

# ТЮМЕНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Tyumen Medical Journal

№ 1 2014  
Том 16

рецензируемый научно-практический журнал  
выходит 4 раза в год

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов

## ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский

Журнал зарегистрирован  
в Федеральной службе по надзору  
за соблюдением законодательства  
в сфере массовых коммуникаций  
и охране культурного наследия  
г. Москва

Рег. № Е-ФС77-28512  
от 09.06.2007 г.

ISSN 2307-4698

Учредитель и издатель:  
ООО «М-центр»  
Тюмень, Д.Бедного, 98-3-74

Адрес редакции:  
г. Тюмень, ул. Седова, 59 / 1

Адрес для переписки:  
625041, Тюмень, а/я 4600

Телефон: (3452) 73-27-45  
Факс: (3452) 54-07-07  
E-mail: sibir@sibtel.ru

Заказ № 79 Тираж 700 экз.

Подписан в печать 16.05.14 г.  
Цена свободная

Интернет-ресурсы:  
[www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

Журнал включен  
в Российский индекс  
научного цитирования  
**(РИНЦ)**

При перепечатке  
материалов ссылка на  
"Тюменский медицинский журнал"  
обязательна

Редакция не несет ответственности за  
содержание рекламных материалов

Редакция не всегда разделяет мнение  
авторов опубликованных работ

Отпечатан с готового набора  
в издательстве «Вектор Бук»,  
г. Тюмень, Володарского, 45  
Телефон: (3452) 46-90-03

16+

*Т.Д. Азарных*

Суицидология

Суицидальный риск психотравм ..... 3

*Н.В. Александрова, Н.Г. Денисова, Г.Р. Швидкова,  
О.В. Егорова, И.А. Жиделева*

Анализ случая парного подросткового суицида ..... 4

*А.А. Заливин*

Реабилитационные программы для лиц с пограничными  
психическими расстройствами в постсуицидальном периоде .. 5

*Е.Н. Кривулин, О.Е. Кривулина*

Социально-демографическая и клинико-психологическая  
характеристика лиц детско-подросткового возраста  
с завершёнными суицидами и суицидальным поведением ..... 6

*И.А. Кудрявцев*

Психологическое насилие и суицид ..... 8

*Н.И. Куценко*

Некоторые социально-психологические характеристики  
больных рассеянным склерозом с повышенной  
суицидальной готовностью ..... 9

*С.В. Лубсанова, В.А. Дубанова*

Использование методики «Сигнал» в диагностике суицидального  
поведения у лиц молодого возраста (этнокультуральный аспект) . 11

*С.Э. Медведев, Б.Г. Бутыма*

Системные аспекты суицидального поведения у подростков ..... 12

*А.В. Меринов, Д.И. Шустов*

Характеристики течения заболевания и алкогольного  
абстинентного синдрома у больных алкоголизмом  
с суицидальными тенденциями ..... 13

*Н.В. Михайловская*

Сочетанное потребление психоактивных веществ больными  
опийной наркоманией с суицидальным поведением ..... 14

*Ю.А. Мельникова, С.С. Наджарьян*

Клинические и социальные предикторы аутоагрессивного  
поведения лиц допризывного и призывного возраста ..... 16

*В.В. Руженкова*

Некоторые аспекты стигматизации суицидентов  
специалистами, участвующими в оказании  
психиатрической помощи ..... 17

*С.Б. Селезнёв*

К вопросу о суицидальной активности  
детей и подростков Краснодарского края ..... 18

*В.Э. Семенцул, Г.Я. Пилягина*

Дифференциально-возрастной патопсихологический анализ  
суицидальных факторов ..... 20

«Тюменский медицинский журнал» издается с 1999 года

Vertae!

<i>Н.Н. Спадерова, О.В. Горохова, С.Е. Герасина</i> Анализ завершённых суицидов у детей и подростков, в практике отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз Тюменской ОКПБ за 2012-2014 гг.....	21	<i>А.А. Еремеева, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова</i> Совершенство взаимодействия стационарной и амбулаторной наркологических служб в части реабилитации несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества .....	39
<i>М.С. Уманский</i> Преморбидные особенности личности и выбор способа суицида больных алкоголизмом позднего возраста .....	24	<i>А.В. Коломейчук, Т.Ю. Ледванова, Е.А. Гречкина</i> Различия внутренней картины болезни в зависимости от клинических вариантов анозогнозии у лиц с алкогольной зависимостью	41
<i>С.А. Чубина, Е.Н. Бобкова, Д.М. Иващенко, Е.Б. Любов</i> Оценка суицидального поведения и риска пациентов персоналом психиатрических учреждений .....	26	<i>Т.Ю. Ледванова, А.В. Коломейчук</i> Особенности и противоречия в ценностных ориентациях больных алкоголизмом .....	42
<i>К.О. Яценко</i> Эмоционально-неустойчивое расстройство личности у военнослужащих по призыву – суицидальное поведение .....	27	<i>П.Н. Москвитин</i> Межведомственная психогигиеническая модель профилактики аддикции и девиантного поведения у детей и подростков ....	43
<b>Аддиктология</b>		<i>Г.А. Новикова, Л.А. Новикова</i> Особенности восприятия подростков при пивной алкоголизации .....	45
<i>А.Н. Алёхин, А.В. Локтева, Е.А. Дубинина</i> Образ родителей у подростков, склонных к алкоголизации .....	28	<i>Т.В. Рогачева</i> Реабилитационный процесс при психокоррекции наркотически зависимых личностей .	46
<i>О.П. Барковская</i> К вопросу клинических особенностей при формировании каннабиоидной наркомании у группы потомства, пострадавших в результате радиационных аварий в Южно-уральском регионе .....	30	<i>Н.Д. Узлов, Е.А. Сайдали</i> От подавленной к аккумулятивной агрессии: как осужденные к пожизненному лишению свободы оценивают свою агрессивность .....	47
<i>О.П. Барковская</i> К вопросу клинических и социально – психологических факторов, определяющих резистентное течение зависимости от опиатов у пациентов, подвергшихся воздействию радиации на Южном Урале .....	31	<i>Т.Н. Ульяновская, А.Г. Соловьев</i> Особенности психологического компонента гестационной доминанты беременности у женщин с различным алкогольным поведением	49
<i>Л.П. Барковская</i> Сравнительный анализ делинквентного поведения у подростков с различными клиническими формами органического расстройства личности, потомков лиц, пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале .....	32	<i>С.В. Уманский</i> Современные психотерапевтические подходы в аддиктологии .....	50
<i>Л.П. Барковская</i> Особенности формирования аддиктивного поведения у подростков с психоорганическим синдромом, подвергшихся воздействию ионизирующих факторов .....	33	<i>К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Е.А. Николаев, Е.А. Сергеева</i> Психология, религия и наука о бессмертии – кто чем напуган? .....	52
<i>О.В. Волкова</i> Вьученная беспомощность как фактор, детерминирующий рискованное поведение личности .....	35	<i>С.А. Чубина, Е.С. Алексеевич, Е.Б. Любов, Е.Н. Бобкова, Д.М. Иващенко</i> Симптомы выгорания и жизненные ценности медперсонала психиатрических учреждений ..	53
<i>О.А. Гильбурд, О.Я. Голубкова</i> Клинико-этологическая предикция гомицидального поведения больных шизофренией ....	36	<i>А.Н. Юрьева</i> Компьютерная зависимость – аддикция общества, основанного на знаниях .....	54
<i>В.А. Дегтярев</i> Клинические и социально – трудовая проблема у лиц с алкогольной зависимостью, подвергшихся воздействию радиации .....	37	<b>Разное</b>	
<i>В.А. Дегтярев</i> Клиническая характеристика подростков с наркотической зависимостью, родители, которых являлись облученными в результате Южно-уральских инцидентов .....	38	<i>В.А. Рудницкий, В.Б. Никитина, М.М. Аксенов, Н.П. Гарганеева</i> Экологическая, пограничная и социальная психиатрия: методологические подходы .....	55
		<i>Р.В. Zipursky, T.J. Reilly, R.M. Murray</i> Миф о шизофрении как о прогрессирующей болезни головного мозга .....	59
		<i>Е.Б. Любов</i> Комментарий переводчика Извечен спор надежды и сомненья .....	65
		<i>О.М. Зороастров</i> Рецензия на книгу Р.Г. Ардашева «Вопросы теории и практики расследования убийств, сопряженных с посткриминальным суицидом правонарушителя» (ИГТУ, 2013) .....	67

# СУИЦИДОЛОГИЯ

## СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК ПСИХОТРАВМ

Т.Д. Азарных

Воронежский ГУИТ, г. Воронеж

E-mail автора: azarnykh\_t@mail.ru

Работа посвящена изучению частоты встречаемости суицидальных идей (СИ) у девушек 18-20 лет при посттравматических стрессах (ПТС) Установлено, что самая высокая частота встречаемости СИ при ПТС, вызванных сексуальным насилием и смертью любимого.

*Ключевые слова:* посттравматические стрессы, суицидальные идеи, юношеский возраст.

**Цель исследования:** изучение частоты встречаемости суицидальных идей (СИ) при посттравматических стрессах (ПТС) различного генеза.

**Материал и методы.**

Исследования проведены на студентках дневных отделений государственных ВУЗов г. Воронежа в возрасте 18-20 лет (476 человек) в течение 2004-2010 гг..

Определялись следующие показатели: наличие ПТС по Миссисипской шкале (гражданский вариант) (MS) (Keane T.M.) [3] и шкале оценки влияния травматических событий (IES-R) (Horowitz M.J.) [3], выраженность психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Derogatis L.R.) [3], депрессии BDI (Бек А.) [3]. СИ выявлялись при положительных ответах на вопрос о суициде в тестах MS, BDI и SCL-90-R и последующей беседе. Во всех случаях после стресса, приведшего к ПТС, прошло не менее полугода.

Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрического критерия U Манна - Уитни, проводился также анализ таблиц сопряженности (критерий  $\chi^2$ -Пирсона) с помощью программы SPSS (вар. 13).

**Результаты и обсуждение.** Комплексное изучение ПТС позволило установить, что у женщин можно выделить три группы ПТС разного генеза, которые различаются по тяжести течения: вызванные смертью, агрессией и другими причинами («Смерть», «Агрессия» и «Другие» соответственно). Тяжесть течения определялась по выраженности как самих специфичных для ПТС MS и IES-R, так и коморбидной психопатологической симптоматики SCL-90-R и депрессии BDI, а также личностных изменений. В группу «Агрессия» вошли ПТС, вызванные сексуальным насилием или его попытками, ситуациями, когда могли убить или серьезно ранить, вооруженного ограбления, нападения с пистолетом или холодным оружием. В группу «Другие» вошли ПТС, вызванные несчастными случаями, тяжелыми заболеваниями, получением травмы, видом мертвого человека (не на похоронах), ситуациями, когда видели, как кого-то убили или серьезно покалечили, разводом родителей, естественным или искусственным прерыванием беременности.

Частота встречаемости СИ составляет: в группе «Другие» – 39,9%, «Смерть» – 45,7% и «Агрессия» –

52,5% при статистически значимой разнице только между группами «Агрессия» и «Другие» ( $\chi^2=4,021$ ;  $p=0,045$ ). При этом в самих этих двух группах существует статистически значимая разница в частоте встречаемости СИ. В группе «Агрессия» она выше всего при ПТС, вызванном сексуальным насилием: 69,7% ( $\chi^2=25,016$ ;  $p=0,000$ ). При этом частота встречаемости ПТС, вызванного этой психотравмой, составляет 7%, средний возраст получения – 16,9 лет (диапазон от 9 до 19 лет), то есть жертвы в большинстве случаев были несовершеннолетними. В группе «Смерть» самая высокая частота встречаемости при ПТС, вызванном смертью любимого (мужчина–ровесник противоположного пола): 84,6% ( $\chi^2=8,962$ ;  $p=0,030$ ), без статистически значимой разницы с ПТС, вызванном сексуальным насилием.

ПТС, вызванные сексуальным насилием, имеют самые высокие баллы среди всех ПТС по MS, IES-R. Уровень IES-R достигает 65,1 балла ( $SD=21,30$ ). Высокие баллы IES-R коррелируют с выраженностью субшкал вторжение IN, избегание AV и физиологическая реактивность AR этого опросника. Это значит, что наряду с вторжением психотравмирующего материала в сознание в такой же степени выражено и избегание. Высокое избегание означает, что об этой психотравме практически ни с кем не говорят, и о ней часто не знает даже мама. Обнаруженное высокое избегание подтверждается также и данными литературы. Взрослые женщины решаются говорить об этой психотравме по истечении длительного периода времени, который может составлять даже 30 лет [1, 4]. Это значит, что процесс восстановления фактически определяет жизненный сценарий. Установленные значения IES-R ниже, чем литературные данные. В частности, у женщин русской и чеченской национальностей, ставших жертвами сексуального насилия, установлен уровень IES-R в 85 баллов [2]. Сопоставление данных позволяет говорить, что у девушек идет проработка психотравмы, что ведет к снижению выраженности IES-R. Это выражается и в словах девушек о том, что они простили агрессора. Однако, несмотря на это СИ не исчезают. Поэтому можно предположить, что часто за так называемыми немотивированными суицидами стоит эта психотравма, и совсем не обязательно, что это случилось недавно.

Еще одна психотравма, имеющая высокий суицидальный риск, как установлено выше, – смерть любимого. Однако в этом случае об этом событии знают другие и можно использовать внешние ресурсы для коррекции состояния. В отношении же сексуального насилия, как отмечено выше, ситуация иная. Однако по косвенным признакам можно определить вероятность наличия этой психотравмы, в частности, по проблемам со сном: трудности с засыпанием, беспокойный и тревожный сон, раннее пробуждение.

Таким образом, самый высокий суицидальный риск, определяемый по наличию СИ, у девушек при ПТС связан с сексуальным насилием и смертью любимого.

Литература:

1. Бундало Н.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – СПб, 2008. – 36 с.

2. Невярович Н.Е. Процессуальная психотерапия женщин-жертв сексуального насилия: Автореф. дис... канд. психол. наук. – СПб, 2004. – 16 с.
3. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – Ч. 2. Бланки методик. – М.: Когито-Центр, 2007. – 77 с.
4. Цыганков Б.Д., Тюнева А.И., Былим А.И. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. – М.: Медицина, 2006. – 174 с.

## АНАЛИЗ СЛУЧАЯ ПАРНОГО ПОДРОСТКОВОГО СУИЦИДА

*Н.В. Александрова, Н.Г. Денисова, Г.Р. Швидкова, О.В. Егорова, И.А. Жиделева*

Омский ГУ, г. Омск  
ООКПБ им. Н.Н. Солодниковой, г. Омск

E-mail авторов: natalie\_v\_al@inbox.ru

Приведен анализ случая парного подросткового суицида. Выявлено проявление общих закономерностей суицидального поведения, рассмотрены индикаторы, ретроспективно отслеженные у суициденток как мишени для превентивных мероприятий.

*Ключевые слова:* подростковый суицид, предикторы суицида.

Проблема распространенности суицидального поведения среди подростков и поиска мер его эффективной профилактики остается чрезвычайно актуальной [1, 3, 6]. Особую сложность этой проблеме придают сочетание психологических особенностей подросткового возраста, многообразие причин, подталкивающих к самоубийству, и неспецифичность, вариабельность, мозаичность признаков, прогнозирующих такой исход [2, 4, 5]. В связи с этим, актуальным, на наш взгляд, является анализ частных случаев самоубийства, которые встречаются в консультативной практике подростковых психиатров и психотерапевтов.

Нами проанализирован случай парного подросткового суицида, произошедший в Омской области. Две девушки совершили попытку самоубийства путем повешения. Одна из них – А. – погибла, вторая – В. – была доставлена в реанимационное отделение в крайне тяжелом состоянии и, впоследствии, выжила. При консультировании семьи – матери и двух сестер выжившей девушки – на третий день после события были выяснены следующие детали. В часы, предшествовавшие суициду, семья не отметила никаких особенностей в поведении подростков. Девочки были веселы, общались со своими друзьями-юношами по телефону. У них произошла размолвка по поводу отъезда юношей в другое село на практику, девушки не хотели, чтобы молодые люди уезжали. Вскоре после окончания разговора девушки ушли из дома, внешне, со слов родственников, фон их настроения был приподнятым, поведение вполне адекватным. Как выяснилось впоследствии, обе девушки отправили юношам SMS «прощального» характера.

Они пошли в заброшенный дом, который в селе считался неофициальным местом сбора и общения молодежи, и совершили повешение, закрепив на шее

веревки, взявшись за руки и подогнув ноги. Никаких приспособлений для опоры не сделали. Веревки были синтетическими, из-за нарушения кровотока девушки потеряли сознание, усугубив повреждение. Один из приятелей девушек, прочитав SMS, тут же позвонил ее сестре. Та, зная место, куда могли пойти подруги, побежала туда, освободила от веревки одну из них, чем спасла ее жизнь. Снять с веревки вторую ей не удалось, и она побежала за помощью взрослых.

Рассмотрим внешние обстоятельства и личностные особенности пострадавших. У подростка А. за 6 лет до рассматриваемого события мама умерла от рака, после чего девушка воспитывалась у бабушки-опекуна с тяжелым характером. Девочка часто говорила, что тоскует по маме, хочет встретиться с ней и скоро это сделает. Эти слова воспринимались бабушкой – опекуном агрессивно и с насмешками. Подросток В. проявляла реакции активной оппозиции в школе и дома и несколько раз шантажировала мать, не выполнявшую ее просьб о покупках или заставлявшую выполнять необходимые поручения по дому, угрозой перерезать вены.

Проявление суицидального поведения можно интерпретировать следующим образом. Решение осуществить попытку было спонтанным, под влиянием разговора с приятелями. Оно не преследовало истинно суицидальной цели, поскольку было осуществлено с предупреждением SMS и в известном всем, знавших девушек людям, месте. Отсутствие адекватной подготовки, некрепко завязанные узлы веревки свидетельствуют о больше демонстративном его характере, об этом же говорит и поза самоубийц – они взяли за руки, как в очень хорошо известном из СМИ сюжете про подростков, которые таким же образом, взявшись за руки, прыгнули с многоэтажного дома. Тема смерти была для обеих участниц события специфичной. Для А. – окружена ореолом сочувствия, сострадания, исходя из обстоятельств смерти матери, для В. – эффективным средством шантажа родителей. Можно предположить, что после неудавшегося давления на приятелей (чтобы те не уезжали в другое село на практику) по телефону, способ демонстративно-шантажного самоубийства был избран ими в качестве эффективной манипуляции.

Выводы. Таким образом, проанализировав данный случай, можно выделить такие особенности подросткового суицидального поведения, как незначительность его повода, взаимную индуцируемость подростков на такого рода поведенческие девиации, негативное влияние сценариев из СМИ, проявление в инциденте подростковых патохарактерологических реакций протеста, оппозиции, группирования, отсутствие понимания необратимости смерти при наличии ее магического романтического ореола.

Ретроспективно можно выделить также такие индикаторы суицидального поведения, как высказывания о возможности встретиться с покойной матерью у А. и шантажные самоповреждения с целью добиться требуемого у В., которые могли бы стать мишенями для превентивных мероприятий.

Литература:

1. Буторин Г.Г., Буторина Н.Е. К проблеме агрессивного поведения в детско-подростковом возрасте // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 18-20.

2. Злова Т.П., Ишимбаева А.Н., Ахметова В.В. Социально-психологические особенности незавершенных суицидов у детей и подростков (Забайкальский край, г. Чита) // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 27-28.
3. Кувшинова Т.И., Овчинникова И.П. Современные тенденции суицидального поведения детей и подростков-сирот // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 41-43.
4. Меринов А.В. Суицидологические характеристики молодых людей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 22-28.
5. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 8-24.
6. Хмелева Ю.Б. Анализ микросоциальных условий у детей и подростков, совершивших суицидальную попытку // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 43-45.

## **РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПОСТСУИЦИДАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

*А.А. Заливин*

Омская ГМА, г. Омск

Е-mail автора: azalal@mail.ru

Проведено исследование особенностей суицидального поведения у 143 лиц с пограничными психическими расстройствами. На основе изученных клиничко-патогенетических факторов, вариантов постсуицидального периода разработаны и применены специализированные дифференцированные реабилитационные программы, приводится оценка их эффективности

*Ключевые слова:* суицид, пограничные психические расстройства, реабилитация.

Показатель самоубийств является одним из показателей общественного психического здоровья, наряду с уровнем наркомании, алкоголизма и олигофрении [3, 4]. При этом увеличение частоты суицидов сопровождается периодами экономической нестабильности, высокой безработицы, низкого уровня социальной обеспеченности, высокого риска разорения, банкротства [2, 7].

Особого внимания в этом отношении заслуживают пограничные психические расстройства, при которых суицидальный риск значительно возрастает, их распространенность среди суицидентов, по мнению разных авторов, может достигать от 15%-30% и до 80-100% [1, 9]. Несомненно, вопросы превенции, профилактики и реабилитации в таких случаях становятся особенно актуальными [5, 6], что также становится одной из приоритетных задач национальной демографической политики (2007) в том числе и на международном уровне [8].

Для разработки принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий на основе изучения клинических закономерностей формирования, типологии и динамики суицидального поведения (постсуицидального периода) у лиц с пограничными психическими расстройствами сплошным методом за период 2006-2010 гг. нами были обследованы 452 суицидента, обоюго пола, от 18 до 59 лет. В исследование вошли 143 пациента (31,6%), обнаружившие пограничные психические расстройства, соответствующие диа-

гностическим категориям МКБ-10: 1) расстройства адаптации (F43.0, F43.1, F43.2); 2) расстройства личности (F60.1-F60.9); 3) психопатоподобные нарушения органической этиологии (F07.00-F07.09); а также 4) депрессивные расстройства (F32.0, F32.1). Под критерии исключения попали 309 человек, наибольшая часть из которых не обнаружила психических расстройств (76,7%), остальные распределились между аддиктивными (8,4%), эндогенными нарушениями шизофренического (3,9%) и аффективного спектра (4,5%) и другими (6,5%).

В зависимости от варианта постсуицидального периода, нами были сформированы 4 когорты пациентов: с критическим (25,9%; n=37), манипулятивным (28,7%; n=41), аналитическим (25,1%; n=36) и суицидально-фиксированным (20,1%; n=29) типами.

Варианты постсуицидального периода распределились в зависимости от типа выявленных пограничных психических расстройств. При критическом варианте постсуицидального периода было обнаружено преобладание расстройств адаптации (37,8%) и эмоционально неустойчивого расстройства личности пограничного типа (35,1% всех РЛ). В манипулятивном варианте – обоих типов неустойчивого расстройства личности (51,2% всех РЛ). Для аналитического варианта значимы были депрессивные состояния (69,4%). В когорте суицидально-фиксированного варианта преобладали органические психические расстройства (62,1%).

Реабилитация суицидентов с пограничными психическими расстройствами включала в себя принципы дифференцированности, комплексности и поэтапности реабилитационного воздействия [7]. При разработке патогенетической терапии выделялись мишени ее приложения, исходя из изученных клиничко-патогенетических факторов. Реализация патогенетической направленности осуществлялась через психофармакологический (ПФК), психотерапевтический (ПТК), социотерапевтический (СТК) комплексы. На протяжении постсуицидального периода, в соответствии с его выявленным вариантом и этапами дифференцированно определялись режимы наблюдения и проведения реабилитационных мер [1]: «кризисный»; «базисный»; «регрессивный».

Для каждого варианта постсуицидального периода с учетом клиничко-патогенетических факторов нами была разработана дифференцированная программа реабилитации. Так, в когорте с критическим его вариантом программа предназначена для лиц с диагнозами «Острая реакция на стресс» (F43.0) и «Расстройство личности» (F60.xxx), «Пролонгированная депрессивная реакция» (F43.21), «Органическое расстройство личности» (F07.xx). Вторая программа для пациентов с манипулятивным постсуицидом применялась при расстройствах личности, обнаруживших возбудимый (F07.xx, F60.30x), и тормозимый радикалы (F07.xx, F60.31x). Третья программа для пациентов с пограничными психическими расстройствами обнаруживших аналитический вариант постсуицидального периода включала коррекцию реактивных расстройств депрессивного спектра (F43.2x). Четвертая программа для суицидально-фиксированного варианта ориентирована

на лиц с органическими расстройствами личности (F07.xx) возбудимого и тормозимого спектра.

Снижение тяжести проявления пограничных психических расстройств и улучшение психического состояния суицидентов с пограничными психическими расстройствами под влиянием лечебно-реабилитационных мер подтвердилось положительной динамикой по шкале общего клинического впечатления с подшкалой тяжести состояния CGI-S на 1,1 балл (с 2,9 до 1,8), а также снижением выраженности депрессии по шкалам Гамильтона, 17-вопросный вариант (HamD17) на 11,8 баллов (с 15,3 до 3,6) и Бека, достигающей 8,4 баллов (с 13,6 до 5,3).

Высокая эффективность разработанных комплексных дифференцированных реабилитационных и профилактических мероприятий у суицидентов с пограничными психическими расстройствами подтверждена подшкалой эффективности терапии CGI-I: у 78,2% пациентов отмечалось «выраженное» и «существенное» улучшение состояния, а также шкалой В.Я. Семке, оценивающей эффективность терапии лиц с пограничными психическими расстройствами: существенное улучшение (состояние «А» и «В») достигнуто у 79,3% пролеченных пациентов.

Вывод. Таким образом, своевременная ранняя диагностика варианта постсуицидального периода, обстоятельств и структуры этапности суицидального поведения на основе клинко-патогенетических факторов у лиц с пограничными формами психических расстройств с последующим адекватным использованием предложенных программ реабилитации и психопрофилактики позволяет добиться значительного результата по их вторичной и третичной профилактики и социальной реадaptации, снизить суицидальный риск и выраженность симптоматики.

#### Литература:

1. Аксенов М.М., Семке В.Я., Ветлугина Т.П. и др. Клиническая динамика стрессоустойчивости при непсихотических психических расстройствах // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 11-19.
2. Александровский Ю. А. Общее понятие о пограничных формах психических расстройств (пограничных состояниях) // Новые медицинские технологии. Новое медицинское оборудование: ежемесячный научно-практический рецензируемый журнал. – 2010. – № 5. – С. 58-71.
3. Васильев В.В. Суицидальное поведение женщин (обзор литературы) // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 18-27.
4. Дмитриева Т.Б. Отчет ежегодной сессии съезда психиатров НЦПЗ РАМН. – М., 2008 – 22с.
5. Любов, Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – №3. – С. 3-9.
6. Положий, Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-13.
7. Семке В.Я. Персоналогия и психотерапия // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 2. – С. 7-11.
8. Borges G., Nock M.K. et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO world mental health surveys // J. Clin. Psychiatry – 2010. – № 71. – P. 617-28.
9. Nisenbaum R., Links P.S., Eynan R., Heisel M.J. Variability and predictors of negative mood intensity in patients with borderline personality disorder and recurrent suicidal behavior: multilevel analyses applied to experience sampling methodology // J. of abnormal psychology. – 2010. – Vol.119, Issue 2. – P. 433-439.

## СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Е.Н. Кривулин, О.Е. Кривулина

Южно-Уральский ГМУ, г. Челябинск

Представлены результаты сравнительного изучения социально-демографических и клинко-психологических характеристик лиц детско-подросткового возраста с завершенными суицидами и суицидальным поведением. Выявлены отличительные суицидогенные факторы по полу, возрасту суицидальной активности, личностным особенностям, причинам суицидов, их связи с временами года и способами суицидальных действий.

*Ключевые слова:* дети, подростки, суицидальное поведение, завершенные суициды, суицидогенные факторы.

По данным ВОЗ аутоагрессивное поведение в виде суицидов является сегодня одной из актуальных проблем здравоохранения. Средний показатель самоубийств составляет 15,1 на 100000 человек, а гендерное соотношение – мужчина : женщина – 3,5:1. Самоубийства доминируют в возрастной группе 15–34 лет, где они занимают первое или второе место в качестве причины смерти представителей обоих полов (ВОЗ, 2001). Россия занимает одно из ведущих мест в рейтинге по этой проблеме. Данные в отношении суицидальных попыток имеются лишь в некоторых странах [1]. Следует отметить, что количество попыток самоубийства в 10-20 раз превышает число завершенных суицидов, что характеризует истинные масштабы происходящего явления [2]. При этом на каждый суицид со смертельным исходом у подростков приходится не менее 10-100 суицидальных попыток [10]. Статистика парасуицидов колеблется в значительных пределах – от 60 до 220 на 100000 населения.

В настоящее время существуют достаточно противоречивые точки зрения различных исследователей на феномен суицида и вызывающие его причины [1, 5]. Тем не менее, большинством суицидологов признается, что суицидальное поведение имеет многофакторную природу, в которой социально-демографические и клинко-психологические факторы играют достаточно значимую роль [3, 6, 9]. По мнению специалистов, существует связь между повышенной напряженностью защитных механизмов и выявляющейся пресуицидальной и суицидальной активностью [4, 8]. Ряд исследователей доказали, что помимо индивидуальных факторов, межличностных конфликтов и социальных предпосылок, внешние природные факторы оказывают существенное влияние на реализацию суицидального намерения [11-13]. Значительный уровень аутоагрессивных действий регистрируется при различных формах психических и поведенческих расстройств [7]. В связи с неоднозначностью точки зрения различных ученых, особый интерес представляют исследования, посвященные суицидогенезу в детско-подростковом возрасте.

Цель исследования: сравнительный анализ социально-демографических и клинико-психологических характеристик детей и подростков с завершёнными суицидами и суицидальным поведением, и выделение некоторых патогенных факторы суицидальных действий в детско-подростковой популяции.

Материал и методы.

Исследованию подверглись данные оперативной сводки правоохранительных органов за 2004 год на 41 ребенка и подростка, покончивших жизнь самоубийством (I группа) и 30 детей и подростков в возрасте от 10 до 17 лет, госпитализированных в детское отделение Челябинской областной клинической специализированной психоневрологической больницы №1 в 2012 г., в анамнезе и клинике которых было выявлено аутоагрессивное поведение в виде суицидальных попыток (II группа).

Психическая патология у 9 (22,1%) суицидентов I группы определялись различными формами девиантного поведения. Психические и поведенческие расстройства госпитализированных детей и подростков II группы диагностировались как эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающимися обычно в детском и подростковом возрасте (F90-99) у 19 (63,4%) человек, органические расстройства личности (F07,0-07,9) у 5 (16,7%) пациентов, в 3 (10,0%) случаях расстройства адаптации (F 43.2), в единичных наблюдениях – шизотипическое расстройство личности (F21,8), легкая умственная отсталость (F70,1) и нервная анорексия (F50,0).

Результаты и обсуждение.

Сравнительный анализ некоторых социально-демографических и клинико-психологических характеристик изучаемого контингента больных позволил установить, что среди суицидентов I группы было 29 (70,7%) лиц мужского и 12 (29,3%) женского пола (соотношение 2,4:1), против 6 (20,0%) мальчиков и 24 (80,0%) девочек во II группе (соотношение 1:4).

По возрастному фактору в наблюдаемых группах пациенты распределились следующим образом: 4 (9,8%) и соответственно 3 (10,0%) ребенка до 12 лет, 11 (26,8%) и 22 (73,3%) от 13 до 15 лет, и 26 (63,4%) и 5 (16,7%) подростков в возрасте 16–17 лет.

Среди обследованных I группы 33 (80,4%) подростка учились, 2 (4,8%) работали и 6 (14,8%) человек не учились и не работали. Все обследованные II группы были учащимися образовательных учреждений.

Более половины подростков (n=23; 56,1%) I группы воспитывались в полной семье, 21,9% (n=9) – матерью или отцом, в 19,5% (n=8) случаев опекались родственниками и 1 (2,6%) ребенок воспитывался в детском доме, тогда как третья часть детей и подростков II группы воспитывались в полной семье 33,3% (n=10) и в 33,3% (n=10) случаев одной матерью или отцом, 8 (26,7%) пациентов находились в детском доме, и 2 ребенка (6,7%) опекались родственниками.

Независимо от состава семьи, большинство несовершеннолетних обеих групп воспитывались в условиях гипоопеки (44,2% и 40,0%), безнадзорности (23,4% и 20,0%), эмоциональной депривации (23,4% и 26,7%) или отвержения (9,0% и 13,3%).

До совершения суицидальных действий большинство респондентов не состояли на учете у психиатра или нарколога и лишь 9 (22,1%) первой и 10 (33,3%) человек второй группы состояли на учете в психиатрическом диспансере.

Сравнительный анализ личностных особенностей по группам наблюдения показал, что для суицидентов I группы типичны шизоидные (17,1% против 3,3% во II группе;  $p<0,05$ ), сензитивно-шизоидные 31,7% против 13,3%;  $p<0,05$ ) и эмоционально-лабильные (17,7% против 3,3%;  $p<0,05$ ) черты, тогда как для пациентов психиатрического стационара характерны неустойчивые (46,7% против 17,1%;  $p<0,05$ ), сензитивные (16,7% против 12,1%), истероидные (10,0% против 4,9%;  $p<0,05$ ) и возбудимые (6,7% против 0%;  $p<0,05$ ) акцентуации характера.

В структуре способов суицидальных действий у обследованных I группы ведущими были самоповешение (95,1% против 13,3% во второй;  $p<0,05$ ), тогда как у несовершеннолетних II группы самопорезы (50,0% против 0%;  $p<0,05$ ), прием лекарственных средств (20,0% против 0%;  $p<0,05$ ), реже наблюдались падения с высоты (16,7% против 4,9%;  $p<0,05$ ), причем, алкогольное опьянение наблюдалось лишь у 3 (7,3%) человек первой и 2 (6,7%) подростков второй группы.

Анализ связи суицидов с временами года показал, что несовершеннолетние I группы в 53,6% случаев против 20,0% второй ( $p<0,05$ ) суициды совершили весной, достоверно реже суицидальные действия у них наблюдались летом (17,1% против 40,0%;  $p<0,05$ ) и зимой 12,2% против 20,0%;  $p<0,05$ ), с одинаковой частотой в обеих группах аутоагрессивное поведение отмечалось осенью (соответственно 17,1% в первой и 20,0% во второй группе).

Причинами суицидального поведения в 90,2% в первой и 73,4% случаев второй группы ( $p<0,05$ ) являлись обыденные ситуации, которые несовершеннолетними переживались как субъективно – сложные, кризисные или непреодолимые жизненные обстоятельства, касающихся отношениям с родителями. Реже причинами суицидов служили конфликты со сверстниками 9,8% и 16,7%, в единичных случаях проблемные ситуации с родственниками и учителями.

Таким образом, проведенное исследование позволило определить как общие, так и отличительные патогенные характеристики суицидального поведения у несовершеннолетних с завершёнными суицидами и суицидальными попытками. К общим характеристикам относятся: воспитание ребенка в полной тили деструктивной семье, в условиях дефицита внимания или эмоционального отвержения, совершение суицидальных действий на фоне обыденных жизненных ситуаций или конфликтов с родителями и сверстниками, которые переживались как экстремальные и субъективно значимые. У пятой части обследованных суицидальная активность наблюдалась осенью.

Типичными социально-демографическими и клинико-психологическими характеристиками несовершеннолетних с завершёнными суицидами являются лица мужского пола (70,7%) в возрасте позитивной фазы пубертата (16-17 лет), часть которых нигде не учились (14,8%), характеризующихся личностными

особенностями шизоидного, сензитивно-шизоидного или эмоционально-лабильного типов. Суицидальные акты они совершали достоверно чаще весной (53,6%) в виде самоповешенья (95,1%). Верифицированной связи суицидов с психическими расстройствами у них не отмечено.

Суицидальное поведение у подростков, госпитализированных в психиатрический стационар достоверно чаще наблюдалось у лиц женского пола (80,0%) в возрасте негативной фазы пубертатна (13-15 лет), обнаруживающих расстройства адаптации и поведения, либо резидуально-органическую психическую патологию, характеризующихся личностными особенностями неустойчивого, сензитивного, истероидного или возбудимого типов. Суицидальные попытки они совершали в летний период времени. Основными способами суицидов являлись самопорезы (50,0%), прием лекарственных средств (20,0%, реже падения с высоты (16,7%). Следует обратить внимание на своевременное выявление пресуицидальных состояний у данного контингента лиц для оказания им адекватной социально – психологической и психотерапевтической помощи.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – № 10. – С. 1557-1560.
2. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. – М.: Миклош, 2008. – 257 с.
3. Злова Т.П., Ишимбаева А.Н., Ахметолва В.В. Социально-психологические особенности незавершенных суицидов у детей и подростков // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 26-28.
4. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
5. Кривулин Е.Н. Анализ завершенных суицидов в детско-подростковом возрасте // Неврологический вестник. Медицина. – 2007. – Том XXXIX. – Вып. 1. – С. 157-158.
6. Кривулин Е.Н., Бецков А.С., Охтяркин Е.В. Социально-психологические характеристики лиц молодого возраста, находящихся в условиях социальной изоляции с наркологической патологией и аутоагрессивным поведением // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5. – С. 53-55.
7. Кривулин Е.Н., Бецков А.С., Бохан Н.А., Юркина Н.В. Клинические особенности формирования аддиктивных состояний у осужденных лиц молодого возраста с аутоагрессивным поведением // Наркология. – 2013. – № 6. – С. 57-60.
8. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-12.
9. Церковников Н.Г. Психологические особенности личности подростков, склонных к суицидальному поведению // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 24-26.
10. Apter A., Wasserman D. Suicide In Psychiatric Disorders During Adolescents // Suicide In Psychiatric Disorders. R. Tatarelli, M. Pompili et al. – NY, 2001. – P. 3-17.
11. Cornelissen G., Halberg F., Wendt H. et al. Resonance of about-weekly human heart rate rhythm with solar activity change // Biologia. Bratislava. – 1996. – № 51 (5). – P. 749-756.
12. Deisenhammer E.A. Weather and suicide: the present state of knowledge on the association of meteorological factors with suicidal behavior // Acta Psychiatr. Scand. – 2003. – Vol. 108, № 6. – P. 402-409.
13. Partonen T., Haukka J., Pirkola S. et al. Time patterns and seasonal mismatch in suicide // Acta Psychiatr. Scand. – 2004. – Vol. 109, № 2. – P. 110-115.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ И СУИЦИД

И.А. Кудрявцев

ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, г. Москва

E-mail автора: psytab.kja@serbsky.ru

Раскрыты механизмы суицидогенеза, связанного с психологическим моральным насилием. С учётом различий смыслового содержания, формы применения (открытой или скрытой) и психологической технологии реализации насилия выделены два патогенетических варианта суицидов: «морально-садистический вариант» и «индуцированный квазиальтруистический вариант».

*Ключевые слова:* суицид, психологическое моральное насилие, суицидогенез, варианты суицидов.

Проблема самоубийств по мере прогресса мировой глобализации приобретает всё большую актуальность. Количество суицидов в СНГ и за рубежом в XXI веке продолжает расти, приобретая в некоторых странах характер национальной проблемы, что во многом определяются существенным ухудшением «нравственной экологии» бытия с генерализацией морального насилия над личностью.

В зависимости от целей, средств и способов применения морального насилия, его смыслового содержания, явной или скрытой психологической технологии его осуществления и можно различать два основных варианта внешне мотивированного суицида (доведения до самоубийства):

1. Вызванный открытой, часто демонстративно-показательной моральной агрессией, унижающий личное достоинство потерпевшего, нередко в сочетании с физическим насилием («морально-садистический вариант»).

2. Основанный на скрытом внушении, направленной дезинформации и обмане тотальном контроле поведения, неосознаваемыми объектами воздействия, с циничным разрушением и асоциальной модификацией их личности под маской «духовного роста» и других выдуманных иллюзорных благ («индуцированный квазиальтруистический вариант»).

Суицидогенез первого рода достаточно хорошо известен криминалистам, судебным экспертам, уголовному следствию и суду при правовой оценке причин смерти или/и решении вопросов доведения до самоубийства. Данные литературы [1, 3] и наш личный опыт проведения Комплексных Судебных Психолого-Психиатрических Экспертиз (КСПЭ) [2] свидетельствуют, что самоубийство или попытка самоубийства чаще бывают вызваны сочетанием повторяющегося (систематического) психического насилия в форме морального унижения, в первую очередь, личного достоинства, с проявлениями физической жестокой агрессии. Решающее значение имеют моральные травмы, о чем свидетельствует характер и содержание мучительных пресуицидных переживаний: овладевающие сознанием чувства стыда, позора, неза заслуженного оскорбления и публичного унижения, потери уважения, личного престижа, морального статуса в референтной группе. Именно публичное унижение человеческого достоинства, безнаказанное глумление над системати-



чески попираемыми нравственными ценностями, моральными взглядами и национальными обычаями, не получившие своевременной защиты и поддержки со стороны общества, приводило потерпевшего к переживанию безнадежности, перманентной душевной боли и пассивной самоизоляции. Это ещё больше усиливало сужение сознания, ограничивало поиск средств выхода из психотравмирующей ситуации, формируя фатальный порочный круг генерализации и углубления деструктивных переживаний, в котором решение об уходе из жизни субъективно воспринималось потерпевшим как единственный способ прекращения мучительной моральной фрустрации.

По данным ВОЗ существует около 800 мотиваций суицида, большая часть которых имеет явную конфликтную природу и сопровождается у потенциального или/и актуального суицидента тягостными переживаниями безысходности, безнадежности, необратимого жизненного краха, тотального проигрыша всех жизненных устремлений с потерей дальнейшего смысла жизни.

Отличительной особенностью суицидов первого рода был открытый характер травмирующего взаимодействия с агрессором, где смысл и значение проявлений морального психологического насилия однозначно воспринимались как агрессором, так и потерпевшим, как намеренное ущемление (фрустрация) первым значимых личностных потребностей и личных ценностей второго. Это в течение определённого времени оставляло жертве виртуальную возможность для формирования психологической защиты, применения копинговых стратегий, апелляции к окружающим за помощью.

В связи с этим анализ смысловой сферы лица с суицидогенезом первого рода позволял выявить 5 основных обобщённых типов личностных смыслов (мотивов) самоубийств.

1. Протест. Смысл суицида выражает последнее возражение, несогласие со сложившимися обстоятельствами, условиями существования.

2. Призыв. Смысл суицидального поведения в этих случаях состоит в активации реакций окружающих для изменения ситуации в желательную сторону, привлечении общественного внимания к тяжёлым или/и несправедливым личным обстоятельствам, в самореабилитации, формировании посмертного сочувствия к себе, раскаяния у окружающих.

3. Избегание. Смысл суицидального поведения заключается в устранении себя от непереносимой угрозы своему существованию как личности, социальному и биологическому индивиду, от ожидаемых неизбежных мук, потерь, физических и душевных страданий.

4. Самонаказание. Смысл суицидов такого рода имеет разные оттенки: "уничтожения в себе врага" или "искупления вины". Их общая содержательная формула: "никогда не прощу себе".

5. Отказ. Смыслом суицидального поведения является полная капитуляция перед обстоятельствами, отказ от существования в невыносимой ситуации, нередко с глобальным переосмыслением отношения к миру как источнику всяческого зла, избавление от бытия в котором есть благо.

Иная феноменологическая картина и механизмы её развития имеют место при суицидах второго рода — «индуцированном квазиальтруистическом варианте», который был типичным для адептов тоталитарных сект. Во всех этих случаях имели место следующие принципиальные атрибутивные признаки, позволяющие надёжно дифференцировать этот тип.

1. Бесконфликтность сознания и ситуации ухода из жизни.

2. Неосознаваемость жёсткого контроля над своим сознанием со стороны харизматического лидера секты, не понимание истинного смысла психологических приёмов (технологии) манипулирования их сознанием, мышлением, эмоциями и поведением, практикуемыми для этого в секте.

3. Глубокое нарушение критического отношения к реальной действительности, к деструктивным изменениям собственной личности.

4. Утрата рефлексии своих психических регулятивных процессов, способности самостоятельно управлять своим поведением, принимать независимые важные решения, совершать поступки.

Таким образом, психологическое, в первую очередь моральное насилие в зависимости от открытой или скрытой формы его реализации может проявляться в двух принципиально разных механизмах суицидогенеза, определяющие два патогенетически разных типа суицидов: «морально-садистический вариант» и «индуцированный квазиальтруистический вариант». Их дифференциация имеет важное социальное значение в связи с различной несопоставимой по масштабам опасностью, разными средствами превенции и поственции, принципиально разными способами первичной профилактики и реабилитации лиц с незавершёнными суицидами.

Литература:

1. Бородин С.В. Уголовная ответственность за доведение до самоубийства. — М., 1986.
2. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. — М.: Издательство МГУ, 1999. — 457 с.
3. Полищук Ю.И. Духовное измерение в психиатрии. — М.: 2010. — 142 с.

## **НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ С ПОВЫШЕННОЙ СУИЦИДАЛЬНОЙ ГОТОВНОСТЬЮ**

*Н.И. Куценко*

Тюменская ОКПБ, г. Тюмень

Профилактика самоубийств основывается на оценке суицидального риска [5, 13]. На этапе диагностики важны: выявление депрессии в общесоматической практике [6, 11], анализ клинических форм, факторов риска [3, 7, 15] и сдерживающих антисуицидальных компонентов [1, 19]. Важное значение имеют отношение общества и медицинских работников к этим состояниям [9, 12, 16].

В большинстве случаев суицидальные риски оцениваются в группах психически больных [8, 18], хотя в соматической клинике частота аутоагрессивных проявлений весьма высока [4]. Данные литературы свидетельствуют о том, что соматические детерминанты (боль, одышка, способность самообслуживания и др.) являются значимыми факторами, потенцирующими суицидальную активность [2, 4]. Социальные составляющие, психологический климат в семье и отношение ближайшего окружения в этих условиях могут оказывать как превентивное, так и просуицидальное влияние [10, 14, 17].

В этом отношении одними из наиболее уязвимых являются больные рассеянным склерозом. Прогрессирующее развивающееся заболевание, сопровождающееся органическим поражением нервной системы, в большинстве случаев ведет не только к соматической, но и профессиональной, социальной и психологической дезадаптации. Негативное влияние всех этих факторов может поддерживать высокий суицидальный риск.

Цель исследования: изучить ведущие социально-психологические характеристики больных рассеянным склерозом, проявляющих суицидальную активность.

Материал и методы:

Обследовано 154 больных рассеянным склерозом (женщины – 64,9%; мужчины – 35,1%; возраст от 16 до 65 лет; средний –  $38,2 \pm 4,9$  лет), у которых при психопатологическом обследовании различные формы суицидальной активности [3].

Состав группы сравнения – 60 больных рассеянным склерозом, не имеющих суицидальных тенденций, подбирался по полу и возрасту в соответствии с составом основной группы.

Методы исследования: клинический, клинко-психопатологический, анамнестический.

Результаты и обсуждение:

Было установлено, что в целом уровень образования больных основной группы достоверно не различался с группой сравнения. Почти половина имели среднее (44,8%), а 20,8% среднее специальное образование, 14,9% окончили ВУЗ. В группе сравнения среднее образование имели 48,3% больных, среднее специальное – 21,7%, высшее – 16,7%. Это нашло свое отражение и в профессиональной деятельности. Профессиональный уровень больных обеих группы до развития рассеянного склероза был достаточно высоким, и достоверно не различался. В основной группе преобладали служащие (31,8%) и лица, занимающиеся квалифицированным рабочим трудом (29,9%). В группе сравнения эти показатели отличались незначительно (31,7% и 36,7% соответственно). В основной группе был выше процент лиц, занимающихся интеллектуальным трудом (14,4%), при несколько меньшей частоте неквалифицированного труда (13,3%).

При оценке жилищных условий было установлено, что большинство лиц основной группы (83,1%) и группы сравнения (90,0%) имели отдельную квартиру или собственный дом. Остальные проживали в общежитии (основная – 13,0%; сравнения – 10,0%). Лишь единичные больные снимали жилплощадь (основная – 3,9%), что, в целом, отражает общие тенденции обеспечения жильем в популяции, и в группах достоверно не различается.

Минимальные различия в группах выявлялись и в семейном положении обследуемых лиц. При анализе полученных данных обращает внимание тот факт, что лишь половина больных обеих групп состояли в браке (основная – 52,6%; сравнения – 48,3%). Остальные пациенты или развелись (основная группа – 23,4%; сравнения – 26,7%) или вообще не создавали семью (основная – 23,4%; сравнения – 26,7%). Это отражалось и на условиях совместного проживания пациентов. Лишь 48,1% больных основной группы и 46,7% группы сравнения проживали с женой / мужем. Почти такое количество, с детьми и/или другими родственниками (основная – 41,5%; сравнения – 46,7%). Число лиц, проживающих в одиночестве, составляло в основной группе 8,4%, в группе сравнения – 5,0%.

При анализе условий развода и проживания было установлено, что у подавляющего большинства пациентов расторжение брака пришлось на период заболевания, которое и являлось наиболее частой основой распада семьи. Сравнимые цифры, полученные в обеих группах, могут указывать на общую тенденцию, характерную для всех больных рассеянным склерозом. Это можно проследить и в динамике влияния заболевания на отношение близких к больным, проживающим с семьями. Было отмечено, что именно отношение близких к пациенту имеет достоверную связь с суицидальным поведением. Так более половины больных основной группы указывали, что в условиях заболевания увеличилось количество конфликтов с родными (56,0%), а в 13,4% случаев это способствовало изоляции больного, ограничению его общения с другими членами семьи, детьми. В группе сравнения, напротив, частота этих показателей была достоверно ниже (35,1% и 1,7%). Одновременно у лиц без суицидальной активности отмечалось достоверное преобладание более позитивных типов реакций семейного окружения: 21,1% считали, что болезнь способствовала сплочению семьи, а 35,1% отметили, что заболевание никак не повлияло на семейные отношения (основная – 5,7% и 20,6%;  $P < 0,05$ ). Такие реакции были характерны для семей, в которых изначально присутствовали гармоничные отношения, что и способствовало проявлению более адаптивных реакций со стороны ближайшего окружения. В группе сравнения частота спокойных, доброжелательных отношений с близкими достоверно превышала (40,3%;  $P < 0,05$ ) аналогичный показатель основной группы (14,9%), в которой, напротив, преобладали конфликты, нарушающие единство семьи (13,5%;  $P < 0,05$ ).

Как показали исследования, мотивы конфликтов чаще были обусловлены рассеянным склерозом, его соматическими и социальными последствиями. Немаловажное значение имел и уровень доходов семьи, тем более, что лишь 14,9% больных основной группы и 20,0% лиц группы сравнения указывали на хорошее материальное положение. В каждой третьей семье (основная – 36,4%; сравнения – 30,0%) расценивали его как неудовлетворительное. Достоверных различий в исследуемых группах выявлено не было, что может так же указывать на общую тенденцию, характерную для семей, имеющих больных тяжелым соматическим заболеванием.

Выводы. Таким образом, обобщая приведенные выше данные, можно сделать вывод о том, что у большинства больных рассеянным склерозом в период прогрессирования заболевания выявляются признаки социальной дезадаптации. При этом у лиц с суицидальным поведением, регистрируется достоверно большее число конфликтов, нарушающих единство семьи, нередко способствующих изоляции больных, при одновременном снижении показателей гармоничных отношений с близкими. Полученные результаты исследования свидетельствуют о необходимости вовлечения в процесс психокоррекционной работы близких пациентов.

Литература:

1. Вагин Ю.Р. Корни суицидальной активности // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 3-10.
2. Зотов П.Б. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей онкологов // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 18-25.
3. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
4. Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 5-6.
5. Кожевникова Т.А., Кожевников В.Н. Методы оптимизации профилактики суицидального поведения // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 69-71.
6. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 48-56.
7. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3-11.
8. Логутенко Р.М., Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных шизофренией с религиозным бредом // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 4-5. – С. 54-55.
9. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 14.
10. Михайловская Н.В. Некоторые социально-психологические характеристики больных наркоманиями, проявляющих суицидальную активность // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 5. – С. 52-53.
11. Неклюдова И.Е., Осеева А.П. Депрессии в амбулаторно-поликлинической практике врача-невролога // Академический журнал Западной Сибири. – 2007. – № 1. – С. 16-17.
12. Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А. Представления общества о больных депрессией и суициде // Академический журнал Западной Сибири. – 2009. – № 6. – С. 25-26.
13. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-13.
14. Приленский Б.Ю., Родяшин Е.В., Приленская А.В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49-51.
15. Розанов В.А. Гены и суицидальное поведение // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 3-14.
16. Руженков В.А., Руженкова В.В. Отношение медицинских сестёр психиатрической больницы и факультета высшего медицинского образования к суицидентам, как отражение социальной стигматизации // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 63-68.
17. Семке В.Я., Бохан Н.А. Транскультуральная аддиктология. – Томск, 2008.
18. Спадерова Н.Н., Горохова О.В., Зотов П.Б. Суицидальное поведение лиц, совершивших преступления против жизни и здоровья, находящихся на амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе в ТОКПБ в 2012 году // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – № 1. – С. 117-119.
19. Якушева М.Ю. Суицидальное поведение: перспективы превентивной диагностики // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 59-60.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ «СИГНАЛ» В ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

С.В. Лубсанова, В.А. Дубанова

Бурятский ГУ, г. Улан-Удэ

E-mail авторов: vdubanova@mail.ru

В работе представлены результаты исследования склонности суицидального поведения у лиц молодого возраста с учетом этнокультурального фактора (на примере Республики Бурятия).

*Ключевые слова:* суицидальное поведение, этнокультуральные факторы.

Суицидальная ситуация в России продолжает оставаться неблагоприятной [3]. По данным Бурстата уровень частоты самоубийств в Республике Бурятия в 2008 г. составил 73,3 случая на 100000 населения. При этом среди городского и сельского населения данный показатель составил 93,4 и 56,9 соответственно. За последние 2 года в Бурятии отмечается тенденция к снижению частоты суицидов: до 62,9 случаев в 2012 году и 58,7 случаев в 2013 году на 100000 населения.

В связи с такой неблагоприятной суицидальной ситуацией в Бурятии становится актуальным изучение аутоагрессивной активности среди молодежи [2]. Особый интерес представляют этнокультуральные факторы. По мнению Б.С. Положего, монгольской (буряты, калмыки) этнической группе и малочисленным народам Севера Сибири и Дальнего Востока (эвенки, эвены и др.) свойственно «достаточно терпимое, а в ряде случаев, даже одобрителное отношение к суициду». Анализ канонической литературы в рамках изучения проблемы отношения буддистов к суициду, проведенный А.А. Базаровым, показывает, что в буддизме часто повторяется мысль о том, что пока она, эта человеческая жизнь, есть, использовать ее необходимо в наибольшей степени (т.е. практиковать буддизм) – чем больше, тем лучше. Если человек решает свести счеты с жизнью, у него нет никакой гарантии, что сейчас он облегчит страдания, а следующая жизнь будет удачной и благополучной. Следовательно, трудно утверждать, что буддийская идея реинкарнации в какой-то степени влияет на суицидальную ситуацию среди бурят без фундаментального комплексного исследования данной проблемы [1].

Нельзя оставить без внимания и такой феномен как «аккультуризация», сопровождавшийся в Бурятии частичным разрушением базисной культуры, обесцениванием ее морально-этнических норм, обычаев, привычек. При отсутствии ясного чувства идентичности обнаруживаются такие негативные состояния, как пессимизм, апатия, чувство беспомощности и безнадежности.

Таким образом, психическое здоровье, а именно предрасположенность к реализации суицидального поведения бурят зависит от многих культуральных факторов: исторических особенностей существования нации, её доминирующих религиозных убеждений, системы отношений в семье, подходов к воспитанию детей, национальных обычаев, традиций, ритуалов, ценностных ориентации.

Целью нашего исследования явилось выявление склонности к суицидальному поведению у лиц молодого возраста с учетом этнического фактора. Мы предполагаем, во-первых, что у молодых людей бурятской национальности склонность к суицидальному поведению имеет большую степень выраженности, чем у представителей молодежи русской национальности; во вторых, что у испытуемых с выраженной степенью безнадежности по шкале Бека, склонность к суицидальному поведению выше, чем у здоровых испытуемых. Выборку испытуемых составили студенты Бурятского государственного университета в количестве 44 человек (из них 22 человека русской и 22 человека бурятской национальностей).

Для достижения поставленной цели были использованы следующие методики: шкала безнадежности Бека и методика «Сигнал».

Результаты, полученные по шкале безнадежности Бека, показывают, что из общего числа испытуемых 28,9% испытывают легкую безнадежность. Сравнивая показатели по данной шкале среди испытуемых бурятской и русской национальности можно сделать вывод о том, что процент выраженности легкой безнадежности у респондентов бурятской национальности составляет 36,6%, у респондентов русской национальности несколько ниже и составляет 25% от общего числа каждой выборки. Можно сделать вывод о том, что испытуемые бурятской национальности негативно оценивают свою перспективу на настоящее и будущее.

Оценка достоверности различий между сравниваемыми группами произведена с использованием *t*-критерия Стьюдента. Различия выраженности безнадежности по шкале Бека у респондентов в группе бурятской и русской национальности расценены как статистически незначимые при  $p \leq 0,05$ ;  $t_{\text{мп}} = 0,9$ . Соответственно, мы не можем утверждать, что испытуемые бурятской национальности отличаются большей депрессивностью по сравнению с испытуемыми русской национальности.

Результаты исследования по методике «Сигнал» показали, что среднее время реакции на предложения с суицидальным содержанием у испытуемых бурятской национальности выше (0,89), чем у представителей русской национальности (1,04). Выраженного снижения резервов внимания при переработке информации суицидального характера у представителей обеих групп не выявлено.

Рассмотрим показатели суицидального риска у тех испытуемых, у которых выявился уровень легкой депрессивности по шкале Бека. Средние показатели суицидального риска у них соответствуют нормативным значениям. По сравнению с группой здоровых лиц, у групп с выраженной легкой депрессии показатели суицидального риска не имеют достоверных различий. Наша гипотеза о том, что у испытуемых с выраженной степенью безнадежности по шкале Бека, склонность к суицидальному поведению выше, чем у здоровых испытуемых, статистически не подтверждается.

Таким образом, результаты нашего исследования показывают незначительную разницу показателей суицидального риска у представителей молодого поколения бурятской и русской национальности. Поэтому мы

не можем сказать, что буряты, несмотря на данные теоретических исследований о том, что им свойственны такие негативные состояния, как пессимизм, апатия, чувство беспомощности и безнадежности, чувство выраженного психологического дискомфорта, они склонны к суицидальному поведению. Данная тема остается актуальной и требует дальнейшего комплексного исследования.

Литература:

1. Базаров А.А. Буддийская каноническая литература о суициде // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы суицидологии: проблемы и пути их решения в Республике Бурятия» в рамках форума «Здоровый образ жизни: практика и внедрение, принцип жизни». – Улан-Удэ, 2010.
2. Лубсанова С.В., Базаров А.А. Суицид и религия // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы суицидологии: проблемы и пути их решения в Республике Бурятия» в рамках форума «Здоровый образ жизни: практика и внедрение, принцип жизни». – Улан-Удэ, 2010
3. Положий Б.С. Этнокультуральный аспект суицидального поведения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 76-79.

## СИСТЕМНЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

С.Э. Медведев, В.Г. Бутыма

СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург

E-mail авторов: sem2001@bk.ru

Современная профилактика подростковых суицидов требует системной организации взаимодействия специалистов работающих в сфере социальной и психологической помощи и модернизации службы психического здоровья с активным участием самих пациентов и их социального окружения.

*Ключевые слова:* суицид, психотерапия, системный подход, профилактика.

Системная теория утверждает, что любое поведение в присутствии другого является коммуникацией. Таким образом, акты агрессии и аутоагрессии так же являются коммуникационными актами. Очевидной трудностью анализа случаев завершенного суицида является отсутствие возможности контакта с суицидентом. Недостаточная информированность части населения и некоторых социальных институтов, приводит к формированию негативного и нетолерантного отношения к их семьям. В связи с тем, что имеется устойчивая тенденция обвинения семьи, родители и близкие суицидента зачастую не получают поддержки и даже становятся объектами упреков и подозрений. В настоящее время часто практика необоснованного возбуждения уголовных дел, приводящая к блокированию контактов членов семьи с помогающими службами и препятствующая получению достоверной психологической информации.

По данным Генпрокуратуры РФ (<http://svpressa.ru>) 62% самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, конфликтами с учителями. То есть проблемы возникают в отношениях со взрослыми людьми. Из-за конфликтов со сверстниками и по любовным причинам дети кончают с собой в

13,6% случаев. Еще реже причиной становится конфликт с одноклассниками.

Нами был проведен анонимный опрос 54 помогающих специалистов (7 психотерапевтов, 19 психологов и 28 социальных педагогов).

Было предложено два вопроса:

– В чем причина?

– Что делать?

Ответы распределились следующим образом. Причины видели в семье 25%, в отношениях с другими взрослыми – 37,5%, в личности ребенка – 25%, а в трудностях отношений со сверстниками – 12,5%.

Предложения по поводу преодоления сложившейся ситуации объединялись в аналогичные группы. Предлагалось работать с семьей в 16%, с отношениями со взрослыми внешнего окружения в 24%, с личностью ребенка в 52%, а с трудностями отношений со сверстниками – 8% ответов.

Обобщая результаты можно отметить характерную тенденцию, отражающуюся в реальной практической деятельности помогающей службы. В оценке причин помогающие специалисты близки к статистике генпрокуратуры: основную часть трудностей в жизни детей составляют отношения со взрослыми, как внутри семьи, так и во внешнем окружении. Парадоксально, акцент в работе, направленной на преодоление трудностей и профилактику суицидального поведения будет сделан на коррекцию личности ребенка.

В отечественной практике широко применяется лечение детей до 15 лет в закрытых стационарах. По официальной статистике сроки госпитализации составляют в среднем до 60-70 дней. Круглосуточное наблюдение гарантирует безопасность жизни ребенка, но может приводить его к формированию экстернатного локуса контроля. Отсутствие активной вовлеченности родителей в процесс преодоления трудностей взаимодействия с «проблемным» ребенком приводит к формированию у них обученной беспомощности.

Следует также предположить снижение информативности данных инструментальных исследований, получаемых в условиях закрытого стационара.

Выводы. Представляется необходимым:

– организовать системное взаимодействие помогающих специалистов;

– отработать механизмы психологической помощи и профилактики эмоционального выгорания психолого-педагогического состава психолого-педагогических учреждений;

– создать систему эффективного общественного контроля над деятельностью закрытых психиатрических учреждений с последующей их модернизацией в современном реабилитационном формате.

Литература:

1. Бейтсон Г. Экология разума: избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии: пер. с англ. – М.: Смысл, 2000. – 476 с.
2. Вилкен Ж.П., Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Пер с англ. И. Темирбулатова, Д. Шукурова. – Глобальная инициатива в психиатрии. – 2011. – 296 с.
3. Кошобинский А.П., Гусева О.В. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. – СПб.: СпецЛит. 2013. – 287 с.
4. Медведев С.Э., Кошобинский А.П. Биопсихосоциальная реабилитация при психических расстройствах (системные и трансгенерационные аспекты) / Трансляционная медицина – инновационный

путь развития психиатрии: тезисы конф. 19-21 сентября 2013 г. / Под ред. Проф. Н.Г. Незанова, проф. В.Н. Краснова. – Самара, 2013. – С. 70-71.

5. Назаретян А.П. Цивилизационные кризисы в контексте универсальной истории (Синергика – психология – прогнозирование). – М.: Мир, 2004. – 368 с.
6. Шлиппе А. фон, Швайтцер Й. Системные интервенции. – СПб.: Издательство Вернера Регена. Немецкая школа коучинга и медиации; Gera: VWR-Verlag, 2013. – 184 с.
7. Seikkula J., Olson M.E. Family process. – FPL. – 2003. – Vol. 42, № 3. – С. 404-418.

## ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ

А.В. Меринов, Д.И. Шустов

Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

E-mail авторов: merinovalex@gmail.com

Статья посвящена изучению ряда особенностей клинического течения заболевания, в частности, алкогольного абстинентного синдрома у стационаризованных пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, имеющих и не имеющих суицидальную активность. Обнаружено, что суицидальную группу, в значительно более выраженной степени, характеризуют большая прогрессивность заболевания, а также депрессивный тип алкогольного абстинентного синдрома.

*Ключевые слова:* алкоголизм, суицидология, алкогольный абстинентный синдром.

Россия по последним данным относится к странам с высоким уровнем суицидальной активности населения, без тенденции в настоящем к его снижению [7]. Одним из основных направлений превентивной суицидологии, является поиск критериев суицидальных групп риска, попытки выделения психологических «портретов» самоубийц [1, 4].

Несомненной группой риска, по мнению большинства авторов являются больные хроническим алкоголизмом [3, 5, 6]. В данной субпопуляции масса суицидальных попыток составляет от 5 до 76 %, из них 6-21% завершённых. В общей совокупности лиц, покушавшихся на самоубийство, больные хроническим алкоголизмом составляют до 65%.

В данном исследовании мы попытались изучить некоторые особенности клинического течения хронического алкоголизма, в особенности, алкогольного абстинентного синдрома (ААС), как феномена, наиболее часто провоцирующего суицидальное поведение. Исследование проводилось в группах стационаризованных больных хроническим алкоголизмом мужского пола с суицидальными тенденциями – первая группа (n=26) и без таковых – вторая группа (n=183).

Целью работы явился поиск возможных предикторов суицидальности в клинической картине и особенностях ААС у больных хроническим алкоголизмом.

Количество пациентов с суицидальными попытками составило 12,5%, что ниже показателей приводимых в других исследованиях. Это связано, возможно, с неучтенностью в нашей работе довольно значительной группы больных алкоголизмом, совершивших завершённый суицид.

Прогрессиентность течения была в целом схожа в обеих группах, с тенденцией к более злокачественному течению в первой группе. Атипичная прогрессиентность (в частности, гретеровская форма шизофрении) достоверно чаще встречается во второй группе ( $p < 0,05$ ). Достоверно реже в первой группе встречается наследственная отягощенность алкоголизмом по линии матери ( $p < 0,05$ ), при значительной наследственной отягощенности вообще.

Особенностью ААС в первой группе явилась тенденция к преобладанию в клинической картине психического компонента, представленного в основном депрессивным синдромом ( $p < 0,05$ ), что еще раз подтверждает общеизвестную роль депрессий в генезе суицидального поведения.

Не было обнаружено отличия в степени психопатизации при ААС, уровне представленности тревожно-параноидного компонента, агрипнии, астенического и ипохондрического синдромов.

Интересно так же отметить, что такое характерное проявление ААС как тремор, практически не обнаруживается в клинической картине абстиненции у больных первой группы ( $p < 0,05$ ), при этом, другие соматоневрологические симптомы, такие как кардиогастральный, цефалгический, судорожный представлены в обеих группах равномерно.

Обнаружена тенденция к накоплению у пациентов первой группы атипичных симптомов органического круга, при одинаковой представленности атипичных симптомов эндоморфного типа, что может быть связано с относительным высоким накоплением серьезных черепно-мозговых травм в первой группе.

Таким образом, в нашем исследовании клинические характеристики ААС незначительно отличались в обеих исследованных группах. Похожими были возрастной и семейный состав обследованных. Можно лишь говорить о незначительной склонности больных первой группы к большей прогрессиентности заболевания. Яркий депрессивный синдром в клинической картине ААС определял наибольший суицидальный риск в первой группе больных, что делает ее схожей с лицами с высокой аутоагрессивностью вообще [2, 8].

Бросается в глаза отсутствие в клинической картине ААС тремора, при субъективно очень тяжело переживаемом похмелье.

Неблагоприятным, на наш взгляд, является сочетание в ААС выраженной депрессивной симптоматики с отсутствием тремора при объективной и субъективной тяжести синдрома, у больных с наличием жалоб органического круга.

Литература:

1. Аминов Х.А., Имамов Ш.А., Дусов А. Некоторые данные о связи между личностными особенностями больных хроническим алкоголизмом и характером суицидальных действий // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 27-28.
2. Васильев В.В., Ковалев Ю.В., Имашева Э.Р. Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. – 2014. – № 1. – С. 30-34.
3. Ворошилин С.И. Алкогольный фактор среди причин роста самоубийств в СССР и в постсоветских государствах // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 23-33.
4. Емяшева Ж.В., Розанов В.А., Мидько А.А. Некоторые психологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку

на фоне алкогольной зависимости // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 29-37.

5. Зотов П.Б., Уманский М.С. Суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста в условиях синдрома отмены алкоголя (на примере Юга Тюменской области) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 41-48.
6. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-39.
7. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 3-11.
8. Селедцов А.М., Кокорина Н.П., Москвина Я.В. Депрессивные состояния и суицидальные тенденции в клинике алкоголизма // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 44-45.

## СОЧЕТАННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ БОЛЬНЫМИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Н.В. Михайловская

Тюменский ОНД, г. Тюмень

Обследовано 347 человек опийной наркоманией с суицидальным поведением (основная группа) и 74 наркозависимых, не имеющих суицидальных тенденций (контроль). Установлено, что в течение сформировавшейся наркотической зависимости 29,4% больных основной группы периодически прибегали к употреблению алкоголя, а 2% принимали его суррогаты. В контрольной группе – 8,2%. Сочетанный прием других наркотических веществ – среди лиц с суицидальным поведением – 23,3%, в контрольной группе достоверно меньше – 8,1%, что позволяет отнести факт потребления ПАВ к фактору риска суицидальной активности. Делается вывод о том, что это может указывать на большую подверженность рисковому поведению и более выраженную социально-психологическую дезадаптацию лиц с суицидальной активностью.

*Ключевые слова:* наркомания, суицид, алкоголь.

В России, несмотря на регистрируемое снижение, как в целом по стране, так отдельных регионах [6, 17] показателей смертности от внешних причин, самоубийства являются одной из важнейших медико-социальных проблем [14, 15]. Современные направления профилактики суицидов включает работу по выявлению групп повышенного риска, учет наиболее суицидоопасного контингента, меры психологической и медикаментозной коррекции [7, 12, 13, 19].

К одной из наиболее суицидоопасных категорий относят больных наркоманиями [1, 20, 22]. Наряду с заболеваниями и травмами, самоубийства занимает значительный процент в структуре смертности среди этих лиц [2, 3]. К факторам высокой суицидальной готовности относят психологические особенности самих опийных аддиктов, ВИЧ-инфекцию и социальное неблагополучие [4, 23]. Значимое негативное влияние оказывает сочетанный прием на фоне опиатов других психоактивных веществ, в том числе алкоголь, традиционно относимый к просуицидальным агентам [5, 11, 16, 21], а так же полинаркотоксикоманию [3]. Учет этих факторов является важным условием разработки комплексных мер профилактики [9, 10, 18 и др.].

Цель исследования: оценить частоту злоупотребления больными опийной наркоманией другими

психоактивными веществами и выявить её возможную связь с суицидальным поведением.

Материал и методы.

Обследовано 347 человек опийной наркоманией, у которых при обращении за медицинской помощью выявлялись различные формы суицидального поведения [8] (основная группа исследования). Среди этих больных мужчин было 81,6%, женщин – 18,4%. Возраст пациентов составлял от 13 до 38 лет, средний – 22,1±1,8 года.

Состав контрольной группы – 74 наркозависимых, не имеющих суицидальных тенденций, подбирались по полу и возрасту в соответствие с критериями сопоставимости с основной группой.

Результаты и обсуждение.

Проведенный анализ показал (табл. 1), что в течение сформировавшейся наркотической зависимости практически каждый третий (29,4%) больной основной группы периодически прибегал к употреблению алкоголя, а 2% принимали его суррогаты. Среди причин обследуемые чаще называли вынужденное снижение дозы или воздержание от опиатов (отсутствие наркотика, невозможность его приобретения и др.), а так же целенаправленное уменьшение приема наркотического вещества. Реже – усиление одурманивающего эффекта опиатов.

Таблица 1

Частота злоупотребления больными опийной наркоманией другими психоактивными веществами

Психоактивное вещество	Основная группа		Контрольная группа	
	n	%	n	%
Алкоголь	*102	29,4	6	8,2
Другие наркотические вещества	*81	23,3	6	8,1
Токсикомании	19	5,5	2	2,7
Суррогаты алкоголя	7	2,0	--	--

Примечание: \*P<0,05 – различия достоверно значимы.

Сравнение с частотой приема алкоголя в контрольной группе выявило достоверно меньшие показатели – 8,2%, что позволяет отнести факт алкоголизации к фактору риска суицидальной активности. Схожие цифры получены и при оценке сочетанного приема других наркотических веществ – среди лиц с суицидальным поведением – 23,3%, в контрольной группе достоверно меньше – 8,1% (P<0,05). Так же обращает внимание более высокие показатели частоты применения токсикоманических средств (основная – 5,5%; контрольная – 2,7%).

Заключение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что лица, проявляющие суицидальную активность, достоверно чаще прибегают к сочетанному потреблению алкоголя и других психоактивных веществ. Это может указывать на их большую подверженность рисковому поведению и более выраженную социально-психологическую дезадаптацию. В этой связи факты приема алкоголя должны обязательно выявляться при сборе наркологического анамнеза у данного контингента больных, а так же включаться в перечень психотерапевтического кон-

троля при коррекции и профилактике суицидальной активности.

Литература:

1. Бохан Н.А., Мандель А.И., Трефилова Л.Л. Региональный профиль подросткового наркотизма: величина проблемы, мониторинг, актуальные паттерны формирования // Психическое здоровье. – 2006. – № 10. – С. 11-15.
2. Власова И.Б. Суицидальное поведение больных наркоманией // Вопросы наркологии. – 2008. – № 2. – С. 23-28.
3. Гильбурд О.А., Глотова Е.А. Полинаркотоксикомания как фактор суицидального риска // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 43-44.
4. Емяшева Ж.В. Психологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку на фоне наркотической зависимости // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 24-25.
5. Емяшева Ж.В., Розанов В.А., Мидько А.А. Некоторые психологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку на фоне алкогольной зависимости // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 29-37.
6. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
7. Зотов П.Б., Ряхина Н.А., Родяшин Е.В. Суицидологический регистр: методологические подходы и первичная документация суицидологического учета // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 3-7.
8. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
9. Кожевникова Т.А., Кожевников В.Н. Методы оптимизации профилактики суицидального поведения // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 69-71.
10. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 44-58.
11. Кривулин Е.Н., Бочкарёва И.Ю., Бецков А.С., Мингазов А.Х. Суицидальное поведение больных алкогольной зависимостью в условиях крупного промышленного города Южного Урала (г. Магнитогорск) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 37-41.
12. Кудрявцев И.А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 10-14.
13. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3-11.
14. Куценко Н.И., Курзин А.В., Зотов П.Б. Тактика курации суицидоопасного контингента в амбулаторной службе Тюменской областной клинической психиатрической больницы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 2. – С. 30-32.
15. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
16. Меринов А.В. Влияние прошлой суицидальной активности на прочие аутоагрессивные, экспериментально-психологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 58-63.
17. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 3-11.
18. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8-13.
19. Приленский Б.Ю., Родяшин Е.В., Приленская А.В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49-51.
20. Пронин С.В., Баданова Т.С., Карпачев Д.А., Пронин В.С. Особенности аутоагрессивного поведения у опийных аддиктов // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 41-42.
21. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-40.
22. Розанов В.А., Мидько А.А., Емяшева Ж.В. Некоторые особенности парасуицидального поведения на фоне наркотической зависимости // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 22-23.
23. Юшкова О.В. К вопросу о суицидальной активности больных ВИЧ-инфекцией // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 41-43.

## КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЦ ДОПРИЗЫВНОГО И ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Ю.А. Мыльникова, С.С. Наджарьян

СК психиатрическая больница №1, г. Краснодар

E-mail авторов: m\_julia@mail.ru

Клинико-психопатологическим и анамнестическим методами было обследовано 200 юношей призывного и допризывного возраста, имеющих в анамнезе аутодеструктивные действия: самоповреждающее поведение, не имеющее целью лишение себя жизни.

*Ключевые слова:* аутоагрессивное поведение, суицидальное поведение, лица призывного возраста.

В последнее время выявляется тенденция к росту подростковой агрессии, аутоагрессии и различных форм аддикций. По данным ВОЗ среди случаев нанесения себе травм, включая самоубийство, около 20% случаев приходится на подростковый и юношеский возраст [9].

Во многих европейских странах самоубийство занимает лидирующее место среди причин смерти в подростковом возрасте, в дополнение к самоубийствам немало молодых людей совершают аутоагрессивные акты без летального исхода. Последние встречаются, по разным данным в 10-100 раз чаще самоубийств, хотя точные сведения о подобных аутоагрессивных действиях отсутствуют [2].

Изменяются формы аутоагрессивной активности, её проявления и социально-психологические предикторы, клинико-психопатологические расстройства, сочетанные с саморазрушающим поведением, а в связи с этим и способность к социально-психической адаптации [6].

Существует целый ряд социальных [5, 9], культуральных [7], личностных [3], медицинских [1, 6] и других предпосылок развития психоэмоциональной дезадаптации с выходом в аутоагрессивное поведение [1, 4].

Цель исследования: выявление и комплексная оценка клинических и социально-психологических предикторов аутоагрессивного поведения лиц допризывного и призывного возраста для выработки мероприятий, направленных на снижение рисков аутоагрессивного поведения.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

- определить клиническую структуру психопатологических расстройств с учетом диагностических критериев МКБ-10;
- провести комплексную оценку биологических и социально-ситуационных факторов, влияющих на формирование аутоагрессивного поведения.

Материал и методы.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края.

С помощью клинико-патопсихологического и анамнестического методов были обследованы 200 юношей в возрасте 17-26 лет (средний –  $19 \pm 0,4$ ) с аутоагрессивным поведением в анамнезе, направленных на стационарное обследование военными комиссариатами Краснодарского края для решения вопроса о годности к военной службе.

Клинико-диагностическая квалификация выявляемой психической патологии проводилась на основании рубрик МКБ-10 «Классификация психических и поведенческих расстройств».

Достоверность полученных результатов определялась при помощи многофункционального статистического критерия углового преобразования Фишера (критерий  $\phi$  эмп).

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование выявило следующую феноменологическую картину психических расстройств: 71,0% обследуемых ( $n=142$ ) с аутодеструктивными паттернами поведения страдали эмоционально-неустойчивым расстройством личности, 14,5% ( $n=29$ ) – органическими аффективными расстройствами, у 5,0% ( $n=10$ ) была диагностирована легкая умственная отсталость, 3,0% из всей выявленной нозологии ( $n=6$ ) страдали тревожно-фобическим расстройством, неврастенией, астеническим, инфантильным и шизотипическим расстройствами личности. На период стационарного психиатрического освидетельствования 6,5% юношей ( $n=13$ ) были признаны психически здоровыми.

Данные исследования достоверно демонстрируют роль многочисленных факторов в генезе и становлении аутоагрессивного поведения лиц молодого возраста. Для каждой группы расстройств вклад факторов риска различен, математическая обработка данных позволила выявить уровень значимости этих факторов:

– развитие органических расстройств достоверно зависит ( $p < 0,001$ ) от перинатальной патологии, наличие патологически отягощенной наследственности, наличие черепно-мозговых травм.

– для формирования расстройств личности достоверно значимыми ( $p < 0,001$ ) социальные показатели с высокими значениями таких факторов как воспитание в дисгармоничных семьях, конфликты в школе, отклонения от социальных норм поведения (приводы в полицию, наличие судимостей, аддиктивное поведение, употребления алкоголя).

– в развитии умственной отсталости статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) наличие перинатальной патологии, задержка развития.

Полученные результаты определяют необходимость усиления мер первичной профилактики, направленных на предупреждение действия неблагоприятных социальных факторов, способствующих развитию психических заболеваний, а также могут служить основой для формирования групп риска и проведения профилактических мероприятий в этих группах, т.е. осуществления мер вторичной профилактики. Своевременное выявление факторов риска позволит сократить случаи аутоагрессивного поведения у лиц призывного возраста.



## Литература:

1. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии: Сборник научных трудов. – М.: Изд. МНИИ психиатрии МЗ СССР. – 1986. – С. 7–25.
2. Аптер А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи / ред. Д. Вассеман, пер. Е. Ройне // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. – М., 2005. – 208 с.
3. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. – СПб.: Еврознак, 2001. – 512 с.
4. Вагин Ю.Р. Тифоаналитическая концепция авитальной активности // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 48–49.
5. Красненкова-Кавинова И.П. Социально-философские и политико-правовые аспекты феномена самоубийства // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 12. – Политические науки. 1998. – № 6. – С. 18–33.
6. Руженков В.А., Боева А.В., Лобов Г.А. Клиническая структура психических расстройств у юношей призывного возраста с аутоагрессивным поведением // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 10–15.
7. Ertel S. Cosmophysical correlation of creative activity in the history of culture // Biofizika, 1998. – Jul-Aug. – № 43 (4). – P. 736–741.
8. Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O. et al. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – Nov. – № 62 (11). – P. 1249–1257.
9. World Health Organization. Injury: a leading cause of the global burden of disease // Geneva, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.11)

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СТИГМАТИЗАЦИИ СУИЦИДЕНТОВ СПЕЦИАЛИСТАМИ, УЧАСТВУЮЩИМИ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*В.В. Руженкова*

Белгородский ГНИУ, г. Белгород

E-mail автора: ruzhenkova@yandex.ru

Анализируется отношение к суицидентам лиц, участвующих в оказании психиатрической помощи, в административно-правовой, личной и производственной сферах. Описывается влияние личностных особенностей медицинских работников на стигматизацию суицидентов. Обсуждаются вопросы дестигматизации и повышения уровня социально-психологической адаптации лиц, пытавшихся покончить с собой.

*Ключевые слова:* суициденты, стигматизация, медицинские работники.

Актуальность проблемы отношения населения к лицам, совершившим попытки покушения на жизнь обусловлена широким распространением суицидального поведения среди различных возрастных групп и значительным преобладанием суицидальных попыток над завершенными суицидами [1, 2].

Стигматизация психически больных препятствует включению их в общественную жизнь, ухудшает социальную адаптацию и негативно сказывается на качестве их жизни [4, 6]. Существующая система оказания психиатрической помощи, в том числе и суицидентам, отягощается стигматизацией, которая приводит к тому, что уцелевшие, чувствуя себя «изгоями», отличающимися от других, стараются ограничивать социальные контакты, также как и окружающие избегают общения с ними, что ведет к социальной изоляции [5, 7]. Стигматизация учреждений, оказывающих специализированную помощь, является одной из причин низкого

уровня диагностики суицидальных тенденций на ранних стадиях развития, что приводит к низкой обращаемости населения за помощью в кризисных ситуациях, препятствует превенции суицидального поведения [3].

Целью исследования была разработка рекомендаций по оптимизации отношения лиц, оказывающих психиатрическую помощь к пациентам психиатрического стационара, совершившим суицидальную попытку.

Социологическим методом (анонимное анкетирование) опрошено 904 человека, работающих в психиатрических больницах Белгородской (Россия) и Николаевской (Украина) областей: 65 врачей-психиатров, 402 медицинские сестры и 437 человек из числа младшего медицинского персонала. В ходе исследования применялись тесты: шкала самоуважения Розенберга, шкала враждебности Кука-Мадлей и методика диагностики социальной фрустрированности Вассермана. Статистическая обработка материала проводилась при помощи критерия  $\chi^2$  для таблиц сопряженности 2x2 и корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Установлено, что почти половина респондентов – 45,4% врачей-психиатров, 47,3% медицинских сестер и 42,8% младшего медицинского персонала считают суицидентов психически больными. Около трети респондентов полагают, что общение с пациентом, пытавшимся покончить с собой, оказывает негативное влияние на психику медицинских работников.

Знакомому человеку – соседу или коллеге, который пытался покончить жизнь самоубийством, будут сочувствовать большинство врачей – 80,0% и медицинских сестер – 74,4%. Аналогичную точку зрения высказали две трети – 62,5% младшего медицинского персонала – реже, чем врачи ( $\chi^2=5,797$ ;  $p=0,016$ ) и медицинские сестры ( $\chi^2=10,076$ ;  $p=0,002$ ). К незнакомому суициденту, в отличие от знакомых, с сочувствием отнесутся менее половины респондентов каждой группы – 44,6% врачей ( $\chi^2=15,853$ ;  $p<0,001$ ), 46,0% медицинских сестер ( $\chi^2=67,536$ ;  $p<0,001$ ) и 39,8% младшего медицинского персонала ( $\chi^2=47,625$ ;  $p=0,001$ ).

Треть врачей-психиатров – 34,5%, две трети – 65,9% медицинских сестер ( $\chi^2=20,798$ ;  $p<0,001$ ) и младшего медицинского персонала – 66,4% ( $\chi^2=19,551$ ;  $p<0,001$ ) отказали бы лицам с суицидальным поведением в анамнезе выполнение сколько-нибудь ответственной работы, например, в судебном-следственных органах, врачебной сфере, Вооруженных Силах и педагогике. При этом 21,5% медицинских сестер и 36,2% младшего медицинского персонала ( $\chi^2=8,420$ ;  $p=0,004$ ) придерживаются мнения, что для ограничения в работе достаточно суицидальной попытки, а не диагностированного психического расстройства. В то же время более половины – 59,1% средних и младших – 55,3% медицинских работников рассматривают попытку самоубийства при психическом заболевании как отягчающий фактор для применения мер социального ограничения. Необходимо также отметить, что четверть – 26,0% младшего и 14,0% среднего медицинского персонала ( $\chi^2=6,911$ ;  $p=0,009$ ), считают целесообразным запретить суицидентам иметь собственных детей.

Корреляционный анализ показал, что медицинские работники, не удовлетворенные отношениями со своими супругами ( $r=0,234$ ;  $p=0,007$ ), детьми ( $r=0,293$ ;  $p=0,001$ ) и друзьями ( $r=0,252$ ;  $p=0,001$ ) полагают, что общение с суицидентами негативно влияет на их психику. Неудовлетворенность полученным образованием ( $r=0,255$ ;  $p<0,001$ ) и собственным положением в обществе ( $r=0,234$ ;  $p=0,003$ ) приводит к негативному, пренебрежительному отношению к пациентам, имевшим в анамнезе попытки самоубийства. Выявлена корреляционная взаимосвязь готовности совершения самоубийства в кризисной ситуации с низким уровнем самоуважения ( $r=0,209$ ;  $p=0,005$ ) и неудовлетворенностью отношениями с родителями ( $r=0,214$ ;  $p=0,008$ ).

Таким образом, исследование показало, что определенные личностные особенности медицинских работников влияют на их отношение к суицидентам в аспекте повышенного контроля, недоверия (большинство респондентов не позволят суициденту иметь ответственную работу) и отвержения (многие респонденты считают пытавшихся покончить с собой «слабаками» и психически больными, отказывают в ряде гражданских прав). Выявлена стигматизация суицидентов в большинстве социальных сфер специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи, что свидетельствует о генерализации стигмы суицидента и ее культуральной обусловленности. При этом врачи-психиатры склонны более лояльно относиться к суицидентам, чем средний и младший медицинский персонал. Стигматизации способствуют социальная фрустрированность и низкий уровень самоуважения. Требуется тщательный подбор кадров среднего и младшего медицинского персонала для работы в отделениях, где проходят лечение лица с психическими расстройствами, совершившие попытки самоубийства. Кроме того, целесообразно включение в программу подготовки медицинских работников, участвующих в оказании психиатрической и суицидологической помощи изучение суицидологии и психологии кризисных состояний.

## Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
2. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, №1 (10). – С. 54-61.
3. Кедровская А.С. Проблема стигматизации суицидентов, как фактор, препятствующий превенции [Текст] : материалы временных коллективов / А. С. Кедровская // Всероссийская 70-я юбилейная итоговая научная студенческая конференция им. Н.И. Пирогова, Томск, 16-18 мая 2011 г. : сб. ст. / Сиб. мед. ун-т [и др.] ; ред.: В. В. Новицкий, Л. М. Огородова. – Томск, 2011. – С. 382-384.
4. Серебрянская Л.Я. Психологические факторы стигматизации психически больных [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04; Моск. НИИ психиатрии МЗ РФ. – М., 2005. – 22 с.
5. Kreisman D.E., Joy V.D. Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature [Text] // Schizophr. Bull. – 1974. – Vol. 10. – P. 34-57.
6. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? [Text] // Lancet. – 1998. – Vol. 352, № 9133. – P. 1058-1059.
7. Sivakumar K., Wilkinson G., Toone B.K. et al. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students [Text] // Psychol. Medicine. – 1986. – Vol. 16, № 2. – P. 457-460.

## К ВОПРОСУ О СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

С.Б. Селезнёв

РГСУ в г. Анапе, г. Анапа

E-mail автора: selsb2@mail.ru

Проблема самоубийств среди молодежи приобретает всё большее значение в современной России, которая является мировым лидером по детско-подростковым суицидам. Данная проблема в последние годы является актуальной и для Краснодарского края. Анализируются причины и динамические аспекты суицидальной активности детей и подростков в Краснодарском крае и городе-курорте Анапа.

*Ключевые слова:* дети, подростки, суициды, суицидальная активность.

Самоубийство является одной из серьезных проблем современного общества и рассматривается как ведущая причина смерти практически во всех странах мира. Ежегодно из жизни посредством суицида уходят более 1 миллиона землян, а к 2020 году по прогнозам ВОЗ эта цифра может возрасти до 1,5 миллионов. Сегодняшний средний показатель завершённых самоубийств в мире составляет 15,1 на 100000 населения. При этом низким уровнем принято считать до 10, средним – 10-20, высоким – более 20 на 100000 населения. До начала 90-х годов XX века в мировой суицидальной статистике традиционно лидировала Венгрия (до 37 суицидов на 100 000), а к началу XXI века стабильное первенство перешло к странам Балтии и Восточной Европы, где наивысший уровень суицидов был зафиксирован в Литве (46,5 на 100000). Общероссийские показатели по завершённым суицидам в этот период также были весьма высокими (на уровне 40 на 100000 населения), а в Краснодарском крае даже превышали средние по России значения (42,2 на 100000). Сегодняшним лидером по суицидам является Швеция – одна из самых социально благополучных стран мира.

До недавнего времени считалось, что наиболее суицидоопасными являются три возрастных периода: юношеский (15-24 года), средний (45-50 лет) и особенно старческий (после 70 лет). Но за последние 20 лет учёные отмечают отчётливое «омоложение суицида»: самоубийство становится второй-третьей ведущей причиной смерти среди 15-24-летних молодых людей в США, Швеции, Австрии, Швейцарии, Германии, Голландии, Англии, Австралии, Японии и других развитых странах.

Современная Россия в этом плане не только не является исключением, но и даже лидирует по количеству детских и подростковых самоубийств в Европе. По данным ВОЗ, в нашей стране ежегодно заканчивают жизнь самоубийством около 200 детей и 1,5 тысячи подростков. Суициды обуславливают примерно 12% общей летальности в детско-подростковой возрастной группе. Уточнённые данные государственной статистики в России свидетельствуют, что частота суицидальных действий среди молодежи за последние 20 лет удвоилась и составляет сегодня 12,7% от общего числа умерших от неестественных причин. Но эти данные

могут быть занижены, когда не удается отличить самоубийства от несчастного случая.

В большинстве случаев суициды совершают вполне нормальные, психически здоровые дети и подростки – 80%, и лишь 20% – относятся к группе психически больных. Анализ обстоятельств и причин самоубийств несовершеннолетних, проведенный Генеральной Прокуратурой России, показывает, что 62% этих суицидов связано с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих. Единственным «утешительным» обстоятельством является то, что по статистике лишь 10-15% детско-подростковых суицидальных попыток являются завершёнными, и в большинстве случаев имеют целью привлечь внимание окружающих (друзей, родителей, педагогов) к своим психологическим проблемам.

Специальные социально-психологические исследования, проведенные в конце 90-х, указывают на преобладание у молодых людей следующих суицидальных мотивов:

- 1) переживание обиды, одиночества и непонимания;
- 2) действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделённое чувство и ревность;
- 3) чувство вины, стыда, оскорблённого самолюбия;
- 4) боязнь позора, насмешек, унижения;
- 5) страх наказания, нежелание извиниться;
- 6) любовные неудачи, нелепые вспышки разочарования;
- 7) чувство мести, злобы, протеста, угроза, вымогательство;
- 8) желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, уйти от трудной ситуации;
- 9) сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов.

Мы проанализировали основные причины и динамические аспекты суицидальной активности у детей и подростков Краснодарского края и отдельного муниципального образования города-курорта Анапы за последние 10 лет. Главная особенность этой динамики по Краснодарскому краю такова: в 2004 г. было зафиксировано 93 суицида (30 – завершённых и 63 – незавершённых); в 2005 г. – 127 (33 – завершённых и 94 – незавершённых). С этого периода до начала 2012 года количество завершённых суицидов в крае находилось на уровне 25-30 в год, а количество незавершённых неуклонно увеличивалось (до 200 случаев в год).

В частности, за период 2007 года в Краснодарском крае было зафиксировано 196 суицидальных попыток у детей и подростков, среди которых 170 (86,7%) незавершённых и 26 (13,3%) завершённых суицида. Среди завершённых суицидов было 4 детей (15,4%) и 22 подростка (84,6%). Большинство смертей в результате завершённых суицидов было зарегистрировано в Темрюкском районе (n=3), а также в Анапе, Брюховецком, Лабинском, Мостовском, Новокубанском районах и г. Сочи (по 2 случая). Типология завершённых суицидов была представлена в основном повешением 22

(84,6%), падением с высоты – 2 (7,7%), медикаментозным отравлением и огнестрельным ранением в грудь – по 1 случаю.

Среди незавершённых суицидов преобладали медикаментозные отравления – 141 (82,9%), реже наблюдались вскрытие вен – 20 (11,7%), отравление алкоголем и наркотиками, попытки повешения – по 3 случая (1,8%).

Среди суицидентов 2007 года по возрасту значительно преобладали подростки 15-17 лет – 160 человек (81,6%), что было характерно как для завершённых – 22 (84,6%), так и для незавершённых суицидов – 138 (86,3%). Необходимо отметить, что среди незавершённых суицидов преобладали девочки – 139 человек (81,8%), а среди завершённых мальчики – 18 человек (69,2%).

Основными причинами их суицидального поведения были: конфликтные отношения в семье, школьные конфликты, авторитарные методы воспитания родителей, педагогов, насилие, отвержение, пьянство родителей, ссоры с друзьями, неразделённая любовь, унижение и другие. Вместе с тем, в последние 2 года в Краснодарском крае наблюдается позитивная динамика снижения суицидальной активности населения. В частности, по сравнению с 2012 годом смертность населения от суицидов снизилась на 4,7%, а среди молодёжи этот показатель уменьшился на 3,2%.

Сопоставимые с краевыми, тенденции суицидальной активности детей и подростков характерны и для города-курорта Анапы, где показатели завершённых и незавершённых суицидов до 2011 года также имели схожую динамику: количество незавершённых суицидов находилось на уровне 7-10 случаев в год, а завершённых – 1-2 случая. Анализ типологии завершённых суицидов указывает на преобладание повешения (до 100%) и падения с высоты (до 50%), а незавершённых – на преобладание медикаментозных и смешанных отравлений (до 80-85%). Пик молодёжной суицидальной активности в Анапе, как и по краю в целом, пришёлся на период 2008-2011 гг., а с 2012 г. стала наблюдаться тенденция к её снижению.

В заключении следует подчеркнуть, что с периода 2007 года руководством Краснодарского края активно проводится молодёжная политика, направленная на сохранение здоровья детей и подростков, защиту их прав и свобод, борьбу с беспризорностью и безнадзорностью, семейным насилием и социальным сиротством, развитие детского и юношеского спорта и туризма, что уже приносит в последние годы вполне ощутимые результаты практически во всех сферах жизни кубанской молодёжи и находит отражение в тенденции к снижению её суицидальной активности.

#### Литература:

1. Амбрумова А.Г. Клинико-психологическое исследование самоубийств // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – № 4. – С. 65-72.
2. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этно-культуральные особенности суицидального поведения // Этно-культуральная психиатрия. – М., 2003. – С. 269-371.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд / Пер. с франц. – СПб., 1998.
4. Красильников Г.Т., Косенко Н.А., Мишин Н.А. Нить Ариадны: профилактика суицидов в молодом возрасте. – Ейск-Краснодар: Советская Кубань, 2011. – 133 с.

5. Письмо Департамента здравоохранения Краснодарского края главам муниципальных образований от 19.03.2008 г. №48.04-111-1/08-14.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ВОЗРАСТНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СУИЦИДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

В.Э. Семенцул, Г.Я. Пилягина

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

E-mail авторов: GP-doctor@mail.ru

Проведен дифференциально-возрастной патопсихологический анализ суицидогенных факторов среди 292 суицидентов, совершивших аутодеструктивные действия. Выявлены качественные различия в патопсихологических факторах, которые вызывали реализацию аутодеструктивных действий, в соответствии с различными возрастными группами.

*Ключевые слова:* саморазрушающее поведение, суицидогенные факторы.

Рабочая гипотеза исследования. В диагностике саморазрушающего поведения (СрПв) целесообразно дифференцировать суицидогенные факторы в различных социально-возрастных группах [1, 5]. Это обеспечит адекватный выбор мишеней психокоррекционного воздействия в терапевтической работе с суицидентами, а также позволит снизить риск рецидивирования аутодеструктивных действий (АД).

Цель исследования: провести дифференциально-возрастной патопсихологический анализ суицидогенных факторов среди суицидентов, совершивших АД.

Материалы исследования. Проведено рандомизированное исследование 292 больных, в возрасте от 15 до 86 лет, находившихся на лечении в Киевской городской клинической больнице скорой медицинской помощи после реализации аутодеструктивных действий (АД) в виде самоотравлений, самопорезов и прыжков с высоты. Суициденты осматривались в ближайшем постсуицидальном периоде – 1–5 дней после осуществления АД. Критериями исключения: возраст до 15 лет, наличие психотических или выраженных интеллектуально-мнестических расстройств (рубрики F 0–3, согласно МКБ-10) на момент совершения АД и при последующем осмотре.

Методы исследования. Формализованный анализ социо-демографических и патопсихологических данных суицидентов, согласно разработанной «Суицидологической карты» [2, 3]. Описательная статистика проводилась с помощью пакета статистического анализа Microsoft Excel 2003.

Результаты и обсуждение.

В психокоррекционной работе вопрос «Почему Вы решили расстаться с жизнью» первым задается пациенту. Анализ влияния суицидогенных факторов определяет направление психокоррекционной работы.

Эмпирически, в ранее проведенных исследованиях, нами был выделен семилетний возрастной шаг, который позволяет выделить отдельные репрезентативные группы по возрасту и социальной направленности

[3,4]. И все обследованные суициденты были разделены, таким образом, на 8. Группа А: юношеский возраст, период старшей школы (15-17 лет, n=30; 10,3% от всех обследованных); группа Б: период окончания обучения и начала самостоятельной жизни (18-24 года, n=86; 29,5% от всех обследованных); группа В: период создания семьи и рождения детей (25-31 лет, n=54; 18,5% от всех обследованных); группа Г: период формирование социальной карьеры и возможных кризисов в семейной жизни (32-38 лет, n=32; 10,9%); группа Д: период кризиса среднего возраста (39-45 лет, n=22; 7,5%); группа Е: период новых социальных и семейных ролей в расширенной семье (46-52 года, n=30; 10,3%); группа Ж: предпенсионный период (53-59 лет, n=15; 5,1%); группа З: пенсионный период (60 и более лет, n=23; 7,9%).

Анализ суицидогенных факторов в настоящем эпизоде СрПв, в котором обследованными суицидентами были реализованы АД, показал, что практически для всех возрастных групп, кроме самого старшего возраста (группа З), основными суицидогенными факторами оказались «конфликтные отношения в семье» и «конфликтные отношения с партнером». Конфликтные отношения в семье, включая ссоры и проблемные межличностные взаимоотношения с детьми, родителями или другими родственниками, как основной психологический предиктор во всех группах: от 21,7% случаев в группе З до 50,0% в группе Г. В среднем данный критерий встречался у 42,2% всех обследованных суицидентов.

Конфликтные отношения с партнером как психологическая причина реализации АД также наблюдался во всех исследованных группах (в среднем – у 40,3% всех обследованных суицидентов). Максимальная выраженность данного предиктора наблюдалась в группах В, Г и Д, то есть, в возрасте от 25 до 45 лет.

Практически для трети суицидентов значимое суицидогенное влияние имел факт наличия психического заболевания. В группах старше 32 лет (группа Г – 34,4%, группа Д – 31,8%, группа Е – 26,7%, группа З – 26,1%). Среди других возрастных групп этот психологический фактор в среднем фиксировался только в 12,3% случаев.

Фактор проблем с физическим состоянием был малозначимым вплоть до возраста в 39 лет. Например, в юношеском возрасте проблемы с соматическим здоровьем не имели суицидогенного влияния. Тогда как в старших возрастных группах Д – З этот фактор назывался суицидентами в среднем в 38,1% случаев: в группе З (возраст старше 60 лет) – у 69,6% суицидентов. Это вызвано нарастанием соматической патологии и физической немощи, качественно ухудшавших качество жизни обследованных пациентов. Во многих случаях пациенты знали о наличии смертельного либо неизлечимого заболевания. При этом сам возраст выступал в роли суицидогенного фактора: пациенты прямо высказывались, что жизнь прожита и не имеет смысла отягощать близких проблемами по уходу и лечению тяжело больного родственника. Часто их пугал факт собственной немощи и непереносимых болей.

Для группы А (юношеский возраст) самыми значимыми суицидогенными факторами были конфликт-

ные отношения в семье и конфликтные взаимоотношения с партнером, что выявлялось в 56,7% и 43,3% случаев соответственно. Это свидетельствовало о незрелых механизмах реагирования, неумении выстраивать адекватные межличностные отношения и качественно обсуждать возникающие проблемы со значимыми людьми. Все остальные факторы для пациентов этого возраста не имели существенного значения.

Для группы Б, кроме все тех же максимальной суицидогенной значимости конфликтных отношений в семье и с партнером, достаточно важными факторами были «невозможность самореализации» (18,6%) и «внезапное изменение образа жизни» (20,9%), что говорит о более критичных и требовательных подходах к самому себе и о резко возросшей важности этой социальной составляющей в жизни молодого человека. Неумение видеть собственные достижения, классифицировать их как таковые, неудовлетворенность либо невозможность достижений может значительно декомпенсировать формирующуюся личность, если не оказать ей на этом этапе необходимую психокоррекционную помощь.

Для групп В и Г на первое место среди суицидогенных факторов вышли конфликтные отношения с партнером и в семье, в основе были первые кризисы в семейной жизни, которые чаще всего связанные с решением бытовых и материальных проблем.

Необходимо отметить, что такой фактор, как крах определенной цели не был выявлен у пациентов юношеского возраста и в старших возрастных группах. А конфликты на работе назвали в качестве суицидогенного фактора в среднем только каждый десятый суицидент (10,7% случаев)

**Выводы.** Таким образом, наше исследование выявило, что для всех возрастных групп, кроме группы З (возраст старше 60 лет), основными суицидогенными факторами оказались конфликтные отношения в семье» и конфликтные взаимоотношения с партнером. Для групп Б, В, Г высокую суицидогенную значимость имели факторы «невозможность самореализации» и «внезапное изменение образа жизни». А для старших групп (от 39 и выше) важными суицидогенными факторами оказались наличие психического и физического заболевания.

Психокоррекционная помощь, оказываемая суицидентам, будет более эффективной, если специалист будет учитывать возрастные и личностные особенности пациента. При этом знание об основных суицидогенных факторах, присущих определенным возрастным группам, даст возможность точнее выбрать мишень психокоррекционного воздействия, а значит снизить риск рецидивирования АД.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендация. – М., 1980. – 48 с.
2. Пилягина Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинично-типологические аспекты диагностики и лечения. – К., 2004. – 436 с.
3. Пилягина Г.Я., Семенцук В.Е. Возрастные отличия в проявлениях экзистенциального кризиса у суицидентов // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – К., 2008. – Вип.17. – Кн. 1. – С. 360-368.
4. Пилягина Г.Я., Чумак С.А., Семенцук В.Э. Анализ отдельных аспектов в реализации суицидальных попыток и их влияние в

- рецидивировании аутоагрессивного поведения // Архив психиатрии. – 2006. – Том 12, № 1-4 (44-47). – С. 240-250.
5. Suicide. An Unnecessary Death / Eds. D. Wasserman. – UK: Martin Dunitz, 2001. – 286 p.

## АНАЛИЗ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, В ПРАКТИКЕ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ТЮМЕНСКОЙ ОКПБ ЗА 2012-2014 гг.

*Н.Н. Спадерова, О.В. Горохова, С.Е. Герасина*

ТОКПБ, г. Тюмень

E-mail авторов: nadejda.spaderova@yandex.ru

Проведен анализ завершенных суицидов у детей и подростков, в практике отделения амбулаторных судебно - психиатрических экспертиз Тюменской ОКПБ за 2012-2014 гг. Показано, что в основе завершенных суицидов у детей и подростков лежат факторы стресса. Среди способов суицида доминирует самоповешение. Делается вывод о необходимости совершенствования системы превенции самоубийств и реабилитации членов семей, особенно тех, в которых встречались суицидальные попытки и завершённые суициды. Рекомендуется тщательно, с учетом индивидуально - психологических, этнокультуральных и микросоциальных особенностей детей и опекунов выбирать патронатные семьи. Снижение смертности от самоубийств возможно лишь при дифференцированном подходе, включающем мероприятия по психологической, социальной и педагогической поддержке, психиатрической помощи

*Ключевые слова:* суицид, дети, подростки, судебно-психиатрическая экспертиза.

Ребенок и самоубийство – эти два слова совместно трудно сочетаются. Тем не менее, суицидальная активность среди детей и подростков во всём мире сегодня приобрела угрожающие масштабы [2, 13, 16, 22]. Приводимые Е.А. Панченко и Б.С. Положим [15] данные, свидетельствуют о том, что если в общей популяции страны показатель частоты самоубийств снизился с 2002 г. по настоящее время в 1,5 раза, то среди подростков он остался практически на том же уровне: в 2004 г. – 20,4; в 2007 г. – 20,1; в 2009 г. – 19,8 случаев (на 100000 лиц соответствующей возрастной группы). При этом среди регионов России «лидирующие» места в 2009 году занимали: Сибирский (36,3), Дальневосточный (33,6) и Уральский (28,6) федеральные округа [6, 15, 10]. По данным бывшего Главного Санитарного врача РФ Г.Г. Онищенко, за последние годы число детских суицидов и попыток самоубийств в России увеличилось на 3%, в результате чего наша страна занимает первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков [1]. Однако, безусловно, данная проблема характерна не только для российского общества. В частности, в США самоубийство занимает десятое место среди причин смерти в целом. Среди американских подростков и молодых людей самоубийство стабильно входит в первую тройку основных причин смерти [9]. В Польше в 2009 г. вклад самоубийств в смертность детей и подростков был ровно таким же, как в России: у детей 10-14 лет на самоубийства приходилось 10% всех смертей, а у подростков 15-19 лет – 21%.

В Западной Европе на тот момент данные показатели для детей 10-14 лет колебались от 11% в Швеции до 0,5% в Германии, а для подростков – от 15% в Германии до 7% в Италии [8, 14, 15]. Эти цифры свидетельствуют о важности более пристального внимания специалистов к данной возрастной категории повышенного суицидального риска. [3, 4, 17].

У детей трудно дифференцировать истинные стремления ухода из жизни от демонстративных попыток, нацеленных на получение любви, внимания, преимуществ, льгот, желаемых вещей. Если дети воспитывались в условиях, в которых не сформировались глубокие привязанности к своим родителям, то они лишены опыта переживания глубоких чувств и не могут их представить у других людей [9, 21]. Суициды у детей и подростков, в отличие от взрослых, могут быть спровоцированы незначительными событиями в жизни. Применяемые средства для ухода из жизни не соответствуют выраженности их желания и случайно приводят либо к очень серьезным нарушениям здоровья, либо практически не приносят никакого вреда. Характер суицидального поведения зависит от степени понимания детьми необратимости смерти [9, 11, 18], религиозного опыта принятого в социальной среде и других этнокультуральных факторов [5, 11, 19].

Цель исследования: описание суицидального поведения детей и подростков, являющимися потерпевшими по ст. 110 УК РФ (доведение до самоубийства), совершивших завершённый суицид, в отношении которых была назначена посмертная амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза в 2012-2014 гг.

Результаты и обсуждение. Исследованы 7 заключений комиссии судебно-психиатрических экспертов посмертных амбулаторных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз детей и подростков с 10 до 16 лет, средний возраст  $13,1 \pm 2,1$  лет. Гендерный состав: 2 девочки и 5 мальчиков. Из них по национальности трое были татарами, один мальчик – немец, остальные дети – русские. Трое погибших были обнаружены у себя дома, в остальных – в сарае и во дворе своего дома, около телятника совхоза, во дворе дома подруги, в лесном массиве 400 метров от дома. Суициды были совершены в период с 26.08.2011 г. до 08.02.2014 г. 57,1% суицидов произведено в вечернее, а 42,9% в утреннее время. Все родители обнаружили пропажу несовершеннолетних в вечернее время и вначале разыскивали их самостоятельно, а затем обращались в правоохранительные органы. Шесть из 7 подростков предприняли завершённую попытку через самоповешение и лишь один подросток 16 лет застрелился. Большинство детей (42,8%) проживали в социально неблагополучной семье (родители были лишены родительских прав, т.к. злоупотребляли спиртными напитками, не исполняли обязанности по воспитанию детей). Они проживали с опекунами, в том числе другой национальности (девочка была русская, а опекун татарка) или у родственников. 28,6% детей проживали с матерью, после развода родителей (за 6 месяцев до суицида) и столько же лиц были в социально благополучной семье (одна девочка проживала с бабушкой, т.к. родители были на заработках). В большинстве случаев

(71,4%) у детей и подростков семейный анамнез был психопатологически отягощен, из них, у трех – родители страдали зависимостью от алкоголя, у двоих – родственники совершили завершённый суицид через самоповешение за год до суицида подэкспертных (у девочки троюродный брат 12 лет (который вошел в это исследование), у мальчика – родная сестра)). У половины (57,1%) подэкспертных не было диагностировано каких-либо грубых психических расстройств, у 28,6% лиц – "Умственная отсталость легкой степени" (F70) и в единичном случае было выставлено "Социализированное расстройство поведения" (F91). У одного мальчика наблюдался аффективный суицид после ссоры с матерью (потерял сотовый телефон, боялся вернуться домой). У двух мальчиков наблюдалось истинное суицидальное поведение (обдуманное и постепенное выполнение намерения покончить с собой), с расспросами у родственников и знакомых о смерти, рассуждениями о способах суицида, высказываниях намерений суицидальной попытки через повешение. У подростка 16 лет, совершившего самострел, наблюдалось шантажно-демонстративное суицидальное поведение на протяжении 1,5 лет (после проигрыша на соревнованиях, ссоры с девушкой, ощущения, что на него не обращают внимания друзья – хотел "вскрыть себе вены", броситься под машину, выпрыгнуть с 3 этажа). В остальных 4 случаях до совершения завершённого суицида в материалах уголовного дела и медицинских документов каких-либо указаний на суицидальное поведение не имелось.

Среди факторов, способствующих совершению суицида, помимо биологических, медицинских, этнокультуральных, микросоциальных, макросоциальных, выделяются и личностно-психологические. К личностно-психологическим факторам, способствующим совершению суицида, относятся: стрессовые факторы и особенности характера. Под стрессовыми факторами подразумеваются: потеря любимого человека, отвергнутая любовь и т.п. Под особенностями характера подразумеваются: эгоцентризм, несамостоятельность, неумение планировать, слабое противостояние проблемам, признание только крайних позиций («черно-белое» мышление), фрустрированность потребности в безопасности, личных достижениях, доверии, дружбе; убеждение, что душевное страдание никогда не закончится [9].

В соответствии с выявленными личностно-психологическими факторами в рассмотренных нами делах медицинскими психологами-экспертами выявляются такие стрессовые факторы, как развод родителей, смерть близкого человека, члена семьи, проживание в детском доме, либо частая смена проживания (детский дом, патронатная семья, проживание с родственниками). Все это мы находим в психологическом анализе материалов уголовного дела в рамках посмертной экспертизы: «Подэкспертный М. обеспокоен своим местом в социуме, что вызывало чувство тревоги, раздражительности», «многие свидетели отмечают, что М. ревновал свою маму к своему младшему брату», «... анализ материалов уголовного дела позволяет предположить наличие нарушения детско-родительских отношений», «... суицидальному поведению Н. способствовали следующие социальные факто-

ры: условия семейного воспитания, т.е. отсутствие одного из родителей, частая смена места жительства (то у одних родственников поживет, то у других), эмоциональная депривация в детстве, общение с родственниками с асоциальными формами поведения, алкогольный семейный климат, наличие в семье психически больных», «... В. переживал развод родителей, скучал по отцу, когда находился в новой квартире, а когда был у отца, то тосковал по маме», «... из показаний одноклассника С. следует: «От других ребят мне было известно, что родители Г. вместе не проживали, и он очень сильно переживал по данному поводу. Также от других ребят, от кого именно я не помню, мне было известно, что Г. говорил, что хочет повеситься из-за того, что его родители не живут вместе», «Поведение Т. в социальной жизни (очень расстраивался на соревнованиях, когда не выигрывал, обижался, если в компании на него мало обращали внимания) может свидетельствовать о том, что он был обеспокоен вопросом о месте своей личности в обществе, ее значимости», «Присутствовала потребность в любви, в личном внимании и признании». Так в своем дневнике Н. отмечала: «Знаете, о чем я мечтаю! О настоящей любви! Мне уже 13 лет, сколько можно ждать! Скучно же!»».

Экспертное исследование индивидуально - психологических особенностей подэкспертного должно включать этико-психологический анализ (поскольку суицидальное действие – всегда акт морального выбора), диагностику особенностей самосознания, определение черт личности и характера. Как следует из психологического анализа материалов уголовного дела в рамках посмертной экспертизы: «Данные высказывания можно отнести к пассивным суицидальным мыслям, т.е. рассуждениям и фантазиям на тему смерти. С учетом выявленных индивидуально-психологических особенностей (таких как, импульсивность и эмоциональная неустойчивость, неадекватная самооценка, отсутствие навыков конструктивного решения проблем, незрелость суждений, неразвитость механизмов планирования будущего), которые относятся к личностно-психологическим детерминантам суицидального поведения и определяют саму возможность возникновения суицидального поведения, отмечается импульсивное формирование суицидальных замыслов, во время которого возможно совершение так называемого «молниеносного суицида». «Среди характерологических особенностей М. выявляются характерные для суицидентов черты (чувство безнадежности, повышенная чувствительность, эмоциональная неустойчивость, заниженная самооценка, склонность к сомнениям), которые могли бы повлечь легкость возникновения суицидальных тенденций». «У Т. отмечались перепады в настроениях, он мог обидеться из-за незначительных событий». «У Т. отмечается сочетание элементов полярных личностных структур: склонность к пунктуальности, тщательности, точности, основательности в сочетании с манерностью, эгоцентричностью, стремлением быть в центре внимания». «Учитывая индивидуально-личностные характеристики Т., характеристики его поведения в жизненных ситуациях можно предположить, что у Т. присутствует инфантильный максимализм как одна из ценностных установок. Это могло

привести к распространению на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. При этом возможно доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально». «Можно сделать вывод о наличии личностной, эмоциональной незрелости, снижении контроля над поведенческими реакциями; о дисгармоничности, поскольку присутствует парадоксальное сочетание ориентировки на внешнюю оценку, на одобрение окружающих со склонностью строить свое поведение исходя из собственных внутренних критериев. Эмоциональное напряжение, формирующееся из-за невозможности удовлетворить актуализированную потребность, непосредственно выражается в поведении обследуемого иногда без учёта социальных и этических норм. В таких случаях отмечается недостаточность совладания со своими внутренними импульсами, что приводит к ослаблению способности организовывать поведение в соответствии с устойчивыми мнениями, интересами и целями и делает поведение испытуемого плохо предсказуемым. Так же характерно неумение планировать будущие поступки и пренебрежение последствиями своих действий в связи с недостаточной способностью извлекать пользу из прошлого негативного опыта».

Таким образом, суицидальное поведение – это стадийный и динамичный процесс, в котором суицидальная активность прогрессирует от начальных, малоосознаваемых внутренних форм до практической реализации суицидальных действий [7, 20]. Чаще всего (42,8%) завершённые суициды совершаются детьми и подростками в социально не благополучных семьях, преимущественно в собственном доме, в вечернее время. Из способов суицида предпочитается самоповешение. Значительную роль в формировании суицидального поведения (71,4%) имеет психопатологически отягощенный семейный анамнез, в том числе завершёнными суицидальными попытками. К личностно-психологическими факторами в рассмотренных нами делах медицинскими психологами-экспертами выявлялись такие стрессовые факторы, как развод родителей, смерть близкого человека, члена семьи, проживание в детском доме, либо частая смена проживания (детский дом, патронатная семья, проживание с родственниками). Отмечалась недостаточность совладания со своими внутренними импульсами, что приводит к ослаблению способности организовывать поведение в соответствии с устойчивыми мнениями, интересами и целями и делает поведение испытуемого плохо предсказуемым. Также характерно неумение планировать будущие поступки и пренебрежение последствиями своих действий в связи с недостаточной способностью извлекать пользу из прошлого негативного опыта

Таким образом, необходимо совершенствовать систему превенции самоубийств и реабилитации членов семей, в которых встречались суицидальные попытки и завершённые суициды. Тщательно, с учетом индивидуально-психологических, этнокультуральных и микросоциальных особенностей детей и опекунов выбирать патронатные семьи. Снижение смертности от самоубийств возможно лишь при дифференцированном

подходе, включающем мероприятия по психологической, социальной и педагогической поддержке, психиатрической помощи.

## Литература:

1. Благовещенский А. Роспотребнадзор закрыл 2,4 тысячи «суицидных» страниц // Российская газета. – 2013. – 24 сентября. – URL: <http://www.rg.ru/2013/09/24/suicide-pages-site.html>
2. Говорин Н.В., Сахаров А.В., Ступина О.П., Тарасова О.А. Эпидемиология самоубийств в Забайкальском крае, организация кризисной помощи населению // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 48-54.
3. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Социальная сеть как аспект суицидальной активности среди детей и молодежи (на основе анализа социальной сети «ВКонтакте») // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 37-39.
4. Зотов П.Б. "Внешний ключ" – как элемент суицидальной динамики и объект психологического воздействия у подростков // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 42-44.
5. Зотов П.Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 58-63.
6. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
7. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
8. Краснопольская И. Линия смерти. Россия заняла первое место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков // Российская газета. – 2013. – 15 марта. – С. 1.
9. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1999. – 497 с.
10. Кудрявцев И.А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 10-14.
11. Лубсанова С.В., Базаров А.А. Суицидальное поведение и религиозность (на примере молодых людей бурятской и русской национальностей) // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 79-83.
12. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2004. – 606 с.
13. Морев М.В., Шматов Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 3-11.
14. Москвитин П.Н. Персоналогические различия в процессе профессиональной идентификации психотерапевтов и психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 17-20.
15. Панченко Е.А., Положий Б.С. Суицидальная ситуация среди детей и подростков в России // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 1. – С. 52-56.
16. Положий Б.С., Куулар Л.Ы., Дуктен-оол С.М. Особенности суицидальной ситуации в регионах со сверхвысокой частотой самоубийств (на примере Республики Тыва) // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 11-18.
17. Приленский Б.Ю., Родяшин Е.В., Приленская А.В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49-51.
18. Сафуанов Ф.С. Психолого-психиатрическая экспертиза по факту самоубийства // Российская юстиция. – 1995. – № 12. – С. 28-30.
19. Семёнова Н.Б. Когнитивные факторы риска суицидального поведения у коренных народов Севера // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 28-32.
20. Суицидальное поведение больных наркоманиями. Методическое пособие / Зотов П.Б., Уманский С.М.. – Тюмень: ООО «Сити-пресс», 2007. – 16 с.
21. Узлов Н.Д., Стряпунина Е.С. Самоотношение подростков с потенциальными рисками суицидального и аддиктивного поведения // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4. – С. 41-48.
22. Юрьева Л.Н., Юрьев А.Е. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 70-76.

## ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ВЫБОР СПОСОБА СУИЦИДА БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

М.С. Уманский

Тюменский ОНД, г. Тюмень

Алкоголизм является самым распространенным наркологическим заболеванием [1, 7, 10, 22 и др.]. Принято считать, что формирование алкогольной зависимости с развитием абстинентного синдрома, различных нарушений психического статуса в большинстве случаев происходит к 30 годам. Однако у определенной категории лиц болезнь развивается в зрелом или пожилом возрасте, что имеет связь с определенными преморбидными особенностями личности, социальными, генетико-биологическими и др. факторами [16, 19, 21].

Многие исследователи алкоголь, и особенно злоупотребление им, расценивают как фактор, повышающий уровень смертности от внешних причин [2, 16, 17], особенно в группе самоубийств [3, 11, 15]. Повышение потребления алкоголя значимо повышает суицидальный риск [20], в связи с чем, исследование этой категории наркологических пациентов представляет определенный научный и практический интерес. Выявление новых факторов риска позволяет определить направления дифференцированной профилактики суицидальных действий [8, 9, 12], курации этих пациентов, а так преимущественные методы психокоррекционной работы [13, 18].

Цель исследования: оценить преморбидные особенности личности и выбор способа суицида больных алкоголизмом позднего возраста.

Материал и методы: обследовано 324 больных алкоголизмом в возрасте от 50 до 76 лет, средний – 57,5±3,9 лет, у которых при поступлении в стационар выявлялись различные формы суицидальной активности (мысли, замыслы, намерения) [4, 6]. Длительность злоупотребления алкоголем составляла от 5 до 36 лет, в среднем 18,6±3,9 лет.

В зависимости от возраста, в котором сформировался алкоголизм, все пациенты, включенные в исследование, были распределены на 2 группы: основную и сравнения. Основная группа – 224 мужчины, у которых развитие алкогольной зависимости происходило в возрасте после 45 лет. Группа сравнения – 100 человек – с формированием абстинентного алкогольного синдрома в молодом возрасте. Набор группы сравнения проводился с учетом сопоставимости по возрасту, нозологической принадлежности и стадии заболевания.

Ведущие методы исследования: клиничко - анамнестический, клиничко-психопатологический.

Результаты и обсуждение.

На основе подробного изучения анамнеза, данных объективного наблюдения и изучения медицинской документации нами была проведено исследование личности больных. Было установлено, что у 46,4% пациентов основной группы выявлялись акцентуации характера, у каждого четвертого признаки психопатизации личности на фоне органического поражения ЦНС, вслед-



стве перенесенных травм, хронической сосудистой патологии, хронического алкоголизма и др. Психопатии диагностировались лишь у 9,9% человек. В группе сравнения, напротив, достоверно преобладали ( $P < 0,05$ ) лица с приобретенными чертами психопатических расстройств на фоне хронической алкоголизации (37,0%) при одновременном уменьшении доли пациентов с акцентуациями характера.

Имелись значительные различия и в структуре акцентуаций характера и вариантов психопатий, выделенных на основе представлений отечественной школы психиатров и с учетом требований МКБ-10. Преобладание в группе сравнения шантажных форм суицидального поведения подтверждалось более высокой частотой среди этих пациентов лиц с возбудимыми – 14,0% (эмоционально-неустойчивыми по МКБ-10 – F60.5) и истероидными – 11,0% (F60.4) чертами личности. В основной группе, напротив, достоверно чаще ( $P < 0,05$ ) встречались лица с астеническими чертами характера – 15,2% (F60.7). У каждого третьего больного (основная – 32,1% сравнения – 35,0%) личностные характеристики не укладывались в определенных классифицируемый тип и оценивались нами как смешанный (F61.0) вариант. В категориях МКБ-10 тип личности, выделяемый традиционной отечественной школой психиатров как «неустойчивый», не указан. Пациенты с данными чертами нами были отнесены в группу – «неуточненное» (F60.9). Частота этих лиц в основной группе составляла 16,1%. Эти данные свидетельствуют о неоднородном составе личностных характеристик изучаемого контингента.

Для разработки мер профилактики самоубийств больных алкоголизмом, важной задачей являлось изучение предполагаемых способов суицидальных действий. Данный анализ мы провели среди 194 пациентов с суицидальными идеями (из исследования были исключены 130 человек обеих групп с антивитальными переживаниями, так как они не предполагали какого-либо способа суицида).

53,4% больных основной группы и 39,7% группы сравнения среди предполагаемых способов суицида указали на самоповешение, что ниже частоты самоповешений в общей популяции в регионе исследования [5]. Вместе с тем, частота возможных самопорезов достоверно чаще ( $P < 0,05$ ) была отмечена больными группы сравнения – 35,9% (основная группа – 17,3%). На самострел указали 15,5% больных основной группы и 12,8% группы сравнения; на самоотравление 10,4% и 6,4%; падение с высоких коммуникаций – 1,7% и 3,9% больных, соответственно.

Факторами, объясняющими двукратное превышение числа самопрезв в группе сравнения, по нашим наблюдениям, могут служить отмеченное выше доминирование в психопатологической картине эксплозивных и дисфорических нарушений, большая склонность этих больных к бурным спонтанным аффективным и/или истерическим реакциям, а так же и шантажный характер суицидального поведения. Учет этих особенностей важен при разработке индивидуальных про-

грамм психотерапевтической коррекции и выборе методов биологической терапии.

#### Литература:

1. Балашов П.П., Новиков А.П. Заболеваемость и болезненность алкоголизмом на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 1-2. – С. 17.
2. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири // Наркология. – 2011. – Том 10, № 9. – С. 43-47.
3. Емяшева Ж.В., Розанов В.А., Мидько А.А. Некоторые психологические особенности лиц, совершивших суицидальную попытку на фоне алкогольной зависимости // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 29-37.
4. Зотов П.Б. Вопросы идентификации клинических форм и классификации суицидального поведения // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 3. – С. 35-37.
5. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007-2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54-61.
6. Зотов П.Б., Уманский С.М. Клинические формы и динамика суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
7. Казанцев И.И. Аналитический обзор о состоянии наркологической помощи Юга Тюменской области в 2011 г. и мерах по ее совершенствованию // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 3. – С. 37-45.
8. Кожевникова Т.А., Кожевников В.Н. Методы оптимизации профилактики суицидального поведения // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 69-71.
9. Корнетов Н.А. Что является лучшей формой профилактики суицидов? // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 44-58.
10. Кривогузов В.Н., Ирошников В.И., Рузанов В.И. Эпидемиология алкоголизма, профилактика // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 1-2. – С. 17-19.
11. Кривулин Е.Н., Бочкарёва И.Ю., Бецов А.С., Мингазов А.Х. Суицидальное поведение больных алкогольной зависимостью в условиях крупного промышленного города Южного Урала (г. Магнитогорск) // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 37-41.
12. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 3-11.
13. Куценко Н.И., Курзин А.В., Зотов П.Б. Тактика курации суицидоопасного контингента в амбулаторной службе Тюменской областной клинической психиатрической больницы // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 2. – С. 30-32.
14. Кущёв Д.В., Кушёва Н.С. Особенности индивидуальностных свойств больных с алкогольной зависимостью // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 3. – С. 30-31.
15. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 3-10.
16. Меринов А.В. Влияние прошлой суицидальной активности на прочие аутоагрессивные, экспериментально-психологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3. – С. 58-63.
17. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1. – С. 3-11.
18. Приленский Б.Ю., Родяшин Е.В., Приленская А.В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49-51.
19. Пронин С.В., Баданова Т.С., Карпачев Д.А., Пронин В.С. Особенности аутоагрессивного поведения у опийных аддиктов // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 41-42.
20. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 28-40.
21. Сукиасян С.Г. Хронический алкоголизм и поздний возраст // Вопросы наркологии. – 1992. – № 1. – С. 72-76.
22. Ясникова Е.Е., Москалев В.И. Распространенность алкоголизма в Иркутской области // Тюменский медицинский журнал. – 2009. – № 1-2. – С. 25-27.

## ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И РИСКА ПАЦИЕНТОВ ПЕРСОНАЛОМ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

С.А. Чубина<sup>1</sup>, Е.Н. Бобкова<sup>2</sup>,  
Д.М. Иващенко<sup>2</sup>, Е.Б. Любов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева, г. Тула

<sup>2</sup>Тулский ГУ, г. Тула

<sup>3</sup>Московский НИИ психиатрии, г. Москва

E-mail авторов: sonyaost@yandex.ru

Анонимный опрос выявил низкую суицидальную настороженность медицинского персонала областных психиатрических учреждений, что подчеркивает важность целевого тематического усовершенствования.

*Ключевые слова:* суицидальный риск, оценка, психиатрические пациенты.

Изучение представлений персонала психиатрических учреждений (психиатров, психотерапевтов, наркологов, медицинских психологов) о суицидальном поведении пациентов, исходя из их личного и профессионального опыта, позволит разработать обучающие программы для повышения суицидологической информированности и бдительности специалистов [1, 2].

Цель исследования: оценка представлений персонала психиатрических учреждений Тульской области о суицидальном поведении.

Материал и методы. Анонимный опрос делегатов межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Современные пути развития психиатрии» (25.04. 2014 г., г. Тула) по оригинальному структурированному опроснику, содержащему 34 вопроса закрытого типа в нескольких блоках. Блок «Отношение к проблеме суицида» включил 17 вопросов, направленных на выявление личного опыта врачей, необходимости дополнительных знаний в области суицидологии, отношения врачей к суицидальному поведению пациентов и, шире, окружающих. Блок «Оценка суицидального риска» состоял из 4 вопросов, сфокусированных на выяснении представлений специалистов о причинах, группах риска суицидального поведения, первоочередных мерах лечебно-профилактического характера. Опросник заполнили 50 (64%) делегатов конференции, среди них 31 женщина (62%), большей частью (66%) до 40 лет, психиатры (76%), а также наркологи (8%), медицинские психологи (4%), врачи-консультанты (12%). В стационарной психиатрической службе заняты 52% опрошенных. Стаж большинства респондентов не менее 10-15 лет.

Результаты и обсуждение. Историю парасуицида пациентов пережило большинство (86%) опрошенных, причем 1-2 раза сталкивались с суицидальными попытками – 32% респондентов, 3-5 раз – 22%, 6-9 раз – 6%, более 10 раз – четверть (26%). Ни одного суицида пациента за время работы не отметили 36% опрошенных, по крайней мере, с одним столкнулись 26% респондентов, 2-3 суицида отметили 16%, 4-5 – 10%, 6 и более раз – 12%. Хотя 70% опрошенных не понимают, как люди идут на самоубийство, половина (48%) считает, что у каждого есть право на самоубийство. Например, в «безвыходной жизненной ситуации»

– 48%. Вместе с тем, 44% специалистов связывают суицидальное поведение с проблемами в семье и на работе, 40% – с повседневным дистрессом и тревогой. Добровольный уход из жизни при тяжелой неизлечимой болезни – облегчение бремени близких (42%). Вместе с тем каждый четвертый (26%) склонен винить в трагедии близкого суицидента и треть (34%) считает, что суицид пациента профессиональная ошибка лечащего врача.

Меньшая часть (42%) специалистов определяет рутинно суицидальный риск пациента. Хотя каждый десятый считает, что риск суицида растет, если пациента прямо спросить об этом, 60% согласны, что думающие о самоубийстве не избегают, как правило, обсуждать эту тему. Более половины (58%) полагают, что те, кто сообщает о намерении самоубийства, вряд ли его совершат. Однако 14% респондентов считают, что принявшего решение умереть невозможно остановить, 16% уверены, что если человек подумывает о самоубийстве, ему уже не избавиться от таких мыслей.

Хотя 54% профессионалов считает, что самоубийцы «в населении» были психически здоровы, основными причинами суицидального поведения своих пациентов большинство (92%) специалистов считают психотическую симптоматику; 66% – злоупотребление спиртным. Наибольшую настороженность (66% опрошенных) вызывают лица с попыткой суицида в анамнезе, одинокие (48%), с детализированным планом суицида (46%), отказывающиеся от лечения (32%), имеющие доступ к средству суицида (20%), не работающие (20%), молодые мужчины (14%), в первые дни госпитализации (6%), агрессивные (4%). Большинство (76%) респондентов считает, что в первую очередь пациенту в группе риска суицида показаны психотропные препараты, психиатрическая госпитализация (72%), но и психотерапия (66%), беседа со священнослужителем (30%), семейная психотерапия (24%), меньшинство советует сон и покой (10%) и электросудорожную терапию (8%). Большинство респондентов (78%) не проходили тематическое усовершенствование по суицидологии, но (76%) испытывают потребность в обучении такого рода.

Выводы. В независимости от пола, возраста, стажа работы специалисты психиатрической службы Тульской области, обычно сталкивающиеся с суицидальным поведением пациентов, имеют низкую суицидальную настороженность, большей частью неверные (искаженные) представления о выявлении и актуальности суицидального риска пациентов при высокой эмпатии к суицидентам (что косвенно указывает на известный суицидальный риск в профессиональной группе). Вместе с тем меньшинство профессионалов склонно принять вину за суицид на себя, более рассматривая его как неизбежный акт и следствие внешних обстоятельств. Необходимо целевое обучение суицидологии персонала психиатрических учреждений, созвучно и их собственному посылу [2].

Литература:

1. Ласый Е.В., Минкевич К.М., Вилькоцкая Н.В. и соавт. Врачи и суицидальное поведение: базовые представления, отношение, профессиональный и личный опыт // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 3 (09). <http://www.recipe.by>.

2. Любов Е.Б., Куликов А.Н. Отношение работников психиатрических больниц к суицидальному поведению пациентов: первичные результаты // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 14.

## **ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕУСТОЙЧИВОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ – СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ**

К.О. Яценко

Кемеровская ОКПБ, г. Кемерово

E-mail автора: koyacenko@mail.ru

В период с 2009 по 2013 гг. обследовано 80 военнослужащих по призыву с эмоционально-неустойчивым расстройством личности с декомпенсацией суицидальным поведением. Оценены характер и способы суицида. Выделено три клинических варианта суицидогенеза в соответствии с особенностями динамики эмоционально – неустойчивого расстройства личности в армии.

*Ключевые слова:* суицид, эмоционально-неустойчивое расстройство личности, военнослужащий

Уровень самоубийств в России в 1990-2012 гг. неизменно превышает критическое значение ВОЗ (20 случаев на 100000 населения), и входит в десять неблагополучных стран в рейтинге ВОЗ по проблеме суицидов, несмотря на некоторую тенденцию к снижению суицидальной смертности [5]. Самоубийство во всех случаях может быть понято лишь как акт отношения индивидуума с социальной средой во взаимодействии ряда факторов, к ним относятся социодемографический, социально-средовой и психопатологический, имеющие разные доли участия в суицидогенезе [1]. Проблема суицидогенеза в армии имеет ряд особенностей, чем в гражданских условиях [7]. Количество суицидов в армии значительно превышает количество суицидов в целом, а термин «Доведение до суицида» исходит и ассоциируется со службой в армии [2, 3, 4]. Если исходить из нозологической принадлежности суицидогенеза, то лица с эмоционально-неустойчивым расстройством личности относятся к категории наиболее суицидоопасных. Среди всех лиц с расстройствами личности, совершившими суицид, около 30% приходится на долю эмоционально неустойчивых [6].

В период с 2009 по 2013 гг. обследовано 80 военнослужащих по призыву с эмоционально - неустойчивым расстройством личности с декомпенсацией или неустойчивой компенсацией. Одним из проявлений декомпенсации было суицидальное поведение. Средний возраст военнослужащих составил 18,7±1,4 лет. Все обследуемые были ознакомлены и предоставили информированное согласие на проведение исследования.

Выявлено, что у 78,7% военнослужащих декомпенсация наступала в первый месяц службы, остальных – 21,2% – за полтора–один месяц до демобилизации. У 60% мужчин было истинное суицидальное поведение. У 40% аутодеструктивное поведение не имело цели лишения себя жизни. Двенадцать имели опыт суицидального поведения, но скрыли данное обстоятельство при призыве в армию. Способы самоповреждений:

самопорезы – 68, отравление медикаментами – 8, отравление средствами бытовой химии – 3 (в основном хлорсодержащими препаратами для дезинфекции), попытка повешения – 1.

47,5% суицидальных действий было совершено в состоянии алкогольного опьянения. У 43,8% попытка суицида была истинной, у 56,2% суицидальное поведение носило демонстративно – шантажный характер.

В целом суицидальное поведение рассматривались в структуре аффективного варианта декомпенсации эмоционально-неустойчивого расстройства личности. Клинически выделено три варианта суицидального поведения:

1. «Немедленное изменение ситуации любым путём» – изначально не ставилось целью истинное лишение себя жизни. Аутоагрессивные действия становились единственным выходом для прекращения неразрешимой для аномальной личности ситуации. Пресуицидальный период длился от нескольких минут до нескольких часов. После «разрядки» большинство (73,8%) испытывали облегчение, разрешение.

2. Наряду с психопатическими реакциями, сталкиваясь с повторными психогениями, периодически возникали мысли о самоубийстве. Изначально контроль волевые способности сохранялись. Длительность пресуицидального периода составляла от нескольких часов до нескольких дней (21,2%).

3. Субдепрессивный тип декомпенсации эмоционально - неустойчивого расстройства личности, не свойственный гетерономный симптомокомплекс. Связан с астенизацией и появлением чувства собственной несостоятельности, низкой самооценкой. Характеризовался отсутствием позитивных вариантов решения проблемы, её субъективной «тупиковостью». Пресуицидальный период отличался некоторой длительностью (5%).

Суицидальное поведение у военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности продолжает оставаться острой медицинской проблемой. Выявленные клинические варианты суицидального поведения позволяют более специфично подходить к вопросам коррекции и реабилитации, а также профилактических и превентивных воздействий.

Литература:

1. Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Уманская П.С. Суицидальное поведение больных в практике врача психиатра-нарколога // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 1. – С. 10-14.
2. Гринь В.В., Спадерова Н.Н., Кулеватов Г.В., Гаврилина Т.В. Завершенный суицид военнослужащего по призыву. Ретроспективный анализ случая // Суицидология. – 2011. – № 4. – С. 41-43.
3. Кудрявцев И.А. Средовые и внутриличностные факторы суицидального риска у военнослужащих // Психическое здоровье. – 2012. – № 12. – С. 108-117.
4. Мартусенко А.В., Бойко Е.О., Мыльникова Ю.А. Вопросы суицидального поведения военнослужащих по призыву // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 51-52.
5. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 1 (14). – С. 3-11.
6. Положий Б.С., Панченко Е.А. Расстройства личности у пациентов, совершивших суицидальные попытки // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 3. – С. 48-51.
7. Timothy W., L. and S.S. O'Connor Suicide in the US Army // Mayo Clin. Proc. – 2012. – Vol. 87, № 9. Sep.

## АДДИКТОЛОГИЯ

### ОБРАЗ РОДИТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К АЛКОГОЛИЗАЦИИ

А.Н. Алёхин, А.В. Локтева, Е.А. Дубинина

Российский ГПУ им. А.И. Герцена

E-mail авторов: termez59@mail.ru

Исследование выполнено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект 13-06-00270

По результатам обследования 184 подростков были выявлены различия в восприятии родителей и их воспитательных практик в подгруппах девушек и юношей с разной степенью выраженности тенденции к алкоголизации.

*Ключевые слова:* подростки, алкоголизм, образ родителей, семья

Психологическим и социальным факторам отводится ведущая роль на начальных этапах формирования алкогольной зависимости. Особое значение эти факторы имеют в период становления системы отношений личности – у подростков [1]. Подростковый период, являясь критическим, сопряжен с изменением структуры взаимоотношений и общения. Это проявляется в частности изменением характера взаимоотношений с родителями (реакцией эмансипации, возрастанием противоречий, снижением авторитетности родителей для подростка), обусловленным внутренним конфликтом подростка между потребностью в родительской опеке и потребностью в самостоятельности, равноправных отношениях. Несмотря на возрастающую роль сверстников и референтной группы, взаимоотношения с родителями продолжают оказывать существенное влияние на формирование личности подрост-

ка, его поведение, процесс протекания возрастного кризиса [3]. Известно, что нарушения взаимоотношений с родителями повышают вероятность аддиктивного поведения у подростков [1, 4], однако то, каков характер этих нарушений, и каков их вклад в становление алкогольной зависимости девушек и юношей, требует уточнения для обоснования программ целенаправленной психопрофилактики.

Цель исследования: определить особенности образа родителей и их воспитательных практик у подростков, склонных к алкоголизации (в связи с задачами психопрофилактики).

Материал и методы. Исследование проводилось на базе средних школ, профессиональных училищ, детско-подросткового отделения наркологического диспансера г. Белгород. Было обследовано 184 человек (89 девушек и 95 юношей) в возрасте от 14 до 17 лет. На основании данных о частоте употребления алкоголя и наличия / отсутствия признаков алкогольной зависимости было сформировано три группы. Группа 1: 60 подростков (32 юноши, 28 девушек), не имеющих опыта употребления алкогольных напитков. Группа 2: 64 подростка (33 юноши, 31 девушка), употребляющих алкоголь эпизодически, ситуационно, без признаков зависимости. Группа 3: 60 подростков (30 юношей, 30 девушек) с донологическими формами алкоголизма – употребляющих алкоголь регулярно, с формирующимися признаками алкогольной зависимости (не перешедшими в клинически значимое расстройство). Для оценки отношения к родителям и их воспитательной практике использовалась методика «Подростки о родителях» [2].

Результаты и обсуждение. При сравнительном анализе были выявлены различия в образе родителей и восприятии их воспитательных практик среди подростков – юношей и девушек – с разным уровнем риска алкогольной зависимости.

Результаты сравнения подгрупп юношей представлены в табл. 1.

Таблица 1

Восприятие воспитательных практик родителей юношами, в разной степени склонных к алкоголизации (по методике «Подростки о родителях»)

Характеристики поведения родителей в восприятии подростка		Группа 1, n=32 M±m	Группа 2, n=27 M±m	Группа 3, n=29 M±m	P
Мать	Позитивный интерес	3,00±0,19	3,00±0,22	2,38±0,16	P(1,3)<0,05 P(2,3)<0,05
	Директивность	2,69±0,20	3,21±0,16	2,69±0,21	P(1,2)<0,05 P(2,3)<0,05
	Враждебность	3,63±0,15	3,45±0,15	3,79±0,17	—
	Автономность	3,31±0,18	3,36±0,20	3,34±0,16	—
	Непоследовательность	3,44±0,14	3,79±0,17	3,55±0,20	—
Отец	Позитивный интерес	3,22±0,17	3,10±0,19	2,62±0,18	P(1,3)<0,05
	Директивность	2,81±0,17	3,70±0,17	3,04±0,23	P(1,2)<0,001 P(2,3)<0,05
	Враждебность	3,62±0,18	3,56±0,18	4,19±0,19	P(1,3)<0,05 P(2,3)<0,05
	Автономность	3,37±0,11	3,19±0,21	2,86±0,21	P(1,3)<0,05
	Непоследовательность	3,69±0,10	4,19±0,13	3,57±0,15	P(1,2)<0,01 P(2,3)<0,01

Примечание: группа 1 – подростки, не имеющие опыт употребления алкоголя, группа 2 – подростки, эпизодически употребляющие алкоголь, группа 3 – подростки, регулярно употребляющие алкоголь.

Восприятие воспитательных практик родителей девушками, в разной степени склонными к алкоголизации (по методике «Подростки о родителях»)

Характеристики поведения родителей в восприятии подростка		Группа 1, n=28 M±m	Группа 2, n=31 M±m	Группа 3 (n=29), M±m	P
Мать	Позитивный интерес	3,71±0,20	3,48±0,20	2,83±0,23	P(1,3)<0,01 P(2,3)<0,05
	Директивность	2,68±0,21	3,26±0,17	3,45±0,15	P(1,2)<0,05 P(1,3)<0,01
	Враждебность	2,32±0,13	3,35±0,21	4,03±0,20	P(1,2)<0,001 P(1,3)<0,001 P(2,3)<0,05
	Автономность	2,75±0,21	3,42±0,15	2,76±0,19	P(1,2)<0,05 P(2,3)<0,01
	Непоследовательность	3,21±0,14	3,90±0,14	3,72±0,11	P(1,2)<0,01 P(1,3)<0,01
Отец	Позитивный интерес	3,52±0,19	3,32±0,27	2,74±0,24	P(1,3)<0,01
	Директивность	3,71±0,32	3,32±0,24	3,53±0,19	—
	Враждебность	2,81±0,19	3,04±0,28	4,39±0,19	P(1,3)<0,001 P(2,3)<0,01
	Автономность	3,05±0,18	3,04±0,26	2,95±0,14	—
	Непоследовательность	2,86±0,17	3,68±0,26	3,90±0,15	P(1,2)<0,01 P(1,3)<0,001

Примечание: группа 1 – подростки, не имеющие опыт употребления алкоголя, группа 2 – подростки, эпизодически употребляющие алкоголь, группа 3 – подростки, регулярно употребляющие алкоголь.

Как следует из табл. 1, по сравнению с юношами, не имеющими опыт употребления алкоголя, юноши, эпизодически употребляющие алкоголь, воспринимают своих матерей как более директивных, а отцов – как более директивных и менее последовательных.

Юноши, регулярно употребляющие алкоголь, по сравнению с юношами без опыта употребления алкоголя, воспринимают своих матерей и отцов как имеющих менее выраженный позитивный интерес, отцов – более враждебных и менее автономных. А по сравнению с юношами, употребляющими алкоголь эпизодически, воспринимают своих матерей как обладающих меньшим позитивным интересом и меньшей директивностью, а отцов, как менее директивных, более враждебных, более последовательных.

Данные об особенностях восприятия воспитательных практик родителей девушками, в разной степени склонных к алкоголизации, представлены в табл. 2.

Девочки, эпизодически употребляющие алкоголь, по сравнению с девочками, не имеющими опыт употребления алкоголя, воспринимают своих матерей как более враждебных, директивных, автономных, последовательных, а отцов – как менее последовательных. По сравнению с девушками, не имеющими опыт употребления алкоголя, девушки, регулярно употребляющие алкоголь, воспринимают своих матерей как менее позитивно заинтересованных, более директивных, враждебных и последовательных, а отцов – как более враждебных и последовательных. По сравнению с девушками, употребляющими алкоголь эпизодически, они воспринимают матерей как имеющих меньший позитивный интерес, более враждебных, но и более последовательных, а отцов – как более враждебных.

Таким образом, существует специфика в восприятии родителей и их воспитательных практик у девушек

и юношей, в разной степени склонных к алкоголизации.

У девушек, употребляющих алкоголь, отмечаются более отчетливые нарушения взаимоотношений с матерью, а у юношей – с отцом, при этом искажения во взаимоотношениях с родителями в целом более выражены у алкоголизирующихся девушек.

Начало употребления алкоголя сопряжено у юношей с переживанием психологического давления и установления чрезмерных ограничений со стороны родителей. В дальнейшем, по мере усиления алкоголизации подростков, это переживание ослабевает, и на первый план выходит враждебность, неприязнь, недостаточность эмоциональной поддержки.

У девушек же первые пробы алкоголя связаны с переживанием материнской отгороженности, холодности, враждебности, непредсказуемости, то есть ощущением потери эмоциональной связи с матерью. В дальнейшем при усилении тенденции к алкоголизации данное переживание нарастает, и к нему присоединяется фрустрированность взаимоотношениями с отцом, поведение которого воспринимается как отчетливо враждебное.

Выводы:

1.Алкоголизация подростков сопряжена с нарушением взаимоотношений с родителями, причем в наибольшей степени эти нарушения характерны для девушек.

2.Существуют специфические маркеры риска начала употребления алкоголя у девушек и юношей. У юношей они отражают актуализацию и обострение реакции эмасипации на фоне переживания давления со стороны родителей. У девушек же они представлены нарушенными взаимоотношениями с матерью с доминированием переживания эмоциональной отгороженности, отвержения.

3. При сформированных донозологических формах алкоголизма у девушек и юношей в равной степени преобладает переживание эмоционально-негативного отношения со стороны родителей.

Литература:

1. Алёхин А.Н., Локтева А.В. Клинико-психологические особенности подростков с донозологическими формами алкоголизации // Материалы II Международной заочной научно-практической конференции «Отклоняющееся поведение человека в современном мире: проблемы и решения». – Владимир: ВГУ, 2010. – С. 146-157.
2. Вассерман Л. И., Горьковая И. А., Ромицына Е. Е. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике. Учеб. пособие. – СПб, 2000.
3. Кон И.С. Психология ранней юности. – М.: Просвещение, 1989.
4. Регуш Л.А. Проблемы психического развития и их предупреждение (от рождения до пожилого возраста). – СПб: Речь, 2006.

### **К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КАННАБИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ У ГРУППЫ ПОТОМСТВА, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЙ В ЮЖНО-УРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ**

*О.П. Барковская*

ОКС психоневрологическая больница № 1, г. Челябинск

E-mail автора: kolmogorova\_v@mail.ru

У 184 человек пациентов, являющихся группой потомства, пострадавших в результате радиационных аварий в Южно-уральском регионе в процессе анализа клинических особенностей формирования каннабиодной наркомании стереотипно обнаруживались: синдром измененной реактивности, абстинентный синдром, психоорганические расстройства, синдром психической деградации.

*Ключевые слова:* абстинентный синдром, шизоформные галлюцинаторно-параноидные расстройства, психоорганические расстройства, псевдопаралитический синдром.

Трагедии на ядерных объектах являются причиной не только серьезного экологического неблагополучия, но и ухудшения нервно-психического психического состояния пострадавших, а также возможно влияет на формирование наркотической зависимости [1, 2]. В наркологической практике эта проблема в последние десятилетия приобрела особую значимость. Считается, что употребление препаратов конопли (каннабиса), с наркотической целью, является наиболее распространенной формой наркомании у группы потомства, пострадавших в результате радиационных аварий в Южно-уральском регионе.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в течение 5 лет находилась группа потомства, пострадавших в результате радиационных аварий в Южно-уральском регионе состоящая из 184 человек (152 мужчины, 32 женщины) в возрасте от 14 до 26 лет, обнаруживающих каннабиодную наркоманию.

Результаты и обсуждение. Наиболее распространенный способ употребления конопли – курение. Фармакологическое действие наступало немедленно и достигает пика в пределах 30 минут. Обследованные пациенты периодически испытывали кратковременные

острые состояния тревожности, сопровождающиеся параноидальными идеями, паническими атаками. В состоянии гашишной интоксикации возникали психотические эпизоды. При передозировке или повышенной чувствительности к препаратам конопли они могли наблюдаться уже в инициальном периоде. Психотическое состояние во всех наблюдениях характеризовались психомоторным возбуждением, страхом, наличием сценподобных зрительных галлюцинаций, фантастического содержания, слуховыми обманами. Гашишные психозы у 47 больных сопровождались тяжелыми дисфорическими состояниями, немотивированной агрессивностью [3-5]. При ежедневном курении гашиша через 1-2 месяца у всех пациентов появлялись признаки психической зависимости. Начиная расти толерантность. Количество папирос с гашишем, выкуренных за день, постепенно увеличивалось (от 2-3 до 4-5 и более). Физическая зависимость у обследованных пациентов формировалась через 2-3 года регулярного злоупотребления наркотиком. Абстинентный синдром во всех случаях характеризовался ощущением недомогания, усталости, разбитости, отсутствием аппетита, наличием тремора, потливости, тахикардией. Наблюдалось также пониженное настроение, раздражительность, дисфория. Депрессия сопровождалась ажитацией, страхом, бессонницей. Характерными признаками являлись сенестопатические ощущения в различных частях тела. На коже и под кожей - ощущение жжения, покалывания, дергания и т.д. Было выражено компульсивное влечение к наркотику. В 21% случаев наблюдались гашишные абстинентные психозы, которые характеризовались делирием, сходным по клинической картине с алкогольным. Хроническая интоксикация гашишем приводила к изменению личности больных. У обследованных пациентов постепенно развивался «амотивационный синдром». В результате многолетнего злоупотребления гашишем возникали выраженные невроподобные расстройства и патологическое развитие личности с сужением интересов, эмоциональной лабильностью (в 53% случаев), а также формировался психоорганический синдром с повышенной возбудимостью, истероподобными расстройствами, ипохондрией (в 36% случаев). Наиболее тяжелыми проявлениями являлись апато-абулические расстройства и деменция с псевдопаралитическим синдромом [6, 7].

Заключение. Злоупотребление препаратами конопли у обследованной когорты пациентов приводит: 1. К формированию типичных наркоманий. 2. На фоне абстинентного синдрома наблюдается недомогание, усталость, раздражительность, дисфория. 3. Выражено компульсивное влечение к наркотику. 4. При хронической интоксикации формируются стойкие шизоформные галлюцинаторно-параноидные расстройства. 5. При хронической интоксикации гашишем развиваются стойкие патологические развития личности, психоорганические расстройства, а периодически псевдопаралитический синдром.

Литература:

1. Балашов П.П., Буйков В.А., Колмогорова В.В., Буртовая Е.Ю. Особенности смешанных диссоциативных расстройств у облученного населения, проживающего на территории Южно-уральских радиационных инцидентов, в отдаленные периоды //

- Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 92-95.
- Балашов П.П., Буйков В.А., Колмогорова В.В., Буртова Е.Ю. Клинические варианты органических расстройств с депрессивными проявлениями у облученного населения в зоне радиационных аварий на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 92-95.
  - Буйков В.А., Балашов П.П., Колмогорова В.В., Аклев А.В. Психическое здоровье населения Южного Урала, подвергшегося радиационному облучению (клинико-динамический, реабилитационный, превентивный аспекты) / Монография. – Москва, 2007. – С. 156-178.
  - Буртова Е.Ю., Буйков В.А., Аклев А.В., Колмогорова В.В. Особенности аффективных расстройств на органической почве у населения в отдаленные периоды в зоне радиационных инцидентов на Южном Урале // Вестник Южно – Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2006. – № 3-1. – С. 112-118.
  - Колмогорова В.В. Отдаленные психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС: Дисс.... канд. мед. наук. – Оренбург, 2003. – С. 55-60.
  - Колмогорова В.В., Полецкий В.М. Эффективность реабилитационно-восстановительных программ у облученных в результате Южноуральских аварий с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными, расстройствами // Вестник СМУС 74. Совет молодых ученых и специалистов. – Челябинск. – 2013. – № 1 (3). – С. 102-105.
  - Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Варианты непсихотических нейропатических синдромов органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 83.

## **К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ РЕЗИСТЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПОВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ**

*О.П. Барковская*

ОКС психоневрологическая больница № 1, г. Челябинска

E-mail автора: kolmogorova\_v@mail.ru

У 100 пациентов с зависимостью от опиатов, родители которых подверглись воздействию радиации, отмечались существенные отличия по следующим показателям: возраст больных, возраст начала употребления ПАВ, в то числе опиоидов, толерантность к опиатам, суицидальные попытки, семейное положение, образование, трудовой статус, криминальная активность.

*Ключевые слова:* Опиоидная наркомания, резистентное течение, воздействие радиации, суицидальные попытки, криминальная активность.

Распространенность зависимости к опиатам остается в России высокой, несмотря на некоторую стабилизацию в последние годы. Особенно это касается пациентов, повергшихся воздействию радиации на Южном Урале. Поиск факторов, определяющих резистентное течение опиоидной наркомании, для совершенствования лечебно-реабилитационной помощи данному контингенту больных является актуальным [1, 2].

Цель исследования: выявить клинические и социально-психологические факторы, способствующие

резистентному течению опиоидной наркомании у пациентов, родители которых подверглись воздействию радиации на Южном Урале.

**Материал и методы.**

Клинико-катамнестическому и клинико - динамическому исследованию подверглись 100 мужчин, в возрасте от 18 до 33 лет, страдающих опиоидной зависимостью, поступивших в реабилитационный центр с 2008 по 2013 гг. По отношению к лечению и устойчивости ремиссий было выделено две группы наблюдения.

В первую группу включено 50 пациентов, прошедших полный курс реабилитации и имеющие ремиссию, после выписки, более одного года. Вторую группу составили 50 больных, самостоятельно прервавших реабилитацию, и возобновившие наркотизацию.

**Результаты и обсуждение.**

Средний возраст пациентов, в группе лиц со стойкой ремиссией составлял 27,3 тогда, тогда как у больных с резистентным течением зависимости – 24,8 лет. Соотношение исследуемых в возрасте до 25 лет равно 28,0% в первой группе и 54,0% во второй, старше 30 лет 24,0% и 2,0% соответственно. Возраст начала употребления ПАВ в первой группе был более поздним, чем во второй. В среднем исследуемые этой группы курить начали в 15,2 года, причем до 16 лет 54,0%, больных. Употреблять алкоголь до 16 лет начали 32,0% пациентов данной группы. Первое употребление каннабиноидов до 16 лет отмечалось в 28,0% случаев, опиаты в среднем употребляли с 18,9 лет и до 16 лет – 28,0% больных. Во второй группе курить начали в 13,7 лет, до 16 лет 76,0% пациентов, употребление алкоголя в среднем наблюдалось в 15,1 лет и из них до 16 лет 56,0%, Первое употребление каннабиноидов наблюдалось в 15,3 года, причем до 16 лет начали употреблять 54,0%. Средний возраст начала употребления опиатов в 17,5 лет из них до 16 лет в 54,0% случаев. Длительность заболевания в среднем в первой группе было 8 лет, во второй – 7,3 года [3-5]. Толерантность в период употребления наркотиков в первой группе была значительно ниже, чем во второй. Суточная доза героина, в среднем, в первой группе соответствовала 2 граммам, во второй 3,2 грамма. Передозировки наркотика в анамнезе в первой группе наблюдались у 52,8% лиц, во второй в 31,2% случаев. Наличие в анамнезе суицидальных попыток значительно больше во 2 группе больных с резистентным течением (26,6% против 6,6% в 1 группе:  $p < 0,05$ ). Отклонения соматического статуса в момент поступления в центр отмечались у 35,5% лиц первой группе и у 45,5% второй группе ( $p < 0,05$ ). В первой группе количество находящихся в официальном браке было 26,0%, во второй в 2 раза меньше – 12,2%. Проживающих в своей семье, отдельно от родителей, так же больше в первой группе 22,5% против 8,5% во второй. Выявлена существенная разница по признаку совместного проживания с наркозависимым. В первой группе из числа состоящих в браке у 9,5% пациентов супруга (сожительница) употребляли наркотики, во второй группе этот показатель соответствовал 35,7%.

Отношения с женой (сожительницей) считали конфликтными 52,6% больных в первой группе и в 20,0% случаев во второй. Судимости имеют 40,0% в первой группе против 56,0% во второй. Причем, в первой группе отбывали наказания в местах лишения свободы лишь 4,0% пациентов, тогда как во второй 16,0% ( $p < 0,05$ ) [6-9].

Выводы.

Наиболее значительные отличия между исследуемыми группами отмечаются по следующим показателям: возраст больных, возраст начала злоупотребления ПАВ, в то числе опиоидов, толерантность к опиатам, суицидальные попытки, семейное положение, криминальная активность, радиационная составляющая. Исследуемые второй группы раньше начали злоупотреблять ПАВ. У них отмечалось более злокачественное течение заболевания. Количество суицидальных попыток было больше у пациентов второй группы, что свидетельствует об эмоциональной неустойчивости, склонности к аффективным реакциям, трудности в самоконтроле, криминальной активности.

Литература:

1. Буйков В.А., Балашов П.П., Колмогорова В.В., Аклев А.В. Психическое здоровье населения Южного Урала, подвергшегося радиационному облучению (клинико-динамический, реабилитационный, превентивный аспекты) / Монография. – Москва, 2007. – С. 127-143.
2. Буйков В.А., Колмогорова В.В., Буртовая Е.Ю. Динамика личностных изменений у облученных в отдаленные периоды после Южно-уральских радиационных аварий // Вестник Южно - Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2007. – № 2 (74). – С. 48-51.
3. Буйков В.А., Колмогорова В.В. ЭЭГ – исследования и клинические особенности у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. № Приложение. – С. 55-57.
4. Буйков В.А., Колмогорова В.В., Буртовая Е.Ю. Динамика личностных изменений у облученных в отдаленные периоды после Южно-уральских радиационных аварий // Вестник Южно - Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2007. – № 2 (74). – С. 48-51.
5. Буйков В.А., Колмогорова В.В. Тревожно-депрессивные состояния у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Современная высшая школа: инновационный аспект. – 2009. – № 1. – С.103-106.
6. Колмогорова В.В., Буйков В.А., Аклев А.В. Отдаленные психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС / Монография. – Москва, 2006. – С. 121-139.
7. Колмогорова В.В., Буйков В.А. Эмоциональные расстройства у пострадавшего населения с органическими проявлениями после радиационных аварий на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 58-61.
8. Колмогорова В.В., Полецкий В.М. Клинические проявления астенического синдрома у пострадавших после радиационных аварий на Южном Урале // Академический журнал Западной Сибири. 2014. – Том 10, № 1 (50).
9. Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Варианты суицидального поведения у подростков при нейропатологических синдромах в Уральском регионе расстройств // Вестник СМУС 74. Совет молодых ученых и специалистов. – Челябинск. – 2013. – № 1 (3). – С. 148-151.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ОРГАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАДИАЦИОННЫХ ИНЦИДЕНТОВ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ

А.П. Барковская

ОКС психоневрологическая больница № 1, г. Челябинск

E-mail автора: kolmogorova\_v@mail.ru

У 117 подростков с органическими расстройствами личности, являющихся потомками лиц, пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале отмечалось делинквентное поведение, склонность к совершению уголовно наказуемых деяний, социальная дезадаптация.

*Ключевые слова:* делинквентное поведение, органическое расстройство личности, социальная дезадаптация.

На современном этапе жизни общества возникла четкая тенденция к росту нервно-психической заболеваемости среди детей и подростков, особенно у потомков лиц, пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале. Выраженность и глубина социальной дезадаптации этих детей и подростков, распространенность девиантного, в том числе и делинквентного поведения определяет актуальность проблемы [1, 2].

Цель исследования: сравнительный анализ делинквентного поведения у подростков, с различными клиническими формами органического расстройства личности, которые являлись потомками лиц, пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале.

Материал и методы.

Обследовано 117 подростков с органическими расстройствами личности в возрасте 14-18 лет, привлекаемых к уголовной ответственности за различные правонарушения. В зависимости от степени сохранности интеллекта, выделено три основных подгруппы: органические расстройства личности (F07.0) – интеллект соответствовал возрастной норме (IQ по Векслеру не ниже 80) – 59,0% (n=69); органические расстройства с легкими когнитивными нарушениями (F06.7) – интеллект соответствовал пограничной зоне между низкой нормой и умственным дефектом (IQ–70–79) – 31,6% (n=37); деменция вследствие органического поражения головного мозга (F02.8) – интеллект соответствовал умственному дефекту (IQ - ниже 70) – 9,4% (n=11) [3, 4].

Использовались методы: клинико - анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический анализ.

Результаты и обсуждение.

Сравнительный анализ клинико-динамических показателей появления девиантного и делинквентного поведения среди обследованных пациентов показал следующие результаты: во всех исследуемых подгруппах пик появления антидисциплинарного поведения



приходится на препубертатный период, что объясняется присутствием в клинической картине практически у всех детей с органическими поражениями головного мозга гипердинамической симптоматики. В исследуемой подгруппе лиц с органическими расстройствами личности 70% подростков воспитывались в неполной семье, 23% из них были сиротами, жили в условиях интерната или с другими родственниками. В семьях преобладали формальные (в 38% случаев) и конфликтные отношения (32%). Дети воспитывались в условиях безнадзорности (23%), гипоопеки (38%), жестких взаимоотношений (20%). В 49% случаев родители в семье алкоголизировались, в 3% – принимали наркотики, в 6% – имели криминальный опыт, были судимы. В подгруппе испытуемых с легкими когнитивными расстройствами 62% подростков воспитывались в неполных семьях, 43% из них были сиротами. В 46% отмечались формальные, в 30% конфликтные семейные отношения, воспитание по типу безнадзорности, гипоопеки, жестких взаимоотношений выявлены в 22%, 27% и 27%, соответственно. В 46% случаев родители злоупотребляли спиртными напитками, в 3% – употребляли наркотики, 11% родителей были судимы. В подгруппе лиц с органической деменцией 64% подростков росли в неполной семье, 43% из них – сироты, формальные семейные отношения отмечались в 36%, конфликтные – в 45% случаев, воспитание по типу безнадзорности, гипоопеки, жестких взаимоотношений определялись в 27%, 185 и 36% соответственно. В 55% случаев родители алкоголизировались, в 27% привлекались к уголовной ответственности за различные преступления. Нарушение структуры и функции семьи, асоциальное поведение родителей и т.д., способствуют сближению этих подростков с асоциальной компанией, формированию делинквентного стиля жизни. В группе с органическими расстройствами личности наибольший процент привлечения к уголовной ответственности приходится на возраст 14 лет, у лиц с органической деменцией – на возраст 15 лет, а у подростков с легкими когнитивными нарушениями – в равной мере на 14 и 15 лет. Обращает на себя внимание более широкий возрастной диапазон совершения уголовно наказуемых деяний в группе с органическими расстройствами личности. Это обусловлено нарастающей социальной дезадаптацией, подростки прекращают учиться, ничем не заняты (26% подростков на момент совершения правонарушения имели работу), начинают алкоголизироваться (72%), переходят от употребления токсических веществ (51%) к наркотикам (26%) [5, 6]. Испытуемые с легкими когнитивными нарушениями лишь в 19% случаев были трудоустроены, 68% – алкоголизировались, причем 72% из них – злоупотребляли спиртными напитками, в 35% случаев подростки употребляли токсические вещества, в 5% – наркотики, что и определяет стабильно высокие цифры совершения правонарушений в указанной группе в возрастном диапазоне от 13 до 17 лет. В то же время дементные испытуемые к 16-18 годам были трудоустроены (45%), прекращали прием токсических веществ (37%), «выпадали» из асоциальных подростковых группировок [7, 8].

**Выводы.** Проведенный анализ позволил выявить факторы, вызывающие формирование делинквентного поведения и механизмы совершения правонарушения у подростков с различными клиническими формами органического расстройства личности потомков лиц, пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале.

Литература:

1. Буйков В.А., Колмогорова В.В., Буртова Е.Ю. Динамика личностных изменений у облученных в отдаленные периоды после Южно-уральских радиационных аварий // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2009. – № 20 (153). – С. 133-136.
2. Колмогорова В.В., Буйков В.А., Полецкий В.М. Исследование уровня тревоги и депрессии у жителей, проживающих на радиоактивно-загрязненных территориях ВУРСА // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 30-31.
3. Колмогорова В.В., Полецкий В.М. Невротизация пострадавших вследствие аварии 1957 г. на ПО «МАЯК» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 3. – С. 87-87.
4. Колмогорова В.В., Полецкий В.М. Клинические проявления астенического синдрома у пострадавших после радиационных аварий на Южном Урале // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Том 10, № 1 (50).
5. Колмогорова В.В., Полецкий В.М. Анализ клинических вариантов хронического ПТСР у облученного населения Южного Урала // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 76-76.
6. Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Анализ клинических вариантов хронического ПТСР у облученного населения Южного Урала // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 76.
7. Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Формирование суицидального поведения у пациентов с посттравматическими изменениями личности на радиоактивно-загрязненных территориях ВУРСА // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 6.
8. Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Варианты неспихотических нейротических синдромов органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 83.

## **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХООРГАНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ**

*А.П. Барковская*

ОКС психоневрологическая больница № 1, г. Челябинск

E-mail автора: kolmogorova\_v@mail.ru

У 150 подростков аддиктивное, подвергшихся воздействию ионизирующих факторов, обнаруживался психоорганический синдром, отмечалось аддиктивное поведение, приводящее к общественно опасным действиям.

*Ключевые слова:* аддиктивное поведение, психоорганический синдром, воздействие ионизирующих факторов, профилактика.

Аддиктивное поведение, приводящие к общественно опасным действиям подростками, подвергшихся воздействию ионизирующих факторов в результате радиационных инцидентов на Южном Урале, остаются одной из важнейших проблем общей и судебной психиатрии, прежде всего в плане профилактики. Для обоснования мер предупреждения аддиктивно-

го поведения необходим анализ как психопатологических, мотивационных сторон поведения пациентов, так и оценка роли макро- и микросоциальных факторов, влияющих на общественно опасные действия [1, 2].

Цель исследования: анализ влияния взаимодействующих факторов – ситуации, личности, индивидуальных психических предпосылок, средовых и групповых влияний на формирование аддиктивных тенденций у несовершеннолетних испытуемых с психоорганическим синдромом [3, 4].

Материал и методы.

Анализируемую группу составили 150 подростков с органическими расстройствами личности в возрасте от 14 до 18 лет, совершивших преступления против личности (ст. 105, 111, 132, 213 УК РФ).

Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический анализ, дополненный результатами патопсихологического исследования: методики Векслера, ПДО, УНП, тест Люшера.

Результаты и обсуждение.

У всех 150 подростков (100%) клиническая картина определялась наличием легкого психоорганического синдрома, критериями которого являлись: нарушения познавательной деятельности, связанные со снижением интеллекта, низкий уровень обобщения, конкретность ассоциаций, трудность установления логических связей и отношений (вербальных и наглядно-образных); обстоятельность суждений, инертность мыслительных действий; нарушение мнестических процессов; нарушение умственной работоспособности.

У 84 испытуемых (56%) определена низкая норма интеллектуальных возможностей, интеллект 48 испытуемых (32%) соответствовал зоне «пограничной» между низкой нормой и умственным дефектом, у 18 подростков (12%) выявлен лёгкий умственный дефект. 126 подростков (84%) обучались по программе массовой школы, у 18 из них после начальной школы отмечалось снижение успеваемости. Практически все подростки в целом были достаточно хорошо ориентированы в привычных жизненных вопросах. Однако при возникновении субъективно сложных проблем и аффективно насыщенных ситуаций проявлялись присущие им эмоциональная неустойчивость, преимущественно с реакциями раздражения, вспыльчивостью, недостаточными ресурсами интеллектуально-волевого самоконтроля поведения и т.д. У 72 испытуемых (48%) при патопсихологическом исследовании выявлен неустойчивый характерологический тип, в 54 случаях (36%) – возбудимый, эксплозивный тип, у 24 подростков (16%) отмечен тормозимый радикал личности. Деформации личности в сторону аддиктивного поведения способствуют многообразные социальные условия, из которых наибольшее значение имеют особенности воспитания: отсутствие контроля со стороны родителей, отрицательный психологический климат в семье, неспособность и нежелание родителей привить ребенку нравственно-этические ценности и выработать социально-положительные ориентиры. Кроме этого у всех обследуемых подростков родители, являлись пострадавшими в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и имели официальный статус «пострадавшего» [5, 6]. У 84 человек (56%) наследственность

отягощена алкоголизмом родителей, в 12 случаях (8%) – сочетанием алкоголизма и психической патологии. 24 подростка (16%) воспитывались в деформированной семье с наличием отчима, 54 (36%) – в неполной семье с отсутствием отца, 12 (8%) – в связи с отсутствием родителей воспитывались другими родственниками. 132 подростка (88%) воспитывались в условиях гипопеки и безнадзорности. Таким образом, нарушение структуры и функции семьи, асоциальное поведение родителей, их конфликтность и жестокость по отношению к детям, и т.д. способствуют к сближению этих подростков с асоциальной компанией, формированию «криминогенных установок», аддиктивному поведению и нарушению психосоциальной адаптации.

В 108 случаях (72%) правонарушение носило групповой характер. 78 подростков (52%) в момент инкриминируемого им деяния находились в состоянии алкогольного опьянения. Ведущим мотивом совершенного деяния служило стремление к самоутверждению внутри группы 114 человек (76%) [7, 8].

Выводы. Проведенный анализ позволяет сделать вывод, что противоправное поведение определяется ни одним каким-то фактором, а взаимосвязанным комплексом личностных особенностей, ведущей психопатологической симптоматики, средовых и групповых влияний. Поэтому экспертный анализ и оценка должны осуществляться с позиций системного подхода. Соблюдение этого принципа позволит предупредить возможное искажение экспертных выводов, оградит экспертов от переоценки отдельных звеньев процесса регуляции поведения.

#### Литература:

1. Буйков В.А., Колмогорова В.В. Анализ клинико - психологического статуса в отдаленном периоде радиационного воздействия // Вестник Южно - Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2011. – № 42 (259). – С. 69-72.
2. Буртова Е.Ю., Буйков В.А., Аклеев А.В., Колмогорова В.В. Особенности аффективных расстройств на органической почве у населения в отдаленные периоды в зоне радиационных инцидентов на Южном Урале // Вестник Южно – Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2006. – № 3-1. – С. 112-118.
3. Колмогорова В.В., Буйков В.А., Аклеев А.В. Отдаленные психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС (монография). – Москва, 2006. – С. 112-128.
4. Колмогорова В.В., Буйков В.А. Эмоциональные расстройства у пострадавшего населения с органическими проявлениями после радиационных аварий на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 58-61.
5. Колмогорова В.В., Полецкий В.М. Эффективность реабилитационно-восстановительных программ у облученных в результате Южноуральских аварий с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными, расстройствами // Вестник СМУС 74. Совет молодых ученых и специалистов. – Челябинск. – 2013. – № 1 (3). – С. 102-105.
6. Колмогорова В.В. Отдаленные психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС: Дисс ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2003. – С. 77-79.
7. Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Современная концепция резидуально-органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 76.
8. Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Варианты неспихотических нейропатических синдромов органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 83.

## **ВЫУЧЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ КАК ФАКТОР, ДЕТЕРМИНИРУЮЩИЙ РИСКОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЧНОСТИ**

*О.В. Волкова*

КМГУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Е-mail автора: olesyavl.volkova@mail.ru

В статье поднимается вопрос специфических особенностей феномена выученной беспомощности, способствующих формированию тенденций к рисковому поведению личности. Среди значимых факторов выделены уровень соматического здоровья, специфика взаимоотношений с ближайшим социальным окружением, уровень развития воли.

*Ключевые слова:* выученная беспомощность, соматическое здоровье, онтогенез, система социальных отношений.

Организаторы учебно-воспитательного процесса в образовательных учреждениях часто имеют дело с ситуациями, в которых дети с изначально высоким уровнем интеллектуального потенциала не становятся успешными в учебе и социальной активности по причине пассивности, равнодушия, сочетанного со страхом перед неудачами, неуверенностью в положительном исходе деятельности. В случае любого малейшего затруднения такие дети отказываются от дальнейшего проявления активности, испытывают стресс, фрустрацию и даже впадают в депрессию. Особо тяжело подобные проявления преодолеваются при наличии частых соматических или хронических заболеваний ребенка, соответственно, можно предположить, что соматический статус ребенка напрямую связан со способностью преодолевать трудности и противостоять формированию феномена «выученной беспомощности».

Ряд зарубежных исследований свидетельствует о том, что дети, демонстрирующие яркие проявления выученной беспомощности, впоследствии, имеют проблемы с интеллектуальным развитием, логическим мышлением, часто впадают в депрессию, имеют низкую самооценку. В их поведении нередко наблюдаются специфические особенности девиантного характера, которые проявляются в форме агрессии, избегания контактов, клептомании и т.п. [1, 4, 5, 7, 8].

Беспомощность является приобретенным в процессе освоения жизненного опыта качеством. Как итог этого процесса общество получает две принципиально разнонаправленные категории взрослых людей. Первые готовы взять ответственность за все происходящее в их жизни, они уверены в собственных силах, имеют активную жизненную позицию – принимают собственную бытийность как подконтрольный им процесс саморазвития. Другие, напротив, списывают ответственность за собственную жизнь на общественный уклад, определенный не самими ими, а некими внешними силами [2, 3, 4, 7, 8].

Уверенность в своих силах и положительном исходе любой жизненной ситуации является неотъемлемой частью способности инициировать собственную активность, нести ответственность за ее результат (как положительный, так и отрицательный). Подобный под-

ход формирует субъектный подход к жизни, деятельности, личностному пространству и временному континууму [1, 4, 5, 7, 8].

Негативные события, имеющие непредсказуемый и неконтролируемый характер, способствуют появлению и закреплению феномена «выученной беспомощности». Столкнувшись неоднократно с непреодолимой жизненной ситуацией, человек смиряется, «опускает руки», воспринимает негативные события как карму, судьбу, рок, неизбежность, которую контролировать и изменить ему не по силам. Опасность такого фаталистического восприятия одной повторяющейся негативной ситуации в том, что механизм реагирования на нее переносится на все прочие, даже те, исход которых имеет возможность быть позитивным и продуктивным [2, 4, 7, 8].

Ощущение человеком неконтролируемости грядущих и текущих событий влечет за собой развитие фактической недостаточности контроля деятельности, что впоследствии оказывает прямое влияние на снижение мотивации, способности обучаться и проявление таких отрицательных эмоций как повышенный уровень тревожности, фрустрация, депрессия, чувство подавленности, ощущение безысходности, предопределенности бытия и печали. Неконтролируемость последствий деятельности естественным образом формирует пессимизм, пассивность, устойчивое нежелание преодолевать трудности, объектное отношение к окружающей действительности, стремление переложить ответственность за последствия любой активности на внешние детерминанты. Причем решающим фактором в механизме возникновения выученной беспомощности являются не тяжелые эмоциональные переживания, связанные с безрезультатностью усилий, а непреодолимое чувство неконтролируемости, безучастности, беспомощности [2, 3, 4, 7].

Концепция феномена «выученной беспомощности» соединяет в себе попытки актуализации, как психологических вопросов, так и проблем воспитательно-образовательной сферы. Его изучение частично решает проблему поисков причин фрустрации, как детей, так и педагогов, родителей в ходе организации и ведения учебно-воспитательного процесса. Все три основные сферы личности, подвергающиеся негативному воздействию выученной беспомощности (мотивационная, когнитивная, эмоциональная), отражаются на желании и способности ребенка обучаться, на результативности образовательного процесса. Недостаточная мотивация приводит к тому, что дети научаются быть беспомощными, обучаться посредством пресекания, в том числе, детской непосредственной инициативности. Беспомощный ребенок имеет четкую убежденность в том, что не может влиять на процесс обучения, и после многократных попыток проявить активность он перестает инициировать деятельность, так как и процесс и результат являются психологически болезненными, тяжелыми, фрустрирующими. Это является условным, выученным реагированием, провоцирующим, в числе прочего, развитие когнитивной недостаточности. Однако ощущение неконтролируемости не является главенствующим фактором в развитии выученной беспомощности. Катализатором этого деструктивного про-

песса является уверенность в том, что неудачный исход любой ситуации неизбежен [1, 3, 5, 6, 8].

Феномен беспомощности имеет связь с рядом психологических явлений, в частности депрессией и виктимностью. Как и выученная беспомощность, депрессия психогенной этиологии может быть одним из возможных последствий травмирующих неконтролируемых событий. Травма носит характер фрустрирующей жизненной ситуации, жизненного события, которое субъективно кажется непреодолимым. В этом случае негативные когнитивные установки рассматриваются как причина депрессии, могут служить фактором риска формирования выученной беспомощности и одной из составляющих личностной беспомощности.

Литература:

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
2. Логинова И.О. Особенности устойчивости жизненного мира человека в кризисных условиях жизнедеятельности // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: «Психологические науки». – 2011. – № 2. – С. 21-26.
3. Малкина-Пых И.Г. Психология поведения жертвы. – М.: Экс-мо, 2006. – 1008 с.
4. Рахимкулова А.В., Розанов В.А. Взаимосвязь суицидального и рискованного поведения у подростков // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 31-32.
5. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 8-25.
6. Ривман Д.В., Устинов В.С. Виктимология. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2000. – 332 с.
7. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. – М.: София, 2006. – 368 с.
8. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression, development, and death. – San Francisco: Freeman, 1975.

## КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРЕДИКЦИЯ ГОМИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О.А. Гильбурд, О.Я. Голубкова

Сургутский ГУ, г. Сургут

E-mail авторов: ogilbur@gmail.com

На основании результатов ретроспективного клинико-этологического анализа случая криминогенной параноидной эпизодической шизофрении авторы приходят к выводу о потенциальной возможности предикции и превенции гомицидального поведения и необходимости оптимизации тактики диспансерного наблюдения за больными шизофренией.

*Ключевые слова:* шизофрения, гомицидальное поведение, предикция, этология.

Гомицидальное поведение как крайнее проявление агрессивности остаётся актуальной проблемой психиатрии [4]. В этом контексте задачей активного диспансерного наблюдения (АДН) является своевременное прогнозирование и предупреждение физической агрессии больных шизофренией [1], что вполне возможно с использованием клинико-этологического метода, который при изучении шизофренических психозов уже принёс позитивные результаты [2]. Иллюстрацией того, к чему ведёт его игнорирование, является следующий случай.

Больной Ш. 1977 г.р., азербайджанец, гражданин РФ, второй из семи детей. С 1998 г. периодически ле-

чился стационарно по поводу обострений параноидной приступообразно-прогредиентной шизофрении и наблюдался в местном ПНД. С 2002 г. инвалид второй группы. С 2005 года находился в ремиссии с умеренным психопатоподобным дефектом, нерегулярно получал инъекции нейролептиков-пролонгов; выполнял несложные поручения отца в шиномонтажной мастерской. В 2009 г. истёк срок договора аренды земли под мастерскую – единственный источник доходов для всей семьи; по иску городской администрации было вынесено судебное решение о её сносе. Отец Ш. пытался найти компромисс с мэрией, был на приёме у главы города, безрезультатно обжаловал решение суда, но землю не освобождал, подозревая, что чиновники готовят почву для вымогательства денег. По свидетельству потерпевшего, оставшегося в живых после огнестрельного ранения, в период 2009-2012 гг. он несколько раз имел напряжённые беседы с нашим пациентом и заметил, что «когда Ш. злится, то начинает буквально разговаривать руками, он их сует в лицо собеседнику; в разговоре с ним приходилось постоянно отстранять его руки от своего лица – и он сразу терялся». 19.10.12 г. в шиномонтажную мастерскую прибыли трое чиновников, чтобы вручить официальное уведомление о сносе мастерской. В разгар их ссоры с отцом и братьями приехал, сидя за рулём семейного автомобиля, Ш., вышел из машины, молча, с неподвижным лицом достал пистолет и всех по очереди расстрелял; в потерпевшего, оставшегося живым, произвёл два выстрела. Завершив стрельбу, Ш. *положил оружие на одно из тел и сдался полиции.*

Клинико-психопатологический анализ случая Ш. выявил такие факты, как: 1) наследственная отягощённость шизофренией у матери, психическим дизонтогенезом и органической церебральной недостаточностью у братьев, эпилептоидным характером отца, культурально неадекватной агрессивностью членов семьи; 2) астенически-адроморфный соматотип; 3) шизоидный преморбид с низким уровнем социализации и повышенной конфликтностью; 4) возникновение в препубертатном возрасте «форпост-синдромов» с аффективными колебаниями и психическими автоматизмами; 5) аффективная неустойчивость и явления психического автоматизма в армейский период, формирование архаического бреда воздействия; 6) развёрнутая манифестация психоза с вербальными псевдогаллюцинациями, присоединением идей инопланетного воздействия; сочетание синдрома Кандинского-Клерамбо с экспансивным бредом, который в первом психотическом эпизоде диссонировал с депрессивным аффектом; 7) наличие типичных структурных расстройств мышления, эмоционального обеднения, волевого снижения, аутизации; 8) затяжной характер первого манифестного эпизода, низкое качество первой ремиссии с преобладанием дефицитарной симптоматики, резидуальной подозрительностью, негативизмом, рудиментарными идеями плохого отношения и «порчи» со стороны родни, раздражённо-злобное поведение больного; 9) отрицательный комплайнс, манкирование поддерживающей терапией; 10) сочетание развёрнутого синдрома психического автоматизма и ажитированной депрессии с идеями виновности и греховности в структуре второ-

го эпизода болезни; 11) психомоторное возбуждение, грубость и враждебность, маниакальный аффект и экспансивный бред при третьем обострении; 12) наличие психопатоподобного дефекта личности с чрезмерной конфликтностью, частыми полярными колебаниями настроения, реакциями гнева, злобы, вербальной агрессии; 13) сочетание гневливой мании, экспансивного бреда с архаическими идеями воздействия, особого значения, отношения в комплексе с резонансно-паралогическим мышлением в четвертом эпизоде болезни; 14) восприятие социального окружения как враждебного; 15) провоцирующее на физическую агрессию влияние хронической психотравмы и поощряющее к ней же влияние семейного окружения.

Здесь почти все клинические факты (за исключением аффективного компонента в обострениях психоза, преимущественно архаического бреда и эпизодического течения) следовало расценивать как комплексные предикторы неблагоприятной динамики заболевания с повышенной социальной опасностью Ш. и как основания для его перевода на режим АДН [3], чего не было сделано.

Этологический анализ случая Ш. был проведен с использованием «Глоссария визуальных элементов агрессивного поведения человека» [5], содержащего а) агрессивно-предупредительные элементы, б) агрессивно-конфликтные элементы и в) агрессивно-контактные элементы.

Катамнестическое изучение невербального поведения Ш. на всем протяжении его жизни, основанное на наблюдениях врачей и иных лиц, позволяет ретроспективно выделить следующие типичные для него этологические стигмы, относящиеся к репертуару агрессивного поведения, которые регистрировались у пациента в остром состоянии и в межприступном периоде: пристальный взгляд с редким миганием, напряжение челюстных мышц, полуоскал, бормотание, напряжение тонуса мышц туловища, сжатие кулаков, широкие и резкие движения руками, угроза бровями, включая флэш, резкие движения головой, реакция плеча, сокращение индивидуальной дистанции, демонстрация паха, удары по предмету и по своему телу и, наконец, выстрелы. Степень выраженности перечисленных признаков по «Шкале этологических признаков человека» [2] составляет в среднем 4,58 условных балла, что соответствует значениям невербальной экспрессии между «средней» и «средневыраженной».

Выводы. Индивидуальная специфика клинико-этологической семиотики шизофрении у пациента Ш. при своевременном переводе его на АДН могла бы помочь прогнозированию и предупреждению тяжелого противоправного деяния, приведшего к гибели двух человек и огнестрельной травме третьего. Мы считаем насущной необходимостью оптимизацию диспансерного наблюдения с обязательным этологическим образованием врачей психиатров.

Литература:

1. Верховданова Т.В. Клинические и социальные факторы формирования агрессивного поведения больных шизофренией: Дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2007. – 217 с.

2. Гильбурд О.А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. – М.: Видар-М, 2007. – 360 с.
3. Кальченко И.И. Клинические и социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психически больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2011. – 22 с.
4. Чеховская М.В. Клиническая характеристика психических нарушений у лиц с гетероагрессивным поведением: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1997. – 22 с.
5. Хренников О.В. Типология и структура невербальных проявлений агрессивного поведения в различных этнических группах: Дис. ... канд. биол. наук. – Симферополь, 1997. – 130 с.

## КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО – ТРУДОВАЯ ПРОБЛЕМА У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ

В.А. Дегтярев

Южно-уральский ГМУ, г. Челябинск

E-mail автора: kolmogorova\_v@mail.ru

118 человек с алкогольной зависимостью, подвергшихся воздействию радиации, проходили лечение в условиях анонимной амбулаторной медицинской помощи, применялась дифференцированная психотерапия – техники нейролингвистического программирования и эмоционально - стрессовая психотерапия с последующей социально-трудовой имитацией.

*Ключевые слова:* алкогольная зависимость, воздействие радиации, психотерапия, социально-трудовая реабилитация.

Одной из актуальных проблем современной клинической наркологии является поиск эффективных схем в лечении у лиц с алкогольной зависимостью, подвергшихся воздействию радиации, в том числе дифференцированное применение психолога - психотерапевтической и социально-трудовой реабилитации [1, 2]. Особенно больным алкогольной зависимостью, подвергшихся воздействию радиации в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и проходящим лечение в амбулаторных наркологических центрах и кабинетах. Клинический опыт и данные научных исследований показывают, что состояние больных в алкогольной ремиссии представляет собой весьма неустойчивый период течения болезни и зависит от множества психогенных, клинко-психологических и социально-демографических, радиационных и т.д. значения которых остается недостаточно изученным [3-5].

Цель исследования: изучить особенности формирования ремиссий в зависимости от клинко-психологических и социально-демографических характеристик лиц с алкогольной зависимостью, подвергшихся воздействию радиации вследствие радиационных аварий на Южном Урале, получающих амбулаторную лечебно-реабилитационную помощь.

Материал и методы. Клинико - анамнестическому, клинко-психопатологическому и патопсихологическому исследованию подверглись 118 человек с алкогольной зависимостью (F10.2, МКБ-10), подвергшихся воздействию радиации, проходивших лечение в условиях анонимной амбулаторной медицинской помощи за период 2010-2013 гг. Все обследованные лица мужского пола в возрасте 16-45 лет, которым наряду с

традиционными методами лечения алкоголизма применялась дифференцированная психотерапия – техники нейролингвистического программирования (НЛП) и эмоционально - стрессовая психотерапия (ЛОЭСП) с последующей социально-трудоустройственной имитацией. В процессе формирования терапевтической ремиссии все пациенты разделились на две группы: основная – 81 человек (68,8%) достигли полной ремиссии (более одного года воздержание от употребления алкоголя с восстановлением социально-трудоустройственного статуса). У 37 пациентов (31,2%) произошли срывы в первый год трезвого образа жизни (контрольная группа).

**Результаты и обсуждение.** Сравнительный анализ клинико - психологических и социально-демографических факторов позволяет выделить признаки, характеризующие каждую группу изучаемого контингента пациентов. Лица с ремиссией более одного года характеризовались высоким образовательным статусом, ведущие трудовую деятельность или учебу, половина которых имели наследственную отягощенность алкоголизмом, личностные особенности их определялись чертами характера торпидного или неустойчивого типа. Клиника алкогольной зависимости характеризовалась благоприятным течением – коротким сроком злоупотребления алкоголем в виде псевдозаповей [6-8]. Для больных с ремиссией менее одного года типичны: низкий образовательный уровень, часть из них не работали и не учились, были холосты или разведены, с наследственной отягощенностью психическими или наркологическими заболеваниями, личностными особенностями эмоционально-лабильного или шизоидного круга. Динамика алкогольной зависимости определялась злокачественным течением, с большим сроком злоупотребления алкоголем в виде постоянного пьянства с низкой толерантностью или истинных запоев [9, 10]. Данные характеристики позволили определить эффективные методы лечения алкогольной зависимости, длительность и устойчивость ремиссий у изучаемого контингента больных.

**Выводы.** При планировании амбулаторной лечебно-реабилитационной помощи пациентам с алкогольной зависимостью, подвергшихся воздействию радиации вследствие радиационных аварий на Южном Урале, необходимо учитывать их уровень преморбидного психического здоровья. Пациентам с преморбидно высоким уровнем психического здоровья должна оказываться реконструктивная (восстановительная) личностно-ориентированная психотерапия и социально-трудоустройственная адаптация. Больным с преморбидно низким уровнем психического здоровья адекватна конструктивная (формирующая личность заново) онтогенетически ориентированная психотерапия и социально-трудоустройственная реабилитация.

#### Литература:

1. Буйков В.А., Балашов П.П., Колмогорова В.В., Аклев А.В. Психическое здоровье населения Южного Урала, подвергшегося радиационному облучению (клинико-динамический, реабилитационный, превентивный аспекты) / Монография. – Москва, 2007. – С. 142-164.
2. Буйков В.А., Буртова Е.Ю., Колмогорова В.В., Аклев А.В. Депрессивные расстройства у облученного населения Южного Урала в отдаленные периоды после радиационных инцидентов / Монография. – Москва, 2008. – С. 139-154.

3. Буйков В.А., Колмогорова В.В., Буртова Е.Ю. Превентивные лечебные меры в осенне - весенний период у облученного населения на Южном Урале // Вестник Южно - Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2007. – № 2 (74). – С. 48-51.
4. Буйков В.А., Колмогорова В.В., Буртова Е.Ю. Динамика личностных изменений у облученных в отдаленные периоды после Южно-уральских радиационных аварий // Вестник Южно - Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физ. культура. – 2007. – № 2 (74). – С. 48-51.
5. Буртова Е.Ю., Буйков В.А., Колмогорова В.В. Аффективные расстройства у облученных в результате радиационных аварий на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № Приложение. – С. 60-62.
6. Колмогорова В.В., Полецкий В.М. Невратизация пострадавших вследствие аварии 1957 г. на ПО «МАЯК» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 3. – С. 87-87.
7. Колмогорова В.В., Буйков В.А. Эмоциональные расстройства у пострадавшего населения с органическими проявлениями после радиационных аварий на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5, (80). – С. 58-61.
8. Колмогорова В.В., Буйков В.А. Клинические варианты посттравматических стрессовых расстройств у населения, облученного вследствие южно-уральских радиационных инцидентов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – №5 (80). – С. 53-57.
9. Колмогорова В.В., Буйков В.А., Аклев А.В. Отдаленные психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС / Монография. – Москва, 2006. – С. 118-128.
10. Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Варианты суицидального поведения у подростков при нейропатических синдромах в Уральском регионе // Вестник СМУС 74. Совет молодых ученых и специалистов. – Челябинск. – 2013. – № 1 (3). – С. 148-149.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, РОДИТЕЛИ, КОТОРЫХ ЯВЛЯЛИСЬ ОБЛУЧЕННЫМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЮЖНО-УРАЛЬСКИХ ИНЦИДЕНТОВ**

*В.А. Дегтярев*

Южно-Уральский ГМУ, г. Челябинск

E-mail автора: kolmogorova\_v@mail.ru

В основу работы положены результаты многолетнего (2007-2011 гг.) диспансерного наблюдения подростков с наркотической зависимостью, родители, которых являлись облученными в результате Южно-уральских инцидентов. Структура больных с наркотической зависимостью представлена: с опийной (героиновой) зависимостью, с зависимостью от препаратов конопли (анаша, марихуана и др.), с зависимостью от психостимуляторов употребляющие др. наркотиков и их сочетаний.

*Ключевые слова:* радиационное облучение, наркотическая зависимость, подростков, облученное население.

Различные виды наркотической зависимости, различающиеся у подростков с наркотической зависимостью, родители, которых являлись облученными в результате Южно-уральских инцидентов наносят непоправимый вред как самостоятельные виды нервно-психических расстройств, но и являются предрасполагающим фактором утяжеления имеющихся соматических, психических и др. заболеваний [1-3, 5]. Большая часть наркотиков (прежде всего героин) распространяется непосредственно в областном центре и крупных городах области (Магнитогорск, Златоуст, Миасс, Копейск). И совершенно не случайно ситуация с

наркотической зависимостью в области далеко не благополучная и становится все более напряженной.

Цель исследования: изучить особенности клинической характеристика подростков с наркотической зависимостью, облученного населения в Челябинской области.

Материал и методы. В основу работы положены результаты многолетнего (2007–2011 гг.) диспансерного наблюдения подростков с наркотической зависимостью в ЧОКНД №1 г. Челябинска, родители которых, являлись облученными в результате радиационных инцидентов на Южном Урале. Использовались методы: клиничко - анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-динамический анализ.

Результаты и обсуждение. Общее число потребителей наркотиков, состоящих на всех видах учета, увеличилось за 5 лет на 37,2%. При этом увеличенные группы диспансерного наблюдения с 2005 по 2009 год менее значительное – 10,3%. Группа же риска по наркомании увеличилась значительно – на 80,2%. Первичная заболеваемость наркоманией за последние 5 лет увеличилась на 6,8% и составила соответственно в 2005г. 15,9 на 100 тыс. населения и 26,74 на 100 тыс. населения в 2009 г. Естественно, обстановка в 2010 и 2011 гг. не улучшилась, а имеет явную тенденцию к дальнейшему ухудшению. Следует отметить, что в области имеется ряд территорий, где число наркозависимых превышает указанные выше показатели. Это города Кыштым, Чебаркуль, Касли, Сосновский район и др. Структура больных с наркотической зависимостью в области не меняется на протяжении 5 лет и выглядит следующим образом: подавляющее большинство составляют пациенты с опиоидной (героиновой) зависимостью – 91,7% (93% – 2008 г. и 94,2% в 2009 г.); второе место – больные с зависимостью от препаратов конопли (анаша, марихуана и др.) – 4,4% (3,8% в 2008 г. и 3,2% в 2007 г.); третье – больные, употребляющие другие наркотики и их сочетания (2,1% в 2007 и 2,9% в 2008 г.) [6-9]. Удельный вес больных с зависимостью от психостимуляторов был невелик – лишь 0,2%. Из числа потребителей наркотиков 13313 употребляют их инъекционным способом (12900 – в 2007 г. и 13093 – в 2008 г.). С 2008 по 2010 г. наблюдается определенный рост пациентов, состоящих под наблюдением психиатров – наркологов. В стационар больницы в 2010 г. наркозависимых группы опиоидов поступило меньше, чем в 2009 г. и 2008 г., но увеличилось число зависимых от каннабиноидов (18 пациентов против 10 и 3, соответственно). Наблюдалось некоторое увеличение зависимых от психостимуляторов (6 пациентов против 1 и 2). Показатели зависимости от наркотиков среди несовершеннолетних следующие: в 2008 г. на диспансерном учете с наркозависимостью состоял 31 несовершеннолетний против 28 в 2009 г.; первичная заболеваемость наркоманией среди данного контингента составила 21 человек, что на 26,7% меньше, чем в 2008 г. (30 человек). В 2009 г. на специализированном учете по области находилось 16838 человек, больных наркоманиями. Необходимо также учитывать зависимость от целого ряда других препаратов, не отнесенных к наркотическим - дезоморфин. Следует также помнить, что еже-

годно в стране синтезируется и распространяется также в нашей области большое количество новых препаратов, формирующих у их потребителей психическую и физическую зависимости.

Выводы. Таким образом, клиническая характеристика подростков с наркотической зависимостью, родители, которых являлись облученными в результате Южно-уральских инцидентов, отличается сложностью с высоким процентом наркозависимых, определенной тенденцией к их увеличению и ростом числа соматических и психических заболеваний у них.

Литература:

1. Балашов П.П., Буйков В.А., Колмогорова В.В., Буртова Е.Ю. Клинические варианты органических расстройств с депрессивными проявлениями у облученного населения в зоне радиационных аварий на Южном Урале // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 92-95.
2. Буйков В.А., Балашов П.П., Колмогорова В.В., Аклев А.В. Психическое здоровье населения Южного Урала, подвергшегося радиационному облучению (клиничко-динамический, реабилитационный, превентивный аспекты) / Монография. – Москва, 2007. – С. 142-164.
3. Буртова Е.Ю., Буйков В.А., Аклев А.В., Колмогорова В.В. Особенности аффективных расстройств на органической почве у населения в отдаленные периоды в зоне радиационных инцидентов на Южном Урале // Вестник Южно – Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2006. – № 3-1. – С. 112-118.
4. Буйков В.А., Колмогорова В.В. Анализ клиничко - психологического статуса в отдаленном периоде радиационного воздействия // Вестник Южно - Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2011. – № 42 (259). – С. 69-72.
5. Буйков В.А., Петуров И.А., Сульдин А.М., Колмогорова В.В., Буртова Е.Ю. Клиничко – психологические показатели у пациентов с соматоформными расстройствами в результате радиационных аварий на Южном Урале в процессе лечения методом адаптации к периодической гипобарической гипоксии Урале // Вестник Южно - Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2006. – № 3-1. – С. 107-111.
6. Колмогорова В.В. Отдаленные психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС: Дисс. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2003. – С. 55-60.
7. Колмогорова В.В., Буйков В.А., Аклев А.В. Отдаленные психические расстройства у пострадавших в результате радиационных инцидентов на Южном Урале и у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС (монография). – Москва, 2006. – С. 118-128.
8. Колмогорова В.В., Полецкий В.М. Эффективность реабилитационно-восстановительных программ у облученных в результате Южноуральских аварий с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными, расстройствами // Вестник СМУС 74. Совет молодых ученых и специалистов. Челябинск. – 2013. – № 1 (3). – С. 102-105.
9. Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Варианты непсихотических нейропатических синдромов органических расстройств // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 83.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТАЦИОНАРНОЙ И АМБУЛАТОРНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ В ЧАСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

*А.А. Еремеева, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова*

Архангельский ПНД, Северный ГМУ, г. Архангельск  
Северный (Арктический) ФУ им. М.В. Ломоносова

В статье анализируется эпидемиологическая ситуация с наркологическими расстройствами у детей и подростков в

Архангельской области, описываются особенности организации оказания медицинской наркологической помощи в регионе. Предлагается механизм взаимодействия стационарной и амбулаторной наркологических служб при оказании реабилитационной помощи несовершеннолетним, в частности, разработка единой программы реабилитации.

*Ключевые слова:* реабилитация, наркологические расстройства, дети и подростки, Архангельская область

В настоящее время все более остро встает вопрос распространения потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди населения России, при этом происходит "омоложение" потребителей, представленных в равной мере в гендерном отношении. Исследование эпидемиологической характеристики наркологических расстройств (НР) у детей и подростков в Архангельской области за период с 2001 по 2013 гг. показало, что показатели болезненности и заболеваемости у подростков 15–17 лет достоверно выше общероссийских в 2001, 2006–2008, 2010 и 2011 гг., причем в 2011 г. – почти в 1,5 раза. В структуре НР преобладает употребление алкоголя с вредными последствиями, на втором месте – ненаркотических веществ с вредными последствиями [5]. В 2013 г. увеличилась доля несовершеннолетних, употребляющих наркотические вещества. Отмечается неблагоприятная тенденция ухудшения психического здоровья подросткового населения региона, что говорит о необходимости совершенствования наркологической помощи и внедрения новых эффективных форм реабилитационной помощи, обоснование которых и явилось целью настоящей работы.

Развитие психиатрической и наркологической служб в Архангельской области идет в направлении развития амбулаторно-поликлинического звена при сохранении качественной и доступной стационарной помощи. Наркологические подразделения функционируют в структуре психиатрических медицинских организаций: детские наркологические койки – в составе центра детской и подростковой психиатрии, амбулаторное детское наркологическое отделение – областного психоневрологического диспансера. Такая модель организации помощи обусловлена сложившейся системой ее оказания и экономической эффективностью, связанной с оптимизацией расходов на административный и управленческий аппарат.

Учитывая организационные особенности наркологической службы в Архангельской области, необходимо осуществлять взаимодействие стационарной и амбулаторной наркологических служб. Во-первых, при оказании реабилитационной помощи несовершеннолетним, как в амбулаторных, так и в стационарных медицинских организациях, нужно использовать единые принципы: этапности, очередности проведения мероприятий, непрерывности и комплексного воздействия. Во-вторых, для соблюдения преемственности реабилитационного процесса важно следовать единой программе реабилитации и использовать одну модель и унифицированные формы ее осуществления. В программу реабилитации должен быть включен раздел, посвященный основам мотивационного интервьюирования специалистами, осуществляющими первичное консультирование (в стационаре или диспансере) для мотивации пациента к прохождению реабилитации и

формированию ремиссии. И, наконец, желательно введение единого медицинского документа, сопровождающего реабилитанта [1, 7].

Учитывая эти позиции, мы считаем важным разработку программы реабилитации для несовершеннолетних, учитывающую не только отказ от употребления ПАВ, но и восстановление физического и психического здоровья и наиболее эффективную реадaptацию его к жизни в обществе. Методологически программа реабилитации должна базироваться на единстве биологической, психологической, социальной и духовной природы человека.

В рамках реализации программы процесс реабилитации делится на три взаимосвязанных блока. Первый блок, предшествующий основной программе реабилитации, включает первичное консультирование, мотивационное интервью, психодиагностику подростка и семейных отношений. Должны быть установлены критерии включения в реабилитационную программу; важно определять уровень реабилитационного потенциала, как совокупности физических, психических, социальных, духовных возможностей детей и подростков в преодолении зависимости от ПАВ и ее последствий, в восстановлении или формировании их личностных и социальных качеств, способствующих возвращению в семью и к общественно полезной деятельности без употребления ПАВ. Дифференциация детей и подростков, употребляющих ПАВ, по уровням реабилитационного потенциала – высокому, среднему и низкому – позволит разделить потоки реабилитируемых с учетом тяжести зависимости от ПАВ и медико-социальных последствий наркотизации, а также определить индивидуальную продолжительность и объем необходимых реабилитационных мероприятий [2, 3]. Второй блок – Основная программа реабилитации – имеет три этапа: начальный (адаптационный – вход в программу), развернутый (интеграционный – основной) и завершающий (стабилизационный – выход из программы). Для реабилитируемых должен быть четко структурирован распорядок дня с ежедневными утренними собраниями, индивидуальными и групповыми занятиями с психологом, информационными занятиями, терапевтическими группами, фильмогруппами, вечерними собраниями «Группа по итогам дня». Обязательно должно выделяться время для выполнения заданий, занятий в тренажерном зале, чтения и прогулок. Третий блок, реализуемый после завершения основной программы, предполагает оценку эффективности базового курса, профилактику «срывов», тренинги асертивного поведения и групповую психотерапевтическую работу с пациентами и их родными. Блоки программы могут реализовываться в условиях реабилитационного центра или реабилитационного отделения медицинской организации. Первый блок проводится в амбулаторных или стационарных условиях; основная программа реализуется в стационаре; завершающий этап возможен, как в дневном стационаре, так и амбулаторных условиях; третий блок, реализуемый после завершения основной программы реабилитации, является амбулаторным. После окончания курса реабилитации рекомендуется продолжать посещение групп самопомощи [6, 8].



Таким образом, при организации реабилитационной наркологической помощи лицам детского и подросткового возраста необходим учет распространенности и структуры наркологических расстройств, решение проблем ранней диагностики, внедрение мало затратных, но эффективных организационных реабилитационных технологий, приводящих к благоприятным качественным медико-социальным результатам, а также внутриведомственного взаимодействия субъектов реабилитационного процесса.

## Литература:

1. Брюн Е.А., Кошкина Е.А., Рычкова О.В. и др. Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных / Метод. рекомендации. – М., 2013. – 124 с.
2. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Гериш А.А. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (методические рекомендации). – М., 2001.
3. Вишнева С.А. Современные модели реабилитации наркозависимых // Наркология. – 2008. – № 1. – С. 55-61.
4. Дудко Т.Н. Проблемы реабилитации наркологических больных и система взаимодействия государственных наркологических учреждений с конфессиональными реабилитационными центрами // Наркология. – 2012. – № 4. – С. 70-75.
5. Еремеева А.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Эпидемиологическая характеристика психических и поведенческих расстройств связанных с употреблением психоактивных веществ у детей и подростков в Архангельской области // Наркология. – 2014. – № 4. – С. 30-36.
6. Кочуровская И. Модель стационарной психологической помощи для наркозависимых // Наркология. – 2010. – № 1. – С. 71-75.
7. Наркология: Национальное руководство / Под. ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 (серия «Национальные руководства»). – 719 с.
8. Essau, Cecilia, (Ed.) Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment. 1<sup>st</sup> ed. Amsterdam; Boston: Academic Press, 2008. – P. 332.

### **РАЗЛИЧИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ АНОЗОГНОЗИИ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

*А.В. Коломейчук, Т.Ю. Ледванова, Е.А. Гречкина*

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

Е-mail авторов: avkolomey@gmail.com

Представлены результаты исследования специфики отношения к болезни у больных хроническим алкоголизмом на 2 стадии заболевания с различными клиническими вариантами алкогольной анозогнозии.

*Ключевые слова:* алкоголизм, внутренняя картина болезни, алкогольная анозогнозия.

В клинике алкоголизма особое внимание уделяется осознанию пациентом своего заболевания так называемой алкогольной анозогнозии – тенденции к отрицанию или недооценке значимости заболевания, определяющей трудности формирования мотивации трезвости, повышенный риск рецидивов и общую резистентность к противоалкогольному лечению. В психологической традиции речь идет о специфическом отношении к болезни или особенностях внутренней картины болезни.

Цель исследования: изучение особенностей внутренней картины болезни у лиц с алкогольной зависимостью с различной установкой на лечение.

Материал и методы. В выборку вошло 102 пациента мужского пола, находящихся на стационарном лечении с диагнозом: Зависимость от алкоголя, средняя стадия, постабстинентное состояние.

Исследование было построено по принципу сравнительного изучения групп больных с разными установками на лечение, которые выявлялись при помощи методики оценки анозогнозии у больных алкоголизмом, разработанной Ю.В. Рыбаковой с соавторами. Использовался комплекс психологических методик, в который вошли наблюдение, беседа, опрос. Определение типа отношения к заболеванию, как одной из наиболее важных характеристик ВКБ, было проведено с помощью опросника ТООБОЛ.

1-ю группу составили 31 человек. В этой группе отмечалась активная установка на лечение, носящая осознанный, сформированный характер потребности в трезвой жизни. Больные этой группы осознавали степень тяжести своего заболевания, самостоятельно обращались за помощью к специалисту-наркологу, изъявляя желание пройти амбулаторный курс эмоционально-стрессовой психотерапии по избавлению от алкогольной зависимости.

2-ю группу составили 38 человек. В этой группе отмечалась пассивная установка на лечение (частичная анозогнозия), носящая лишь вербальный характер, не имеющая конкретных осознанных мотивов, планов и способов реализации. Обращение к психиатру-наркологу носило сугубо ситуативный характер, связанный с семейным либо профессиональным давлением окружения.

3-ю группу составили 33 человека. В эту группу входили больные с тотальной анозогнозией, отмечалась негативная установка на лечение, точнее сказать отсутствие установки на лечение.

Результаты и обсуждение. В группе больных с активной установкой на лечение преобладающим типом отношения к болезни явился сенситивный (60%). Также в этой группе диагностируются тревожный (20%) и апатический (20%) типы отношения к болезни.

В группе с пассивной установкой на лечение преобладающим типом реакции на болезнь оказался сенситивный (43,75%). Однако наряду с ним преобладает апатический (31,25%) тип. Также, достаточно часто диагностировался и эгоцентрический тип отношения к болезни (12,5%). Гораздо реже отмечались анозогнозический (6,25%) и паранойяльный (6,25%) типы отношения к болезни.

В группе больных с отсутствием установки на лечение преобладающими типами отношения к болезни явились эргопатический (44,4%) и анозогнозический (33,3%), который характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни, о возможных её последствиях. Также достаточно типичным явился эгоцентрический тип (22,3%) отношения к болезни.

Выводы. В каждой группе больных алкоголизмом с разными установками на лечение выявлены особенности внутренней картины болезни. Анализ типа

отношения к болезни в зависимости от установки на лечение показал, что в исследуемых группах больных преобладают сенситивный и эргопатический варианты внутренней картины болезни.

Полученные результаты показывают, что дальнейшее, более углублённое изучение и научное обоснование данной проблемы позволит приблизиться к пониманию детерминант и механизмов нарушений личностной сферы у больных хроническим алкоголизмом и их связи с различными установками на лечение этого контингента. Все вышеописанные особенности могут быть использованы для построения лечебно-реабилитационных программ.

## Литература:

1. Баранова О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом: Автореф. Дис... к.м.н. ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – М., 2005.
2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Отношение к болезни, алкогольная анозогнозия и механизмы психологической защиты у больных алкоголизмом // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 2. – С. 13–21.
3. Дунаев А.Г. Индивидуально-психологические особенности личности больных хроническим алкоголизмом с различной длительностью психотерапевтической ремиссии: дисс ... канд. психол. наук. – Ростов-на-Дону, 2006. – 151 с.
4. Качаев А.К. Политов В.В. Отрицание болезни при хроническом алкоголизме // Клиника и патогенез алкогольных заболеваний: сб. научн. трудов. – М, 1984. – С. 164-170.
5. Кошкина Е.А., Спектор Ш.И., Сенцов В.Г. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. – ПЕР СЭ., 2008. – 287 с.
6. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом / Методические рекомендации / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011 – 37 с.
7. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005 – 33 с.
8. Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д. Методы оценки анозогнозии при наркологических заболеваниях // Неврологический вестник – 2012. – Том XLIV, вып. 4 – С. 65-74.
9. Сердюк А. А., Бабелюк В. Е. Особенности внутренней картины болезни у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом с различной установкой на лечение // Медицина сегодня и завтра: Периодический сборник научных работ молодых учёных и специалистов. – Харьков, 1998. – Вып. 3. – С. 50-51.
10. Трифонова Е.А., Яровинская А.В. Актуальные вопросы изучения алкогольной анозогнозии // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2010. – Том 1, № 8. – С. 430-436.

## ОСОБЕННОСТИ И ПРОТИВОРЕЧИЯ В ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЯХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

*Т.Ю. Ледванова, А.В. Коломейчук*

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, г. Саратов

E-mail авторов: avkolomey@gmail.com

Лечение алкоголизма невозможно без глубокого понимания внутриличностных конфликтов, конфликтов в ценностных ориентациях личности, составляющих основу внутренней картины болезни. Работа посвящена изучению конфликтов в ценностных ориентациях и степени их выраженности у больных с алкогольной зависимостью.

*Ключевые слова:* алкоголизм, ценности, смысловые ориентации

Система ценностных ориентаций является одним из важнейших образований в структуре личности,

определяющим ее отношение к объектам социального окружения [2]. Изучению личностных особенностей больных с алкогольной зависимостью были посвящены многочисленные работы, однако, лишь единичные работы посвящены оценке смысловых и ценностных ориентаций у больных алкоголизмом, и практически нет исследований, отражающих глубокие конфликты в ценностях зависимых [1, 4]. Изучение особенностей профилей компонентов самосознания, ценностных и смысловых ориентаций личности больного алкоголизмом позволит выявлять мишени психотерапии и выстраивать адекватные патогенетически корректные психотерапевтические программы.

Цель исследования: выявление конфликтов в ценностных ориентациях и степени их выраженности у больных с алкогольной зависимостью.

Материал и методы. В исследовании применялись «Методика Ш. Шварца для изучения ценностей личности» (в адаптации Карандашева В.Н.) [3]. Исследование проводилось в отделении наркологии Клиники кожных и венерических болезней СГМУ. Были обследованы 30 больных с алкоголизмом мужчин и женщин в возрасте от 20 до 45 лет со второй стадией заболевания без соматических и неврологических осложнений. Форма алкоголизации – псевдозапойное пьянство. Психологическое обследование проводилось на пятый – седьмой день пребывания в клинике, после снятия симптомов абстиненции.

Контрольную группу составили 15 здоровых испытуемых. Это были студенты и педагоги учебных заведений. Все испытуемые достоверно не различались по семейному положению, характеру профессиональной занятости и уровню дохода. Среди пациентов преобладали больные со средним и средне-специальным образованием, а так же пациенты с законченным высшим образованием.

Результаты исследования. Испытуемым были предложены десять мотивационно отличающихся типов ценностей: власть (контроль или доминирование над людьми и ресурсами), достижение (личный успех и его демонстрация через достижения), гедонизм (собственное удовольствие и чувственное удовлетворение), стимуляция (жизнь, насыщенная острыми ощущениями и новизной), самостоятельность (независимость в мышлении и принятии решений), универсализм (понимание, высокая оценка и защита благополучия людей, природы, толерантность), благожелательность (сохранение и повышение благополучия людей), традиция (уважение и принятие обычаев и идей, которые исходят от традиционной культуры и религии), конформность (избегание действий, нарушающих социальные требования и нормы), безопасность (безопасность, гармония и стабильность общества, отношений с людьми и самого человека).

Согласно методике были подсчитаны средние показатели значимости типов ценностей для больных и представителей контрольной группы на уровнях нормативных идеалов и индивидуальных приоритетов. На этой основе ценности были ранжированы. Каждой ценности был присвоен ранг (от 1 до 10).

Ведущими в качестве нормативных идеалов больными алкоголизмом были выбраны: безопасность

(средний показатель 4,51; ранг 1), традиция (средний показатель 4,29; ранг 2) и конформность (средний показатель 4,01; ранг 3). Ведущими ценностями на уровне поведения у тех же больных оказались: стимуляция (средний показатель 4,39; ранг 1), гедонизм (средний показатель 4,27; ранг 2) и самостоятельность (средний показатель 4,16; ранг 3). Из этого можно сделать вывод, что имеются существенные противоречия между инструментальными ценностями, которые проявляются в социальном поведении и нормативными ценностями, создающими индивидуальный профиль личности больных алкогольной зависимостью. Так безопасность, выбранная как главная ценность в качестве нормативного идеала, относится к разряду ценностей, достигающихся консервативными социальными взаимодействиями и внешней стабильностью. На поведенческом же уровне основной была выбрана стимуляция, которая относится к разряду ценностей, подразумевающих «открытость к изменениям» и рискованный социальный рисунок поведения. То есть ценности нормативные и инструментальные у больных алкоголизмом прямо противоположны друг другу. Причем поведенческие ценности, составляющие в результате социальный статус больных алкоголизмом, имеют скорее рискованную деструктивную направленность. Хотя на уровне мотивации они хотели бы сохранять стабильность и безопасность.

В контрольной группе обследуемых (студентов и педагогов), в качестве нормативных идеалов были выявлены: «власть» (средний показатель 4,59; ранг 1), «самостоятельность» (средний показатель 4,57; ранг 2) и «достижение» (средний показатель 4,48; ранг 3). Приоритетными ценностями на уровне поведения оказались: «доброта» (средний показатель 4,19; ранг 1), «традиции» (средний показатель 4,03; ранг 2) и «конформность» (средний показатель 3,97; ранг 3).

Ведущей ценностью в качестве нормативного идеала в контрольной группе была выявлена «власть», которая согласно методике относится к разряду «самовозвышение», а на поведенческом уровне ведущей оказалась ценность «доброта», относящаяся к разряду «самотрансцендентности», то есть стремлению к эгоинтеграции, духовности и личностной целостности. То есть, так же как и у алкоголиков, у студентов и педагогов нормативные и инструментальные ценности противоположны друг другу. Но в контрольной группе наблюдается прямо противоположная тенденция. Имея высокие моральные качества, педагоги и студенты хотели бы выйти на другой уровень социального взаимодействия, приобретя противоположные качества и получив возможность иметь другие социальные приоритеты (власть, самостоятельность и достижения).

Выводы. Проведенное исследование выявило выраженные противоречия и конфликты в ценностных ориентациях как у больных алкоголизмом, так и в контрольной группе испытуемых (педагогов и студентов).

При алкоголизме происходят неизбежные искажения в системе ценностно-смысловых ориентаций личности. Поведенческие ценности имеют определенную направленность, приводящую к деструктивным проявлениям. Но при этом сохраняются нормативные идеалы с ожиданием безопасности, стабильности обще-

ства, уважения и принятия обычаев и идей, которые исходят от традиционной культуры и религии. Это может свидетельствовать как о нарушении самосознания больных, так и о глубоких противоречиях в мотивационной и волевой сферах их личностей.

Противоречия в ценностных ориентациях, выявленные у педагогов и студентов, носят скорее скрытый динамический характер и касаются глубоких внутриличностных конфликтов, которые можно отнести к многомерной плоскости, определяющей нравственные и духовные приоритеты.

Литература:

1. Дереча Г.И. Психопатология расстройств личности у больных алкоголизмом: Дисс. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2005. – 160 с.
2. Истошин И.Ю. Ценностные ориентации в личностной системе регуляции поведения / Психологические механизмы регуляции социального поведения. – М.: Наука, 1979. – 263 с.
3. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. – СПб.: Речь, 2004.
4. Карпец В.В. Особенности личностных ценностей и их динамика у больных алкоголизмом в процессе реабилитации // Вопросы наркологии. – 2007. – № 5. – С. 79-86.

## **МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКЦИИ И ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*П.Н. Москвитин*

Новосибирский НИИГ, г. Новосибирск

E-mail автора: moskvitinpn@mail.ru

Обосновывается межведомственная психогигиеническая модель профилактики наркомании, алкоголизма, зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) среди детей и подростков. Модель опирается на метод «профилактической психодрамы» – новый научно-обоснованный групповой метод профилактики наркомании, алкоголизма, широкого спектра пограничных нервно-психических расстройств и риска девиантного поведения.

*Ключевые слова:* психогигиена аддикции и девиации у детей.

Мероприятия профилактики в России традиционно опираются на методы санитарного просвещения и пропаганды, а также идеи трансляции здорового образа жизни подросткам в досуговой и спортивно - оздоровительной формах [2]. В последние годы все шире распространяется опыт проведения социально - психологических тренингов, в т.ч. копинг-программы профилактики [5]. Однако и эти профилактические разработки уже не в полной мере отвечают современным ожиданиям общества, в частности еще недостаточное внимание уделяется изучению мотивационно - потребностной сферы личности подростков и ее влияния на формирование наркозависимого поведения [3]. Запоздывание обновления профилактических мер вызывается целым рядом факторов, в том числе не достаточной разработанностью методологической платформы первичной профилактики как системы превентивных экзистенциально-гуманистических методов, направленных

на личность несовершеннолетнего и активирующих ее саногенные психологические механизмы, «сдерживающие спрос» детей и подростков на экспериментирование ПАВ и их употребление [1]. Объективная социальная реальность делает очевидной актуальность разработки межведомственной психогигиенической модели профилактики зависимости от наркотических веществ, опирающейся на личностно-ориентированную программу ее реализации в учреждениях образования, комиссиях по делам несовершеннолетних и наркологической службы. Данная методическая задача создает запрос на разработку нового группового метода, способного формировать надлежащие психопрофилактические условия для развития антиаддиктивной мотивированности у школьников путем усвоения позитивных экзистенциально - гуманистических ценностей и смыслов, на что собственно и должна быть направлена стройная система психопрофилактических тренингов и организация психогигиенического медико-психологического сопровождения детей и подростков.

Метод. Новизна программы обусловлена тем, что впервые в Куйбышевском районе г. Новокузнецка создана межведомственная программа психологической помощи неблагополучным семьям и семьям, состоящим на учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав. К работе с семьей и родителями в данном случае подключаются все специалисты органов системы профилактики правонарушений несовершеннолетних района. На тренинги приглашаются родители с детьми, которые были рассмотрены на заседаниях комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации Куйбышевского района, к которым применена мера общественного воздействия либо административное наказание, а также учащиеся школ района совместно с родителями, испытывающие проблемы в воспитании, обучении своих детей.

Программа «Развитие коммуникативной и социальной компетентности современной семьи» направлена на создание благоприятных условий развития семьи, методов и способов воздействия на неблагополучие в семье, расширение безопасного пространства для социализации семьи; воспитание духовных семейных ценностей; формирование активной жизненной позиции; создание условий для самореализации личности родителя и подростка и его творческого самовыражения. В основе реализации программы: «Развитие коммуникативной и социальной компетентности современной семьи» лежит системно-деятельностный подход: воспитание и развитие качеств личности родителей и детей, отвечающих требованиям информационного общества, задачам построения российского гражданского общества на основе принципов толерантности, диалога культур и уважения его многонационального, поликультурного состава.

Метод профилактической психодрамы [4] направлен на развитие навыков сотрудничества и коллективного принятия решений, включает элементы ролевой игры и предполагает создание коммуникативных ситуаций. Особенным методическим инструментом метода является формат микродрамы, а также особый вид коммуникативного тренинга, структурированного как прием «Позитивное совещание». Отличием профилак-

тической психодрамы от классической драмы Я. Морино, которая часто представляет индивидуальную терапию в группе, является наличие структурированной микродрамы и специального приёма «Стоп – действие», что позволяет в последующем обсуждении перенести акцент на всю тренинговую группу и во время групповой дискуссии найти оптимальные модели нового поведения.

Результаты и обсуждение.

Для оценки эффективности программы используются следующие методики: тест «Подростки о родителях» АДОР. Автор: Шафер, тест модифицирован З. Матейчик и П. Ржичаном; «Стратегия и тактика поведения в конфликтной ситуации». Тест К. Томаса; тест изучения коммуникативных и организаторских склонностей (КОС); методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана. Кроме того, для оценки динамики происходящих изменений служит портфолио, имеющее своей целью укрепление семейных ценностей, традиций и основ семьи, которое по окончании занятий остается у участников.

Организация занятий: численность группы от 15 до 30 участников. Как уменьшение, так и увеличение группы ведет к усложнению проведения занятий. При малочисленной группе исчезает эффект, достигаемый именно групповым общением, при многочисленной – существенно уменьшается возможность максимального включения в групповой процесс каждого отдельного участника, а также уменьшается возможность проведения эффективной групповой дискуссии. Желательно участие каждого участника тренинга во всем цикле занятий.

Программа включает проведение совместных тренингов по методу профилактической психодрамы, тестирование подростков и их родителей (первичное и итоговое), индивидуальную работу психолога с родителями и их детьми. Программа рассчитана на 34 часа и включает 17 занятий длительностью 2 часа каждое. Участники программы – родители и их дети 13-18 лет, состоящие на учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, а также семьи, испытывающие трудности в воспитании детей и социальной адаптации.

В результате системной профилактической работы органов и учреждений на территории Куйбышевского района г. Новокузнецка по реализации профилактической программы «Развитие социальной и коммуникативной компетентности» наблюдается устойчивая тенденция к снижению количества преступлений, совершенных несовершеннолетними. Удельный вес подростковой преступности в общем количестве зарегистрированных преступлений на территории Куйбышевского района г. Новокузнецка снизился в 2013 г. с 8,1% до 5,6%. Снизилось и количество семей, находящихся в социально опасном положении. Так, по итогам совместной работы в 2013 г., количество семей, состоящих на профилактическом учете в органах системы профилактики, уменьшилось на 50%. Программа «Развитие социальной и коммуникативной компетентности современной семьи» рекомендуется для изучения и внедрения ее в образовательных организациях, но и специалистам органов опеки и попечительства, со-

трудникам полиции и иным органам системы профилактики аддиктивного и девиантного поведения, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Литература:

1. Дилтс Р. Изменение убеждений с помощью НЛП / пер. с англ. – М., «Класс», 1997.
2. Концепция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде (Приказ Минобрнауки РФ от 05.09.2011 № МД-1197/06).
3. Москвитин П.Н., Цыганков Б.Д., Сирота Н.А. Метод «профилактической психодрамы» в предупреждении зависимости от психоактивных веществ у детей и подростков. – М.: М., 2011.
4. Москвитин П.Н. Патент РФ на изобретение № 2466752 «Способ проведения группового психологического тренинга по методу «профилактическая психодрама», зарегистрирован в государственном реестре изобретений РФ 20 ноября 2012 г.
5. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Хажилина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркоманий у подростков. – М., «Генезис», 2001.

## ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПОДРОСТКОВ ПРИ ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Г.А. Новикова, Л.А. Новикова

Северный (Арктический) ФУ им. М.В. Ломоносова  
Архангельский медицинский колледж, г. Архангельск

E-mail авторов: novikgali@mail.ru

С целью изучения особенностей восприятия подростков при пивной алкоголизации нами было проведено обследование 152 учащихся общеобразовательных школ г. Архангельска. Установлено, что у подростков при пивной алкоголизации наблюдалось снижение точности восприятия размеров, пространства и времени, что может свидетельствовать о нарушениях в психических процессах вследствие употребления пива; при этом, чем выше интенсивность пивной алкоголизации, тем сильнее выражены нарушения восприятия.

*Ключевые слова:* подростки, пивная алкоголизация, восприятие

Современная действительность, констатирует неутешительные факты по числу потребителей алкоголя, как в России, так и во всем мире. В последние десятилетия отмечается тенденция к снижению возрастного порога потребителя алкоголя и, как следствие, растущая алкоголизация подрастающего поколения [5]. Наиболее распространенным алкогольным напитком, среди подростков является пиво [2, 3]. Исследования последних лет показывают, что потребление пива подростками снижает их интеллектуальные способности, ухудшает работу головного мозга, негативно влияет на успеваемость и т.д. [1, 4].

С целью изучения особенностей восприятия подростков при пивной алкоголизации нами было проведено обследование 152 учащихся общеобразовательных школ г. Архангельска в возрасте с 11 до 17 лет (56,6% – девочки; 43,4% – мальчики), из них 35,7% – 11-12 лет (учились в 5-6 классе; средний возраст – 11,58±0,10 года), 25,9% – 13-14 лет (7-8 класс; возраст – 13,51±0,14 г.), 38,4% – 15-17 лет (9-11 класс; возраст – 15,27±0,13 г.).

Оценка интенсивности пивной алкоголизации проводилась с помощью методики прогнозирования риска развития пивной зависимости у подростков и методики оценки степени риска развития пивной зависимости у подростков [3], по результатам которых

подростки были разделены на группы: высокая степень риска развития пивной зависимости – I группа (35,5%); средняя степень – II группа (45,2%); низкая степень риска – III группа (19,3%), выступающая в качестве контрольной в нашем исследовании.

Для оценки процессов восприятия использовался компьютерный психодиагностический комплекс «Effecton Studio». При обработке результатов использовался пакет прикладных статистических программ «Microsoft Excel», «STATISTICA» (версия 6.0) и стандартные расчетные методы.

Результаты исследования показали, что суммарный показатель пивной алкоголизации был достоверно высоким в I группе (59,86±2,45 балла;  $p<0,001$ ), средний – в II группе (34,14±0,67 балла), низкий – в III группе (20,89±1,04 балла;  $p<0,001$ ).

Анализ данных по тесту восприятия размеров выявил, что у подростков I группы (127,10±6,70 с;  $p<0,01$ ) продолжительность работы по тесту была ниже по сравнению с III группой (162,17±10,88 с). При детальном анализе данных по возрастным подгруппам в зависимости от интенсивности пивной алкоголизации было установлено, что подросткам в подгруппах 13-14 (127,10±5,53 с;  $p<0,01$ ) и 15-17 лет (120,11±6,70 с;  $p<0,01$ ) I группы по сравнению с подгруппами 13-14 (158,01±9,87 с) и 15-17 лет (160,01±12,00 с) II группы; в подгруппах 11-12 (134,10±7,90 с;  $p<0,05$ ), 13-14 (127,10±5,53 с;  $p<0,01$ ) и 15-17 лет (120,11±6,70 с;  $p<0,01$ ) I группы по сравнению с подгруппами 11-12 (160,15±9,88 с), 13-14 (164,20±11,86) и 15-17 лет (162,17±10,91) III группы характерно достоверное снижение продолжительности восприятия размеров. При сравнении двух первых групп (38,29±7,12%; 53,43±6,85%) с III (54,00±4,35%) наблюдалось снижение точности восприятия размеров, и как следствие увеличение количества ошибок.

Результаты, полученные по тесту восприятия пространства, показали, что у двух первых групп (611,01±29,11 с; 532,10±32,05 с;  $p<0,05$ ) при сравнении с III (455,03±18,44 с) достоверное увеличение продолжительности времени работы по тесту. Точность восприятия пространства у представителей I группы (2,01±0,12%;  $p<0,001$ ) была низкой по сравнению со II (8,51±1,55%). Высокая точность восприятия пространства наблюдалась у III группы (12,04±0,27%) в сравнении с двумя первыми группами. У подростков подгрупп 11-12 (623,01±28,09 с;  $p<0,001$ ), 13-14 (611,02±30,12 с;  $p<0,001$ ) и 15-17 лет (599,01±29,11 с;  $p<0,001$ ) I группы и подгрупп 11-12 (523,09±32,02 с), 13-14 лет (540,04±32,09 с) II группы ( $p<0,05$ ) по сравнению с подгруппами 11-12 (444,00±18,43 с), 13-14 (460,04±18,44 с) и 15-17 лет (461,05±18,45 с) III группы наблюдается достоверное увеличение продолжительности восприятия пространства. При этом у подростков подгрупп 11-12 (1,91±0,11%;  $p<0,001$ ), 13-14 (2,01±0,13%;  $p<0,001$ ) и 15-17 лет (2,12±0,12%;  $p<0,001$ ) I группы по сравнению с подгруппами 11-12 (6,67±1,11%), 13-14 (9,85±1,82%) и 15-17 лет (8,99±1,72%) II группы и подгруппами 11-12 (10,07±0,25%), 13-14 (12,46±0,26%) и 15-17 лет (13,60±0,30%) III группы; в подгруппой 11-12 (6,67±1,11%;  $p<0,05$ ), 13-14 (9,85±1,82%;  $p<0,05$ ) и 15-17

лет ( $8,99 \pm 1,72\%$ ;  $p < 0,01$ ) II группы по сравнению с подгруппами 11-12 ( $10,07 \pm 0,25\%$ ), 13-14 ( $12,46 \pm 0,26\%$ ) и 15-17 лет ( $13,60 \pm 0,30\%$ ) III группы наблюдалось достоверное снижение точности восприятия пространства.

Данные, полученные по тесту точности восприятия времени показали, что у подростков из двух первых групп ( $35,71 \pm 5,89$  с,  $p < 0,001$ ;  $40,86 \pm 3,71$  с,  $p < 0,05$ ) по сравнению с III группой ( $49,33 \pm 5,02$  с) наблюдалось снижение продолжительности восприятия времени, снижение точности восприятия и, как следствие, увеличение количества ошибок. Достоверное снижение продолжительности восприятия времени было отмечено в подгруппах 11-12 ( $98,81 \pm 4,30$  с;  $p < 0,05$ ), 13-14 ( $99,02 \pm 4,36$  с;  $p < 0,01$ ), 15-17 лет ( $99,23 \pm 4,36$ ;  $p < 0,01$ ) I группы и подгруппах 11-12 ( $102,23 \pm 2,77$  с;  $p < 0,05$ ), 13-14 ( $104,36 \pm 3,70$  с;  $p < 0,05$ ), 15-17 лет ( $103,29 \pm 2,42$ ;  $p < 0,01$ ) II группы по сравнению с подгруппами 11-12 ( $118,79 \pm 6,69$  с), 13-14 ( $120,83 \pm 6,70$  с) и 15-17 лет ( $122,87 \pm 6,71$  с) III группой.

Выводы: Таким образом, у подростков при пивной алкоголизации наблюдалось снижение точности восприятия размеров, пространства и времени, увеличение числа ошибок при выполнении тестовых заданий, что может свидетельствовать о нарушениях в психических процессах вследствие употребления пива; при этом, чем выше интенсивность пивной алкоголизации, тем сильнее выражены нарушения восприятия, что может быть использовано для ранней диагностики формирования пивной зависимости в структуре мероприятий по первичной и вторичной психопрофилактике.

Литература:

1. Вышинский К.В., Павловская Н.И., Кошкина Е.А. Проблемы, связанные с употреблением алкоголя среди молодежи // Вопросы наркологии. – 2011. – № 1. – С. 81-101.
2. Леонтьева М.В. Распространенность алкоголя и табака в образовательной среде Архангельской области // Бюллетень СГМУ. – 2008. – № 2. – С. 86–88.
3. Новикова Г.А., Соловьев А.Г. Интенсивность пивной алкоголизации подростков общеобразовательных школ // Современные исследования социальных проблем (электронный журнал). – 2012. – № 8. – URL: <http://sisp.nkras.ru/e-ru/issues/2012/8/novikova.pdf>
4. Новикова Г.А., Соловьев А.Г. Психофизиологические характеристики подростков с высокой степенью риска развития пивной зависимости // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – № 1. – С. 25–29.
5. Новикова Л.А., Ишеков Н.С., Соловьев А.Г. Взаимосвязь вариабельности сердечного ритма с центральной и мозговой гемодинамикой при употреблении пива учащимися 12-17 лет // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. – 2012. – № 4. – С. 52-57.

## РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПСИХОКОРРЕКЦИИ НАРКОТИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЧНОСТЕЙ

Т.В. Рогачева

Уральский ГМУ, г. Екатеринбург

E-mail автора: TVRog@yandex.ru

Предлагается реабилитационная программа для наркотически зависимых пациентов при проведении психокоррекционной работы. Указаны основные этапы реабилитации, выделены основные проблемы при психологических интервенциях с наркотически зависимыми.

*Ключевые слова:* реабилитация, аддикция, наркотическая зависимость.

В нашей стране понятие "реабилитация" чаще всего сужается до медицинского аспекта, сущностью которого является восстановительная медико - биологическая терапия. Подобная медицинская реабилитация чаще протекает без учета индивидуально-личностных особенностей человека, шкалы ценностей, уровня притязаний, представлений о личностном и социальном комфорте, о возможностях адекватного существования в новых условиях. Поэтому, на наш взгляд, проведение восстановительной терапии не может подменить собой реализацию индивидуальной программы реабилитации, основным содержательным компонентом психологического раздела которой выступает квалифицированная помощь в формировании и принятии нового жизненного сценария личностью.

Каковы основные компоненты такой программы? Исходным пунктом такой программы является констатация наличия в анамнезе пациента психологической травмы либо события, выступающего как психогения. Проявления психогении тесно сопряжены с патологическими процессами или состояниями, выявление которых – задача медика, а также с ограничениями личности в различных сферах жизнедеятельности, дискомфорте, субъективно переживаемом личностью в рамках социальной недостаточности или социально-психологической дезадаптации. На этом этапе задача психолога – дать развернутый психологический диагноз состояния человека с учетом его индивидуально-личностных особенностей.

Второй этап – исследование представлений личности о ситуации (событии), которые привели к дезадаптации. Здесь необходимо учитывать стадию (фазу) кризисной ситуации, образ жизни человека до события, личностные особенности, связанные с отношением к миру, самооценку, личностный опыт, наличие-отсутствие потребности в помощи других людей.

Третий этап – проведение психокоррекционных (психотерапевтических) мероприятий, направленных на: – формирование доверительных отношений в системе "пациент - психолог";

– обеспечение психологической поддержки, которая выражается в эмоциональном личностном принятии, сообщении о понимании особенностей, чувств, сложностей, ограничений возможностей и пр.;

– содействие свободному проявлению чувств, реагированию подавленных и (или) вытесненных переживаний, овладение навыками конструктивного выражения чувств;

– помощь в овладении приемами саморегуляции;

– содействие в развитии и (или) восстановлении коммуникативной компетентности, в том числе навыков в разрешении конфликтных ситуаций;

– содействие осознанию своих особенностей, возможностей, перспектив.

Другими словами, этот этап реабилитации предполагает восстановление, насколько это возможно, прежнего функционирования личности.

Четвертый этап – совместное формирование нового жизненного сценария, сутью которого выступает определение новых жизненных смыслов.

Примером реабилитационных мероприятий, направленных на формирование нового жизненного сценария, может выступать опыт работы с лицами, имеющими аддиктивную модель поведения.

Во-первых, нами [1] установлено, что первый прием наркотического вещества – это конец долгого и запутанного пути, следствие складывания и развития психотравмирующих моделей поведения, что подтверждается установленным фактом о наличии у трех четвертей наркоманов невротических моделей поведения.

При индивидуальных беседах с мамами наркозависимых было выяснено, что чаще всего эти дети либо нежеланные, либо “случайные”. Отсюда вторая серьезная проблема – установление доверительных отношений с миром и нереализованная потребность в любви. Причем энергии у аддиктов на удовлетворение этой потребности нет, т.к. основная модель поведения, зафиксированная с помощью психодиагностических методов – пассивная.

Употребление наркотиков провоцирует страх быть наказанным, стыд и чувство вины. Поэтому наркозависимый в “трезвом” состоянии постоянно пребывает в “заблокированном” состоянии. Он всегда «сам по себе», что отвергает распространенную на быденном уровне сознания точку зрения о частом употреблении наркотиков “за компанию”. Избегаются любые, кроме связанных с наркотиками формы активности, тем самым блокируется внутреннее беспокойство и страх.

Третья большая проблема – это отсутствие ответственности за свои поступки у большинства наркозависимых, что является следствием стиля воспитания в семье. Наиболее частая модель воспитания, по материалам наших исследований – это гиперопека. Причем родителям не свойственно даже интересоваться, чего на самом деле желает их ребенок. Результат такого воспитания – “полупридушенный” любовью родителей человек, не ориентирующийся в своих желаниях, но страстно желающий вырваться из родительских «объятий».

На последнем этапе реабилитации актуальной проблемой выступает частый «срыв» реабилитационного процесса, когда наркозависимый, по разным причинам, принимает наркотическое вещество. Главное на этом этапе – оказать поддержку «сорвавшемуся» пациенту, проанализировать причины срыва реабилитационного процесса и совместно выработать адекватную тактику поведения при возможности возникновения компульсии в будущем.

Коррекция моделей поведения наркотически зависимых лиц, формирование у них ответственности за свою жизнь – вот, на наш взгляд, основные направления психологической реабилитации наркозависимых, без которых невозможно формирование нового жизненного сценария, поиск новых смыслов, в том числе и жизни. Причем осуществление этих мероприятий невозможно без адекватной грамотной медицинской помощи.

Литература:

1. Рогачева Т.В. Феноменология болезни: психологические механизмы динамики и процессуальности смысла. – Екб.: Из-во УрО РАН, 2002. – 223 с.

## ОТ ПОДАВЛЕННОЙ К АККУМУЛИРОВАННОЙ АГРЕССИИ: КАК ОСУЖДЕННЫЕ К ПОЖИЗНЕННОМУ ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ ОЦЕНИВАЮТ СВОЮ АГРЕССИВНОСТЬ

Н.Д. Узлов, Е.А. Сайдали

Березниковский ф-л Пермского ГНИУ, г. Березники

E-mail авторов: knots51@mail.ru, saidali\_dasha@mail.ru

В статье приводятся данные о различиях в декларируемой самооценке агрессивности осужденными с пожизненным сроком лишения свободы. Сделано предположение, что у преступников, отбывших наказание 5-10 лет, она подавляется, а свыше этого срока – нарастает.

*Ключевые слова:* пожизненное лишение свободы, агрессивность, подавленная агрессия, аккумулированная агрессия.

В последнее время отмечается повышенный интерес исследователей к изучению психологических характеристик личности преступников, осужденных на пожизненное лишение свободы (ПЛС) [1, 2, 8, 9 и др.], число которых медленно, но неуклонно растет. Согласно статистике, на 1 ноября 2013 г. в учреждениях уголовно-исполнительной системы содержалось 1844 осужденных к ПЛС [6]. Увеличение количества осужденных к ПЛС составляет 25-27 человек в год. Анализ литературы показывает, что имеются противоречивые сведения об особенностях проявления агрессии у этих категорий осужденных. Остается не выясненным, имеются ли различия в параметрах проявления агрессивности у лиц, прошедших адаптационный период и выдержавших условия строго пребывания (первые 5-10 лет), и тех, кто отбывает оставшийся пожизненный срок уже в смягченных условиях (свыше 10 лет). Все это определило проблему настоящего исследования. В своей работе мы исходили из предположения, что таковые различия у осужденных на ПЛС высоко вероятны, однако агрессивные реакции у них подавлены, носят неявный характер.

С целью проверки выдвинутой гипотезы было проведено эмпирическое исследование на контингенте осужденных к ПЛС в количестве 60 человек на базе ФКУ ИК-5 УФСИН России по Вологодской области, расположенной на острове Огненном (пос. Новоозеро Белозерского района). Предварительно были изучены все доступные материалы по пожизненно осужденным, условиям их пребывания в исправительной колонии на сайтах Интернета. Нас интересовали также мнения о них инспекторов, непосредственно осуществляющих надзор, использовались возможности наблюдать за поведением осужденных на ПЛС во время беседы, проведения психодиагностического исследования, в других возникших ситуациях. Следует отметить, что все факты, касающиеся описания крайне жестких условий пребывания в колонии, имеющиеся в открытом доступе [3], подтвердились. Большинство заключенных имели судимость по 3-5 статьям, самые распространенные из них 105,126, 127, 131, 132, 135, 158, 161, 168 и 228 УК РФ.

Первая группа респондентов (n=30) была сформирована из уже отбывших срок наказания в течение 5-10 лет, вторая (n=30) – из тех, кто отбыл наказание свыше 10 лет. Средний возраст обследованных составлял соответственно 28,0±6,1 и 42,2±5,1 лет.



Беседа и психодиагностическое обследование осуществлялось в специально отведенном помещении, оснащённом «тревожной кнопкой», под тщательным надзором младшего инспектора. Испытуемым предъявлялись тексты опросников, бланки для заполнения, в которых осуждённые делали отметки карандашом. Вопросы также дублировались устно. Наблюдение за испытуемыми осуществлялось в процессе выполнения ими предложенных заданий, а также в иных ситуациях, когда для этого предоставлялась возможность. По своему характеру наблюдение являлось выборочным, не включённым, обобщённым, неформализованным.

Психодиагностическое исследование проводилось с помощью опросника диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки в модификации А.К. Осницкого [5]. Подсчет данных по шкалам опросника Басса-Дарки осуществлялся в «сырых» баллах, что позволило сопоставить их с результатами аналогичных исследований, выполненных в том же ключе. Дополнительно определялся уровень агрессивной мотивации (УАМ), представляющий сумму показателей по шкалам «физическая агрессия», «вербальная агрессия» и «раздражение». Считается, что если  $УАМ > ИА$  (индекс агрессивности, представляющего сумму показателей физической, вербальной и косвенной агрессии), то это свидетельствует о потенциале агрессии, а если  $УАМ < ИА$ , то это говорит о подавлении личности. В оценке результатов осуждённых мы ориентировались на «нормы», представленные М.Е. Сандомирским с соавт. (2000) для преступников, отбывавших наказание в колонии общего режима [7].

Результаты и обсуждение. Из бесед с инспекторами, осуществляющими надзор, было выяснено, что для этой категории преступников агрессивность носит кратковременный, импульсивный характер, которая проявляется чаще всего по отношению к сокамернику. Вспышки агрессии у осуждённых бывают нечасто, но они могут проявляться грубым физическим насилием вплоть до попыток убийства своего напарника. Однако этого никогда не происходит ввиду немедленного пресечения таких действий с последующим применением репрессивных мер со стороны администрации.

Беседуя с осуждёнными на ПЛС, мы не обнаружили у них внешних проявлений агрессии. В целом их поведение соответствовало описаниям, данным в литературе [1, 4, 10].

Результаты психодиагностического исследования, полученные с помощью опросника Басса-Дарки, показали, что осуждённые, отбывшие пожизненный срок 5-10 лет, демонстрируют низкие показатели агрессии, сопоставимые с нормами для законопослушных субъектов [5], и значительно более низкие значения, чем у обычных преступников [7]. Объяснение этому факту можно дать, интерпретируя его с позиций «подавленной агрессивности»: в условиях строгой изоляции и отсутствия каких-либо послаблений режима такие осуждённые сконцентрированы лишь на выживании, т.к. любые проявления агрессии не только строго пресекаются, но и служат основанием для немедленного применения санкций. Наши наблюдения, как и данные литературных описаний личности этой категории преступников [1, 4, 10 и др.], говорят о скорее депрессив-

ном статусе этих респондентов. Послушное поведение служит для них также слабой, но все надеждой, на последующее условно-досрочно освобождение или президентское помилование, или, хотя бы, послабление условий пребывания. Индексы агрессивности и враждебности у них невысокие – 9,46 и 6,06 (нормой считаются величины равные  $21,0 \pm 4,0$  и  $6,5-7,0 \pm 3,0$  соответственно), уровень агрессивной мотивации равен 9,7 (потенциал агрессии имеется, но незначительный).

У преступников, уже отбывших 10 и более лет из пожизненного срока, все самооценочные параметры, а также интегральные показатели агрессивности и враждебности увеличиваются в 2-3 раза (статистически значимые различия установлены на уровне  $p < 0,001$  для физической, косвенной агрессии, раздражения, подозрительности, чувства вины, индексов агрессивности и враждебности, уровня агрессивной мотивации, и  $p < 0,01$  для вербальной агрессии и негативизма). Что происходит реально в психике осуждённого в этот период, сказать трудно, однако можно предположить, что пройдя значительный путь адаптации к жестким тюремным требованиям и заслужив тем самым небольшое послабление режима, они, показывая «истинное лицо», свой агрессивный статус, когда «терять уже нечего». Потенциал агрессии у них становится еще более высоким (уровень агрессивной мотивации достигает значения 20,33, т.е. возрастает в 2,1 раза).

Интерпретируя полученные нами результаты исследования осуждённых на ПЛС, можно сделать вывод о том, что их агрессивность в первые 5-10 лет отбывания наказания подавляется условиями режима, что также субъективно ими осознается. У преступников, адаптировавшихся к условиям пребывания, отбывших наказание более 10 лет, отмечается угнетение доминантных гетероагрессивных реакций, но происходит аккумуляция затаенной внутренней агрессии, явно или смутно осознаваемой ими, и стремящейся к разрядке. В свете вышесказанного закономерным встает вопрос о введении в действие ч.5 ст.79 УК РФ, предусматривающей, что лицо, отбывающее ПЛС, может быть освобождено условно-досрочно, если фактически отбыло не менее 25 лет лишения свободы, при отсутствии злостных нарушений установленного порядка отбывания наказания в течение предшествующих трех лет. У некоторых осуждённых такой дедлайн уже приближается. Но если уровень агрессивной мотивации через 10 лет пребывания в колонии строгого режима возрастает как минимум в 2 раза (как у наших испытуемых) при внешне «благопристойном» поведении, должны быть даны полные и научно обоснованные гарантии при их освобождении, что преступного рецидива больше не произойдет.

#### Литература:

1. Антонян Ю.М., Могачев М.И., Смирнов В.В. Убийцы, отбывающие пожизненное лишение свободы // Общество и право. – 2010. – № 2. – С. 148-153.
2. Бовин Б.Г., Славинская Ю.В. Криминологические и психологические характеристики лиц, осуждённых к пожизненному лишению свободы // Прикладная юридическая психология. – 2011. – № 1. – С. 98-107.
3. Лурье О. Пожизненно осуждённые лица. Где и как... [Электронный ресурс] – URL: <http://www.echomsk.spb.ru/blogs/lurye/16404.php>. – [Дата обращения 24.06.2013].



4. Мухина В.С. Отчужденные: Абсолют отчуждения. – М.: Прометей, 2009. – 704 с.
5. Осницкий А.К. Психология самостоятельности. Методы исследования и диагностики. – М.- Нальчик, 1996. – С.51-56.
6. Пожизненное лишение свободы в России [Электронный ресурс]. – URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/> – [Дата обращения 28.02.2014].
7. Сандомирский М.Е., Гизатуллин Р.Х., Аминов Г.А., Еникеев Д.А. Психологическая диагностика лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы: методические рекомендации. – Уфа, 2000. – 25 с.
8. Славинская Ю.В. Психические состояния лиц, отбывающих пожизненное лишение свободы: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06. - Рязань, 2002. – 24 с.
9. Третьяк Е.С. Изучение личности осужденных к пожизненному лишению свободы как основа проведения социально-психологической работы // Вестник института: преступление, наказание, исправление. – Вологда, 2013. – № 4 (24). – С. 55-60.
10. Шиханцов Г.Г. Юридическая психология. Учебник для ВУЗов. – М.: Зерцало, 1998. – 341 с.

### **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ АЛКОГОЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

*Т.Н. Ульяновская, А.Г. Соловьев*

Северный ГМУ, г. Архангельск

Е-mail авторов: [ulyanovskayatn@ya.ru](mailto:ulyanovskayatn@ya.ru)

Проанализированы особенности восприятия беременности у женщин с различным алкогольным поведением в гестационный период. Показано, что с увеличением частоты и количества потребления спиртных напитков чаще наблюдается гипогестогнозический тип психологического компонента гестационной доминанты в сфере восприятия себя и отношений с близкими, реже – депрессивный – в сфере отношений с окружающими.

*Ключевые слова:* психологический компонент гестационной доминанты беременности, употребление алкоголя.

В настоящее время одной из интенсивно развивающихся областей профилактической наркологии является девиантное материнство, проявлением которого можно считать употребление алкоголя во время беременности. Согласно статистическим данным в РФ отмечается рост женщин с данной аддикцией в период гестации [3]. Такое поведение оказывает не только негативное влияние на плод, но и искажает восприятие беременности, которое в дальнейшем определяет отношение матери к ребенку [4]. Особую важность приобретают исследования, позволяющие прогнозировать успешность материнства, в связи с чем, целью настоящей работы явилось изучение психологического восприятия беременности у женщин с различным алкогольным поведением в период гестации.

**Материал и методы.** Объектом исследования явились 152 беременные женщины. В зависимости от характера потребления алкоголя выборка была разделена на группы: I – контрольная – женщины, не употребляющие (n=48), II – умеренно потребляющие (n=58), III – систематически потребляющие (n=46) спиртные напитки в гестационный период. Формирование групп основывалось на критериях донозологического употребления спиртного [1]. Для изучения ад-

диктивного поведения использовали разработанную нами анкету, изучающую характер и частоту потребления спиртного в период беременности; тест AUDIT, направленный на диагностику нарушений, связанных с алкоголем; для выявления совокупности механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка – тест «Психологический компонент гестационной доминанты беременности» (ПКГД), состоящий из трех блоков: А – отражающий отношение женщины к себе беременной, Б – к диаде "мать-дитя", В – отношение женщины с окружающими. Статистическая обработка номинальных независимых данных проводилась с использованием критерия хи-квадрат. Значимыми считали данные, если ожидаемые числа были не меньше 1, и доля клеток с числами меньше 5 не превышала 20%.

**Результаты и обсуждение.** Выделяют пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [2]. При исследовании общего ПКГД беременности нами были получены различия в частоте встречаемости по оптимальному типу ( $\chi^2=9,72$ ,  $p=0,08$ ). Радость от ситуации будущего материнства чаще наблюдается у женщин контрольной группы (95,8%) по сравнению с употребляющими алкоголь (II – 87,9%; III – 73,9%). Этот вариант формируется преимущественно у хорошо социально адаптированных личностей, когда ситуация беременности не заставляет женщин существенно изменять образ жизни, так как гестация и рождение ребенка входят в ее жизненные планы.

С увеличением потребления алкоголя у женщин уменьшалось чувство ответственности за беременность, будущие матери реже адекватно реагировали на возникающие проблемы: снижалась частота своевременной постановки на учет в женскую консультацию, выполнения рекомендаций врачей.

У более, чем половины респондентов, употребляющих алкоголь (II группа – 60,3%; III – 71,7%), отмечен гипогестогнозический вариант ПКГД ( $\chi^2=16,78$ ;  $p=0,001$ ), что отмечалось в два раза чаще по сравнению с контролем (31,3%). Данный тип характеризуется явным или, чаще, скрытым, бессознательным принятием своей беременности; расспросы женщин по поводу состояния здоровья и предложения помощи вызывают у них раздражение; с увеличением потребления алкоголя женщины не меняют свой образ жизни, а в будущем у них высок риск ущемления интересов ребенка. Для данного типа ПКГД характерно специфическое поведение еще до беременности: склонность к посещению развлекательных мероприятий, употребление сигарет и спиртного; гестация воспринимается женщинами, как досадная помеха, которая не должна нарушать жизненные планы.

Анализ структуры восприятия беременности выявил различия в подсистемах ПКГД. Частота оптимального отношения к себе, как к беременной, снижалась в зависимости от увеличения потребления спиртного ( $\chi^2=12,92$ ;  $p=0,002$ , группы: I – 93,8%; II – 75,9%; III – 63,0%). Распространенность отношений в системе «мать-дитя» значимо реже встречалась по оптимально-

му ( $\chi=11,15$ ;  $p=0,004$ ; группы: I – 83,3%; II – 77,6%; III – 54,3%) и чаще по гипогестогнозическому ( $\chi=15,69$ ;  $p=0,001$ ; 12,5%, 29,3% и 50,0%, соответственно) вариантам. Значимая частота восприятия отношения с окружающими отмечалась по гипогестогнозическому ( $\chi=10,33$ ;  $p=0,006$ ; 20,8%, 46,6% и 50,0%) и депрессивному ( $\chi=10,83$ ;  $p=0,004$ ; 20,8%, 10,3% и 0,0%) типам. Гипогестогнозический ПКГД в вышеуказанных сферах свидетельствует о склонности игнорировать курсы дородовой подготовки, уход за детьми передоверяется другим лицам; депрессивный тип чаще свидетельствует о страхе женщины быть покинутой супругом.

Таким образом, алкогольное поведение в гестационный период связано с особенностями восприятия беременности: с увеличением частоты и количества потребления спиртного чаще наблюдается гипогестогнозический тип ПКГД, в частности, восприятия себя и отношений с близкими, реже – депрессивный тип в сфере отношений с окружающими. Полученные данные позволяют дифференцировать оказание психологической помощи женщинам, а также выстраивать профилактические мероприятия зависимого поведения, как в период беременности, так и на этапе ее планирования.

Литература:

1. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. – М.: М, 1986. – 272 с.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. – Питер, 2010. – 234 с.
3. Ульяновская Т.Н., Соловьев А.Г. Социально-психологические особенности беременных женщин, употребляющих алкоголь // Экология человека. – 2010. – № 4. – С. 42-45.
4. Хорошкина Л.А., Кривцова Л.А. Влияние никотиновой и алкогольной зависимости женщины на здоровье новорожденного // Мать и дитя в Кузбассе. – 2010. – № 4. – С. 35-38.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В АДДИКТОЛОГИИ

С.В. Уманский

Тюменская ГМА, г. Курган

E-mail автора: swuros@mail.ru

Актуальность проблемы химических, нехимических и промежуточных (пищевых) аддикций не вызывает сомнения. Основой терапии аддикций является психотерапия, однако большинство психотерапевтических методов по ряду причин являются малоэффективными. Синергетическая психотерапия имеет много преимуществ, и для осуществления поставленных задач в аддиктологии использует принципы объединения (формирование качественного психотерапевтического альянса) и «мягкого» управления.

*Ключевые слова:* аддикции, синергетическая психотерапия, психотерапевтический альянс

На сегодняшний день химические, нехимические и промежуточные (пищевые) аддикции являются серьезной проблемой, влекущей за собой негативные медико-социальные последствия. Аддиктивное поведение как социальная девиация (эпизодические проявления) или психическое расстройство ставят перед специалистами по психическому здоровью трудные задачи, которые на сегодняшний день не имеют полноценного адекватного решения. Важность дифференциации эпизодов аддик-

тивного поведения и аддикции как психического расстройства определяет стратегию и тактику оказания помощи. Если в первом случае эпизоды аддиктивного поведения есть следствие деформации определенных психологических структур, то во втором – отклоняющееся поведение является проявлением психической патологии, требующей серьезной психотерапевтической и психофармакологической помощи. Для всех вариантов аддикций характерны шесть универсальных компонентов: «сверхценность» (salience), изменения настроения (mood changes), рост толерантности (tolerance), симптомы отмены (withdrawal symptoms), конфликт с окружающими и самим собой (conflict), рецидив (relapse).

Основой терапии аддикций является психотерапия. Психотерапия аддикций – задача крайне сложная и длительная, и на практике, к сожалению, чаще заканчивается неудачей. Во многом это связано с теми терапевтическими подходами, которые используют специалисты, при оказании помощи пациентам с зависимостями (аддиктам). Попытки быстрого излечения по принципу «чудесных исцелений» однозначно обречены на провал. Под «чудесным исцелением» понимается радикальная трансформация личности с кардинальным позитивными изменениями изначальных дезадаптивных установок. И хотя психотерапевтическая практика знает подобного рода «чудесные исцеления», мощные стрессовые воздействия «по типу потрясения» чаще приводят к декомпенсации [6, 10]. В большинстве случаев позиция врача-психотерапевта или нарколога (далее по тексту будет использоваться термин «специалист») при оказании помощи аддикту, определяется той концепцией, которой он придерживается. Часто профессиональный консерватизм и ригидность, обусловленные желанием придерживаться концептуальных схем определенных терапевтических подходов, и сопровождающие их попытки навязать зависимому пациенту чуждые ему на настоящее время идеи, установки и ценности, чаще всего заканчиваются неудачей [3, 9].

Большинства этих недостатков лишен подход, основанный на синергетических принципах [5, 7, 8]. Синергетика, как философско-методологический подход – это теория самоорганизации в системах различной природы [2]. Человек, как биологическая система в своем развитии имеет внутренние, биологически обоснованные и генетически запрограммированные тенденции, стремления, или «предпочтения», однако эволюция личности во многом социально и психологически детерминирована.

Большинство психотерапевтических теорий предопределяет терапевтический процесс, в котором изначально задаются ориентиры. В подходе, основанном на принципах синергетики, воздействие-взаимодействие рассматривается как динамический процесс, который во взаимодействии со специалистом приобретает форму самоуправяемого развития личности пациента [7].

Для осуществления поставленных задач используются принципы объединения и управления. Принципы объединения (формирование терапевтического альянса). В синергетическом подходе сформулированы основные принципы построения терапевтического альянса: антропоцентризм, ответственность, безусловное

приятие пациента (подростка) и подстройка к нему, активность и иерархическая доминантность врача.

Базовый принцип антропоцентризма заключается в том, что пациент с зависимостью должен понимать и чувствовать правильность оценки специалистом своих проблем, признание их важности и серьезности. Перед специалистом, который вступает во взаимодействие с аддикт всегда встает проблема коэволюции (совместного развития). В соответствие с общими закономерностями самоорганизации, сложноорганизованным системам (к которым относится и человек) нельзя навязывать пути их развития. Специалист должен ориентироваться на индивидуальные, естественные тенденции развития аддикта и воздействовать - психотерапевтически попадать с ними в резонанс. Приятие, как важнейший принцип, сформулированный К. Роджерсом, являет собой спокойную доброжелательность, уважение и безусловное позитивное отношение к пациенту [4].

Качественный психотерапевтический альянс предполагает ответственность за конечный результат, как со стороны врача, так и со стороны аддикта (чего на практике добиться очень сложно). По мнению Дж. Бьюдженталь психотерапевтический альянс – это могущественное соединение сил, которое питает энергией и поддерживает долгую, трудную и часто болезненную работу, необходимую для жизнеизменяющей психотерапии [1].

В своей воздейственной практике специалист подстраивается под аддикта и пытается вести его в том направлении, где у него (пациента) имеются максимальные позитивные (не аддиктивные) потенции. Только то, что имеет ресурс, может быть актуализировано и поднято на новую высоту. Специалист должен быть конгруэнтным на всех этапах терапии.

Доминантность – это, не власть, основанная на подавлении, авторитаризме и доминировании. Это заслуженные уважение и авторитет, это сила и гибкость, это лидерство с проявлениями гуманизма и сострадания. Объединение специалиста и пациента с аддикцией в систему возможно лишь при наличии общей цели и при установлении общего темпоритма существования. Специалист (иерархически доминантный), как организующий элемент новой системы, подстраивается (приобретает определенную конфигурацию для образования устойчивой системы) к аддикту. Их взаимоотношения превращаются в терапевтический альянс, тогда, когда они, имея определенный энергетический потенциал (аддикт активен), становятся не только взаимосвязанными, но и объединяются в функциональную целостность, направленную на достижение единой цели.

Изменение аддикта как элемента системы возможно лишь при определенных условиях. Изначально должно произойти качественное сближение специалиста и пациента. Специалист, подстраивается под аддикта, устанавливая с ним определенные отношения. Пациент как носитель сознания выталкивает себя в центр мироздания, заставляя обращать на себя внимание. Специалист обязан видеть в аддикте личность и принимать его таким, какой он есть, ставя его (аддикта) с его мироощущением в центр всех событий (антропоцентрический принцип).

Укрепляющим, направляющим и объединяющим базисом взаимоотношений специалиста и пациента с зависимостью становится цель, имеющая стратегическое значение для аддикта в данный момент времени. Эта цель, на первом этапе психотерапии, может быть и не связанной с аддикцией пациента (Выделено СУ). На начальном этапе важнее создать качественный психотерапевтический альянс. Для специалиста важно учитывать эволюционные пути пациента (и как аддикта, и как личности) и возможности его последующей адаптации в обществе. Быстрые изменения опасны для аддикта, поэтому необходимо поддерживать психотерапевтический альянс длительное время в стабильном состоянии, устанавливая с пациентом обратную связь и контролируя процессы его адаптации к внешним условиям.

Принципы управления (воздействия). Воздействие не должно быть мощным, сверхсильным, потрясающим. В первую очередь оно должно следовать основной эволюционной линии развития пациента до формирования у него аддикции. Воздействие должно быть «мягким» и топически точным.

Воздействовать на аддикта можно двумя путями: изменениями или среды или межличностных (специалист – аддикт) воздействий-взаимодействий. С точки зрения синергетики неэффективное управление открытыми системами заключается в навязывании им некоей несвойственной и чуждой формы организации или поведения. Направленность воздействия определяется аттракторами, формирующими план будущего. Понятие «аттрактор» близко к понятию «цель». Учитывая возможность получения в процессе психотерапевтического воздействия у аддикта, как плавного эволюционного развития, так и эффекта внезапных кризисных изменений, необходимо сделать это воздействие максимально мягким и осторожным. Со временем воздействие, оказываемое специалистом должно перейти в самоуправление, осуществляемое аддиктом (запускаются процессы самоорганизации) [7].

#### Литература:

1. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. – СПб.: Питер, 2001.
2. Князева Е.Н., Курдюмов С.П. Основания синергетики. Синергетическое мировидение. Изд.2. Серия «Синергетика: от прошлого к будущему». – 2005.
3. Лысак И.В. Синергетический подход к деструктивной деятельности человека. Системный синтез и прикладная синергетика // Международная научная конференция. Сборник докладов. – Янгитогорск: РИА-КМВ, 2006. – С. 158-162.
4. Роджерс К.Р. Становление личности. Взгляд на психотерапию / Пер. с англ. М. Злотник. – М.: Эксмо-Пресс, 2001. – 416 с
5. Савенко Ю.С. Новая парадигма в психиатрии (Сообщение второе) // Независимый психиатрический журнал. – 1997. – № 2. – С. 16-21.
6. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб.: Питер, 2001.
7. Уманский С.В., Семке В.Я. Эволюция хаоса, или синергетическая психотерапия – Томск: Иван Федоров, 2008. – С. 304.
8. Уманский С.В., Овчарова Р.В., Уткин В.А. Введение в психологическое консультирование. – Курган: Изд-во Курганского ГУ, 2010. – 220 с.
9. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (основные положения, исследования и применения). – СПб.: Питер, 1998.
10. Эриксон М. Стратегия психотерапии: Пер. с англ. – СПб.: Речь, 2002.

## ПСИХОЛОГИЯ, РЕЛИГИЯ И НАУКА О БЕССМЕРТИИ – КТО ЧЕМ НАПУГАН?

К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов,  
Е.А. Николаев, Е.А. Сергеева

МНИИП, НЦПЗ, г. Москва  
ЧГУ им. И.Н. Ульянова, СПбГУ, г. Санкт-Петербург

E-mail авторов: ktchist@gmail.com

Приводятся результаты исследования отношений к смерти у свидетелей Иеговы, участников конференции, посвященной бессмертию, и студентов-психологов. Поднимается вопрос о суицидальном риске в данных группах и о защитах от страхов смерти, а также о причинах тропизма к тем или иным группам.

*Ключевые слова:* отношение к смерти, чувство бессмертия, бесстрашие, зависимости

Все люди боятся смерти. В некоторых ситуациях признавать это нежелательно, чтобы не прослыть трусом, да и в целом человек действует свободнее, когда вытесняет этот страх и ощущает себя в некотором смысле бессмертным. Ощущение бессмертия, или собственной неуязвимости, как полагал Р. Лифтон, присутствует каждому человеку. Оно достигается через культурные связи, продолжение рода, творчество, религию (благодать), растворение в природе или чувство вечно настоящего. В норме все эти системы сосуществуют в бесконфликтном равновесии, а связи достаточно гибки, чтобы у человека оставалась возможность для познания нового, безопасного функционирования в незнакомой среде, будь то другая семья, культура, наука, храм, часовой или климатический пояс.

Но вообще бесстрашие перед смертью – один из признаков суицидальности [3], а бессмертие – истощаемый (хоть и восполнимый) ресурс. Чувство бессмертия рушится после травматического события: для кого-то это война, для кого-то – серьезная ссора и разрыв отношений. Кризис проявляется в страхе смерти, душевном оцепенении, в подозрении близких людей во лжи или в чувстве подмененной реальности. По теории управления страхом смерти, при напоминании человеку о его смертной природе от ощущения собственной уязвимости защищает самооценка и устоявшаяся картина мира, ностальгия, творчество и отношения привязанности, и это те же системы, крах которых дает «утечку» чувства бессмертия.

Люди сами стараются адаптироваться к сложившимся обстоятельствам и зачастую кардинально меняют свой стиль жизни. Если человек молод, он может выбрать профессию, которая символически или практически способна залечить рану, закрыть брешь. Для кого-то, выжившего после прыжка с крыши, это будет профессия авиаконструктора, кто-то выберет для себя психологию как источник исцеления. Люди постарше могут придумывать крайне значимые для себя хобби (коллекционирование, поездки в разные страны, походы). Бывают увлечения и более радикальные – религиозные секты или «науки о бессмертии».

Мы взяли исследовать, как проявляется ощущение бессмертия в четырех выборках: свидетелей Иеговы (n=55), участников научной конференции «От смер-

ти к бессмертию, от нереального к реальному» (n=58), а также психологов (n=32) и клинических психологов (n=37) ЧГУ им. И.Н. Ульянова. Мы предположили, что чем строже группа, тем выше в ней вытеснение темы смерти и особенно страхов смерти. Первая, третья и четвертая группы были из Чебоксар, они заполняли блок методик: на временную перспективу, жизнестойкость, привязанность, отношение к смерти и страх личной смерти, а также анкету «Опыт смерти» [1]. Из-за нехватки времени участники конференции заполняли лишь две методики: «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти». Возраст психологов и клинических психологов был примерно одинаков – 18–24 года, свидетелей Иеговы – от 18 до 60 лет (средний возраст – 32 года), участников конгресса – от 22 до 76 лет (средний возраст – 46 лет). Несмотря на разницу в возрасте в группах, мы решили, что сравнение будет уместно.

Из анкеты «Опыт смерти» нам стало известно, что у 4 психологов, 3 клинических психологов и 2 свидетелей Иеговы в прошлом были суицидальные попытки. От участников конгресса такой информации мы не получали.

Сравнение свидетелей Иеговы с психологами показало, что первые отличаются меньшей ориентацией на гедонистическое настоящее и позитивное прошлое, большим фатализмом в настоящем, меньшим принятием-приближением смерти (веры, что после смерти человек попадет в рай), меньшим страхом, меньшим нейтральным принятием смерти и сниженными страхами последствий смерти для тела, личных стремлений, трансценденции, за близких и забвения. При сравнении с клиническими психологами получалась та же картина: общими оставались жизнестойкость и система привязанности, а также ориентация на будущее. Важно отметить низкий показатель позитивного прошлого: у свидетелей Иеговы принято отказываться от семьи, культурных традиций и праздников – они признают лишь изучение Библии.

По сравнению с участниками конгресса, свидетели Иеговы были выше в избегании темы смерти и страхах смерти, а участники конференции – выше в принятии-приближении смерти, в принятии смерти как бегства, в нейтральном принятии смерти, а также в страхах трансцендентных последствий, за близких и страхе забвения. При сравнении участников конференции и психологов, участники все равно оказывались выше в принятии-приближении смерти, а психологи – выше по страхам.

Анализ корреляций показал, что для свидетелей Иеговы особенно важны две шкалы. Первая – ориентация на негативное прошлое, которое у них занижено и напрямую коррелирует с принятием-приближением смерти, страхом смерти, принятием смерти как бегства, с нейтральным принятием смерти и различными страхами. Вторая шкала – принятие риска из опросника жизнестойкости, и она отрицательно коррелирует с теми же переменными. Таким образом, мы получаем образ борца, не признающего ничего, кроме выбранной стези, подавляющего свои страхи. Любопытно, что люди, изучающие различные практики умирания и сопровождения умирающих, стремящиеся делать это «по науке», гораздо больше верят в бессмертие, чем

религиозная секта, в которой, видимо, принято «заслуживать рай» ежедневным усердием. Участники конференции предстают перед нами более мягкими людьми, боящимися за близких, принимающими смерть и пытающимися с ней бороться.

Что касается студентов психологов, вызывает опасение тот факт, что у них показатели жизнестойкости отрицательно связаны со страхом последствий для тела и забвением – это самые неблагоприятные шкалы [2]. У клинических психологов наблюдались значимые отрицательные корреляции принятия-приближения смерти и принятия смерти как бегства с жизнестойкостью. Важно заметить, что это не всегда дается тренингов, а студенты, обучающиеся в вузе. Соответственно, нужно продумывать программы обучения, которые размыкали бы неблагоприятные связи, учитывали специфику их будущей работы.

Мощное вытеснение страхов смерти в первых двух группах объясняется тем, что их система убеждений исчерпывающе объясняет, «как надо жить, чтобы достойно умереть». Именно это обычно настораживает специалистов: когда человек решит для себя, что ему пора на «тот свет»? Не сломается ли эта система защит при жизненных невзгодах? Ведь первый шаг к суициду – бесстрашие перед лицом смерти – уже сделан.

Литература:

1. Чистопольская, К.А., Ениколопов, С.Н., Бадаля, А.В., Саркисов С.А. Адаптация методик исследования отношений к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – № 2. – С. 35-42.
2. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 16.04.2014).
3. Ribeiro J., Van Orden K., Gordon K. et al. Fearlessness about Death: The Psychometric Properties and Construct of Validity of the Revision to the Acquired Capability for Suicide // Psychological assessment. – 2014. – Vol. 26, № 1. – P. 115-126.

## СИМПТОМЫ ВЫГОРАНИЯ И ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ МЕДПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

С.А. Чубина<sup>1</sup>, Е.С. Алексеевич<sup>1</sup>, Е.Б. Любов<sup>2</sup>,  
Е.Н. Бобкова<sup>3</sup>, Д.М. Иващенко<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ТОКПБ №1 им. Н.П. Каменева, г. Тула

<sup>2</sup>Московский НИИ психиатрии, г. Москва

<sup>3</sup>Тульский ГУ, г. Тула

E-mail авторов: [sonyaost@yandex.ru](mailto:sonyaost@yandex.ru)

Самооценка специалистов разных профессий областных психиатрических учреждений выявила симптомы эмоционального выгорания (СЭВ) при нивелировке роли физического здоровья в ранжире жизненных ценностей. Основным способом преодоления внутреннего напряжения служит общение с близкими.

*Ключевые слова:* эмоциональное выгорание, жизненные ценности, психиатрический персонал.

Персонал психиатрических учреждений (психиатры, психотерапевты, наркологи, медицинские психоло-

ги) представляют типовую группу риска СЭВ [1], что снижает качество их профессиональной деятельности.

Цель исследования: изучение СЭВ и жизненных ценностей персонала психиатрических учреждений.

Материал и методы. Анонимный опрос делегатов межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Современные пути развития психиатрии» (25.04.2014 г., Тула) по оригинальному структурированному опроснику, содержащему 34 вопроса закрытого типа с возможностью комментирования некоторых из них. Опросник разбит на ряд блоков, включая «Подверженность дистрессу и физическим болезням», «Ранжир жизненных ценностей». Первый блок состоял из 7 вопросов, направленных на выявление СЭВ, влияния физического здоровья на полноценную работу, способов снятия внутреннего напряжения. Второй блок предполагал определение специалистом ранжир своих жизненных ценностей от 1 – самого до 9 – наименее важного. Опрошены 31 женщина (62%) и 19 мужчин (38%), или 64% делегатов. Лица до 40 лет составляли 66% опрошенных, старше 60 лет – 6%. Большая часть (76%) респондентов представлена психиатрами, но опрошены и наркологи (8%), клинические психологи (4%), врачи (консультанты) иных специальностей (12%). В стационарном звене заняты 52% опрошиваемых. Стаж большинства респондентов не менее 10-15 лет.

Результаты и обсуждение. Свыше половины (52%) опрошенных после рабочего дня чувствуют себя как «выжатый лимон» и/или не хотят идти поутру на работу («начинать день»). Вместе с тем физическое здоровье, полагают 88% респондентов, не препятствует полноценной работе; 84% специалистов ответили, что наиболее целебными средствами снятия «внутреннего напряжения» служит общение с близкими, спорт (54%), однако треть опрошенных (34%, причем 3/4 опрошенных мужчин) прибегает к спиртному, 14% – табакокурению, каждый десятый – к транквилизаторам. Большинство (88%) «не очерствело» к коллегам и/или пациентам, полагает (90%), что делает «много хорошего в профессиональном отношении», отрицают равнодушие к жизни и семье, считает (98%) работу нужной людям. Большинство (70%) респондентов в ранжире жизненных ценностей выделяет семью; второе по значимости место (26%) отдано дому, материальному достатку; третье-четвертое – духовному росту, познанию жизни, реализации предназначения и профессиональному росту; на последнем месте по значимости (24%) – любовь, азарт, развлечения и отдых.

Выводы. Опрос априорно лучших представителей психиатрических учреждений Тульской области выявил при высокой самооценке симптомы эмоционального выгорания при недооценке роли физического здоровья. Настораживают способы «самолечения» части профессионалов. В ранжире жизненных ценностей, по пирамиде А. Maslow, духовные ценности (развитие «Я») уступают приземленным, «базисным»; при этом профессионалы мало внимания уделяют отдыху (находят в семье) и «забывают о любви», в которой человек живет, не пропуская страниц. Исследование симптомов выгорания и жизненных ценностей персонала психиат-

рических учреждений позволят разрабатывать меры профилактики СЭВ [1] и, в более широком плане, антикризисные меры.

Литература:

1. Бодагова Е.А., Говорин Н.В. Психическое здоровье врачей разного профиля. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Том 23, вып. 1. – С. 21-26

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ – АДДИКЦИЯ ОБЩЕСТВА, ОСНОВАННОГО НА ЗНАНИЯХ**

*Л.Н. Юрьева*

Днепропетровская МА, г. Днепропетровск, Украина

E-mail автора: lyuryeva@a-teleport.com

Компьютерная зависимость рассматривается автором как аддикция общества, основанного на знаниях. Описаны факторы, санкционирующие ее формирование, ее клинические особенности и этапы развития. Предложены технологии первичной профилактики и система поэтапной коррекции компьютерной зависимости.

*Ключевые слова:* компьютерная зависимость, клиника, этапы развития, профилактика.

Рубеж XX-XXI веков отмечен закатом постиндустриального общества (основанного на владении природными ресурсами и рынками) и формированием общества нового типа – общества, основанного на знаниях – К-общества (от knowledge – знания). Среди трех основных измерений, которыми характеризуется это общество, индекс интеллектуальных активов, включающий информационный ресурс, занимает первое место. Компьютер становится не только рабочим инструментом, без которого немислимо К-общество, но он также начинает влиять на поведение человека, его межличностные контакты и отношения. Система «человек-человек» постепенно заменяется системой «человек-машина», а Homo Faber (человек-ремесленник) превращается в Homo Informaticus (человека информационного). То есть происходит смена среды обитания современного человека, сопровождающаяся трансформацией сознания, рационализацией психической деятельности, эмоциональным отчуждением, десоциализацией, деструктивными изменениями психики.

От 5% до 14% пользователей Интернет страдают компьютерной зависимостью. Важной особенностью зависимого поведения у лиц молодого возраста является возможность легкого перехода от одной формы аддикции к другой. Достаточно часто у них наблюдается одновременное существование разнообразных видов зависимости. Большая часть компьютерозависимых лиц – не считают себя больными, не обращаются за медицинской или психологической помощью и не пытаются покончить с пагубной привычкой.

Нами были обследованы 38 пациентов психиатрической больницы, в клинической картине которых доминировала патологическая зависимость от компьютера, которая являлась основной причиной их госпитализации. Среди пациентов преобладали лица до 18

лет (84%). В 52% случаев компьютерная зависимость была сформирована у детей 11-14 лет, в 16% случаев – у детей 8-10 лет, в 16% – у подростков 15-16 лет и только в 16% случаев у лиц старше 18 лет. Патологическая зависимость сформировалась у этих пациентов очень быстро: у 29% – через 6 месяцев после начала общения с компьютером, у 55% – через 1 год, у 11% – через 1,5 года, у 5% – через 2 года.

Важная особенность зависимого поведения у этих пациентов – быстрый переход от одной формы аддикции к другой. Достаточно часто у них наблюдалось одновременное существование разнообразных видов зависимости от психоактивных веществ.

Среди факторов, санкционирующих компьютерозависимое поведение наиболее валидными были следующие: анте- и перинатальная патология в анамнезе; черепно-мозговые травмы; патологические формы нарушения поведения и формирование личности; неблагоприятные микросоциальные условия, дисгармоничные взаимоотношения в семье; обеднение межличностных отношений, недостатки социальной поддержки; аддиктивное поведение родителей (зависимость от психоактивных веществ и азартных игр).

В результате проведенных нами клинико-психопатологических и нейрофизиологических исследований было выявлено, что компьютерная зависимость, подобно другим видам аддикций, бывает первичной и симптоматической. Причем симптоматическая компьютерная аддикция встречается значительно чаще, чем первичная. В 55% случаев симптоматическая компьютерная зависимость коморбидна с социализированными и несоциализированными расстройствами поведения, истоки формирования которых закладываются в родительской семье.

Ведущим синдромом в клинической картине пациентов выступал синдром сверхценных интересов и увлечений, в котором первое место принадлежит аффективно заряженному стремлению к компьютерной деятельности, что опирается на болезненно усиленное влечение.

Нами описана динамика формирования компьютерной зависимости и специфические для каждого этапа ее развития психологические, клинические и нейрофизиологические феномены. Формирование компьютерной зависимости проходит три этапа.

1 этап – этап риска развития компьютерной зависимости. Увеличение времени, проводимого за ПК и снижение продуктивности в работе; потеря ощущения времени, эмоциональный подъем при работе за компьютером, увеличение денежных расходов на его обслуживание, первые признаки социальной дезадаптации.

2 этап – этап сформированной компьютерной зависимости. Основные признаки, характерные для этого этапа: эмоционально-волевые нарушения и психическая зависимость.

3 этап – этап тотальной компьютерной зависимости. На этом этапе наблюдаются признаки как психической, так и физической зависимости. Выражена социальная и семейная дезадаптация. Безуспешны попытки контролировать работу за ПК. В структуре синдрома актуализации компульсивного влечения пре-

обладают агрессивность, злобность, психомоторное возбуждение, депрессивные феномены, рассеянное внимание, произвольные «печатающие движения» пальцев рук. Возможно, демонстративно – шантажное суицидальное поведение при попытке окружающих препятствовать компьютерной деятельности. Выражены физические симптомы: головная боль по типу мигрени, боль в позвоночнике, сухость в глазах, онемение и боль в пальцах кисти (синдром карпального канала).

Были разработаны технологии первичной профилактики компьютерной зависимости, которые фокусируются на следующих направлениях:

1. Информационное.
2. Образовательное.
3. Обеспечение занятости.
4. Коррекция семейных отношений.

В предложенных нами технологиях первичной профилактики компьютерной зависимости акцент сделан, прежде всего, на образовательных и информационных программах.

С учетом полученных клинико-психологических характеристик лиц молодого возраста была разработана система поэтапной коррекции компьютерозависимого поведения.

На основе полученных результатов были созданы и внедрены в педагогический процесс программы, направленные на профилактику и коррекцию компьютерной зависимости, что представляется чрезвычайно актуальным в обществе, основанном на знаниях.

## РАЗНОЕ

### ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ, ПОГРАНИЧНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

*В.А. Рудницкий, В.Б. Никитина,  
М.М. Аксенов, Н.П. Гарганеева*

НИИПЗ СО РАМН, г. Томск  
Сибирский ГМУ, г. Томск

E-mail авторов: rudnizkiv-a@sibmail.com, rudnizki9@mail.ru

Экологическая психиатрия – относительно новая психиатрическая дисциплина, сформировавшаяся и активно развивающаяся после Чернобыльской катастрофы. Последствия данной экологической катастрофы по-прежнему актуальны, нарастает их негативное психологическое влияние не только на ликвидаторов ее последствий, психическое и соматическое здоровье которых продолжает ухудшаться, но и на остальное население. По настоящее время взгляды исследователей на природу и нозологическую характеристику данных психических заболеваний противоречивы, медико-социальная ситуация становится все более сложной, реабилитационные меры недостаточно эффективны. На материале многолетнего комплексного катанестического изучения психического здоровья ликвидаторов последствий данной радиационной катастрофы нами обозначены и изучены клинические аспекты Экологической психиатрии, разработаны методологические подходы, повышающие качество помощи данной категории пациентов.

*Ключевые слова:* экологическая психиатрия, методология исследований, непсихотические психические расстройства, малые дозы радиации, авария на ЧАЭС, радиационный стресс, социальные и соматические факторы, клинические проявления, нозологические формы.

Экологическая психиатрия – относительно новая психиатрическая дисциплина, сформировавшаяся и активно развивающаяся после Чернобыльской катастрофы [1, 6, 10]. Фактически, в первоначальном виде, она являлась частью радиационной медицины, и унаследовала ее принципы и методологические проблемы. Несмотря на то, что после данной экологической катастрофы прошло уже более 25 лет, ее последствия по-прежнему актуальны. Нарастает их негативное влияние не только на участников ликвидации ее последствий, но и на остальное население. В настоящее время у исследователей существуют существенные разночтения точек зрения исследователей на природу и нозологическую характеристику психических заболеваний, сформировавшихся у ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы, что на наш взгляд определяются рядом причин. Во-первых, исследования проводились в разные сроки после катастрофы, во вторых, изучались разные профессиональные, социальные и возрастные группы пациентов, в третьих, на результаты могли оказывать влияние несовпадающие взгляды авторов и различные методологические подходы и т.д.

Большинство исследователей [1, 4, 6, 8, 9, 10, 11] отмечают продолжающееся ухудшение состояния психического и соматического здоровья данной категории пациентов, низкую эффективность реабилитационных мер и усугубление социальной (медико-социальной) ситуации в данной субпопуляции. К настоящему времени негативные психологические последствия Чернобыльской аварии для здоровья человека многократно превосходили ее непосредственный биологический ущерб [11].

Ликвидаторы последствий радиационной катастрофы – особая медико-социальная группа пациентов со своими социальными, медицинскими, экономическими и правовыми интересами, психические и соматические нарушения у которых экологически обусловлены, а их формирование и течение сопровождается сложными изменениями, как в биологическом, так и психосоциальном плане [5, 9, 10].

Ввиду наличия сложных этиопатогенетических взаимодействий, наличием типовых клинических, теоретико-методологических взаимосвязей, существования многолетней информационной научно-исследовательской базы, непсихотические психические расстройства у ликвидаторов последствий радиационных катастроф мы рассматриваем как своеобразную модель экологически спровоцированных психических расстройств, изучение которых имеет высокое научное, практическое и социальное значение. Данная работа посвящена преимущественно методологическим подходам экологической психиатрии и ее связям со смежными психиатрическими разделами (социальной, биологической, психосоматики и т.д.).

Цель исследования: анализ особенностей непсихотических психических расстройств у ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы, факто-

ров, влияющих на их течение, с выделением методологических подходов к их дальнейшему изучению.

Материал исследования. Проанализированы научные данные о влиянии малых доз радиации и сочетанных с ней факторов на психическое здоровье ликвидаторов аварии на ЧАЭС за 24-летний период. Материал исследования: 602 пациента, ликвидатора аварии на Чернобыльской АЭС с непсихотическими психическими расстройствами, мужчин, в возрасте (на момент обследования) от 26 до 70 лет ( $46 \pm 0,5$  года). Было сформировано 4 группы пациентов, со схожими социальными и половозрастными характеристиками. Из них 3 группы ликвидаторов; основная ( $n=464$ ), жителей г. Томска, не имеющих специальной подготовки к работе с источниками радиации; 2 группы сравнения, состоящие из ликвидаторов, имеющих данную профессиональную подготовку в условиях основного производства и аварийных ситуаций (в первую входило 74 ликвидатора, работника основного производства СХК, во вторую – 64 работника аналогичных СХК производств западных регионов России. Группа сравнения 3 ( $n=148$ ) состояла из пациентов отделения пограничных состояний клиники ФГБУ НИИПЗ СО РАМН с психическими расстройствами органического регистра. Пациенты в группах обладали схожими возрастными и социальными характеристиками. Критерий исключения: эндогенные и аддиктивные расстройства.

Методы исследования: клинико - психопатологический, эпидемиологический, клинико - динамический, клинико-катамнезический, лабораторно - иммунологический, экспериментально - психологический, медицинская статистика.

Обсуждение результатов.

У ликвидаторов всех обследованных групп выявлялись непсихотические психические расстройства со сложной, полиморфной симптоматикой: от нестойких астенических нарушений до выраженных аффективных, патохарактерологических нарушений и дементного варианта психоорганического синдрома (подробно описано нами ранее [10]).

У всех обследованных пациентов (по критериям МКБ-10) были диагностированы психические расстройства органического регистра, с присоединением прогрессирующего сосудистого процесса и сложных комбинированных соматических нарушений (табл. 1).

Многие авторы [1, 4, 8, 11] отмечали, что при анализе психических нарушений у ликвидаторов выполняются все основные критерии, необходимые для диагностики посттравматических стрессовых расстройств (МКБ-10). По нашим наблюдениям, у ликвидаторов основной группы (в группах сравнения ПТСР не встречалась) выявлялась симптоматика, свидетельствующая о наличии интенсивных переживаний, соответствующая критериям ПТСР. Наиболее часто они выявлялись в начальном периоде после катастрофы (15,45% пациентов), со значительным уменьшением в отдаленные сроки (1,94% через 20 и более лет после аварии). Данные нарушения постепенно редуцировались, но чаще они со временем трансформировались в клинические проявления другой тяжелой нозологической категории: «Стойкого изменения личности после переживания катастрофы» (21,98% в отдаленном пери-

оде катастрофы как коморбидный диагноз). Анализ типологических вариантов показал, что основой формирования данной нозологической группы был не экологический стресс, а затяжной социальный стресс, связанный с тремя параллельно протекающими процессами – искажением или разрушением социальной сферы (профессионально-производственной и семейной); нарастающих затяжных проблем со здоровьем; неадекватного внутреннего представления о болезни и рентных установок. Высокий удельный вес значения социальной проблематики и ее нарастающее значение по ходу прогрессирования заболеваний значительно повышает значение своевременной оценки меняющихся психо-социальных факторов. Нами проанализировано состояние социальной среды пациентов исследованных групп (табл. 2). При нарастающем социальном неблагополучии на первый план выходят рентные тенденции и борьба с социумом за льготы, происходит обесценивание пациентами своего социального микроокружения, семья и работа в системе жизненных приоритетов отступают на второй план. Социальное неблагополучие выступает как мощный повреждающий фактор, его механизмы и последствия напоминают аналогичные при длительном и нарастающем социальном неблагополучии, разрушающем привычные социальные сферы жизни [3].

Следующий компонент социального фактора – информационный. Экологический стресс носил преимущественно отсроченный и ретроспективный характер, наблюдался не в момент Чернобыльской катастрофы, а позже, после 1992 г. (386 наблюдений – 83,55%) и сформировался под влиянием неадекватного освещения СМИ экологической катастрофы, и связывая с ней последовавшие медико-социальные проблемы. Ликвидаторы основной группы в подавляющем большинстве случаев (98,05%) испытывали травматические переживания, связанные больше не с угрозой облучения, а с субъективной оценкой его возможных последствий. Ретроспективно произошла переоценка имевших место в прошлом событий, восприятие экологической опасности зависело не столько от реальной угрозы, сколько от субъективного представления о ней. Психогенные механизмы обычно выполняли роль «триггера» в возникновении пограничной психической патологии, в дальнейшем по мере прогрессирования заболевания ведущую роль приобретали экзогенные и конституционально-биологические факторы, т.е. по мере перехода пограничных психических состояний у ликвидаторов к затяжному течению роль психогенного фактора в патогенезе заболевания постепенно снижалась. Основную роль уже играли биологические, соматические и психо-социальные влияния с параллельным повышением значения внутренних (саногенных) механизмов. Влияние сложных медицинских и социальных проблем сопровождалось использованием пациентами неадаптивных психологических защит и малоэффективных копинг стратегий, что способствовало развитию аффективной патологии и аддикций [3, 5, 7, 12, 13].

Еще один фактор, приводящий к неблагоприятным социальным последствиям – нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ. Изуче-



ние зависимостей не входило в задачи исследования, их наличие было критерием исключения при наборе в группы. Однако при катamnестическом наблюдении у значительного числа пациентов всех групп наблюдалось формирование алкогольных аддикций. Причем отмечается определенный «разброс» показателей: наиболее распространены они были в первые годы после катастрофы (до 51,82% пациентов основной группы в 1992-95 гг. регулярно принимали алкоголь с целью «выведения радиации», 10,91% с негативными медико-социальными последствиями). К 2010-12 гг. количество алкоголизаций значительно уменьшилось (до 35,2%), но повышается удельный вес их негативно-го влияния на здоровье и социальную сферу (28,25% группы). Ремиссии носили преимущественно ипохондрические мотивы, параллельно отмечалась склонность к злоупотреблению лекарственными препаратами, (в основном транквилизаторами и анальгетиками). Данные материалы носят предварительный характер, наркологическая проблематика требует специального дальнейшего изучения. Обращает на себя внимание сходство с течением алкоголизма у пациентов старших возрастных групп [7, 13]. Кроме того у пациентов с аддикциями и у ликвидаторов были схожие результаты применения препаратов, сочетающих психотропное и иммуностимулирующее действие, например, галавита и цитофлавина [2].

С учетом важного вклада в формирование социально-стрессового фактора соматического неблагополучия (воспринимается пациентами как постоянная интенсивная неясная угроза, со смещением с телесной сферы в социальную) необходимо остановиться на состоянии соматической сферы и психосоматических нарушениях, которые были представлены заболеваниями, традиционно считающиеся психосоматическими, а также нозогенными реакциями. При формировании нозогенных реакций основное значение имели сердечно-сосудистые заболевания, болезни ЖКТ, дыхательной системы (особенно сопровождающиеся нарушением дыхания, в том числе гипервентиляционным синдромом) и эндокринопатии. Соматические заболевания носили множественный характер (в среднем 6,8 нозологий на одного пациента); опережали возрастные рамки данной патологии (обычно подобные нарушения встречаются у пациентов более старших возрастных групп) и в большинстве случаев оценивались нами как сопутствующие. Пациенты считали свои соматические проблемы прямым следствием воздействия радиации, проявлением «лучевой болезни» (84,27% наблюдений, или 391 пациент), игнорируя их истинные причины, и считали перспективы их лечения сомнительными, а окружающую социальную и медицинскую среду неблагоприятной и ущемляющей их права и интересы, что сказывалось на терапевтическом альянсе, непрерывности и последовательности лечебно-профилактических мероприятий. Отличительной особенностью было наличие своеобразного психосоматического цикла, когда заболевания (психические и соматические) протекали относительно независимо друг от друга, декомпенсации не совпадали по времени, и фактически сменяли друг друга (коморбидный вариант).

У всех ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС с непсихотическими психическими расстройствами были выявлены устойчивые к терапевтической коррекции иммунологические нарушения. Были характерны нарушения в системе Т-лимфоцитов со снижением фагоцитарной активности лимфоцитов, повышением количества циркулирующих иммунных комплексов, что по выраженности соответствовало тяжести выявленной психической и соматической патологии. Иммунологические нарушения сохранялись на всех этапах течения психических заболеваний, корреляции иммунологических нарушений и выраженности радиационных факторов сохраняются и в настоящее время. Наиболее тяжелыми они были у ликвидаторов, командированных в Чернобыль в 1986 г., у которых были зафиксированы дозы облучения более 10 Бэр.

Таким образом, у ликвидаторов отмечается ухудшение состояния психического и соматического здоровья, в отдаленные сроки аварии устойчиво наблюдались хронические и нарастающие во времени взаимно усугубляющие патологические изменения в биологической и социальной сфере. На наш взгляд экологическая психиатрия занимает общее единое клиническое пространство в границах разделов пограничной, социальной и биологической психиатрии. И, соответственно, требует разработки методологических подходов к изучению экологически спровоцированных психических заболеваний. Отличительной особенностью непсихотических расстройств была нестойкость (основные и сопутствующие варианты сменяют друг друга), иерархии ведущих синдромов и нозологических форм (аффективных, патохарактерологических, социально-стрессовых, неврозоподобных и т.д.). Было характерно наличие соматического (психосоматического) и органического циклов, обострения которых во времени сменяли друг друга и были относительно независимы (по типу коморбидных нарушений), а также аддиктивных нарушения.

У пациентов основной группы отмечались также патохарактерологический, аффективный и социально-стрессовый циклы в динамике заболеваний с соответствующим облигатным и факультативным синдромогенезом, сглаженные массивным органическим процессом.

Проанализировав полученные в ходе исследований научные данные мы разработали методологического подхода к изучению данных расстройств. В качестве теоретико-методологической основы рассмотрения клинических вопросов экологической психиатрии может служить экологический базис психического здоровья (описано нами ранее [10]), определяющийся взаимодействием и динамическим равновесием патогенных и саногенетических влияний, определяемых личностно-типологическими характеристиками пациента, формирующих состояние биологических ресурсов резистентности к негативным внешним влияниям, и психосоциальные саногенные ресурсы личности при данных воздействиях, и возможности формирования социальной «экологической ниши».

Основой методологического подхода является клинический принцип, основанный на гармоничном сочетании эпидемиологического и клинико - динами-

ческого методов в психиатрии. Он позволяет с учетом экологических данных, личностно - психологического, клинико-психопатологического анализа и психосоциального аспекта дифференцировать обследуемых лиц в континууме от здоровья к болезни, с выделением трех групп – "здоровые", "группа риска", "больные". С позиций профилактики и реабилитации наибольший интерес из них представляют лица из группы риска, что позволяет за счет превентивных и профилактических мероприятий разрабатывать реабилитационные и превентивные принципы и аспекты экологической психиатрии. На примере ликвидаторов последствий Чернобыльской экологической катастрофы мы видим, как быстро менялась нозологическая структура психических заболеваний, и их клиническое наполнение (патоморфоз). Это можно проследить не только по результатам наших исследований, но и по содержанию работ, опубликованных в разное время после данной катастрофы.

Методологические позиции исследователей могут приводить к разночтениям в диагностике одних и тех же болезненных состояний и построении реабилитационной тактики. В частности, в наших исследованиях у всех пациентов в качестве основного заболевания диагностированы психические расстройства органического регистра. У большинства этих же пациентов в качестве сопутствующих и коморбидных заболеваний выявлялись и другие психические нарушения: невротические, связанные со стрессом, психосоматические, аффективные, патохарактерологические и т.д. Переход на стандарты оказания специализированной медицинской помощи требует сосредоточить реабилитационные мероприятия на основной нозологической категории с игнорированием сопутствующих и коморбидных заболеваний (автор данной статьи с данным обстоятельством столкнулся на собственном опыте в системе российской соматической медицины).

В традиционной отечественной психиатрии и существующей прежде модели оказания медицинской помощи это не было проблемой (лечили «не болезнь, а больного»). Для повышения качества специализированной медицинской помощи, особенно при полиэтиологических заболеваниях, стандарты (или отношение к ним) нуждаются в пересмотре, так как существующие, обеспечивая экономическую ее организацию, снижают эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Учитывая особенности экологически спровоцированных психических заболеваний следующий методологический принцип формулируется как экстранозологический подход, позволяющий объединить традиционные и новые течения в психиатрической науке и практике. Параметры личностного реагирования человека на экологический ущерб (биологический или психо-социальный, информационный) будет определяться личностно-типологическими особенностями пациентов, и взаимосвязан с их психофизиологическими показателями. Для их оценки мы использовали концепцию психоадаптационного состояния, валеопсихологии, типологии Душевных кризисов, разработанную В.Я. Семке, и дополненную нами [10]. Психофизиологический подход в экологической психиатрии преду-

сматривает изучение как отдельных нейрофизиологических показателей (церебральной гемодинамики, показателей иммунитета, апоптоза, молекул средней массы, состояния эндокринной системы, эндогенно-опиоидной и нейротрансмиттерной систем и т.д.), так и сложных взаимосвязей различных параметров организма. Данные принципы, взаимно дополняя друг друга, образуют психосоциальный методологический аспект Экологической психиатрии. Человек, как биосоциальное существо, реализует себя в социальной среде, опосредует как внешние, так и внутренние "составляющие" через среду – социум. Проживание в условиях экологического неблагополучия, либо профессиональная деятельность и т.д. (в том числе и мнимые) формируют субъективное восприятие экологической опасности, часто не совпадающее с реальными экологическими рисками, приводящее как к аггравации, так и к диссимуляции, что требует объективной и точной оценки и интерпретации. В популяциях ликвидаторов радиационных катастроф это прослеживается в виде необоснованной радиотревожности, нарастания рентных установок и неадекватных вариантов отношения к болезни. Со временем, во многом благодаря оценке пациентом окружающей среды как малопривлекательной для жизни, формируются протестные варианты взаимодействия с данной средой, а по отношению к обществу и микроокружению (как части данной «агрессивной» внешней среды) формируется либо агрессивное, либо апатическое, либо игнорирующее поведение, что ограничивает саногенные и реабилитационные возможности пациентов и способствует дальнейшей неблагоприятной динамике психических и соматических расстройств.

Если рассматривать данный методологический принцип экологической психиатрии шире (вне чернобыльской проблематики), он предусматривает изучение состояния социальных характеристик в исследуемой популяции (возрастные, профессиональные, образовательные, культуральные, региональные и этнические различия), изменения демографической ситуации (рождаемость, болезненность, миграция, брачность и разводимость, распад и создание новых субпопуляций со своими субъективными интересами), особенностей производственных условий (субъективно воспринимаемых опасными или непригодными для жизни экспедиционно-вахтовый труд, пребывание в зонах повышенного психологического и физического напряжения, изоляции), наличия и особенностей социально-медицинской инфраструктуры и т.д. [5].

Таким образом, ликвидаторы последствий радиационной катастрофы – особая социальная группа пациентов со своими социальными, медицинскими, экономическими и правовыми интересами, психические и соматические нарушения у которых экологически обусловлены, а их формирование и течение сопровождается сложными изменениями, как в биологическом, так и психосоциальном плане. Количество негативных повреждающих факторов было чрезвычайно многообразным, и, к тому же, изменяющимся во времени как в количественном, так и в иерархическом и качественном отношении. Данные психические расстройства могут быть рассмотрены как типовая модель экологически спровоцированных психических

заболеваний, своеобразная «Экологическая болезнь» и их дальнейшее изучение имеет большое значение для развития Экологической психиатрии. Сформулированные методологические подходы позволяют расширить представления о экологически спровоцированных заболеваниях и разрабатывать более эффективные реабилитационные подходы и мероприятия. Наличие общих границ с пограничной, социальной, биологической психиатрией повышает значимость рассматриваемых научно-практических и методологических вопросов, формирования новых подходов к психиатрическим исследованиям в области полиэтиологических психических заболеваний, а также увеличивает эффективность реабилитации труднокурабельных пациентов.

## Литература:

1. Александровский Ю.А., Шукин Б.П., Незнамов Г.Г. с соавт. Психические расстройства при стихийных бедствиях и катастрофах (диагностика и терапия) / Метод. рекомендации – М., 1990. – 46 с.
2. Ветлугина Т.П., Бохан Н.А. Механизмы реализации терапевтического эффекта иммуномодулятора галавита при комплексной терапии алкоголизма // Наркология. -2005. – Том 4, № 10. – С. 40-44.
3. Гычев А.В., Артемьев И.А. Пограничные нервно-психические расстройства и социальная нестабильность // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С.67-69.
4. Колмогорова В.В., Буйков В.А. Клинические варианты посттравматических стрессовых расстройств у населения, облученного вследствие Южно-Уральских радиационных инцидентов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5. – С. 53-58.
5. Королев А.А., Стоянова И.Я. Личностный потенциал в аспекте самоорганизации и качества жизни у пациентов экзогенно-органическими и депрессивными сочетанными психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 6 (81). – С. 59-63.
6. Краснов В.Н., Юркин М.М., Войцех В.Ф. и др. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение 1: Структура и актуальный патогенез // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – № 1. – С. 5-10.
7. Мингазов А.Х., Кривулин Е.Н., Бохан Н.А. Факторы формирования алкоголизма в позднем возрасте // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2012. – Том XLIV, № 2. – С. 10-16.
8. Ошаев С.А., Стоянова И.Я. Психологическая модель травматического стресса на примере лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. № Приложение. – С. 202-206.
9. Поровский Я. В. Клинико-функциональные особенности заболеваний внутренних органов у лиц, подвергшихся воздействию малых доз ионизирующего излучения: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 2014. – 42 с.
10. Рудницкий В.А. Клинические особенности непсихотических психических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5. – С. 95-99.
11. Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Бежина Л.Н. Радиационные инциденты и психическое здоровье населения. – Москва, 2009. – 285 с.
12. Счастный Е.Д., Семке А.В., Размазова Л.Д. и соавт. Биологические и клинико-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5. – С. 18-28.
13. Уманский М.С., Зотов П.Б. Ведущие социальные характеристики больных алкоголизмом позднего возраста // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 5 (48). – С. 57-58.

## ECOLOGICAL, BORDERLINE AND SOCIAL PSYCHIATRY: METHODOLOGICAL APPROACHES

V.A. Rudnitsky, V.B. Nikitina,  
M.M. Axenov, N.P. Garganeeva

FSBI MHRI SB RAMSci, SBEI HPE SibSMU of MH of Russia

Ecological psychiatry is a relatively new psychiatric discipline formed and actively developed after Chernobyl catastrophe. Consequences of this ecological catastrophe, as previously, are relevant, their negative psychological influence not only on liquidators of its consequences, whose mental and somatic health continues to worsen, but also on the rest population, increases. Up to present, opinions of researchers about nature and nosological characteristic of these mental diseases are contradictory, medico-social situation becomes more difficult, rehabilitative measures are not sufficiently effective. On material of many-year complex catamnestic study of mental health of liquidators of the consequences of this radiation catastrophe, clinical aspects of Ecological psychiatry have been specified and studied; methodological approaches heightening quality of help to this category of patients have been developed.

*Key words:* Ecological psychiatry, methodology of investigations, non-psychotic mental disorders, small doses of radiation, accident on ChAPS, radiation stress, social and somatic factors, clinical manifestations, nosological forms.

### МИФ О ШИЗОФРЕНИИ КАК О ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ БОЛЕЗНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА<sup>1</sup>

R.B. Zipursky<sup>1</sup>, T.J. Reilly<sup>2</sup>, R.M. Murray<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Отдел психиатрии, Университет McMaster, Гамильтон, Онтарио, Канада

<sup>2</sup>Отдел психозов, Институт психиатрии, Kings колледж, Лондон, Великобритания

Шизофрения исторически отнесена к разрушительной болезни, что отчасти поддержано данными MRI о прогрессирующей потере тканей мозга в первые годы расстройства. С другой стороны, возможность выздоровления при шизофрении объединяет группы самопомощи. Обзор фокусируется на следующих результатах длительных исследований: 1) клинические исходы шизофрении, 2) изменения объема мозга больных, 3) когнитивное функционирование. Данные о нарастании структурных мозговых и ранних когнитивных расстройствах больных требуют дополнительных доказательств. Большинство больных шизофренией достигает длительных ремиссий и функционального выздоровления, чему препятствуют коморбидные расстройства, социальные последствия шизофрении, малая доступность качественной помощи

*Ключевые слова:* MRI исследования, когниция, исход, прогноз, ремиссия, выздоровление.

Шизофрения – одна из ведущих причин инвалидности в мире [1]. По Крепелину, ранняя деменция неотвратимо ведет к печальному исходу [2]. Оценка многих клиницистов и нейропсихологов больных шизофренией (БШ) как социально неполноценных лиц [3,

<sup>1</sup> Перевод статьи Robert B. Zipursky et al. «The Myth of Schizophrenia as a Progressive Brain Disease» // Schizophr.. Bull. 2013 (<http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>) с любезного согласия авторов и редакции Schizophrenia Bulletin.

4] усилена предположением о «прогрессирующих» структурных нарушениях головного мозга [5, 6], предопределяющих неблагоприятные исходы. Гипотеза нейротоксичности [7], однако, сыграла благую роль, обосновав развитие служб раннего вмешательства, программ сокращения длительности нелеченого психоза (DUP) во избежание дальнейшей потери ткани мозга [8]. Двадцатилетняя практика специализированных служб лечения молодых больных в первом эпизоде психоза (FEP) подчеркнула новые аспекты оценки течения и исходов шизофрении.

*Определение понятий.* Длительные катамнезы заболевших отличны критериями включения. Одни, изучающие первый эпизод шизофрении (FES), включили и больных шизоаффективным [9, 10], другие – шизофреноподобным [11] расстройством. Аффективные психозы охвачены анализами FEP. Пациенты не схожи возрастом, длительностью психоза и лечения. Критерии ремиссии [12, 13] требуют малой выраженности позитивных и негативных симптомов [9]. «Функциональное выздоровление» означает адекватный уровень функционирования, независимую жизнь, регулярное социальное взаимодействие [10]. Содержание «выздоровления» при шизофрении не совпадает у исследователей, клиницистов и «потребителей» психиатрической помощи [12, 14], но, как правило, означает «нормальное» социально-трудовое функционирование на фоне симптоматической ремиссии [10, 12].

*Исходы шизофрении.*

Если 40% БШ достигают социального или функционального выздоровления [15–17], сомнительно, что шизофрения по природе неуклонно разрушительна, хотя ведет к снижению функционирования и препятствует реализации жизненного потенциала части больных. Возникают вопросы о несостоятельности БШ в результате стабилизированного уже в дебюте или нарастающего в течение процесса дефекта; отражает ли функциональное снижение БШ подспудные биологические нарушения или кумуляцию неблагоприятных социальных факторов. Отсюда *полезно* изучить шансы достижения ремиссии и социального восстановления больных вслед FES и FEP.

*Ремиссия.* В первые годы после психоза при оптимальном лечении антипсихотиками типично поступательное послабление симптомов и улучшение функционирования больных [17–19]. Так, 83% пациентов после FES ремиттированы в течение первого года лечения [9], сходно с 70–74% уровнем ремиссий после FEP [18, 20, 21]. В когорте (n=160) FES между 2 и 9 годами катамнеза доля ремиттированных стабильна (78%) независимо от выбора клозапина или хлорпромазина [11]. Такие уровни ремиссий частично объяснены настойчивым лечением в специализированных программах, но и особенностями выборки. Однако пациенты после FES в группе высокого риска рецидивов: 82% в течение 5 лет, та же часть переносит второй – третий приступы [22]. Особо высок риск при обрыве поддерживающего лечения: 78% за год [23] против 0–12% на его фоне [24–27]. Приверженность к лечению может быть повышена улучшением информированности пациентов о риске рецидива и минимизацией нежелательных действий лекарств.

*Функциональное выздоровление.* Симптоматическая ремиссия сама по себе не определяет качества жизни БШ. Уровни функционального выздоровления ниже, чем ремиссий [10, 15–17, 28]. В систематическом обзоре около 40% пациентов FEP достигли функционального выздоровления за 2 года при неизменной (25%) доле «неблагоприятных исходов» [16]. Сходны данные катамнеза 369 пациентов после FES [15]: стабильно уровень 40% «функциональных ремиссий» (заятиость, независимая жизнь, социальные связи) на рубежах 1 и 3 лет оценки. До 1/3 (30,5%) из 428 пациентов > 7 лет после FEP отвечали критериям социально-трудового выздоровления [29], но лишь 17% БШ выздоровели после двух лет наблюдения и (18%) за 5 лет [19]. Многоцентровое международное исследование показало, что доля времени в психозе за два года после FES – лучший предиктор клинико-функциональных нарушений за 15 лет катамнеза [30].

Итак, доли ремиттированных и «выздоровевших» БШ относительно неизменны со временем. Уровни выздоровления не схожи в выборках с различными критериями включения, но стабильны в отдельно взятой. Показатели симптоматической и функциональной ремиссий и неблагоприятных исходов стабильны длительное время, что не характерно для расстройства с естественным неуклонным прогрессированием. Клиническое ухудшение – не только следствие несоблюдения режима лечения и рецидивов, но бедности, бездомности, незанятости, недостаточной социальной поддержки, коморбидности, осложняющих течение и прогноз шизофрении [31].

*Почему клиницисты столь пессимистичны?* Оценка большинства БШ как лиц с выраженными ограничениями функционирования разделена немалым числом профессионалов. В основополагающей статье «Иллюзия клинициста» [32] сие предубеждение объяснено тем, что психиатры имеют дело с наиболее тяжелыми пациентами. Ряд типовых проблем БШ, утяжеляющих клинико-функциональный исход, не следует напрямую из психического состояния. Так, низкий интеллект БШ сочетается с аффективными, тревожными, личностными расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ).

Исследования нарастающих изменений головного мозга.

Ученые ищут структурные нарушения мозга БШ со времен Крепелина [2]. Посмертные [33] и пневмоэнцефалографические [34,35] исследования указали на атрофические изменения мозга у ряда хронически больных, но систематическое изучение начато с 1970х гг. Компьютерная томография (СТ) выявила у БШ увеличение объемов спинномозговой жидкости (CSF), боковых желудочков [36, 37] и корковых борозд [38, 39], а MRI исследования – дефицит серого [40, 41] и белого [42] вещества, особо у хронически БШ [43]. Однако попытки показать связь между длительностью шизофрении и объемами CSF и серого вещества малоуспешны [40, 44]. MRI подтвердила уменьшение объема тканей мозга больных в FES и FEP [45, 46], но более у хронически БШ [45–47]. Заманчиво объяснить находки нейропатологическим процессом. Альтернативное объяснение различий как вторичных вследствие сме-

щения выборок или результатом лечения привлекают меньше внимания. Если изменения объемов CSF и серого вещества прогнозирует неблагоприятный исход [48–53], у таких БШ больше шанс войти в группу изучения [54]. Но такой исход вероятнее определен ранними нарушениями развития нервной системы и/или злоупотреблением ПАВ, независимо связанными со сходными структурными изменениями мозга БШ и худшим прогнозом.

*Действие антипсихотиков.* Длительные MRI исследования показали, что объем мозговой ткани уменьшается, а объем CSF увеличивается более у БШ, чем в группе контроля [47, 55, 56]. Убедительны доказательства, что антипсихотики играют важную роль в «прогрессирующих» изменениях [57, 58]. В FEP потеря серого вещества отмечена уже после 12 недель двухлетнего лечения галоперидолом, но не оланзапином [59]. Неясно, насколько это связано с торможением развития расстройства оланзапином, но не галоперидолом, действием именно последнего, увеличением относительного объема ткани при прибавке веса на фоне оланзапина или статистическим артефактом выборки [60]. Сканирование показало дозозависимую связь между >7летним лечением FES антипсихотиками и потерями серого и белого вещества мозга больных [61]. Уменьшение вещества мозга отмечено посмертными и *ex vivo* MRI исследованиями при 17-27 месячном приеме галоперидола и оланзапина макаками и крысами [62, 63]. Как и при шизофрении, дефицит ткани в лобной, теменной, височной, затылочной, мозжечковой областях диффузен. Возможна обратимость изменений у крыс при отмене антипсихотиков [64]. Длительное изучение больных FES указывает, что изменения в некой мере обратимы по прекращении приема антипсихотиков [65].

*Эффект ПАВ.* Употребление каннабиса [66–68] и табакокурение [69], по данным MRI, ведет к уменьшению мозгового вещества психотических и непсихотических лиц. Частота употребления каннабиса и табакокурение выше у БШ, чем в здоровом контроле, способствуя различиям данных в FEP [70]. Употребляющие каннабис в течение 5 лет после FES более теряли серое вещество при увеличении боковых желудочков [67]. Спиртное также приводит к снижению количества вещества мозга [71–73] и затуманивает различия БШ [71]. Каннабис, спиртное и табак способствуют потерям серого вещества БШ, а также в малой-средней степени в группах высокого риска развития психоза и «здоровых» [74].

*Эффект образа жизни.* БШ обычно ведут малоподвижный образ жизни, что отражается на потере тканей мозга. Напротив, аэробика увеличивает массу серого и белого вещества у пожилых добровольцев с сидячим образом жизни [75]. Согласно опытам на животных, физические упражнения способствуют образованию новых капилляров, росту дендритов, появлению новых клеток гиппокампа [76, 77]. Физическая активность приводит к увеличению объема гиппокампа БШ и в здоровом контроле [78].

*Стресс и гипоталамо-гипофизарно-адреналовая ось.* Повышение уровня глюкокортикоида связано с хроническим стрессом БШ и может вести к уменьше-

нию мозговой ткани. Эффекты стресса и глюкокортикоидов на гиппокамп и объемы желудочков показаны на животных и при синдроме Кушинга [79] как частично обратимые [80, 81]. У больных в FEP уровень кортизола повышен и обратно связан с объемом гиппокампа [82].

Длительность нелеченого психоза. Если психоз каким-то образом отравляет мозг [7], можно предположить связь большей DUP и большей потерей мозговой ткани [8, 83–86], особенно если первое MRI исследование проведено до лечения, что, однако, оспорено [44, 45, 87]. Направление причинной связи предстоит установить, потому что большая DUP может отражать постепенное начало психоза у БШ с изначально большей потерей мозговой ткани [84]. Нет доказательств, что большая DUP ведет к дальнейшим изменениям мозга.

Исследования когнитивного дефицита.

Когнитивный дефицит у БШ в виде снижения 1-2 стандартных отклонений здорового контроля [88, 89] ведет к затруднениям социального функционирования [90] и поэтому требует особых терапевтических мероприятий [91]. Когнитивные нарушения связаны с выраженностью структурных нарушений мозга БШ [92–95]. При прогрессирующей потере ткани мозга следует ожидать дальнейшего усугубления когнитивных нарушений, что не доказано [96, 97].

*Динамика когнитивного дефицита.* «Зарождение» и динамика когнитивного дефицита на различных этапах шизофрении – предметы пристального изучения [98, 99]. Когнитивный дефицит во время FEP или FES [89, 98, 100] в ремиссии выходит на плато или смягчается [96, 101–103]. Улучшение может касаться лишь практических аспектов [104], но когнитивные проблемы нарастают уже в ходе нормального старения [97, 99, 102]. Более ли состарившиеся БШ подвержены когнитивному снижению, чем их душевно здоровые сверстники [105, 106] – неизвестно. Когнитивный дефицит определен у детей, которым суждено заболеть шизофренией [107–110]. По мета-анализу, 0,4-0,5 стандартное отклонение их IQ ниже среднего популяционного [111, 112], но существенно меньше, чем дефицит во время FES. Возможно, дальнейшее снижение происходит в DUP. Проспективное когортное исследование в США показало, что когнитивный дефицит проявляется в семь лет, если шизофрения развивается в зрелом возрасте, и он существенно больший сравнительно здорового контроля при переоценке в 35 лет [98]. Катмнез больных FES указывает проблемы успеваемости с первого класса, нарастающие к завершению школы [113]. Изучение траектории когнитивного функционирования детей 7, 9, 11 и 13 лет, позднее заболевших шизофренией [114], не показало абсолютного снижения когнитивных функций, но свидетельствует о раннем неизменном дефиците со следующей задержкой развития. Будущие БШ с первых лет учебы отличаются нарушениями вербального мышления, затем они все более отстают от сверстников во внимании и показателями рабочей памяти. Нельзя исключить роль ранних психических расстройств, но нет данных об абсолютном ухудшении когнитивного функционирования до манифеста психоза. Так, у пациентов детской пси-

хиатрической клиники еще за 6 лет до FES недостаточен IQ, но нарастание дефицита не отмечено и через 20 лет [115]. У лиц из группы высокого риска психоза отмечен когнитивный дефицит, причем у заболевших – в большей мере [116], но у тех и других не происходит дальнейшего спада в познавательной сфере [117, 118]. Возможности динамического изучения ограничены малыми выборками лиц высокого риска психоза.

#### Заключение.

Представление о прогрессирующем разрушительном расстройстве – центральное в концепции ранней деменции. Структурные аномалии мозга и когнитивный дефицит БШ показаны в конце 1970-х гг., подтверждая позицию Крепелина [36]. Умеренные потери объема тканей мозга во время FEP отражают аномалии развития нервной системы [119]. MRI исследования последних 10 лет предполагают «прогрессирование» изменений в начале шизофрении [120], но их патологическая природа неясна [121]. Нет прямых доказательств и нейротоксичности психоза. При этом каннабис, спиртное, табакокурение, стрессогенное повышение кортизола в крови, антипсихотики, малая физическая активность способствуют изменениям корковых и желудочковых объемов головного мозга БШ. Важно, что эти изменения частично обратимы. Ряд детей, позднее заболевших шизофренией, отличаются задержкой когнитивного развития, но нет свидетельств дальнейшего когнитивного снижения в продромальной или манифестной фазах психоза. Нейропсихологические, нейровизуализационные, длительные катamnестические данные противоречат представлению о шизофрении как о неизбежно нарастающей деменции. Гипотезы о механизмах априорно неблагоприятного развития шизофрении питают пессимизм профессионалов, отчуждают пациентов и их близких, сторонников «модели выздоровления» [14, 122]. Шизофрения, видимо, не отдельная болезнь с единой траекторией течения, но синдром с множественными взаимодействующими генетическими и средовыми причинами и неоднородными исходами [123]. Мы можем лучше понять БШ как уязвимых к психозу лиц вследствие биологических [124] и социальных [125] факторов риска. Чем более нагрузка последних, тем выше вероятность неблагоприятного исхода шизофрении. У БШ с ранними нарушениями развития с большими трудностями совладания со стрессами в ходе болезни значительно ухудшено социальное функционирование. Другие не столь уязвимы, но многократные средовые стрессы препятствуют их восстановлению. Отказ от концепции шизофрении как прогрессирующего мозгового заболевания не отменяет серьезных клинико-социальных проблем БШ. Дальнейшие исследования определяют связь нарушений функционирования БШ с активным периодом психоза или изначальными дегенеративными изменениями в головном мозгу до выявления симптомов и верификации диагноза.

Для пациентов и их близких, профессионалов и общества важно понимание, что длительное ухудшение – не обязательный атрибут шизофрении. Однако для многих БШ необходимые для выздоровления и хорошего качества жизни психиатрическая помощь и социальная поддержка малодоступны. Социальные

последствия шизофрении как бездомность, бедность, незанятость, правонарушения не обязательно следствие прогрессирующей болезни, но высвечивают задачи поддержки и необходимого вовлечения БШ в модели помощи, которые они могут принять и оценить.

#### Литература:

1. Prince M., Patel V., Saxena S. et al. No health without mental health // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370. – P. 859–877.
2. Jablensky A. Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry // *Hist. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 18. – P. 381–388.
3. Lieberman J.A. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective // *Biol. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 46. – P. 729–739.
4. DeLisi L.E. The concept of progressive brain change in schizophrenia: implications for understanding schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 2008. – Vol. 34. – P. 312–321.
5. Andreasen N.C., Nopoulos P., Magnotta V. et al. Progressive brain change in schizophrenia: a prospective longitudinal study of first-episode schizophrenia // *Biol. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 70. – P. 672–679.
6. van Haren N.E., Cahn W., Hulshoff Pol H.E., Kahn R.S. Schizophrenia as a progressive brain disease // *Eur. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 23. – P. 245–254.
7. Wyatt R.J. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 1991. – Vol. 17. – P. 325–351.
8. Malla A.K., Bodnar M., Joobar R., Lepage M. Duration of untreated psychosis is associated with orbital-frontal grey matter volume reductions in first episode psychosis // *Schizophr. Res.* – 2011. – Vol. 125. – P. 13–20.
9. Lieberman J., Jody D., Geisler S. et al. Time course and biologic correlates of treatment response in first-episode schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1993. – Vol. 50. – P. 369–376.
10. Robinson D.G., Woerner M.G., McMeniman M. et al. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *Am. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 161. – P. 473–479.
11. Girgis R.R., Phillips M.R., Li X. et al. Clozapine v. chlorpromazine in treatment-naive, first-episode schizophrenia: 9-year outcomes of a randomised clinical trial // *Br. J. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 199. – P. 281–288.
12. Liberman R.P., Kopelowicz A., Ventura J., Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia // *Int. Rev. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 14. – P. 256–272.
13. Andreasen N.C., Carpenter W.T. Jr., Kane J.M. et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 441–449.
14. Liberman R.P., Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research // *Psychiatr. Serv.* – 2005. – Vol. 56. – P. 735–742.
15. Lambert M., Naber D., Schacht A. et al. Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2008. – Vol. 118. – P. 220–229.
16. Menezes N.M., Arenovich T., Zipursky R.B. A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis // *Psychol. Med.* – 2006. – Vol. 36. – P. 1349–1362.
17. Crumlish N., Whitty P., Clarke M. et al. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis // *Br. J. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 194. – P. 18–24.
18. Menezes N.M., Malla A.M., Norman R.M. et al. A multi-site Canadian perspective: examining the functional outcome from first-episode psychosis // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2009. – Vol. 120. – P. 138–146.
19. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L. et al. Course of illness in a sample of 265 patients with first-episode psychosis—five-year follow-up of the Danish OPUS trial // *Schizophr. Res.* – 2009. – Vol. 107. – P. 173–178.
20. Malla A.K., Norman R.M., Manchanda R. et al. Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase specific community-oriented treatment // *Psychiatr. Serv.* – 2002. – Vol. 53. – P. 458–463.

21. Addington J., Leriger E., Addington D. Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program // *Can. J. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 48. – P. 204–207.
22. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M. et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 56. – P. 241–247.
23. Gitlin M., Nuechterlein K., Subotnik K.L. et al. Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 1835–1842.
24. Boonstra G., Burger H., Grobbee D.E., Kahn R.S. Antipsychotic prophylaxis is needed after remission from a first psychotic episode in schizophrenia patients: results from an aborted randomised trial // *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* – 2011. – Vol. 15. – P. 128–134.
25. Kane J.M., Rifkin A., Quitkin F. et al. Fluphenazine vs placebo in patients with remitted, acute first-episode schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1982. – Vol. 39. – P. 70–73.
26. McCreadie R.G., Wiles D., Grant S. et al. The Scottish first episode schizophrenia study. VII. Two-year follow-up. Scottish Schizophrenia Research Group // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1989. – Vol. 80. – P. 597–602.
27. Gaebel W., Riesbeck M., Wülfel W. et al. Relapse prevention in first-episode schizophrenia—maintenance vs intermittent drug treatment with prodrome-based early intervention: results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 72. – P. 205–218.
28. Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T. et al. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1987. – Vol. 144. – P. 727–735.
29. Henry L.P., Amminger G.P., Harris M.G. et al. The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission // *J. Clin. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 71. – P. 716–728.
30. Harrison G., Hopper K., Craig T. et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study // *Br. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 178. – P. 506–517.
31. van Os J., Wright P., Murray R. Follow-up studies of schizophrenia I: Natural history and non-psychopathological predictors of outcome // *Eur. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 12, Suppl 5. – P. 327–341.
32. Cohen P., Cohen J. The clinician's illusion // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1984. – Vol. 41. – P. 1178–1182.
33. Kirsh D.G., Weinberger D.R. Anatomical neuropathology in schizophrenia: postmortem findings // Nasrallah H.A., Weinberger D.R., eds. *Handbook of Schizophrenia, The Neurology of Schizophrenia.* Amsterdam: Elsevier, 1986. – P. 325–349.
34. Haug J.O. Pneumoencephalographic studies in mental disease // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1962. – Vol. 38. – P. 1–104.
35. Haug J.O. Pneumoencephalographic evidence of brain atrophy in acute and chronic schizophrenic patients // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1982. – Vol. 66. – P. 374–383.
36. Johnstone E.C., Crow T.J., Frith C.D. et al. Cerebral ventricular size and cognitive impairment in chronic schizophrenia // *Lancet.* – 1976. – Vol. 2. – P. 924–926.
37. Reveley A.M., Reveley M.A., Clifford C.A., Murray R.M. Cerebral ventricular size in twins discordant for schizophrenia // *Lancet.* – 1982. – Vol. 319, № 8271. – P. 540–541.
38. Weinberger D.R., Torrey E.F., Neophytides A.N., Wyatt R.J. Structural abnormalities in the cerebral cortex of chronic schizophrenic patients // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1979. – Vol. 36. – P. 935–939.
39. Pfefferbaum A., Zipursky R.B., Lim K.O. et al. Computed tomographic evidence for generalized sulcal and ventricular enlargement in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1988. – Vol. 45. – P. 633–640.
40. Zipursky R.B., Lim K.O., Sullivan E.V. et al. Widespread cerebral gray matter volume deficits in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 49. – P. 195–205.
41. Harvey I., Ron M.A., Du Boulay G. et al. Reduction of cortical volume in schizophrenia on magnetic resonance imaging // *Psychol. Med.* – 1993. – Vol. 23. – P. 591–604.
42. Shenton M.E., Dickey C.C., Frumin M., McCarley R.W. A review of MRI findings in schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2001. – Vol. 49. – P. 1–52.
43. Luchins D.J., Meltzer H.Y. A comparison of CT findings in acute and chronic ward schizophrenics // *Psychiatry Res.* – 1986. – Vol. 17. – P. 7–14.
44. Gur R.E., Turetsky B.I., Bilker W.B., Gur R.C. Reduced gray matter volume in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 56. – P. 905–911.
45. Zipursky R.B., Lambe E.K., Kapur S., Mikulis D.J. Cerebral gray matter volume deficits in first episode psychosis // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 55. – P. 540–546.
46. Lim K.O., Tew W., Kushner M. et al. Cortical gray matter volume deficit in patients with first-episode schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* – 1996. – Vol. 153. – P. 1548–1553.
47. Cahn W., Hulshoff Pol H.E., Lems E.B. et al. Brain volume changes in first-episode schizophrenia: a 1-year follow-up study // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – P. 1002–1010.
48. de Castro-Manglano P., Mechelli A., Soutullo C. et al. Structural brain abnormalities in first-episode psychosis: differences between affective psychoses and schizophrenia and relationship to clinical outcome // *Bipolar Disord.* – 2011. – Vol. 13. – P. 545–555.
49. Mitelman S.A., Brickman A.M., Shihabuddin L. et al. A comprehensive assessment of gray and white matter volumes and their relationship to outcome and severity in schizophrenia. // *Neuroimage.* – 2007. – Vol. 37. – P. 449–462.
50. Staal W.G., Hulshoff Pol H.E., Kahn R.S. Outcome of schizophrenia in relation to brain abnormalities // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25. – P. 337–348.
51. Staal W.G., Hulshoff Pol H.E., Schnack H.G. et al. Structural brain abnormalities in chronic schizophrenia at the extremes of the outcome spectrum // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 158. – P. 1140–1142.
52. Milev P., Ho B.C., Arndt S. et al. Initial magnetic resonance imaging volumetric brain measurements and outcome in schizophrenia: a prospective longitudinal study with 5-year follow-up. // *Biol. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 54. – P. 608–615.
53. Bellani M., Dusi N., Brambilla P. Longitudinal imaging studies in schizophrenia: the relationship between brain morphology and outcome measures // *Epidemiol. Psychiatr. Soc.* – 2010. – Vol. 19. – P. 207–210.
54. Keshavan M.S., Berger G., Zipursky R.B. et al. Neurobiology of early psychosis // *Br. J. Psychiatry. Suppl.* – 2005. – Vol. 48. – P. 8–18.
55. Olabi B., Ellison-Wright I., McIntosh A.M. et al. Are there progressive brain changes in schizophrenia? A meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies // *Biol. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 70. – P. 88–96.
56. Ho B.C., Andreasen N.C., Nopoulos P., Arndt S. et al. Progressive structural brain abnormalities and their relationship to clinical outcome: a longitudinal magnetic resonance imaging study early in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 60. – P. 585–594.
57. Moncrieff J., Leo J. A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume // *Psychol. Med.* – 2010. – Vol. 40. – P. 1409–1422.
58. Navari S., Dazzan P. Do antipsychotic drugs affect brain structure? A systematic and critical review of MRI findings // *Psychol. Med.* – 2009. – Vol. 39. – P. 1763–1777.
59. Lieberman J.A., Tollefson G.D., Charles C. et al. Antipsychotic drug effects on brain morphology in first-episode psychosis // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 62. – P. 361–370.
60. Joobor R., Schmitz N., Malla A. et al. Is olanzapine a brain-sparing medication? // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 63. – P. 1292.
61. Ho B.C., Andreasen N.C., Ziebell S. et al. Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: a longitudinal study of first-episode schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 68. – P. 128–137.
62. Dorph-Petersen K.A., Pierri J.N., Perel J.M. et al. The influence of chronic exposure to antipsychotic medications on brain size before and after tissue fixation: a comparison of haloperidol and olanzapine in macaque monkeys // *Neuropsychopharmacology.* – 2005. – Vol. 30. – P. 1649–1661.
63. Vernon A.C., Natesan S., Modo M., Kapur S. Effect of chronic antipsychotic treatment on brain structure: a serial magnetic resonance imaging study with ex vivo and postmortem confirmation // *Biol. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 69. – P. 936–944.
64. Vernon A.C., Natesan S., Crum W.R. et al. Contrasting effects of haloperidol and lithium on rodent brain structure: a magnetic reso-

- nance imaging study with postmortem confirmation // *Biol. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 71. – P. 855–863.
65. Schaufelberger M.S., Lappin J.M., Duran F.L. et al. Lack of progression of brain abnormalities in first-episode psychosis: a longitudinal magnetic resonance imaging study // *Psychol. Med.* – 2011. – Vol. 41. – P. 1677–1689.
  66. Yücel M., Solowij N., Respondek C. et al. Regional brain abnormalities associated with long-term heavy cannabis use // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 65. – P. 694–701.
  67. Rais M., Cahn W., Van Haren N. et al. Excessive brain volume loss over time in cannabis-using first-episode schizophrenia patients // *Am. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165. – P. 490–496.
  68. Martin-Santos R., Fagundo A.B., Crippa J.A. et al. Neuroimaging in cannabis use: a systematic review of the literature // *Psychol. Med.* – 2010. – Vol. 40. – P. 383–398.
  69. Gallinat J., Meisenzahl E., Jacobsen L.K. et al. Smoking and structural brain deficits: a volumetric MR investigation // *Eur. J. Neurosci.* – 2006. – Vol. 24. – P. 1744–1750.
  70. Welch K.A., McIntosh A.M., Job D.E. et al. The impact of substance use on brain structure in people at high risk of developing schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 2011. – Vol. 37. – P. 1066–1076.
  71. Mathalon D.H., Pfefferbaum A., Lim K.O. et al. Compounded brain volume deficits in schizophrenia-alcoholism comorbidity // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2003. – Vol. 60. – P. 245–252.
  72. Pfefferbaum A., Lim K.O., Zipursky R.B. et al. Brain gray and white matter volume loss accelerates with aging in chronic alcoholics: a quantitative MRI study // *Alc. Clin. Exp. Res.* – 1992. – Vol. 16. – P. 1078–1089.
  73. Pfefferbaum A., Sullivan E.V., Rosenbloom M.J. et al. A controlled study of cortical gray matter and ventricular changes in alcoholic men over a 5-year interval // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 55. – P. 905–912.
  74. Stone J.M., Bhattacharyya S., Barker G.J., McGuire P.K. Substance use and regional gray matter volume in individuals at high risk of psychosis // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2012. – Vol. 22. – P. 114–122.
  75. Colcombe S.J., Erickson K.I., Scaif P.E. et al. Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans // *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* – 2006. – Vol. 61. – P. 1166–1170.
  76. Black J.E., Isaacs K.R., Anderson B.J. et al. Learning causes synaptogenesis, whereas motor activity causes angiogenesis, in cerebellar cortex of adult rats // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 1990. – Vol. 87. – P. 5568–5572.
  77. van Praag H., Christie B.R., Sejnowski T.J., Gage F.H. Running enhances neurogenesis, learning, and long-term potentiation in mice // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. – 1999. – Vol. 96. – P. 13427–13431.
  78. Pajonk F.G., Wobrock T., Gruber O. et al. Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 67. – P. 133–143.
  79. Sapolsky R.M. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 57. – P. 925–935.
  80. Starkman M.N., Giordani B., Gebarski S.S. et al. Decrease in cortisol reverses human hippocampal atrophy following treatment of Cushing's disease // *Biol. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 46. – P. 1595–1602.
  81. Heinz E.R., Martinez J., Haenggeli A. Reversibility of cerebral atrophy in anorexia nervosa and Cushing's syndrome // *J. Comput. Assist. Tomogr.* – 1977. – Vol. 1. – P. 415–418.
  82. Mondelli V., Cattaneo A., Belvederi Murri M. et al. Stress and inflammation reduce brain-derived neurotrophic factor expression in first-episode psychosis: a pathway to smaller hippocampal volume // *J. Clin. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 72. – P. 1677–1684.
  83. Bangalore S.S., Goradia D.D., Nutche J. et al. Untreated illness duration correlates with gray matter loss in first-episode psychoses // *Neuroreport*. – 2009. – Vol. 20. – P. 729–734.
  84. Lappin J.M., Morgan K., Morgan C. et al. Gray matter abnormalities associated with duration of untreated psychosis // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 83. – P. 145–153.
  85. Madsen A.L., Karle A., Rubin P. et al. Progressive atrophy of the frontal lobes in first-episode schizophrenia: interaction with clinical course and neuroleptic treatment // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1999. – Vol. 100. – P. 367–374.
  86. Takahashi T., Suzuki M., Tanino R. et al. Volume reduction of the left planum temporale gray matter associated with long duration of untreated psychosis in schizophrenia: a preliminary report // *Psychiatry Res.* – 2007. – Vol. 154. – P. 209–219.
  87. Boonstra G., Cahn W., Schnack H.G. et al. Duration of untreated illness in schizophrenia is not associated with 5-year brain volume change // *Schizophr. Res.* – 2011. – Vol. 132. – P. 84–90.
  88. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence // *Neuropsychology*. – 1998. – Vol. 12. – P. 426–445.
  89. Bilder R.M., Goldman R.S., Robinson D. et al. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates // *Am. J. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157. – P. 549–559.
  90. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // *Am. J. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153. – P. 321–330.
  91. Wykes T., Huddy V., Cellard C. et al. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes // *Am. J. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 168. – P. 472–485.
  92. Crespo-Facorro B., Barbadillo L., Pelayo-Terán J.M., Rodríguez-Sánchez J.M. Neuropsychological functioning and brain structure in schizophrenia // *Int. Rev. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 19. – P. 325–336.
  93. Sullivan E.V., Shear P.K., Lim K.O. et al. Cognitive and motor impairments are related to gray matter volume deficits in schizophrenia // *Biol. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 39. – P. 234–240.
  94. Hartberg C.B., Lawyer G., Nyman H. et al. Investigating relationships between cortical thickness and cognitive performance in patients with schizophrenia and healthy adults // *Psychiatry Res.* – 2010. – Vol. 182. – P. 123–133.
  95. Sanfilippo M., Lafargue T., Rusinek H. et al. Cognitive performance in schizophrenia: relationship to regional brain volumes and psychiatric symptoms // *Psychiatry Res.* – 2002. – Vol. 116. – P. 1–23.
  96. Bozikas V.P., Andreou C. Longitudinal studies of cognition in first episode psychosis: a systematic review of the literature // *Aust N Z J. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 45. – P. 93–108.
  97. Szöke A., Trandafir A., Dupont M.E. et al. Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: meta-analysis // *Br. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 192. – P. 248–257.
  98. Seidman L.J., Buka S.L., Goldstein J.M., Tsuang M.T. Intellectual decline in schizophrenia: evidence from a prospective birth cohort 28 year follow-up study // *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* – 2006. – Vol. 28. – P. 225–242.
  99. Lewandowski K.E., Cohen B.M., Ongur D. Evolution of neuropsychological dysfunction during the course of schizophrenia and bipolar disorder // *Psychol. Med.* – 2011. – Vol. 41. – P. 225–241.
  100. Zanelli J., Reichenberg A., Morgan K. et al. Specific and generalized neuropsychological deficits: a comparison of patients with various first-episode psychosis presentations // *Am. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167. – P. 78–85.
  101. Censits D.M., Ragland J.D., Gur R.C., Gur R.E. Neuropsychological evidence supporting a neurodevelopmental model of schizophrenia: a longitudinal study // *Schizophr. Res.* – 1997. – Vol. 24. – P. 289–298.
  102. Leeson V.C., Sharma P., Harrison M. et al. IQ trajectory, cognitive reserve, and clinical outcome following a first episode of psychosis: a 3-year longitudinal study // *Schizophr. Bull.* – 2011. – Vol. 37. – P. 768–777.
  103. Keefe R.S., Sweeney J.A., Gu H. et al. Effects of olanzapine, quetiapine, and risperidone on neurocognitive function in early psychosis: a randomized, double-blind 52-week comparison. // *Am. J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 164. – P. 1061–1071.
  104. Goldberg T.E., Keefe R.S., Goldman R.S. et al. Circumstances under which practice does not make perfect: a review of the practice effect literature in schizophrenia and its relevance to clinical treatment studies // *Neuropsychopharmacology*. – 2010. – Vol. 35. – P. 1053–1062.
  105. Davidson M., Harvey P., Welsh K.A. et al. Cognitive functioning in late-life schizophrenia: a comparison of elderly schizophrenic patients and patients with Alzheimer's disease // *Am. J. Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153. – P. 1274–1279.
  106. Harvey P.D., Silverman J.M., Mohs R.C. et al. Cognitive decline in late-life schizophrenia: a longitudinal study of geriatric chronically hospitalized patients // *Biol. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 45. – P. 32–40.
  107. Jones P., Rodgers B., Murray R., Marmot M. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort // *Lancet*. – 1994. – Vol. 344. – P. 1398–1402.
  108. David A.S., Malmberg A., Brandt L. et al. IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study // *Psychol. Med.* – 1997. – Vol. 27. – P. 1311–1323.



109. Davidson M., Reichenberg A., Rabinowitz J. et al. Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents // *Am. J. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 156. – P. 1328–1335.
110. Cannon T.D., Bearden C.E., Hollister J.M. et al. Childhood cognitive functioning in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study // *Schizophr. Bull.* – 2000. – Vol. 26. – P. 379–393.
111. Woodberry K.A., Giuliano A.J., Seidman L.J. Premorbid IQ in schizophrenia: a meta-analytic review // *Am. J. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 165. – P. 579–587.
112. Khandaker G.M., Barnett J.H., White I.R., Jones P.B. A quantitative meta-analysis of population-based studies of premorbid intelligence and schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2011. – Vol. 132. – P. 220–227.
113. Bilder R.M., Reiter G., Bates J. et al. Cognitive development in schizophrenia: follow-back from the first episode // *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* – 2006. – Vol. 28. – P. 270–282.
114. Reichenberg A., Caspi A., Harrington H. et al. Static and dynamic cognitive deficits in childhood preceding adult schizophrenia: a 30-year study // *Am. J. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 167. – P. 160–169.
115. Russell A.J., Munro J.C., Jones P.B. et al. Schizophrenia and the myth of intellectual decline // *Am. J. Psychiatry.* – 1997. – Vol. 154. – P. 635–639.
116. Fusar-Poli P., Deste G., Smieskova R. et al. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 69. – P. 562–571.
117. Keefe R.S., Perkins D.O., Gu H. et al. A longitudinal study of neurocognitive function in individuals at-risk for psychosis // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 88. – P. 26–35.
118. Becker H.E., Nieman D.H., Wiltink S. et al. Neurocognitive functioning before and after the first psychotic episode: does psychosis result in cognitive deterioration? // *Psychol. Med.* – 2010. – Vol. 40. – P. 1599–1606.
119. Murray R.M., Lewis S.W. Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? // *BMJ.* – 1987. – Vol. 295. – P. 681–682.
120. Hulshoff Pol H.E., Kahn R.S. What happens after the first episode? A review of progressive brain changes in chronically ill patients with schizophrenia // *Schizophr. Bull.* – 2008. – Vol. 34. – P. 354–366.
121. Weinberger D.R., McClure R.K. Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry: what is happening in the schizophrenic brain? // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 59. – P. 553–558.
122. Bellack A.S. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications // *Schizophr. Bull.* – 2006. – Vol. 32. – P. 432–442.
123. van Os J., Kapur S. Schizophrenia // *Lancet.* – 2009. – Vol. 374. – P. 635–645.
124. Di Forti M., Lappin J.M., Murray R.M. Risk factors for schizophrenia – all roads lead to dopamine // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2007. – Vol. 17, Suppl 2. – S. 101–S107.
125. Morgan C., Charalambides M., Hutchinson G., Murray R.M. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model // *Schizophr. Bull.* – 2010. – Vol. 36. – P. 655–664.

#### THE MYTH OF SCHIZOPHRENIA AS A PROGRESSIVE BRAIN DISEASE

*R.B. Zipursky, T.J. Reilly, R.M. Murray*

Schizophrenia has historically been considered to be a deteriorating disease, a view reinforced by recent MRI findings of progressive brain tissue loss over the early years of illness. On the other hand, the notion that recovery from schizophrenia is possible is increasingly embraced by consumer and family groups. This review critically examines the evidence from longitudinal studies of 1) clinical outcomes, 2) MRI brain volumes, 3) cognitive functioning. First, the evidence shows that although approximately 25% of people with schizophrenia have a poor long-term outcome, few of these show the incremental loss of function that is characteristic of neurodegenerative illnesses. Second, MRI studies demonstrate subtle developmental abnormalities at first onset of psychosis and then further decreases in brain tissue volumes;

however, these latter decreases are explicable by the effects of antipsychotic medication, substance abuse, and other secondary factors. Third, while patients do show cognitive deficits compared with controls, cognitive functioning does not appear to deteriorate over time. The majority of people with schizophrenia have the potential to achieve long-term remission and functional recovery. The fact that some experience deterioration in functioning over time may reflect poor access, or adherence, to treatment, the effects of concurrent conditions, and social and financial impoverishment. Mental health professionals need to join with patients and their families in understanding that schizophrenia is not a malignant disease that inevitably deteriorates over time but rather one from which most people can achieve a substantial degree of recovery.

*Key words:* MRI, cognition, outcome, prognosis, remission, recovery.

Robert B. Zipursky – Отдел психиатрии, Университет McMaster, Гамильтон, Онтарио, Канада; e-mail: bzipursk@stjosham.on.ca  
Thomas J. Reilly и Robin M. Murray – Отделение изучения психозов, Институт психиатрии, Kings колледж, Лондон, Великобритания.

Комментарий переводчика

#### ИЗВЕЧЕН СПОР НАДЕЖДЫ И СОМНЕНИЯ

*Е.Б. Любов*

Московский НИИ психиатрии, г. Москва

E-mail автора: lyubov.evgeny@mail.ru

*«... владеть фактами, а не быть их рабами»  
Д.И. Менделеев*

Критический обзор R.B. Zipursky и соавторов обнадеживает клиницистов и их подопечных. Функционально-структурные изменения головного мозга БШ рассмотрены в русле модели раннего (врожденного) нарушения развития нервной системы; не исключена их обратимость в противовес концепции шизофрении как нейродегенеративного расстройства с прогрессирующей «утерей» мозговой ткани.

Шизофрения – группа психических расстройств, видимо, с различными этиопатогенезом и широким спектром клинических проявлений, и исходов как при любой болезни с известной этиологией, но подтипы шизофрении за последние 20 лет все реже (около 5%) упомянуты современными исследованиями, согласно позиции DSM-5 и ICD-11 [14]. Современная концепция шизофрении при сужении ее рамок оптимистичнее крепелиновской. Течение с неуклонным ухудшением – скорее архетип шизофрении, уточнение «злокачественное» изъято из лексикона МКБ как не имеющее ясного клинического содержания и стигматизирующее БШ. Каждый пятый-четвертый БШ переносит единственный приступ шизофрении (как и во времена Крепелина, указывая на самоограничение болезни). В первые пять лет когорты первичных БШ расслаивается на пациентов с благоприятным и неблагоприятным (многоприступным, частично резистентным к лечению) течением [7], но строгий водораздел меж ними не постоянен и не предопределен. Ретроспективный катамнез практически выздоровевших БШ (социально-трудовое

восстановление и рост на фоне глубокой ремиссии не менее пяти лет, не требующей поддерживающего лечения), показал, что течение расстройства у 2/3 из них в активном периоде расценено как неблагоприятное, они были инвалидами [6]. Речь не шла о «*restitutio ad integrum*», что невозможно клинически и диалектически после длительной болезни, но о новом уровне здоровья, хотя «цепкий глаз психиатра» (Крепелин) не пропустил бы «следы когтя» болезни, указывающие на верность диагноза в прошлом. Более 10% БШ подлежали, вопреки известным организационным препонам и предубеждению психиатров, снятию с психиатрического учета в СССР 80-е гг. XX века [5, 6]. Личностно-социальное выздоровление [3] возможно на фоне стабилизированного лечением расстройства.

Авторы статьи останавливаются на ряде методологических ограничений нейровизуализационных исследований, видимо, влияющих на результаты. Так, артефакт выборки БШ влияет на оценку их исходов [19]. Наиболее тяжелые БШ остаются в поле зрения психиатра (стабилизированные БШ в странах соавторов обычно на попечении интернистов или не лечатся вовсе), они же в связи с сочетанными клинико-социальными проблемами бедны, одиноки, уклоняются от лечения (проскальзывают «меж ячей» типовой помощи), злоупотребляют ПАВ, что усугубляет течение и исходы шизофрении.

В статье обращено внимание на многофакторную природу изменений структуры и функции головного мозга, указывающую на необходимость биопсихосоциальных настойчивых воздействий. Шизофрения – системная болезнь, и, как отмечают авторы статьи, следует учесть роль не только психической, но и сомато-неврологической коморбидности.

Подчеркнуто, что ряд нежелательных социальных последствий шизофрении не вытекает напрямую из ее клиники и течения, но связаны со средовыми факторами, включая недостатки организации (доступности) и качества помощи. Так, тенденция к улучшению подавлена негативным суммированным эффектом пренебрежения, стигматизации (самостигматизации) БШ, «выученной беспомощности» инвалида, внебольничного и больничного госпитализма, неадекватной и запоздалой диагностики (первого приступа психоза, атипичной депрессии, подострых психотических симптомов, нежелательных действий лекарств) и лечения (седативными препаратами), вследствие чего когнитивные расстройства БШ представляются более выраженными и нарастающими. Функциональный прогноз БШ определен порядком оценки трудоспособности (в СССР в донейролептическую эру диагноз означал априорно инвалидность, но затем происходило «ступенеобразное» снижение ее уровня по мере восстановления БШ), экономическим (рост показателей первичной инвалидности в годы «перестройки») контекстом.

Исход и результаты лечения зависят не только и не столько от малоспецифичных и тонких изменений головного мозга БШ, но от динамического взаимодействия сано- и патогенеза [4]. Мозг БШ приспособляется путем изменения его функциональных и структурных свойств («нейропластичности») при обучении, приобретении навыков «в жизни» под гнетом болезни и

в ограниченных ею (временно) условиях. Так, мета-анализ 25 РКИ [13] показал существенное улучшение со временем когнитивного функционирования 905 больных в первом эпизоде психоза. Дефект, отражая структурную аномалию (врожденную или приобретенную), определен в большой мере патологическими защитными механизмами личности [9], препятствующими ресоциализации БШ. Функциональное восстановление БШ позволяет судить об обратимости дефекта [11]: если не рассасывание «рубца», то побледнение «родимого пятна» при регрессионности процесса и / или стойком послаблении симптоматики (ремиссии).

Биопсихосоциальный подход терапии и реабилитации БШ способствует сдвигу в сторону благоприятных исходов и минимизации клинико-социальных последствий шизофрении за счет активизации естественного саногенеза, уменьшая социальные потери в период активного процесса. БШ развивается и в болезни, на ее фоне и вопреки ее ограничениям и последствиям.

Долгосрочный прогноз шизофрении может быть не менее благоприятен, чем при заболеваниях, леченных консервативными или хирургическими методами [2]. Профессионалы, подчеркнута в статье, недостаточно учитывают потенциал социального и клинического выздоровления БШ, не рассматривают его мерилем лечебно-реабилитационной работы.

Предполагаемый биологический вред рецидивов [18], проявляемый и снижением эффективности лечения [15], может быть предупрежден и компенсирован своевременной острой и поддерживающей фармакотерапией вкупе с социально-реабилитационными воздействиями, снижающими риск хронификации расстройства [1, 3]. Возможный нейрозакщитный эффект антипсихотиков [12, 18] усилен систематическим (в том числе за счет депо атипичных антипсихотиков) лечением [12, 20], опосредованно улучшающим когнитивные функции и открывающим шлюзы социальной работе. Отмеченные авторами статьи морфологические нарушения мозга длительно леченых БШ могут насторожить БШ, ведь > 1/3 из них предстоит пожизненное лечение [2], но, возможно, это следствие именно несоблюдения лекарственного режима [12] и / или речь идет об особой группе БШ с неблагоприятным течением.

При затухании процесса все большую роль в приступообразовании играют микросоциальный дистресс (на смену дистрессу психоза), включая чрезмерно выражаемые эмоции близких БШ, поэтому в индивидуальный план реабилитации БШ включены тренинги, позволяющие решать типовые житейские проблемы, и семейная терапия. В ходе психосоциальной работы с БШ и их близкими особо видна лечебная роль средовых факторов.

При целостном подходе к прогнозу и ведению БШ важна оценка его образа жизни, о чем упомянуто в статье. Введение физических упражнений в терапевтический план соответствует насущным нуждам БШ [8, 10], эмпирически использующих физические нагрузки для оздоровления и дистанцирования от болезненных переживаний. Эффект *физической активности связан со стимуляцией нейропластичности в определенных мозговых структурах БШ (а не только благодарных крыс)*, улучшая их исполнительные функции, память

[16, 17]. У сочетанного когнитивного тренинга и физических упражнений возможен синергический эффект.

Поиск патопластического основания (локуса), «середоточивания», по Н.И. Пирогову, шизофрении заманчиво, но «подлинные причинно-следственные отношения вещей ... при неприменном учете всех внешних факторов» [4] позволят уточнить комплексные генетические, нейро-психологические, патофизиологические, нейровизуализационные исследования. Морфометрический эндофенотип (степень отклонения размеров тех или иных образований мозга БШ от нормы) отмеченный и у близких БШ, и в здоровом контроле, возможно, свидетельствует об уязвимости индивидуума к психическому расстройству, «дремлющем» потенциале его развития. Многофакторная природа шизофрении как, например, и ишемической болезни сердца, вписана в модель «уязвимость-стресс-преодоление», обосновывающая меры первичной, вторичной и третичной профилактики.

Научно доказательная база нейровизуализационного изучения нуждается в систематизации и укреплении обширными длительными рандомизированными и наблюдательными исследованиями однородных групп БШ (например, с мягкими неврологическими симптомами) на различных этапах развития и затухания процесса, при различных длительности активного периода психоза (одноприступное и многоприступное, непрерывное течение) и лекарственных и / или нелекарственных (психосоциальных) методах терапии. Предстоит уточнить динамику структурно-функциональных нарушений при длительных (фармакозависимых и спонтанных) ремиссиях разного качества в рамках различных типов и форм шизофрении. Изучение MRI биомаркеров укажут механизмы биопсихосоциального лечения и будут способствовать развитию новых препаратов и путей их доставки, наметить возможности персонализации помощи.

Сверхдетерминация прогноза и исхода шизофрении некими изменениями головного мозга отражает новый виток биологического редукционизма как следствия технологического прорыва в психиатрии, возрождающего взгляды позитивистской психиатрии, объяснявшей природу психических расстройств на примере прогрессивного паралича: разрушением мозговой ткани в силу множественных причин. Такой подход питает терапевтический нигилизм, дополнительно стигматизирует БШ и их семьи. Взгляд на шизофрению как расстройство с исправляемой комплексным лечением естественной траекторией течения и принципиально обратимыми биологическими, клинко-социальными исходами, напротив, объединяет триединые усилия профессионалов, непредвзято и непротиворечиво информированных БШ и их близких.

И «невозможное» обращается выстраданным успехом.

Литература:

1. Гурович И.Я. Сберегающая (превентивная) психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Том 17. – Вып. 1. – С. 5–9.
2. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – Медпрактика. - М., 2003. – 264 с.

3. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении: Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Том 18. – Вып. 2. – С. 7–14.
4. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1962. – 176 с.
5. Киселев Л.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. – Рига: Зинатне, 1988. – 236 с.
6. Любов Е.Б. Клинические и социальные критерии определения исходов типа практического выздоровления при шизофрении. (Вопросы снятия с диспансерного учета): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 24 с.
7. Любов Е.Б., Бессонова А.А. Первый эпизод шизофрении: клинко-эпидемиологический и социально-экономический аспекты // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 46–50
8. Любов Е.Б. и соавт. Оценка больничными пациентами своих потребностей и удовлетворенности психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Том 22. – Вып. 4. – С. 51–56.
9. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М.: Медгиз, 1963. – 198 с.
10. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие о себе откровенно и сокровенно / Под ред. И.Я. Гуровича / Сост. Н.Б. Левина, Е.Б. Любов. – М.: Новые возможности, 2009. – 129 с.
11. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: ФОЛИУМ, 2005. – 200 с.
12. Bartzokis G. Neuroglialpharmacology: white matter pathophysiology and psychiatric treatments // Front. Biosci. – 2011. – Vol. 17. – P. 2695–2733.
13. Bora E., Murray R.M. Meta-analysis of Cognitive Deficits in Ultra-high Risk to Psychosis and First-Episode Psychosis: Do the Cognitive Deficits Progress Over, or After, the Onset of Psychosis? // Schizophr. Bull. – 2013.
14. Braff D.L., Ryan J., Rissling A.J., Carpenter W.T. Lack of Use in the Literature From the Last 20 Years Supports Dropping Traditional Schizophrenia Subtypes From DSM-5 and ICD-11 // Schizophr. Bull. – 2013. – Vol. 39. – P. 751–753.
15. Emsley R., Chiliza B., Asmal L. The evidence for illness progression after relapse in schizophrenia // Schizophr. Res. – 2013. – Vol. 148, № 1-3. – P. 117–121.
16. Hötting K., Röder B. Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition // Neurosci Biobehav. Rev., 2013.
17. Knoechel Ch., Oertel-Knoechel V., O'Dwyer L. et al. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients // Progress Neurobiology. – 2012. – Vol. 96. – P. 46–68.
18. Lieberman J.A. Neurobiology and the natural history of schizophrenia // J. Clin. Psychiatry. – 2006. – Vol. 67. – С. 14.
19. van Os J, Wright P, Murray RM. Follow-up studies of schizophrenia I: natural history and non-psychopathological predictors of outcome // Eur. Psychiatry. – 1997. – Vol. 12. – P. 327–341.
20. Wang H., Xu H., Niu J. et al. Haloperidol activates quiescent oligodendroglia precursor cells in the adult mouse brain // Schizophr. Res. – 2010. – Vol. 119. – P. 164–174.

## РЕЦЕНЗИИ

**РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ Р.Г. АРДАШЕВА  
«ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ  
РАССЛЕДОВАНИЯ УБИЙСТВ,  
СОПРЯЖЕННЫХ С ПОСТКРИМИНАЛЬНЫМ  
СУИЦИДОМ ПРАВОНАРУШИТЕЛЯ»  
(ИГТУ, 2013)**

*О.М. Зороастров*

Тюменская ГМА, г. Тюмень

По расследованию различных видов убийств имеется большое количество монографических и диссер-

тационных работ. Но среди них отсутствуют публикации в полной мере раскрывающие особенности расследования убийств, сопряженных с самоубийством самого правонарушителя. Данная книга в достаточной мере восполняет этот ущерб.

Автор в книге на убедительных примерах показывает необоснованность прекращения уголовных дел по убийствам в случаях самоубийства предполагаемого убийцы. В одном из разделов книги автор отражает особенности возбуждения уголовного дела и расследования его в таких случаях. В этом разделе раскрываются особенности осмотра трупа и места происшествия, допросов, взаимодействия следователя и органа, осуществляющего оперативно-розыскную деятельность при выявлении и расследовании убийств, сопряженных с суицидом виновного лица.

В книге приводятся определения самоубийства, сделанные различными авторами. Автор анализирует литературные данные, касающиеся диагностических признаков самоубийств. Большую часть этих данных представляют работы судебных медиков. В этих работах изучались анатомические признаки, результаты иммуногистохимических исследований и характерные признаки со стороны нейроэндокринной системы. Также представлены результаты проведенных судебными медиками исследований по выявлению особенностей кожных узоров на руках и ногах у лиц, predisposed к суицидам.

В книге рассматривается постпреступное (посткриминальное) поведение преступника, его составные части, а самоубийство лиц, совершивших преступление (убийство), как одна из форм такого поведения. Посткриминальный суицид может иметь несколько этапов. Самоубийство правонарушителем может быть совершено сразу же после совершения убийства, в периоды до возбуждения уголовного дела, расследования дела, судебного рассмотрения, после вынесения приговора в местах лишения свободы. Автором рассматриваются возможные поводы и причины суицидов в таких случаях.

В книге представлены данные, отражающие посткриминальный суицид, как улика поведения. Автором подчеркивается, что «самоубийство является уликой поведения в тех случаях, когда можно установить причинную связь между фактом данного суицида и убийством, совершенным этим лицом ранее в условиях неочевидности».

В книге автор касается не только суицидов правонарушителей, но особенностей расследования уголовных дел при инсценировках самоубийства при совершенных убийствах.

Один из разделов книги посвящен историческому анализу проблем расследования убийств, осложненных суицидом виновных лиц. Интерес в этом разделе представляет иллюстрация и анализ отдельных недостатков при проведении таких расследований в послереволюционной России. Обращает внимание указание автором на имевшее значение при таких расследованиях экспертиз, особенно судебно-медицинских.

В книге затрагивается проблема противодействия раскрытию и расследованию преступлений, а посткриминальный суицид как способ противодействия расследованию.

Интерес представляет раздел, отражающий анализ использования различных экспертиз при расследовании убийств, сопряженных с суицидом правонарушителя. Значительную часть этого раздела занимает анализ использования судебно-медицинских экспертиз. Автор обоснованно отмечает, что наиболее частым видом самоубийства в таких случаях является самоповешение. Им приводятся судебно-медицинские данные, указывающие на механическую асфиксию, как причину смерти в данном случае, а также признаки, используемые для установления прижизненного характера strangulation. Но все эти данные не являются признаками самоповешения. В своем заключении судебно-медицинский эксперт делает вывод о причине смерти в таких случаях от механической асфиксии в результате сдавления шеи петлей при повешении. Этот вывод не вероятностный, а основанный на выявленных морфологических макро и микроскопических соответствующих признаках. При наличии всех этих признаков не требуется применения математического вероятностно-статистического метода для их использования в установлении такого диагноза. Следует согласиться с автором, что экспертные ошибки в установлении причины смерти в таких случаях, но не самоповешения, могут быть связаны с недостаточно полным объемом необходимых исследований, в том числе гистологических и гистохимических.

Действительно в результате проведенных судебно-медицинскими экспертами отдельных научных исследований выявлены определенные изменения в надпочечниках при суицидах. Но эти изменения связаны не непосредственно только с суицидом, а с сопровождающим его стрессом, который может проявляться и при других причинах смерти. Поэтому эти данные не могут служить абсолютным признаком суицида. При исследованиях, связанных с изучением кожных узоров кожи рук и ног (дерматоглифики), выявлена только предрасположенность отдельных лиц к суицидам, поэтому и результаты этих исследований могут служить не достоверным, а вероятностным признаком суицида в каждом конкретном случае.

Исходя из выше изложенного, автором несомненно обосновано указывается на возможность использования этих признаков для достоверной диагностики самоповешения. Признаков, конкретно указывающих на самоповешение, не существует, и поэтому судебно-медицинский эксперт не может решать этот вопрос.

Отдельные замечания не снижают значимость данной книги. Она представляет большой интерес для научных и практических работников, связанных с уголовным правом.

Материалы этой книги могут быть использованы при преподавании в юридических высших учебных заведениях и в практической работе сотрудников правоохранительных органов.