к деятельности, которая складывается на основе совокупности потребностей, в том числе возникших в динамике болезни. Весьма существенным фактором, определяющим формирование «наркоманической» личности, является присутствие личностных девиаций в преморбиде, особенно «антисоциальная направленность личности», криминальность. В связи с чем в ходе исследования у всех больных были изучены преморбидные характерологические типы личности (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Распределение больных опийной наркоманией в зависимости от преморбидного типа личности							
Преморбидный тип личности	Мужчины (n=65)		Женщины (n=66)		P	Всего (n=131)	
	абс.	%	абс.	%		абс.	%
Истерический	6	9,2	24	36,4	0,001	30	22,9
Неустойчивый	30	46,2	21	31,8	0,13	51	38,9
Психастенический	3	4,6	5	7,6	0,73	8	6,1
Гипертимный	11	16,9	10	15,2	0,97	21	16,0
Импульсивный (возбудимый)	12	18,5	3	4,5	0,03	15	11,5
Ригидный (аффективный)	3	4,6	-	-		3	2,3
Не определён	-	-	3	4,5		3	2,3

Выявлена слабая корреляционная связь между преморбидным типом личности и полом ($r=0,27$; $p=0,002$).

У многих больных ещё до формирования опийной наркомании имели место признаки девиантного поведения. Отсутствие девиантного поведения достоверно чаще наблюдалось у мужчин (75,4% мужчин и 57,6% женщин; ОШ 2,26; 95% ДИ 1,07–4,76; $p=0,05$) по сравнению с женщинами. Только нарушение школьной дисциплины с более высокой частотой встречалось среди женщин (18,5% мужчин и 25,8% женщин; $p=0,42$), чем среди мужчин.

Побеги из дома (2 – 3,0%), уголовно-наказуемые деяния (1 – 5%), проституция (3 – 4,5%) были характерны только для женщин. Случаи приобщения к асоциальной компании с одинаковой частотой отмечались как среди мужчин, так и среди женщин (7,6% мужчин и 6,2% женщин; $p=0,98$). Выявлено, что асоциальные тенденции, имевшие место ещё до формирования опийной наркомании, достоверно чаще встречались в группе женщин (24,7% мужчин и 42,4% женщин; ОШ 2,26; 95% ДИ 1,07–4,76; $p=0,05$), чем в группе мужчин.

При исследовании преморбидной психологической характеристики немаловажное значение имеет и сфера увлечений. Для группы исследуемых мужчин в детском и в подростковом возрастах было характерно наличие различных увлечений. Так, 18 (27,7%) больных мужчин увлекались спортом, чаще это были занятия в секциях бокса, карате, плавания и футбола. В группе женщин лишь 5 (7,6%) больных посещали кружки танца и музыки.

При формировании структуры личности в ряду социальных факторов большую роль играют и условия воспитания, характер и сфера деятельности, особенности микросоциального окружения до возникновения опийной наркомании.

Анализ проведенного исследования показал, что подавляющее большинство больных мужчин и женщин воспитывались в полных семьях (90,8% мужчин и 72,7% женщин; ОШ 3,69; 95% ДИ 1,36–10,0; $p=0,01$). Удельный вес больных, воспитывающихся в неполных семьях, достоверно повышался в группе женщин (7,7% мужчин и 27,3% женщин; ОШ 4,50; 95% ДИ 1,56–13,0; $p=0,007$). Причинами неполной семьи, где воспитанием занималась мать, в

основном были разводы родителей. Изучение семейных отношений показало, что семьи, в которых часто возникали конфликты, чаще связанные с характерологическими особенностями родителей, достоверно чаще регистрировались в группе женщин (4,6% мужчин и 21,2% женщин; ОШ 5,56; 95% ДИ 1,52–20,4; $p=0,01$). Случаи жестокого обращения родителей регистрировались в обеих группах (1,5% мужчин и 7,6% женщин; $p=0,22$), причем в основном они были связаны с алкоголизацией отца. Безнадзорность (3,1% мужчин и 3,0% женщин; $p=0,62$) и воспитание по типу «кумир семьи» наблюдались с одинаковой частотой среди больных обеих групп (12,3% мужчин и 12,1% женщин; $p=0,81$). Воспитание по типу «кумир семьи» наблюдалось в тех семьях, где исследуемые были единственными детьми либо единственными мальчиками – как, например, в группе мужчин. Родители окружали таких детей чрезмерным вниманием, потворствовали любым прихотям, потакали всем капризам и желаниям. Эмоциональное отвержение детей встречалось также в обеих группах больных (3,1% мужчин и 4,5% женщин; $p=0,99$).

Выявлялись существенные межгрупповые различия по количеству больных, которые до формирования опийной наркомании были заняты в различных сферах деятельности. Обращает на себя внимание тот факт, что достоверно большее количество женщин до формирования опийной наркомании нигде не работали (10,8% мужчин и 54,5% женщин; ОШ 9,94; 95% ДИ 3,96–25,0; $p=0,0001$). Профессионально-трудовой занятости в таких сферах деятельности, как транспорт, силовые структуры, спорт, строительство, в группе женщин не наблюдалось. В сфере обслуживания были задействованы как мужчины, так и женщины (13,8% мужчин и 25,8% женщин; $p=0,14$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, сравнительное изучение совокупности предшествующих биологических и социально-психологических факторов, способных повлиять на последующее формирование опийной наркомании, выявило ряд гендерных различий. Следует отметить важную роль наследственной отягощенности наркологической патологией, которая достоверно чаще встречалась в группе больных женщин, среди которых выявлена достоверная корреляционная связь между полом и наследственной отягощенностью. Основная часть больных ещё до формирования опийной наркомании в качестве первых эйфоризирующих средств употребляла алкоголь, почти половина исследуемых мужчин – гашиш. Нами была выявлена корреляция между возрастом употребления алкоголя и полом. Эпизодически употребляли гашиш достоверно большее количество мужчин, чем женщин. Между характером приёма гашиша до приобщения к опиатам и полом также обнаружена достоверная корреляционная связь. Первые пробы наркотических веществ происходили в различных ситуациях.

Так, достоверно большее количество женщин впервые приняли наркотик в компании наркозависимых друзей своего наркозависимого мужа или сожителя. Значимым фактором явилось то, что достоверно большая доля женщин начали первый приём опиатов с героина, который отличается самой высокой наркотенностью среди опиатов. Принимать героин сразу с внутривенного приёма также начали достоверно большее число женщин, тогда как мужчины достоверно чаще начали прием опиатов перорально.

Вероятность быстрого вовлечения личности в процесс наркотизации увеличивалась при наличии истерических черт характера, истерические проявления достоверно чаще регистрировались у женщин, импульсивные (возбудимые) черты характера достоверно чаще отмечались у мужчин. Асоциальные тенденции, отмечавшиеся ещё до формирования опийной наркомании, достоверно чаще регистрировались у женщин. Условия семейного воспитания, характер и сфера трудовой деятельности исследуемых также имели гендерные различия. Достоверно большее количество женщин воспитывались в неполных семьях. Частые конфликты в семье, в основном связанные с характерологическими особенностями родителей, также достоверно чаще регистрировались у женщин. Ещё до формирования наркоманической зависимости более половины исследуемых женщин не занимались трудовой деятельностью, тогда как почти все мужчины были заняты в различных сферах деятельности.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания локального этического комитета при ТашИУВ № 7/11 от 29.03.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер В.Б., Мохначев С.О. Гендерные аспекты наркологических заболеваний / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008: 396–397.

2. Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. Акцентуации характера девочек-подростков разных этнических групп Магаданской области, склонных к употреблению алкоголя. *Наркология*. 2015; 2: 24–28.
3. Бохан Н. А., Семке В. Я. Коморбидность в наркологии. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009: 510.
4. Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Селедцов А.М. Факторы, способствующие формированию девиантного поведения у несовершеннолетних с наркотическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 2 (87): 43–47.
5. Кочаргина Г.А., Кошкина У.Ф. Особенности наркотизма у женщин. Медико-биологические и социальные аспекты наркологии. М., 1997: 43–46.
6. Мингазов А.Х., Васильев В.Н. Резистентное течение опийной наркомании. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 3 (92): 29–32.
7. Рохлина М.Л., Мохначев С.О. Особенности формирования и клиники героиновой наркомании с учетом половых различий. М., 2003: 29.
8. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства при героиновой наркомании на разных этапах заболевания. *Наркология*. 2005; 2: 36–39.
9. Садвакасова Г.А. Особенности формирования зависимости от опиоидов у женщин, проживающих в Республике Казахстан. *Вопросы наркологии Казахстана*. Павлодар, 2008; 8 (3): 70–77.
10. Сахаров А.В., Говорин Н.В. Гендерные различия лиц с алкогольной зависимостью, госпитализированных в наркологический стационар по поводу синдрома отмены. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 1 (82): 28–32.
11. Ядрова Т.В. Психические расстройства у женщин, злоупотребляющих психоактивными веществами и совершивших правонарушения: автореф. дис. ... к.м.н. М., 2005: 25.
12. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 32.
13. Dech H., Ndetei D., Machleidt W. Social change, globalization and transcultural psychiatry-some considerations from a study on women and depression. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003; 105 (1): 17–27.
14. Gerevich J., Bacskai E., Farkas L. et al. A case report: pavlovian conditioning as a risk factor in heroin «overdose» death. *Harm. Reduction J*. 2005; 2: 11–14.
15. Greenfield S., Sugarman D., Fried C. et al. Group therapy for women with substance use disorders: results from the Women's Recovery Group Study). *Drug Alcohol Dependence*. 2014; 142: 245–253.
16. Lynch W., Roth M., Carroll M. Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*. 2002; 164 (2): 121–137.

Поступила в редакцию 21.04.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Шигакова Фания Анваровна, д.м.н., ассистент кафедры психиатрии и психотерапии.

✉ Шигакова Фания Анваровна, Dr.FShigakova@gmail.com

УДК 616.89-008.441.33-055.1/2

For citation: Shigakova F.A. Role of gender differences in mechanisms of opium addiction formation. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 21—26. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-21-26

Role of gender differences in mechanisms of opium addiction formation

Shigakova F.A.*Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education
Parkent Street 51, 100007, Tashkent, Uzbekistan***ABSTRACT**

Objective: to analyze causes and mechanisms of development of opium addiction with account for gender differences. **Material:** In the Republican Narcological Center between 2010 and 2015 131 patients with opium addiction were treated. The main group included 66 female patients aged 18-56 years. Group of comparison included 65 males aged 23-50 years. **Results:** The correlation analysis of causes and mechanisms of opium addiction formation with account for gender differences revealed reliable correlation ($r=0.31$; $p=0.003$) between gender and family history, age of alcohol consumption and gender ($r=0.23$; $p=0.02$). The reliably larger number of women used drug for the first time in the company of drug addicted friends, drug addicted husband or cohabitant. Significant factors were that reliably larger number of women began the first use of opiates with heroin which is characterized by the highest narcogenicity among opiates. Many patients before opium addiction formation had signs of deviant behavior. Absence of deviant behavior was reliably more often observed in men (75.4% of males and 57.6% of females; OR 2.26; 95% CI 1.07–4.76; $p=0.05$) in comparison with women. Before drug addiction formation more than a half of female probands did not work whereas almost all men were engaged in various areas of activities.

Keywords: sex, correlation, gender differences, opium addiction.**REFERENCES**

1. Altshuler V.B., Mokhnachev S.O. Gendernye aspekty narkologicheskikh zabolevaniy [Gender aspects of narcological diseases]. N.N. Ivanets, I.P. Anokhina, M.A. Vinnikova, eds. M.: GEOTAR-Media, 2008: 396–397 (in Russian).
2. Bartosh T.P., Bartosh O.P., Mychko M.V. Aktsentsuatsii haraktera devochek-podrostkov raznykh etnicheskikh grupp Magadanskoj oblasti, sklonnykh k upotrebleniyu alkogolya [Character accentuations observed in alcohol susceptible adolescent girls of different ethnic origin residing in Magadan region]. *Narkologiya - Narcology*. 2015; 2: 24–28 (in Russian).
3. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (in Russian).
4. Kirina Yu.Yu., Lopatin A.A., Seledtsov A.M. Faktory, sposobstvuyuyie formirovaniyu deviantnogo povedeniya u nesovershenoletnikh s narkoticheskimi rasstroystvami [Factors contributing to formation of deviant behavior in minors with substance-related disorders]. *Sibirskiy vestnik psichiatriy i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 2 (87): 43–47 (in Russian).
5. Kochergina G.A., Koshkina L.F. Osobennosti narkotizma u zhenschin. Mediko-biologicheskie i sotsialnye aspekty narkologii [Characteristics of narcotism in women. Medico-biological and social aspects of narcology]. M., 1997: 43–46 (in Russian).
6. Mingazov A.Kh., Vasiliev V.N. Rezistentnoe techenie opiyonoy narkomanii [Resistant course of opium addiction]. *Sibirskiy vestnik psichiatriy i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 3 (92): 29–32 (in Russian).
7. Rokhlina M.L., Mokhnachev S.O. Osobennosti formirovaniya i kliniki geroinovoy narkomanii s uchetom polovyyh razlichiy [Characteristics of formation and clinical picture of heroin addiction with account for gender differences]. M., 2003: 29 (in Russian).
8. Rokhlina M.L. Affektivnye rasstroystva pri geroinovoy narkomanii na raznykh etapakh zabolevaniya [Affective disorders in heroin addiction at different stages of the disease]. *Narkologiya - Narcology*. 2005; 12: 36–39 (in Russian).
9. Sadvakasova G.A. Osobennosti formirovaniya zavisimosti ot opioidov u zhenschin, prozhivayauschih v Respublike Kazakhstan [Characteristics of opioid addiction formation in women residing in the Republic of Kazakhstan]. *Voprosy narkologii Kazakhstani - Issues of Narcology of Kazakhstan*. 2008; 8 (3): 70–77 (in Russian).
10. Sakharov A.V., Govorin N.V. Gendernye razlichiya lits s alkogolnoy zavisimostyu, gositalizirovannykh v narkologicheskiy statsionar po povodu sindroma otmeny [Gender differences of persons with alcohol dependence, hospitalized to narcological hospital for alcohol withdrawal syndrome]. *Sibirskiy vestnik psichiatriy i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 1 (82): 28–32 (in Russian).
11. Yadrova T.V. Psihicheskie rasstroystva u zhenschin, zloupotrebyayuschih psihoaktivnymi vashchestvami i sovershivshimi pravonarusheniy [Mental disorders in women abusing psychoactive substances and having committed offences]. Avtoref. dis. ... k.m.n. [Abstract of PhD thesis]. M., 2005: 25 (in Russian).
12. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 32.
13. Dech H., Ndetei D., Machleidt W. Social change, globalization and transcultural psychiatry-some considerations from a study on women and depression. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003; 105 (1): 17–27.
14. Gerevich J., Bacskai E., Farkas L. et al. A case report: pavlovian conditioning as a risk factor in heroin «overdose» death. *Harm. Reduction J*. 2005; 2: 11–14.
15. Greenfield S., Sugarman D., Fried C. et al. Group therapy for women with substance use disorders: results from the Women's Recovery Group Study). *Drug Alcohol Dependence*. 2014; 142: 245–253.
16. Lynch W., Roth M., Carroll M. Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*. 2002; 164 (2): 121–137.

Received April 21 2017

Accepted June 26 2017

Shigakova Faniya A., MD, assistant of Psychiatry and Psychotherapy Department, Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Uzbekistan.

✉ Shigakova Faniya A., Dr.FShigakova@gmail.com

УДК 616.89-008.441.33-055.1:616.69-008.14(571.16)

Для цитирования: Евсеев В.Д. Клиническая динамика сексуальных дисфункций у больных опиоидной зависимостью в периоды наркотизации, постабстинентного состояния и ремиссии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 27—33. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-27-33

Клиническая динамика сексуальных дисфункций у больных опиоидной зависимостью в периоды наркотизации, постабстинентного состояния и ремиссии

Евсеев В.Д.

Научно-исследовательский институт психического здоровья

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук

Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Цель: изучение распространённости и структуры сексуальных расстройств у больных опиоидной наркоманией, обратившихся за стационарной наркологической помощью, а также характеристика сексуальных дисфункций на различных этапах заболевания – в периоды наркотизации, постабстинентного состояния и ремиссии. **Материал:** обследовано 120 пациентов с опиоидной наркоманией (F11.21), стационарно пролеченных в отделении аддиктивных состояний НИИ психического здоровья и Томском областном наркодиспансере в 2012–2016 гг. Основная группа – 80 человек с опиоидной наркоманией и сексуальными расстройствами. Группа сравнения – 40 мужчин с той же нозологией без сексуальных дисфункций. **Методы:** клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, клиничко-сексологический, статистический (критерий U Манна–Уитни; корреляционно-регрессионный анализ с помощью коэффициента Пирсона). **Результаты:** клиничко-психопатологическим и клиничко-сексологическим методами обследовано 120 больных опиоидной наркоманией. В исследовательской группе с использованием международных диагностических стандартов сексуальной дезадаптации изучены распространённость и структура сексуальных расстройств. Сексуальные дисфункции выявлены в 67,6% случаев. Средний возраст формирования полового расстройства составил $23,8 \pm 2,4$ года. Полученные низкие показатели по методике «Международный индекс эректильной функции» (МИЭФ-15) количественно подтверждают наличие у обследованных пациентов расстройства эректильной функции, полового влечения, эякуляторные нарушения и, как следствие, общую неудовлетворенность половой жизнью. Структура сексуальной дезадаптации у обследованных больных опиоидной наркоманией по шкале МИЭФ-15 в период постабстинентных проявлений и становления ремиссии представлена следующими вариантами: расстройство либидо – 60%; сочетание расстройства либидо и эректильной дисфункции – 26%; оргазмическая дисфункция (замедленная эякуляция и анэякуляторный синдром) – 14% случаев. **Заключение.** Анализ динамики полового функционирования больных достоверно демонстрирует проявления сексуальных расстройств во время наркотизации ($21,5 \pm 0,45$ балла по Международному индексу эректильной функции), в период постабстинентного синдрома ($33,6 \pm 0,48$ балла) и ремиссии ($37,1 \pm 0,62$ балла) при нормативном значении 65–75 баллов. Найлены статистически достоверные различия между группами ($p < 0,05$) по показателям: эректильная функция, удовлетворенность половым актом, половое влечение, общая удовлетворенность.

Ключевые слова: опиоидная наркомания, сексуальные дисфункции, динамика сексуального функционирования, МИЭФ, синдром отмены, постабстинентный синдром, ремиссия.

ВВЕДЕНИЕ

Управление ООН по наркотикам и преступности в рамках Всемирного доклада о наркотиках в 2015 г. резюмирует, что в 2013 г., по экспертным оценкам, почти четверть миллиарда человек в возрасте 15–64 лет употребляли запрещенные наркотики. Это соответствует общемировому показателю распространённости, составляющему 5,2% (диапазон от 3,4 до 7,0%), указывающему на то, что в последние 3 года потребление наркотиков остается неизменным. Несмотря на региональные и национальные различия в тенденциях потребления наркотиков различного вида, потребление опиоидов, в том числе потребление героина, опия и немедицинское потребление фармацевтических опиоидов, стабилизировалось на высоком уровне. Согласно имеющейся ограниченной информации, несмотря на то что потребители опиоидов и опиатов составляют соответственно 0,7% и 0,4% (или 32,4 и 16,5 млн человек) населения в возрасте 15–64 лет, распространённость потребления опиоидов и опиатов в мире осталась неизменной [23].

Опиоидная наркомания в значительной степени изменяет не только физиологические параметры человеческого организма, в том числе сексуального взаимодействия, но и психологические аспекты сексуальности [1, 2, 8, 9, 13]. Авторы отмечают, что на начальном этапе формирования наркомании происходит искажение восприятия сексуальных ощущений и переживаний. На этом фоне отмечается временная сексуальная гиперфункция с формированием патологической взаимосвязи употребления наркотика и удачного полового акта. Сексуальное влечение становится подкрепляющим мотивом для употребления наркотиков. В последующем происходит замещение позитивных аффективных переживаний от полового акта ощущениями от действия наркотика. Далее развивается редукция полового акта и полового влечения. Больные не предъявляют жалоб на физическую и психологическую фрустрацию от неполноценного сексуального функционирования или отсутствия отношений. Это позволяет говорить о блокаде сферы сексуальных отношений. Через 3–5

лет (в зависимости от половой конституции) наступает моральная и сексуальная деградация.

В случае отказа от потребления наркотиков наблюдается частичное восстановление сексуальных функций. Количественные и качественные параметры сексуальной дисфункции у больных опиоидной наркоманией позволяют понять её взаимосвязь с патологическим влечением к наркотику [2, 4, 11].

Изучению клинических особенностей сексуальных расстройств в рамках опиоидной наркомании уделяется недостаточно внимания, особенно это касается отечественной медицинской науки. Имеющиеся данные представлены исследователями весьма разнородно. В большинстве исследований не дана комплексная оценка сексуальных дисфункций, внимание многих авторов сосредоточено только на изучении преждевременного семяизвержения [14] или эректильной дисфункции [18, 25, 26, 28], в ряде работ авторы анализируют только частоту половых актов и мастурбационную деятельность [19, 24].

В других работах не использованы стандартизированные методики диагностики сексуальных расстройств [14, 19, 26]. Среди отечественных исследований подобные работы также единичны [5, 6, 7, 10]. Исследования, в которых оценивались все составляющие сексуального функционирования, сообщают о наиболее распространенных дисфункциях, например, таких как эректильная дисфункция, расстройства эякуляции, оргазмическая дисфункция и низкое либидо [12, 22, 27]. Во многих из этих исследований отмечено, что дисфункции по всем составляющим копулятивного цикла чаще всего носят сочетанный характер [15, 16, 17, 18].

Цель исследования: изучение распространённости и структуры сексуальных расстройств у больных опиоидной наркоманией, обратившихся за стационарной наркологической помощью, а также характеристика сексуальных дисфункций на различных этапах заболевания – в периоды наркотизации, постабстинентного состояния и ремиссии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью было проведено обследование 120 пациентов мужского пола, находящихся на стационарном лечении по поводу опиоидной наркомании (F11.21) в отделение аддиктивных состояний НИИ психического здоровья и в Томском областном наркологическом диспансере с 2012 по 2016 г. Основную группу (ОГ) составили 80 человек с опиоидной наркоманией, у которых были выявлены сексуальные расстройства. В группу сравнения (ГС) включено 40 мужчин с той же нозологией, но без сексуальных дисфункций, соответствующих по возрасту и полу основной группе пациентов.

Методы, использованные в исследовании: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-сексологический, статистический (критерий U Манна–Уитни; корреляционно-регрессионный анализ с помощью коэффициента Пирсона). Изучены данные медицинской документации,

дополнительно использовались архивные данные о предшествующих госпитализациях.

«Золотым стандартом» для выявления не только эректильных расстройств, но и других дисфункций копулятивного цикла, утверждённым ВОЗ, признана методика МИЭФ (Международный индекс эректильной функции – The international index of erectile function (IIEF) [20, 21]. У шкалы есть краткий скрининг-вариант, оценивающий исключительно эрекцию, а также расширенный вариант, характеризующий все звенья полового цикла. Шкала состоит из 5 основных составляющих: эректильная функция, функция оргазма, сексуальное желание, удовлетворение половым актом, общая сексуальная удовлетворенность. Выбор этой методики в нашем исследовании обусловлен более точной оценкой характеристик сексуального функционирования пациентов, на наш взгляд с наибольшим эффектом достоверности, относительно других международных метрических инструментов сексуальности, так как шкала представляет собой совокупность более полной информации о состоянии полового аппарата исследуемого. Кроме того, МИЭФ широко используется в аналогичных зарубежных исследованиях и признана на междисциплинарном уровне в международном научном сообществе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Произведен анализ сексуального функционирования пациентов обеих групп на различных этапах течения опиоидной наркомании: в период наркотизации, после купирования острых проявлений опиоидного абстинентного синдрома (на этапе постабстинентных проявлений), в период ремиссии. В соответствии с оценочными параметрами шкалы, чем ниже количественный результат, тем сильнее проявляется сексуальная дезадаптация (рис. 1).

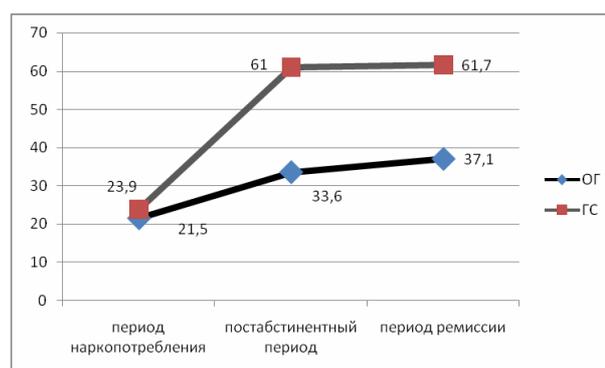


Рисунок 1 – Динамика сексуального функционирования больных на разных этапах формирования опиоидной наркомании по методике МИЭФ-15

Возраст больных основной группы исследования находился в пределах от 18 до 34 лет (средний $29,2 \pm 4,8$ года). Средний возраст обследованных мужчин группы сравнения находился в этом же возрастном диапазоне – $28,5 \pm 5,5$ года. Средний возраст формирования полового расстройства составил $23,8 \pm 2,4$ года.

При исследовании семейного статуса пациентов выявлено, что постоянные отношения с лицами противоположного пола в период болезни изменились в худшую сторону у 67% (53 чел.) обследованных ОГ, в ГС – у 29,5% пациентов (12 чел.) ($p < 0,01$). В основной массе наблюдений (55,4%) причиной разрыва отношений являлись факторы, связанные с употреблением ПАВ. 58,8% больных ОГ на момент обследования не состояли в браке и не имели собственных семейных отношений в отличие от группы сравнения – 34,6% ($p < 0,05$).

Исходя из данных наркологического анамнеза определено, что у всех пациентов имело место раннее начало наркотизации – возраст первого употребления ПАВ составил $18,1 \pm 3,1$ года, в группе сравнения – $19,8 \pm 2,5$ года. Средний возраст формирования опиоидного абстинентного синдрома в основной группе больных составил $18,9 \pm 3,07$ года, что соответствует первым пробам наркотиков и указывает на быстрое формирование наркотической зависимости. В группе сравнения этот же возрастной показатель составил $19,1 \pm 2,3$ года.

Анализируя анамнестические данные полового функционирования пациентов в период наркотизации, их субъективную и объективную оценку половых партнеров обследуемых, выявлено, что снижение параметров сексуального функционирования больных определяется в обеих группах – соответственно общий балл по шкале МИЭФ $22,5 \pm 0,45$ в ОГ и $23,9 \pm 0,63$ в ГС (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Международный индекс эректильной функции в период наркотизации (ретроспективно) в основной группе и группе сравнения				
Домен шкалы (индекс)	Основная группа	Группа сравнения	Максимальный балл	Значимость критерия U*
Эректильная функция	$13,5 \pm 0,75$	$14,2 \pm 0,92$	30	$p > 0,05$
Удовлетворенность половым актом	$3,2 \pm 0,59$	$3,7 \pm 0,61$	15	$p > 0,05$
Оргазм	$1,4 \pm 0,21$	$1,9 \pm 0,27$	10	$p > 0,05$
Половое влечение	$1,6 \pm 0,42$	$2,8 \pm 0,25$	10	$p > 0,05$
Общая удовлетворенность	$1,8 \pm 0,29$	$2,3 \pm 1,12$	10	$p > 0,05$
Общий индекс шкалы	$21,5 \pm 0,45$	$23,9 \pm 0,63$	70	$p > 0,05$

Пр и м е ч а н и е. * – Достоверные различия между группами.

Полученные результаты подтверждаются описанным в литературе «синдромом редукции сексуальности» у опиоидных наркоманов, когда патологическое влечение к наркотикам замещает другие значимые влечения у пациентов, в том числе и интерес к половой жизни [6].

В соответствии с формулой шкалы видно, что у пациентов обеих групп снижены все составляющие копулятивного цикла: эрекция ($13,5 \pm 0,75$ в ОГ и $14,2 \pm 0,92$ в ГС), оргазм ($1,4 \pm 0,21$ в ОГ и $1,9 \pm 0,27$ в ГС), половое влечение ($1,6 \pm 0,42$ в ОГ и $2,8 \pm 0,25$ в ГС) и эмоциональные параметры реализации половой жизни (удовлетворенность половым актом и общая удовлетворенность – $3,2 \pm 0,59$ в ОГ и $3,7 \pm 0,61$ в ГС; $1,8 \pm 0,29$ в ОГ и $2,3 \pm 1,12$ в ГС соответственно).

Это проявлялось в редких половых контактах или вовсе в их отсутствии. Если таковые случались, то реализация их была затруднена нестабильностью эрекции и отсутствием или задержкой эякуляции и, как следствие, неспособностью достичь оргастических ощущений, что отражалось в отсутствии удовлетворенности от половой жизни.

При прекращении наркотизации, после редукции абстинентного синдрома, в период постабстиненции в группах обследованных пациентов происходят значимые изменения, которые нашли отражение в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Международный индекс эректильной функции в постабстинентный период (на момент обследования) в основной группе и группе сравнения				
Домен шкалы (индекс)	Основная группа	Группа сравнения	Максимальный балл	Значимость критерия U*
Эректильная функция	$19,7 \pm 1,3$	$26,2 \pm 1,21$	30	$p < 0,05$
Удовлетворенность половым актом	$3,4 \pm 0,38$	$11,3 \pm 0,27$	15	$p < 0,05$
Оргазм	$5,7 \pm 0,26$	$8,4 \pm 0,15$	10	$p < 0,05$
Половое влечение	$2,6 \pm 0,29$	$7,8 \pm 0,25$	10	$p < 0,05$
Общая удовлетворенность	$2,2 \pm 0,21$	$7,3 \pm 0,27$	10	$p < 0,05$
Общий индекс шкалы	$33,6 \pm 0,48$	$61,0 \pm 0,43$	70	$p < 0,05$

Пр и м е ч а н и е. * – Достоверные различия между группами.

У больных из группы сравнения функционирование половой сферы восстанавливается и приближается к параметрам, близким к норме ($61,0 \pm 0,43$ балла). При этом результаты в этот же период (на момент обследования) в основной группе оказываются на сниженном уровне и характеризуются низкими величинами, которые достигают сексуальных дисфункций ($33,6 \pm 0,48$ балла). Нарушения полового функционирования отмечаются по всем индексам шкалы МИЭФ. Самое распространенное расстройство сексуального функционирования больных в данный период – снижение или отсутствие полового влечения (86%, средний балл индекса шкалы МИЭФ составляет $2,6 \pm 0,29$). Кроме того, отмечались такие сексуальные дисфункции, как расстройство эрекции (26%, средний балл по шкале $19,7 \pm 1,3$), замедленная эякуляция (14%, средний балл по МЭИФ $5,7 \pm 0,26$), расстройство которой определялось в клиническом интервью и фиксировалось индексом «оргазм». Расстройств оргастических ощущений и ускоренной эякуляции, как отдельных нозологических единиц, выявлено не было. Стоит отметить, что эректильная дисфункция во всех случаях сочеталась с расстройством полового влечения.

Таким образом, определены клинические варианты нарушений сексуального функционирования в обследованной выборке больных опиоидной наркоманией: расстройство либидо – 60% случаев, сочетание расстройства либидо и эректильной дисфункции – 26% случаев, оргазмическая дисфункция (замедленная эякуляция и анэякуляторный синдром) – 14% случаев.

С учётом того, что клинически нарушения эректильной составляющей на момент обследования в постабстинентный период в структуре сексуальных дисфункций у обследованных пациентов основной группы были выявлены у 26% мужчин, домен МИЭФ «эректильная функция» проанализирован у них отдельно. Общий бал этого индекса в этой подгруппе больных составил $13,3 \pm 1,8$ балла при норме более 26 баллов.

Дифференцированно выделены степени расстройства эрекции: у 15,3% ($18,2 \pm 2,15$ балла по шкале МИЭФ) выявлена легкая степень нарушения эректильной функции, клинически выражающаяся в редких случаях эрекции, её слабости и отсутствии возможности сохранения, в снижении качества полового акта и неуверенности в своих силах. В 9,2% случаев зарегистрирована умеренная степень нарушения эректильной функции ($15,3 \pm 1,5$ балла по шкале МИЭФ). Тяжелая степень нарушения эректильной функции выявлена в 1,5% случаев ($7,1 \pm 2,0$ балла по шкале МИЭФ).

Как показано в таблице 3, в период ремиссий сексуальное функционирование среди обследованных больных обеих групп остаётся на прежнем уровне. Расстройства половой сферы у пациентов основной группы сохраняются ($37,1 \pm 0,62$ балла по общему индексу шкалы МИЭФ), при этом происходит незначительная положительная динамика. В группе сравнения сексуального дисфункционирования не наблюдается ($61,7 \pm 0,46$ балла).

Т а б л и ц а 3

Международный индекс эректильной функции в период ремиссии опиоидной наркомании (ретроспективно) в основной группе и группе сравнения				
Домен шкалы (индекс)	Основная группа	Группа сравнения	Максимальный балл	Значимость критерия U*
Эректильная функция	$20,2 \pm 1,5$	$27,2 \pm 0,25$	30	$p < 0,05$
Удовлетворенность половым актом	$4,4 \pm 0,39$	$11,5 \pm 0,29$	15	$p < 0,05$
Оргазм	$5,5 \pm 0,42$	$8,5 \pm 0,22$	10	$p < 0,05$
Половое влечение	$3,5 \pm 0,53$	$8,3 \pm 0,25$	10	$p < 0,05$
Общая удовлетворенность	$3,5 \pm 0,24$	$8,2 \pm 0,85$	10	$p < 0,05$
Общий индекс шкалы	$37,1 \pm 0,62$	$63,7 \pm 0,46$	70	$p < 0,05$

Примечание. * – Достоверные различия между группами.

В основной группе в период ремиссии, так же как и в период после купирования абстинентного синдрома, выявляются расстройства эрекции (средний балл составляет $20,2 \pm 1,5$), эякуляторные нарушения (средний балл $5,5 \pm 0,42$), снижение либидо (средний балл $3,5 \pm 0,53$), эмоциональная неудовлетворенность (средние баллы индексов «удовлетворенность половым актом» и «общая удовлетворенность» составляют соответственно $4,4 \pm 0,39$ и $3,5 \pm 0,24$).

Анализ данных, полученных по шкале МИЭФ, в разные периоды течения опиоидной наркомании демонстрирует определенные особенности сексуального функционирования пациентов двух групп обследованной выборки (рис. 2).

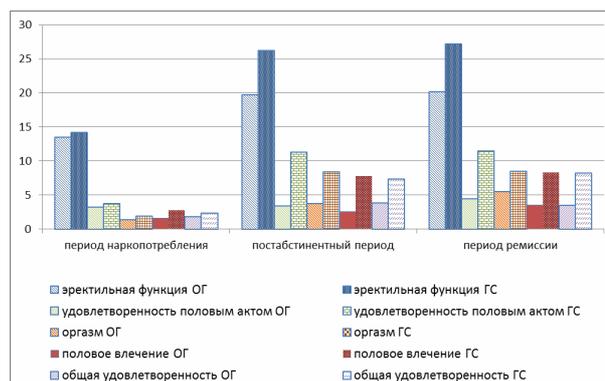


Рисунок 2 – Динамика доменов МИЭФ в периоды опиоидной наркомании в основной группе и группе сравнения

Шкала МИЭФ-15 является универсальным инструментом в алгоритме диагностики сексуальных расстройств у наркологических пациентов, обеспечивает количественную оценку уровней эректильной функции, полового влечения, оргазма, а также отражает эмоциональные параметры реализации половой жизни (удовлетворенность половым актом и общую удовлетворенность). Использование шкалы позволяет осуществлять мониторинг динамической картины сексуальных дисфункций в рамках реабилитационной программы больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В период наркотизации сексуальные дисфункции фиксируются у всех больных исследовательской выборки. Этот период характеризуется низким темпом половой жизни, редкими половыми эксцессами, утратой интереса больных к собственным проблемам сексуальности. В постабстинентный период происходит позитивная динамика составляющих полового цикла, но сексуальное функционирование пациентов основной группы продолжает носить характер сексуальных дисфункций. В период ремиссии у пациентов не происходят значимых улучшений, половые расстройства сохраняются. При этом в группе сравнения в период постабстинентных проявлений происходит быстрая редукция сексуальной слабости, восстанавливаются все составляющие полового цикла, такая же тенденция наблюдается и в период ремиссии этих больных. Найдены статистически достоверные различия между группами ($p < 0,05$) по таким показателям методики, как эректильная функция, удовлетворенность половым актом, половое влечение, общая удовлетворенность. Удалось обнаружить статистически достоверные различия между группами и по индексу «оргазм». Этот домен шкалы характеризует эякуляторные особенности пациентов, а именно частоту эякуляций и соответственно оргастических ощущений. Жалоб на нарушения ощущений во время оргазма пациенты не предъявляли, поэтому с учётом метода клинического интервью индекс шкалы «оргазм» нами рассматривался как расстройство эякуляторной функции.

Анализ динамики полового функционирования больных опиоидной наркоманией достоверно демонстрирует проявления сексуальных расстройств во время наркотизации ($21,5 \pm 0,45$ балла по МИЭФ), в период постабстинентного синдрома ($33,6 \pm 0,48$ балла) и в ремиссии ($37,1 \pm 0,62$ балла) при нормативном значении 65–75 баллов. Низкие показатели методики МИЭФ количественно подтверждают наличие у обследованных пациентов расстройства эректильной функции, полового влечения, эякуляторные нарушения и, как следствие, общую неудовлетворенность половой жизнью. Структура сексуальной дезадаптации у обследованных больных опиоидной наркоманией по шкале МИЭФ-15 в период постабстинентных проявлений и становления ремиссии представлена следующими вариантами: снижение или отсутствие либидо – 60%, сочетание расстройства либидо и эректильной дисфункции – 26%, оргазмическая дисфункция в виде замедленной эякуляции и анэякуляторного синдрома – 14%.

Для повышения качества оказания наркологической помощи пациентам с опиоидной зависимостью необходимо учитывать наличие расстройств половой сферы, с помощью разработанных алгоритмов диагностики своевременно их выявлять, включать в реабилитационную программу не только стандартизированные программы психофармако- и психотерапии, но и персонализированные методы коррекции, обладающие терапевтической чувствительностью к сексуальным дисфункциям с динамическим отслеживанием эффективности мероприятий.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор сообщает об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено в рамках темы НИР НИИ психического здоровья «Распространенность, клиничко-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ в социально-организованных популяциях (профилактический, реабилитационный аспекты)». Номер госрегистрации ААА-А15-115123110064-5.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол № 64 от 25 ноября 2013 г. этического комитета НИИ психического здоровья, дело № 64/3.2013).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009: 510.
2. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И. Сексуальные дисфункции в клинике опиоидной наркомании. *Наркология*. 2012; 9: 61–64.
3. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опиоидной наркоманией. Павлодар: ТОО НПФ «ЭКО», 2005: 286.
4. Бохан Н.А., Благов Л.Н., Кургак Д.И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012; 112 (5–2): 17–23.
5. Евсеев В.Д., Мандель А.И., Ляшенко Г.П. Немедикаментозная терапия сексуальных дисфункций и аффективных нарушений при опиоидной наркомании. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 4 (89): 34–39.
6. Жарков Ю.Н. Синдром редукции сексуальности в общей структуре нарушений при опиоидной наркомании. *Вопросы наркологии*. 2004; 2: 32–39.
7. Жарков Ю.Н., Хватов Б.И. Синдромологический подход к оценке состояния сексуальности при наркологических заболеваниях. XV съезд психиатров России. М., 2010: 249–250.
8. Кургак Д.И., Благов Л.Н., Бохан Н.А. Опиоидная наркомания, осложненная алкоголизмом (клиническая динамика, психопатология, терапия). Томск : Издательство «Иван Федоров», 2007: 166.
9. Мандель А.И., Артемьев И.А., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Невидимова Т.И., Прокопьева В.Д., Аболонин А.Ф., Шушпанова Т.В. Биологические предикторы, клиничко-патогенетические механизмы формирования и профилактика аддиктивных состояний в различных социальных группах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 4 (79): 40–48.
10. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2008: 640.
11. Толмачёва С.В., Семке В.Я., Аболонин А.Ф. Динамика сексуальности у больных опиоидной наркоманией. XV Съезд психиатров России (9–12 ноября, 2010). М.: Медпрактика-М, 2010: 360–361.
12. Aggarwal N., Kherada S., Gocher S., Sohu M. A study of assessment of sexual dysfunction in male subjects with opioid dependence. *Asian. J. Psychiatr.* 2016. Oct. doi: 10.1016/j.ajp.2016.06.017
13. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.
14. Chekuri V., Gerber D., Brodie A., Krishnadas R. Premature ejaculation and other sexual dysfunctions in opiate dependent men receiving methadone substitution treatment. *Addict Behav.* 2012. Jan. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.08.005
15. Chen W., Li X., Li X., Ling L., Xia Y., Chen J. et al. Erectile dysfunction among male heroin addicts receiving methadone maintenance treatment in Guangdong, China. *J. Addict Med.* 2012; 6: 212–218. doi: 10.4103/0253–7176.140699
16. Diehl A., Pillon S.C., Dos Santos M.A., Rassool G.H., Laranjeira R. Sexual Dysfunction and Sexual Behaviors in a Sample of Brazilian Male Substance Misusers. *Am. J. Mens. Health*. 2016. Sep; 10 (5): 418–427. doi: 10.1177/1557988315569298
17. Gerra G., Manfredini M., Somaini L., Maremmi I., Leonardi C., Donnini C. Sexual Dysfunction in Men Receiving Methadone Maintenance Treatment: Clinical History and Psychobiological Correlates. *Eur. Addict Res.* 2016; 22 (3): 163–175. doi: 10.1159/000441470
18. Nik J.N.R., Mislal N., Abdul Aziz S., Baharudin A., Ibrahim N., Midin M., Das S., Sidi H. Risk factors of erectile dysfunction in patients receiving methadone maintenance therapy. *J. Sex. Med.* 2013. Aug; 10 (8): 2069. doi: 10.1111/jsm.12105
19. Palha A.P., Esteves M. A study of the sexuality of opiate addicts. *J. Sex. Marital Ther.* 2002; 28: 427–437.
20. Rosen R.C. et al. The international index of erectile function (IIEF). *Urology*. 1997; Jun; 49 (6): 822–830.
21. Rosen R.C. Evaluation of the patient with erectile dysfunction: history, questionnaires, and physical examination. *Endocrine*. 2004. Mar-Apr; 23 (2–3): 107–111.
22. Trajanovska A.S., Vujovic V., Ignjatova L., Janicevic-Ivanovska D., Cibisev A. Sexual dysfunction as a side effect of hyperprolactinemia in methadone maintenance therapy. *Med. Arch.* 2013; 67: 48–50. doi: 10.4103/0253–7176.140699
23. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6). Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности. Всемирный доклад о наркотиках. Издание Организации Объединенных Наций, 2015.
24. Vallejo-Medina P., Sierra J.C. Effect of drug use and influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish male drug-dependent sample: a multisite study. *J. Sex. Med.* 2013. Feb; 10 (2): 333–341. doi: 10.1111/j.1743–6109.2012.02977

25. Wu C.J., Hsieh J.T., Lin J.S., Hwang T.I., Jiann B.P., Huang S.T. et al. Comparison of prevalence between self-reported erectile dysfunction and erectile dysfunction as defined by five-item International Index of Erectile Function in Taiwanese men older than 40 years. *Urology*. 2007; 69: 743–747. doi: 10.1016/j.urology.2006.12.019
26. Xia Y., Zhang D., Li X., Chen W., He Q., Jahn H.J. et al. Sexual dysfunction during methadone maintenance treatment and its influence on patient's life and treatment: A qualitative study in South China. *Psychol. Health Med.* 2013; 18: 321–329. doi: 10.1080/13548506.2012.729845.
27. Zhang M., Zhang H., Shi C.X., McGoogan J.M., Zhang B., Zhao L., Zhang M., Rou K., Wu Z. Sexual dysfunction improved in heroin-dependent men after methadone maintenance treatment in Tianjin, China. *PLoS One*. 2014; Feb. 10; 9 (2). doi: 10.1371/journal.pone.0088289.
28. Zhang Y., Wang P., Ma Z., Xu Z., Li Y. Sexual function of 612 male addicts treated by methadone. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2011; Aug. 36 (8): 739–743. doi: 10.3969/j.issn.1672-7347.2011.08.007.

Поступила в редакцию 5.05.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Евсеев Вячеслав Дмитриевич, врач-психиатр МБУЗ «Лоскутовская ЦРБ», заочный аспирант НИИ психического здоровья.

✉ Евсеев Вячеслав Дмитриевич, slawix@mail.ru

УДК 616.89-008.441.33-055.1:616.69-008.14(571.16)

For citation: Evseyev V.D. Clinical features and dynamics of sexual functioning in patients with opioid dependence in periods of narcotization, post-withdrawal state and remission. *Siberian herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 27–33. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-27-33

Clinical features and dynamics of sexual functioning in patients with opioid dependence in periods of narcotization, post-withdrawal state and remission

Evseyev V.D.

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

ABSTRACT

Objective: to study prevalence and structure of sexual disorders in patients with opioid addiction seeking for inpatient addiction treatment as well as to characterize sexual dysfunctions at different stages of the disease – in the periods of narcotization, post-withdrawal state and remission. **Material:** 120 inpatients with opioid addiction (F11.21) under therapy at Addictive States Department of Mental Health Research Institute and Tomsk Regional Narcological Dispensary between 2012 and 2016 were examined. The main group included 80 persons with opioid addiction and sexual disorders. Comparative group included 40 males with the same nosology without sexual dysfunctions. **Methods:** clinical-psychopathological, clinical-dynamic, clinical-sexological, statistical (the Mann-Whitney U test; correlation-regression analysis using the Pearson coefficient). **Results:** clinical-psychopathological and clinical-sexological methods were used for examination of 120 male patients with opioid addiction. With use of international diagnostic standards of sexual disadaptation, prevalence and structure of sexual disorders were investigated in the studied group. Sexual dysfunctions were revealed 67.6% of cases. Mean age of formation of sexual disorder was 23.8±2.4 years. Obtained low indices according to "International Index of Erectile Function" (IIEF-15) technique quantitatively confirmed presence of disorder of erectile function, sexual desire, ejaculatory disturbances and as a consequence total non-satisfaction with sexual life. Structure of sexual disadaptation in the examined patients with opioid addiction according to IIEF-15 in the period of post-withdrawal manifestations and formation of remission was represented as follows: disorder of libido – 60%; combination of disorder of libido and erectile dysfunction – 26%; orgasmic dysfunction (delayed ejaculation and anejaculatory syndrome) – 14% of cases. **Conclusion:** Analysis of dynamics of sexual functioning of patients reliably demonstrated manifestations of sexual disorders during narcotization (21.5±0.45 points according to International Index of Erectile Function), in the period of post-withdrawal syndrome (33.6±0.48 points) and remission (37.1±0.62 points) – norm is 65–75 points. Statistically reliable differences between groups ($p < 0.05$) were found according to indicators: erectile function, satisfaction with sexual intercourse, sexual desire, total satisfaction.

Keywords: opioid addiction, sexual dysfunction, disorder of erectile component, index of erectile function, indices of sexual desire, withdrawal syndrome, post-withdrawal syndrome, remission.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (in Russian).
2. Bokhan N.A., Evseyev V.D., Mandel A.I. Seksual'nye disfunktsii v klinike opioidnoy narkomanii [Sexual dysfunctions in clinic of opioid addiction]. *Narkologiya – Narcology*. 2012; 9: 61–64 (in Russian).
3. Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinsky Yu.A. Rannaya profilaktika i neoabilitatsiya bol'nykh opiyonoy narkomaniey [Early prevention and neoabilitation of patients with opium addiction]. Pavlodar: TOO NPF "EKO", 2005: 286 (in Russian).
4. Bokhan N.A., Blagov L.N., Kurgak D.I. Komorbidnost' opioidnoy narkomanii i alkogolizma u bol'nykh molodogo vozrasta: klinicheskie varianty dvoynogo diagnoza [Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of the double diagnosis]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012; 112 (5–2): 17–23 (in Russian).
5. Evseyev V.D., Mandel A.I., Lyashenko G.P. Nemedikamentoznaya terapiya seksual'nykh disfunktsiy i affektivnykh narusheniy pri opioidnoy narkomanii [Non-pharmacological therapy of sexual dysfunctions and affective disturbances in opioid addiction]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 4 (89): 34–39 (in Russian).

6. Zharkov Yu.N. Sindrom redukcii seksual'nosti v obshchey strukture narusheniy pri opiyonoy narkomanii [Syndrome of reduction of sexuality in the total structure of disturbances in opium addiction]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2004; 2: 32–39 (in Russian).
7. Zharkov Yu.N., Khvatov B.I. Sindromologicheskii podkhod k otsenke sostoyaniya seksual'nosti pri narkologicheskikh zabolevaniyakh. *Materialy XV s'ezda psikhiatrov Rossii [Syndromological approach to evaluation of the state of sexuality in narcological diseases. Materials of the XVth Meeting of Psychiatrists of Russia]*. M., 2010: 249–250 (in Russian).
8. Kurgak D.I., Blagov L.N., Bokhan N.A. [Opioid addiction complicated by alcoholism (clinical dynamic, psychopathology, therapy)]. Tomsk: Publishing House "Ivan Fedorov", 2007: 166. (in Russian).
9. Mandel A.I., Artemyev I.A., Vetlugina T.P., Ivanova S.A., Nevidimova T.I., Prokopieva V.D., Abolonin A.F., Shushpanova T.V. Biologicheskie prediktory, kliniko-patogeneticheskie mekhanizmy formirovaniya i profilaktika addiktivnykh sostoyaniy v razlichnykh sotsial'nykh gruppakh (itogi kompleksnoy temy NIR FGBU «NIIPZ» SO RAMN, 2009—2012 gg.) [Biological predictors, clinical-pathogenetic mechanisms of formation and prevention of addictive states in various social groups]. *Sibirskiy vestnik psikhiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 4 (79): 40–48 (in Russian).
10. Pyatnitskaya I.N. *Obschaya i chastnaya narkologiya: Rukovodstvo dlya vrachey [General and specific addiction psychiatry. Handbook for physicians]*. M.: Meditsina, 2008: 640 (in Russian).
11. Tolmacheva S.V., Semke V.Ya., Abolonin A.F. *Dinamika seksual'nosti u bol'nykh opiyonoy narkomaniey. XV S'ezd psikhiatrov Rossii (9–12 noyabrya, 2010) [Dynamics of sexuality in patients with opium addiction. The XVth Meeting of psychiatrists of Russia (9–12 November, 2010)]*. M.: Medpraktika-M, 2010: 360–361 (in Russian).
12. Aggarwal N., Kherada S., Gocher S., Sohu M. A study of assessment of sexual dysfunction in male subjects with opioid dependence. *Asian. J. Psychiatr.* 2016. Oct. doi: 10.1016/j.ajp.2016.06.017
13. Bokhan N.A., Ovchinnikov A.A. *Dissociative model of addictions formation*. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.
14. Chekuri V., Gerber D., Brodie A., Krishnadas R. Premature ejaculation and other sexual dysfunctions in opiate dependent men receiving methadone substitution treatment. *Addict Behav.* 2012. Jan. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.08.005
15. Chen W., Li X., Li X., Ling L., Xia Y., Chen J. et al. Erectile dysfunction among male heroin addicts receiving methadone maintenance treatment in Guangdong, China. *J. Addict Med.* 2012; 6: 212–218. doi: 10.4103/0253–7176.140699
16. Diehl A., Pillon S.C., Dos Santos M.A., Rassool G.H., Laranjeira R. Sexual Dysfunction and Sexual Behaviors in a Sample of Brazilian Male Substance Misusers. *Am. J. Mens. Health.* 2016. Sep; 10 (5): 418–427. doi: 10.1177/1557988315569298
17. Gerra G., Manfredini M., Somaini L., Maremmanni I., Leonardi C., Donnini C. Sexual Dysfunction in Men Receiving Methadone Maintenance Treatment: Clinical History and Psychobiological Correlates. *Eur. Addict Res.* 2016; 22 (3): 163–175. doi: 10.1159/000441470
18. Nik J.N.R., Mislan N., Abdul Aziz S., Baharudin A., Ibrahim N., Midin M., Das S., Sidi H. Risk factors of erectile dysfunction in patients receiving methadone maintenance therapy. *J. Sex. Med.* 2013. Aug; 10 (8): 2069. doi: 10.1111/jsm.12105
19. Palha A.P., Esteves M. A study of the sexuality of opiate addicts. *J. Sex. Marital Ther.* 2002; 28: 427–437.
20. Rosen R.C. et al. The international index of erectile function (IIEF). *Urology.* 1997; Jun; 49 (6): 822–830.
21. Rosen R.C. Evaluation of the patient with erectile dysfunction: history, questionnaires, and physical examination. *Endocrine.* 2004. Mar-Apr.; 23 (2–3): 107–111.
22. Trajanovska A.S., Vujovic V., Ignjatova L., Janicevic-Ivanovska D., Cibisev A. Sexual dysfunction as a side effect of hyperprolactinemia in methadone maintenance therapy. *Med. Arch.* 2013; 67: 48–50. doi: 10.4103/0253–7176.140699
23. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).
24. Vallejo-Medina P., Sierra J.C. Effect of drug use and influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish male drug-dependent sample: a multisite study. *J. Sex. Med.* 2013. Feb; 10 (2): 333–341. doi: 10.1111/j.1743–6109.2012.02977
25. Wu C.J., Hsieh J.T., Lin J.S., Hwang T.I., Jiann B.P., Huang S.T. et al. Comparison of prevalence between self-reported erectile dysfunction and erectile dysfunction as defined by five-item International Index of Erectile Function in Taiwanese men older than 40 years. *Urology.* 2007; 69: 743–747. doi: 10.1016/j.urology.2006.12.019
26. Xia Y., Zhang D., Li X., Chen W., He Q., Jahn H.J. et al. Sexual dysfunction during methadone maintenance treatment and its influence on patient's life and treatment: A qualitative study in South China. *Psychol. Health Med.* 2013; 18: 321–329. doi: 10.1080/13548506.2012.729845.
27. Zhang M., Zhang H., Shi C.X., McGoogan J.M., Zhang B., Zhao L., Zhang M., Rou K., Wu Z. Sexual dysfunction improved in heroin-dependent men after methadone maintenance treatment in Tianjin, China. *PLoS One.* 2014; Feb. 10; 9 (2). doi: 10.1371/journal.pone.0088289.
28. Zhang Y., Wang P., Ma Z., Xu Z., Li Y. Sexual function of 612 male addicts treated by methadone. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2011; Aug. 36 (8): 739–743. doi: 10.3969/j.issn.1672–7347.2011.08.007.

Received May 5 2017
Accepted June 26 2017

Evseyev Vyacheslav D., psychiatrist of Loskutovo Central District Hospital, postgraduate student of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation

✉ Evseyev Vyacheslav D., slawix@mail.ru

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.895.8:616.893:616-053.7-055.2

Для цитирования: Семин И.Р., Андрусенко И.В., Илюхина А.В. Случай гипертоксической шизофрении у подростка. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 34—37. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-34-37

Случай гипертоксической шизофрении у подростка

Семин И.Р.¹, Андрусенко И.В.², Илюхина А.В.³

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

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

³ Томская областная клиническая больница
Россия, 634063, г. Томск, ул. И. Черных, 96

РЕЗЮМЕ

Описано развитие и течение острого психоза, соответствующего по клиническим проявлениям гипертоксической (фебрильной) шизофрении, у девочки-подростка 17 лет. Трудности диагностики были обусловлены ложноположительными анализами на клещевой энцефалит и токсоплазмоз, которые в последующем не подтвердились. Это являлось отражением полиорганной патологии с нарушением функций иммунитета, что характерно для гипертоксической (фебрильной) шизофрении. Более 1,5 месяца больная находилась на искусственной вентиляции легких. Через год после перенесенного психоза пациентка полностью социально адаптирована, но появились личностные изменения. **Заключение.** Не описанная в англоязычных переводных руководствах по психиатрии гипертоксическая (фебрильная) шизофрения является клинической реальностью, причем прогноз этой патологии при эффективной терапии не всегда неблагоприятный.

Ключевые слова: гипертоксическая (фебрильная) шизофрения, клиника, терапия, катамнез.

ВВЕДЕНИЕ

В статье описан казуистический случай гипертоксической (фебрильной) шизофрении, впервые в жизни остро развившийся у 17-летней девочки-подростка. В советское время активно проводилось изучение данной формы патологии, в частности в Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР было развернуто отделение неотложной помощи для таких больных. Однако даже при адекватной терапии смертность таких больных превышала 50%. Информации о катамнестическом прослеживании выживших больных после приступа гипертоксической (фебрильной) шизофрении в литературе не имеется.

ОБСУЖДЕНИЕ КАЗУИСТИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Алена С-а, 17 лет, поступила в Томскую клиническую психиатрическую больницу (ТКПБ) 16 мая 2016 г. по направлению диспансерного отделения, куда обратились ее родители в связи с необычным поведением дочери.

9 мая вместе с одноклассниками она ходила на «маевку», чтобы отдохнуть на природе недалеко от Томска. На следующий день (10 мая) в школе во время подготовки к годовой аттестации внезапно стала растерянной, побледнела, не отвечала на вопросы учителей и одноклассников. Говорила, что «не понимает, что происходит», жаловалась на «пустоту в голове». Отмечалась дрожь в руках и во всем теле. Родителей вызвали в школу, и они забрали девочку домой. Дома постоянно повторяла, что «не готова к аттестации», поэтому ее «выгонят из школы», была тревожна, плохо спала ночью. Спустя 2 дня (11 мая) утром родители вызвали бригаду

«скорой помощи», но врач, осмотрев больную, дал одну таблетку афобазола и сказал, что «это просто истерика, всё пройдет само собой, госпитализация не нужна».

12 мая родители вместе с девочкой обратились к невропатологу поликлиники по месту жительства, так как оставалась выраженная тревожность, высказывания о «неготовности к аттестации в школе», периодически отмечалась дрожь в руках и во всем теле. Выставлен диагноз «судорожный синдром неясного генеза», даны направления на параклинические исследования и назначены тералиджен и новопассит. Прием этих препаратов не снизил тревогу, беспокойство и волнение больной; более того, вечером 14 мая она совершила попытку выпрыгнуть в окно с 9-го этажа. К этому времени симптоматика значительно изменилась: последние две ночи вообще не спала, отказывалась от приема пищи, сбрасывала с себя одежду, истошно кричала, падала на пол, выгибалась всем телом, раскидывала руки в стороны. Речевому контакту была совершенно недоступна, не фиксировала взгляд на собеседнике. В таком состоянии была доставлена родителями в диспансерное отделение, в последующем помещена в стационар.

Психическое состояние при поступлении. Врач приемного покоя отметил нормальную температуру тела (36,6°), рост 159 см, вес 52 кг. Соматическая и неврологическая патология не выявлялись. Больная не отвечала на вопросы, нелепо улыбалась, глядя в сторону, несколько раз повторила слово «аттестация», растягивая звук «с»: аттес-с-с-с-тация. Несколько раз откидывалась на спинку стула, раски-

дывала руки в разные стороны и застывала в такой позе. При попытке установить контакт с помощью письма охотно взяла в руки лист бумаги и авторучку, но на все вопросы в ответ писала повторяющиеся буквы или слоги. Вопрос (письменный): «Как тебя зовут?». Ответ: «CasCasAAX». Вопрос (письменный): «Зачем хотела выпрыгнуть в окно?». Ответ: «Хожо ж ж ж НААППГ».

В отделении у больной развилось психомоторное возбуждение на фоне аффекта страха: кричала, пыталась залезть под кровать, закрыть голову подушкой. Была фиксирована мягкими вязками. После фиксации находилась в постоянном движении, извивалась всем телом, выгибалась, опираясь на пятки и плечи, громко кричала. На задаваемые вопросы не отвечала, в ответ на просьбу открыть рот сжимала губы, сопротивлялась осмотру, не смотрела на врача и медсестер, иногда затихала и улыбалась, глядя в стену. Статус был квалифицирован как кататонический с мутизмом, негативизмом, аффектом тревоги и страха, импульсивным возбуждением и стереотипиями. Была выполнена инъекция реланиума (10 мг в/м), после которой больная лежала на кровати спокойно, отвернувшись к стене.

Через 2,5 часа пациентка вновь стала беспокойной, извивалась и выгибалась в постели, пыталась освободиться от фиксации. При попытке установить речевой контакт кивала в ответ на разные вопросы, давая противоречивые ответы. Неожиданно в ответ на вопрос «Чем любишь заниматься?» несколько раз подряд произнесла звук «Ф». Мать больной, находившаяся в это время в палате, объяснила, что она занимается фитнесом. Поставлена система с NaCl, KCl, витаминами B₁ и B₆, глюкозой и реланиумом 2,0 внутривенно медленно.

После системы успокоилась, но через 2 часа вновь отмечалось хаотичное возбуждение в пределах постели: приподнималась на вязках, истошно кричала, пыталась сбросить с себя одежду. В связи с этим выполнена инъекция трифазина (0,2 % – 4 мг) и реланиума (0,5 % – 10 мг). После чего до утра 17 мая оставалась в постели, была мутнична и негативистична к действиям персонала. Не питалась.

Невропатолог: неврологической очаговой симптоматики, менингеальных знаков не выявлено. Рекомендовано ЭЭГ, КТ или МРТ головного мозга.

Предварительный диагноз: острое преходящее психотическое расстройство при наличии ассоциированного стресса (F23.91). Дифференциальный диагноз с поражением головного мозга неуточненным (G93.9).

Анамнез (со слов родителей). Наследственность психопатологически не отягощена. Мать работает экспертом в частной фирме, имеет высшее экономическое образование. Отец имеет среднее специальное образование, работает в торговой фирме. Больная родилась вторым ребенком из трёх детей в полной, вполне благополучной семье. Старший брат 27 лет получил высшее образование, работает по специальности, имеет семью. Младшая сестра в 2014 г.

лечилась у психиатров по поводу психических расстройств в связи с системной красной волчанкой. Росла здоровым, физически крепким ребенком, редко болела. Была активной и общительной еще в дошкольном возрасте. В школе училась только на «отлично», поддерживала близкие дружеские отношения с двумя одноклассниками. Тщательно готовилась к занятиям, переживала, что может получить другую оценку, кроме пятерки. Любила выступать перед аудиторией – пела, танцевала – окончила 7 классов музыкальной школы по классу хореографии. Последние два года увлеклась фитнесом. Решила закончить школу с золотой медалью и поступить в Академию МВД, как героиня телевизионного сериала.

Много и упорно занималась, в 2015 г. в связи с повышенной утомляемостью обследовалась у эндокринолога. Выявлен повышенный уровень ТТГ (4,3 мкМЕ/л), кортизола (8,2 нмоль/л). В течение нескольких месяцев принимала назначенный врачом йод-баланс (сведения из амбулаторной карты).

Аллергических реакций, хронических соматических, тяжелых инфекционных заболеваний никогда не было. Родители подтвердили, что резкое изменение поведения девочки произошло 10 мая: «Мы приехали в школу по звонку учительницы и не узнали свою дочь».

Заключение обзорной рентгенограммы (17 мая): легочная ткань без очагово-инфильтративных изменений. Патологии органов грудной клетки не определяется. Для исключения острого нарушения мозгового кровообращения по согласованию с заместителем главного врача ОКБ больная была доставлена в приемный покой ОКБ, осмотрена невропатологом и нейрохирургом, выполнена КТ головного мозга. Сосудистая патология исключена. В этот же день у пациентки впервые зафиксирована субфебрильная температура: 37,2-37,4°.

Результаты клинических анализов (18 мая) почти все соответствовали нормативным показателям. ОАК: лейкоциты – 8,7, эритроциты – 4,59, гемоглобин – 136, гематокрит – 39,5, тромбоциты – 268, лимфоциты – 17,9, нейтрофилы – 72,8, моноциты – 11,1, эозинофилы – 0,4, базофилы – 0,5, СОЭ – 5. Исследование крови на антитела к токсоплазме, цитомегаловирусу, вирусу простого герпеса и на боррелиоз – отрицательные результаты. Однако положительный результат ИФА на клещевой энцефалит, а также повышение АСТ до 59,6–87,5 Е/л.

Состоялся консилиум с участием представителя кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ, невропатолога, инфекциониста, терапевта под председательством заместителя главного врача ТКПБ. Большинство специалистов высказались за дополнительное обследование пациентки в условиях инфекционного отделения городской больницы № 3, куда она была переведена с предварительным диагнозом «Менингоэнцефалит неуточненной этиологии». Однако уже тогда на консилиуме впервые было высказано мнение, что у больной разворачивается приступ фебрильной (гипертоксической) шизофре-

нии, так как ее состояние 18 мая характеризовалось нарастающей кататонической симптоматикой с дезориентировкой и, возможно, онейроидными переживаниями, хаотичным возбуждением в пределах постели, негативизмом, мутизмом, стереотипиями, отказом от пищи на фоне субфебрильной температуры.

В инфекционном отделении горбольницы № 3 пациентка находилась с 18 по 31 мая 2016 г. Вначале психическое состояние характеризовалось хаотичным возбуждением в пределах постели со стереотипными выкриками, оперкулярными движениями губ, однако уже 26 мая клиническая картина соответствовала субступору, а затем ступору. Анализы на клещевой энцефалит, цитомегаловирусную инфекцию, вирус Эпштейна-Барра, вирус простого герпеса, системную красную волчанку, боррелиоз, *Neisseria meningitidis* дали отрицательные результаты. Анализ спинно-мозговой жидкости не выявил отклонений от нормы. Проводилась антибиотико- и гормонотерапия, принимала сердечно-сосудистые средства, внутривенно вводились питательные смеси, так как больная самостоятельно не питалась. В связи с подозрением на системную красную волчанку, которой страдает родная сестра больной, с 26 по 29 мая проводилась пульсотерапия солумедролом. 29 мая у больной развилась дыхательная недостаточность, в связи с чем была переведена на искусственную вентиляцию легких. Повторный анализ на токсоплазмоз оказался положительным, и 31 мая больная переведена в отделение реанимации ОГАУЗ Томской областной клинической больницы с диагнозом «Острый токсоплазмоз, генерализованная форма с поражением ЦНС. Не исключена гипертоксическая шизофрения».

Больная поступила в отделение реанимации ТОКБ в состоянии крайней степени тяжести: дыхание через интубационную трубку мобильного аппарата ИВЛ, АД 70/40 мм рт.ст. на фоне применения вазопрессоров, питание через зонд.

Диагноз: отек головного мозга, нижнедолевая пневмония, сепсис.

Повторный анализ по cito не подтвердил диагноза «токсоплазмоз». 2 июня наложена трахеостома. Нарастание уровней КФК и КФК-МВ с одновременным снижением уровня белка (56) и альбуминов (34) связано с развитием миокардита. Проведена заместительная иммунотерапия препаратами иммуноглобулина, гемофилтрация. В связи с нестабильной гемодинамикой длительное время применялись мезатон, дофамин. По поводу лечения пневмонии проводилась длительная антибактериальная терапия. 15 июня выявлено осложнение в виде острого флеботромбоза глубоких вен бедра и голени слева, 24 июня – острый флеботромбоз подключичной вены слева, пролежни затылочной и пяточной областей. На фоне проводимой терапии появилась положительная динамика – купирован отек головного мозга, пневмония. 15 июля отключена от аппарата ИВЛ, дыхание через стому. Начала контактировать с окружающими.

Психический статус: амнезия болезненного периода, начиная с последнего дня занятий в школе, астенический синдром со слабодушием и тревогой. Переведена в неврологическое отделение, передвигается с помощью родственников из-за моторно-сенсорной полинейропатии нижних конечностей, двустороннего пареза разгибателей стопы. У пациентки развился посттравматический стеноз, проведено бужирование трахеи, трахеопластика, стентирование силиконовой трубкой. Длительное время проводилось лечение пролежней. Выписана 12 августа в удовлетворительном состоянии: передвигается самостоятельно, парез стоп, пролежни регрессировали.

В связи с одышкой 21 сентября госпитализирована в хирургическое отделение, проведена операция. 19 января 2017 г. вновь госпитализирована в хирургическое отделение по поводу одышки. Выполнено бужирование рубцовых стриктур трахеи.

Посещает школу с 1 сентября 2016 г. – дублирует 10-й класс.

Психический статус на 24 мая 2017 г.: к психиатрам после выписки из ТОКБ не обращалась. Эмоционально адекватна, не хочет вспоминать о перенесенном заболевании, осторожно спрашивает: «А это не может повториться?». Учится только на «хорошо» и «отлично», отказалась от намерений поступить в высшую школу МВД, хочет стать биологом. Со слов родителей, стала значительно спокойней, нет прежнего упрямства и проявлений перфекционизма. Поддерживает дружеские отношения с двумя прежними подругами. Психических расстройств не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В приведенной выше информации, на наш взгляд, есть два удивительных момента. Первое – это практическое выздоровление пациентки после приступа гипертоксической шизофрении. Один из авторов публикации за 43 года врачебной практики был свидетелем смерти 5 больных с этой патологией, своевременно переведенных из психиатрической больницы в реанимацию. Второе – это крайнее недоверие, скептическое отношение врачей соматических специальностей к диагнозу фебрильной (гипертоксической) шизофрении, хотя еще в 1987 г. Министерство здравоохранения СССР выпустило методические рекомендации по диагностике и лечению этой формы патологии [3]. Конечно, выраженные трудности для клинициста представляет интерпретация иммунологических анализов (клещевой энцефалит, токсоплазмоз), которые дают противоречивые результаты. Однако еще в двух классических монографиях отечественных авторов [5, 7] указано, что при фебрильной шизофрении поражаются все системы жизнеобеспечения организма, в том числе иммунная. Интересно, что в переводных англоязычных руководствах по психиатрии гипертоксическая (фебрильная) шизофрения даже не упоминается [1, 2, 4, 6], хотя сегодня достаточно полную информацию о клинике и лечении этого заболевания можно без труда найти в Интернете [8].

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия / перевод с англ. доп. / под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998: 505.
2. Каплан Г., Сэдок Б. Клиническая психиатрия. Т. 2. М.: Медицина, 1994: 671.
3. Клиника, ранняя диагностика и терапия приступов фебрильной шизофрении: Методические рекомендации для врачей / Министерство здравоохранения СССР. М., 1987: 21.

4. Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. М.: Практика, 1998: 485.
5. Ромасенко В.А. Гипертоксическая шизофрения. М.: Медицина, 1967: 240.
6. Телле Р. Психиатрия. Минск: Высшая школа, 1999: 496.
7. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. М.: Медицина, 1982. 128.
8. all-referats.com/76/2-38442-shizofreniya-10.html

Поступила в редакцию 14.04.2017

Утверждена к печати 26.06.2017

Семин Игорь Рэмович, д.м.н., проф. кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии.

Андрусенко Ирина Васильевна, к.м.н., заместитель главного врача ТКПБ по медицинской части.

Илюхина Анна Викторовна, заместитель главного врача ТОКБ по клинико-экспертной работе и диагностике.

✉ Семин Игорь Рэмович, seminir.181951@gmail.com

УДК 616.895.8:616.893:616-053.7-055.2

For citation: Semin I.R., Andrusenko I.V., Ilyukhina A.V. A case of hypertoxic schizophrenia in an adolescent. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 34–37. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-34-37

A case of hypertoxic schizophrenia in an adolescent

Semin I.R.¹, Andrusenko I.V.², Ilyukhina A.V.³

¹ *Siberian State Medical University*

Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russia

² *Tomsk Clinical Psychiatric Hospital*

Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russia

³ *Tomsk Regional Clinical Hospital*

Ivan Chernykh Street 96, 634063, Tomsk, Russia

ABSTRACT

The paper describes development and course of the acute psychosis corresponding according to clinical manifestations to hypertoxic (febrile) schizophrenia in a female adolescent aged 17 years. Difficulties of diagnosis were caused by false-positive tests for tick-borne encephalitis and toxoplasmosis which were not confirmed subsequently. This was reflection of polyorgan pathology with disturbance of functions of the immunity that is typical for hypertoxic (febrile) schizophrenia. For more than 1.5 months the female patients was under artificial pulmonary ventilation. One year after experienced psychosis the female patient is fully socially adapted but there are personality changes. **Conclusion.** Non-described in English-language translated handbooks of psychiatry hypertoxic (febrile) schizophrenia is a clinical reality with prognosis of this pathology under efficient therapy being not always unfavorable.

Keywords: hypertoxic (febrile) schizophrenia, clinical picture, therapy, follow-up.

REFERENCES

1. Kaplan G., Sadock B. Klinicheskaya psikhiiatriya [Clinical Psychiatry]. Transl. from Engl. T.B. Dmitrieva, ed. M.: GEOTAR MEDITSINA, 1998: 505 (in Russian).
2. Kaplan G., Sadock B. Klinicheskaya psikhiiatriya [Clinical Psychiatry]. Vol. 2. M.: Meditsina, 1994: 67 (in Russian).
3. Klinika, rannaya diagnostika i terapiya pristupov febril'noy shizofrenii: Metodicheskie rekomendatsii dlya vrachey / Ministerstvo zdravookhraneniya SSSR [Clinical picture, early diagnosis and therapy of attacks of febrile schizophrenia: Guidelines for physicians. Ministry of Healthcare of the USSR]. M., 1987: 21 (in Russian).
4. Psikhiiatriya [Psychiatry]. R. Scheider, ed. M.: Praktika, 1998: 485 (in Russian).
5. Romasenko V.A. Gipertoksicheskaya shizofreniya [Hypertoxic schizophrenia]. M.: Meditsina, 1967: 240 (in Russian).
6. Telle R. Psikhiiatriya [Psychiatry]. Minsk: Vysheyshaya shkola, 1999: 496 (in Russian).
7. Tiganov A.S. Febril'naya shizofreniya [Febrile schizophrenia]. M.: Meditsina, 1982. 128 (in Russian).
8. all-referats.com/76/2-38442-shizofreniya-10.html (in Russian).

Received April 14.2017

Accepted June 26.2017

Semin Igor R., MD, Prof. of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department, Siberian State Medical University, Tomsk, Russia.

Andrusenko Irina V., PhD, Deputy Chief Medical Officer, Tomsk Clinical Psychiatric Hospital, Tomsk, Russia.

Ilyukhina Anna V., Deputy Chief Physician for Clinical Expertise and Diagnostics, Tomsk Regional Clinical Hospital, Tomsk, Russia.

✉ Semin Igor R., seminir.181951@gmail.com

ПРЕВЕНТИВНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.891.6:616.895.4:616.89-008.441.13:616.89-008.441.33:65.012.124-028.51:378.17-057.875(571.16)

Для цитирования: Бохан Н.А., Воеводин И.В., Лукьянова Н.А., Пушкаренко А.Б. Аддиктивные и тревожно-депрессивные расстройства у студентов Томской области: динамика, половозрастной и миграционный аспекты. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 38—45. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-38-45

Аддиктивные и тревожно-депрессивные расстройства у студентов Томской области: динамика, половозрастной и миграционный аспекты

Бохан Н.А.^{1,2}, Воеводин И.В.^{1,3}, Лукьянова Н.А.⁴, Пушкаренко А.Б.⁵

¹ Научно-исследовательский институт 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 Национальный исследовательский Томский государственный университет

Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 36

⁴ Национальный исследовательский Томский политехнический университет

Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 30

⁵ Администрация Томской области

Россия, 634050, Томск, пл. Ленина, 6

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – оценка актуального состояния и динамики психического здоровья студентов вузов (распространенности аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройств). **Материал и методы:** проанализированы результаты трех исследований методом анонимного анкетирования (2015, 2011 и 2003 гг.), обследовано 22 060, 669 и 657 человек соответственно. **Результаты:** в 2015 г. распространенность среди студентов курения табака составила 34,8%, злоупотребления алкоголем – 19,6%, опыта употребления наркотиков – 10,6%, тревоги – 27,3%, депрессии – 15,6%. Ведущие тенденции динамики – феминизация наркотизма, снижение значимости субмиссивной мотивации и возрастание значимости атарактической мотивировки потребления психоактивных веществ. Обоснованы подходы к дифференцированной профилактике аддиктивных и тревожно-депрессивных состояний в вузах.

Ключевые слова: студенты, психическое здоровье, употребление психоактивных веществ, тревога, депрессия.

ВВЕДЕНИЕ

Для осуществления мероприятий по профилактике зависимостей требуются стратегии, учитывающие социальные, культуральные и экономические особенности отдельных целевых групп [14]. Необходим единый, научно обоснованный подход к стандартизации и оценке программ, обеспечивающий внедрение наиболее эффективных профилактических интервенций для дифференцированных групп населения [12]. Одной из таких групп выступают студенты и молодые специалисты [13]. В совместной работе сибирских психиатров отмечается, что особое значение профилактика аддиктивного поведения и зависимостей среди высокообразованной молодежи имеет в регионах, где научно-образовательный комплекс наиболее развит и имеет ведущее значение в экономике; к числу таких регионов в Сибирском федеральном округе относится Томская область [7].

Цель исследования – оценка психического здоровья студентов вузов (изучение распространенности аддиктивных и тревожно-депрессивных расстройств), а также динамики его показателей, влияния на показатели половозрастного и миграционного факторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные масштабного межвузовского исследования, осуществленного по заказу Администрации Томской области специалистами и волонтерами Томского политехнического университета по методикам НИИ психического здоровья. Исследование охватило 9 вузов Томской области, в нём приняли участие 22 060 студентов.

В обследованной выборке преобладали девушки (55,0%), средний возраст студентов составил 20,1±1,8 года. Студенты I курса составили 27,8%, II курса – 22,8%, III курса – 20,2%, IV курса – 15,2%, V курса и магистратуры – 13,6% обследованных; 0,4% – не указали курс обучения. 35,5% обследованных проживали до поступления в Томске, 15,9% – прибыли на учебу из районов Томской области, 33,8% – из других регионов России, 14,7% – из зарубежных государств (Казахстан, Узбекистан, Киргизия и др.), 0,1% опрошенных не указали региона проживания до поступления в вуз.

Для оценки динамики ситуации проведен сравнительный анализ данных трех контрольных точек, характеризующих разные периоды наркологической ситуации.

Первая контрольная точка включала исследование 2003 г., когда на рынке наркотиков Томской области завершился переход от кустарных опиоидов к героину. Вторая точка – исследование 2011 г., этап ослабления на рынке позиций героина и растительных каннабиноидов, поискового полинаркотизма («аптечные наркотики», «соли» и др.), начало бурного распространения синтетических каннабиноидов. Третья точка – основное исследование 2015 г., когда ситуацию на рынке и среди потребителей в наибольшей степени определяли синтетические каннабиноиды.

В первой контрольной точке обследовано 657 студентов, во второй точке – 669. В обеих выборках преобладали девушки (66,7% и 62,3% соответственно), средний возраст составил 18,9±1,3 и 20,1±1,6 года.

Исследование в 2015 г. проводилось методом анонимного анкетирования по анкете, разработанной в НИИ психического здоровья и позволяющей получать результаты, корректные для сравнительного анализа с результатами прошлых исследований. Были оценены такие параметры: рейтинг наиболее актуальных для современных студентов проблем, вовлеченность в употребление табака, злоупотребление алкоголем и опыт употребления наркотиков, мотивировки употребления психоактивных веществ, тревожно-депрессивная симптоматика (по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» – Hospital Anxiety and Depression Scale).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первую очередь был оценен показатель «Рейтинг проблем, наиболее актуальных для современных студентов» (табл. 1).

Сгруппировав и проанализировав указанные студентами проблемы, можно отметить, что в качестве наиболее актуальных выступали проблемы материально-бытовые, на них пришлось 20,8% в общем рейтинге.

Средняя степень выраженности выявлена для проблем с учебой и будущей специальностью (16,5%), проблем низкой культуры в студенческой среде (14,4%), химических аддикций (12,9%), коммуникативных проблем (12,4%), нехимических аддикций (11,2%).

Меньшую озабоченность вызывают у студентов проблемы физического здоровья (4,6%), девиантного поведения (3,7%) и проблема «нервных срывов» (3,5%).

Динамика актуальных проблем оценена путем сравнительного анализа с результатами аналогичного опроса 2011 г.; статистически достоверные различия проиллюстрированы на рисунке 1.

Наиболее значимый рост выявлен для значимости проблемы нехимических аддикций (11,2% в общем рейтинге vs 6,9% в 2011 г., p<0,01), также обнаружена тенденция возрастания в студенческой среде значимости проблем с учебой и выбором будущей специальности, бескультурия и девиантного поведения.

Т а б л и ц а 1

Рейтинг наиболее актуальных проблем			
Проблема	Число указаний на актуальность проблемы	% считающих проблему актуальной	Доля проблемы в общем рейтинге проблем
Бытовые и материальные трудности	7440	33,7	11,7
Высокие учебные нагрузки	6304	28,6	9,9
Необходимость зарабатывать деньги параллельно с обучением в вузе	5755	26,1	9,1
Компьютерная и Интернет-зависимость, виртуальная реальность	5534	25,1	8,7
Бескультурия (несоблюдение нравственных норм, употребление нецензурных слов, духовная бедность)	5180	23,5	8,2
Отсутствие перспектив трудоустройства по специальности	4198	19,0	6,6
Утрата целей, ценностей, интереса к жизни	3959	17,9	6,2
Взаимоотношения со старшими по возрасту и статусу (родители, преподаватели, администрация вуза)	3648	16,5	5,7
Курение табака	3319	15,0	5,2
Пьянство, в том числе злоупотребление пивом	2953	13,4	4,6
Физическое здоровье	2919	13,2	4,6
Взаимоотношения с любимым человеком	2529	11,5	4,0
«Нервные срывы» и другие психические расстройства	2236	10,1	3,5
Употребление наркотиков	1941	8,8	3,1
Взаимоотношения со сверстниками	1727	7,8	2,7
Азартные игры, игровые автоматы	1616	7,3	2,5
Сексуальная распушенность в студгородках	1271	5,8	2,0
Правонарушения, асоциальное поведение	1051	4,8	1,7



Рисунок 1 – Динамика удельного веса наиболее актуальных для студентов проблем, %
Примечание: ** – p<0,01; * – p<0,05

Наиболее заметно снизилась роль проблем в коммуникациях (12,4% vs 18,0% в 2011 г., p<0,01), также проявились тенденции снижения значимости материально-бытовых проблем, проблем физического и психического здоровья.

Разнонаправленные тенденции обнаружили составляющие показателя химических аддикций – снижение обеспокоенности проблемой алкоголизации и рост беспокойства по поводу проблемы наркотиков. Юноши чаще отмечают проблемы с химическими и нехимическими аддикциями (алкоголь, табак, наркотики, виртуальная аддикция и азартные игры), целями и ценностями. Девушки больше обеспокоены проблемами с психическим и физическим здоровьем, со старшими, с учебными нагрузками и перспективами трудоустройства.

Для студентов младших курсов большее значение имеют учебные нагрузки, цели и ценности, для старшекурсников – необходимость подработки во время учебы и перспективы будущего трудоустройства.

Для студентов-томичей, проживающих преимущественно в родительских семьях, сравнительно более актуальной оказалась проблема подработки, для приезжих – проблема виртуальной аддикции.

Вторым проанализированным показателем стало «Употребление табака, злоупотребление алкоголем, опыт употребления наркотиков» (химические аддикции). Результаты представлены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Вовлеченность студентов в аддиктивное поведение		
Психоактивное вещество:	абс. число указаний	% от числа обследованных студентов
Употребление табака	7671	34,8
Злоупотребление алкоголем	4324	19,6
Опыт употребления наркотиков	2347	10,6

Примечание. Оценены все указания на табакокурение, включая эпизодическое; указания на превышение уровня «нормативного» употребления алкоголя по критериям частоты и/или интенсивности алкоголизаций; все указания на наличие опыта употребления наркотиков, включая однократный).

Сравнение уровня употребления студентами табака с результатами исследования 2011 г. (в 2003 г. показатель не исследовался) обнаружило статистически сопоставимую картину, с незначительным преобладанием распространенности табакокурения среди юношей в обоих случаях.

Общая динамика распространенности злоупотребления алкоголем и её межполовые различия проиллюстрированы на рисунке 2.

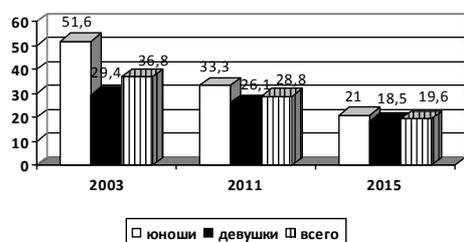


Рисунок 2 – Динамика распространенности злоупотребления алкоголем среди студентов, %

Наблюдается общая тенденция к снижению уровня злоупотребления алкоголем, проявляющаяся среди юношей в большей степени и менее выраженная у девушек, с выраженным сглаживанием межполовых различий в динамике.

Динамика распространенности среди студентов наркотического опыта и межполовые динамические различия показателя представлены на рисунке 3.

Уровень распространенности наркотического опыта среди студентов, достаточно стабильный (в среднем) на протяжении предыдущего десятилетия, в последнем исследовании обнаружил выраженную тенденцию к снижению.



Рисунок 3 – Динамика распространенности опыта употребления наркотиков среди студентов, %

При этом, как и в ситуации со злоупотреблением алкоголем, актуально уменьшение разрыва между уровнями вовлеченности в наркотизацию юношей и девушек, т.е. в обоих случаях наблюдается явная тенденция «феминизации» наркотизма. Установлено также, что возраст студентов и курс обучения не влияют достоверно ни на один из показателей потребления психоактивных веществ. Среди студентов-томичей выявлен сравнительно более высокий уровень употребления табака (36,4%), среди студентов, прибывших из районов области, – уровень злоупотребления алкоголем (21,6%), а среди студентов, прибывших из-за рубежа, – уровень наличия наркотического опыта (12,3%).

Третий показатель – «Мотивировки употребления психоактивных веществ». В данном случае важен подход к классификации мотивов потребления психоактивных веществ. В литературе часто встречается подход зарубежных авторов [18], рассматривающий мотивы копинга (coping), социальные (social), иногда с отдельным выделением конформных (conformity), и активации (enhancement).

Наиболее распространенный отечественный подход, базирующийся на классификации В.Ю. Завьялова, предложенной еще в 1988 г. для алкогольной зависимости и не всегда корректно переносимой на зависимость наркотическую, включает другие три группы мотивов: социально-психологические (традиционные, субмиссивные, псевдокультурные), личностные (гедонистические, атарактические, гиперактивации) и патологические (абстинентные, аддиктивные, самоповреждения) [16]. Отсутствие единого общепринятого подхода к классификации мотивов потребления приводит к возникновению различных авторских подходов [15]. Среди них наиболее интересным и обоснованным представляется подход А.Ю. Егорова и др. (2006), рассматривающий 5 наиболее значимых мотивов обращения к психоактивным веществам. К ним авторы относят: гедонистический (включая любопытство), субмиссивный (закрывающийся в конформном следовании традициям микросоциального окружения), коммуникативный (для облегчения общения), детензивный или атарактический (устранение неприятных эмоций) и протестно-демонстративный (сопротивление требованиям окружающих, например, «назло родителям») [11].

Наш подход в значительной степени пересекается с подходом А.Ю. Егорова, с дополнительным выделением мотивов гиперактивации (употребление «от скуки») и традиционного (в отличие от субмиссивного употребления, следования правилам непосредственного, микросоциального окружения, традиционное употребление подразумевает традиции общества в целом, макросоциума, окружения, не являющегося непосредственным, в связи с чем возможно только для легальных психоактивных веществ и невозможно для наркотиков) [10].

Результаты исследования мотивировок потребления представлены в таблице 3.

Таблица 3

Мотивировки потребления психоактивных веществ		
Ведущий мотив	Абс. число указаний	Доля мотивировки в общем рейтинге
Мотивировка потребления табака		
Гедонистическая	3517	32,0
Атарактическая	2994	27,3
Субмиссивная	894	8,1
Протестно-демонстративная	617	5,6
Гиперактивации	2021	18,4
Традиционная	941	8,6
Мотивировка потребления алкоголя		
Гедонистическая	5289	25,8
Атарактическая	5080	24,8
Субмиссивная	1119	5,5
Протестно-демонстративная	678	3,3
Гиперактивации	4564	22,3
Традиционная	3731	18,2
Мотивировка потребления наркотиков		
Гедонистическая	1288	42,7
Атарактическая	1003	33,3
Субмиссивная	155	5,1
Протестно-демонстративная	206	6,8
Гиперактивации	363	12,0

Динамика мотивировок употребления табака по сравнению с 2011 г. не обнаруживает статистически достоверных различий (в 2003 г. данный показатель не исследовался). Для алкоголя и наркотиков динамика мотивировок проиллюстрирована на рисунке 4.

Динамика мотивировок употребления алкоголя



Динамика мотивировок употребления наркотиков



Рисунок 4 – Динамика мотивировок употребления алкоголя и наркотиков, %

Наблюдается разнонаправленная динамика атарактических и субмиссивных мотивировок и неуклонное снижение значимости традиционной мотивировки алкоголизаций, свидетельствующее о сохраняющейся напряженности ситуации с употреблением ПАВ согласно нашим данным [6].

В группе девушек преобладают атарактические мотивировки во всех трех случаях (табак – 28,8% vs 25,6% у юношей, $p=0,0001$; алкоголь – 26,8% vs 22,6% $p=0,0000$; наркотики – 38,5% vs 28,5, $p=0,0000$). Для студентов младших курсов в большей степени характерны атарактическая и субмиссивная мотивировки, ко II и III курсу возрастает значение гиперактивации и роль протестно-демонстративной мотивации, с IV курса доминирует гедонистический мотив (характерно для всех трех субстанций). При сравнительном анализе в группах местных студентов и студентов-мигрантов отмечается преобладание протестной мотивировки потребления алкоголя среди прибывших из зарубежных республик (как правило, среднеазиатских, со значимым влиянием мусульманских традиций, в том числе негативного отношения к алкоголю).

Четвертым проанализированным показателем стала «Распространенность клинической и субклинической тревоги и депрессии среди студентов». А.О. Бухановский и др. (2012) в обзоре зарубежной литературы отметили множество данных о коморбидности химических и нехимических зависимостей с расстройствами настроения, тревогой и депрессией [8]. Аналогичные результаты получены в ряде исследований томских психиатров [1, 2, 3, 4].

Результаты изучения специалистами НИИ психического здоровья психозадапционных состояний [17] свидетельствуют о прямом или опосредованном психогенном происхождении невротических и аддитивных состояний, их родстве – как на этапах раннего формирования, по механизмам «невротизации», так и в ходе последующей клинической динамики.

Уровни распространенности тревоги и депрессии среди студентов представлены в таблице 4.

Таблица 4

Распространенность клинической и субклинической тревоги и депрессии среди студентов		
Симптоматика	Абс. число указаний	% от числа обследованных
Тревога	6026	27,3
Депрессия	3444	15,6

На рисунке 5 отражена динамика и межполовые различия распространенности тревоги и депрессии у студентов в 2011 и 2015 гг. (в 2003 г. данный показатель не исследовался). На фоне общих тенденций к снижению тревожных и росту депрессивных расстройств сохраняется тенденция к большему распространению тревоги в обследованной выборке девушек, при этом наблюдается нивелирование уровня распространенности депрессии, ранее более высокого у юношей.

Динамика распространенности тревоги



Динамика распространенности депрессии

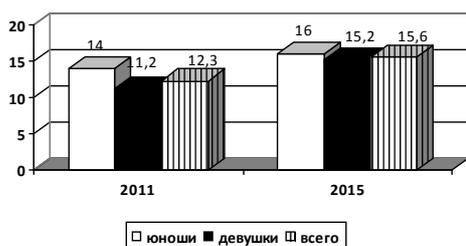


Рисунок 5 – Динамика распространенности тревожной и депрессивной симптоматики среди студентов, %

Тревожно-депрессивные расстройства высоко распространены среди первокурсников и достигают максимума на II курсе (тревога – 30,5%, депрессия – 18,0%), с III курса, напротив, неуклонно снижаются (среди пятикурсников и магистрантов распространенность тревоги – 21,2%, депрессии – 12,7%). Тревожно-депрессивная симптоматика максимально выражена среди прибывших на учебу жителей районов Томской области (тревога – 29,5%, депрессия – 19,5%), минимально проявляется среди студентов-томиичей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рейтинге самооценки студентами наиболее актуальных проблем группа, относящаяся к компетенции психиатрической и наркологической службы (химические и нехимические аддикции, невротические состояния), охватывает 27,6% и занимает второе место. Она уступает лишь проблемам социальной компетенции (37,3%) и существенно опережает компетенции культурологическую (14,4%), психологическую (12,4%), соматической медицины (4,6%) и правовую (3,7%). В значительной степени такое распределение обусловлено ростом озабоченности студентов проблемой нехимических, виртуальных аддикций.

Распространенность табакокурения среди студентов в исследованиях 2011 и 2015 гг. достаточно стабильна по уровню, половой структуре и мотивировкам. Учитывая, что за данный период произошло выраженное ужесточение законодательства касательно потребления табака, факт стабильности показателей уровня и структуры табакокурения у студентов ожидаемо свидетельствует о неэффективности запретительной политики и попыток стигматизации потребителей.

Необходима переориентация здравоохраненческой и психолого-психотерапевтической стратегии на формирование привлекательности и расширение возможностей здорового образа жизни.

Уровень злоупотребления алкоголем в группе студенческой молодежи уменьшается с 2003 г., однако ведущую роль в данном снижении играют студенты-юноши. Неуклонно продолжается процесс «феминизации» группы злоупотребляющих. Другими важными тенденциями являются возрастание значения алкоголя как своеобразного «адаптогена» (средства ухода от проблем и скуки) и соответствующее снижение влияния социума на студенческую алкоголизацию. При этом речь идет и о макро- (снижение значимости традиционной мотивировки), и о микросоциуме (снижение значимости мотивировки субмиссивной).

Динамика ситуации с употреблением наркотиков у студентов нестабильна – как нестабилен и сам нелегальный рынок. Наряду с достоверным снижением уровня выявленного у студентов опыта наркопотребления достоверно возросла обеспокоенность студентов данной проблемой (при столь же достоверном снижении обеспокоенности проблемой алкоголизации). Актуальными являются тенденции феминизации потребителей и динамики мотивировок потребления (снижение значимости субмиссивной и рост атарактической). Исходя из этого, необходима смена парадигмы вмешательств – отход от принципов «обучения навыкам противодействия наркогенному окружению» (одна из основных концепций профилактики в конце XX века) и переход к обучению навыкам повышения стрессоустойчивости [2, 4, 5].

Тревожно-депрессивные расстройства, имеющие как самостоятельное значение, так и способствующие формированию, поддержанию и рецидивированию расстройств аддиктивных, сохраняют значительный и относительно стабильный уровень распространенности среди студентов. При этом наблюдаемые незначительное снижение уровня тревожных расстройств за счет юношей и незначительный рост депрессий за счет девушек, наряду с выявленной феминизацией наркотизма, обуславливают необходимость разработки и проведения отдельных мероприятий по охране здоровья девушек в вузах. Возможности для дифференцирования, обеспечения адресности превентивных программ могут быть реализованы также с учетом возрастного и миграционного факторов. В качестве основы таких программ предлагается когнитивно-поведенческая копинг-профилактика [9], охватывающая психологические причины и способы реагирования (в том числе аддиктивного и невротического) на сложные жизненные ситуации, выступающие в виде психострессоров.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

В статье приведены результаты исследования, выполненного по Договору № 06/СГ13-323/15У, проект «Проведение социологического опроса по теме «Формирование здорового образа жизни студентов вузов, расположенных на территории Томской области» (Заказчик: Администрация Томской области, 2015).

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

- Аксенов М.М., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Белокрылова М.Ф., Гуткевич Е.В., Иванова С.А., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М. Клиническая динамика пограничных нервно-психических расстройств. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006; 3 (42): 13–16.
- Аксенов М.М., Гычев А.В., Белокрылова М.Ф., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Рудницкий В.А., Левчук Л.А., Костин А.К. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (Итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2013; 4: 11–17.
- Бохан Н.А., Благов Л.Н., Кургак Д.И. Коморбидность опиоидной наркомании и алкоголизма у больных молодого возраста: клинические варианты двойного диагноза. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012; 112 (5–2): 17–23.
- Бохан Н.А., Воеводин И.В. Организационные основы медико-психологической помощи студентам вузов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 1 (86): 14–17.
- Бохан Н.А., Воеводин И.В., Асланбекова Н.В. Динамика аддиктивных расстройств у студентов и возможности ее отражения в программах по психопрофилактике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014; 114 (5–2): 29–32.
- Бохан Н.А., Воеводин И.В., Иванкина Л.И. Динамика структуры аддиктивного поведения среди студентов технического вуза за период 1998–2001 гг. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2001; 4: 49–51.
- Бохан Н.А., Мандель А.И., Трефилова Л.Л. Наркологическая ситуация в Томской области в сравнении с другими регионами Сибирского федерального округа в 2000–2003 гг. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2005; 2: 45–47.
- Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В. Компьютерная зависимость: расстройство, которого пока нет в классификациях (обзор зарубежной литературы). *Российский психиатрический журнал*. 2012; 1: 21–29.
- 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.
- Воеводин И.В., Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Белокрылов И.И., Назарова И.А. Структура, динамика и психологические характеристики мотивировок употребления психоактивных веществ у учащихся высших и средних учебных заведений. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2014; 4: 37–42.
- Егоров А.Ю., Цыганков Б.Д., Малыгин В.Л. Патологическое влечение к азартной игре как модель нехимической зависимости. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2006; 106 (5): 63–70.
- Иванец Н.Н., Киржанова В.В., Борисова Е.В., Зенцова Н.И. Проблема употребления наркотиков среди молодежи и пути ее решения. *Вопросы наркологии*. 2010; 3: 67–73.
- Иванов В.П. О роли высшей школы в реализации государственной антинаркотической политики. *Наркология*. 2010; 4: 3–6.
- Корчагина Г.А., Фадеева Е.В. Порядок организации и осуществления профилактики потребления психоактивных веществ без назначения врача. *Вопросы наркологии*. 2015; 3: 107–109.
- Москвитин П.Н. Изменение аддиктивной мотивировки у детей и подростков в процессе первичной профилактики. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011; 6: 36–38.
- Патрикеева О.Н., Овчинников А.А., Соловьева И.Г. Мотивационный профиль потребителей синтетических каннабиноидов. *Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева*. 2015; XLVII (2): 47–51.
- Семке В.Я., Гуткевич Е.В., Иванова С.А. Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств). Томск: Иван Федоров, 2008: 204.
- Lammers J., Kuntsche E., Engels R., Wiers R.W., Kleinjan M. Medial relations of substance use risk profiles, alcohol-related outcomes, and drinking motives among young adolescents in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013; 133 (2): 571–579.

Поступила в редакцию 03.04.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Бохан Николай Александрович, д.м.н., проф., академик РАН, директор НИИ психического здоровья, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ.

Воеводин Иван Валерьевич, к.м.н., с.н.с. отделения аддиктивных состояний, доцент кафедры социальной работы философского факультета.

Лукьянова Наталия Александровна, д-р философ. наук, заведующая кафедрой социальных коммуникаций ТПУ.

Пушкаренко Алексей Борисович, начальник департамента по инновационной деятельности Администрации Томской области.

✉ Воеводин Иван Валерьевич, i_voevodin@list.ru

УДК 616.891.6:616.895.4:616.89-008.441.13:616.89-008.441.33:65.012.124-028.51:378.17-057.875(571.16)

For citation: Bokhan N.A., Voevodin I.V., Lukiyanova N.A., Pushkarenko A.B. Addictive, anxiety, and depressive disorders among students of the Tomsk Region: dynamics, gender, age, and migration aspects. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 38–45. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-38-45

Addictive, anxiety, and depressive disorders among students of the Tomsk Region: dynamics, gender, age, and migration aspects

Bokhan N.A.^{1,2}, Voevodin I.V.^{1,3}, Lukiyanova N.A.⁴, Pushkarenko A.B.⁵

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

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

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

⁴ *National Research Tomsk Polytechnic University Lenin Avenue 30, 634050, Tomsk, Russian Federation*

⁵ *Administration of the Tomsk Region Lenin Square 6, 634050, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

The aim of this study was to assess current status and dynamics of mental health of university students (prevalence of addictive, anxiety, and depressive disorders). **Material and Methods.** We analyzed the results of three studies by the method of anonymous questionnaire survey (2015, 2011 and 2003) and examined 22060, 669, and 657 persons, respectively. **Results.** In 2015, tobacco smoking prevalence among students was 34.8%, alcohol abuse – 19.6%, experience of drug use – 10.6%, anxiety – 27.3%, depression – 15.6%. Leading trends of dynamics were feminization of drug and alcohol addictions, decrease of significance of submissive motivation and increase of significance of ataractic motivation of psychoactive substances use. This justifies differentiated approaches to prevention of addictions, anxiety, and depression in the universities.

Keywords: students, mental health, substances use, anxiety, depression.

REFERENCES

1. Aksyonov M.M., Semke V.Ya., Vetlugina T. P., Belokrylova M.F., Gutkevich E.V., Ivanova S.A., Nikitina V.B., Epanchintseva E.M. Clinical dynamic of borderline neuro-mental disorders. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2006; 3 (42): 13–16.
2. Aksenov M.M., Gychev A.V., Belokrylova M.F., Semke V.Ya., Vetlugina T.P., Nikitina V.B., Perchatkina O.E., Rudnitsky V.A., Levchuk L.A., Kostin A.K. Stressoustoychivost' i dezadaptatsiya pri nepсихотических психических расстройствах (Itogi kompleksnoy temy NIR FGBU «NIIPZ» SO RAMN, 2009–2012 gg.) [Stress resistance and desadaptation in non-psychotic mental disorders (results of complex theme of research work of Mental Health Research Institute SB RAMSci, 2009–2012)]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2013; 4: 11–17 (in Russian).
3. Bokhan N.A., Blagov L.N., Kurgak D.I. Komorbidnost' opioidnoy narkomanii i alkogolizma u bol'nykh mladogo vozrasta: klinicheskie varianty dvoynogo diagnoza [Comorbidity of opioid addiction and alcoholism in patients of young age: clinical variants of the double diagnosis]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2012; 112 (5–2): 17–23 (in Russian).
4. Bokhan N.A., Voevodin I.V. Organizatsionnye osnovy mediko-psikhologicheskoy pomoshchi studentam vuzov [Organizational bases of medico-psychological care for university students]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 1 (86): 14–17 (in Russian).
5. Bokhan N.A., Voevodin I.V., Aslanbekova N.V. Dinamika additivnykh rasstroystv u studentov i vozmozhnosti ee otrazheniya v programmakh po psikhoprofilaktike [The dynamics of addictions in students and possibilities of reflecting it in psycho-rehabilitative programs]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014; 114 (5–2): 29–32 (in Russian).
6. Bokhan N.A., Voevodin I.V., Ivankina L.I. Dinamika struktury additivnogo povedeniya sredi studentov tekhnicheskogo vuza za period 1998–2001 gg [Dynamics of the structure of addictive behaviour among students of technical universities for the period 1998–2001]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2001; 4: 49–51 (in Russian).
7. Bokhan N.A., Mandel A.I., Trefilova L.L. Narkologicheskaya situatsiya v Tomskoy oblasti v sravnenii s drugimi regionami Sibirskogo federal'nogo okruga v 2000–2003 gg [Addictological situation in Tomsk district as compared with other regions of Siberian Federal okrug in 2000–2003]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2005; 2: 45–47 (in Russian).
8. Bukhanovsky A.O., Soldatkin V.A., Mavani D.Ch., Dyachenko A.V. Komp'yuternaya zavisimost': rasstroystvo, kotorogo poka net v klassifikatsiyakh (obzor zarubezhnoy literatury) [Computer addiction: a disorder not yet included in the present classification system (review of foreign literature)] *Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*. 2012; 1: 21–29 (in Russian).
9. Voevodin I.V., Bokhan N.A. Kognitivno-povedencheskaya koping-profilaktika additivnykh i affektivnykh sostoyaniy u studentov (novyy podkhod k otsenke irratsional'nykh kognitivnykh 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 meditsinskoy psihologii imeni V.M. Bekhtereva – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2015; 2: 42–50 (in Russian).
10. Voevodin I.V., Bokhan N.A., Abolonin A.F., Belokrylov I.I., Nazarova I.A. Struktura, dinamika i psikhologicheskie kharakteristiki motivirovok upotrebleniya psikoaktivnykh veshchestv u uchashchikhsya vysshikh i srednikh uchebnykh zavedeniy [Structure, dynamics, and psychological characteristics of substance use motivation among the students of high and secondary school]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoy psihologii imeni V.M. Bekhtereva – V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2014; 4: 37–42 (in Russian).
11. Egorov A.Iu., Tsygankov B.D., Malygin V.L. Patologicheskoe vlechenie k zartnoy igre kak model' nekhimicheskoy zavisimosti

- ti [Pathological gambling as a model of non-chemical dependency]. Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. 2006; 106 (5): 63–70 (in Russian).
12. Ivanets N.N., Kirzhanova V.V., Borisova E.V., Zentsova N.I. Problema upotrebleniya narkotikov sredi molodezhi i puti ee resheniya [Drug abuse among students – the ways of solution]. Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems. 2010; 3: 67–73 (in Russian).
 13. Ivanov V.P. O roli vysshey shkoly v realizatsii gosudarstvennoy antinarkoticheskoy politiki [Significance of higher school in realization of state antinarcotical politics]. Narkologiya – Narcology. 2010; 4: 3–6 (in Russian).
 14. Korchagina G.A., Fadeeva E.V. Poryadok organizatsii i osushchestvleniya profilaktiki potrebleniya psikoaktivnykh veshchestv bez naznacheniya vracha [The process of organizing and implementing prevention of psychoactive drug consumption without a doctor's prescription]. Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems. 2015; 3: 107–109 (in Russian).
 15. Moskvitin P.N. Izmenenie addiktivnoy motivirovki u detey i podrostkov v protsesse pervichnoy profilaktiki [Change of addiction motivations in children and adolescents in the process of primary prophylaxis]. Sibirskiy vestnik psikhatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2011; 6: 36–38 (in Russian).
 16. Patrikeeva O. N., Ovchinnikov A. A., Solovieva I. G. Motivatsionnyy profil' potrebiteley sinteticheskikh kannabinoidov [Motivational profile of consumers of synthetic cannabinoids]. Nevrologicheskii vestnik imeni V.M. Bekhtereva – Neurological Bulletin. V.M. Bekhterev Journal. 2015; XLVII (2): 47–51 (in Russian).
 17. Semke V.Ya., Gutkevich E.V., Ivanova S.A. Psikhosotsial'nye i biologicheskie faktory psikhicheskoy dezadaptatsii (na modeli nevroticheskikh rasstroystv) [Psychosocial and biological factors of mental disadaptation (according to model of neurotic disorders)]. Tomsk: Ivan Fedorov, 2008: 204 (in Russian).
 18. Lammers J., Kuntsche E., Engels R., Wiers R.W., Kleinjan M. Mediatonal relations of substance use risk profiles, alcohol-related outcomes, and drinking motives among young adolescents in the Netherlands. Drug and Alcohol Dependence. 2013; 133 (2). 571–579.

Received April 03.2017

Accepted June 26.2017

Bokhan Nikolay A., MD, Prof., academician of RAS, Director of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of SibSMU, Tomsk, Russian Federation.

Voevodin Ivan V., PhD, senior researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences; lecturer of Social Work Department of Philosophy Faculty, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation.

Lukiyanova Natalia A., Doctor of Philosophy, Head of Social Communications Department of Tomsk Polytechnic University, Tomsk, Russian Federation.

Pushkarenko Alexey B., Head of Department on Innovative Activities of the Administration of the Tomsk Region, Tomsk, Russian Federation.



Voevodin Ivan V., i_voevodin@list.ru

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 615.865:343.234.2(571.53)

Для цитирования: Ворсина О.П. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение лиц, совершивших общественно опасные действия, в Иркутском ПНД. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 46—49. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-46-49

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение лиц, совершивших общественно опасные действия, в Иркутском ПНД

Ворсина О.П.

*Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования
664049, Иркутск, микрорайон Юбилейный, 100*

*Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1
664059, Иркутск, микрорайон Юбилейный, 11А*

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – изучение социально-демографических и клинических особенностей лиц, совершивших общественно опасные действия (ООД) и проходившие амбулаторное принудительное наблюдение и лечение в Иркутском областном психоневрологическом диспансере. **Материал и методы:** проведен анализ 101 больного психическими расстройствами (94 мужчины и 7 женщин), ранее совершивших ООД и находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении от 2 месяцев до 14 лет у врача кабинета АПНЛ Иркутского ПНД. **Результаты:** изучены социально-демографические и клинические характеристики лиц, совершивших ООД и проходившие амбулаторное принудительное наблюдение и лечение в Иркутском ПНД. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования работы по профилактике ООД лиц, страдающих психическими расстройствами, с привлечением к работе психологов, психотерапевтов, социальных работников.

Ключевые слова: лица, совершившие общественно опасные действия, психические расстройства, психиатрическое амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, профилактика общественно опасных действий.

ВВЕДЕНИЕ

Действующий Уголовный кодекс РФ, вступивший в силу с 1 января 1997 г., ввел новый для судебно-психиатрической практики вид принудительных мер медицинского характера (ПММХ) – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение (АПНЛ), а также возможность назначения принудительной меры медицинского характера наряду с наказанием. Закон позволяет назначать амбулаторное принудительное наблюдение и лечение как самостоятельную меру, так и наряду с наказанием (часть 2 статьи 99 УК РФ). Данный вид принудительного лечения может назначаться как первичная принудительная медицинская мера, а также как продолжение стационарного принудительного лечения перед окончанием применения принудительных мер медицинского характера. Исполнение АПНЛ возложено на психиатрические учреждения амбулаторного профиля (ПНД, кабинеты психиатров). Указанная ПММХ занимает промежуточное положение между стационарным принудительным лечением и оказанием психиатрической помощи во внебольничных условиях, при этом реализуются меры принуждения без изоляции пациента от привычной среды проживания (ФКЗ №1 от 21.07.1994 г.).

В течение первых 10 лет применения АПНЛ удельный вес этой меры в рекомендациях судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ) был достаточно стабильным и колебался от 9,5% в 2013 г. до 11,9%

в 2014 г. Число лиц, которым рекомендовалось амбулаторное принудительное лечение, увеличилось на 18,7%, среднегодовой темп прироста составил 4,1% за 10-летний период. Доля АПНЛ в экспертных рекомендациях достигла в 2014 г. 13,9% [4]. Однако, если анализировать частоту назначения АПНЛ в различных регионах нашей страны, то разброс рекомендаций амбулаторной принудительной меры в 2014 г. будет значительным: от отсутствия назначения АПНЛ в Ивановской, Архангельской областях, Республике Марий Эл, Чукотском АО до 44,4% в Республике Ингушетия и 48,5% в Чеченской Республике. Доля назначения АПНЛ в Иркутской области в 2014 г. составила 11,6%.

По данным официальной статистической отчетности, доля амбулаторного принудительного лечения в системе ПММХ увеличилась с 22,2% в 2006 г. до 32,0% в 2012 г., что было вызвано и увеличением числа решений СПЭ о назначении АПНЛ как первичной меры медицинского характера, и более частым, чем раньше, направлением на АПНЛ после стационарного принудительного лечения [3].

По мнению О.А. Макушкиной и др. (2013), причины столь существенных региональных различий в использовании АПНЛ в экспертной практике носят комплексный характер и в значительной степени связаны с недостатком правового регулирования и организационно-методического обеспечения применения этой принудительной меры.

Речь в данном случае идет об отсутствии нормативно-правовых документов, которые бы детализировали клинико-психопатологические и социально-психологические показания для назначения АПНЛ. Ранее такие рекомендации указывались в Методическом письме МЗ РФ от 23.07.1999 г. № 2510/8236-99-32 «О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния». Однако с 2001 г. данное методическое письмо считается недействующим в связи с указанием Минюста РФ, усмотревшего в нем правовые нормы, которые могут утанавливаться лишь законом.

Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения [5] определил порядок организации деятельности кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения.

Кабинет осуществляет следующие функции:

- диспансерное наблюдение и лечение лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, в том числе склонных к совершению общественно опасных действий;

- амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц, которым судом назначена данная принудительная мера медицинского характера;

- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Цель исследования – изучение социально-демографических и клинических особенностей лиц, совершивших общественно опасные действия и проходившие амбулаторное принудительное наблюдение и лечение в Иркутском областном психоневрологическом диспансере.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 101 больного психическими расстройствами, ранее совершивших ООД и находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у врача кабинета АПНЛ Иркутского областного психоневрологического диспансера. По половому признаку пациенты распределились следующим образом: 94 мужчины (93,1%) и 7 женщин (6,9%). Продолжительность амбулаторного принудительного наблюдения и лечения колебалась от 2 месяцев до 14 лет. Наибольшая доля пациентов (51,5%) находилась на АПНЛ сроком до 1 года, 29,7% – в промежутке от 1 года до 3 лет, 10,9% – от 3 до 5 лет, 8,9% находились на АПНЛ свыше 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст больных составил 35,2±3,4 года. Анализ возрастной структуры лиц, находящихся на АПНЛ, показал, что наибольшее число представляли пациенты в возрасте 30–39 лет – 41,6%, не-

сколько меньшую долю составили лица в возрасте 20–29 лет – 29,7%. Затем одинаково часто представлены возрастные интервалы 40–49 лет (10,9%) и 50–59 лет (9,9%). Наименьшее количество составляли лица 60 лет и старше – 5,9% и молодые люди 15–19 лет – 2%.

Изучение брачного статуса показало, что в официальном либо гражданском браке состоит 19,8% больных, большинство из них не имеют собственной семьи, так как не вступали в брак (76,2%), были разведены (3%) или овдовели (1%). Подавляющая часть пациентов, находящихся на АПНЛ, проживает с родителями – 54,5% либо с другими родственниками (бабушка, тетя, сестра, дети) – 10,9%. Собственную семью имеют лишь 17,8% пациентов (у 13,9% есть дети). Одинокий образ жизни ведут 16,8% пациентов.

Из всего числа обследованных пациентов 96% являлись инвалидами по психическому заболеванию (подавляющее большинство имели II группу инвалидности). Постоянного места работы не имел никто, периодически работали 17,8% пациентов, были не трудоустроены 82,2%.

Изучение клинико-нозологической структуры психических расстройств показало следующее распределение (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Психические и поведенческие расстройства по МКБ-10	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органические психические расстройства (F00-F09)	28	29,8	2	28,5	30	29,7
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29)	54*	57,4	5	71,5	59*	58,4
Расстройства настроения (F30-39)	1	1,1	-	-	1	1,0
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-69)	1	1,1	-	-	1	1,0
Умственная отсталость (F70-79)	10	10,6	-	-	10	9,9
Итого	94	100,0	7	100,0	101	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,001$.

Наибольший удельный вес составили пациенты с шизофренией, шизотипическими и шизоаффективными расстройствами (58,4%) ($\chi^2=14,6$; $p < 0,001$), второе ранговое место заняли больные с органическими заболеваниями (29,7%), значительно реже встретились пациенты с умственной отсталостью (9,9%).

Анализ характера ООД, совершенных больными, находящимися на АПНЛ, выявил, что наибольший удельный вес составили правонарушения имущественного характера – 42,6% и преступления против личности (убийства, нанесение телесных повреждений различной степени тяжести, побои, истязания) – 36,6% ($\chi^2=13,87$; $p < 0,001$). Действия, связанные с незаконным оборотом наркотиков, представлены у 13,8% больных, ООД сексуального характера отмечались у 3% (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Характер общественно опасных действий, совершенных лицами, находящимися на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении (абс., %)						
Статья УК РФ	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Преступления против жизни и здоровья (ст.105–119)	35	37,2	2	28,6	37*	36,6
Преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности (ст.131–135)	3	3,2	-	-	3	3,0
Преступления против собственности (ст.158–168)	39	41,5	4	57,1	43*	42,6
Преступления в сфере экономической деятельности (ст.175)	1	1,1	-	-	1	1,0
Преступления против общественной безопасности (ст.222)	2	2,1	-	-	2	2,0
Преступления против здоровья населения и общественной нравственности (ст.228)	13	13,8	1	14,3	14	13,8
Преступления против порядка управления (ст.318)	1	1,1	-	-	1	1,0
Итого	94	100,0	7	100,0	101	100,0

Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,001$.

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение изначально было назначено судом 13 пациентам (12,9%). Подавляющее большинство пациентов, находящихся на АПНЛ, ранее проходили стационарное принудительное лечение в стационарах различного типа (общего, специализированного, специализированного с интенсивным наблюдением) – 88 человек (87,1%). Продолжительность стационарного принудительного лечения колебалась от 6 месяцев до 8,3 года; среднее время нахождения в стационаре составило 2,2 года.

Регулярно посещали врача-психиатра ПНД 75 человек (74,3%). В группе лиц, прошедших стационарное принудительное лечение, таких пациентов оказалось 80,7%, а в группе лиц, прошедших только АПНЛ – 30,8% ($\chi^2=14,76$; $p < 0,001$). Можно предположить, что пациенты, прошедшие стационарное принудительное лечение, получили более глубокое психотерапевтическое сопровождение, были более информированы о необходимости динамического амбулаторного наблюдения и лечения, в большей степени были настроены на сотрудничество с медицинскими работниками ПНД.

Во время амбулаторного принудительного наблюдения и лечения госпитализировались в психиатрические стационары на общих основаниях 36 человек (35,6%). В группе лиц, регулярно посещающих психиатра ПНД, госпитализации подверглись 29,3% против 53,9% пациентов группы лиц, посещающих ПНД от случая к случаю ($\chi^2=5,06$; $p < 0,025$). Регулярное посещение пациентами ПНД позволяло врачу своевременно и адекватно оценить изменения в психическом статусе лиц, находящихся на АПНЛ.

Основными причинами госпитализации являлись появление продуктивной либо усиление негативно-личностной симптоматики, вычурность в поведении, изменение фона настроения, нарушения сна, агрессия в отношении окружающих, употребление ПАВ (алкоголь, наркотики), отказ от приема либо нерегулярный прием лекарственных препаратов. Продолжительность стационарного лечения на общих основаниях колебалась от 0,5 месяца до 6 месяцев, среднее время стационарного лечения составляло 2 месяца. Время, прошедшее с момента назначения АПНЛ до госпитализации в стационар на общих основаниях, варьировало от 1,5 месяца до 5 лет, в среднем – через 1,7 года.

Важной частью реабилитации пациентов, находящихся на АПНЛ, является улучшение навыков независимого функционирования, организация их быта, контроль и коррекция взаимодействия с окружением пациента. Данные задачи должны решаться медицинскими психологами, психотерапевтами, социальными работниками. К сожалению, ни один пациент, находящийся на АПНЛ, никем, кроме врача-психиатра и медицинской сестры кабинета АПНЛ, не курировался.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный анализ работы кабинета АПНЛ Иркутского областного психоневрологического диспансера показал необходимость дальнейшего совершенствования работы по профилактике общественно опасных деяний лиц, страдающих психическими заболеваниями. Представляется крайне необходимым привлечение к работе с данным контингентом психологов, психотерапевтов, социальных работников. Мотивирование пациента к работе с данными специалистами должно исходить от врача-психиатра.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования № 3 от 17.03.2016 г.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами: Метод. рекомендации под руководством В.П. Котова. М.: ФГБУ «ГНЦССП им.В.П. Сербского» Минздрава России, 2013: 27.
2. Законодательные основы исполнения принудительных мер медицинского характера (теоретическая модель Федерального закона с постратейным комментарием) / под ред. В.П. Котова, С.Н. Шишкова. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2014: 192.
3. Макушкина О.А., Полубинская С.В. Проблемы назначения и исполнения амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами. *Российский психиатрический журн.* 2013; 5: 14–19.

4. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2014 году: Аналитический обзор / под ред. Е.В. Макушкина. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им.В.П. Сербского» Минздрава России, 2015; 23: 212.
5. Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (утвержден приказом Минздрава России от 17.05.2012 № 566н).

Поступила в редакцию 14.04.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Ворсина Ольга Петровна, д.м.н., заместитель главного врача по лечебной работе.

✉ Ворсина Ольга Петровна, ovorsina@mail.ru

УДК 615.865:343.234.2(571.53)

For citation: Vorsina O.P. Outpatient compulsory observation and treatment of persons who have committed socially dangerous actions, at the Irkutsk Psychoneurological Dispensary. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 46—49. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-46-49

Outpatient compulsory observation and treatment of persons who have committed socially dangerous acts, at the Irkutsk Psychoneurological Dispensary

Vorsina O.P.

Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – a branch of the Russian State Medical Academy

Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education

Yubileiny Catchment Area 100, 664049, Irkutsk, Russian Federation

Irkutsk Regional Psychiatric Hospital no. 1

Yubileiny Catchment Area 11a, 664059, Irkutsk, Russian Federation

ABSTRACT

Objective: to study sociodemographic and clinical characteristics of persons who have committed socially dangerous acts (SDAs) and have been under outpatient compulsory observation and therapy at the Irkutsk Regional Psychoneurological Dispensary. **Material and Methods:** 101 patients with mental disorders (94 men and 7 women) were analyzed who have previously committed SDAs and have been under outpatient compulsory observation and therapy from 2 months to 14 years by a psychiatrist of the room of outpatient psychoneurological treatment of the Irkutsk Psychoneurological Dispensary. **Results:** Sociodemographic and clinical characteristics of persons who have committed socially dangerous acts and have been under outpatient compulsory observation and treatment at the Irkutsk Regional Psychoneurological Dispensary were studied. The received data testify to the need for further improvement of the work on the prevention of socially dangerous acts of persons suffering from mental disorders involving psychologists, psychotherapists, and social workers.

Keywords: persons who have committed socially dangerous acts, mental disorders, psychiatric outpatient compulsory observation and treatment, prevention of socially dangerous acts.

REFERENCES

1. Ambulatornoe prinuditel'noe nablyudeniye i lecheniye u psikhiatra lits s tyazhelyimi psikhicheskimi rasstroystvami: Metod. rekomendatsii pod rukovodstvom [Outpatient compulsory observation and treatment by a psychiatrist of persons with serious mental disorders: Guidelines]. V.P. Kotov, ed.. M.: GNTSSSP im. V.P. Serbskogo, 2013: 27 (in Russian).
2. Zakonodatel'nye osnovy ispolneniya prinuditel'nykh mer meditsinskogo kharaktera (teoreticheskaya model' Federal'nogo zakona s postateynym kommentariem) [Legislative basis for the implementation of compulsory medical measures (theoretical model of the Federal Law with article commentary)]. V.P. Kotov, S.N. Shishkov. Moscow: GNTSSSP im. V.P. Serbskogo, 2014: 192 (in Russian).
3. Makushkina O.A., Polubinskaya S.V. Problemy naznacheniya i ispolneniya ambulatornogo prinuditel'nogo nablyudeniya i lecheniya u psikhiatra lits s tyazhelyimi psikhicheskimi rasstroystvami [Problems of administration and execution of outpatient compulsory observation and treatment by a psychiatrist of persons with serious mental disorders. Rossiyskiy psichiatricheskiy zhurnal – Russian Journal of Psychiatry. 2013; 5: 14–19 (in Russian).
4. Osnovnye pokazateli deyatelnosti sudebno-psichiatricheskoy ekspertnoy sluzhby Rossiyskoy Federatsii v 2014 godu: Analiticheskiy obzor [The main indices of the forensic psychiatric expert service of the Russian Federation in 2014: Analytical review]. E.V. Makushkin, ed. Moscow: FMSPN im. V.P. Serbskogo, 2015; 23: 212 (in Russian).
5. Poryadok okazaniya meditsinskoy pomoshchi pri psikhicheskikh rasstroystvakh i rasstroystvakh povedeniya (utverzhen prikazom Minzdravsotsrazvitiya Rossii ot 17.05.2012 № 566n). [The procedure of medical aid rendering in mental and behavior disorders (approved by Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia of 17.05.2012 no. 566n) (in Russian).

Received April 14.2017
Accepted June 26.2017

Vorsina Olga P., MD, Deputy Chief Medical Officer, Irkutsk Regional Psychiatric Hospital no. 1, Irkutsk, Russian Federation; Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – a branch of the Russian State Medical Academy, Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education, Irkutsk, Russian Federation.

✉ Vorsina Olga P., ovorsina@mail.ru

ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9.07:361.612:341.357.6-057.36

Для цитирования: Султанмуратов Ю.М., Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю. Индивидуально-психологические особенности военнослужащих, влияющие на успешность адаптации. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 50—56. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-50-56

Индивидуально-психологические особенности военнослужащих, влияющие на успешность адаптации

Султанмуратов Ю.М.¹, Овчинников А.А.², Султанова А.Н.^{1,2}, Сычева Т.Ю.^{2,3}

¹ Отдел (г. Новосибирск) Филиал № 3 Главного центра Военно-врачебной экспертизы 630075, Новосибирск, ул. Александра Невского, д. 3

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

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

РЕЗЮМЕ

Цель: изучение индивидуально-психологических особенностей военнослужащих, определяющих успешность адаптации. **Материалы.** В 2016–2017 гг. обследовано 96 военнослужащих до 23 лет, проходящих военную службу по призыву (50) и контракту (46). Выборка сформирована методом рандомизации – случайным отбором. **Методы.** 16-факторный опросник Кеттелла, опросник Басса–Дарки, опросник «PEN», тест «Смысл-жизненные ориентации». **Заключение.** В статье приводится анализ психологических подходов к изучению индивидуальных особенностей развития личности военнослужащего как систему, способную не только к адаптации, но и к активному преобразованию действительности, к саморазвитию и самосовершенствованию в различных сферах военной деятельности, в различных условиях изменяющейся обстановки. Выявлены достоверные различия в индивидуально-психологических характеристиках военнослужащих по призыву и военнослужащих по контракту.

Ключевые слова: военнослужащие по призыву, военнослужащие по контракту, индивидуально-психологические особенности, агрессия, жизнестойкость.

ВВЕДЕНИЕ

В XXI веке обострение интереса к проблеме адаптации военнослужащих к условиям службы объясняется рядом факторов. В первую очередь необходимо отметить высокую социальную значимость деятельности военнослужащего по защите государственных интересов, а также безопасности страны. Трудности, возникающие перед военнослужащими, проанализированы исследователями с разных точек зрения. Часть авторов указывает на стрессовые факторы новых условий среды, включающие, в частности, обыденные трудности воинской службы [5, 6]. Молодым людям, вновь призванным на воинскую службу, приходится приспосабливаться к новым условиям жизни и быта.

В настоящее время многие исследователи анализируют опыт раннего детства и семейных отношений в подростковом возрасте как предикат формирования психопатологических симптомов и возникновения трудностей при социальной адаптации в разных периодах развития, в частности в период прохождения воинской службы. Долгое воздействие жизненных стрессоров в детско-подростковом возрасте повышает чувствительность к негативным эмоциям, таким как тревога и страх, вызывая изменения в моделях познания, эмоции и поведения, возможно, путем изменения

развития мозга таким образом, что уязвимость к психопатологии возрастает [10]. Агрессивное поведение может быть вызвано социальной депривацией и опосредовано дисфункцией гипоталамус-гипофизарно-надпочечниковой оси и передачей сигналов серотонина [13]. Агрессивное поведение как в подростковом, так и зрелом возрасте рассматривается как следствие физического насилия в детстве [12].

Активизация человеческого фактора в армии связана в настоящее время не только с улучшением деятельности офицерского состава, но и с повышением квалифицированности солдат и сержантов, более полным раскрытием их профессионального и интеллектуального потенциала, максимальным использованием тех умений и навыков, психологических качеств, которые сложились у молодежи еще в доармейский период [1].

В этой связи особое значение приобретают проводимые в условиях военных комиссариатов мероприятия профотбора рационального распределения призывников по видам Вооруженных Сил, родам войск и военным специальностям [3].

А.М. Reznik, G.A. Fastovtsov (2004) изучили проблему спровоцированного стрессом суицидального поведения у военнослужащих. На основании расследования 195 военнослужащих, совершивших суицид-

дальные действия, определено значение суицидальных поведенческих предпосылок, таких как конституционные особенности и неблагоприятные условия в социальной среде. Авторами описываются общие личностные черты, характерные для таких лиц. Было установлено, что среди них есть ряд довольно специфических стигм. Установлено, что наличие противоречий между выраженным агрессивным радикалом и невозможностью его реализации приводит к аутоагрессии. Выявлено значение этой проблемы для теории и практики общей и судебной психиатрии [11].

Всестороннее изучение индивидуальных особенностей и обоснованное предназначение каждого призывника составляют ответственную задачу военных комиссариатов. Значение этой работы особенно возрастает в настоящее время, в условиях существующего острого дефицита призывных ресурсов [7, 8].

J.A. Kruse, B.M. Nagerty, W.S. Byers, G. Gatien, R.A. Williams (2014) обнаружили, что одной из основных задач психологов, работающих в сфере отбора призывников, является применение мероприятий, которые направлены на повышение чувства принадлежности к воинской среде, предупреждающее высокий риск депрессии призывников в результате снижения чувства одиночества и симптомов депрессии. Более широкий социальный контакт, а также мероприятия, позволяющие получать адекватную социальную поддержку, высоко коррелируют с психическим здоровьем, предупреждая депрессивные и тревожные проявления. Различия между разными военными специальностями по структуре профессионально важных качеств могут быть достаточно существенными даже внутри одного и того же экипажа, расчёта, отделения, например, внутри экипажа танка. Так, если командиру танка необходимы организаторские качества, такие как требовательность, настойчивость, умение разбираться в людях, оперативно принимать решение в короткие сроки, чётко подавать команды, то наводчику орудия нужно обладать точностью и быстротой зрительного восприятия, глазомером, концентрацией и распределением внимания, а механику-водителю необходимо владеть различением цветов, двигательной памятью, координацией движений рук и ног, выносливостью (Garnett C., 2002).

Лонгитюдное исследование, проведенное польскими исследователями, целью которого было установить взаимосвязь между психосоциальными факторами и психическими расстройствами среди солдат, выявило, что невротические расстройства являются наиболее часто диагностируемой психической патологией во всех группах профессиональных солдат [14]. Более половины солдат, госпитализированных с 1986 по 1989 г., стали непригодными для дальнейшей военной службы из-за психических расстройств. Это исследование подтвердило статистические связи между увольнениями профессиональных военнослужащих и мотивацией, возрастом или стажем работы. Результаты показали необходимость разработки превентивных и новых схем профилактики

и терапии, что привело бы к снижению психических расстройств среди профессиональных солдат в Польше.

Цель исследования – изучение индивидуально-психологических особенностей военнослужащих, влияющих на успешность адаптации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выборку исследования составили военнослужащие, прибывшие на службу в Вооруженные Силы РФ по призыву (срок службы до 1 года) и военнослужащие, проходящие военную службу по контракту (срок службы от 1 года и более) в г. Новосибирске. В качестве стратегии формирования выборки использовалась рандомизация – случайный отбор военнослужащих-призывников и военнослужащих по контракту. Окончательную выборку составили 96 человек в возрасте до 23 лет.

Исследование проводилось с октября 2016 г. по апрель 2017 г. На начальном этапе проведена категоризация исследуемых в зависимости от прохождения службы в РФ. Основная группа – военнослужащие, проходящие военную службу по призыву (50 чел.). Группа сравнения – военнослужащие, проходящие военную службу по контракту (46 чел.).

В исследовании для оценки индивидуально-психологических особенностей личности использовался 16-факторный опросник Кеттелла. Уровень агрессии и враждебности как возможное негативное следствие адаптации к воинской службе определялся опросником Басса–Дарки. Диагностика психических свойств проводилась с помощью опросника «PEN» (Ганс и Сиббила Айзенк). Смысловые ориентации у военнослужащих диагностировались с помощью теста «Смысловые ориентации» (адаптирован Д.А. Леонтьевым).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на персональном компьютере с использованием стандартных методов подсчета средних величин, подсчета достоверности разности показателей. Все вычисления проводились с помощью пакета статистического программного обеспечения StatSoft «Statistica 10» с определением описательной статистики (средние величины, стандартное отклонение). Для выявления взаимосвязи между переменными проводился корреляционный анализ с определением критерия коэффициента корреляции Спирмена. Достоверность различий между отдельными показателями в группах определялась с помощью U-критерия Манна–Уитни.

На начальном этапе исследования, в процессе клинического интервью, обследуемым было предложено заполнить анкету с целью предварительной клинической оценки психического состояния военнослужащих обеих групп. В момент диагностики было замечено, что некоторые молодые люди проявляют агрессивные атрибуты (отказ от прохождения последующих опросников, несерьезность, некорректное поведение). Такое поведение было более характерно для группы призывников.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный анализ результатов клинического интервью показал следующее. 42% военнослужащих-призывников (21 чел.) имеют общее среднее образование, 14% (7 чел.) получили среднепрофессиональное образование, 30% (15 чел.) имеют неполное высшее образование, 14% (7 чел.) закончили высшие учебные заведения. Военнослужащие-контрактники имели следующее распределение по образовательному статусу: большинство обследованных (50% – 23 чел.) – среднепрофессиональное образование, 19% (9 чел.) – среднее образование, 24% (11 чел.) обучаются в вузах, 7% (3 чел.) имеют высшее образование.

На вопрос анкеты «В какой по структуре семье вы выросли? (полной/неполной)» большинство военнослужащих-призывников (56% – 28 чел.) ответили, что воспитывались в полных семьях; 44% (22 чел.) получили воспитание в неполных семьях, из них 30% (15 чел.) проживали только с матерями, 4% (2 чел.) опекали отцы, 8% (4 чел.) получили воспитание у членов разветвленных семей (бабушки, дедушки) и 1 призывник (2%) провел свое детство в детском доме. Из группы военнослужащих-контрактников 43% (20 чел.) воспитывались в полных семьях; 57% (26 чел.) проживали в неполных семьях, из них 45% (21 чел.) воспитывались только матерями и 11% (5 чел.) получили воспитание у членов разветвленной семьи (бабушки, дедушки).

Часть военнослужащих воспитывалась в неполных семьях, что уже само по себе специфично, зачастую отношения в семье были дисгармоничными, психологическое воспитание детей носило авторитарный характер. Такой «одиноким» родителем полагается, что жесткий контроль за поведением ребенка является единственно правильным методом воспитания. Ребенок в такой семье растет запуганным и безрадостным, впоследствии такие дети часто имеют серьезные нарушения в процессе социализации, психологические проблемы в общении с ближним окружением и с сверстниками в школе, а позже и во взрослой жизни. Дети, растущие в неполных семьях, имеют, вероятно, менее благоприятную насыщенность эмоционально-личностной сферы в сравнении со своими сверстниками из полных семей. Заметим, что особую уязвимую группу представляют мальчики, живущие с одинокой матерью. Для них в большей степени, чем для девочек, характерны сниженный эмоциональный тонус, трудности в общении, чувство одиночества и отверженности, негативное самоощущение [4]. Исследование военнослужащих по призыву, воспитывавшихся в неполных семьях, обнаружило, что направленное однотипное воспитание требует повышенного психолого-педагогического внимания [2]. Помимо того, приводятся данные, что у 40% военнослужащих, воспитывавшихся матерями-одиночками, обнаруживается склонность к самовольному оставлению частей, демонстративно-шантажным действиям с целью уклониться от службы в армии.

Психодиагностическое исследование, проведенное по методике 16-PF Кеттелла, направлено на определение индивидуально-психологических особенностей личности. Военнослужащие-призывники по шкале «А» (общительность) в основном показали баллы выше среднего уровня ($7,8 \pm 2,4$): добродушие, легкость в общении, эмоциональность, готовность к сотрудничеству, внимательность к людям, мягко-сердечность, доброта, приспособляемость, предпочтение видам деятельности, включающим взаимодействие с людьми, ситуации социального значения.

Военнослужащие-контрактники показали высокие значения баллов ($8,06 \pm 2,18$) по шкале «С» (эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность), что говорит об их эмоциональной зрелости, устойчивости, невозмутимости, высокой способности к соблюдению общественных моральных норм, покорности перед нерешенными эмоциональными проблемами. В то же время военнослужащие-призывники показали низкие баллы ($3,18 \pm 1,9$) по шкале «С», что отражает их импульсивность, нестабильность настроения, низкую толерантность по отношению к фрустрации, утомляемость и раздражительность.

Высокие показатели по шкале «Е» (подчиненность – доминантность) ($8,13 \pm 1,8$), зафиксированные у военнослужащих-контрактников, говорят о присущей им самоуверенности, независимости, настойчивости, упрямстве, склонности к авторитарности, жесткости, требовательности. Зарегистрированные у военнослужащих-призывников преимущественно низкие баллы по данной шкале ($3,42 \pm 2,33$) интерпретируются как скромность, покорность, мягкость, уступчивость, зависимость от других, податливость. Так как шкала «Е» связана с социальным статусом (значения по данной шкале выше у лидеров, чем у последователей), со спецификой военной службы (мужской коллектив), это предполагает постоянную борьбу за лидерство и нежелание находиться в положении подчиненного, способствующей выработке социально значимых качеств.

Военнослужащие-контрактники по шкале «G» (низкая нормативность поведения – высокая нормативность поведения) обнаружили высокие баллы ($7,41 \pm 1,98$), что говорит о наличии у них индивидуально-психологических особенностей в виде добросовестности, настойчивости, развитого чувства долга и ответственности. В армии установлены определенные правила, обязанности и уставные нормы поведения, нарушения которых влекут за собой последствия, поэтому военному человеку необходимы такие качества. Вместе с тем у военнослужащих-призывников выявлены низкие показатели по данной шкале ($4,96 \pm 2,3$), что характеризуют их склонность к непостоянству, неорганизованность, безответственность, импульсивность, несогласованность с общепринятыми моральными правилами и стандартами – все эти качества, присущие призывникам, препятствуют их адаптации к военной службе.

Обнаружены отклонения (показатели ниже среднего) у военнослужащих-контрактников по шкале «Q2» (конформизм – неконформизм) ($2,13 \pm 1,55$), что в литературе описывается как предпочтение работать и принимать решения совместно с другими людьми. Такие люди склонны действовать в структуре группы, они необязательно общительны, скорее нуждаются в поддержке со стороны группы. Военная служба – это большой трудовой коллектив, который требует сплоченности, в армии каждый военнослужащий несет ответственность за подчиненного, поэтому такие личностные характеристики более приемлемы к этой структуре. Напротив, военнослужащие-призывники получили высокие баллы по шкале «Q2» (конформизм – неконформизм) ($6,78 \pm 2,58$), что характеризует их независимость, ориентацию на собственные решения, склонность противопоставлять себя группе. Статистическая достоверность различий по критерию Манна-Уитни получена между данными призывников и контрактников по шкалам А, С, Е, G и I ($p \leq 0,01$).

С целью изучения агрессивных и враждебных реакций военнослужащим был предложен опросник Басса-Дарки. В момент проведения диагностического интервью нами было замечено, что некоторые молодые люди проявляют агрессивные атрибуты поведения (отказ от прохождения последующих опросников, несерьезность, некорректное поведение). Этот факт мы связываем с ассоциациями, вызванными вопросами этого опросника, но возможно здесь и кроются проявления бессознательной агрессии. Зафиксированное среднее значение индекса агрессивности у призывников (11) и у контрактников (12) при нормативном значении 21 ± 4 позволяет нам сделать вывод о том, что исследуемым характерен низкий уровень агрессии, однако эти результаты входят в пограничную зону. Уровень враждебности военнослужащих-призывников равен 9, а у военнослужащих-контрактников – 8 (при норме $6-7 \pm 3$), что также в пределах значений пограничной зоны.

Поиск достоверности различий по критерию Манна-Уитни обнаружил достоверные различия в исследуемых группах военнослужащих по шкале «физическая агрессия» ($p=0,03$), что свидетельствует о склонности использовать физическую силу против другого лица. Военнослужащие-контрактники постоянно проходят специальную подготовку: полосу препятствий, рукопашный бой, стрельба – это обучающие инструменты для ведения боя против определенного противника, то есть психологическая подготовка военных предусматривает повышенный уровень физической агрессии.

Изучение особенностей агрессивного поведения позволило выявить достоверно значимые различия ($p=0,02$) по шкале «косвенная агрессия», т.е. агрессия, окольным путем направленная на что-либо или на кого-либо. У военнослужащих-контрактников зарегистрированные показатели по данной шкале оказались выше, чем у военнослужащих-призывников.

В процессе несения службы военнослужащему нужно беспрекословно выполнять приказы разного характера от вышестоящего по званию, но возрастные характеристики при этом не учитываются, поэтому военнослужащему необходимо владеть определенным уровнем самообладания и уметь контролировать свои эмоции. Косвенная агрессия представляет собой определенный уровень эмоциональной разгрузки для ведения успешной деятельности.

Статистическая достоверность различий обнаружена по шкале «раздражение» ($p=0,03$), именно этот показатель оказывается более высоким у военнослужащих-призывников, этот фактор часто способствует нарастанию гнева до активной формы проявления, что мешает конструктивному решению разногласий и проблем. В то время как военнослужащие-контрактники привыкли к будням армейской службы и различные аспекты военного быта не вызывают у них такой степени раздражения, как у военнослужащих-призывников.

Таким образом, полученные результаты по опроснику Басса-Дарки показывают, что индекс враждебности у призывников выше, чем у контрактников. Вместе с тем индекс агрессивности выше у контрактников, но если речь идет об агрессии, актуальной на данном этапе социализации, то этот показатель не вызывает опасений. Данная методика позволила определить типичные формы агрессивного поведения. Мы смогли убедиться в том, что военнослужащие-контрактники и военнослужащие-призывники имеют различные качественные и количественные характеристики агрессивного поведения. Эта методика также позволила получить данные о готовности молодых воинов к успешной военной службе.

При сравнительном анализе психических свойств у военнослужащих-призывников и военнослужащих-контрактников выявлено, что полученные значения по шкалам «психотизм», «экстраверсия-интроверсия» ($15,1 \pm 5,8$) и «нейротизм» ($14,7 \pm 4,9$) выше нормативных значений в группе призывников. Данные по всем этим шкалам у контрактников значительно ниже. Это свидетельствует о том, что у контрактников менее выражены психологические свойства и качества, препятствующие службе в армии. Они не склонны к асоциальному поведению, умеют сохранять рассудительность в экстремальных ситуациях, держать себя в руках. Военная служба в современных условиях зачастую сопряжена с повышенными психическими нагрузками, связанными с самыми различными обстоятельствами. К ним относятся: необходимость быстрой адаптации к требованиям воинской дисциплины и новым формам отношений с людьми, воздействие экстремальных экологических факторов, большие физические нагрузки и многие другие. Молодые люди, выбирающие военную специальность, должны отчетливо понимать её специфику, поэтому им необходимо иметь определённые психические свойства для успешной службы.

Поиск достоверности различий по критерию Манна–Уитни обнаружил достоверные различия по шкале «психотизм» ($p=0,009$) с более высокими значениями по данной шкале в группе призывников, что свидетельствует о характерной для них склонности к асоциальному поведению, вычурности, неадекватности эмоциональных реакций, конфликтности. Также обнаружены достоверные различия по шкале «экстраверсия – интроверсия» ($p=0,005$) с более высокими значениями у призывников, что проявляется в общительном, активном, оптимистическом, самоуверенном и импульсивном поведении. Призывники в большей степени стараются выплеснуть свои эмоции на окружающих, тогда как контрактники проявляют эмоциональную сдержанность и нежелание «перекладывать» негативные эмоции на окружающих.

Анализ результатов по тесту смысложизненных ориентаций выявил, что у военнослужащих-контрактников цели, диагностируемые с помощью данной методики, встречаются чаще, чем у призывников. Результаты клинического интервью также позволяют сделать предварительный вывод о более осознанной направленности целей в группе контрактников и о восприятии ими своей жизни как интересной, эмоционально насыщенной и наполненной смыслом. Молодые люди, выбирающие военную службу, должны иметь перед собой четкие цели и представления о своем будущем, так как военная специальность требует высокого самообладания, выдержки и осмысленности.

Высокие баллы по шкале «Локус контроль Я» ($23,6\pm 3,4$) соответствуют представлению военнослужащих-контрактников о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить собственную жизнь в соответствии со своими целями, задачами и представлениями о её смысле. Это свидетельствует о том, что смысложизненные ориентации у контрактников более четко определены, они знают, чего хотят добиться в жизни. Тогда как призывники пока ещё находятся в процессе определения жизненных ценностей и ориентиров.

Средний возраст военнослужащих-призывников 18-27 лет – это период, в котором происходит перестройка интересов и ориентиров, поиск своего места в жизни. Многие молодые люди, попавшие на призывной пункт, не имеют осознанного представления о том, кем хотят стать в будущем или какую специальность и сферу деятельности выбрать. Многое зависит от причин, мотивов, ставших пусковым фактором в принятии решения нести воинскую службу. Большинство юношей призваны на службу в армию после окончания школы, колледжа, института, но есть и те, кто совершенно неожиданно оказался в незнакомой и непривычной военной обстановке. И это может кардинально повлиять на их смысложизненные ориентации.

Полученные результаты теста подтверждают выдвинутое нами предположение: большинство при-

зывников не знают каких целей будут добиваться в ближайшей перспективе, т.е. живут лишь настоящим моментом, не задумываясь о будущем. Присутствует и неудовлетворённость своей жизнью на данный момент, уход в воспоминания о прошлом.

С целью определения характера взаимосвязи полученных показателей проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Спирмена. Учитывались показатели при уровне достоверности $p<0,05$. Выявлена прямая корреляционная связь с высоким уровнем достоверности ($r=0,32$, $p=0,01$) между шкалой «прямолинейность – дипломатичность» и физической агрессией, т.е. чем выше неуверенность личности в себе, недисциплинированность, неумение анализировать мотивы партнера, тем выше уровень физической агрессии. Фактор N связан с такими личностными качествами, как откровенность, простота, наивность, прямолинейность, бестактность, естественность, непосредственность, эмоциональность, недисциплинированность, неумение анализировать мотивы партнера, отсутствие проницательности, простота вкусов, удовлетворенность имеющимся.

Выявлена положительная корреляционная связь с высоким уровнем достоверности ($r=0,34$, $p=0,01$) между мотивом «цель в жизни» и физической агрессией. У призывников по методике Басса–Дарки выявлен низкий уровень физической агрессии, что влияет на низкий уровень актуальности «цели в жизни». Обнаруженная взаимосвязь свидетельствует об отсутствии в жизни призывников целей в будущем, которые придают их жизненному восприятию осмысленность, направленность и временную перспективу. Данный факт означает, что несформированные цели в жизни не влияют на проявление физической агрессии.

Обнаружена корреляционная связь с высоким уровнем достоверности ($r=0,36$, $p=0,01$) между низкими значениями по субшкале «цель в жизни» и фактором «Е» (подчиненность). Отсутствие стремления самореализоваться в жизни, тенденция к зависимому поведению, стремление к навязчивому соблюдению корректности, норм и правил формирует определенную структуру личности военнослужащего-призывника. Ведь находясь в зависимости от окружающих людей, невозможно проявлять самостоятельность в жизни, достигать поставленных целей. В соответствии с полученными данными мы можем говорить о том, что наличие у призывников таких черт характера, как мягкость, уступчивость, услужливость, влияет на отсутствие целей в жизни.

Индекс агрессивности имеет положительную корреляцию с высоким уровнем достоверности ($r=0,29$, $p=0,04$) с фактором «Q4» (низкая мотивация). Высокий уровень агрессии приводит к низкой мотивации деятельности сферы у молодого поколения. Агрессивный настрой неблагоприятно влияет на ведущую деятельность, определяет нежелание добиваться высот в карьере, положении, строить планы на будущее, самоутверждаться в обществе.

ВЫВОДЫ

1. Военнослужащие-контрактники обладают следующими личностными характеристиками: замкнутость, эмоциональная зрелость, доминантность, высокая нормативность поведения, склонность к конформизму, практичность. Индивидуально-личностный портрет военнослужащих-призывников включает такие черты, как экставертированность, эмоциональная незрелость, низкая нормативность поведения.

2. Уровень физической и косвенной агрессии у военнослужащих-контрактников выше. В то время как военнослужащие-призывники имеют высокий уровень раздражения.

3. Сравнительный анализ психических свойств показал, что военнослужащие-контрактники не склонны к асоциальному поведению, умеют сохранять рассудительность в экстремальных ситуациях, держать себя в руках. В то время как у призывников низко выражена мотивация к воинской службе, а предстоящая смена деятельности способствует повышению конфликтности, склонности к асоциальному поведению.

4. Военнослужащие-контрактники в целом характеризуются как целеустремленные личности с лидерскими качествами и ясными жизненными намерениями, в отличие от призывников, которые не могут найти свой жизненный путь и живут преимущественно прошлыми воспоминаниями.

5. Выявлены высокие достоверные взаимосвязи между индивидуально-психологическими особенностями, психическими свойствами, уровнем агрессии и смысловыми ориентациями у военнослужащих обеих групп.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания Комитета по этике

ФГБОУ «Новосибирского государственного медицинского университета» Минздрава России № 97 от 18.05.2017).

ЛИТЕРАТУРА

1. Буравцова Н.В., Сычева Т.Ю., Маршируева И.Б. Особенности проявления личностных расстройств у юношей призывного возраста. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2017; 4-2 (58): 154–156.
2. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. М.: Педагогика, 1990: 144.
3. Кандыбович С.Л. Психолого-акмеологические основы управленческой деятельности командира войск радиационной, химической и биологической защиты. М., 2000: 282.
4. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. СПб.: Речь, 2006: 480.
5. Князев В.М. Физиологическая оценка адаптации курсантов флотских экипажей к условиям военно-профессиональной подготовки: автореф. дис. ... к.м.н. Саратов, 2006: 23.
6. Коршевер Н.Г. Адаптация и военно-профессиональная подготовка. *Военно-медицинский журнал*. 1997; 318 (4): 51–53.
7. Малышев И.К. Изучение и учет индивидуально-психологических особенностей, подчиненных в повседневной служебной деятельности. СПб.: Ориентир, 2004: 258.
8. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Маршируева И.Б. Особенности социальной адаптации призывного контингента [Электронный ресурс]. *Медицина и образование в Сибири*. 2016; 3. Режим доступа: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=2035. Дата обращения: 01.12.2016.
9. Kruse J.A., Hagerty B.M., Byers W.S., Gatien G., Williams R.A. Considering a relational model for depression in Navy recruits. *Mil. Med.* 2014; 179 (11): 1293–1300.
10. Perry B.D. The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In: Schetky D., Benedek E.P., editors. *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001: 221–238.
11. Reznik A.M., Fastovtsov G.A. The characteristics of the stress-provoked suicidal behavior in servicemen. *Voен. Med. Zh.* 2004. Jun; 325 (6): 36–41, 80.
12. Straus M.A., Savage S.A. Neglectful behavior by parents in the life history of university students in 17 countries and its relation to violence against dating partners. *Child Maltreat.* 2005; 10: 124–135.
13. Veenema A.H. Early life stress, the development of aggression and neuroendocrine and neurobiological correlates: what can we learn from animal models? *Front. Neuroendocrinol.* 2009; 30: 497–518.
14. Wawrzyniak Z., Florkowski A., Gruszczynski W. Etiological factors of mental disorders among members of the Polish military forces. *Mil. Med.* 2001. Jun; 166 (6): 480–484.

Поступила в редакцию 20.04.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Султанмуратов Юнир Мухтаррамович, начальник отдела (г. Новосибирск) филиала № 3 ФГКУ «ГЦ ВВЭ» МО РФ.

Овчинников Анатолий Александрович, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППВ.

Султанова Аклима Накиповна, к.м.н., доцент кафедры клинической психологии ФСР и КП.

Сычева Татьяна Юрьевна, к.п.н., доцент кафедры клинической психологии ФСР и КП.

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

УДК 159.9.07:361.612:341.357.6-057.36

For citation: Sultanmuratov Yu.M., Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Sycheva T.Yu. Individual-psychological characteristics of military servants influencing adaptation success. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 50—56. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-50-56

Individual-psychological characteristics of military servants influencing adaptation success

Sultanmuratov Yu.M.¹, Ovchinnikov A.A.², Sultanova A.N.^{1,2}, Sycheva T.Yu.^{2,3}

¹ Department (Novosibirsk) Branch no. 3 of the Head Office of Military Medical Examination
Alexander Nevsky Street 3, 630075, Novosibirsk, Russian Federation

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

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

ABSTRACT

Objective: to study individual-psychological characteristics of military servants determining adaptation success. **Materials.** Between 2016 and 2017, 96 military servants younger than 23 years undergoing military service by conscription (50) and contract (46) are examined. Sample is formed by method of randomization – random selection. **Methods.** Cattell's 16 Personality Factors Test, Buss-Darkee Inventory, questionnaire "PEN", test "Life-Purpose Orientations". **Conclusion.** The paper presents analysis of psychological approaches to study of individual characteristics of personality development of a military servant as a system capable not only to adapt but also to modify actively the reality, to develop and improve oneself in various spheres of military activities, in different conditions of changing settings. The reliable differences in individual-psychological characteristics of military servants undergoing military service by conscription and contract are revealed.

Keywords: conscript servicemen, contract servicemen, individual psychological characteristics, aggression, hardiness.

REFERENCES

- Buravtsova N.V., Sycheva T.Yu., Marshirueva I.B. Osobennosti proyavleniya lichnostnykh rasstroystv u yunoshey prizyvnogo vozrasta [Peculiarities of personality disorders in young men of draft age]. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal – International Research Journal*. 2017; 4-2 (58): 154–156 (in Russian).
- Breslav G.M. Emotsional'nye osobennosti formirovaniya lichnosti v detstve [Emotional characteristics of formation of personality in children]. M.: Pedagogika, 1990: 144 (in Russian).
- Kandybovich S.L. Psikhologo-akmeologicheskie osnovy upravlencheskoy deyatelnosti komandira voysk radiatsionnoy, khimicheskoy i biologicheskoy zashchity [Psychological-acmeological bases of managerial activity of the commanding officer of troops of radiation, chemical and biological defense]. M., 2000: 282 (in Russian).
- Karajan A.G., Syromyatnikov I.V. Prikladnaya voennaya psikhologiya [Applied military psychology]. SPb.: Rech', 2006: 480 (in Russian).
- Knyazev V.M. Fiziologicheskaya otsenka adaptatsii kursantov flotskikh ekipazhey k usloviyam voenno-professional'noy podgotovki [Physiological assessment of adaptation of cadets of naval crews to conditions of military-professional preparation]. Avtoref. dis. ... k.m.n - Abstract of PhD thesis. Saratov, 2006: 23 (in Russian).
- Korshever N.G. Adaptatsiya i voenno-professional'naya podgotovka [Adaptation and military-professional preparation]. *Voennomeditsinskiy zhurnal – Military-Medical Journal*. 1997; 318 (4): 51–53 (in Russian).
- Malyshev I.K. Izuchenie i uchet individual'no-psikhologicheskikh osobennostey, podchinennykh v povesdnevnoy sluzhebnoy deyatelnosti [Study and consideration of individual-psychological characteristics of people in routine official activities]. SPb.: Orientir, 2004: 258 (in Russian).
- Ovchinnikov A.A., Sultanova A.N., Marshirueva I.B. Osobennosti sotsial'noy adaptatsii prizyvnogo kontingenta [Characteristics of social adaptation of conscripts]. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri – Medicina and Education in Siberia*. 2016; 3. http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=2035. Data of address: 01.12.2016 (in Russian).
- Perry B.D. The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In: Schetky D., Benedek E.P., editors. *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2001: 221–238.
- Reznik A.M., Fastovtsov G.A. The characteristics of the stress-provoked suicidal behavior in servicemen. *Voenn. Med. Zh.* 2004. Jun; 325 (6): 36–41, 80.
- Straus M.A., Savage S.A. Neglectful behavior by parents in the life history of university students in 17 countries and its relation to violence against dating partners. *Child Maltreat.* 2005; 10: 124–135.
- Veenema A.H. Early life stress, the development of aggression and neuroendocrine and neurobiological correlates: what can we learn from animal models? *Front. Neuroendocrinol.* 2009; 30: 497–518.
- Wawrzyniak Z., Florkowski A., Gruszczynski W. Etiological factors of mental disorders among members of the Polish military forces. *Mil. Med.* 2001. Jun; 166 (6): 480–484.

Received April 20.2017
Accepted June 26.2017

Sultanmuratov Yunir M., Head of Department (Novosibirsk) Branch no. 3 of the Head Office of Military Medical Examination, Novosibirsk, Russian Federation.

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

Sultanova Aklima N., PhD, lecturer of Psychiatry and Addiction Psychiatry Department, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation.

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

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

УДК 616.89-008.441.13-055.2:615.851:316.628

Для цитирования: Пешковская А.Г., Мандель А.И., Белокрылов И.И., Назарова И.А., Кисель Н.И. Проблема анозогнозии при женском алкоголизме: мишени и эффективность терапевтического воздействия. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 57—63. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-57-63

Проблема анозогнозии при женском алкоголизме: мишени и эффективность терапевтического воздействия

Пешковская А.Г., Мандель А.И., Белокрылов И.И., Назарова И.А., Кисель Н.И.

Научно-исследовательский институт психического здоровья

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук

Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Цель: определение и апробация психодиагностического инструментария, способного путем преодоления алкогольной анозогнозии у женщин выявлять мишени персонализированной психотерапии, динамическая оценка анозогнозии до и после терапии. **Материалы.** Клинико-динамически и экспериментально-психологически обследовано 30 женщин с алкогольной зависимостью (F10.2) в среднем возрасте 44,35±7,1 года, пролеченных в отделении аддиктивных состояний НИИ психического здоровья. **Методы.** Опросник «Алкогольная анозогнозия», тест смысловых ориентаций, шкала тревоги и депрессии HADS. **Результаты.** В статье представлена апробация комплексного психодиагностического инструментария, способного на основе преодоления алкогольной анозогнозии у женщин решать задачи выявления мишеней персонализированного психотерапевтического воздействия, в том числе осуществлять динамическую оценку анозогнозии – до и после терапии, оценивать её эффективность. **Заключение.** В исследовании показана целесообразность и эффективность применения определенного психодиагностического инструментария для оценки результатов терапии, успешность которой в случае женского алкоголизма в значительной степени зависит от прицельной терапевтической работы с анозогнозией на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях и коррекции ценностно-смысловых аспектов мотивации к лечению.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, анозогнозия, женский алкоголизм, мишени персонализированной терапии, оценка эффективности терапии.

Статья подготовлена в рамках выполнения медицинских технологий «Психотерапевтическая когнитивно-поведенческая интервенция для коррекции анозогнозии у наркологических больных», «Технология повышения эффективности персонализированной терапии на основе преодоления анозогнозии у женщин, больных алкоголизмом».

ВВЕДЕНИЕ

Отрицание у себя заболевания, не критичное отношение к своему заболеванию – анозогнозия – распространенный феномен у больных алкоголизмом. Большинство пациентов с алкогольной зависимостью обращаются за медицинской помощью в развернутой стадии заболевания, при которой доминирует частичная анозогнозия [2, 3, 4, 5, 7, 13, 15]. В клинической картине алкоголизма феномен нарушения сознания болезни и её отрицания присутствует постоянно, что может рассматриваться как облигатный симптомокомплекс [6, 7, 21]. Уровень анозогнозии также определяет прогноз заболевания, являясь предиктором как длительности ремиссий, так и их качества [10, 21, 25, 27].

У женщин алкогольная зависимость характеризуется меньшей курабельностью и несет более серьезную стигматизирующую нагрузку, чем мужской алкоголизм, что способствует длительному сокрытию болезни и её симптомов и формированию устойчивых форм отрицания заболевания и необходимости лечения [20, 21, 26]. Алкогольная анозогнозия у женщин также подкрепляется сильным аффективным компонентом тревожно-дистимического спек-

тра [7, 24, 28]. Специфические особенности депрессивных нарушений, отрицание наличия депрессии, «депрессивная анозогнозия» – всё это требует дополнительных психотерапевтических мишеней [21]. Отрицание болезни, сокрытие наиболее неприятных эпизодов алкогольного прошлого и вытекающее отсюда сопротивление психотерапевтическим воздействиям вызвано осознанным или неосознанным стремлением избежать женщинами «клейма» алкоголизма, которое серьезно подрывает репутацию [5, 12, 17].

Динамическая оценка анозогнозии является необходимой составляющей терапевтического процесса. Успешность лечебно-реабилитационной перспективы напрямую зависит от того, насколько полно пациенты с алкогольной зависимостью признают свою болезнь и осознают необходимость лечения [29].

Таким образом, преодоление анозогнозии становится одной из основных задач, реализация которой связана с эффективностью изменения всей системы отношений больных, деформированной алкоголизацией, коррекцией ценностных ориентаций и дезадаптивных стереотипов межличностных отношений, прежде всего в семье [27].

Применение когнитивно-поведенческой интервенции, предназначенной для коррекции проявлений анозогнозии, позволит повысить мотивацию к лечению, сформировать новое адаптивное поведение у женщин с алкоголизмом, повысить эффективность лечебных и психотерапевтических мероприятий [15].

В свою очередь динамическая оценка анозогнозии при женском алкоголизме выступает необходимой составляющей терапевтического процесса, так как характеристики и выраженность данного симптомокомплекса влияют на особенности психотерапевтических и реабилитационных программ [1, 8, 23].

Цель исследования – определение и апробация комплексного психодиагностического инструментария, способного на основе преодоления алкогольной анозогнозии у женщин решать задачи выявления мишеней персонализированного психотерапевтического воздействия, в том числе осуществлять динамическую оценку анозогнозии – до и после терапии, оценивать её эффективность.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинико-динамическому и экспериментально-психологическому обследованию было подвергнуто 30 женщин, страдающих алкогольной зависимостью (F10.2) и проходивших лечение в отделении аддиктивных состояний НИИ психического здоровья (средний возраст $44,35 \pm 7,1$ года). Критериями исключения явились состояние абстиненции, сопутствующие психические расстройства психотического регистра (шизофрения, биполярное аффективное расстройство и др.), органическая патология головного мозга, состояния острых или обострения хронических соматических заболеваний.

Для выявления мишеней персонализированной терапии и оценки эффективности терапии был отобран следующий психодиагностический инструментарий: опросник «Алкогольная анозогнозия» [16], тест смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева, шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983).

Основанием для выбора данного комплекса психодиагностических методов явились следующие его преимущества: задействует как когнитивный, так и эмоциональный, мотивационный, ценностный уровни для определения мишеней терапии в рамках одного психодиагностического исследования; предоставляет возможность разработки индивидуальных рекомендаций для каждого больного в отдельности; предоставляет возможность динамической оценки исследуемых параметров в рамках модели «тест-ретест»; экспресс-диагностика [11, 12, 19].

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0. Результаты психодиагностики до и после терапии сравнивали с использованием критерия знаков и критерия парных сравнений Вилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Диагностика уровня алкогольной анозогнозии с помощью опросника «Алкогольная анозогнозия», разработанного авторами на основе концепции отношений В.Н. Мясничева (1960) и представлений А. S. David (1990) и X.F. Amador (1991) о структуре отношения больного к психическому заболеванию, позволила получить комплексную экспресс-оценку уровня алкогольной анозогнозии до и после терапии

по отдельным её компонентам: когнитивному, эмоциональному, мотивационному. Результаты оценки уровня анозогнозии у женщин с алкогольной зависимостью до и после персонализированной терапии свидетельствуют о положительной динамике в преодолении анозогнозии пациентами (рис. 1).



Рисунок 1. Динамика показателей анозогнозии у женщин с алкогольной зависимостью до и после персонализированной терапии

Среднегрупповые показатели по шкале «Неинформированность» (НИ) снизились с 9,25 балла до терапии до 6,7 балла после ($p=0,048$), что отражает повышение информированности женщин о медицинской модели алкогольной зависимости, причинах возникновения болезни и способах её лечения.

Среднегрупповые показатели по шкале «Непризнание симптомов заболевания» (НС) не изменились в динамике.

Представляется, что терапевтическая работа по преодолению данного когнитивного компонента анозогнозии требует большего числа психотерапевтических сессий в отношении отдельных пациентов. Однако отметим, что уровень анозогнозии 70% женщин в выборке снижается, так как персонализированная терапия способствует осознанию и принятию факта наличия симптомов алкоголизма: абстинентных расстройств и утраты количественного контроля.

Женщины с алкогольной зависимостью также демонстрируют снижение показателя анозогнозии по шкале «Непризнание заболевания» (НЗ). Средние значения в выборке до и после персонализированной терапии составляют соответственно 6,25 и 5,5 балла, что свидетельствует о динамике в отношении принятия факта заболевания.

На средний показатель по шкале «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ) оказывают влияние отдельные оценки больных алкоголизмом женщин роли иных обстоятельств, но не фактора алкогольной зависимости в имеющихся в разных сферах жизни проблемах. Однако в целом зафиксировано снижение показателей данного когнитивного компонента анозогнозии с 10,5 балла до 8,9 после терапии, т.е. женщины признают наличие медицинских, психологических и социальных проблем, связанных именно с алкоголизацией.

Средние показатели по шкале «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) после персонализированной терапии понижаются с 12,25 до 8,68 балла ($p=0,029$), что свидетельствует о значительной динамике в эмоциональной сфере – повышении эмоциональной озабоченности женщин по поводу как заболевания в целом, так и в отношении отдельных его аспектов.

Показатели по шкале «Несогласие с лечением» (НЛ) свидетельствуют о пассивном отношении к лечению, не изменяющемся в динамике. Отметим, что данный показатель сопровождается преобладанием более низких оценок по шкале «Локус контроль – Я» в противовес более высоким значениям по шкале «Локус контроль – жизнь» теста СЖО, что связано со снижением у женщин веры в себя, недооценкой способностей контролировать события своей жизни, в том числе в результате осознания сложности пути излечения и установки на передачу функции контроля над собственной жизнью лечащему врачу и значимым близким.

Среднегрупповые показатели по шкале «Неприятие трезвости» (НТ) составили 18 баллов до терапии и 14,5 балла после ($p=0,041$), что отражает повышение уровня мотивации женщин с алкогольной зависимостью на трезвый образ жизни, высказывание необходимости трезвости.

Статистические данные когорты пациентов по шкалам опросника «Алкогольная анозогнозия» представлены в таблице 1.

Таблица 1

Динамика показателей анозогнозии женщин с алкогольной зависимостью до (Тест 1) и после (Тест 2) персонализированной терапии					
Показатель анозогнозии	Тест 1		Тест 2		p-level
	Mean	SD	Mean	SD	
Неинформированность	9,25	2,06	6,70	1,73	0,048
Непризнание симптомов заболевания	5,50	1,91	5,73	1,83	1,003
Непризнание заболевания	6,25	2,63	5,35	1,73	0,437
Непризнание последствий заболевания	10,50	2,38	8,90	2,00	0,051
Эмоциональное неприятие заболевания	12,25	2,75	8,68	1,26	0,029
Несогласие с лечением	8,25	0,96	8,50	1,91	0,993
Неприятие трезвости	18,00	3,74	14,50	5,80	0,041

Диагностика ценностно-смысловых компонентов мотивации к лечению больных алкоголизмом у женщин, выполненная с привлечением теста смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева до и после персонализированной терапии, позволила установить положительную динамику ценностно-смысловых аспектов мотивации пациентов.

Показатель целей, характеризующий наличие в жизни пациента целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу, возрос в среднем с 29,75 до 31,78 балла после персонализированной терапии соответственно (рис. 2).

Показатели по шкале «Процесс жизни» теста СЖО отражают наличие интереса и эмоциональной

насыщенности жизни. Этот показатель также говорит о том, воспринимает ли женщина сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный, наполненный смыслом. Высокие баллы по этой шкале и низкие значения по остальным шкалам характеризуют обследованного как гедониста, живущего сегодняшним днем. Низкие баллы по этой шкале рассматриваются как неудовлетворенность своей жизнью в настоящем. В исследуемой выборке женщин с алкогольной зависимостью средние баллы по данной шкале возросли с 22,5 до 25 (рис. 2), что свидетельствует о повышении эмоциональной насыщенности жизни и интереса к ней после персонализированной терапии на основе преодоления анозогнозии, что позволяет использовать данный мотивационный компонент в качестве повышающего мотивацию к лечению.

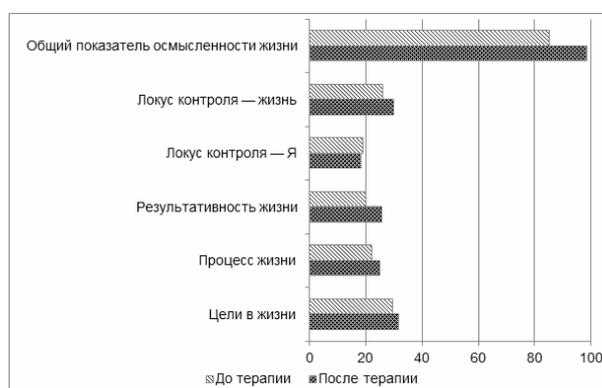


Рисунок 2. Динамика показателей смысловых ориентаций женщин с алкогольной зависимостью до и после персонализированной терапии

Баллы по шкале «Результативность жизни» отражают оценку женщинами, больными алкоголизмом, пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмыслена была прожитая её часть. Зафиксированный достоверно значимый рост среднегрупповых показателей с 20,25 до 26,75 балла после персонализированной терапии ($p=0,045$) свидетельствует о возрастании значимости прошлого, способного придать осмысленность текущему периоду жизни, что также позволяет использовать данный смысловой компонент для преодоления алкогольной анозогнозии и повышения мотивации к лечению.

Значения показателей «Локус контроль – Я», «Локус контроль – жизнь» меняются незначительно, что связано со стабильностью и малой чувствительностью к изменениям данных характеристик как черт личности. В исследуемой когорте женщин в отношении данных показателей наблюдается снижение веры в свои силы, недооценка своих способностей контролировать события жизни, в том числе появившихся как результат осознания сложности пути преодоления алкогольной зависимости и внутренней установки на передачу функции контроля над собственной жизнью лечащему врачу и значимым близким.

Вместе с тем положительная динамика после психотерапевтической интервенции наблюдается в отношении общего показателя осмысленности жизни, значения которого возрастают с 85,40 до 98,75 балла ($p=0,037$). Положительная динамика подтверждает эффективность психотерапевтических мероприятий для повышения общей осмысленности жизни, осознания собственной личности и роли болезни и излечения в жизненном пути пациентов.

Статистические данные когорты пациентов по показателям теста СЖО представлены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Показатель	Тест 1		Тест 2		p-level
	Mean	SD	Mean	SD	
Цели в жизни	29,75	8,26	31,78	8,49	0,729
Процесс жизни	22,50	6,03	25,00	4,55	0,075
Результативность жизни	20,25	4,57	26,75	5,62	0,045
Локус контроля – Я	19,00	6,16	18,55	6,65	0,976
Локус контроля – жизнь	26,25	4,99	30,00	9,02	0,730
Общий показатель осмысленности жизни	85,40	16,68	98,75	18,01	0,037

Оценка депрессии и тревоги у женщин с алкогольной зависимостью по шкале тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) позволила диагностировать снижение индекса тревоги с 12,0 до 7,2 балла в среднем (рис. 3).

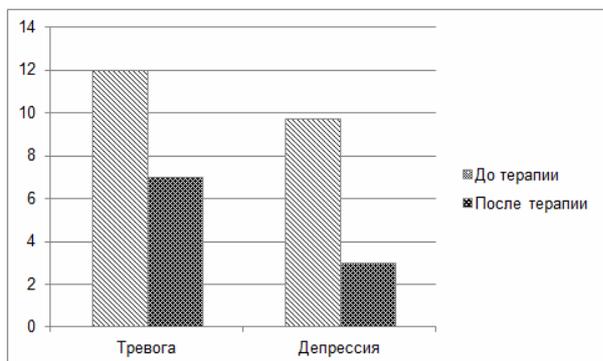


Рисунок 3. Динамика показателей тревоги и депрессии по шкале HADS до и после персонализированной терапии

Индекс депрессии до и после персонализированной терапии составил соответственно 9,75 и 3,0 балла, что свидетельствует о значительной динамике данного показателя в сторону улучшения психического состояния женщин ($p=0,042$) и подтверждает эффективность терапевтических мероприятий. Статистические данные когорты пациентов по показателям шкалы HADS представлены в таблице 3.

Т а б л и ц а 3

Показатель	Тест 1		Тест 2		p-level
	Mean	SD	Mean	SD	
Тревога	12,00	3,56	7,20	1,41	0,133
Депрессия	9,75	7,04	3,00	1,83	0,042

По результатам персонализированной терапии зафиксирована положительная динамика в преодолении анозогнозии, в частности её когнитивного, эмоционального и мотивационного компонентов. Среднегрупповые показатели по шкале «Неинформированность» имели достоверную тенденцию к снижению с 9,25 до 6,7 балла после терапии ($p=0,048$), что свидетельствует о повышении уровня информированности женщин о медицинской модели алкогольной зависимости, причинах возникновения болезни и способах её лечения. Снижение показателя по шкале «Непризнание заболевания» с 6,25 до 5,5 балла после персонализированной терапии связано с принятием факта заболевания. Женщины также признают наличие медицинских, психологических и социальных проблем, связанных с алкоголизацией, данное положение подтверждается снижением значений показателя «Непризнание последствий заболевания» с 10,5 балла до 8,9 после терапии.

Показатели по шкале «Эмоциональное неприятие заболевания» после персонализированной терапии достоверно снижаются с 12,25 до 8,68 балла ($p=0,029$), что свидетельствует о значительной динамике в эмоциональной сфере – повышении эмоциональной озабоченности женщин по поводу своего заболевания и его отдельных аспектов. Снижение показателей по шкале «Непринятие трезвости» с 18 до 14,5 балла отражает повышение на достоверном уровне мотивации на трезвый образ жизни ($p=0,041$).

Установлена положительная динамика ценностно-смысловых аспектов мотивации на лечение: отмечается достоверно значимый рост среднегрупповых показателей субъективной результативности ($p=0,045$) и осмысленности жизни ($p=0,037$), что в свою очередь доказывает эффективность психотерапевтических мероприятий для повышения общей осмысленности жизни, осознания собственной личности, признания наличия болезни и её роли в жизненном пути пациентов.

Уставлено снижение тревоги и депрессивных тенденций, наличие которых до терапии выступало в роли блокирующих процессов осознания болезни. Выраженность депрессии до и после персонализированной терапии составила соответственно 9,75 и 3,0 балла, что свидетельствует о достоверно значимой положительной динамике данного показателя в сторону улучшения психического состояния женщин с алкогольной зависимостью ($p=0,042$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в исследовании показана целесообразность и эффективность применения предложенного комплексного психодиагностического инструментария в отношении следующих задач терапии женского алкоголизма: выявление мишеней психотерапевтического воздействия на этапе до терапии, в том числе динамическая оценка анозогнозии, а также оценка результатов персонализированной терапии, успешность которой в случае женского

алкоголизма в значительной степени зависит от прицельной терапевтической работы с анозогнозией на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях и коррекции ценностно-смысловых аспектов мотивации к лечению. Кроме того, комплексный психодиагностический инструментари эффективен для разработки индивидуальных рекомендаций для каждого больного с целью повышения его реабилитационного потенциала.

Разработка компетентных критериев диагностики и оценки программ терапии является приоритетным и социально значимым направлением современной наркологии. Комплексный метод выявления мишеней и оценки эффективности терапии на основе преодоления анозогнозии у женщин с алкогольной зависимостью выступает необходимым компонентом лечебно-реабилитационных мероприятий, позволяет оценить результат психотерапевтического воздействия и прогнозировать устойчивость ремиссии.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено по теме, выполняемой в рамках поисковых научных исследований НИИ психического здоровья «Разработка методов персонализированной терапии у больных аддиктивными расстройствами». Шифр темы 0550-2016-0401. Номер госрегистрации АААА-А16-116042610053-7.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ № 85 от 14.12. 2015 г., дело № 85/5.2015).

ЛИТЕРАТУРА

- Агибалова Т. В., Бузык О. Ж. Психотерапия в наркологии. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова*. 2007; 2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihoterapiya-v-narkologii> (дата обращения: 25.03.2017).
- Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и её преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом: автореф. дис. ... к.м.н. М., 2005: 26.
- Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2009: 510.
- Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Алкогольная смертность в отдалённых сельских районах Западной Сибири. *Наркология*. 2011; 10, 9 (117): 43–47.
- Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадырты И.О., Асланбекова Н.В. Этнокультурная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013; 6: 9–14.
- Габоев В.Н. Алкогольная анозогнозия – ведущий психопатологический синдром хронического алкоголизма. *Медицинские науки*. 2010; 3: 19–23.
- Демина М.В. О механизмах нарушения сознания наркологической болезни и подходах к его коррекции. *Вопросы наркологии*. 2005; 1: 13–21.
- Игонин А.Л. Психотерапевтические методы лечения наркологических заболеваний. Наркологические заболевания в лечебной и экспертной практике. М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2008: 247–256.
- Карвасарский Б.Д. Анозогнозия наркологических больных / Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2000: 345.
- Киржанова В.В., Григорова Н.И., Сидорюк О.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2013-2014 годах: статистический сборник. М., 2016: 141.
- Пешковская А.Г. Этнокультуральный диспаратет когнитивных нарушений при алкоголизме. *Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева*. 2014; XLVI (3): 97–98.
- Пешковская А.Г., Мандель А.И., Бадырты И.О. Этнический фактор и проблема алкоголизма (обзор литературы). *Вестник Томского государственного педагогического университета*. 2015; 3 (156): 49–57.
- Пешковская А.Г., Мандель А.И., Бадырты И.О., Бохан Н.А., Иванова С.А., Федоренко О.Ю. Психологические особенности больных алкоголизмом различных этнических групп коренного населения Сибири. – Томск: «Иван Федоров», 2015. – 45 с.
- Пешковская А.Г., Мандель А.И., Белокрылов И.И., Назарова И.А. Психотерапевтическая когнитивно-поведенческая интервенция для коррекции анозогнозии у наркологических больных. Томск: «Иван Федоров», 2016: 21.
- Пешковская А.Г., Мандель А.И., Белокрылов И.И., Назарова И.А., Кисель Н.И. Технология повышения эффективности персонализированной терапии на основе преодоления анозогнозии у женщин, больных алкоголизмом. Томск: «Иван Федоров», 2017: 24.
- Поляк О.Б. Критика к заболеванию и терапевтическая мотивация в структуре отношения к болезни при опиоидных наркоманиях: автореф. дис. ... к.п.н. СПб., 2009: 23.
- Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Бочаров В.В., Вукс А.Я. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом: методические рекомендации. СПб., 2011: 37.
- Семке В.Я., Мельникова Т.Н., Бохан Н.А. Нейробиологические механизмы алкоголизма. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2002; 102 (8): 61–66.
- Сомкина О.Ю., Меринов А.В., Байкова М.А. Отличительные особенности наркологической характеристики женщин и мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, в контексте аутоагрессивного поведения. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова*. 2016; 4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otlichitelnye-osobennosti-narkologicheskoy-harakteristiki-zhenschin-i-muzhchin-stradayuschih-alkogolnoy-zavisimostyu-v-kontekste> (дата обращения: 06.04.2017).
- Хоютанова Н.В., Матвеева Н.П., Бохан Н.А., Иванова С.А., Кривошапкина З.Н., Игotti Е.А. Клинико-динамические особенности формирования и течения алкоголизма у женщин в зависимости от климатогеографических условий проживания на территории РС (Я). *Якутский медицинский журнал*. 2015; 1 (49): 14–18.
- Шайдукова Л.К. Конституционально-психологические особенности нарушений полоролевого поведения женщин, злоупотребляющих алкоголем. ПМ. 2012; 57. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/konstitutsionalno-psihologicheskie-osobennosti-narusheniy-polorolevogo-povedeniya-zhenschin-zloupotrebyayuschih-alkogolem> (дата обращения: 06.04.2017).
- Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.
- Bokhan N.A., Mandel A.I., Stoyanova I.Ya., Mazurova L.V., Aslanbekova N.V. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women. *J. Psychol. Psychother.* 2013; 3: 128. doi: 10.4172/2161-0487.1000128
- Esper L.H., Furtado E.F. Gender differences and association between psychological stress and alcohol consumption: A systematic review. *Alcoholism & Drug Dependence*. 2013; 1: 116–120.
- Laudet A., Stanick V. Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010; 38: 317–327.
- Lewis B., Nixon S.J. Characterizing Gender Differences in Treatment Seekers. *Alcohol Clin. Exp.* 2014; 38 (1):275–84. doi: 10.1111/acer.12228.

27. Litt M. D., Kadden R. M., Tennen H. Network Support treatment for alcohol dependence: gender differences in treatment mechanisms and outcomes. *Addictive behaviors*. 2015; 45: 87–92.
28. Petit G., Luminet O., de Sousa Uva M. et al. Gender differences in affects and craving in alcohol-dependence: A study during alcohol detoxification. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2017; 41, 421–431. doi:10.1111/acer.13292.
29. Ruiz S.M., Oscar-Berman M. Closing the Gender Gap: The Case for Gender-Specific Alcoholism Research. *Alcoholism & Drug Dependence*. 2013; 1: e106. doi:10.4172/2329-6488.1000e106.

Поступила в редакцию 20.04.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Пешковская Анастасия Григорьевна, м.н.с. отделения аддиктивных состояний.

Мандель Анна Исаевна, д.м.н., проф., в.н.с. отделения аддиктивных состояний.

Белокрылов Илья Игоревич, м.н.с. отделения аддиктивных состояний.

Назарова Ирина Анатольевна, м.н.с. отделения аддиктивных состояний.

Кисель Наталья Игоревна, к.м.н., врач отделения аддиктивных состояний.

✉ Мандель Анна Исаевна, anna-mandel@mail.ru

УДК 616.89-008.441.13-055.2:615.851:316.628

For citation: Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Belokrylov I.I., Nazarova I.A., Kisel N.I. Problem of anosognosia in female alcoholism: targets and efficiency of therapeutic intervention. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 57–63. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-57-63

Problem of anosognosia in female alcoholism: targets and efficiency of therapeutic intervention

Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Belokrylov I.I., Nazarova I.A., Kisel N. I.

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

ABSTRACT

Objective: to identify and test psychodiagnostic tools capable by the way of overcoming the alcohol anosognosia in women to reveal targets of personalized psychotherapy, to evaluate in dynamics the anosognosia at baseline and after therapy. **Materials.** Clinical-dynamic and experimental-psychological examination of 30 women with alcohol dependence (F10.2) aged 44.35±7.1 years under therapy at Addictive States Department of Mental Health Research Institute was carried out. **Methods.** Questionnaire “Alcohol Anosognosia”, Test of Life-Purpose Orientations, Hamilton Anxiety and Depression Scale (HADS). **Results.** This paper presents approbation of complex psychodiagnostic tools capable by the way of overcoming the alcohol anosognosia in women to solve tasks of revealing the “targets” of personalized psychotherapeutic intervention and to evaluate the anosognosia in dynamics – at baseline and after therapy, to evaluate its efficiency. **Conclusion.** The study showed appropriateness and efficiency of the use of some psychodiagnostic tools for evaluation of results of the therapy, which success in female alcoholism to significant degree depends on targeted therapeutic work with anosognosia at cognitive, emotional and motivational levels and correction of value-meaning aspects of motivation to treatment.

Keywords: alcohol dependence, anosognosia, female alcoholism, personalized therapy targets, therapy efficiency evaluation.

REFERENCES

- Agibalova T.V., Buzik O.Zh. Psikhoterapiya v narkologii [Psychotherapy in narcology]. *Ros. mediko-biol. vestn. im. akad. I.P. Pavlova – I.P. Pavlov Russian Medical-Biological Bulletin*. 2007; 2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/psikhoterapiya-v-narkologii> (date of address: 25.03.2017) (in Russian).
- Baranova O.V. Alkogol'naya anozognoziya i ee preodolenie v protsesse lecheniya bol'nykh alkogolizmom [Alcohol anosognosia and its overcoming in the process of therapy of alcoholic patients]. *Avtoref. dis. ... k.m.n. – Abstract of PhD thesis*. M., 2005: 26 (in Russian).
- Bokhan N.A., Semke V.Ya. [Co-morbidity in Addiction Psychiatry]. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009. 510 p. (in Russian).
- Bokhan N.A., Mandel A.I., Kuznetsov V.N. [Alcohol mortality in remote rural districts of West Siberia]. *Narkologiya [Narcology]*. 2011; 10, 9 (117): 43–47. (in Russian).
- Bokhan N.A., Mandel A.I., Peshkovskaya A.G., Badyrgy I.O., Aslanbekova N.V. Etnoterritorial'naya geterogenost' formirovaniya alkogol'noy zavisimosti u koren'nogo naseleniya Sibiri [Ethnoterritorial heterogeneity of alcohol dependence formation in the native population of Siberia]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im: S.S. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013; 6: 9–14 (in Russian).
- Gaboev V.N. Alkogol'naya anozognoziya – vedushchiy psikhopatologicheskii sindrom khronicheskogo alkogolizma [Alcohol anosognosia – a leading psychopathological syndrome of chronic alcoholism]. *Meditsinskie nauki – Medical Sciences*. 2010; 3: 19–23 (in Russian).
- Demina M.V. O mekhanizмах narusheniya soznaniya narkologicheskoy bolezni i podkhodakh k ego korrektsii [About mechanisms of disturbance of perception of a narcological illness and approaches to its correction]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2005; 1: 13–21 (in Russian).
- Igonin A.L. Psikhoterapevticheskie metody lecheniya narkologicheskikh zabolevaniy. Narkologicheskie zabolevaniya v lechennoy i ekspertnoy praktike [Psychotherapeutic methods of the therapy of narcological diseases. Narcological diseases in the therapeutic and expert practice]. M.: FGU “GNTs SSP Roszdruva”, 2008: 247–256 (in Russian).
- Karvasarsky B.D. Anozognoziya narkologicheskikh bol'nykh / Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Anosognosia of narcological patients]. In: [Psychotherapeutic encyclopedia]. B.D. Karvasarsky, ed. SPb.: Piter, 2000: 345 (in Russian).
- Kirzhanova V.V., Grigorova N.I., Sidoryuk O.V. Osnovnye pokazateli deyatelnosti narkologicheskoy sluzhby v Rossiyskoy Federatsii v 2013-2014 godakh: statisticheskiy sbornik [The main indices of activities of narcological service in the Russian Federation in 2013-2014: statistical compendium. M., 2016: 141 (in Russian).
- Peshkovskaya A.G. Etnokul'tural'nyy disparitet kognitivnykh narusheniy pri alkogolizme [Ethno-cultural disparity of cogni-

- tive disorders in alcoholism]. *Neurologicheskiy vestnik im. V.M. Bekhtereva – V.M. Bekhterev Neurological Bulletin*. 2014; XLVI (3): 97–98 (in Russian).
12. Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Badyrgy I.O. Etnicheskiy faktor i problema alkogolizma (obzor literatury) [Ethnic factor and problem of alcoholism (literature review)]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta – Tomsk State Pedagogical University Bulletin*. 2015; 3 (156): 49–57 (in Russian).
 13. Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Badyrgy I.O., Bokhan N.A., Ivanova S.A., Fedorenko O.Yu. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh alkogolizmom razlichnykh etnicheskikh grupp korennoy naseleniya Sibiri [Psychological traits of alcoholic patients from different ethnic groups of the indigenous population of Siberia]. Tomsk: "Ivan Fedorov", 2015. 45. (in Russian).
 14. Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Belokrylov I.I., Nazarova I.A. Psikhoterapevticheskaya kognitivno-povedencheskaya interventsiya dlya korrektsii anozognozii u narkologicheskikh bol'nykh [Psychotherapeutic cognitive-behavioral intervention for correction of anosognosia in narcological patients]. Tomsk: "Ivan Fedorov", 2016: 21 (in Russian).
 15. Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Belokrylov I.I., Nazarova I.A., Kisel N.I. Tekhnologiya povysheniya effektivnosti personalizirovannoy terapii na osnove preodoleniya anozognozii u zhenshchin, bol'nykh alkogolizmom [Technology of heightening the efficiency of personalized therapy by the way of overcoming of anosognosia in female alcoholic patients]. Tomsk: "Ivan Fedorov", 2017: 24 (in Russian).
 16. Polyak O.B. Kritika k zabolevaniyu i terapevticheskaya motivatsiya v strukture otnosheniya k bolezni pri opioidnykh narkomaniyakh [Insight towards the disease and therapeutic motivation in structure of the attitude towards the illness in opioid addictions]. Avtoref. dis. ... k.p.n. – Abstract of PhD thesis in Psychology. SPb., 2009: 23 (in Russian).
 17. Rybakova Yu.V., Ilyuk R.D., Krupitsky E.M., Bocharov V.V., Vuks A.Ya. Metodika otsenki anozognozii u bol'nykh alkogolizmom: metodicheskie rekomendatsii [Technique of evaluation of anosognosia in alcoholic patients: Guidelines]. SPb., 2011: 37 (in Russian).
 18. Semke V.Ya., Melnikova T.N., Bokhan N.A. [Neurobiological mechanisms of alcoholism]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]*. 2002; 102, 8: 61–66 (in Russian).
 19. Somkina O.Yu., Merinov A.V., Baikova M.A. Otlichitel'nye osobennosti narkologicheskoy kharakteristiki zhenshchin i muzhchin, stradayushchikh alkogol'noy zavisimost'yu, v kontekste autoagressivnogo povedeniya [Distinctive features of narcological characteristics of women and men suffering from alcohol dependence in the context of autoaggressive behavior]. *Ros. mediko-biol. vestn. im. akad. I.P. Pavlova – I.P. Pavlov Russian Medical-Biological Bulletin*. 2016; 4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otlichitel'nye-osobennosti-narkologi-cheskoy-kharakteristiki-zhenshin-i-muzhchin-stradayushchikh-alkogol-noy-zavisimostyu-v-kontekste> (date of address: 06.04.2017) (in Russian).
 20. Khoyutanova N.V., Matveeva N.P., Bokhan N.A., Ivanova S.A., Krivoshapkina Z.N., Igotti E.A. Kliniko-dinamicheskie osobennosti formirovaniya i techeniya alkogolizma u zhenshchin v zavisimosti ot klimatogeograficheskikh usloviy prozhivaniya na territorii RS (Ya) [Clinical-dynamic characteristic of formation and course of alcoholism at women depending on climatic-geographic living conditions in the territory of the Republic of Sakha (Yakutia)]. *Yakutskiy meditsinskiy zhurnal – Yakut Medical Journal*. 2015; 1 (49): 14–18 (in Russian).
 21. Shaidukova L.K. Konstitutsional'no-psikhologicheskie osobennosti narusheniya polorolevogo povedeniya zhenshchin, zloupotrebyayushchikh alkogolem [Constitutional-psychological features of disturbances of sex-role behavior of women with alcohol abuse]. *Prakticheskaya meditsina – Practical Medicine*. 2012; 57. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/konstitutsionalno-psihologicheskie-osobennosti-narusheniya-polorolevogo-povedeniya-zhenshin-zloupotrebyayushchikh-alkogolem> (date of address: 06.04.2017) (in Russian).
 22. Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A. Dissociative model of addictions formation. Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014: 324.
 23. Bokhan N.A., Mandel A.I., Stoyanova I.Ya., Mazurova L.V., Aslanbekova N.V. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women. *J. Psychol. Psychother.* 2013; 3: 128. doi: 10.4172/2161-0487.1000128
 24. Esper L.H., Furtado E.F. Gender differences and association between psychological stress and alcohol consumption: A systematic review. *Alcoholism & Drug Dependence*. 2013; 1: 116–120.
 25. Laudet A., Stanick V. Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010; 38: 317–327.
 26. Lewis B., Nixon S.J. Characterizing Gender Differences in Treatment Seekers. *Alcohol Clin. Exp.* 2014; 38 (1):275–84. doi: 10.1111/acer.12228.
 27. Litt M. D., Kadden R. M., Tennen H. Network Support treatment for alcohol dependence: gender differences in treatment mechanisms and outcomes. *Addictive behaviors*. 2015; 45: 87–92.
 28. Petit G., Luminet O., de Sousa Uva M. et al. Gender differences in affects and craving in alcohol-dependence: A study during alcohol detoxification. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2017; 41, 421–431. doi:10.1111/acer.13292.
 29. Ruiz S.M., Oscar-Berman M. Closing the Gender Gap: The Case for Gender-Specific Alcoholism Research. *Alcoholism & Drug Dependence*. 2013; 1: e106. doi:10.4172/2329-6488.1000e106.

Received April 20.2017

Accepted June 26.2017

Peshkovskaya Anastasia G., junior researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Mandel Anna I., MD, Prof., leading researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Belokrylov Ilia I., junior researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Nazarova Irina A., junior researcher of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Kisel' Natalia I., PhD, physician of Addictive States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

✉ Mandel Anna I., anna-mandel@mail.ru

УДК 616.89:316.363.5

Для цитирования: Костарев В.В. Психологические предикторы нарушений психического здоровья у супругов в ситуации развода. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 64—70. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-64-70

Психологические предикторы нарушений психического здоровья у супругов в ситуации развода

Костарев В.В.

Филиал Московского психолого-социального университета в г. Красноярске
660012, Красноярск, ул. Качинская, 64/9

РЕЗЮМЕ

Цель: выявление психологических предикторов нарушения психического здоровья супругов в ситуации развода. **Материалы:** в выборку исследования, сформированную случайным способом, вошло 125 женщин (средний возраст $29 \pm 5,14$ года) и 130 мужчин ($35 \pm 3,74$ года), подавших заявление о расторжении брака. 1-я группа – мотивация брака по расчету, 2-я группа – по любви. **Методы:** Многосторонний метод исследования личности, Томский опросник ригидности, Опросник невротических расстройств, Опросник социально-ролевой адекватности, Опросник ролевых ожиданий и притязаний в браке, Опросник самоорганизации деятельности и метод математической статистики. **Результаты** исследования свидетельствуют о несбывшихся социально-ролевых ожиданиях, снижении социально-ролевого функционирования, усилении невротических и психосоматических проявлений и психической ригидности, значимых различиях в самоорганизации деятельности. **Заключение.** Психологические предикторы (нарушения мультимодального психического состояния, усиление психической ригидности, субъективная оценка психического и психосоматического здоровья, искажение социально-ролевого функционирования, неудовлетворенные ожидания от брака, недостаточность самоорганизации) определяют кризисное переживание супругами развода и являются фактором риска нарушения психического здоровья. Установлены статистически значимые различия в представлениях супругов о нарушении здоровья. У женщин больше выражен уровень невротических проявлений, у мужчин – психосоматических. Высокий уровень невротической триады выявлен у супругов обоего пола с мотивацией брака по любви. Увеличение значений шкал актуальной, сенситивной и установочной ригидности у супругов всей выборки является фактором риска, усиления кризисного переживания и способствует нарушениям психического здоровья.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, анозогнозия, женский алкоголизм, мишени персонализированной терапии, оценка эффективности терапии.

ВВЕДЕНИЕ

Обращение к изучению психологических факторов, определяющих психическое здоровье членов семьи, связано с тем, что именно нервно-психические и психосоматические заболевания занимают одно из ведущих мест при возникновении семейных кризисов [6, 12, 16, 23]. Ситуация развода, рассматриваемая в рамках клинической психологии в качестве ненормативного семейного кризиса, во многих случаях является психотравмирующей и тяжело переживается людьми, связанными родственными узами [10, 15, 18, 21, 22].

Под разводом понимается разрыв супружеских отношений в его юридическом, экономическом и психологическом аспектах. Кризисный характер данного события обусловлен продолжительностью и болезненностью переживаний членов семьи и его дестабилизирующим влиянием на всю семейную систему [5, 17, 18, 21]. Критериями семейного кризиса являются: событие, вызывающее стресс, негативные переживания, связанные с этим событием, разрушение привычного уклада жизни, неопределенность будущего, нарушение психического здоровья членов семьи [1].

Анализ литературных источников по проблеме психического здоровья членов семьи свидетельствует о значительном числе исследований, посвященных психическому и психосоматическому здоровью детей. Показано, что у детей с хроническими заболеваниями психотравмирующими являлись семейные факторы, включая конфликты между членами семьи, развод родителей, проживание в неполной семье [7, 8, 13, 21].

Детские переживания развода родителей могут проявляться умеренной депрессией, апатией, негативизмом. Травматичность развода обусловлена ещё и тем, что кризисная ситуация в семье не является выбором ребенка. Распад семьи связан с крушением мира и может вызвать широкий спектр протестных, фобических, депрессивных реакций [7, 12, 13, 18, 19, 20]. В отечественной литературе при рассмотрении психических нарушений у членов семьи особое внимание уделяется наличию вредных привычек, склонности к аддиктивным нарушениям, формированию зависимых и созависимых расстройств у супругов [2, 3, 4].

Исследователи отмечают, что развод негативно сказывается на дальнейшей судьбе и здоровье зависимого от алкоголя человека [14].

Следует отметить, что в широком спектре нарушений психического здоровья членов семьи в ситуации развода не представлены данные о супругах, чье здоровье до возникновения критической ситуации не было нарушенным. Недостаточно психологической информации о гендерной специфике нарушений психического здоровья, о возможностях выполнения супругами ролевых обязанностей.

Цель исследования – выявление психологических предикторов нарушения психического здоровья супругов в ситуации развода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С учетом того, что проявления кризиса на личностном уровне включают не только негативные последствия, но и потенциальные возможности его преодоления, становится необходимым системное выявление психологических факторов, нарушающих пси-

хическое здоровье, а также ресурсов составляющих преодоления кризисной ситуации. Исследовательская модель изучения кризисной насыщенности переживания супругами ситуации развода, которая способствует нарушению психического здоровья, представляет совокупность психологических предикторов, включающих мультимодальность психического состояния, психическую ригидность, особенности социально-ролевого функционирования, ожидания от супружества, субъективную оценку состояния психического и психосоматического здоровья.

Психологическим фактором, определяющим возможности совладания с кризисной ситуацией, а в конечном счете способствующим улучшению психического здоровья, выступает компонент личностного потенциала – способность к самоорганизации. Каждая составляющая кризисной насыщенности рассматривается с учетом гендерной принадлежности супругов и мотивации заключения брака.

Разработанный подход к анализу психического состояния и психического здоровья супругов в ситуации ненормативного семейного кризиса позволяет интегрировать теоретические положения кризисной психологии и психологии семьи, на стыке которых развивается новое направление в клинической психологии – психология семейных кризисов.

Выборка исследования формировалась случайным способом при наличии информированного согласия каждого участника исследования в территориальных отделах ЗАГСов, а также в медицинском центре «Клиника современных коррекционных и развивающих технологий» г. Красноярск. Всего обследовано 255 человек (125 женщин и 130 мужчин), подавших заявление о расторжении брака. Средний возраст женщин составил $29 \pm 5,14$ года, мужчин – $35 \pm 3,74$ года. В исследовании приняли участие две группы испытуемых. Критерием отбора в группу являлась мотивация брака: по расчету (1-я группа) или по любви (2-я группа). Случаи смешанной мотивации исключались из исследования. 1-ю группу составили супруги обоего пола, вступившие в брачные отношения по расчету (материальное положение, социальный статус). Количество лиц в этой группе – 70 человек (35 мужчин и 35 женщин), время совместного проживания – $12,7 \pm 2,4$ года. 2-ю группу составили 185 человек (93 мужчины, 92 женщины), время совместного проживания в браке – $9,6 \pm 1,7$ года.

Для решения поставленных задач использован ряд методик 1) «Многосторонний метод исследования личности» (ММИЛ, Березин Ф.Б., 2011); 2) «Томский опросник ригидности» (Залевский Г.В., 2000); 3) «Опросник невротических расстройств» (Вассерман Л.И. и др., 2003); 4) «Социально-ролевая адекватность» (Торохтий В.С., 2006); 5) «Ролевые ожидания и притязания в браке» (Волкова А.Н., 1979); 6) «Опросник самоорганизация деятельности» (Леонтьев Д.А., Мандрикова Е.Ю., Осин Е.Н., Плотникова А.В., Рассказова Е.И., 2007) [11]. В качестве методов математической статистики применялся пакет программ STATISTICA, версия 6.0 для Windows.

Для экспериментальной проверки гипотезы о проявлениях психического здоровья супругов в ситуации развода в исследование включена 3-я (сравнительная) группа – пациенты с невротическими расстройствами, соответствующими по МКБ-10 рубрике F40–F49 (неврастения – F48.0), из них 41 мужчина и 54 женщины (средний возраст – $43,7 \pm 1,7$ года).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С помощью опросника «Социально-ролевые ожидания и притязания в браке» выявлено наличие неудовлетворенных потребностей и несбывшихся ожиданий от брака, которые вызывали эмоциональную напряженность, формировали кризисную насыщенность в семейной ситуации и создавали почву для возникновения ненормативного кризиса у супругов обоего пола.

Ведущими факторами развода для женщин являлись негативные эмоциональные переживания, неудовлетворенность выполнением родительских обязанностей мужем, отсутствие личностной общности с супругом, психологическая несовместимость, монотонность и однообразие семейной жизни. Среди несбывшихся ожиданий у женщин выявлено отсутствие моральной поддержки со стороны мужей, недостаточность помощи в воспитании детей и в хозяйственно-бытовой сфере.

Основными причинами развода для мужчин стали психологическая несовместимость, стремление к власти супруги, утрата интереса к ней. Ведущее место среди несбывшихся ожиданий заняло отсутствие личной общности с супругой, отсутствие моральной поддержки, несбывшиеся ожидания в плане внешней привлекательности супруги, несбывшиеся ожидания в сексуальной сфере.

Таким образом, несбывшиеся социально-ролевые ожидания и притязания в браке, недостаточность эмоциональной поддержки становятся ведущими неудовлетворенными потребностями у супругов обоего пола. Блокада значимых потребностей порождает семейный кризис, обуславливающий кризисную насыщенность переживания ситуации развода, и способствует нарушениям психического здоровья.

Дальнейший этап исследования определялся изучением специфики выполнения социально-ролевых функций у супругов в ситуации развода с учетом половой принадлежности. Изучение данных проявлений осуществлялось с помощью опросника «Социально-ролевой адекватности супругов».

Анализ результатов свидетельствует о том, что у супругов женского пола, находящихся в состоянии расторжения брака, коэффициент ролевой адекватности равен 0,5 и ниже (максимальное значение 1). Это отражает наличие низкого уровня выполнения семейных ролей жены, матери, хозяйки – менее чем наполовину. Супруги находились за нижней границей исполнения ролевых ожиданий. Другая группа женщин осуществляла социально-ролевое функционирование в пределах нижней границы. Только в $10,7 \pm 2,14\%$ случаев супруги выполняли свои роли более чем наполовину.

Изучение ролевой адекватности супругов мужского пола показало, что в $4,35 \pm 0,71\%$ случаев их коэффициент ролевой адекватности приближался к 1. Это свидетельствует о том, что в содержательном плане социально-ролевая адекватность проявлялась в виде способности самостоятельно действовать и разумно выполнять функциональные обязанности. Высокий уровень ролевой адекватности выявлен у $8,71 \pm 1,16\%$ мужчин, у $21,69 \pm 7,41\%$ – средний уровень, низкий уровень – у $30,51 \pm 8,4\%$. Коэффициент ролевой адекватности, равный 0,5, обнаружен у $34,8 \pm 9,22\%$ мужчин, выполнявших свои роли мужа, отца, хозяина менее чем наполовину.

Таким образом, установлены низкие показатели ролевого функционирования у супругов женского пола по сравнению с супругами мужского пола (коэффициент ролевой адекватности у женщин 0,5, у мужчин в большинстве случаев данный показатель превышает эти значения ($p < 0,01$)).

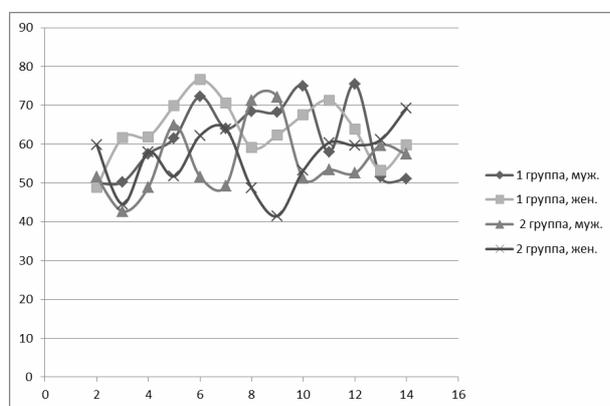


Рисунок 1. Особенности мультимодального психического состояния у супругов в ситуации развода

На рисунке 1 представлены психологические особенности мультимодального состояния у супругов обеих групп, выявленные с помощью ММИЛ. У супругов, вступивших в брак по любви, отмечается усиление ригидности, замкнутости, снижение стрессоустойчивости, нарастание сенситивных и ипохондрических проявлений. В условиях кризисной насыщенности ситуации для них характерны противоречия, когда стремление к достижению сочетается с избеганием неуспеха, а направленность на активную жизнедеятельность сочетается со склонностью к её блокированию. Кроме того, личностные особенности супругов, проявляющиеся в стремлении к доминированию, повышенном чувстве собственного достоинства, в ситуации стресса сочетаются с неуверенностью, снижением самооценки. При этом происходит усиление внутренней напряженности, так как блокируется возможность адекватного отреагирования переживания. Отмеченные выше психологические характеристики сопровождаются снижением поисковой активности, усилением тревоги, фиксации на негативных переживаниях, снижением продуктивности.

У супругов женского пола во 2-й группе по сравнению с мужчинами отмечается преобладание показателей по шкалам F ($p < 0,01$), «Невротический «сверхконтроль» поведения» ($p < 0,05$), «Эмоциональная лабильность» ($p < 0,05$), «Тревожность» ($p < 0,01$), «Социальная интроверсия» ($p < 0,05$). Это свидетельствует о большей выраженности внутренней напряженности, эмоциональной неустойчивости, повышенной склонности к аффективно насыщенным переживаниям. Важными характеристиками в плане развития нарушений психического состояния у супругов 2-й группы явились несдержанное, плохо контролируемое поведение, раздражительность, вспыльчивость, совершение необдуманных поступков, невысокая стрессоустойчивость.

Следует отметить, что усредненные показатели, полученные с помощью ММИЛ у супругов 1-й группы, также свидетельствуют о проявлениях невротизации. По сравнению с супругами 2-й группы эти показатели имеют более низкие значения ($p < 0,01$).

Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии нарушенных психических состояний у супругов, обусловленных переживанием кризисной ситуации развода. Выраженность и длительность этих состояний становится фактором риска нарушений психического здоровья. Показатели психического состояния с высокими уровнями эмоциональной напряженности, избыточной тревоги в большей степени характерны для супругов с мотивацией брака по любви в отличие от супругов с мотивацией брака по расчету ($p < 0,01$).

Результаты, полученные с помощью ММИЛ, подтверждаются показателями методики ОНР. Так, у супругов 2-й группы установлены высокие значения по шкалам «Неуверенность в себе» (61,2 Тб), «Аффективная неустойчивость» (69,4 Тб), «Социальная неадаптивность» (58,9 Тб), «Познавательная и социальная пассивность» (64,1 Тб) «Невротический сверхконтроль поведения» (67,8 Тб).

Усредненные показатели всей выборки свидетельствуют о повышении по сравнению с нормой шкал «Колебания интенсивности жалоб», «Расстройств в сфере пищеварения», «Расстройства сердечно-сосудистой деятельности», «Психическая истощаемость», «Немотивированный страх», «Фобические расстройства».

Сравнительный анализ данных опросника ОНР свидетельствует о близости определенных параметров у супругов, находящихся в ситуации развода, и больных невротическими расстройствами. Установлены близкие показатели по шкалам «Аффективная неустойчивость», «Неуверенность в себе», «Познавательная и социальная пассивность», «Невротический «сверхконтроль». В 18,8 % случаев всей выборки профили опросников ММИЛ и ОНР имели сходные значения у супругов и пациентов с невротическими расстройствами (различия статистически не значимы).

Наличие сходных проявлений, свидетельствующих о нарушениях психического и психосоматического здоровья у пациентов и супругов в ситуации развода, ещё раз подтверждает необходимость дифференцированного подхода.

Сравнение показателей преморбидной ригидности (ПМР) между обеими группами показало, что наиболее высокие значения отмечаются у супругов 1-й группы ($p < 0,01$). Во 2-й группе показатели шкалы преморбидной ригидности были умеренно повышены в 69,5±4,18% случаев.

Наличие выраженной ригидности у супругов может свидетельствовать о трудностях в ситуациях, требовавших каких-либо перемен в жизни, нового подхода в реализации планов, принятия собственных решений. Высокие показатели шкалы ПМР подтверждают низкие возможности в разрешении сложных жизненных ситуаций в предыдущие периоды жизни. Постоянное эмоциональное напряжение с фиксацией на данных проявлениях, выраженный дискомфорт в стрессовых ситуациях, трудности осознания мотивов своего поведения способствуют утяжелению психического состояния.

Рост показателей по шкалам актуальной ригидности, сенситивной ригидности, установочной ригидности у супругов в ситуации развода может рассматриваться как фактор риска, усиливающий кризисную насыщенность переживания и приводящий к нарушениям психического здоровья. Можно утверждать, что проявления психической ригидности являются психологической детерминантой, играющей важную роль в формировании кризисной насыщенности переживания супругами ситуации развода.

Анализ корреляционных взаимосвязей в 1-й группе позволил выявить прямую взаимосвязь параметров шкал «Преморбидная ригидность» со шкалами опросника ОНР: шкалой 14 «Фобические расстройства» ($r = 0,45$, $p < 0,01$) и шкалой 22 «Социальная неадаптивность» ($r = 0,46$, $p < 0,01$); шкалой 6 ММИЛ «Аффективная ригидность» ($r = 0,588$, $p < 0,01$) и обратную зависимость со шкалой 2 опросника ОНР «Колебания интенсивности жалоб» ($r = -0,46$, $p < 0,01$). Связь параметров «Преморбидная ригидность» с фобическими расстройствами указывает, что на предшествующих этапах онтогенеза супруги испытывали разные страхи. Вероятно, с возрастом эта практика закрепились и выкристаллизовалась в социальную дистанцированность, потребность в одиночестве, дискомфорт в ситуациях социального взаимодействия, а также в повышенную тревожность, неуверенность, всевозможные страхи.

Анализ результатов дисперсионного анализа выявил увеличение показателей по шкале опросника ОНР «Познавательная и социальная пассивность» в группе супругов, заключивших брак по любви, относительно этих параметров в группе лиц, вступивших в брак по расчету. Особенно ярко эти различия проявились в группе женщин. Испытуемые, заключившие брак по любви, отличались низкой интеллектуальной продуктивностью, замедлением

ассоциативных процессов, ограничением круга общения, недифференцированным характером интересов, недостаточной общительностью, затруднениями в установлении контактов, отсутствием потребности в межличностных связях. Эти особенности были более выраженными в группе женщин.

Для решения задач исследования, направленных не только на выявление психологических детерминант кризисной насыщенности переживания ситуации развода супругами с учетом половой принадлежности и мотивов вступления в брак, но и на выявление компонентов личностного потенциала в кризисной ситуации, проводилось изучение одного из них с помощью «Опросника самоорганизации деятельности» (Мадрикова Е.Ю., 2012).

Проведенное исследование показало, что у супругов, вступивших в брак по любви, относительно вступивших в брак по расчету, показатели шкалы «Планомерность» отражают низкие значения этих параметров ($p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что у супругов 2-й группы навыки планирования своей жизни развиты слабо, планы подвержены частой смене, отсутствуют устойчивость и долговременность планирования, отмечаются недостаточная прогнозируемость и частая смена установок. При этом поставленная цель редко бывает достигнута, планирование оказывается недейственным, нереалистичным. Супруги предпочитают не задумываться о своём будущем, цели выдвигают под влиянием окружения и случайных обстоятельств.

Супруги, вступившие в брак по расчету, имели высокие показатели по шкале «Планомерность», что указывало на сформированные потребности, осознанное планирование деятельности, самостоятельное выдвигание целей и их осуществление.

Параметры шкалы 2 «Целеустремленность», указывающие на направленность и концентрацию в достижении определенной цели, у супругов 2-й группы были низкими (35,5±6,3 балла). Это свидетельствует о невысокой целеустремленности, желании «плыть по течению». При этом супруги 1-й группы имели достоверно более высокие баллы по шкале «Целеустремленность» относительно супругов 2-й группы ($p < 0,05$), что свидетельствовало о стремлении к достижению поставленных задач, несмотря ни на какие трудности, подчиняя решению этих задач все свои мысли, чувства и действия.

Результаты исследования по шкале «Настойчивость», измеряющей склонность личности к приложению волевых усилий для завершения начатого дела и упорядочения активности, у супругов 2-й группы также выявили низкие значения (21,4±7,5 балла). Полученные по этой шкале результаты характеризовали супругов, вступивших в брак по любви, как личностей, не способных к длительным волевым усилиям для доведения начатого дела до конца, часто отвлекающихся на посторонние дела. Они не были способны преодолевать препятствия, а при столкновении с трудностями, особенно неожиданными, часто вообще отказывались от цели.

У супругов 1-й группы по шкале «Настойчивость» на уровне достоверности выявлены более высокие баллы относительно лиц, вступивших в брак по любви ($p < 0,05$). Это характеризовало супругов, вступивших в брак по расчету, как более волевых и организованных, способных структурировать поведенческую активность и завершать начатое дело, несмотря на возникающие трудности. Установленные показатели самоорганизации являются невысокими у супругов 2-й группы по сравнению с супругами 1-й группы.

Т а б л и ц а 1

Психологические характеристики личностного потенциала у супругов по опроснику «Самоорганизация деятельности»

Диагностический показатель	1-я группа	2-я группа
Шкала планомерности	27,2±4,3	18,9±3,6*
Шкала наличия целей	41,8±3,2	35,5±6,3*
Шкала настойчивости	33,9±2,5	21,4±7,5**
Шкала фиксации	18,2±1,5	27,8±9,4**
Шкала самоорганизации	17,6±1,23	7,7±1,3**
Шкала ориентации на настоящее	14,9±0,6	10,8±1,4

Примечание. Достоверность различий исходных величин дана по группам сравнения: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Таким образом, установлены особенности компоненты личностного потенциала, свидетельствующей о различиях совладания с кризисной ситуацией у супругов с учетом половых различий и мотивации вступления в брак. Новая психологическая информация позволяет индивидуализировать психологическую работу с парами, переживающими ситуацию развода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Совокупность психологических предикторов (нарушения мультимодального психического состояния, усиление проявлений психической ригидности, субъективная оценка психического и психосоматического здоровья, искажение социально-ролевого функционирования, неудовлетворенные ожидания от брака, недостаточность самоорганизации) определяет кризисную насыщенность переживания супругами ситуации развода и является фактором риска нарушения психического здоровья. Установлены статистически значимые различия в представлениях супругов о нарушении здоровья с учетом половой принадлежности и мотивации брака. У супругов женского пола в большей степени выражен уровень невротических проявлений, у мужчин – психосоматических. Высокий уровень невротической триады выявлен у супругов обоого пола с мотивацией брака по любви. Увеличение значений шкал актуальной ригидности, сенситивной и установочной ригидности у супругов всей выборки является фактором риска усиления кризисной насыщенности переживания, способствующим нарушениям психического здоровья.

Проведенное исследование свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода при осуществлении психологической помощи супругам в ситуации развода.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным согласно Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета при Филиале Московского психолого-социального университета в г. Красноярске № 83 от 21.05.2014 г.).

ЛИТЕРАТУРА

- Агадзе Н.В. Психосоциальное благополучие и психическое здоровье в чрезвычайных и кризисных ситуациях. Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях: учебное пособие / под ред. А.М. Чакиева. Бишкек, 2013: 114–133.
- Айвазова Д.Г. Методические возможности исследования удовлетворенности брачными отношениями. *Сибирский психологический журнал*. 2014; 51: 148–156.
- Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Мазурова Л.В. Психология зависимости и созависимости у женщин из аддитивных семей. Издательство «Иван Федоров». Томск, 2011: 120.
- Будакова А.В., Сметанова Ю.В., Богомаз С.А. Психологическая безопасность как условие развития личностного потенциала. *Вестник ТГУ*. 2010; 338: 156–159.
- Василюк Ф.Е. Психология переживания. М., 1984.
- Гуткевич Е.В. Современная семья в аспекте психологии здоровья личности: проблемы развития и возможности превенции. *Сибирский психологический журнал*. 2014; 51: 120–132.
- Дрождина Е.Н., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф. и др. Роль психотравмирующих факторов в дезадаптации детей и подростков, страдающим ювенильным артритом. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012; 22 (1): 44–46.
- Игумнов С.А. Психическое развитие детей в норме и патологии. СПб.: Питер, 2004: 480.
- Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2003: 287.
- Куфтяк Е.В. Совладание и психологические защиты супругов в период динамических кризисов: Семейная устойчивость как психологический феномен. [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России*. 2014; 1 (24): 11 URL: <http://mprj.ru>
- Леонтьев Д.А., Мандрикова Е.Ю., Осин Е.Н., Плотникова А.В., Рассказова Е.И. Опыт структурной диагностики личностного потенциала. *Психологическая диагностика*. М., Обнинск, 2007; 1: 8–31.
- Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков. *Консультативная психология и психотерапия*. 2015; 23 (1): 70–83.
- Мазурова Н.В. Семья и болезнь ребёнка: вопросы психологической адаптации. Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: материалы XXXI международной заочной научно-практической конференции. Новосибирск, 2013: 110–120.
- Мерин А.В., Сомкина О.Ю. Влияние развода на суицидологические и личностно-психологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России*. 2013; 2 (19).
- Никольская И.М. Клиническая психология семьи: основные положения. [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России*. 2010; 4 URL: <http://medpsy.ru>
- Никольская И.М. Психологическая защита и копинг-поведение в экстремальных и чрезвычайных ситуациях. Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях: учебное пособие / под ред. А.М. Чакиева. Бишкек, 2013: 33–40.
- Новикова Е.В. О некоторых характеристиках общения между супругами. *Вопросы психологии*. 2009; 4: 15–19.
- Олифирович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. СПб.: Речь, 2006: 360.
- Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейный контекст расстройств аффективного спектра. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2004; 2: 11–20.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном

- контексте (на модели соматоформных расстройств). [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России*. 2011; 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
21. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., Добряков И.В. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи: традиции и современное состояние. [Электронный ресурс]. *Медицинская психология в России*. 2014; 6 (29). URL: <http://mprj.ru>
 22. Duggan C., Sham P., Bureson, M.H., Trevathan, W.R., Todd M.P. Family history as a predictor of poor long – term outcome in depression. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 157: 185–191.
 23. Lecic-Tosevski D., Vukovic O., Stepanovic J. Stress and personality. *Psychiatrike*. 2011; Oct.–Dec; 22 (4): 290–297.

Поступила в редакцию 20.04.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Костарев Владислав Владимирович, преподаватель кафедры психологии и логопедии.

✉ Костарев Владислав Владимирович, vladkost@list.ru

УДК 616.89:316.363.5

For citation: Kostarev V.V. Psychological predictors of mental health problems in spouses in the situation of divorce. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 64—70. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-64-70

Psychological predictors of mental health problems in spouses in the situation of divorce

Kostarev V.V.

*Branch of Moscow Psychological-Social University in Krasnoyarsk
Kachinskaya Street 64/9, 660012, Krasnoyarsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Objective: to reveal psychological predictors of mental health problems in spouses in the situation of divorce. **Materials:** study sample included (by random method) 125 women (mean age 29±5.14 years) and 130 men (35±3.74 years) who filed for a divorce: group 1 – motivation of marriage of convenience, group 2 – motivation of love match. **Methods:** MMPI, Tomsk Rigidity Questionnaire by Zalevsky, Neurotic Disorders Questionnaire, Social-Role Adequacy Questionnaire, Role Expectations and Claims in the Marriage Questionnaire, Self-Organizing Activity Questionnaire and method of mathematical statistics. **Results:** The results of the study testified to not realized social- role expectations, reduction in the social- role functioning, strengthening neurotic and psychosomatic manifestations and mental rigidity, significant differences in self-organizing activity. **Conclusion.** Psychological predictors (disturbances of multimodal mental state, strengthening mental rigidity, subjective evaluation of mental and psychosomatic health, distortion of social- role functioning, dissatisfied expectations from the marriage, insufficiency of self-organisation) determined crisis experience of divorce by spouses and were a risk factor for mental health problems. Statistically significant differences in the ideas of spouses about health problems were identified. The level of neurotic manifestations was higher in women, of psychosomatic ones – in men. A high level of neurotic triad was revealed in spouses of both sexes with motivation of love match. An increase in the values of the scales of relevant, sensitive and attitudinal rigidity in spouses of the total sample was a risk factor for strengthening crisis experience and contributed to mental health problems.

Keywords: alcohol dependence, anosognosia, female alcoholism, personalized therapy targets, therapy efficiency evaluation.

REFERENCES

1. Agadze N.V. Psihosotsialnoe blagopoluchie i psicheskoe zdorove v chrezvychaynyh i krizisnyh situatsiyah. Okazanie psichologicheskoy i psichiatricheskoy pomoschi pri chrezvychaynyh situatsiyah: uchebnoe Posobie [Psychosocial wellbeing and mental health in emergency situations. Psychological and psychiatric aid rendering in emergency situations: tutorial]. A.M. Chakiev, ed. Bishkek, 2013: 114–133 (in Russian).
2. Ayvazova D.G. Metodicheskie vozmozhnosti issledovaniya udovletvorennosti brachnymi otnosheniyami [Methodical approaches of researching the satisfaction level in marital relationships]. *Sibirskiy psichologicheskij zhurnal – Siberian Psychological Journal*. 2014; 51: 148–156 (in Russian).
3. Bokhan N.A., Stoyanova I.Ya., Mazurova L.V. Psihologiya zavisimosti i sozavisimosti u zhenschin iz addiktivnyh semey [Psychology of dependence and co-dependence in women from addictive families]. Tomsk: Publishing House “Ivan Fedorov”. Tomsk, 2011: 120 (in Russian).
4. Budakova A.V., Smetanova Yu.V., Bogomaz S.A. Psihologicheskaya bezopasnost kak uslovie razvitiya lichnostnogo potentsiala [Psychological security as a condition of development of personal potential]. *Vestnik TGU – Tomsk State University Bulletin*. 2010; 338: 156–159 (in Russian).
5. Vasilyuk F.E. Psihologiya perezhivaniya [Psychology of experience]. M., 1984 (in Russian).
6. Gutkevich E.V. Sovremennaya semya v aspekte psihologii zdorovya lichnosti: problemy razvitiya i vozmozhnosti preventsii [Modern family in aspect of psychology of health of the personality: problems of development and possibilities of prevention]. *Sibirskiy psichologicheskij zhurnal - Siberian Psychological Journal*. 2014; 51: 120–132 (in Russian).
7. Drozhkina E.N., Kovalevskaya O.B., Seravina O.F. i dr. Rol psihotravmiruyuschih faktorov v dezadaptatsii detey i podrostkov, stradayuschim yuvenilnyim artritom [Role of psychotraumatizing factors in disadaptation of children and adolescents suffering from juvenile arthritis]. *Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 2012; 22 (1): 44–46 (in Russian).
8. Igumnov S.A. Psicheskoe razvitie detey v norme i patologii [Mental development of children in norm and pathology]. SPb.: Piter, 2004: 480 (in Russian).
9. Kulakov S.A. Osnovy psichosomatiki [Bases of psychosomatics]. SPb.: Rech, 2003: 287 (in Russian).
10. Kuftyak E.V. Sovladanie i psichologicheskie zaschityi suprugov v period dinamicheskikh krizisov: Semeynaya ustoychivost kak psichologicheskij fenomen [Coping and psychological defenses of spouses in the period of dynamic crises: family resistance as a psychological phenomenon]. *Meditinskaya psihologiya v Rossii – Medical Psychology in Russia*. 2014; 1 (24): 11 URL: <http://mprj.ru> (in Russian).
11. Leontyev D.A., Mandrikova E.Yu., Osin E.N., Plotnikova A.V., Rasskazova E.I. Opyit strukturnoy diagnostiki lichnostnogo potentsiala. Psichologicheskaya diagnostika [Experience of structural

- diagnostics of the personal potential. Psychological diagnostics]. M., Obninsk, 2007; 1: 8–31 (in Russian).
12. Lifintseva A.A., Holmogorova A.B. Semeynye faktoryi psihosomaticeskikh rasstroystv u detey i podrostkov [Family factors of psychosomatic disorders in children and adolescents]. Konsultativnaya psihologiya i psihoterapiya – Counseling Psychology and Psychotherapy. 2015; 23 (1): 70–83 (in Russian).
 13. Mazurova N.V. Semya i bolezni rebYonka: voprosy psihologicheskoy adaptatsii. Lichnost, semya i obschestvo: voprosy pedagogiki i psihologii: materialy XXXI mezhdunarodnoy zaochnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii [Family and illness of the child: issues of psychological adaptation. Personality, family and society: questions of education and psychology: materials of the XXXIst International Online Theoretic and Practical Conference]. Novosibirsk, 2013: 110–120 (in Russian).
 14. Merinov A.V., Somkina O.Yu. Vliyaniye razvoda na suitsidologicheskoye i lichnostno-psihologicheskoye harakteristiki muzhchin, stradayuschih alkoholnoy zavisimostyu [Influence of divorce on suicidological and personality-psychological characteristics of men suffering from alcohol dependence]. Meditsinskaya psihologiya v Rossii - . Medical Psychology in Russia 2013; 2 (19) (in Russian).
 15. Nikolskaya I.M. Klinicheskaya psihologiya semi: osnovnyie polozeniya [Clinical psychology of a family; basic propositions]. Meditsinskaya psihologiya v Rossii - Medical Psychology in Russia. 2010; 4 URL: <http://medpsy.ru> (in Russian).
 16. Nikolskaya I.M. Psihologicheskaya zaschita i koping-povedenie v ekstremalnyih i chrezvyichaynyih situatsiyah. Okazanie psihologicheskoy i psichiatricheskoy pomoschi pri chrezvyichaynyih situatsiyah: uchebnoe Posobie [Psychological defense and coping-behavior in emergency situations. . Psychological and psychiatric aid rendering in emergency situations: tutorial]. A.M. Chakiev, ed.. Bishkek, 2013: 33–40 (in Russian).
 17. Novikova E.V. O nekotoryih harakteristikah obscheniya mezhdou suprugami [About some characteristics of communication between spouses]. Voprosy psihologii – Issues of Psychology. 2009; 4: 15–19 (in Russian).
 18. Olifirovich N.I., Zinkevich-Kuzemkina T.A., Velenta T.F. Psihologiya semeynykh krizisov [Psychology of Family crises]. SPb.: Rech, 2006: 360 (in Russian).
 19. Holmogorova A.B., Volikova S.V. Semeyniy kontekst rasstroystv affektivnogo spectra [Family context of affective spectrum disorders]. Sotsialnaya i klinicheskaya psichiatriya – Social and Clinical Psychiatry. 2004; 2: 11–20 (in Russian).
 20. Holmogorova A.B., Garanyan N.G., Shayb P., Virshing M. Emotsii i psihicheskoe zdorove v sotsialnom i semeynom kontekste (na modeli somatoformnykh rasstroystv) [Emotions and mental health in social and family context (somatoform disorders' model-based)]. Meditsinskaya psihologiya v Rossii - Medical Psychology in Russia. 2011; 1. URL: <http://medpsy.ru> (in Russian).
 21. Eydemiller E.G., Nikolskaya I.M., Dobryakov I.V. Semeynaya psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya semi: traditsii i sovremennoe sostoyaniye [Family psychotherapy and clinical psychology of family: traditions and modern state]. Meditsinskaya psihologiya v Rossii - Medical Psychology in Russia. 2014; 6 (29). URL: <http://mprj.ru> (in Russian).
 22. Duggan C., Sham P., Burleson, M.H., Trevathan, W.R., & Todd M. P. Family history as a predictor of poor long – term outcome in depression. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 157: 185–191.
 23. Lecic-Tosevski D., Vukovic O., Stepanovic J. Stress and personality. *Psychiatrike*. 2011; Oct.–Dec; 22 (4): 290–297.

Received April 20.2017

Accepted June 26.2017

Kostarev Vladislav V., lecturer of Psychology and Speech Therapy Department, Branch of Moscow Psychological-Social University, Krasnoyarsk, Russian Federation

✉ Kostarev Vladislav V., vladkost@list.ru

ЛЕКЦИИ. ОБЗОРЫ

УДК 616.89-008.441.44(093)

Для цитирования: Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А., Щукина Е.П. Основные модели суицидального поведения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 71—77. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-71-77

Основные модели суицидального поведения

Хритинин Д.Ф., Есин А.В., Сумарокова М.А., Щукина Е.П.

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
119881, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 9

РЕЗЮМЕ

Во введении представлены основные концепции суицидального поведения, в актуальности кратко рассматривается отношение к суициду классиков этого направления. **Цель:** проанализировать основные результаты научных публикаций, посвященных различным аспектам суицидального поведения с позиций различных подходов в суицидологии в историческом и современном аспектах. **Заключение:** влияние антисуицидальных факторов в недостаточной мере учитывается при изучении и описании механизмов суицидального поведения. Поэтому требуются дальнейшие исследования и совершенствование модели суицидального поведения с использованием социобиопсихологического подхода с целью разработки оптимальных профилактических противосуицидальных мероприятий.

Ключевые слова: самоубийство, суицидальное поведение, концепции и модели суицидальности.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема самоубийств на протяжении всей истории интересовала ученых и мыслителей. Отношение к суициду было и остается неоднозначным – длительное время велись споры относительно преступности этого действия, психического здоровья или болезни лиц с суицидальным поведением и т.д.

Т а б л и ц а

Концепции суицидального поведения (исторический аспект)

Концепция	Направление	Основные представители
Социологическая		Э. Дюркгейм
Психологическая	Психодинамическое	З. Фрейд
	Аналитическая психология	К. Юнг, Дж. Хиллман
	Неопсихоанализ	К. Хорни
	Индивидуальная психология	А. Адлер
	Трансактный анализ	Э. Берн
	Теория личностных конструктов	Дж. Келли
	Экзистенциально-гуманистическая психология	В. Франкл И. Ялом А. Ленге
	Бихевиоральное	И.П. Павлов, Г.С. Салливан
	Когнитивно-поведенческое	А.Т. Бек
Интерперсональная модель	Т. Джойнер	
Анатомо-антропологическая		Ч. Ломброзо А.Н. Корнетов
Суицид как душевная болезнь		Ж.Д. Эскироль И.А. Сикорский С.С. Корсаков
Эклектическая		А.Г. Амбрумова, Б.С. Положий Д. Бридж, Т. Голдштейн Д. Брент

В таблице представлены концепции суицидального поведения, которые условно можно разделить на социологическую, психологическую, анатомо-антропологическую, генетическую, биохимическую,

эклектическую и концепцию восприятия самоубийства как душевной болезни [Руженков В.А., 2012].

АКТУАЛЬНОСТЬ

Изначально психиатры относили самоубийство к душевной болезни. Родоначальник антропологического направления в криминологии и уголовном праве Чезаре Ломброзо считал, что одной из причин суицидального поведения являются аномалии в строении и развитии организма. В частности аномалии в строении черепа, по мнению автора, механически действуют на головной мозг, препятствуя нормальной психической деятельности. В качестве подтверждения Ломброзо указывал, что при патолого-анатомическом вскрытии суицидентов часто обнаруживаются анатомические изменения головного мозга – опухоль, уродство, кровоизлияния. [Ломброзо Ч., 2016]. Французский психиатр и реформатор психиатрии Жан-Этьен Доминик Эскироль считал, что «...в самоубийстве проявляются все черты сумасшествия. Только в состоянии безумия человек способен покушаться на свою жизнь, и все самоубийцы – душевнобольные люди» [цит. по Каннабих Ю., 2014].

В дальнейшем появились мнения о промежуточном положении суицида между болезнью и здоровьем. Так, И.А. Сикорский, как автор теории личности, в рамках своей концепции о норме и патологии психического развития относил феномен суицида к «психической неустойчивости», которая «одной своей стороной соприкасается со здоровьем души», а с другой – с миром психозов [Сикорский И.А., 1910]. Один из основоположников нозологического направления в психиатрии С.С. Корсаков считал, что большинство самоубийц происходит из психопатологических семей, нередко сами они имеют резкие признаки психической неуравновешенности. Он расценивал самоубийство как акт душевного,

часто кратковременного расстройства [Корсаков С.С., 1913]. Основоположник патопсихологического направления в России В.М. Бехтерев возражал против отождествления самоубийства с душевной болезнью, равно как и выступал против отнесения к поступку психически здоровой личности. Он считал, что «...суицидальный акт выходит из рамок обычных действий человека... в большинстве случаев вряд ли совершается вполне обдуманно и спокойно, поэтому его невозможно отграничить от психической патологии» [Бехтерев В.М., 1912].

Цель исследования. Проанализировать основные результаты научных публикаций, посвященных различным аспектам суицидального поведения с позиций различных подходов в суицидологии в историческом и современном аспектах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Социологическая теория

С течением времени в суицидологии сформировалось несколько теорий суицидального поведения, ведущей из них стала социологическая теория [Руженков В.А., 2012]. Первое научное исследование, посвященное проблематике суицида, провел Э. Дюркгейм и опубликовал его результаты в труде «Самоубийство: социологический этюд». По мнению автора, число суицидов отражает экономический статус социума, уровень культуры, степень адаптации индивидуумов к социально-культурной среде. Э. Дюркгейм считал, что уровень самоубийств напрямую связан с социальной интеграцией человека. «Самоубийство наиболее вероятно в том случае, когда человек испытывает недостаток социальных отношений, переживает одиночество, особенно когда такая проблема встает перед ним внезапно» [Дюркгейм Э., 1998]. По отношению к социуму Э. Дюркгейм выделил 4 вида суицида – анонимический, фаталистический, эгоистический и альтруистический. Аномический суицид (аномия – нарушение закона) происходит в обществах с внезапным нарушением регуляции социальной жизни и взаимоотношений человека и общества. Такой вид суицида совершают лица, потерявшие связи с референтной группой при изменении привычного уклада жизни. Фаталистический суицид имеет место в авторитарных обществах, общественных структурах с жесткой регуляцией поведения личности. Эгоистический суицид детерминируется недостаточной интеграцией общества, референтной группы и семьи. В этом случае общественные формации перестают регулировать и определять поведение индивида. Оказавшись в одиночестве, человек в большей мере подвержен суицидальному поведению. Альтруистический суицид происходит в тех случаях, когда социальная интеграция является излишней и человек в соответствии с общественными нормами, правилами и регламентами совершает самоубийство. Согласно мнению Э. Дюркгейма, анонимический и фаталистический варианты относятся к регуляции социальной жизни общества, а эгоисти-

ческий и альтруистический – к характеристикам личности.

Психологические концепции

1. **Психодинамическая концепция.** В дальнейшем развивались психологические концепции, первой из них стала психоаналитическая теория З. Фрейда [Руженков В.А., 2012]. З. Фрейд изложил свое мнение о причинах суицидального поведения в труде «Печаль и меланхолия». Он полагал, что одним из основных компонентов суицидального поведения является «ненависть к себе». Согласно теории З. Фрейда, «ненависть к себе» возникает как гнев по отношению к любимому человеку, который субъект направляет назад, против самого себя. Рассматривая самоубийство как крайнюю форму этого явления, З. Фрейд высказывал сомнения в существовании суицидов без наличия ранее подавленного желания убить кого-либо еще. З. Фрейд писал о том, что у человека имеется два вида влечений: инстинкт жизни «эрос» и влечение к смерти, разрушению и агрессии – «танатос». Происходят постоянные колебания между силой двух противоположных инстинктов. Однако «эрос» со временем стареет, но «танатос» остается в высшей степени напористым до самого конца, на всем протяжении жизни человека, достигая своей цели и приводя индивида к смерти [Фрейд З., 2009]. Американский психиатр Карл Меннингер в рамках психоаналитической концепции считал, что в жизни человека существует напряженная борьба между инстинктами самосохранения и саморазрушения, можно сказать, что он разделял точку зрения З. Фрейда. Меннингер считал, что при суицидальном поведении сосуществуют три взаимосвязанных бессознательных механизма: желание убить, желание быть убитым и желание умереть [Меннингер К., 2000].

2. **Аналитическая психология.** Основатель аналитической психологии К.Г. Юнг говорил о бессознательном стремлении человека к духовному перерождению. По его мнению, люди не только желают уйти от невыносимых условий настоящей жизни, совершая самоубийство, но они и торопятся со своим метафорическим возвращением в чрево матери. Только после этого они превратятся в детей, рожденных в безопасности, и после смерти человека ожидает награда в виде новой жизни вследствие воскрешения. Основные положения его творческого наследия отражены в публикациях [Юнг К.Г. Психология бессознательного, 1994; Юнг К.Г. Аналитическая психология и психотерапия, 1995; Юнг К.Г. Конфликты детской души, 2017]. Последователь Юнга Д. Хиллман в своей работе «Самоубийство и душа» говорит о том, что самоубийство является важным и законным способом обретения смерти, которая «освобождает наиболее глубокие фантазии человеческой души» [Хиллман Д. 2004].

3. **Неопсихоанализ.** Американский психоаналитик, представитель неопрейдизма Карен Хорни считала, что культура, религия, политика и другие общественные силы вступают в сговор с целью ис-

кажения личности ребенка. Чувствуя себя в опасном окружении, дети рассматривают мир как враждебную среду для жизни. Это вызывает в детском возрасте появление базового чувства – «основной тревоги». Суицидальное поведение может развиваться как следствие детской зависимости, глубоко укоренившегося чувства неполноценности. Из-за возникновения у индивида чувства несоответствия стандартам, ожидаемым обществом, происходит «суицид исполнения». Таким образом, самоубийство есть результат сочетания внутренних характеристик личности и факторов внешней среды [Хорни К., 1997].

4. Индивидуальная психология. Создатель системы индивидуальной психологии Альфред Адлер считал, что самоубийство является результатом кризиса, который возникает в связи с поиском человеком пути преодоления комплекса неполноценности [Адлер А., 2011].

5. Трансакционный анализ. Основоположник трансактного анализа Эрик Берн писал, что суицид представляет собой результат формирования и развития жизненного сценария, основные черты которого закладываются в раннем детском возрасте под влиянием «родительских предписаний» [Берн Э., 2008].

6. Теория личностных конструктов. Автор теории личностных конструктов Дж. Келли писал о суициде как об акте, совершаемом с целью доказать достоверность своей жизни, либо как об акте ухода от жизни [Kelly G.A., 1991].

7. Экзистенциально-гуманистическое направление. Психотерапевты, придерживающиеся экзистенциально-гуманистического подхода в суицидологии, причиной суицидального поведения называют «экзистенциальный вакуум», то есть утрату смысла жизни. Необходимо отметить, что Виктор Франкл разработал специальную технику опроса, выявляющую попытки диссимуляции и предотвращающую выписку пациентов с высокой угрозой совершения суицида. Эта методика основана на определении наличия или отсутствия смысла продолжения жизни [Frankl V.E., 1988; Франкл В., 1990; Ялом И.Д., 2008; Лэнге А., 2010].

8. Поведенческое направление. И.П. Павлов одной из основных причин суицидального поведения называл торможение «рефлекса цели» [Павлов И.П., 1951]. Г.С. Салливан, автор теории межличностного общения, выделял 3 состояния «Я»: «хорошее Я» в состоянии безопасности, «плохое Я» в состоянии тревоги и «не Я» при психотических кошмарах. Он считал, что человек реагирует на значимых людей и при угрозе безопасности из-за неразрешенного конфликта тревога может стать невыносимой. Поэтому может возникнуть желание перевести «плохое Я» в «не Я», совершив суицидальную попытку. Самоубийство отражает переориентированное на себя враждебное отношение индивида к другим людям и внешнему миру [Салливан Г.С., 1999].

9. Когнитивно-поведенческое направление. Аарон Бек причиной суицидального поведения считал негибкое мышление, которое ведет к невозможности выработки оптимальных решений своих проблем, что приводит к чувству безнадежности, выражающемуся в отсутствии жизненной перспективы, утрате смысла поиска перспективы и безнадежности. Он называл наиболее надежным предиктором суицидальных попыток наличие их в прошлом [Beck A.T., 1985; Beck A.T., 1999].

Генетические и биохимические концепции

В ряде исследований самоубийство рассматривается как генетически обусловленный паттерн поведения [цит. по: Положий Б.С., 2015]. Это подтверждается результатами специальных семейных исследований, показавших наличие самостоятельных механизмов суицидального поведения. О.Н. Тиходеев установил, что склонность к самоубийству тесно связана с мутациями различных генов, в том числе генов, контролирующих распространение нервных импульсов при помощи серотонина, и генов, отвечающих за уровень дофамина, адреналина и норадреналина [Тиходеев О.Н., 2007].

Эклектические теории

Эклектические теории рассматривают суицидальное поведение как многофакторное явление, на которое оказывают влияние биологические, клинические, социально-психологические и индивидуально-личностные факторы [Руженков В.А., 2012].

В нашей стране впервые такая концепция разрабатывалась коллективом авторов под руководством А.Г. Амбрумовой, предложившей интегративный подход к суицидальному поведению. Одно из основных положений сводится к тому, что суицид является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого субъективно неразрешимого микросоциального конфликта. Суицид является результирующей различных социальных, культурологических и патопсихологических воздействий на индивида. Согласно исследованиям А.Г. Амбрумовой, конфликт и дезадаптация могут иметь как патологическую, так и непатологическую природу – среди совершивших заверченный суицид соотношение лиц с психическими расстройствами, лиц с пограничными нарушениями и психически здоровых составляет 1,5:5:1 [Амбрумова А.Г., 1978]. Решение о самоубийстве предполагает личностную переработку конфликта с учетом особенностей личностного взаимодействия с социумом. А.Г. Амбрумовой введено понятие суицидального комплекса как совокупности личностных свойств, определяющих дезадаптацию и суицид. Средовые воздействия, преломляющиеся через личностные особенности, – это социальная позиция личности, которая выражает систему отношений человека к ситуации, к мнению других людей и к самому себе. Социальная позиция личности может стать как сильным просуицидальным, так и значимым антисуицидальным фактором [Амбрумова А.Г., 1998].

Заслуживает внимания концепция ведущего американского суицидолога Э. Шнейдмана, именно он ввел в практику метод психологической аутопсии. Им выделены основные характеристики суицида: чувство невыносимой душевной боли и изолированности от общества, ощущение безнадежности и беспомощности и мнение, что смерть – единственный способ решить все проблемы. Также он разработал типологию лиц с суицидальным поведением, отнес к ним следующие категории: «искатели смерти», «инициаторы смерти», «игроки со смертью» и «одобряющие смерть». К «одобряющим смерть» чаще относятся тревожные лица молодого возраста и одинокие пожилые. Кроме того, он выделил 3 вида самоубийств – эготические, диадические, агенеративные. Эготические самоубийства совершаются в результате интрапсихического диалога, конфликта между частями «Я», внешние обстоятельства в этом случае играют дополнительную роль, например, при слуховых галлюцинациях. Основа диадических самоубийств лежит в нереализованных потребностях и желаниях, относящихся к значимому близкому. В этом случае внешние факторы доминируют. Агенеративные суициды возникают в результате желания исчезнуть из-за утраты чувства принадлежности к поколению или человечеству в целом. Шнейдман писал, что в основе суицидального поведения лежит боль из-за фрустрации таких потребностей человека, как потребность в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании [Шнейдман Э.С., 2001].

Несмотря на пристальное внимание со стороны ученых и исследователей, истинные причины и особенности механизмов развития суицидального поведения остаются недостаточно изученными. Концепции суицидального поведения в настоящее время продолжают совершенствоваться.

Современная концепция возникновения суицидального поведения

По ВОЗ, самоубийство есть преднамеренный акт убийства самого себя [ВОЗ, 2017]. Согласно определению G. Deshaies [1947], суицидальное поведение – вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с собой, т.е. любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни [Нечипоренко В.В., 2007]. На сегодняшний день подход к пониманию этого явления изменился. Так, по мнению современных авторов, суицидальное поведение – стадийный и динамический процесс, в котором суицидальная активность прогрессирует от начальных, малосознаваемых внутренних форм до практической реализации суицидальных действий [Зотов П.Б., 2011].

В настоящее время в мировой суицидологии наибольшим признанием пользуется концепция «Диатеза – стресса», согласно которой суицидальное поведение возникает в результате специфического диатеза и воздействия стрессоров, запускающих или ускоряющих формирование такого поведения [цит. по: Положий Б.С., 2015].

За последнее десятилетие сформулированы три современных модели, их фокусом является суицид в молодежной среде, в частности модель развития суицидального поведения у подростков. Исследователями данного направления являются Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Брент, автор интерперсональной модели Т. Джойнер, разработчики когнитивной теории А. Спирито, Д. Мэттьюс, Э. Венцель, А.Т. Бек.

Концепция возникновения и развития суицидального поведения у подростков, сторонниками которой являются Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Брент, основана на эпидемиологических данных и рассматривает суицид как совокупность факторов: социально-культурных, психиатрических, психологических, семейных и биологических. Таким образом, авторы видят основную причину возникновения и развития суицидальных намерений у молодых лиц в семейном окружении и личностных особенностях родителей, которые передаются детям и могут быть усугублены высоким уровнем стресса в жизни и доступностью способов совершения суицида. По мнению авторов, суицидальное поведение взаимосвязано с сочетанием двух типов уязвимости – аффективными нарушениями и склонностью к агрессивному реагированию на фрустрирующую ситуацию. Такие особенности могут как передаваться по наследству, так и возникать в результате патологического воспитания. В семьях суицидентов, как правило, имеет место констелляция этих двух факторов, приводящая к усилению и расстройств настроения, и импульсивной агрессии. По мнению авторов, выраженная импульсивность повышает вероятность суицидальной попытки. Интоксикация ПАВ, информация в СМИ о суициде и доступность средств для совершения самоубийства (лекарственные средства и т.д.) являются лишь «усиливающими» факторами и увеличивают вероятность летального исхода. В качестве антисуицидальных факторов в данной модели называются гармоничные семейные отношения, хорошие отношения в школе и религиозное верование и социокультурное отношение, осуждающие суицид [Bridge J.A., 2006].

Согласно интерперсональной модели Томаса Джойнера, истинная суицидальная попытка совершается только в том случае, если в одном человеке совпадают все три фактора: желание умереть из-за острого чувства одиночества, восприятие себя как бремени для близких людей, приобретенная толерантность к физической боли и редуцированный страх смерти [Joiner T., 2007; Павлова Т.С., 2013].

Когнитивная модель суицидального поведения в молодежной среде имеет непосредственное отношение к когнитивной теории Аарона Бека, разработанной в 1960–1980 гг. Так, для подростков, склонных к суициду, такие особенности их жизни, как неблагополучная ситуация в семье, насилие, пренебрежение со стороны родителей, наличие психических заболеваний у родителей, травля и отвержение со стороны ровесников, способствуют формированию определенного типа мышления, которому

свойственны негативный взгляд на себя, окружающих и свое будущее. Такой тип мышления неминуемо вызывает сильные негативные эмоции (тревогу) и при отсутствии адаптивных стратегий совладания приводит к суицидальному кризису [Beck A.T., 1985, 1999; Павлова Т.С., 2013].

Особого внимания заслуживает интегративная модель суицидального поведения Б.С. Положего, развивающая теорию «Диатеза – стресса». Данная концепция состоит из двух больших блоков – этиопатогенетического и клинко-динамического. Первый из них отвечает за механизмы возникновения суицидального поведения, а второй ответствен за его формирование (динамику). В этиопатогенетическом блоке выделяют детерминанты I, II и III рангов. К детерминантам I ранга относятся биологические (в их числе генетические и биохимические), клинические и личностно-психологические, они являются наиболее распространенными и значимыми [Положий Б.С., 2015, 2016].

Необходимо отметить, что в интегративной модели и в предыдущих концепциях, объясняющих суицидальное поведение, недостаточно отражена констелляция про- и антисуицидальных факторов, лежащая в основе суицидального поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Влияние антисуицидальных факторов в недостаточной мере учитывается при изучении и описании механизмов суицидального поведения. Поэтому требуются дальнейшие исследования и совершенствование модели суицидального поведения с использованием социобиопсихологического подхода с целью разработки оптимальных профилактических противосуицидальных мероприятий.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ЛИТЕРАТУРА

- Адлер А. Теория и практика индивидуальной психологии. М.: Академический проспект, 2011.
- Амбрумова А.Г., Калашникова О.Э. Клинико-психологическое исследование самоубийства. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1998; 8 (4): 53–56.
- Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Сборник научных трудов МНИИ психиатрии. М., 1978: 6–26.
- Аналитическая психология и психотерапия. СПб.: Питер, 1995.
- Берн Э. Трансакционный анализ в психотерапии. М.: Эксмо, 2008.
- Бехтерев В.М. О причинах самоубийства и возможной борьбе с ним. *Вестник знания*. 1912; 2: 131–141.
- ВОЗ. Информационный бюллетень: Самоубийство. Март 2017 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/ru/>
- Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд. СПб.: Союз, 1998.
- Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения. *Суицидология*. 2011; 1: 3–7.
- Каннабих Ю. История психиатрии. М.: АСТ, 2014.
- Корсаков С.С. Курс психиатрии. 3-е издание. М., 1913.
- Ломброзо Ч. Гениальность и помешательство. М.: Азбука, 2016.
- Лэнге А. Дотянуться до жизни. Экзистенциальный анализ депрессии. М.: Генезис, 2010.
- Меннингер К. Война с самим собой. М.: Эксмо-Пресс, 2000.
- Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. СПб.: Военно-медицинская академия, 2007.
- Павлов И.П. Полное собрание сочинений в 6 томах. М.: Изд-во АН СССР, 1951.
- Павлова Т.С., Банников Г.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи [Электронный ресурс]. *Психологическая наука и образование*. 2013; 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n4/65717.shtml (дата обращения: 09.09.2017)
- Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. *Суицидология*. 2015; 6, 1 (18): 3–7.
- Положий Б.С. Суициды в России и в Европе. М.: МИА, 2016.
- Психология бессознательного. М.: Канон, 1994.
- Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения. *Суицидология*. 2012; 4: 52–60.
- Салливан Г.С. Интерперсональная теория в психиатрии. М.: Ювента, 1999: 347.
- Сикорский И.А. Основы теоретической клинической психиатрии с кратким очерком судебной психиатрии. Киев, 1910.
- Тиходеев О.Н. Генетический контроль предрасположенности к суициду. *Ecological genetics*. 2007; 5 (4): 22–43.
- Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990: 368.
- Фрейд З. Семейный роман невротиков. М.: Азбука Классика, 2009: 224.
- Хиллман Д. Самоубийство и душа. М.: Когито-центр, 2004: 272.
- Хорни К. Невроз и личностный рост: борьба за самореализацию. СПб.: Восточно-Европейский ин-т психоанализа, 1997: 316.
- Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001: 132.
- Юнг К.Г. Конфликты детской души. М.: Канон, 1995: 336.
- Ялом И.Д. Экзистенциальная психотерапия. М.: РИМИС, 2008: 608.
- Beck A.T., Brown G.K., Steer K.S., Dahlsgaard K.K., Grisham J.R. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav.* 1999; 29 (1): 1–9.
- Beck A.T., Steer R.A. et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am. J. Psychiatry*. 1985; 5: 559–563.
- Bridge J., Goldstein T.R., Brent D. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. Child. Psychol. Psychiatry*. 2006; 47 (3-4): 372–394.
- Frankl V.E. Der unbewufite Gott: Psychotherapie und Religion. Munchen, 1988: 156.
- Joiner T. Why People Die by Suicide. Cambridge: Harvard University Press, 2005: 288.
- Kelly G.A. The psychology of personal constructs. London: Rutledge, 1991.
- Kety S. Suicide. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986.
- Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*. 1999; 156: 181–189.
- Shneidman E.S. Deaths of Man. New York: Quadrangle, 1973.
- Wender P.H., Kety S.S., Rosenthal D. et al. Psychiatric Disorders in the Biological and Adoptive Families of Adopted Individuals With Affective Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1986; 43 (10): 923–929.

Поступила в редакцию 14.04.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Хритинин Дмитрий Федорович, член-корр. РАМН, проф., д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии.

Есин Александр Вячеславович, аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии.

Сумарокова Мария Александровна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии.

Щукина Елена Павловна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии.

✉ Щукина Елена Павловна, serg-orlov@mail.ru

УДК 616.89-008.441.44(093)

For citation: Khritinin D.F., Esin A.V., Sumarokova M.A., Shchukina E.P. Main models of suicidal behavior. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 71—77. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-71-77

Main models of suicidal behavior

Khritinin D.F., Esin A.V., Sumarokova M.A., Shchukina E.P.

The First I.M. Sechenov Moscow State Medical University
Rossolimo Street 11, build. 9, 119881, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

The introduction presents the main concepts of suicidal behavior, the background briefly considers attitude towards the suicide of classical suicidologists. **Objective:** to analyze the main results of scientific publications dedicated to various aspects of suicidal behavior from positions of various approaches in suicidology in historical and modern aspects. **Conclusion:** influence of anti-suicidal factors is insufficiently taken into account during study and description of mechanisms of suicidal behavior. Therefore there is a need for further research and improvement of the model of suicidal behavior with use of sociopsychological approach for the purpose of development of optimal preventive anti-suicidal activities.

Keywords: suicide, suicidal behavior, concepts and models of suicidality.

REFERENCES

- Adler A. Teoriya i praktika individual'noy psikhologii [Theory and practice of individual psychology]. M.: Akademicheskii prospekt, 2011 (in Russian).
- Ambrumova A.G., Kalashnikova O.E. Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie samoubiystva [Clinical-psychological investigation of the suicide]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya – Social and Clinical Psychiatry*. 1998; 8 (4): 53–56 (in Russian).
- Ambrumova A.G., Tikhonenko V.A. Suitsid kak fenomen sotsial'no-psikhologicheskoy dezadaptatsii lichnosti. Sbornik nauchnykh trudov MNII psixhiatrii [Suicide as a phenomenon of social-psychological disadaptation of the personality. Collection of scientific papers of MPRI]. M., 1978: 6–26 (in Russian).
- Analiticheskaya psikhologiya i psixhoterapiya [Analytical psychology and psychotherapy]. SPb.: Piter, 1995 (in Russian).
- Bern E. Transaktsionnyy analiz v psixhoterapii [Transactional analysis in psychotherapy]. M.: Eksmo, 2008 (in Russian).
- Bekhterev V.M. O prichinakh samoubiystva i vozmozhnoy bor'be s nim [About causes of the suicide and possible fight against it]. *Vestnik znaniya – Bulletin of Knowledge*. 1912; 2: 131–141 (in Russian).
- WHO. Information Bulletin: Suicide. March, 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/ru/> (in Russian).
- Durkheim E. Samoubiystvo: sotsiologicheskii etyud [Suicide: sociological sketch]. SPb: Soyuz, 1998 (in Russian).
- Zotov P.B., Umansky S.M. Klinicheskie formy i dinamika suitsidal'nogo povedeniya [Clinical forms and dynamics of suicidal behavior]. *Suitsidologiya - Suicidology*. 2011; 1: 3–7 (in Russian).
- Kannabikh Yu. Istoriya psixhiatrii [History of psychiatry]. M.: AST, 2014 (in Russian).
- Korsakov S.S. Kurs psixhiatrii [Course of Psychiatry]. The 3rd edition. M., 1913 (in Russian).
- Lombroso Ch. Genial'nost' i pomeshatel'stvo [Genius and mania]. M.: Azbuka, 2016 (in Russian).
- Lange A. Dotyanut'sya do zhizni. Ekzistentsial'nyy analiz depressii [To reach to life. Existential analysis of depression]. M.: Genezis, 2010 (in Russian).
- Menninger K. Voyna s samim soboy [Fighting with oneself]. M.: Eksmo-Press, 2000 (in Russian).
- Nechiporenko V.V., Shamrey V.K. Suitsidologiya: voprosy kliniki, diagnostiki i profilaktiki [Suicidology: issues of clinical picture, diagnosis and prevention]. SPb.: Voенno-meditsinskaya akademiya, 2007 (in Russian).
- Pavlov I.P. [Full collection of works in 6 volumes]. M.: Publishing House of the Academy of Sciences of USSR, 1951 (in Russian).
- Pavlova T.S., Bannikov G.S. Sovremennye teorii suitsidal'nogo povedeniya podrostkov i molodezhi [Modern theories of suicidal behavior of adolescents and youth]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie – Psychological Science and Education*. 2013; 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n4/65717.shtml (date of address: 09.09.2017) (in Russian).
- Polozhy B.S. Kontseptual'naya model' suitsidal'nogo povedeniya [Conceptual model of suicidal behavior]. *Suitsidologiya - Suicidology*. 2015; 6, 1 (18): 3-7 (in Russian).
- Polozhy B.S. Suitsidy v Rossii i v Evrope. [Suicides in Russia and Europe]. M.: MIA, 2016 (in Russian).
- Psikhologiya bessoznatel'nogo [Psychology of unconscious]. M.: Kanon, 1994 (in Russian).
- Ruzhenkov V.A., Ruzhenkova V.V., Boeva A.V. Kontseptsii suitsidal'nogo povedeniya [Concept of suicidal behavior]. *Suitsidologiya - Suicidology*. 2012; 4: 52–60 (in Russian).
- Sullivan G.S. Interpersonal'naya teoriya v psixhiatrii [Interpersonal theory in psychiatry]. M.: Yuventa, 1999: 347 (in Russian).
- Sikorsky I.A. Osnovy teoreticheskoy klinicheskoy psixhiatrii s kratkim ocherkom sudebnoy psixhiatrii [Bases of theoretic clinical psychiatry with brief sketch of forensic psychiatry]. Kiev, 1910 (in Russian).
- Tikhodeev O.N. Geneticheskii kontrol' predispozitsionnosti k suitsidu [Genetic control of predisposition to suicide]. *Ecological Genetics*. 2007; 5 (4): 22–43 (in Russian).
- Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla [Man in search for meaning]. M.: Progress, 1990: 368 (in Russian).
- Freud S. Semeynyy roman nevrotikov [Familial affair of neurotics]. M.: Azbuka Klassika, 2009: 224 (in Russian).
- Hillman D. Samoubiystvo i dusha [Suicide and soul]. M.: Kogitotsentr, 2004: 272 (in Russian).
- Horney K. Nevroz i lichnostnyy rost: bor'ba za samorealizatsiyu [Neurosis and personal growth: fight for self-realization]. SPb.: Vostochno-Evropeskii in-t psixhoanaliza, 1997: 316 (in Russian).
- Shneidman E.S. Dusha samoubiytsy [Soul of suicide]. M.: Smysl, 2001: 132 (in Russian).
- Jung C.G. Konflikty detskoy dushi [Conflicts of child's soul]. M.: Kanon, 1995: 336 (in Russian).
- Yalom I.D. Ekzistentsial'naya psixhoterapiya [Existential psychotherapy]. M.: RIMIS, 2008: 608 (in Russian).
- Beck A.T., Brown G.K., Steer K.S., Dahlsgaard K.K., Grisham J.R. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav*. 1999; 29 (1): 1–9.
- Beck A.T., Steer R.A. et al. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am. J. Psychiatry*. 1985; 5: 559–563.
- Bridge J., Goldstein T.R., Brent D. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. Child. Psychol. Psychiatry*. 2006; 47 (3-4): 372–394.
- Frankl V.E. Der unbewufite Gott: Psychotherapie und Religion. Munchen, 1988: 156.
- Joiner T. Why People Die by Suicide. Cambridge: Harvard University Press, 2005: 288.
- Kelly G.A. The psychology of personal constructs. London: Rutledge, 1991.
- Kety S. Suicide. Baltimore: Williams & Wilkins, 1986.

39. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry*. 1999; 156: 181–189.
40. Shneidman E.S. *Deaths of Man*. New York: Quadrangle, 1973.
41. Wender P.H., Kety S.S., Rosenthal D. et al. Psychiatric Disorders in the Biological and Adoptive Families of Adopted Individuals With Affective Disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1986; 43 (10): 923–929.

Received April 14.2017

Accepted June 26.2017

Khritinin Dmitry F., corresponding member of RAS, MD, Prof., Psychiatry and Medical Psychology Department, The First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation.

Esin Alexander V., postgraduate student of Psychiatry and Medical Psychology Department, The First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation.

Sumarokova Maria A., PhD, lecturer of Psychiatry and Medical Psychology Department, The First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation.

Shchukina Elena P., PhD, assistant of Psychiatry and Medical Psychology Department, The First I.M. Sechenov Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation.

✉ Shchukina Elena P., serg-orlov@mauil.ru

УДК 616.89-02:615:616.89-008.441.33

Для цитирования: Афанасьева Н.А., Березовская М.А., Коробицина Т.В., Пичугина Ю.А., Сергиенко Н.Н. Клинико-динамические особенности интоксикационных психозов, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 78—83. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-78-83

Клинико-динамические особенности интоксикационных психозов, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ

Афанасьева Н.А., Березовская М.А., Коробицина Т.В., Пичугина Ю.А., Сергиенко Н.Н.

Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1

РЕЗЮМЕ

Цель: Анализ научных публикаций, посвященных современным аспектам этиологии, патогенеза, развития, клинических проявлений психотических состояний, развившихся в результате употребления современных синтетических психоактивных веществ (ПАВ). **Результаты и обсуждение.** Представлен анализ литературных и собственных данных по проблеме развития шизофреноформных психозов на фоне употребления новых синтетических ПАВ. Современная ситуация, связанная с употреблением ПАВ, сложившаяся в последние годы в мире и России, отличается выраженной цикличностью распространения наркотических средств. Проблема употребления наркотических средств и психотропных веществ в обществе характеризуется появлением и достаточно быстрым распространением новых синтетических ПАВ со своеобразными клиническими эффектами. Отмечаются не только схожесть клинической картины психотических расстройств, вызванных приемом современных синтетических психостимуляторов и каннабиноидов, но и особенности протекания отношений к интоксикационным психозам. Обосновывается необходимость выявления дифференциально-диагностических критериев психозов, требуемых для терапии нарушений, поскольку отсутствует параллелизм между воздействием ПАВ и динамикой психотического расстройства, что усложняет этиологическую диагностику психоза в практике психиатров.

Ключевые слова: интоксикационные психозы, психоактивные вещества, шизофреноформные психические расстройства.

ВВЕДЕНИЕ

Последние несколько лет в России в целом и Сибирском федеральном округе и Красноярском крае в частности отмечается заметное увеличение числа госпитализированных в наркологические стационары пациентов с психотическими осложнениями, развивающимися на фоне интоксикации современными синтетическими ПАВ. Так, по данным Новосибирского областного наркологического диспансера, количество обращений с психотическими расстройствами, возникшими вследствие употребления наркотиков и ненаркотических ПАВ, в областные медицинские организации психиатрического и наркологического профиля возросло с 266 случаев в 2011 г. до 829 в 2013 г. [20].

Подобная ситуация складывается и в Красноярском крае. По данным Красноярского краевого наркологического диспансера, количество больных, пролеченных с психотическими расстройствами, возникшими вследствие употребления наркотиков, возросло с 2 случаев в 2011 г. до 577 в 2014 г. с некоторым снижением до 422 случаев в 2015 г. [1, 21]. По мнению некоторых исследователей, отмечается изменение поведения на фоне потребления ПАВ, а сами психоактивные вещества являются источником получения удовольствия и «решением» жизненно трудных ситуаций [19]. В связи с таким увеличением в последнее пятилетие популярности употребления новых ПАВ исследование этиологических, патогенетических и клинических аспектов интоксикационных психозов вновь приобрело особое значение [2, 4, 5, 6, 16, 22, 25, 26, 37].

АКТУАЛЬНОСТЬ

Интерес ученых и практиков к действию новых поколений ПАВ прежде всего определяется тем, что наблюдается резкий рост употребления синтетических психостимуляторов и каннабиноидов [15, 33], которые, несмотря на разнообразие химического состава, большое количество сленговых названий и способов применения, дают сходный своеобразный клинический эффект и вызывают шизофреноподобные интоксикационные расстройства [3, 23, 24, 33, 42, 43]. Более того, психотические расстройства неалкогольной этиологии всё чаще встречаются в практике врачей-психиатров [10, 14]. Причем отмечается не только сложность терапии психических расстройств, но и проблематичность этиологической диагностики психоза в связи с сокрытием пациентами анамнестических данных и отсроченностью поступления больных на лечение в стационар.

Цель исследования. Проанализировать материалы научных публикаций, посвященных современным аспектам этиологии, патогенеза, развития, клинических проявлений психотических состояний, развившихся в результате употребления современных синтетических психоактивных веществ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обзор научных публикаций, описывающих особенности действия и химического состава современных синтетических ПАВ [17, 25, 26, 31, 36], показал, что в состав употребляемых смесей в основном входят такие вещества, как синтетические каннабиноиды, пировалерон, диметилпировалерон, метилон, смешанные в различных пропорциях с другими вспомогательными веществами.

Синтетические ПАВ в России реализуются, главным образом, в виде так называемых курительных смесей и солей для ванн. В некоторых публикациях имеются указания как на высокую токсичность, так и наркогенность синтетических ПАВ. Согласно данным, приводимым К. Tomiyama и М. Funada [41], синтетические каннабиоиды существенно превосходят натуральный каннабиноид 9-ТГК по биологической активности.

Отмечается, что новые синтетические ПАВ вызывают интоксикационные психозы как с тяжелыми психическими, вегетативно-сосудистыми, так и иными расстройствами. Их клиническая картина значительно отличается от привычной картины металкогольных психозов или классических реакций экзогенно-токсического типа [29]. Как правило, в клинике психических нарушений, вызванных употреблением новых синтетических психоактивных веществ, преобладают шизофреноформные расстройства, нарушения мышления, памяти, внимания на фоне тревожности и хронической депрессии [3, 8, 16, 26]. По мнению Н.А. Бохана и других авторов, употребление современных синтетических наркотиков приводит к развитию острых психотических расстройств в связи с резким искажением мыслительного процесса [4, 5, 6, 17]. Ряд нейропсихологических исследований, проведенных в странах Европы [34, 35], показал, что в клинической картине наблюдаются специфические расстройства памяти на фоне эмоционально-волевых изменений. Данные клинических наблюдений позволяют выдвинуть предположение о том, что психотические расстройства, возникающие на фоне потребления современных синтетических психоактивных веществ, являются следствием высокой токсикокинетической и психодинамической составляющих их действия.

По данным некоторых авторов, наряду с развитием психических расстройств у больных наблюдались и нарушения в работе других органов и систем в процессе жизнедеятельности [15, 33, 42]. Лица, употреблявшие «курительные смеси», отмечали у себя нарушение сна, раздражительность, вспыльчивость, повышенную погливность, тахикардию, диспептические расстройства. С достаточно высокой частотой у таких пациентов можно было наблюдать психомоторное возбуждение, страх, тревогу, агрессию к окружающим, слуховые и тактильные галлюцинации, сочетающиеся с идеями преследования, воздействия, уверенностью в подстроенности ситуации, склонность к бредовой интерпретации окружающей обстановки на фоне ясного сознания.

Такие проявления отличают эти болезненные состояния от обычных интоксикационных психозов и требуют дифференциальной диагностики с органическими и шизофреническими психозами [26, 30, 32, 39, 44]. Другие исследователи [18, 41] обращают внимание на развитие у лиц, потреблявших современные синтетические ПАВ, нарушений познавательной деятельности (память, внимание, речь, гнозис, праксис, мышление и др.).

Авторы, анализирующие отдельные случаи болезни пациентов с психотическими расстройствами, развившимися при употреблении синтетических ПАВ [11], также подчеркивают особенности клинической картины рассматриваемых психозов. У большинства больных психопатологические феномены заключались в возникновении бессонницы, беспокойства, ажитации, бреда, суицидальных попыток и в нарушении социального поведения.

В клинической картине обсуждаемых психозов с высокой частотой отмечаются нарушения когнитивных функций, тревожность, панические атаки, суицидальные мысли, выраженные психотические феномены – зрительные и слуховые галлюцинации, деперсонализация, бред, повышенная агрессивность, суицидальные действия. Интоксикационные психозы, вызванные новыми синтетическими и психостимуляторами [9] и каннабиоидами [13], протекают с выраженными неврологическими (гипертонус мышц, мириаза, нарушение равновесия и др.), сердечно-сосудистыми (тахии- и брадикардия, нарушения ритма сердца, развитие инфаркта миокарда), дыхательными (легочные инфильтраты, пневмопатия), пищеварительными (тошнота, рвота, повышенные аппетита) нарушениями.

При этом психоз формируется как у людей с отягощенной наследственностью по психическим расстройствам, так и у лиц, уже имеющих психическое заболевание [22, 37, 38]. Некоторые авторы полагают, что новые синтетические ПАВ сами по себе обладают высоким непосредственным психотическим потенциалом. Вследствие этого новые синтетические ПАВ представляют опасность не только в связи с наркогенностью, но и как вещества, способные вызвать серьезные психические расстройства даже при кратковременном потреблении [22, 40]. В некоторых публикациях [17, 27] приводятся данные, свидетельствующие о наличии прямой зависимости развития шизофрении после употребления наркотиков.

Можно выделить еще одну особенность психотических расстройств, развивающихся на фоне употребления современных синтетических ПАВ. Психопатологические феномены могут сохраняться за рамками непосредственного действия ПАВ, что отличает подобные состояния от классических интоксикационных психозов. Это обусловлено быстрым выведением вещества и его метаболитов, обычно определяемых стандартными методами лабораторного обследования (газохроматография и масс-спектрометрия) [10].

«Классические» представители групп ПАВ, например, такие как алкоголь, амфетамины, опиаты, растительные каннабиноиды, отличаются длительным периодом нахождения в биологических жидкостях и достаточно высокой чувствительностью методов их определения [12]. Так, для алкоголя средний период определения составляет от 6 до 24 часов, для барбитуратов – до 21 дня, для опиоидов – от 2 до 4 дней, для растительных каннабиноидов – от 2–3

дней до 12 недель в зависимости от длительности потребления. В случае потребления новых синтетических ПАВ наблюдается отсутствие параллелизма между воздействием токсического вещества и динамикой психотического расстройства.

Период определения метилendioксипиривалерона и синтетических каннабиноидов в биологических средах с помощью газовой или жидкостной хроматографии масс-спектрометрии для подтверждения диагноза интоксикационного психоза гораздо короче. Авторы некоторых исследований подчеркивают, что для синтетических каннабиноидов он составляет всего несколько часов, а для производных пиривалерона до суток [28]. При этом в наших наблюдениях встречались случаи, когда острые психотические переживания могут сохраняться от 2–3 дней до недели, а нарушения памяти, внимания, шизофреноформные бредовые расстройства имеют длительность до месяца и более.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом можно отметить значительное увеличение количества психотических осложнений вследствие употребления современных синтетических ПАВ, способных вызвать психозы не только у наркозависимых пациентов, но и у людей, принимавших их эпизодически или даже однократно. Несмотря на то что нарушения носят интоксикационный характер, только часть из них можно отнести к классическим интоксикационным психозам, поскольку клиническая картина представлена в большинстве случаев шизофреноформными расстройствами, отмечается более длительное течение и возникают существенные проблемы с определением токсического вещества или его метаболитов в биологических жидкостях стандартными методами лабораторного обследования. Это требует новых диагностических подходов, в том числе в дифференциальной диагностике психозов, вызванных синтетическими психостимуляторами и каннабиноидами.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» № 2/6 от 25.02.2012).

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ деятельности стационара круглосуточного пребывания КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1» за 2012–2014 годы. Архив КГБУЗ ККНД. 2015; 21.
2. Аштон С. Неблагоприятные эффекты каннабиса и каннабиноидов. *Наркология*. 2009; 9: 71–87.
3. Белявский А.Р. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия: Информационное письмо для врачей. Екатеринбург. 2011; 18.
4. Бохан Н.А., Мандель А.И., Артемьев И.А., Невидимова Т.И., Батухтина Е.И., Воеводин И.В., Аболонин А.Ф., Солонский А.В., Прокопьева В.Д., Тоцакова В.А., Епимахова Е.В., Шушпанова Т.В. Клинико-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза алкоголизма и наркоманий в социально-организованных популяциях. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 3 (88): 53–63.
5. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю. Клиническая типология психопатологических расстройств у потребителей синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 4 (89): 18–23.
6. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Блонский К.А. Характеристика абстинентного синдрома у лиц, страдающих зависимостью от употребления синтетических каннабиноидов (спайсов). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 4 (93): 45–50.
7. Брусин К.М., Уразаев Т.Х., Липин Г.И. Острые отравления синтетическими наркотиками психостимулирующего действия. Роль токсикологических центров в обеспечении химической безопасности на региональном уровне: Тез. научно-практ. конф. Уральского федерального округа по клинической токсикологии с международным участием (13–15 октября 2011 г., Екатеринбург) / под ред. В.Г. Сенцова. Екатеринбург: УГМА, 2011: 116–117.
8. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2013 год. Международный комитет по контролю над наркотиками. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2014: 128.
9. Жевелик О.Д., Работин Р.А., Судаков А.Ю. Ретроспективное исследование случаев острой интоксикации синтетическими аналогами наркотических веществ (дизайнерскими наркотиками) в БУ «Нижневартовская психоневрологическая больница». *Здравоохранение Югры: опыт и инновации*. 2016; 4: 36–44.
10. Значение специальных лабораторных исследований для оценки и лечения расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1999; 5: 180–191.
11. Зобнин Ю.В., Стадлер Е.М. Острые отравления синтетическими каннабиноидами («спайсами»). *Сибирский медицинский журнал*. 2014; 8: 130–134.
12. Итоги деятельности Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков в первом полугодии 2015 г. Доступ из справочно-правовой системы: <http://www.fskn.gov.ru/pages/main/prevent/3939/4052/index.shtml>
13. Каклюгин Н.В. «Синтетическая» Россия: прогрессирующее самоубийство наркотизирующейся молодежи. Проблемы и перспективы. *Медицина*. 2014; 4: 1–27.
14. Каклюгин Н.В. Современные виды наркотических средств и психотропных препаратов и психосоциальные последствия их потребления. *Психическое здоровье*. 2014; 2: 73–99.
15. Каклюгин Н.В. Современные виды наркотических средств и психотропных веществ. *Бюллетень «Нарком»*. 2014; 4 (48): 8.
16. Лундквист Т. Влияние употребления каннабиса на когнитивные способности: сравнение с употреблением стимуляторов и героина в сфере воздействия на внимание, память и исполнительные функции. *Наркология*. 2010; 6: 74–87.
17. Овчинников А.А., Патрикеева О.Н. Синтетические каннабиноиды: психотропные эффекты, побочные действия, риски употребления. *Медицина и образование в Сибири*. 2014; 3: 82.
18. Пичугина Ю.А., Березовская М.А., Коробицина Т.В. Анализ современной ситуации употребления психоактивных веществ. *Сибирское медицинское обозрение*. 2016; 1: 40–47.
19. Сафронов Г.А., Головкин А.И. Синтетические каннабиноиды. Состояние проблемы. *Наркология*. 2012; 10: 97–110.
20. Стрельчук И.В. Интоксикационные психозы. М.: Медицина, 1970.
21. Тетенова Ю.Ю. и др. Особенности употребления психоактивных веществ среди пользователей русскоязычного сегмента сети Интернет. *Вопросы наркологии*. 2013; 2: 52–62.
22. Хорошилов Г.П., Худяков А.В. Интоксикационные психозы, связанные с употреблением современных психоактивных веществ. *Практическая медицина*. 2015; 5 (90): 7–10.
23. Чухрова М.Г., Пронин С.В., Рыбальчук Н.В., Иванов В.Э. Психические и психосоматические последствия потребления спайсов. *Мир науки, культуры, образования*. 2015; 1 (50): 423–426.

24. Шизофрения и курение марихуаны: сходная картина поражения головного мозга. [Электронный ресурс]. URL: <http://ncpz.ru/news/26>
25. Anizan S., Concheiro M. Linear pharmacokinetics of 3,4-methylenedioхуrроvalerone (MDPV) and its metabolites in the rat: relationship to pharmacodynamic effects. *Addiction Biology*. 2015; 21 (2): 339–347.
26. Beck O., Franzen L., Backberg M. Intoxications involving MDPV in Sweden during 2010–2014: Results from the STRIDA project. *Clinical Toxicology*. 2015; 53 (9): 865–873.
27. Beck O., Franzen L., Backberg M. Toxicity evaluation of pyrrolidinovalerophenone (-PVP): results from intoxication cases within the STRIDA project. *Clinical Toxicology*. 2016; 54 (7): 568–575.
28. Brett C., Ginsburg et al. Purity of Synthetic Cannabinoids Sold Online for Recreational Use. *J. Anal Toxicol*. 2012; 1 (36): 66–68.
29. Chiurciu V., Maccarone M. Cannabinoid Signaling and Neuroinflammatory Diseases: A Melting pot for the Regulation of Brain Immune Responses. *J. Neuroimmune Pharmacology*. 2015; 10 (2): 268–280.
30. Every-Palmer S. Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 117: 152–157.
31. Hurst D., Loeffler G., McLay R. Psychosis Associated With Synthetic Cannabinoid Agonists: A Case Series. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168: 1119.
32. Ilan A.B., Smith M.E., Gevins A. Effects of marijuana on neurophysiological signals of working and episodic memory. *Psychopharmacology (Berl.)*. 2004; 176: 214–222.
33. Klavz J., Gorenjak M., Marinsek M. Suicide attempt with a mix of synthetic cannabinoids and synthetic cathinones: Case report of non-fatal intoxication with AB-CHMINACA, AB-FUBINACA, alpha-PHP, alpha-PVP and 4-CMC. *Forensic Science International*. 2015. T.65: 121–124.
34. Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007; 370 (9584): 319–328.
35. Müller-Vahl K.R., Emrich H.M. Cannabis and schizophrenia: towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia. *Expert Rev. Neurother*. 2008; 8 (7): 1037–1048.
36. Thornton S.L., Gerona R.R., Tomaszewski C.A. Psychosis from a bath salt product containing flephedrone and MDPV with serum, urine, and product quantification. *J. Med. Toxicol*. 2012; Sep; 8(3): 310–313. doi: 10.1007/s13181-012-0232-4.
37. Rahmani M., Paul S., Nguyen M.L. Treatment of refractory substance-induced psychosis in adolescent males with a genetic predisposition to mental illness. *Int. J of Adolescent Medicine and Health*. 2014; 26 (2): 297–301.
38. Ren Y., Whittard J., Higuera-Matas A. Cannabidiol, a nonpsychotropic component of cannabis, inhibits cue-induced heroin seeking and normalizes discrete mesolimbic neuronal disturbances. *J. Neurosci*. 2009; 29 (47): 14764–14769.
39. Schwartz R.H., Gruenewald P.J., Kltzner M. Short-term memory impairment in cannabis-dependent adolescents. *Am. J. Disord. Child*. 1989; 143: 1214–1219.
40. Thornton S.L., Lo J., Clark R.F. Simultaneous detection of multiple designer drugs in serum, urine, and CSF in a patient with prolonged psychosis. *Informa*. 2012; 10: 1165–1168.
41. Tomiyama K., Funada M. Cytotoxicity of synthetic cannabinoids found in «Spice» products: the role of cannabinoid receptors and the caspase cascade in the NG 108–15 cell line. *Toxicol. Lett*. 2011; 207 (1): 12–17.
42. Tomiyama K., Funada M. Cytotoxicity of synthetic cannabinoids on primary neuronal cells of the forebrain: the involvement of cannabinoid CB1 receptors and apoptotic cell death. *Toxicol. Appl. Pharmacol*. 2014; 274 (1): 17–23.
43. Van der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of Spice. *Schizophr. Res*. 2011; 130 (1–3): 285–286.
44. Wagner F.A., Anthony J.C. From First Drug Use to Drug Dependence: Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. *Neuropsychopharmacology*. 2002; 26: 479–488.
45. Zimmermann U.S., Winkelmann P.R., Pilhatsch M., Nees J.A., Spanagel R., Schulz K. With drawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of «spice gold». *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106: 464–467.

Поступила в редакцию 14.04.2017

Утверждена к печати 26.06.2017

Афанасьева Наталья Анатольевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО.
 Березовская Марина Альбертовна, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ПО.
 Коробичина Татьяна Валерьевна, д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО.
 Пичугина Юлия Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО.
 Сергиенко Наталья Николаевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ПО.

✉ Березовская Марина Альбертовна, mberezovska@mail.ru

УДК 616.89-02:615.:616.89-008.441.33

For citation: Afanasyeva N.A., Berezovskaya M.A., Korobitsina T.V., Pichugina Yu.A., Sergienko N.N. Clinical and dynamic features of intoxication psychoses caused by the use of modern synthetic psychoactive substances. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 78–83. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-78-83

Clinical and dynamic features of intoxication psychoses caused by the use of modern synthetic psychoactive substances

Afanasyeva N.A., Berezovskaya M.A., Korobitsina T.V., Pichugina Yu.A., Sergienko N.N.

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky
 Partizan Zheleznyak Street 1, 660022, Krasnoyarsk, Russian Federation

ABSTRACT

Objective: to analyze scientific publications dedicated to modern aspects of etiology, pathogenesis, development, clinical manifestations of psychotic states developed as a result of use of modern synthetic psychoactive substances (PAS). **Results and Discussion.** The analysis of literature and own data on the problem of the development of schizophreniform psychoses against the background of the use of new synthetic psychoactive substances is presented. The current situation, connected with the use of various psychoactive substances, has developed in recent years in the world and in Russia and is characterized by a pronounced cyclic distribution of narcotic drugs. The problem of the use of narcotic drugs and psychotropic substances in society is characterized by the appearance and rather rapid spread of new synthetic psychoactive substances with peculiar clinical effects. Not only similarity of the clinical picture of psychotic disorders caused by the use of modern synthetic psychostimulants and cannabinoids is noted, but also the peculiarities of the course of these psychotic-related ones. The necessity of revealing the differential-diagnostic criteria of psychoses required for the treatment of violations is substantiated, since there is no parallel between the influence of the psychoactive substance and the dynamics of the psychotic disorder, which complicates the etiological diagnosis of psychosis in the practice of psychiatrists.

Keywords: intoxication psychosis, psychoactive substances, schizopreniform mental disorders.

REFERENCES

1. Analiz deyatelnosti stacionara kruglosutochnogo prebyvaniya KGBUZ «Krasnoyarskiy kraevoy narkologicheskij dispanser №1» za 2012–2014 gody. Arhiv KGBUZ KKND [Analysis of the activities of a twenty-four-hour service of the Krasnoyarsk Krai Narcological Dispensary no. 1 for 2012–2014. Archive data]. 2015 (in Russian).
2. Ashton S. Neblagopriyatnye ehffekty kannabisa i kannabinoidov [Adverse effects of cannabis and cannabinoids]. *Narkologiya – Narcology*. 2009; 9: 71–87 (in Russian).
3. Belyavskij A.R. Ostrye otravleniya novymi sinteticheskimi narkotikami psihostimuliruyushchego dejstviya, Informacionnoe pis'mo dlya vrachej [Acute intoxication of novel synthetic drugs of psychostimulant action. Circular for doctors]. Yekaterinburg. 2011: 18 (in Russian).
4. Bokhan N.A., Mandel A.I., Artemyev I.A., Nevidimova T.I., Batukhtina E.L., Voevodin I.V., Aboloni A.F., Solonsky A.V., Prokopieva V.D., Toshchakova V.A., Epimakhova E.V., Shushpanova T.V. Kliniko-patobiologicheskie zakonomernosti formirovaniya i patomorfoza alkogolizma i narkomanii v sotsial'no-organizovannykh populyatsiyakh [Clinical-pathobiological regularities of alcoholism and drug addictions formation and pathomorphosis in socially organised populations]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 3 (88): 53–63 (in Russian).
5. Bokhan N.A., Selivanov G.Yu. Klinicheskaya tipologiya psihopatologicheskikh rasstrojstv u potrebitelej sinteticheskikh kannabinoidov (spajsov) [Clinical typology of psychopathological disorders in users of synthetic cannabinoids (spice)]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2015; 4 (89): 18–23 (in Russian).
6. Bokhan N.A., Selivanov G.YU., Blonsky K.A. Harakteristika abstinentnogo sindroma u lic, stradayushchih zavisimost'yu ot upotrebleniya sinteticheskikh kannabinoidov (spajsov) [Characteristics of withdrawal symptoms in people addicted to the use of synthetic cannabinoids (“spice”)]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 4 (93): 45–50 (in Russian).
7. Brusin K.M., Urazaev T.H., Lipin G.I. Ostrye otravleniya sinteticheskimi narkotikami psihostimuliruyushchego dejstviya. Rol' toksikologicheskikh centrov v obespechenii himicheskoy bezopasnosti na regional'nom urovne: Tez. nauch.-prakt. konf. Ural'skogo federal'nogo okruga po klinicheskoy toksikologii s mezhdunarodnym uchastiem (13–15 oktyabrya 2011 g., Ekaterinburg) [Acute intoxications with synthetic drugs of psychostimulant action. Role of detoxification centers in provision of chemical security at national level. Abstracts of the Scientific-Practical Conference of the Ural Federal Okrug on clinical toxicology with international participation (13–15 October, 2011, Yekaterinburg)]. V.G. Sentsov, ed. Yekaterinburg : UGMA, 2011: 116–117 (in Russian).
8. Doklad Mezhdunarodnogo komiteta po kontrolyu nad narkotikami za 2013 god. Mezhdunarodnyj komitet po kontrolyu nad narkotikami. N'yu-York, Organizaciya Ob'edinennyh Nacij [Report of the International Committee for Control of Drugs for 2013. New York, UNO]. 2014: 128 (in Russian).
9. Zhevelik O.D., Rabotin R.A., Sudakov A.Yu. Retrospektivnoe issledovanie sluchaev ostroj intoksikacii sinteticheskimi analogami narkoticheskikh veshchestv (dizajnerskimi narkotikami) v BU «Nizhnevartovskaya psihonevrologicheskaya bol'nica» [Retrospective study analysis of cases of acute intoxication with synthetic analogs of narcotic substances (designer drugs) in BI “Nizhnevartovsk Psychoneurological Hospital”]. *Zdravoohranenie Yugry: opyt i innovacii – Healthcare of Yugra: Experience and innovations*. 2016; 4: 36–44 (in Russian).
10. Znachenie special'nyh laboratornyh issledovaniy dlya ocenki i lecheniya rasstrojstv, vyzvannyh upotrebleniem psihooaktivnyh veshchestv [Significance of special laboratory investigations for evaluation and therapy of disorders due to use of psychoactive substances]. *Advances in Psychiatric Treatment*. 1999; 5: 180–191. (in Russian).
11. Zobnin Yu.V., Stadler E.M. Ostrye otravleniya sinteticheskimi kannabinoidami («spajсами») [Acute intoxications with synthetic cannabinoids (“spice”)]. *Sibirskiy medicinskij zhurnal – Siberian Medical Journal*. 2014; 8: 130–134 (in Russian).
12. Itogi deyatelnosti Federal'noj sluzhby Rossijskoj Federacii po kontrolyu za oborotom narkotikov v pervom polugodii 2015 g [Results of activities of the Federal Service of the Russian Federation on the control of drug trafficking in the first half of the year 2015]. Access from inquiry-legal system: <http://www.fskn.gov.ru/pages/main/prevent/3939/4052/index.shtml> (in Russian).
13. Kaklyugin N.V. «Sinteticheskaya» Rossiya: progressiruyushchee samoubijstvo narkotiziruyushcheysya molodezhi. Problemy i perspektivy [“Synthetic Russia”: Suicide of drug-abusing youth in progress. Problems and prospects]. *Medicina – Medicine*. 2014; 4: 1–27 (in Russian).
14. Kaklyugin N.V. Sovremennyye vidy narkoticheskikh sredstv i psihotropnykh preparatov i psihosocial'nye posledstviya ih potrebleniya [Modern types of drugs and psychotropic substances and psychosocial consequences of their abuse. Message 1. Natural and synthetic cannabinoids]. *Psihicheskoe zdorov'e – Mental Health*. 2014; 2: 73–99 (in Russian).
15. Kaklyugin N.V. Sovremennyye vidy narkoticheskikh sredstv i psihotropnykh veshchestv [Modern kinds of narcotic agents and psychotropic substances]. *Byulleten' «Narkom» – Bulletin “Narcom”*. 2014; 4 (48): 8 (in Russian).
16. Lundkvist T. Vliyanie upotrebleniya kannabisa na kognitivnye sposobnosti: sravnenie s upotrebleniem stimulyatorov i heroina v sfere vozdeystviya na vnimanie, pamyat' i ispolnitel'nye funkcii [Cognitive consequences of cannabis use: comparison with abuse of stimulants and heroin with regard to attention, memory and executive functions]. *Narkologiya – Narcology*. 2010; 6: 74–87 (in Russian).
17. Ovchinnikov A.A., Patrikeeva O.N. Sinteticheskie kannabinoidy: psihotropnye ehffekty, pobochnye dejstviya, riski upotrebleniya [Synthetic cannabinoids: psychotropic effects, side effects, risks of use]. *Medicina i obrazovanie v Sibiri – Medicine and Education in Siberia*. 2014; 3: 82 (in Russian).
18. Pichugina Yu.A., Berezovskaya M.A., Korobicina T.V. Analiz sovremennoj situacii upotrebleniya psihooaktivnykh veshchestv [Analysis of current situation of psychoactive substance use]. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie – Siberian Medical Review*. 2016; 1: 40–47 (in Russian).
19. Safronov G.A., Golovko A.I. Sinteticheskie kannabinoidy. Sostoyanie problemy [Synthetic cannabinoids. State-of-the-art of the problem]. *Narkologiya – Narcology*. 2012; 10: 97–110 (in Russian).
20. Strel'chuk I.V. Intoksikacionnye psihozy: monografiya [Intoxication psychoses: monograph]. M.: Medicina, 1970 (in Russian).
21. Tetenova Yu.Yu. i dr. Osobennosti upotrebleniya psihooaktivnykh veshchestv sredi pol'zovatelej russkoyazychnogo segmenta seti Internet [Substance abuse trends among Russian-speaking internet users in 2011]. *Voprosy narkologii – Journal of Addiction Problems*. 2013; 2: 52–62 (in Russian).
22. Horoshilov G.P., Hudyakov A.V. Intoksikacionnye psihozy, svyazannyye s upotrebleniem sovremennykh psihooaktivnykh veshchestv [Induced psychotic disorders associated with modern psychoactive substances usage]. *Prakticheskaya medicina – Practical Medicine*. 2015; 5 (90): 7–10 (in Russian).
23. Chukhrova M.G., Pronin S.V., Rybal'chuk N.V., Ivanova V.E. Psihicheskie i psihosomaticheskie posledstviya potrebleniya spajsov [Psychological and psychosomatic effects of consumption of spices]. *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya – World of Science, Culture, Education*. 2015; 1 (50): 423–426 (in Russian).
24. Shizofreniya i kurenie marihuany: skhodnaya kartina porazheniya golovnogo mozga [Schizophrenia and smoking of marijuana: similar picture of brain impairment]. [Elektronnyj resurs]. URL: <http://ncpz.ru/news/26> (in Russian).
25. Anizan S., Concheiro M. Linear pharmacokinetics of 3,4-methylenedioxypropylvalerone (MDPV) and its metabolites in the rat: relationship to pharmacodynamic effects. *Addiction Biology*. 2015; 21 (2): 339–347.
26. Beck O., Franzen L., Backberg M. Intoxications involving MDPV in Sweden during 2010–2014: Results from the STRIDA project. *Clinical Toxicology*. 2015; 53 (9): 865–873.

27. Beck O., Franzen L., Backberg M. Toxicity evaluation of -pyrrolidinovalerophenone (-PVP): results from intoxication cases within the STRIDA project. *Clinical Toxicology*. 2016; 54 (7): 568–575.
28. Brett C., Ginsburg et al. Purity of Synthetic Cannabinoids Sold Online for Recreational Use. *J. Anal Toxicol*. 2012; 1 (36): 66–68.
29. Chiurchiu V., Maccarone M. Cannabinoid Signaling and Neuroinflammatory Diseases: A Melting pot for the Regulation of Brain Immune Responses. *J. Neuroimmune Pharmacology*. 2015; 10 (2): 268–280.
30. Every-Palmer S. Synthetic cannabinoid JWH-018 and psychosis: an explorative study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011; 117: 152–157.
31. Hurst D., Loeffler G., McLay R. Psychosis Associated With Synthetic Cannabinoid Agonists: A Case Series. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168: 1119.
32. Ilan A.B., Smith M.E., Gevins A. Effects of marijuana on neurophysiological signals of working and episodic memory. *Psychopharmacology (Berl.)*. 2004; 176: 214–222.
33. Klavz J., Gorenjak M., Marinsek M. Suicide attempt with a mix of synthetic cannabinoids and synthetic cathinones: Case report of non-fatal intoxication with AB-CHMINACA, AB-FUBINACA, alpha-PHP, alpha-PVP and 4-CMC. *Forensic Science International*. 2015. T.65: 121–124.
34. Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007; 370 (9584): 319–328.
35. Müller-Vahl K.R., Emrich H.M. Cannabis and schizophrenia: towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia. *Expert Rev. Neurother*. 2008; 8 (7): 1037–1048.
36. Thornton S.L., Gerona R.R., Tomaszewski C.A. Psychosis from a bath salt product containing flephedrone and MDPV with serum, urine, and product quantification. *J. Med. Toxicol*. 2012; Sep; 8(3): 310–313. doi: 10.1007/s13181-012-0232-4.
37. Rahmani M., Paul S., Nguyen M.L. Treatment of refractory substance-induced psychosis in adolescent males with a genetic predisposition to mental illness. *Int. J of Adolescent Medicine and Health*. 2014; 26 (2): 297–301.
38. Ren Y., Whittard J., Higuera-Matas A. Cannabidiol, a nonpsychotropic component of cannabis, inhibits cue-induced heroin seeking and normalizes discrete mesolimbic neuronal disturbances. *J. Neurosci*. 2009; 29 (47): 14764–14769.
39. Schwartz R.H., Gruenewald P.J., Kltzner M. Short-term memory impairment in cannabis-dependent adolescents. *Am. J. Disord. Child*. 1989; 143: 1214–1219.
40. Thornton S.L., Lo J., Clark R.F. Simultaneous detection of multiple designer drugs in serum, urine, and CSF in a patient with prolonged psychosis. *Informa*. 2012; 10: 1165–1168.
41. Tomiyama K., Funada M. Cytotoxicity of synthetic cannabinoids found in «Spice» products: the role of cannabinoid receptors and the caspase cascade in the NG 108–15 cell line. *Toxicol. Lett*. 2011; 207 (1): 12–17.
42. Tomiyama K., Funada M. Cytotoxicity of synthetic cannabinoids on primary neuronal cells of the forebrain: the involvement of cannabinoid CB1 receptors and apoptotic cell death. *Toxicol. Appl. Pharmacol*. 2014; 274 (1): 17–23.
43. Van der Veer N., Friday J. Persistent psychosis following the use of Spice. *Schizophr. Res*. 2011; 130 (1–3): 285–286.
44. Wagner F.A., Anthony J.C. From First Drug Use to Drug Dependence: Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. *Neuropsychopharmacology*. 2002; 26: 479–488.
45. Zimmermann U.S., Winkelmann P.R., Pilhatsch M., Nees J.A., Spanagel R., Schulz K. With drawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of «spice gold». *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106: 464–467.

Received April 14.2017

Accepted June 26.2017

Afanasyeva Natalia A., assistant of the Department of Psychiatry and Narcology with a course Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation.

Berezovskaya Marina A., MD, head of the Department of Psychiatry and Narcology with a course Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation.

Korobitsina Tatyana V., MD., professor of the Department of Psychiatry and Narcology with a course Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation.

Pichugina Julia A., PhD., senior lecturer of the Department of Psychiatry and Narcology with a course Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation.

Sergienko Natalia N., assistant of the Department of Psychiatry and Narcology with a course Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russian Federation.

✉ Berezovskaya Marina A., mberezovska@mail.ru

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

УДК 616.895.87::615.21/26

Для цитирования: Иванов М.В., Костерин Д.Н. Эффективность антипсихотической терапии препаратами пролонгированного действия у больных шизофренией в долгосрочной перспективе. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 84—91. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-84-91

Эффективность антипсихотической терапии препаратами пролонгированного действия

Иванов М.В., Костерин Д.Н.

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

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – оценка эффективности антипсихотической терапии препаратами пролонгированного действия больных параноидной шизофренией. **Материал:** проанализировано 75 случаев лечения больных параноидной шизофренией, получавших терапию LAI: палиперидоном пальмитатом (40 пациентов) или галоперидолом деканоатом (35 пациентов) 24 месяца после достижения ремиссии в 2013–2017 гг. В анализ также вошли данные 35 пациентов, продолжавших терапию LAI на базе СПб ГБУЗ Психоневрологический диспансер № 5 еще 12 месяцев. **Задачи наблюдения:** изучить динамику психического состояния больных на фоне приема LAI, сравнить эффективность и безопасность LAI первого и второго поколений, оценить качество ремиссии. **Методы:** клинико-динамический (Шкала позитивных и негативных синдромов, Шкала персонального и социального функционирования, Шкала общего клинического впечатления), статистический (метод дескриптивной статистики). **Результаты:** в рамках совершенствования терапевтических стратегий в качестве эффективного метода контроля приверженности терапии и заболевания следует использовать инъекционные антипсихотические препараты длительного действия (LAI). Представлены подходы к использованию LAI в современной психиатрии и данные наблюдения результатов применения LAI первого и второго поколений в течение 24 месяцев в рутинной клинической практике. Своевременное вмешательство и непрерывность лечения имеет решающее значение для достижения долгосрочной ремиссии, предотвращения злокачественного течения заболевания, снижения издержек и бремени болезни.

Ключевые слова: шизофрения, ремиссия, инъекционные антипсихотики длительного действия (LAI), приверженность к терапии, палиперидон пальмитат, галоперидол деканоат.

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения – изнурительное хроническое психическое заболевание, одно из 20 самых распространенных причин инвалидности во всем мире, что связано с высокой стоимостью лечения [1, 2]. Экономическое бремя шизофрении в США в 2013 г. оценивалось в \$155,7 млрд, четверть из которых составили прямые медицинские расходы [2]. Суммарное бремя шизофрении в РФ в 2009 г. составило 196,7 млрд рублей, в том числе 54 млрд рублей (27,5% бремени шизофрении) приходилось на прямые медицинские затраты и 85% – на больничное лечение [3]. Высокая стоимость рецидива шизофрении сопряжена с затратами на стационарное лечение и с повторными госпитализациями. В США и большинстве европейских стран прямые затраты на лечение рецидива шизофрении втрое, а иногда в 2–4 раза выше, чем стоимость поддержания ремиссии у того же пациента в течение 3 лет. Результаты фармакоэкономических расчетов оказания помощи пациентам с шизофренией показывают, что улучшение комплаенса может сократить число госпитализаций на 12% и их длительность на 13%, что позволит снизить «предотвратимые затраты» на \$106 млн [3]. Высокое экономическое бремя заболевания в том числе связано и с тем, что болезнь затрагивает молодую работоспособную популяцию населения, что

приводит к быстрому регрессу профессионального и социального функционирования, инвалидности. Социальная значимость проблемы данного заболевания затрагивает не только самих пациентов, но и общество в целом. У пациентов, страдающих психическими заболеваниями, обнаруживается нарушение социального функционирования в разных сферах жизни: снижение социально-трудового статуса и социальных контактов, отсутствие семьи, ухудшение материально-бытового положения [4].

Не смотря на то что антипсихотическая (АП) терапия является эффективным инструментом в лечении симптомов шизофрении и предотвращении рецидива, проблема сохранения приверженности терапии сохраняет свою актуальность [5]. Недостаточный контроль заболевания и множественные рецидивы имеют прямую зависимость с прогнозом социального функционирования и снижением чувствительности к антипсихотической терапии [6], а также способность вызвать цикл экономических, социальных и правовых проблем, создающих дополнительные препятствия для эффективного лечения [5]. Поэтому лечение пациентов на ранних стадиях заболевания, когда они могут быть наиболее поддающимися лечению, имеет первостепенное значение для минимизации риска последствий болезни в долгосрочной перспективе [7].

Связь между приверженностью к терапии и контролем заболевания была неоднократно доказана и продемонстрирована. Так, метаанализ 65 клинических исследований у пациентов с шизофренией, стабилизированных на антипсихотических препаратах, которые были рандомизированы для продолжения лечения антипсихотическими препаратами или плацебо, показал, что лечение антипсихотиками значительно снижает частоту рецидивов [8]. Другой метаанализ 6 плацебо-контролируемых рандомизированных клинических исследований у пациентов с острой шизофренией, получавших антипсихотические препараты, продемонстрировал значительное улучшение положительных и отрицательных симптомов в течение 6 недель с пропорционально возрастающим эффектом лечения у лиц с более тяжелыми симптомами на исходном уровне [9].

Однако лекарственный препарат эффективен только тогда, когда он принят, а несоблюдение приверженности лечению является серьезным препятствием для эффективного лечения пациентов с шизофренией. Выявлена закономерность в приверженности лечению в зависимости от длительности приема терапии: приверженность терапии уменьшается с увеличением длительности периода лечения. Так, 4-летнее ретроспективное кросс-секционное исследование большой когорты пациентов с шизофренией Департамента по делам ветеранов США показало, что 36% пациентов испытывали проблемы с приверженностью терапии ежегодно и 61% пациентов нарушали режим лечения в течение 4-летнего периода [10].

Постоянное соблюдение приема антипсихотических препаратов имеет решающее значение для оптимальных результатов лечения у пациентов с шизофренией. Прерывание лечения всего в течение 1–10 дней повышает риски обострения заболевания и связанной с этим госпитализации пациентов [11]. Помимо госпитализации, несоблюдение терапии связано с увеличением финансового, социального, профессионального бремени заболевания: рост использования служб неотложной психиатрической помощи, насилия, арестов, попыток самоубийства, снижение социального и профессионального функционирования и качества жизни [12]. Очевидно, что вмешательства, направленные на улучшение приверженности терапии, способны изменить ситуацию в каждой из сфер, уменьшить бремя заболевания.

Хотя детерминанты несоблюдения терапии многочисленны и сложны, к одним из важных факторов, влияющих на комплаентность пациентов, относят факторы, связанные с лечением, например, выбор АП терапии и частоту дозирования [13]. Так, инъекционные антипсихотические препараты длительного действия (LAI) требуются вводить реже (1 раз в 1–12 недель) по сравнению с ежедневным приемом пероральных форм препаратов. Имеющиеся в настоящее время данные свидетельствуют о том, что для пациентов с шизофренией использование LAI второго поколения в целом связано с более низкими показа-

телями рецидива заболевания и снижением смертности у взрослых по сравнению с атипичными антипсихотическими препаратами для перорального приема, что, вероятно, связано с увеличением приверженности к лечению [14, 15]. Инъекционные антипсихотики длительного действия являются важной альтернативой пероральным препаратам, особенно выгодной в контексте управления приверженности терапии. Положительным моментом стало то, что генерация антипсихотиков нового поколения, включая рисперидон, оланзапин, палиперидон и арипипразол, стала доступна в виде препаратов длительного действия. На сегодняшний день все LAI нового (второго) поколения продемонстрировали статистически и клинически значимое снижение частоты развития рецидивов по сравнению с плацебо. LAI нового поколения оказались сопоставимы с их пероральными формами в отношении безопасности и переносимости. Существует мало свидетельств различий в эффективности между доступными LAI [16], однако различия, с точки зрения фармакодинамических и фармакокинетических профилей, интервала между инъекциями, стоимости, требований к сопутствующей терапии, а также спектра побочных эффектов, стоит учитывать при выборе LAI для лечения отдельных пациентов. Авторами приводится всё больше свидетельств, указывающих на необходимость приоритетного использования LAI у пациентов после первого эпизода и заключенных, страдающих шизофренией.

Далее приведены данные об опыте применения LAI при шизофрении, обсуждаются текущие проблемы с клинической и методологической точек зрения.

LAI: рекомендации по использованию

Текущие рекомендации [17] предлагают рассматривать LAI в качестве препаратов первого выбора для поддерживающей терапии шизофрении среди других доступных вариантов в лечении или когда необходимо улучшить приверженность к терапии. LAI также следует рассмотреть в качестве препарата первого выбора для терапии шизофрении, если у пациента имелись данные о несоблюдении терапии в анамнезе или выявлен нерегулярный прием поддерживающей терапии [17]. При этом многие эксперты считают, что эти действующие рекомендации являются слишком ограниченными и показания к назначению LAI в лечении шизофрении должны быть расширены [18]. С увеличением доступности LAI нового поколения для наиболее эффективного их применения международные рекомендации должны учитывать такие факторы, как стадию заболевания и популяцию пациентов, которая потенциально может извлечь наибольшую выгоду из лечения подобными препаратами.

Удивительный факт был обнаружен по материалам опросов, проведенных в нескольких странах Западной Европы, по опыту применения LAI [19]: крайне бедный опыт использования LAI даже у пациентов, которые могли бы извлечь из этого выгоду.

Использование LAI рассматривалось как старый и принудительный способ лечения, который следует использовать для пациентов с плохой приверженностью к терапии и как связанный с уменьшением вовлеченности медицинского персонала в уход за пациентами [19]. Некоторые психиатры называли их средством «последней надежды», которое должно использоваться, когда все другие фармакологические методы лечения потерпели неудачу, или как препараты резерва для пациентов, которые перенесли многочисленные обострения заболевания. Это объясняется большим числом недоразумений и предрассудков, распространенных среди врачей, пациентов и лиц, осуществляющих уход за пациентами, страдающими шизофренией. Высокая стоимость LAI нового поколения представляет собой еще одно серьезное препятствие для широкого назначения этих препаратов. Тем не менее недавние фармакоэкономические исследования показали, что применение LAI второго поколения способно стать превосходной терапевтической стратегией с экономической точки зрения, принимая в расчет не только прямые, но и косвенные затраты на уход за пациентами [20].

Большинство специалистов сходятся в единодушном мнении, что оптимальное использование LAI второго поколения требует радикального изменения общего подхода к лечению депонированными антипсихотическими препаратами [18]. По мнению ряда исследователей, LAI второго поколения следует рассматривать в качестве потенциальных препаратов первого выбора, которые должны быть использованы для пациентов, нуждающихся в длительном лечении, а не только в случаях с низкой приверженностью к терапии [18]. Эффективная фармакологическая поддерживающая терапия является отправной точкой для успеха программ мультимодального лечения и реабилитации для людей, страдающих шизофренией. Принято считать, что лечение пероральными антипсихотиками следует начинать как можно скорее у пациентов с впервые диагностированной шизофренией [17]. Несмотря на то что данные об эффективности применения LAI второго поколения в этой области все еще ограничены, можно предположить, что они по меньшей мере столь же предпочтительны, как и пероральные антипсихотики. Для пациентов с обострением шизофрении, которым согласно действующим рекомендациям предлагается лечение пероральными антипсихотиками, следует рассмотреть назначение LAI второго поколения, когда эти обострения обусловлены предшествующим несоблюдением терапии и низкой приверженностью к терапии в анамнезе [21]. Следует принимать во внимание, что переход от пероральных антипсихотиков к LAI второго поколения требует определенных стратегий, чтобы поддержать или улучшить терапевтический эффект и минимизировать влияние потенциального холинергического или гистаминергического рикошета [21].

Основной целью лечения больных шизофренией является достижение ремиссии заболевания. Раннее вмешательство и непрерывность терапии имеют решающее значение для достижения долгосрочной ремиссии, предотвращения злокачественного течения заболевания и снижения издержек и бремени болезни. Традиционно LAI были зарезервированы для пациентов, не являющихся приверженцами, которые перенесли множественные эпизоды обострения заболевания. Доступность LAI второго поколения с лучшей переносимостью, чем LAI первого поколения с точки зрения развития экстрапирамидных побочных эффектов, дает возможность широко применять такое лечение у молодых пациентов на начальных этапах шизофрении. Это особенно актуально с учетом рисков рецидива после прекращения лечения и разрушительных последствий рецидива. Дальнейшее образование врачей и просвещение пациентов необходимо для того, чтобы рассмотреть LAI с новой точки зрения: больше не как лекарственные средства «последней надежды», а как первый шаг для достижения непрерывности лечения и клинической ремиссии [21]. При выборе тактики терапии следует уделять внимание не только антипсихотическому эффекту, но и другим клиническим, психологическим, социальным и фармакоэкономическим характеристикам, а также оценке их сочетания в каждом отдельном случае. Сохраняется актуальность изучения вопросов клинических особенностей течения ремиссии, механизмов развития, систематизации, прогноза, проявления и коррекции возможных побочных эффектов, влияющих на дальнейший исход заболевания [22, 23]. Появление LAI второго поколения увеличило портфель средств терапии, доступных для создания индивидуального подхода к лечению шизофрении – давно забытого, но ключевого аспекта в лечении пациентов с психическими заболеваниями [21].

Цель исследования – оценка эффективности антипсихотической терапии препаратами пролонгированного действия больных параноидной шизофренией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

LAI: результаты 24 месячного наблюдения

Для изучения результатов применения LAI было проанализировано 75 случаев лечения пациентов с диагнозом параноидной формы шизофрении (F20.0 по МКБ-10), получавших терапию LAI в рутинной клинической практике: палиперидоном пальмитатом (40 пациентов, далее – группа ПП) или галоперидолом деканоатом (35 пациентов, далее – группа ГД) в течение 24 месяцев после достижения ремиссии в 2013–2017 гг. В анализ также были включены данные 35 пациентов, продолжавших терапию LAI на базе СПб ГБУЗ Психоневрологический диспансер № 5 [24] еще на протяжении 12 месяцев. В задачи наблюдения входило: изучить динамику психического состояния больных на фоне приема LAI, сравнить эффективность и безопасность LAI первого и второго поколений, оценить качество ремиссии.

Далее представлены данные, полученные по результатам наблюдения за пациентами, получавшими терапию LAI первой и второй генерации на протяжении 24 месяцев в рутинной клинической практике.

Методы наблюдения

Для оценки результатов проводимой терапии использовались данные шкальной оценки: Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS), Шкала персонального и социального функционирования (PSP), Шкала общего клинического впечатления (CGI-S). Полученные данные обработаны с использованием программы Windows Microsoft Office Excel 2007 методом дескриптивной статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На исходном уровне пациенты были сопоставимы по возрасту ($43,8 \pm 10,3$ года – в группе ПП, $44,6 \pm 10,3$ года – в группе ГД), по среднему возрасту начала заболевания ($23,5 \pm 7,9$ и $28,45 \pm 3,5$ года – группы ПП и ГД соответственно) и длительности заболевания ($16,55 \pm 5,5$ и $21,4 \pm 6,7$ месяца) до начала терапии LAI. Семейный статус пациентов также не различался: в браке состояли только 27,5% и 34% пациентов из групп ПП и ГД соответственно. Группа ПП имела исходное преимущество в профессиональном статусе: до перевода на терапию LAI 75% пациентов продолжали работать и не имели инвалидности, у 50% имелось снижение уровня профессионального функционирования. Профессиональный статус пациентов группы ГД отличался в худшую сторону: 80% пациентов не работали в связи с заболеванием и практически 88,5% имели инвалидность. По уровню социального функционирования показатели исходного уровня были в пользу пациентов, переведенных на терапию галоперидолом деканоатом: адекватное отношение близких к болезни и наличие хороших отношений с близкими наблюдалось более чем в половине случаев, но в то же время значительное ограничение круга социальных интересов у 88,5% пациентов. В группе пациентов, которым был назначен палиперидон пальмитат, исходно преобладало неадекватное отношение близких к болезни, хорошие и формальные отношения с близкими встречались в равном соотношении, у подавляющего большинства пациентов социальные контакты были ограничены, отмечалось сужение или утрата социальных интересов.

Частота госпитализаций пациентов до их перевода на терапию LAI практически не различалась: 50,0% и 48,5% случаев в группах ПП и ГД соответственно. Оказался схожим и тип течения заболевания: в 75,0% и 62,8% случаев установлен периодический приступообразно-прогредиентный тип течения, средняя продолжительность ремиссии до перевода на терапию LAI составляла $11,7 \pm 1,7$ месяца в группе ПП и $9,65 \pm 1,3$ месяца в группе ГД. Выраженность психопатологической симптоматики обследованных была сопоставима и соответствовала уровню «умеренного психического расстройства» по шкале CGI-S: $2,77 \pm 0,5$ балла – в группе ПП и $2,95 \pm 0,4$ балла – в группе ГД.

При этом выраженность психопатологической симптоматики по шкале PANSS исходно была незначительно меньше в группе ПП ($61,2 \pm 7,9$ балла), чем в группе ГД ($76,4 \pm 13,8$ балла). Синдромальная структура заболевания характеризовалась преобладанием параноидного синдрома в обеих группах, с преобладанием аффективной составляющей у пациентов группы ПП и галлюцинаторной симптоматики у пациентов, переведенных на терапию галоперидолом деканоатом.

Результаты проводимой терапии LAI продемонстрировали положительное влияние на течение болезни у обследованных пациентов: в течение 24 месяцев наблюдения 47,5% пациентов, получавших палиперидон пальмитат, и у 43% пациентов, получавших галоперидол деканоат, все они не нуждались в назначении дополнительной антипсихотической терапии. По окончании 24 месяцев наблюдения была зарегистрирована положительная динамика психического состояния пациентов вне зависимости от вида LAI по шкале PANSS (рис. 1): снижение показателя по PANSS на 4% в группе ПП и на 9% в группе ГД.

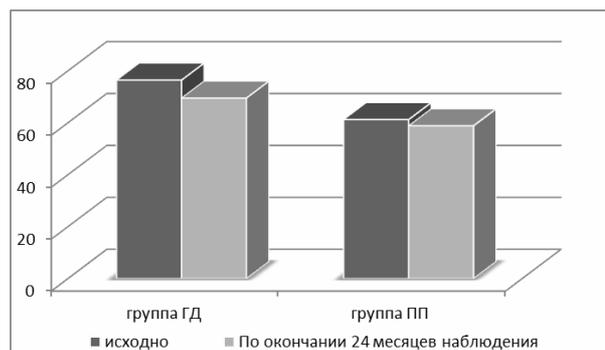


Рисунок 1. Динамика психического состояния по PANSS

Неполное купирование психопатологической симптоматики отмечено в 7,5% в группе ПП, в 14,2% в группе ГД ($p > 0,05$), что, видимо, связано с исходными различиями пациентов по этим характеристикам. Показатели шкалы CGI значимо не изменились: $3,01 \pm 2,6$ и $2,3 \pm 0,6$ балла в группах ГД и ПП, что подтвердило стабильное психическое состояние пациентов обеих групп, наличие ремиссии. Положительная динамика выявлена по показателям социального функционирования у пациентов группы ПП (рис. 2): социальное функционирование по PSP увеличилось на 11% по сравнению с разницей в 6% ($p < 0,05$) у пациентов, получавших галоперидол деканоат. Уровень социального функционирования у пациентов группы ПП достиг $71,5 \pm 5,6$ балла по PSP (степень легкого затруднения функционирования в основных областях). У пациентов, получавших галоперидол деканоат, уровень социального функционирования оказался достоверно ниже и составил $62,1 \pm 10,3$ балла по PSP ($p < 0,05$), что, вероятно, связано с наличием более выраженной формы социальной и профессиональной дезадаптации.

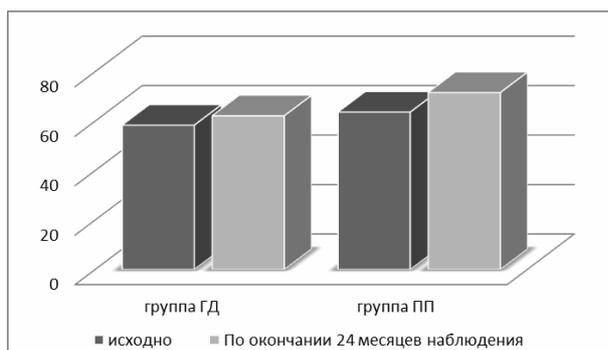


Рисунок 2. Динамика социального функционирования по PSP

При этом следует отметить, что палиперидон пальмитат назначался более социально адаптированным больным, что, вероятно, и повлияло на более значимое улучшение их социального функционирования в дальнейшем по сравнению с пациентами, получавшими галоперидол деканоат.

Установлено, что перевод на терапию LAI способствовал повышению качества и продолжительности ремиссии по сравнению с исходным уровнем, в том числе у пациентов, перенесших обострения заболевания в течение периода наблюдения (рис. 3).

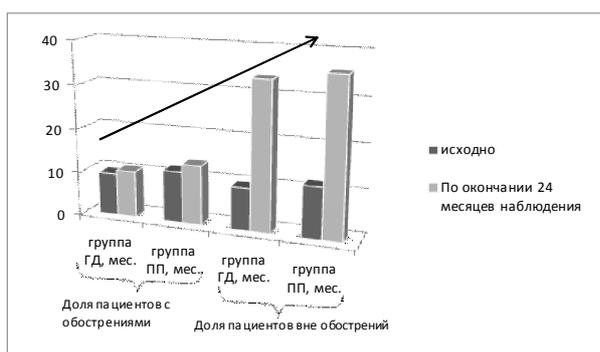


Рисунок 3. Средняя продолжительность ремиссии по истечении 24 месяцев наблюдения

В течение всего периода наблюдения за пациентами, получавшими палиперидон пальмитат, не было зарегистрировано обострений, требующих госпитализации в психиатрический стационар (в 45% случаев зафиксированы обострения, сопровождавшиеся усилением внебольничной психиатрической помощи). В то же время пациентам, получавшим галоперидол деканоат, госпитализация потребовалась в 28,6% случаев (из 57% случаев обострения заболевания). Таким образом, стабильная ремиссия на протяжении всего периода наблюдения выявлена у 55% пациентов в группе ПП и у 43% пациентов в группе ГД, что является хорошим и качественным показателем результатов проводимой терапии. На рисунке 3 представлена динамика средней продолжительности ремиссии для пациентов, перенесших обострения на протяжении 24 месяцев наблюдения, и для пациентов, сохранявших стабильную ремиссию на протяжении этого срока.

В течение всего периода наблюдения большинству пациентов, получавших палиперидон пальмитат, требовалось проведение коррекции дозы (73% случаев, в 12,5% из которых проводилось снижение дозы); при этом 67% пациентов, получавших галоперидол деканоат, не нуждались в коррекции дозы.

По профилю безопасности препараты первой и второй генераций LAI оказались схожими: побочные эффекты легкой степени тяжести со стороны психической, неврологической, эндокринной, соматической систем наблюдались примерно с одинаковой частотой – 45% и 46% в группах ПП и ГД соответственно. Необходимость присоединения антихолинэргических средств чаще требовалась пациентам, получавшим LAI первого поколения (10% и 14% случаев), как и назначение транквилизаторов для коррекции симптомов ажитации (30,0% и 57,1% случаев), что, как известно, связано с побочными эффектами LAI первого поколения. Частота назначения сопутствующей антидепрессивной терапии в группах достоверно не различалась (45% и 51% случаев).

Таким образом, представленные результаты наблюдения за эффектами терапии LAI свидетельствуют о положительном влиянии данных препаратов на течение болезни. Применение инъекционных антипсихотических препаратов пролонгированного действия способствовало улучшению психического статуса пациентов, сохранению приверженности терапии и улучшению качества ремиссии заболевания, снижению экономического бремени болезни. Безусловно, данные результаты ограничены небольшой выборкой наблюдений (75 случаев) и для экстраполяции полученных данных на более широкую популяцию пациентов изучение эффектов терапии LAI первой и второй генераций должно быть продолжено на более массивной исследовательской выборке пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты наблюдения за пациентами, получавшими терапию LAI в течение 2 лет, подтвердили, что терапия пролонгированными антипсихотиками как первой, так и второй генерации может обеспечить ремиссию в большинстве случаев. Создание условий для непрерывности антипсихотической терапии может сыграть определяющую роль в улучшении результатов лечения шизофрении [25]. Полученные данные, с учетом современных тенденций в использовании LAI, вселяют оптимизм и создают благоприятную почву для более широкого применения этих препаратов в рутинной клинической практике. Депонированные препараты считаются средством выбора для длительной поддерживающей терапии шизофрении, поскольку позволяют улучшить приверженность лечению и социальную адаптацию пациентов [26]. Инъекционные антипсихотики пролонгированного действия упрощают схему и обеспечивают непрерывность терапии, способствуют улучшению психического состояния пациентов после стабилизации заболевания [27].

Инъекционные пролонгированные антипсихотики второй генерации сочетают преимущества атипичных антипсихотиков с непрерывностью воздействия пролонгированных форм и способны стать препаратами выбора для длительной, надёжной и эффективной противорецидивной терапии шизофрении не только у молодых пациентов [28, 29].

Накопление практического материала и дальнейшее наблюдение за пациентами, получающими LAI первого и второго поколений, будет способствовать улучшению имеющихся стандартов лечения и созданию персонализированных подходов к терапии больных, страдающих шизофренией.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным согласно принципам исследовательской этики Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (протокол заседания ЛЭК «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» № 6 от 22.06.2017 г.).

ЛИТЕРАТУРА

- Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A.J., Ferrari A.J., Erskine H.E. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study, 2010. *Lancet*. 2013; 382 (9904): 1575–1586.
- Cloutier M., Sanon Aigbogun M., Guerin A., Nitulescu R., Ramanakumar A.V., Kamat S.A. et al. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2013. *J. Clin. Psychiatry*. 2016.
- Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Чапурин С.А. и др. Экономическое бремя шизофрении в России. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012; 22 (3): 36–42.
- Рахмазова Л.Д., Агарков А.А., Васильева Н.А., Петрачков И.В., Погорелова Т.В. Клинико-социальная адаптация пациентов с психозами и состояниями слабоумия. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 2 (83): 9–13.
- Higashi K., Medic G., Littlewood K.J., Diez T., Granström O., De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther. Adv. Psychopharmacol*. 2013; 3 (4):200–218.
- Jäger M., Riedel M., Messer T., Laux G., Pfeiffer H., Naber D. et al. Psychopathological characteristics and treatment response of first episode compared with multiple episode schizophrenic disorders. *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci*. 2007; 257 (1): 47–53.
- McGorry P.D., Killackey E., Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*. 2008; 7 (3): 148–156.
- Leucht S., Cipriani A., Spinelli L. et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013; 382 (9896): 951–962.
- Mattila T., Wohlfarth T., Koeter M. et al. Geographic variation in efficacy of atypical antipsychotics for the acute treatment of schizophrenia – an individual patient data meta-analysis. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2014; 24 (7): 1066–1077.
- Slomko H., Heo H.J., Einstein F.H. Minireview: epigenetics of obesity and diabetes in humans. *Endocrinology*. 2012; 153 (3): 1025–1030.
- Choi J.H., Yoo H.W. Control of puberty: genetics, endocrinology, and environment. *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes*. 2013; 20 (1): 62–68.
- Zandi P.P., Judy J.T. The promise and reality of pharmacogenetics in psychiatry. *Clin. Lab. Med*. 2010; 30 (4): 931–974.
- Medic G., Higashi K., Littlewood K.J., Diez T., Granstrom O., Kahn R.S. Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr. Dis. Treat*. 2012; 9: 119–131.
- Marcus S.C., Zummo J., Pettit A.R., Stoddard J., Doshi J.A. Antipsychotic Adherence and Rehospitalization in Schizophrenia Patients Receiving Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics Following Hospital Discharge. *J. Manag. Care Spec. Pharm*. 2015; 21 (9): 754–769.
- Lafeuille M.-H., Grittner A.M., Fortier J., Muser E., Fasteneau J., Duh M.S. et al. Comparison of rehospitalization rates and associated costs among patients with schizophrenia receiving paliperidone palmitate or oral antipsychotics. *Am. J. Health Pharm*. 2015; 72 (5): 378–389.
- Correll C.U., Citrome L., Haddad P.M., Lauriello J., Olfson M., Calloway S.M. et al. The use of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: evaluating the evidence. *J. Clin. Psychiatry*. 2016; 77 (suppl 3): 1–24.
- Jääskeläinen E., Juola P., Hirvonen N. et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2013; 39: 1296–306.
- Kane J.M., Garcia-Ribera C. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections. *Br. J. Psychiatry*. 2009; 52 (Suppl): S63–67.
- Besenius C., Clark-Carter D., Nolan P. Health professionals' attitudes to depot injection antipsychotic medication: a systematic review. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 2010; 17: 452–462.
- Achilla E., McCrone P. The cost effectiveness of long-acting/extended-release antipsychotics for the treatment of schizophrenia: a systematic review of economic evaluations. *Appl. Health Econ. Health Policy*. 2013; 11: 95–106.
- Newcomer J.W., Weiden P.J., Buchanan R.W. Switching antipsychotic medications to reduce adverse event burden in schizophrenia: establishing evidence-based practice. *J. Clin. Psychiatry*. 2013; 74: 1108–1120.
- Незванов Н.Г., Масловский С.Ю., Иванов М.В. Качество жизни больных шизофренией в процессе противорецидивной терапии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004; 6 (5): 213–215.
- Потапов А.В. Стандартизированные клинико-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении (популяционное, фармакоэпидемиологическое и фармакотерапевтическое исследование): автореф. дис. ... к.м.н. М., 2010: 24.
- Петрова Н.Н., Иванов М.В., Костерин Д.Н., Серазетдинова В.С., Савельева О.В. Характеристика ремиссии у больных шизофренией на фоне лечения антипсихотическими препаратами пролонгированного действия. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2015; 05–06: 20–25.
- Данилов Д.С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2008; 10 (1): 13–20.
- Kirson N.Y., Weiden P.J., Yermakov S. et al. Efficacy and effectiveness of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia: synthesizing results across different research designs. *J. Clin. Psychiatry*. 2013; 74 (6): 568–575.
- Руководство по биологической терапии шизофрении Международной Федерации Обществ Биологической Психиатрии (WFSBP). Обновление от 2012 года. *Современная терапия психических расстройств*. 2014; 2: 3–40.
- Петрова Н.Н., Серазетдинова Л.Г., Баранов С.Н., Вишневская О.А., Малеваная О.В., Московцева О.Р. Палиперидона пальмитат в решении актуальных проблем лечения больных шизофренией. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013; 23 (1): 73–78.
- Петрова Н.Н., Кучер Е.О. Препараты пролонгированного действия в поддерживающей терапии больных с первым психотическим эпизодом. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 3: 67–72.

Поступила в редакцию 26.05.2017

Утверждена к печати 26.06.2017

Иванов Михаил Владимирович, д.м.н., проф., руководитель 1-го отделения биологической терапии психически больных.
Костерин Дмитрий Николаевич, к.м.н., научный сотрудник 1-го отделения биологической терапии психически больных.

✉ Иванов Михаил Владимирович, profmikhailivanov@gmail.com

УДК 616.895.87::615.21/.26

For citation: Ivanov M. V., Kosterin D.N. Long-term outcomes of long-acting injection antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 84–91. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-84-91

Long-term outcomes of long-acting injection antipsychotic treatment in patients with schizophrenia

Ivanov M. V., Kosterin D.N.

St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
Bekhterev Street 3, 192019, St. Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Objective of the study: to evaluate efficiency of antipsychotic therapy with long-acting agents for patients with paranoid schizophrenia. **Material:** 75 cases of patients with paranoid schizophrenia under therapy with LAI were analyzed: paliperidone palmitate (n=40) or haloperidol decanoate (n=35) for 24 months after achieving remission in 2013–2017. The analysis included also data of 35 patients who continued the LAI therapy at St. Petersburg Psychoneurological Dispensary no. 5 12 months more. **Tasks of observation:** to study dynamics of mental health of patients against the background of intake of LAI, to compare efficiency and safety of LAI of the first and second generations, to evaluate quality of remission. **Methods:** clinical-dynamic (PANSS, PSP, CGI), statistical (method of descriptive statistics). **Results:** In order to improve therapeutic strategies long-acting injection antipsychotics (LAI) should be used as an effective method of monitoring adherence and disease. There are approaches to the use of LAI in modern psychiatry and the data of the observation of the first and second generation LAI administration for 24 months in routine clinical practice. Well-timed intervention and continuity of treatment are decisive for achieving long-term remission, preventing a malicious course of the disease and reducing the costs and the burden of the disease.

Keywords: schizophrenia, remission, long-acting injection antipsychotic (LAI), adherence to therapy, paliperidone palmitate, haloperidol decanoate.

REFERENCES

- Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J, Baxter A.J., Ferrari A.J., Erskine H.E. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study, 2010. *Lancet*. 2013; 382 (9904): 1575–1586.
- Cloutier M., Sanon Aigbogun M., Guerin A., Nitulescu R., Ramanakumar A.V., Kamat S.A. et al. The economic burden of schizophrenia in the United States in 2013. *J. Clin. Psychiatry*. 2016.
- Lyubov E.B., Yastrebov V.S., Shevchenko L.S., Chapurin S.A. et al. Jekonomicheskoe bremja shizofrenii v Rossii [Economic burden of schizophrenia in Russia]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and Clinical Psychiatry]. 2012; 22 (3): 36–42 (in Russian).
- Rakhmazova L.D., Agarkov A.A., Vasilieva N.A., Petrachkov I.V., Pogorelova T.V. Kliniko-social'naja adaptacija pacientov s psihozami i sostojanijami slaboumija [Clinical-social adaptation of patients with psychoses and states of dementia]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 2 (83): 9–13 (in Russian).
- Higashi K., Medic G., Littlewood K.J., Diez T., Granström O., De Hert M. Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Ther. Adv. Psychopharmacol*. 2013; 3 (4):200–218.
- Jäger M., Riedel M., Messer T., Laux G., Pfeiffer H., Naber D. et al. Psychopathological characteristics and treatment response of first episode compared with multiple episode schizophrenic disorders. *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci*. 2007; 257 (1): 47–53.
- McGorry P.D., Killackey E., Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*. 2008; 7 (3): 148–156.
- Leucht S., Cipriani A., Spinelli L. et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013; 382 (9896): 951–962.
- Mattila T., Wohlfarth T., Koeter M. et al. Geographic variation in efficacy of atypical antipsychotics for the acute treatment of schizophrenia – an individual patient data meta-analysis. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2014; 24 (7): 1066–1077.
- Slomko H., Heo H.J., Einstein F.H. Minireview: epigenetics of obesity and diabetes in humans. *Endocrinology*. 2012; 153 (3): 1025–1030.
- Choi J.H., Yoo H.W. Control of puberty: genetics, endocrinology, and environment. *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes*. 2013; 20 (1): 62–68.
- Zandi P.P., Judy J.T. The promise and reality of pharmacogenetics in psychiatry. *Clin. Lab. Med*. 2010; 30 (4): 931–974.
- Medic G., Higashi K., Littlewood K.J., Diez T., Granström O., Kahn R.S. Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: Systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr. Dis. Treat*. 2012; 9: 119–131.
- Marcus S.C., Zummo J., Pettit A.R., Stoddard J., Doshi J.A. Antipsychotic Adherence and Rehospitalization in Schizophrenia Patients Receiving Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics Following Hospital Discharge. *J. Manag. Care Spec. Pharm*. 2015; 21 (9): 754–769.
- Lafeuille M.-H., Grittner A.M., Fortier J., Muser E., Fasteneau J., Duh M.S. et al. Comparison of rehospitalization rates and associated costs among patients with schizophrenia receiving paliperidone palmitate or oral antipsychotics. *Am. J. Health Pharm*. 2015; 72 (5): 378–389.
- Correll C.U., Citrome L., Haddad P.M., Lauriello J., Olfson M., Calloway S.M. et al. The use of long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: evaluating the evidence. *J. Clin. Psychiatry*. 2016; 77 (suppl 3): 1–24.
- Jääskeläinen E., Juola P., Hirvonen N. et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 2013; 39: 1296–306.
- Kane J.M., Garcia-Ribera C. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections. *Br. J. Psychiatry*. 2009; 52 (Suppl): S63–67.
- Besenius C., Clark-Carter D., Nolan P. Health professionals' attitudes to depot injection antipsychotic medication: a systematic review. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 2010; 17: 452–462.

20. Achilla E., McCrone P. The cost effectiveness of long-acting/extended-release antipsychotics for the treatment of schizophrenia: a systematic review of economic evaluations. *Appl. Health Econ. Health Policy*. 2013; 11: 95–106.
21. Newcomer J.W., Weiden P.J., Buchanan R.W. Switching antipsychotic medications to reduce adverse event burden in schizophrenia: establishing evidence-based practice. *J. Clin. Psychiatry*. 2013; 74: 1108–1120.
22. Neznanov N.G., Maslovsky S.Yu., Ivanov M.V. Kachestvo zhizni bol'nykh shizofreniej v processe protivorecidivnoj terapii [Quality of life of schizophrenic patients in the process of anti-relapse therapy]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija – Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2004; 6 (5): 213–215 (in Russian).
23. Potapov A.V. Standartizirovannye kliniko-funkcional'nye kriterii terapevticheskoj remissii pri shizofrenii (populjacionnoe, farmakojepidemiologicheskoe i farmakoterapevticheskoe issledovanie) [Standardized clinical-functional criteria of therapeutic remission in schizophrenia (population, pharmaco-epidemiological and pharmacotherapeutic study)]. Avtoref. dis. ... k.m.n. – Abstract of PhD thesis. M., 2010: 24 (in Russian).
24. Petrova N.N., Ivanov M.V., Kosterin D.N., Serazetdinova V.S., Savelyeva O.V. Kharakteristika remissii u bol'nykh shizofreniej na fone lecheniya antipsikhoticheskimi preparatami prolongirovannogo deystviya [Characteristics of remission in patients with schizophrenia during treatment with antipsychotic drugs prolonged action]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija – Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2015; 05–06: 20–25 (in Russian).
25. Danilov D.S. Komplajens v meditsine i metody ego optimizatsii (klinicheskie, psikhologicheskie i psikhoterapevticheskie aspekty) [Compliance in medicine and methods of its optimization (clinical, psychological and psychotherapeutic aspects)]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija – Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2008; 10 (1): 13–20 (in Russian).
26. Kirson N.Y., Weiden P.J., Yermakov S. et al. Efficacy and effectiveness of depot versus oral antipsychotics in schizophrenia: synthesizing results across different research designs. *J. Clin. Psychiatry*. 2013; 74 (6): 568–575.
27. Rukovodstvo po biologicheskoj terapii shizofrenii Mezhdunarodnoy Federatsii Obschestv Biologicheskoy Psikiatrii (WFSBP). Obnovlenie ot 2012 goda [WFSBP Guidelines on biological therapy of schizophrenia. Updated in 2012]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv – Modern Therapy of Mental Disorders*. 2014; 2: 3–40 (in Russian).
28. Petrova N.N., Serazetdinova L.G., Baranov S.N., Vishnevskaya O.A., Malyovanaya O.V., Moskovtseva O.R. Paliperidona pal'mitat v reshenii aktual'nykh problem lecheniya bol'nykh shizofreniej [Paliperidone palmitate in resolving relevant problems of therapy of schizophrenic patients]. *Social'naja i klinicheskaja psikiatrija [Social and Clinical Psychiatry]*. 2013; 23 (1): 73–78 (in Russian).
29. Petrova N.N., Kucher E.O. Preparaty prolongirovannogo deystviya v podderzhivayushchey terapii bol'nykh s pervym psikhicheskim epizodom [Prolonged release medications in maintenance therapy of patients with first psychotic episode]. *Social'naja i klinicheskaja psikiatrija [Social and Clinical Psychiatry]*. 2014; 3: 67–72 (in Russian).

Received May 26.05.2017

Accepted June 26.2017

Ivanov Mikhail V., MD, Prof., Head of the 1st Department of Biological Therapy of Mental Patients, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russian Federation.

Kosterin Dmitry N., PhD, researcher of the 1st Department of Biological Therapy of Mental Patients, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russian Federation.



Ivanov Mikhail V., profmikhailivanov@gmail.com

УДК 616.89-008.454:616.8-085.2/3

Для цитирования: Герасимчук М.Ю. Фармакотерапия депрессии: комплексный клинический подход. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 92—96. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-92-96

Фармакотерапия депрессии: комплексный клинический подход

Герасимчук М.Ю.

*Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2*

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – изучение влияния клинических и хронобиологических характеристик больных на тяжесть депрессии и особенности психофармакотерапии. **Материал:** проведено клиничко-психопатологическое исследование 100 больных депрессией в 2014-2017 гг., из них 68 женщин и 32 мужчины в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст 48 ± 16 лет). **Методы:** клиничко-психопатологический, психометрический (MADRS, HDRS-21, PSQI, SPAQ, MEQ, TOB, IM), статистический. **Результаты:** В статье описаны результаты изучения влияния клинических и хронобиологических характеристик на особенности психофармакотерапии больных с верифицированным диагнозом депрессии (F31.3-F31.5, F32, F33 по критериям МКБ-10). **Заключение.** С использованием математических методов статистического анализа определены информативные клинические и хронобиологические факторы, влияющие на тяжесть состояния больного спустя 8 недель терапии: возраст на момент обращения, хронотип, клинический синдром, исходная тяжесть состояния. Индивидуальный биоритмологический статус больного может влиять на эффективность психофармакотерапии. Учет полученных данных может способствовать улучшению качества медицинской помощи данной категории пациентов.

Ключевые слова: психофармакотерапия, антидепрессанты, биологические ритмы.

ВВЕДЕНИЕ

Высокая распространенность аффективной патологии определяет социальную значимость заболевания [3, 5, 7]. Наряду с появлением новых антидепрессантов, значимых изменений в эффективности и скорости развития эффекта препаратов не произошло [6, 8].

Природа депрессии как «мультифакториального расстройства» (Бохан Н.А., Счастный Е.Д., 2016) [2], интерес к роли мелатонина [1, 16], синхронизации физиологических ритмов демонстрируют перспективность поиска биологических диагностических показателей для разработки персонализированного подхода [11]. Так, за последние годы в зарубежной литературе активное внимание уделяется изучению риска развития психической патологии, тяжести депрессии и переносимости фармакологических препаратов у лиц с разным характером суточной активности (хронотип) [4, 10, 12, 14, 17]. Применение информационных технологий в здравоохранении на современном этапе уже на начальной стадии обследования может позволить прогнозировать промежуточный и конечный результаты применения стандартных схем лечения.

Цель исследования – изучение влияния клинических и хронобиологических характеристик больных на тяжесть депрессии и особенности психофармакотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Комплексное клиничко-психопатологическое исследование проведено при участии 100 больных депрессией, поступивших на лечение в Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3 ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России в период 2014-2017 гг.

В исследовательскую выборку вошло 68 женщин и 32 мужчины в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст составил 48 ± 16 лет).

Критерии включения: 1) диагноз депрессии, установленный согласно МКБ-10 – депрессивный эпизод, F32 (n=27); рекуррентное депрессивное расстройство, F33 (n=53); биполярное аффективное расстройство, F31.3-31.5 (n=20); 2) добровольное информированное согласие пациентов на участие в исследовании.

Критерии невключения: депрессия в рамках шизофрении, органического поражения ЦНС, болезней зависимостей (алкоголизм, наркомания); беременность, кормление грудью.

Критерии исключения: отказ от дальнейшего участия, тяжелые заболевания внутренних органов

Для достижения поставленной цели использованы следующие методы и подходы: сбор анамnestических данных, клиничко-психопатологическое исследование с применением шкалы депрессий Монгомери-Асберга (MADRS), Питтсбургского опросника для определения качества сна (PSQI), Опросника для оценки сезонного паттерна (SPAQ). Методика для оценки циркадных ритмов человека Morningness Eveningness Questionnaire (MEQ) позволила выделить лиц с вечерним (В), промежуточным (П) и утренним (У) хронотипами. Суточные колебания настроения оценивались по шкале Гамильтона (HDRS-21, пункт 18а), особенности восприятия времени при аффективных расстройствах – по Тесту осознания времени (TOB) и «индивидуальной минуте» (ИМ, по методу Halberg). Для оценки эффективности психофармакотерапии проводилось определение числа респондеров (R), у которых выявлено снижение исходного балла MADRS более чем на 50% к 8-й неделе терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования был проанализирован ряд параметров, отражавших периодические закономерности течения заболевания. Возраст больных на момент начала заболевания варьировал от 15 до 75 лет (в среднем $38,06 \pm 14,94$ года), длительность заболевания колебалась от 1 месяца до 53 лет 6 [1,5; 13; 5]). За этот период больные перенесли от 0 до 25 эпизодов (3 [0; 6]) без учета настоящего, продолжительностью от 0 до 24 месяцев (3 [2; 4]). Доля повторных эпизодов – 72%. Средний балл по MEQ составлял $47,25 \pm 9,63$ балла, процентное распределение по хронотипам: У – 12%, П – 58%, В – 30%.

Психометрическая оценка по самоопроснику MEQ была оправдана в связи с корреляцией между субъективными и объективными результатами измерений [13]. Значения ТОВ составили $24 \pm 4,04$ балла, «индивидуальная минута» была значительно короче объективной – $43,5 \pm 6,3$ сек, особенно при меланхолической депрессии ($37 \pm 3,7$ сек), что отражало нарушение согласованности восприятия времени при аффективных расстройствах.

Сезонный паттерн в соответствии с Опросником SPAQ был установлен в 13% случаев, с осенне-зимней периодичностью у лиц с униполярной депрессией. Примечательно, что параметр сезонности был значимым до начала заболевания. Среди больных с биполярным расстройством пик рождаемости приходился на январь (25%), при рекуррентном ($n=53$) – на июнь (19%), в случае впервые выявленного эпизода ($n=27$) отмечалось два разнонаправленных пика.

В соответствии с Опросником PSQI качество сна – наиболее ранний и очевидный показатель нарушения циркадных ритмов. Данный показатель был ниже при повторных эпизодах в рамках рекуррентного и биполярного расстройств – $17,6 \pm 5,9$ и $17,5 \pm 3,5$ балла, чем при единичном эпизоде – $20 \pm 4,6$ (K-W test, $p=0,013$); время засыпания: 55 [30; 60], 30 [10; 50] и 30 [10; 50] соответственно (K-W test, $p=0,017$).

В таблице 1 приведены признаки, которые имели значимую степень корреляции с PostMADRS ($p<0,05$).

Т а б л и ц а 1

Признаки со значимой степенью корреляции с PostMADRS ($p<0,05$)	
Признак	Гамма-корреляция
Возраст на момент обращения	0,141063
Пол	0,135109
Диагноз	-0,301927
Первый/повторный эпизод	0,358283
Клинический синдром	0,225734
Хронотип	0,499231
MEQ	-0,264373
Длительность депрессивного эпизода, месяцы	0,160436
Продолжительность заболевания, годы	0,242361
PSQI	-0,144060
PreMADRS	0,624713
dMADRS	-0,675944

Результаты регрессионного анализа с пошаговым включением переменных представлены в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

Результаты регрессионного анализа с пошаговым включением переменных					
	БЕТА	Ст.Ош. БЕТА	В	Ст.Ош. В	р
Св. член			-16,2281	3,087306	0,000001
Пол	0,136960	0,074555	0,9457	0,514817	0,069364
Возраст	0,185187	0,073807	0,0379	0,015116	0,013816
Хронотип	0,283523	0,082438	1,5094	0,438890	0,000871
Синдром	0,198092	0,070865	0,3615	0,129329	0,006285
PreMADRS	0,495117	0,078067	0,7279	0,114776	0,000000

Из полученных данных видно, что при условии $p<0,05$ наибольшую степень влияния на PostMADRS оказывали такие факторы, как возраст больного на момент обращения, хронотип, синдром, исходная тяжесть состояния (PreMADRS). В целом модель взаимосвязи отклика с предикторами достаточно адекватная, коэффициент множественной корреляции $R=0,736$ близок к 1, а $R^2=0,541$ больше, чем 0,5, и описывает более 56% изменчивости отклика.

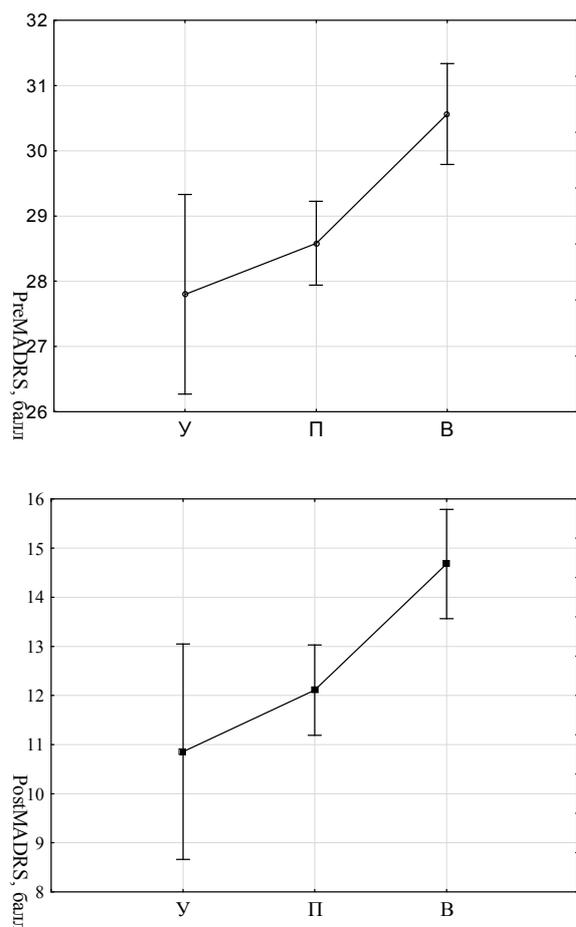
Суммарный балл MADRS при поступлении и на 8-й неделе у мужчин и женщин не различался: $29,02 \pm 1,9$ и $29,03 \pm 2,8$; $12,3 \pm 2,9$ и $13,07 \pm 3,5$ ($p>0,05$).

Балл PostMADRS имел более высокие значения в старших возрастных группах 56–70 лет: 13,47 [10,1; 16,8], чем в группе 18–25 лет – 11,5 [8,8; 14,2] (K-W test; $p=0,053$), при поступлении значения PreMADRS были сопоставимы (29,87 [28,09; 31,65] и 28,67 [25,9; 31,38], K-W test; $p>0,05$).

В представленной выборке были выделены меланхолические ($n=24$), тревожные ($n=33$), анестетические ($n=11$), адинамические, апатические ($n=14$) и ипохондрические ($n=18$) депрессии. Ипохондрический синдром был ассоциирован с более тяжелым состоянием при поступлении и спустя 8 недель: 30,56 балла [28,7; 32,4] и 15,33 балла [12,1; 18,6], при тревожном – 29 баллов [27; 30,9] и 11,9 балла [8,6; 15,2] (Mann-Whitney test: $p=0,006$, $p=0,002$). Закономерно более высоким значениям PreMADRS соответствовало более тяжелое состояние по PostMADRS (Wilcoxon test, $p<0,0001$).

Подбор комплекса лекарственных препаратов производился индивидуально. Схемы купирующей терапии депрессий, применяющиеся в исследовании: антидепрессант в качестве монотерапии (17%) или в сочетании с нормотимиком (11%), нейролептиком (45%), нормотимиком и нейролептиком (27%). При первом эпизоде доля респондеров была несколько выше – 79%, чем при повторных эпизодах – 75% и 63% ($\chi^2=2,28$, $сс=2$, $p=0,32$). При рекуррентной депрессии монотерапия антидепрессантом по сравнению с другими препаратами была ассоциирована с улучшением к 8-й неделе ($\chi^2=6,31$, $сс=3$, $p=0,032$).

Единственным параметром, включенным в модель, отражавшим биологические закономерности, являлся хронотип. У больных с вечерним предпочтением (В) тяжесть состояния была выше как исходно, так и спустя 8 недель терапии (K-W test; $p=0,002$; $p=0,001$) (рис. 1).



Примечание. По оси ординат – суммарный балл MADRS; по оси абсцисс – утренний, промежуточный, вечерний (У, П, В) хронотипы больных

Рисунок 1 – Различия между тяжестью депрессии при поступлении (PreMADRS) и спустя 8 недель терапии (PostMADRS) у больных с различными хронотипами

Анализ распределения больных по числу респондеров показал, что эффективность психофармакотерапии при вечернем хронотипе была выше в случае назначения антидепрессантов (АДП) в первой половине дня (92%), приема трициклических АДП и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина ($R_v=70\%$, $R_u=33\%$; $R_v=72\%$, $R_u=50\%$). Для больных с утренним хронотипом – во второй половине дня (52%, $p<0,0001$), при приеме АДП «других» классов (ингибиторов MAO, селективных и полуселективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина, блокаторов серотониновых и адренорецепторов, мелатонинергического препарата) ($R_u=100\%$, $R_v=54\%$, $p=0,031$), АДП с дополнительным седативным (амитриптилин, мirtазапин, миансерин, пипофезин, флувоксамин) и сбалансированным действием (мапротилин, пароксетин, пирлиндол, кломипрамин, венлафаксин) ($R_u=63\%$, $R_v=43\%$; $R_u=100\%$ и $R_v=64\%$).

В целом соотношение респондеров среди больных с разными хронотипами было следующим: $R_u=75\%$, $R_p=73\%$, $R_v=67\%$. При промежуточном хронотипе показатели занимали средние значения: $R_{TЦА}=73\%$, $R_{СИОЗС}=64\%$, $R_{\text{другие АДП}}=78\%$. Внутри групп по каждому из хронотипов статистически значимых различий при использовании описанных выше схем терапии не установлено (по числу респондеров, $p>0,05$). Установленные закономерности могут быть связаны с клинической картиной заболевания у больных с разными хронотипами и особенностями фармакологического действия препаратов. Так, выявлено преобладание тревожных депрессий при утреннем и промежуточном хронотипах (58,3%), меланхолических – при вечернем хронотипе (30%). Зарубежными авторами неоднократно было показано снижение доли лиц с утренним типом среди больных по сравнению с популяцией в целом [15] и отмечалась тесная связь между депрессией и вечерним предпочтением [9, 18], исходя из чего последнее может расцениваться как исходно неблагоприятный фактор течения заболевания и прогноза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По итогам проведенного исследования с использованием математических методов статистического анализа определены наиболее информативные клинические и хронобиологические факторы, оказывающие влияние на тяжесть состояния больного спустя 8 недель терапии: возраст на момент обращения, хронотип, клинический синдром, исходная тяжесть состояния. Полученные результаты указывают на тот факт, что индивидуальный биоритмологический статус больного может влиять на эффективность психофармакотерапии. Учет полученных данных может способствовать улучшению качества медицинской помощи данной категории пациентов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания этического комитета при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России № 13-14 от 12.10.2014).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И., Белобородова Е.В. Взаимосвязь нарушений пищевого поведения с уровнем мелатонина и серотонина при метаболическом синдроме. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 4 (93): 39–44.
2. Бохан Т.Г., Бохан Н.А., Счастный Е.Д., Шухлова Ю.А., Галажинская О.Н., Танабасова У.В. Причины и последствия депрессии в восприятии представителей этнических групп Сибири. *Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал)*. 2016; 9 (65): 47–69.
3. Бохан Т.Г., Терехина О.В., Шухлова Ю.А., Немцев А.В., Галажинская О.Н., Танабасова У.В., Кургак Д.И., Матвеева Н.П., Бадырғы И.О. Особенности стратегий поведения и факторов улучшения состояния у представителей этниче-

- ских групп Сибири с симптомами депрессии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 4 (93):109–116.
- Герасимчук М.Ю. Хронобиологический паспорт депрессии. *Вестник последипломного медицинского образования*. 2016; 4: 56–61.
 - Дубровская В.В., Корнетова Е.Г., Микилев Ф.Ф., Дмитриева Е.Г., Мальцева Ю.Л., Корнетов А.Н., Семке А.В. Опыт применения неинвазивной биоимпедансометрии для оценки изменений жировой компоненты состава тела больных шизофренией в ходе антипсихотической терапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 1 (94): 10–14.
 - Семке А. В., Алтынбеков К. С. Фармакоэкономические аспекты антидепрессивной терапии (литературный обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 1 (82): 71–74.
 - Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Яковлева А.Л., Лосенков И.С., Левчук Л.А., Сергиенко Т.Н., Муслимова Э.Ф., Репин А.Н., Нонка Т.Г., Иванова С.А. Клинико-биологические факторы полиморфизма и эффективности терапии аффективных расстройств. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016; 4 (93): 26–32.
 - Шацберг А.Ф., Коул Дж.О., ДеБаттиста Ч. Руководство по клинической фармакологии / пер. с англ.; под ред. А.Б. Смулевича, С.В. Иванова. М.: МЕДпресс-информ, 2014: 215.
 - Antypa N., Verkuil B., Molendijk M., et al. Associations between chronotypes and psychological vulnerability factors of depression. *Chronobiol Int*. 2017. Jul. 31: 1–11.
 - Au J., Reece J. The relationship between chronotype and depressive symptoms: A meta-analysis. *J. Affect Disord*. 2017; 218: 93–104.
 - Boiko A.S., Losenkov I.S., Levchuk L.A., et al. Multiplex Approach in Depressive Disorders. *Research Opera Med Physiol*. 2016; 2 (S1): 33–34.
 - Fischer D., Lombardi D.A., Marucci-Wellman H., Roenneberg T. Chronotypes in the US – Influence of age and sex. *PLoS One*. 2017; 12 (6): e0178782.
 - Gershon A., Kaufmann C.N., Depp C.A., et al. Subjective versus objective evening chronotypes in bipolar disorder. *Affect Disord*. 2017; 225: 342–349.
 - Goel N. Genetic Markers of Sleep and Sleepiness. *Sleep Med Clin*. 2017; 12 (3): 289–299.
 - Müller M.J., Cabanel N., Olschinski C., et al. Chronotypes in patients with nonseasonal depressive disorder: Distribution, stability and association with clinical variables. *Chronobiol Int*. 2015; 32 (10): 1343–51.
 - Pfeffer M., Korf H.W., Wicht H. Synchronizing effects of melatonin on diurnal and circadian rhythms. *Gen Comp Endocrinol*. 2017; May 19. pii: S0016-6480(17)30172-7. doi: 10.1016/j.ygcen.2017.05.013. [Epub ahead of print]
 - Taneja R., Hunter K., Burakgazi-Dalkilic E., Carran M. Effect of sleep patterns on levetiracetam induced mood changes. *Epilepsy Behav*. 2017; Aug 18. pii: S1525-5050(17)30433-X. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.07.038. [Epub ahead of print]
 - Watts A.L., Norbury R. Reduced Effective Emotion Regulation in Night Owls. *J Biol Rhythms*. 2017; 32 (4): 369–375.

Поступила в редакцию 11.05.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Герасимчук Мария Юрьевна, аспирант кафедры психиатрии и наркологии.



Герасимчук Мария Юрьевна, mygerasimchuk@gmail.com

УДК 616.89-008.454:616.8-085.2/3

For citation: Gerasimchuk M.Yu. Pharmacotherapy of depression: a comprehensive clinical approach. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 3 (96): 92–96. doi: 10.26617/1810-3111–2017-3(96)-92-96

Pharmacotherapy of depression: a comprehensive clinical approach

Gerasimchuk M. Yu.

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University
Trubetskaya Street 8-2, 119991, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Objective of study: to study the influence of clinical and chronobiological characteristics of patients on the severity of depression and specifics of psychopharmacotherapy. **Materials:** A clinical-psychopathological study of 100 patients with depression in 2014-2017 was carried out, of them 68 women and 32 men aged from 18 to 77 years (mean age 48±16 years). **Methods:** clinical-psychopathological, psychometric (MADRS, HDRS-21, PSQI, SPAQ, MEQ, TAT, IM), statistical. **Results:** In the article the results of study of the influence of clinical and chronobiological characteristics on the specifics of psychopharmacotherapy of patients with the verified diagnosis of depression (F31.3-F31.5, F32, F33 according to criteria of ICD-10) were described. **Conclusion.** With the use of mathematical methods of statistical analysis the informative clinical and chronobiological factors were identified, which influenced on the severity of the state of the patient after 8 weeks of the therapy: age to the moment of seeking for help, the chronotype, the clinical syndrome, initial severity of the state. Individual biorhythmological status of the patient can influence the efficiency of psychopharmacotherapy. Taking into account the findings can contribute to the improvement in the quality of the medical aid of this category of patients.

Keywords: psychopharmacotherapy, antidepressants, biological rhythms.

REFERENCES

- Alekseeva N.S., Salmina-Khivostova O.I., Beloborodova E.V. Vzaimosvjaz' narushenij pishhevego povedenija s urovnem melatonina i serotoninina pri metabolicheskom syndrome [Interrelationship of eating disorders and level of melatonin and serotonin in metabolic syndrome] *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 4 (93): 39–44 (in Russian).
- Bokhan T.G., Bokhan N.A., Schastnyy E.D., Shukhlova Y.A., Galazhinskaya O.N., Tanabasova U.V. Prichiny i posledstvija depressii v vosprijatii predstavitelej etnicheskikh grupp Sibiri [Causes and consequences of depression in the perception among the representatives of ethnic groups in Siberia]. *Sovremennye issledovanija social'nyh problem (jelektronnyj nauchnyj zhurnal) – Modern Research of Social Problems*. 2016; 9 (65): 47–69 (in Russian).

3. Bokhan T.G., Terekhina O.V., Shukhlova Yu. A., Nemtsev A.V., Galazhinskaya O.N., Tanabasova U.V., Kurgak D.I., Matveeva N.P., Badyrgy I.A. Osobennosti strategij povedeniya i faktorov uluchsheniya sostojaniya u predstavitelej etnicheskikh grupp Sibiri s simptomami depressii [Characteristics of strategies of behavior and factors of improvement of the state in the representatives of ethnic groups of Siberia with symptoms of depression]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 4 (93):109–116 (in Russian).
4. Gerasimchuk M.Y. Hronobiologicheskij passport depressii [Chronobiological passport of depression]. *Vestnik poslediplomnogo medicinskogo obrazovanija – Postgraduate Medical Education Bulletin*. 2016; 4: 56–61 (in Russian).
5. Dubrovskaya V.V., Kornetova E.G., Mikilev F.F., Dmitrieva E.G., Maltseva Yu.L., Kornetov A.N., Semke A.V. Opyt primeneniya neinvazivnoj bioimpedansometrii dlja ocenki izmenenij zhirovoj komponenty sostava tela bol'nyh shizofrenij v hode antipsihoticheskoj terapii [Experience of use of noninvasive bioimpedanceometry for assessment of changes of fat component of the body composition of schizophrenic patients in the course of antipsychotic therapy]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017; 1 (94): 10–14 (in Russian).
6. Semke A.V., Altynbekov K.S. Farmakoeconomic aspekty antidepressivnoj terapii (literaturnyj obzor) [Pharmacoeconomic aspects of antidepressant therapy (literature review)]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 1 (82):71–74 (in Russian).
7. Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Lebedeva E.V., Yakovleva A.L., Losenkov I.S., Levchuk L.A., Sergienko T.N., Muslimova E.F., Repin A.N., Nonka T.G., Ivanova S.A. Kliniko-biologicheskie factory polimorfizma i effektivnosti terapii affektivnyh rasstrojstv [Clinical-biological factors of polymorphism and efficiency of the therapy of affective disorders]. *Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 4 (93): 26–32 (in Russian).
8. Schatzberg A.F., Cole J.O., De Batista C. [Manual of Clinical Psychopharmacology]. A.B. Smulevich, S.V. Ivanov, eds. Moscow, 2014: 215 (in Russian).
9. Antypa N., Verkuil B., Molendijk M., et al. Associations between chronotypes and psychological vulnerability factors of depression. *Chronobiol Int*. 2017. Jul. 31: 1–11.
10. Au J., Reece J. The relationship between chronotype and depressive symptoms: A meta-analysis. *J. Affect Disord*. 2017; 218: 93–104.
11. Boiko A.S., Losenkov I.S., Levchuk L.A., et al. Multiplex Approach in Depressive Disorders. *Research Opera Med Physiol*. 2016; 2 (S1): 33–34.
12. Fischer D., Lombardi D.A., Marucci-Wellman H., Roenneberg T. Chronotypes in the US – Influence of age and sex. *PLoS One*. 2017; 12 (6): e0178782.
13. Gershon A., Kaufmann C.N., Depp C.A., et al. Subjective versus objective evening chronotypes in bipolar disorder. *Affect Disord*. 2017; 225: 342–349.
14. Goel N. Genetic Markers of Sleep and Sleepiness. *Sleep Med Clin*. 2017; 12 (3): 289–299.
15. Müller M.J., Cabanel N., Olschinski C., et al. Chronotypes in patients with nonseasonal depressive disorder: Distribution, stability and association with clinical variables. *Chronobiol Int*. 2015; 32 (10): 1343–51.
16. Pfeffer M., Korf H.W., Wicht H. Synchronizing effects of melatonin on diurnal and circadian rhythms. *Gen Comp Endocrinol*. 2017; May 19. pii: S0016-6480(17)30172-7. doi: 10.1016/j.ygcen.2017.05.013. [Epub ahead of print]
17. Taneja R., Hunter K., Burakgazi-Dalkilic E., Carran M. Effect of sleep patterns on levetiracetam induced mood changes. *Epilepsy Behav*. 2017; Aug 18. pii: S1525-5050(17)30433-X. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.07.038. [Epub ahead of print]
18. Watts A.L., Norbury R. Reduced Effective Emotion Regulation in Night Owls. *J Biol Rhythms*. 2017; 32 (4): 369–375.

Received May 11.2017

Accepted June 26.2017

Gerasimchuk Maria Yu., PhD student, Department of Psychiatry and Addiction Psychiatry, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation.



Gerasimchuk Maria Yu., mygerasimchuk@gmail.com

УДК 616-89-008:616-035.1:616-052

Для цитирования: Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л. Эффективность фармакотерапии биполярного аффективного расстройства при коморбидности с расстройством личности. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017; 3 (96): 97—101. doi: 10.26617/1810-3111–2017-3(96)-97-101

Эффективность фармакотерапии биполярного аффективного расстройства при коморбидности с расстройством личности

Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л.

Научно-исследовательский институт психического здоровья

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук

Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – сравнительное изучение эффективности проводимой фармакотерапии текущего депрессивного эпизода в случае коморбидности биполярного аффективного расстройства с расстройством личности и в случае биполярного аффективного расстройства без указанной коморбидности. **Материал:** Основная группа – 20 пациентов с БАР, коморбидным с РЛ. Группа сравнения составила 20 пациентов с диагнозом БАР, но без наличия коморбидного РЛ. **Методы:** клинико-психопатологический, психометрический (SIGH-SAD, CGI-S, CGI-I, Udvald for Kliniske Undersogelser Scale), статистический. **Результаты:** результаты исследования показали, что наличие коморбидного РЛ в случае БАР обуславливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода (преимущественно за счет атипичных депрессивных симптомов), чем в случае «чистого» БАР. Чаше возникает необходимость применения комбинированной психофармакотерапии, терапевтический ответ характеризуется более медленной редукцией депрессивных симптомов (также преимущественно за счет атипичных депрессивных симптомов). Регистрируется большая выраженность побочных эффектов от проводимой психофармакотерапии и более медленная их редукция на вторую и четвертую неделю терапии. **Заключение.** Полученные данные подтверждают необходимость дальнейших исследований для разработки наиболее оптимальных терапевтических подходов в случае коморбидности биполярного аффективного расстройства с расстройством личности.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, расстройство личности, коморбидность, комбинированная терапия.

ВВЕДЕНИЕ

Высокая частота (до 62%) коморбидности биполярного аффективного расстройства (БАР) и расстройств личности (РЛ) констатируется авторами в ряде исследований [22], однако данные о частоте конкретных РЛ при аффективных расстройствах, в том числе в случае БАР, пока остаются противоречивыми [19, 24]. В ряде работ указывается на преобладание случаев обсессивно-компульсивного, пограничного и нарциссического РЛ у больных БАР [10]. Из-за перекрытия клинических проявлений БАР и РЛ (особенно пограничного расстройства личности – ПРЛ) ошибочная диагностика может быть смещена в любую сторону, поэтому оценка коморбидности этих расстройств на практике может быть весьма затруднена [20]. Обзор публикаций в библиографической базе данных Medline за 20-летний период подтверждает более частую ассоциацию пограничного расстройства личности с БАР, чем с другими психическими расстройствами.

Согласно данным литературы, биполярные пациенты с коморбидным РЛ больше времени проводят в стационаре [9], а также имеют высокий риск суицидального поведения [11, 14, 15, 22]. Расстройства личности являются самостоятельной серьезной клинической проблемой [1], а при коморбидности аффективных расстройств с РЛ вполне ожидаемо происходит ухудшение основных клинико-динамических показателей собственно аффективных расстройств и снижение терапевтического ответа.

Современные метааналитические обзоры, посвященные влиянию коморбидности аффективных расстройств и РЛ на основные клинико-динамические характеристики аффективных расстройств (возраст к началу аффективного расстройства, тяжесть аффективной симптоматики, скорость становления ремиссии, частота рецидивов и суицидальное поведение), эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения, а также долгосрочный прогноз и характеристики социальной адаптации у соответствующих пациентов, носят противоречивый характер. С одной стороны, существуют исследования, которые подтверждают факт негативного влияния такого рода коморбидности на вышеуказанные параметры как в случае униполярных, так и биполярных аффективных расстройств [4, 5, 6, 8, 13], а также указывают на то, что коморбидные РЛ и отдельные дисфункциональные черты личности снижают эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения аффективных расстройств, создавая трудности рабочего альянса с пациентом и повышая риск преждевременного прерывания терапии [12, 13]. С другой стороны, в ряде работ [16] отмечается, что существенного клинического влияния, в частности на эффективность антидепрессивной терапии, коморбидность аффективных расстройств и РЛ не имеет (особенно при краткосрочной оценке), а в отдельных исследованиях указывается, что личностная патология не является модератором эффекта терапии аффективных расстройств [17].

Терапия БАР даже в условиях отсутствия коморбидности с другими психическими расстройствами является сложной клинической задачей [2]. Противоречивость имеющихся литературных данных обуславливает актуальность дальнейшего изучения проблемы клинического значения коморбидности БАР и РЛ.

Цель исследования – сравнительное изучение эффективности проводимой фармакотерапии текущего депрессивного эпизода в случае коморбидности БАР с РЛ и в случае БАР без указанной коморбидности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в исследование было включено 40 пациентов (23 женщины в возрасте $44,4 \pm 10,2$ года и 17 мужчин в возрасте $40,6 \pm 11,0$ года) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом в рамках БАР в соответствии с критериями МКБ-10 (F31.3, F31.4, F31.5, F31.8) [3]. Общая группа пациентов была разделена на основную группу и группу сравнения. Основная группа – 20 человек (16 женщин – 80%, 4 мужчин – 20%) состояла из пациентов с БАР, коморбидным с РЛ. При этом представленность РЛ в основной группе была следующей: в 90% ($n=19$) случаев – смешанное расстройство личности (F61.0), в 5% ($n=1$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 5% ($n=1$) – истерическое расстройство личности (F60.4). Группа сравнения составила 20 человек (7 женщин – 35%, 13 мужчин – 65%) и включала в себя пациентов с диагнозом БАР, но без наличия коморбидного РЛ. Группа сравнения была выделена для оценки эффективности проводимой фармакотерапии текущего депрессивного эпизода у пациентов в случае коморбидности БАР и РЛ и в случае «чистого» (то есть без коморбидности с РЛ) БАР.

Средний возраст пациентов в основной группе на момент обследования был ниже, чем в группе сравнения (соответственно $39,9 \pm 10,8$ года и $46,3 \pm 9,5$ года, $p < 0,001$, t -критерий для независимых групп), что объясняется более ранним началом БАР при наличии коморбидности с РЛ. По половому составу основная группа и группа сравнения были сопоставимы ($p > 0,05$, χ^2 -статистика).

В выделенных группах была проведена сравнительная оценка динамики тяжести депрессии в процессе фармакотерапии (на 0-й, 14-й и 28-й дни) с помощью сокращенной версии шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version, Williams J. et al., 1992) [23], включающей в себя 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов по оценке атипичных депрессивных симптомов: социальный отход, увеличение веса, увеличение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость. Кроме того, была проведена оценка тяжести расстройства до начала лечения, на 14-й и 28-й дни фармакотерапии при помощи шкалы CGI-S, а также оценка улучшения психического состояния по шкале CGI-I на 14-й и 28-й

дни фармакотерапии. Выраженность побочных эффектов проводимой фармакотерапии оценивалась с помощью шкалы оценки побочного действия – UKU (Udvald for Kliniske Undersogelser Scale) [18].

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v.8.0. В случае нормального распределения количественного признака использовался t -критерий Стьюдента. При распределении количественного признака, отличающегося от нормального, применялись критерий Манна-Уитни для независимых групп и критерий Вилкоксона для зависимых групп. Для оценки разницы между ожидаемой и фактической частотой встречаемости признака использовался критерий согласия по К. Пирсону (χ^2 -статистика).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В качестве базисной антидепрессивной терапии пациенты основной группы и группы сравнения получали антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (60% и 40%). В отдельных случаях назначались препараты из группы трициклических антидепрессантов, антагонисты/ингибиторы обратного захвата серотонина (тразодон). В целом по частоте назначения различных антидепрессантов при межгрупповом сравнении статистически значимых различий обнаружено не было ($p > 0,05$).

В обеих исследуемых группах часто использовалась комбинированная терапия (95,0% и 90,0%, $p = 0,056$), представленная различными вариантами сочетания психотропных препаратов: антидепрессантов, нормотимиков, нейролептиков, транквилизаторов. При межгрупповом сравнении в основной группе в ходе терапии текущего депрессивного эпизода чаще, чем в группе сравнения, назначалась комбинированная терапия (антидепрессант + нормотимик + нейролептик (60% и 40%, $p = 0,21$). Применение данного сочетания препаратов в основной группе способствовало снижению уровня эмоциональной нестабильности, было эффективно в отношении поведенческих реакций, способствовало снижению уровня агрессивности, но было сопряжено с большей выраженностью побочных эффектов, объективизированных с помощью шкалы UKU ($p = 0,004$).

Результаты психометрической оценки эффективности терапии текущего депрессивного эпизода и динамики выраженности побочных эффектов с помощью шкал SIGH-SAD, CGI-S, CGI-I и UKU в соответствующих группах пациентов представлены в виде медианы и межквартильного размаха (табл. 1).

Статистически значимая редукция степени тяжести текущего депрессивного эпизода (включая типичные и атипичные депрессивные симптомы), оцененная по шкале SIGH-SAD, фиксировалась уже на 2-й неделе терапии в обеих группах ($p < 0,05$, критерий Вилкоксона), но к 14-му и 28-му дням фармакотерапии в основной группе пациентов наблюдалась более выраженная тяжесть депрессии (за счет большей выраженности атипичных депрессивных симптомов), чем

в группе сравнения ($p < 0,05$). Межгрупповая оценка тяжести психических расстройств по шкале CGI-S к 14-му ($p < 0,01$) и 28-му ($p < 0,001$) дням терапии также выявила статистически значимую большую выраженность тяжести заболевания у пациентов основной группы, чем в группе сравнения.

Т а б л и ц а 1

Шкала	Основная группа			Группа сравнения		
	0-я нед.	2-я нед.	4-я нед.	0-я нед.	2-я нед.	4-я нед.
Суммарный балл SIGH-SAD	29,5 (19,0-34,5)	17,5 (14,5-24,0)*	9,0 (7,0-12,0)*	22,5 (18,0-27,0)	16,0 (12,5-18,0)	7,5 (6,0-9,0)
Типичные депрессивные симптомы SIGH-SAD	24,0 (16,0-27,0)	13,5 (11,0-20,0)	7,0 (5,0-10,0)	19,0 (16,0-21,5)	13,5 (10,0-15,5)	6,0 (4,5-7,0)
Атипичные депрессивные симптомы SIGH-SAD	4,0 (4,0-7,0)**	4,0 (3,5-4,0)**	3,0 (2,0-4,0)	2,5 (2,0-4,0)	2,0 (1,0-3,5)	2,0 (1,0-2,5)
CGI-S	4,0 (4,0-4,0)	4,0 (4,0-4,0)**	3,5 (3,0-4,0)***	4,0 (4,0-4,0)	3,0 (3,0-4,0)	2,0 (2,0-3,0)
CGI-I		4,0 (3,0-4,0)**	3,0 (2,0-3,0)**		3,0 (2,0-3,0)	2,0 (1,0-2,0)
UKU		1,0 (0,5-2,0)*	1,0 (0,0-1,5)**	1,0 (0,0-2,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,2 (0,0-0,6)

Примечание. Достоверность различий: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ – межгрупповое сравнение.

Оценка степени улучшения психического состояния в исследуемых группах пациентов по шкале CGI-I к 14-му и 28-му дням фармакотерапии выявила, что степень улучшения психического состояния в ходе проводимой терапии была хуже в основной группе, чем в группе сравнения ($p < 0,01$). Кроме того, в группе пациентов с наличием коморбидности БАР и РЛ отмечалась статистически значимая ($p < 0,05$, $p < 0,01$) большая выраженность побочных эффектов в ходе проводимой терапии и меньшая скорость их редукции, чем в группе сравнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты исследования эффективности фармакотерапии показали, что наличие коморбидного РЛ в случае БАР обуславливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода (преимущественно за счет так называемых атипичных депрессивных симптомов), чем в случае «чистого» БАР. Чаше возникает необходимость применения комбинированной психофармакотерапии, терапевтический ответ характеризуется более медленной редукцией депрессивных симптомов (также преимущественно за счет атипичных депрессивных симптомов). Регистрируется большая выраженность побочных эффектов от проводимой психофармакотерапии и более медленная их редукция на вторую и четвертую недели антидепрессивной терапии. Полученные данные подтверждают необходимость дальнейших исследований для разработки наиболее оптимальных терапевтических подходов в случае коморбидности БАР и РЛ.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено по теме, выполняемой в рамках поисковых научных исследований НИИ психического здоровья «Разработка предикторов прогноза и методов комплексной реабилитации у больных аффективными расстройствами». Шифр темы 0550-2016-0402. Номер государственной регистрации АААА-А16-116042610054-4.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА (протокол заседания локального этического комитета при НИИ психического здоровья № 85 от 14 декабря 2015 г., дело № 85/4.2015).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Гычев А.В., Куприянова И.Е., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Смирнова Л.П., Лукьянова Е.В., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Клинико-биологические закономерности и социально-психологические предпосылки формирования непсихотических психических расстройств у лиц, проживающих в регионе Сибири. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 3 (88): С. 9–18.
2. Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. М.: МЕДпресс-информ, 2008: 384.
3. Психические расстройства и расстройства поведения, класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / под общей редакцией Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланды. М.: Минздрав России, 1998: 512.
4. Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Бохан Н.А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности (обзор зарубежной литературы). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 24 (2): 91–97.
5. Степанов И.Л., Ваксман А.В. Особенности течения циркулярных депрессий у больных с сопутствующим личностным расстройством. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2013; 23 (4): 32–36.
6. Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г. Клинико-динамические особенности аффективных расстройств при их коморбидности с личностными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014; 2 (83): 26–29.
7. Bagby R.M., Psych C., Quilty L.C., Ryder A.C. Personality and depression. *Can. J. Psychiatr.* 2008; 53 (1): 14–25.
8. Bajaj P., Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders. *Current Opinions in Psychiatry*. 2005; 18 (1): 27–31.
9. Barbato N., Hafner R.J. Comorbidity of bipolar and personality disorder. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 1998; 32: 276–280.
10. Brieger P., Ehart U., Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Source Compr. Psychiatr.* 2003; 44 (1): 28–34.
11. Coryell W., Kriener A., Butcher B., Nurnberger J. Risk factors for suicide in bipolar I disorder in two prospectively studied cohorts. *J. Affect. Disord.* 2016; 190: 1–5.
12. Diguier L., Barber J.P., Luborsky L. Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *Am. J. Psychiatry*. 1993; 150: 1246–1248.
13. Grilo C. M., Stout R.L., Markowitz J.C. et al. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *J. Clin. Psychiatr.* 2010; 71 (12): 1629–1635.
14. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders – Who, When, and Why? *Can. J. Psychiatry*. 2014; 59 (3): 120–130.
15. Jylhä P., Rosenström T., Mantere O. et al. Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *J. Affective Disord.* 2016; 190: 632–639.

16. Kool S., Schoevers R., de Maat S. et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2005; 88: 269–278.
17. Levenson J.C., Wallace M.L., Fournier J.C., Rucci P., Frank E. The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2012; 80 (5): 719–729.
18. Lingjaerde O., Ahlfors U.G., Bech P., Dencker S.J., Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1987; 334: 1–100.
19. Mulder R.T. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am. J. Psychiatr.* 2002; 159: 359–371.
20. Ruggero C. J., Zimmerman M., Chelminski I. et al. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *J. Psychiatr. Res.* 2010; 44: 405–408.
21. Tamam L., Ozpoyraz N., Karatas G. Personality disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder in remission. *Acta Neuropsychiatr.* 2004; 16: 175–180.
22. Vieta E., Colom F., Martinez-Aran A. et al. Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr. Psychiatr.* 2000; 41: 339–343.
23. Williams J., Link M., Rosenthal N.E. et al. Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale – Seasonal Affective Disorder Version (SIGH-SAD). New York: New York Psychiatric Institute, 1992.
24. Wongpakaran N., Boonyanaruthee V., Pinyopornpanish M. Comorbid personality disorders among patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2015; 11: 1091–1096.

Поступила в редакцию 11.05.2017
Утверждена к печати 26.06.2017

Симуткин Герман Геннадьевич, д.м.н., в.н.с. отделения аффективных состояний.

Яковлева Альбина Леонтьевна, к.м.н., врач-психиатр третьего клинического психиатрического отделения.

✉ Симуткин Герман Геннадьевич, ggsimutkin@gmail.com

УДК 616-89-008:616-035.1:616-052

For citation: Simutkin G.G., Yakovleva A.L. Efficiency of pharmacotherapy of bipolar affective disorder comorbid with personality disorder. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2017; 3 (96): 97–101. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-97-101

Efficiency of pharmacotherapy of bipolar affective disorder comorbid with personality disorder

Simutkin G.G., Yakovleva A.L.

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

ABSTRACT

Objective: the comparative study of the efficiency of conducted pharmacotherapy of the current depressive episode in the case of comorbidity of bipolar affective disorder (BAD) with personality disorder (PD) and in the case of bipolar affective disorder without such comorbidity. **Material:** The main group – 20 patients suffering from bipolar affective disorder with personality disorder. The group of comparison included 20 patients with the diagnosis of bipolar affective disorder, but without presence of comorbid PD. **Methods:** clinical-psychopathological, psychometric (SIGH-SAD, CGI-S, CGI-I, Udvald for Kliniske Undersogelser Scale), statistical. **Results:** results of the study showed that presence of comorbid PD in the case of BAD caused major severity of the current depressive episode (predominantly due to atypical depressive symptoms) than in the case of “pure” BAD. The need of applying combined psychopharmacotherapy appeared more frequently, therapeutic response was characterized by a slower reduction of depressive symptoms (also predominantly due to atypical depressive symptoms). Major severity of side effects from conducted psychopharmacotherapy and their slower reduction by weeks 2 and 4 of the therapy were documented. **Conclusion.** The findings confirmed the need of further studies for developing the most optimal therapeutic approaches in the case of comorbidity of bipolar affective disorder with personality disorder.

Keywords: psychopharmacotherapy, antidepressants, biological rhythms.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Axenov M.M., Belokrylova M.F., Vetlugina T.P., Nikitina V.B., Gychev A.V., Kupriyanova I.E., Rudnitsky V.A. Perchatkina O.E., Smirnova L.P., Lukiyanova E.V., Dashieva B.A., Karaush I.S. Klinikno-biologicheskie zakonomernosti i sotsial'no-psikhologicheskie predposylki formirovaniya nepikhotosicheskikh psikhicheskikh rasstroystv u lits, prozhivayushchikh v regione Sibiri [Clinical-biological regularities and social-psychological preconditions of formation of non-psychotic mental disorders in persons residing in region of Siberia]. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2015; 3 (88): C. 9–18 (in Russian).
2. Mosolov S.N. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroystvo: diagnostika i terapiya [Bipolar affective disorder: diagnosis and therapy]. M.: MEDpress-inform, 2008: 384 (in Russian).
3. Psikhicheskie rasstroystva i rasstroystva povedeniya, klass V MKB-10, adaptirovanny dlya ispol'zovaniya v Rossiyskoy Federatsii [Mental disorders and behavioral disorders, class V of ICD-10, adjusted for use in the Russian Federation]. B.A. Kazakovtsev, V.B. Holland, eds. M.: Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 1998: 512 (in Russian).
4. Simutkin G.G., Yakovleva A.L., Bokhan N.A. Problema komorbidnosti affektivnykh rasstroystv i rasstroystv lichnosti (obzor zarubezhnoy literatury) [Comorbidity of affective and personality disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya - Social and Clinical Psychiatry.* 2014; 24 (2): 91–97 (in Russian).
5. Stepanov I.L., Vaxman A.V. Osobennosti techeniya tsirkulyarnykh depressiy u bol'nykh s soputstvuyushchim lichnostnym rasstroystvom [The course of cyclical depressions in patients with comorbid personality disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya - Social and Clinical Psychiatry.* 2013; 23 (4): 32–36 (in Russian).

6. Yakovleva A.L., Simutkin G.G. Kliniko-dinamicheskie osobennosti affektivnykh rasstroystv pri ikh komorbidnosti s lichnostnyimi rasstroystvami [Clinical-dynamic features of affective disorders in their comorbidity with personality disorders]. *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014; 2 (83): 26–29 (in Russian).
7. Bagby R.M., Psych C., Quilty L.C., Ryder A.C. Personality and depression. *Can. J. Psychiatr.* 2008; 53 (1): 14–25.
8. Bajaj P., Tyrer P. Managing mood disorders and comorbid personality disorders. *Current Opinions in Psychiatry*. 2005; 18 (1): 27–31.
9. Barbato N., Hafner R.J. Comorbidity of bipolar and personality disorder. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 1998; 32: 276–280.
10. Brieger P., Ehrt U., Marneros A. Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Source Compr. Psychiatr.* 2003; 44 (1): 28–34.
11. Coryell W., Kriener A., Butcher B., Nurnberger J. Risk factors for suicide in bipolar I disorder in two prospectively studied cohorts. *J. Affect. Disord.* 2016; 190: 1–5.
12. Diguier L., Barber J.P., Luborsky L. Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *Am. J. Psychiatry*. 1993; 150: 1246–1248.
13. Grilo C. M., Stout R.L., Markowitz J.C. et al. Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: a 6-year prospective study. *J. Clin. Psychiatr.* 2010; 71 (12): 1629–1635.
14. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders – Who, When, and Why? *Can. J. Psychiatry*. 2014; 59 (3): 120–130.
15. Jylhä P., Rosenström T., Mantere O. et al. Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *J. Affective Disord.* 2016; 190: 632–639.
16. Kool S., Schoevers R., de Maat S. et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2005; 88: 269–278.
17. Levenson J.C., Wallace M.L., Fournier J.C., Rucci P., Frank E. The role of personality pathology in depression treatment outcome with psychotherapy and pharmacotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2012; 80 (5): 719–729.
18. Lingjaerde O., Ahlfors U.G., Bech P., Dencker S.J., Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1987; 334: 1–100.
19. Mulder R.T. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am. J. Psychiatr.* 2002; 159: 359–371.
20. Ruggero C. J., Zimmerman M., Chelminski I. et al. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. *J. Psychiatr. Res.* 2010; 44: 405–408.
21. Tamam L., Ozpoyraz N., Karatas G. Personality disorder comorbidity among patients with bipolar I disorder in remission. *Acta Neuropsychiatr.* 2004; 16: 175–180.
22. Vieta E., Colom F., Martinez-Aran A. et al. Bipolar II disorder and comorbidity. *Compr. Psychiatr.* 2000; 41: 339–343.
23. Williams J., Link M., Rosenthal N.E. et al. Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale – Seasonal Affective Disorder Version (SIGH-SAD). New York: New York Psychiatric Institute, 1992.
24. Wongpakaran N., Boonyanaruthee V., Pinyopornpanish M. Comorbid personality disorders among patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015; 11: 1091–1096.

Поступила в редакцию 11.05.2017

Simutkin German G., MD, leading researcher of Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Yakovleva Al'bina L., PhD, psychiatrist of the Third Clinical Psychiatric Unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

✉ Simutkin German G., ggsimutkin@gmail.com

